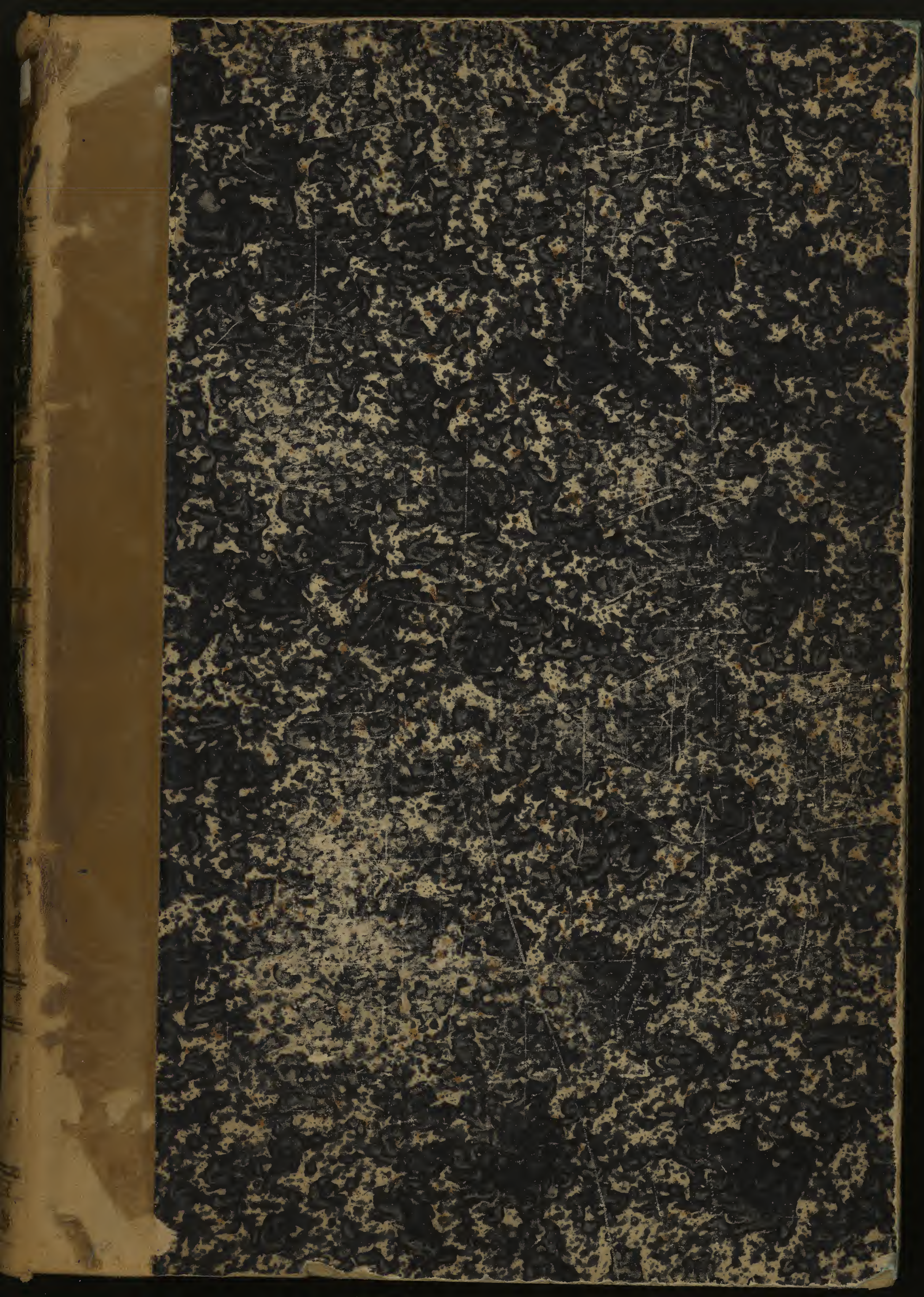
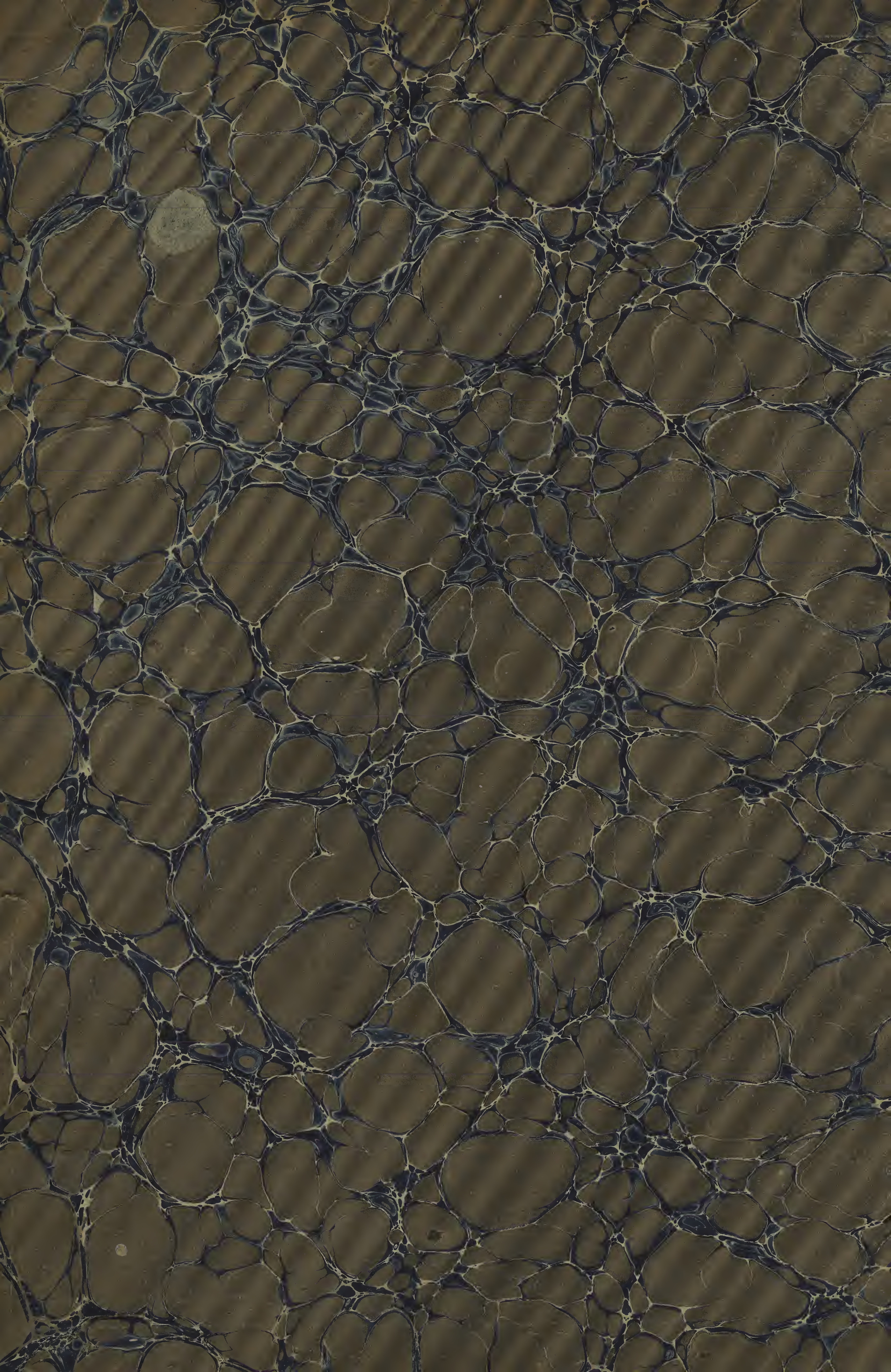
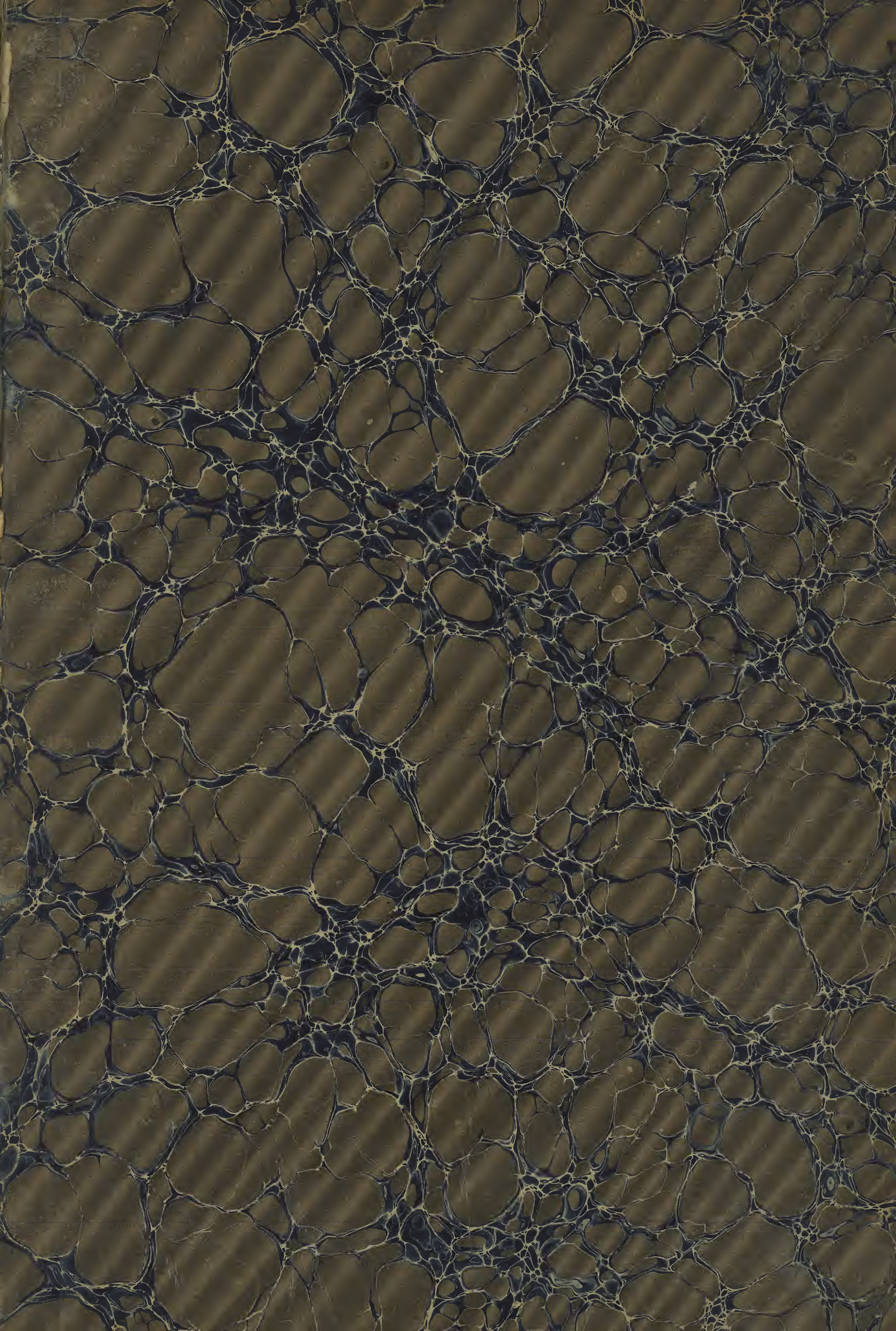






LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Donné à la bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris

J. Lorlier





PARIS

AUX BUREAUX DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

RUE DES SAINTS-PÈRES, 40.

1856

N° 1. — JEUDI 3 JANVIER 1856 (29e ANNÉE.) N° 1. — JEUDI 3 JANVIER 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 JANVIER 1856.

UN VŒU DE BONNE ANNÉE.

L'année 1855 vient de se terminer sous l'impression d'une des plus émouvantes solennités auxquelles il nous ait été donné d'assister. Au nom de la France entière, Paris a voulu faire une réception digne d'elle à cette magnanime armée qui s'est acquis au prix de tant de sacrifices la reconnaissance et l'admiration du pays. Plein encore de cette émotion universelle produite à la vue de ces nobles mutilés qui ont défilé pendant une heure sous nos yeux, nous éprouvons ici le besoin de reporter nos souvenirs et nos vœux sur nos confrères de l'armée d'Orient, qui, eux aussi, sur leur champ de bataille, ont su si bien maintenir les glorieuses traditions de la médecine militaire.

A nos confrères de l'armée d'Orient, notre reconnaissance et notre admiration ! A eux nos vœux de bonne année ! — Dr Brochin.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nous n'avons à signaler dans cette séance qu'une seule communication de quelque importance, c'est une intéressante observation de mutité et d'aphonie complètes, guéries après douze années de durée par l'application de l'électricité d'induction. Bien que les recueils de médecine renferment quelques faits analogues au double point de vue de la cause productrice de l'affection et du moyen curatif, l'observation de M. Sédillot ne nous en paraît pas moins digne d'être inscrite dans les annales de la science comme un des exemples les plus remarquables, tant à cause de l'ancienneté de la maladie que de la rapidité du succès.

DE L'INOCULATION PRÉVENTIVE DE LA FIÈVRE JAUNE.

La presse médicale et scientifique s'est beaucoup préoccupée dans ces derniers temps d'une découverte qui a fait une grande sensation en Amérique, et qui était de nature à intéresser au plus haut point les populations des Antilles; nous voulons parler de l'inoculation préventive de la fièvre jaune. Un homme qui porte un nom justement vénéré, M. de Humboldt, proche parent de l'illustre savant de ce nom, et qui habite le Mexique, ayant cru remarquer que la morsure d'une petite vipère très commune dans les environs de Vera-Cruz donnait naissance à des accidents semblables à ceux de la fièvre jaune, avait été conduit à penser qu'une fièvre jaune factice par inoculation préserverait de la fièvre jaune épidémique. Des expériences furent instituées, qui semblèrent d'abord sanctionner cette vue spéculative. C'était la *vaccine* de la fièvre jaune qui venait d'être découverte; M. de Humboldt en était le Jenner. L'administration elle-même s'en émut, et fournit à M. de Humboldt tous les moyens nécessaires pour la vérification et la promulgation de sa découverte; elle mit à sa disposition des établissements spéciaux, où étaient inoculées toutes les personnes qui voulaient bien se soumettre librement à l'expérimentation.

Voici en quoi consiste cette inoculation :

Les premières expériences faites sur des chiens consistaient tout simplement à faire mordre ces animaux par la petite vipère en question. Mais ayant remarqué que l'inoculation directe avait des effets beaucoup trop actifs et qui auraient pu dans quelques cas devenir funestes, il chercha à diminuer l'intensité du venin en l'associant à des matières animales. Il fit mordre soit un morceau de chair, soit une portion de foie ou de poumon de mouton par les reptiles, et il arriva ainsi à pouvoir doser le virus, qui, obtenu de la sorte, était inoculé par une série de piqûres sous-épidermiques, à l'aide d'une petite lancette à dard cannelé, absolument comme le virus vaccin. L'inoculation ne prenait pas sur les personnes qui avaient déjà été atteintes une fois par la fièvre jaune. « Quant aux personnes inoculées qui n'avaient point encore subi cette épreuve, disaient les premiers documents rendus publics, après une fièvre légère présentant tous les caractères de la fièvre jaune, elles étaient complétement affranchies de l'épidémie. »

Tels étaient les faits qui produisirent, au delà de l'Océan, une grande sensation, dont les échos ne sont parvenus jusqu'à nous qu'affaiblis par la distance, et peut-être aussi un peu par cet esprit de doute et de prudent scepticisme avec lesquels nous accueillons généralement toute découverte, toute innovation qui ne se présente pas avec la garantie de preuves scientifiques suffisantes ou d'une observation rigoureuse. On ne peut que louer, sous ce rapport, la réserve que nos confrères ont apportée, en général, dans l'énoncé de ces faits; et on comprendra pourquoi nous nous étions abstenu jusqu'ici d'en entretenir nos lecteurs.

Quel que soit, en effet, notre respect pour le nom sous l'autorité duquel s'abritait la découverte, nous avons cru devoir garder le silence tant que les faits n'avaient d'autre garant à nos yeux que la parole de l'inventeur.

Nous ne pouvions cependant rester complétement indifférent à un semblable événement. Espérant, non sans raison, qu'un contrôle quelconque interviendrait avec toutes les conditions désirables de lumières et d'impartialité, nous avons pris vis-à-vis de nous-même l'engagement de suivre les diverses phases de cette affection et d'en faire connaître à nos lecteurs les résultats quels qu'ils fussent. C'est ce que nous sommes en mesure de faire aujourd'hui, grâce à la sollicitude du gouverneur et du premier médecin en chef de la Martinique, M. le docteur Amic, qui ont institué une commission spéciale à l'effet d'étudier les procédés de préservation de M. de Humboldt. Cette commission, après une enquête rigoureuse, a rédigé un rapport détaillé sur cette grave question, et notre honorable et savant confrère M. le docteur Sénard, chirurgien principal de la marine, vient de publier dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* les intéressants documents dont nous extrayons ce qui suit :

La commission, composée de MM. Kecaugel, chirurgien de 1re classe, de la Martinique, Pichaud, pharmacien de 1re classe, de la Guadeloupe, et Longueteau, chirurgien de 2e classe, à la même résidence, après s'être mise en rapport avec M. de Humboldt, avoir suivi ses expériences à l'hôpital militaire de la Havane et à la maison de santé spécialement consacrée à cet objet, et avoir pratiqué elle-même un certain nombre d'inoculations, a répondu en ces termes aux questions posées par M. le premier médecin en chef de la Martinique :

1° *Etat du virus; animal qui le fournit; procédé par lequel on l'obtient.* — Ce virus (modifié par son association à des matières animales) est, à l'état liquide, de couleur brune, de la consistance de la salive, quand on le prend avec précaution au-dessus des matières grasses auxquelles il est associé; de la couleur et de la consistance de l'encre de Chine, quand on examine le tout ensemble après avoir bien agité la fiole. L'odeur est *sui generis*, très forte; très désagréable, rappelant celle des matières animales putréfiées.

Conditions où doivent se trouver les individus inoculés. — On ne fait subir aucun traitement préparatoire aux inoculés. Un état fébrile, même léger, doit faire ajourner l'opération. Tout indice de fièvre éruptive doit aussi faire suspendre l'inoculation. En un mot, il faut autant que possible ne pratiquer l'inoculation que sur des sujets exempts de maladies à quelque degré que ce soit.

2° *Manière de pratiquer l'inoculation.* — L'opération se pratique, comme la vaccination, par des piqûres faites au derme de la région supérieure et externe des bras, avec des lancettes terminées en fer de lance et cannelées, et préalablement trempées dans le liquide inoculateur. M. de Humboldt pense qu'une goutte du mélange répartie en quatre piqûres, (deux de chaque côté, suffit pour produire un effet préservatif. Il y aurait à craindre, en outre-passant cette quantité, de voir les symptômes prendre une gravité redoutable. On se borne à deux ou trois piqûres pour les enfants, les femmes et les sujets peu robustes.

3° *Régime et traitement auquel sont soumis les inoculés.* — Les malades sont tenus au régime (soupes seulement) pendant deux ou trois jours, et ils sont ensuite ramenés rapidement à leurs rations ordinaires, à moins que la gravité et la prolongation des effets de l'inoculation n'obligent à continuer le régime ou même à prescrire la diète absolue.

Aussitôt après l'opération, on fait prendre au malade dans un peu d'eau une cuillerée à bouche de sirop de guano (sirop antiseptique composé de :

Sirop d'une forte décoction de micania-guaco.	220 grammes.
Sirop de rhubarbe.	120
Iodure de potassium.	30 grammes.
Gomme-gutte.	60 centigr.
dissoute dans	
Eau distillée.	30 grammes,

pour une demi-bouteille).

En cas ordinaire, on répète la cuillerée toutes les deux heures, de façon à en faire prendre quatre onces le premier jour. Si, au contraire, les symptômes d'intoxication sont plus marqués, on rapproche les doses de sirop d'heure en heure, de demi-heure en demi-heure, et l'on va même jusqu'à en donner plusieurs cuillerées à la fois. Ces hautes doses doivent être maintenues tant que l'état offre de la gravité. Si les symptômes n'offrent rien d'alarmant, dès le deuxième jour on commence à espacer les doses, et on termine le quatrième jour en n'en donnant plus que deux cuillerées dans la journée.

Le cinquième jour, on prescrit une bouteille de limonade au citrate de magnésie, si le sirop n'a pas produit une purgation notable.

Dans quelques cas où la réaction qui suit l'inoculation a été assez forte pour produire un état fébrile intense, avec congestion cérébrale et délire, on a dû recourir à la saignée du pied et à l'administration du calomel (de 2 à 4 grammes).

Si le sirop a produit trop d'effet (selles fréquentes et douloureuses chaleur du ventre, etc.), on recouvre l'abdomen de cataplasmes, et on donne des lavements émollients.

4° *Durée de l'incubation du venin.* — Quelquefois les premiers effets, de l'intoxication apparaissent très-peu de temps après l'inoculation d'autres fois il se passe une demi-journée sans que l'état normal ait été modifié. En général, c'est après deux, trois ou quatre jours d'incubation que l'on observe l'abaissement du pouls et la diminution de la chaleur de la peau.

5° *Phénomènes physiologiques qu'éprouvent les malades par suite de l'absorption du venin.* — Quelques heures après l'inoculation, le pouls baisse de 5, 10, 15, 20 et même 25 pulsations par minute; il devient petit, dépressible. La peau se refroidit; le malade éprouve quelquefois des frissons, des nausées et un sentiment de malaise et d'affaissement général.

Ce premier stade se prolonge quelquefois jusqu'à la nuit (les inoculations étant pratiquées le matin); mais souvent il cesse dès l'après-midi, et il fait place à une réaction plus ou moins forte, caractérisée par l'accélération du pouls et son amplitude. Les pulsations arrivent alors à 90 et 100 par minute; la peau devient chaude et sèche, mais n'arrive jamais à ce degré de calorification qu'on observe dans la fièvre jaune. La respiration reste facile.

C'est ordinairement pendant la première nuit que les autres symptômes se montrent. Il y a alors céphalalgie vive, surtout au-dessus des orbites. La tête est chaude, les veines sont saillantes; les yeux, douloureux, sont sensibles à l'action de la lumière; il y a tendance à la dilatation des pupilles et au larmoiement. Il survient plus tard une légère injection des conjonctives oculaire et palpébrale; chez plusieurs même, il y a eu ophthalmie. Les paupières sont tuméfiées; il y a turgescence de la peau de la face. La muqueuse nasale est aussi le siége d'une congestion vive, produisant un coryza quelquefois très intense et des plus fatigants. La buccale et la pharyngienne participent également à cet état de phlogose; le voile du palais est rouge, pointillé; les amygdales sont développées, et l'angine est parfois intense; il y a constriction de la gorge, gêne de la déglutition. Les gencives s'injectent, se tuméfient jusqu'à prendre l'aspect violacé : le bord libre se marque d'un liséré brunâtre; on aperçoit çà et là quelques plaques nacrées. Cet état des gencives peut arriver plus tard à l'hémorrhagie.

Les différentes branches du trifacial sont quelquefois affectées de névralgies fort douloureuses, mais de courte durée. Il y a douleur et quelquefois tumeur à la région parotidienne.

L'intelligence reste presque toujours intacte. (M. de Humboldt a quelquefois vu survenir le délire, mais sans lui attribuer sa gravité habituelle.)

La langue est souvent normale; quelquefois elle est rouge sur les bords, pâteuse, saburrale ou blanchâtre au milieu. Elle perd parfois sa température normale pour acquérir une chaleur notable. L'inappétence est rare; l'appétit se conserve, au contraire, dans la plupart des cas.

Les phénomènes gastriques ont été fort rares, l'anxiété et la douleur épigastrique manquant presque toujours. Quelques hommes ont eu des vomissements pendant un jour ou deux; la coloration des matières rendues n'a jamais dépassé la teinte bilieuse claire.

Du côté de l'abdomen, il n'y a eu à noter que des gargouillements dans les fosses iliaques, quelquefois de la diarrhée. Les urines n'ont jamais offert d'altération soit en qualité, soit en quantité.

Les douleurs à la région lombaire et aux articulations ont été signalées quelquefois par les hommes chez lesquels la réaction était vive et prolongée.

Lorsque ces symptômes se développaient pendant la nuit, il y avait agitation, privation de sommeil, cauchemar et rêves pénibles. Dans le plus grand nombre des cas, le lendemain matin il y avait réaction. Le pouls redescend même au-dessous de son temps normal (50, 45, 40 dans quelques cas). La peau devient fraîche, moite, le facies plus calme. La céphalalgie, la douleur des yeux, des narines, des parotides, des gencives, de la gorge persistent, mais à un degré beaucoup plus faible.

Chez plusieurs sujets, tout se borne au premier accès, et la convalescence commence immédiatement après.

Dans le plus grand nombre des cas, les choses se passent encore le deuxième jour comme le premier. La deuxième nuit est accompagnée des mêmes phénomènes, mais presque tous atténués. La troisième journée est bonne; vers le troisième soir, le pouls s'accélère encore, mais peu. La troisième nuit ressemble quelquefois un peu aux précédentes. Le quatrième jour se passe généralement sans qu'il y ait rien autre à constater, qu'un peu de fatigue et de susceptibilité nerveuse, du gonflement aux gencives, de la diarrhée. Il survient parfois des hémorrhagies passives. Le cinquième jour, les inoculés prennent le purgatif salin s'ils se trouvent dans les conditions indiquées plus haut, et le sixième, ordinairement, ils sortent de l'hôpital. Chez un petit nombre, les symptômes ayant été plus graves, la convalescence a été plus longue et le séjour à l'hôpital plus prolongé.

6° *Analogie entre ces symptômes et ceux de la fièvre jaune.* — Les commissaires, sans se prononcer catégoriquement sur ce point, disent avoir saisi parfois des points de ressemblance entre ces symptômes et ceux de la première période de la fièvre jaune; mais ils font à cet égard des réserves, plusieurs autres affections présentant, à leur début, des phénomènes identiques. Ils ne sont pas éloignés de penser cependant, avec M. de Humboldt, que s'il était possible d'outrer les symptômes, soit en multipliant les piqûres, soit en ne donnant pas tout d'abord le sirop antiseptique, on verrait peut-être une ressemblance plus complète.

7° *Les individus inoculés ont-ils contracté plus tard la fièvre jaune? Temps écoulé entre l'inoculation et l'invasion de la maladie.* — Voici en quels termes les commissaires résument cette partie importante de leur enquête :

« Du 18 novembre 1854 au 12 mai 1855, 2,400 sujets militaires ou civils ont été soumis à l'inoculation. Jusqu'à ce jour, cinquante-sept sont revenus aux hôpitaux pour affections fébriles de différents types, dont les plus fréquents ont été intermittents et rémittents. Deux de ces malades sont morts de fièvre jaune; une dizaine d'autres ont vu leur affection prendre un caractère assez grave et sont aujourd'hui rétablis ou en convalescence (1).

Les commissaires n'ont pu observer par eux-mêmes ce qui se passe quand des individus ayant eu la fièvre jaune étaient soumis à l'inoculation. Mais M. de Humboldt leur a assuré que pour ceux-là, de même que pour ceux qui étaient inoculés une seconde fois, de même encore que pour les sujets qui, comme les créoles, sont à l'abri de la fièvre jaune, les symptômes se réduisaient à fort peu de chose, et que souvent il ne s'en produisait pas du tout.

En résumé, la commission n'a pas cru devoir tirer de ces faits des conclusions formelles; elle hésite à se prononcer sur la valeur des moyens préconisés, et se borne à exprimer des vœux pour que le temps et des expériences ultérieures viennent réaliser les promesses du docteur de Humboldt.

D'un autre côté, des expériences faites à la Guadeloupe sous la direction de M. Dutroulau, médecin en chef, n'ont donné que des résultats négatifs.

Enfin, M. Sénard, analysant et résumant à son tour tous ces documents, et soumettant en particulier les faits énoncés dans le mémoire adressé à l'Académie des sciences médicales de la Havane par M. le docteur de Humboldt lui-même, conclut :

1° Qu'il n'est pas certain que les phénomènes consécutifs à l'inoculation soient dus à l'absorption du venin de la vipère;

2° Que ces phénomènes se rapportent aux symptômes de l'empoisonnement septique, et non pas à ceux de la fièvre jaune;

3° Que le procédé ne répond pas, en conséquence, aux intentions de M. de Humboldt;

4° Que rien ne prouve jusqu'à présent la préservation en faveur des inoculés;

5° Qu'il n'est pas permis de voir dans les faits rapportés par la commission l'affirmation des promesses de M. de Humboldt;

6° Que l'inoculation de matières putréfiées présente un danger réel et proportionné à la quantité introduite dans l'organisme;

7° Que l'inoculation pouvant, devant même, selon les idées de l'inventeur, déterminer l'incapacité de travail pendant quelques jours, il appartient seulement aux individus privés de se soumettre, sous leur responsabilité propre, à cette opération.

Nous ajouterons que les expériences se continuent en ce moment sur différents points de nos colonies. Il ne faudrait donc pas encore accepter comme définitives ces conclusions, sur lesquelles M. Sénard lui-même déclare qu'il serait heureux de revenir, si des faits authentiques venaient à modifier l'impression qui est résultée dans son esprit de l'étude de ces documents. La question est trop grave et trop importante pour que nous ne devions prendre dès à présent l'engagement de tenir nos lecteurs au courant des faits nouveaux et des résultats qui seront constatés. Ainsi que le dit M. Sénard : « Il est du plus haut intérêt que la vérité se découvre. Si le moyen est efficace, on ne saurait y recourir trop tôt; s'il ne représente qu'une grande et profonde erreur, il convient de désabuser au plus vite les habitants de nos colonies, et de leur éviter une déception d'autant plus cruelle que les espérances auront été plus longtemps entretenues. » — Dr Brochin.

(1) M. de Humboldt affirme que sur 200 individus qu'il a inoculés pendant les premières années de ses tentatives, tous récemment venus d'Europe, aucun n'a été attaqué de la fièvre jaune pendant les trois années suivantes.

HOPITAL COCHIN. — M. Gosselin.

Leçon sur une blessure d'artère par action traumatique à travers la peau.

Au n° 1 de la salle des hommes est couché un malade affecté d'un épanchement sanguin de la cuisse; il a eu, il y a deux mois, le membre inférieur engagé sous une pierre volumineuse. Plusieurs difficultés se sont présentées relativement au mode de traitement que j'avais cru devoir prescrire. Cet épanchement, de la nature de ceux qui sont le plus difficiles à guérir, passant par des alternatives de diminution et d'augmentation, j'espérai que la compression amènerait une complète résolution, mais le succès ne répondit pas à mon attente.

La tumeur devenant plus volumineuse et plus fluctuante, et occasionnant, en raison directe de son augmentation, des douleurs de plus en plus vives, je pris la résolution d'ouvrir le foyer, et cela, d'autant plus qu'il ne m'avait jamais été possible de percevoir le plus léger battement, la plus petite pulsation artérielle. La décomposition du sang par suite de sa mise en contact avec l'air extérieur est un accident à craindre; mais je comptais y remédier par des injections et des lavages réitérés. Supposant, comme c'est l'ordinaire, que l'hémorrhagie était due à une déchirure de capillaires et nullement à la blessure de gros vaisseaux, je pratiquai mon incision, mais couche par couche, à cause des rapports de voisinage de l'artère fémorale que je jugeai passer dessous. Je mis à découvert des fibres musculaires du vaste interne, peut-être du couturier, puis je pénétrai largement dans le foyer. Je n'eus point d'hémorrhagie; les caillots sanguins s'écoulèrent, et je ne vis pas d'abord de sang rouge et rutilant. Me proposant alors de tout vider, je pressai un peu, et aussitôt jaillit un jet de sang artériel. Je nettoyai la plaie à l'aide d'éponges, et, m'apercevant que je ne pouvais plus me débarrasser de ce sang nouveau, qu'il y avait un gros vaisseau ouvert, j'agrandis la plaie, j'en écartai les lèvres, et j'arrivai à constater que le jet de sang rouge et rutilant partait tout à fait du fond de la plaie. Plus de doute, j'avais affaire à une hémorrhagie artérielle; mais il est bien entendu qu'elle ne pouvait pas être la conséquence de l'incision. Au lieu d'un épanchement sanguin dû à la rupture des capillaires, ainsi que je l'avais pensé, il y avait déchirure d'une volumineuse artère; et comme l'accident s'est produit par action traumatique et à travers la peau, il constitue un fait remarquable et assez rare, dont je ne me rappelle en ce moment qu'un exemple. C'est M. Thierry qui l'a publié.

Il est fort peu ordinaire qu'à la suite de pressions comme cet homme en a éprouvé une, il y ait déchirure d'une artère importante sans le bruit de souffle et les pulsations qui caractérisent l'anévrisme faux primitif. Une tumeur sanguine pulsatile sans ouverture primitive de la peau est chose très rare, et une déchirure artérielle, même sous-cutanée et ne présentant point de battements, n'est pas ordinaire. Or, il n'y avait pas de pulsations, c'est positif.

Chez ce malade, sans doute, l'artère ouverte avait donné une certaine quantité de sang; puis, des caillots s'étant formés et la cavité s'en trouvant remplie, l'hémorrhagie avait cessé par compression. Puis, la résorption se faisant, une nouvelle hémorrhagie avait eu lieu, et ainsi de suite. De cette manière, il n'eût été possible de constater une pulsation qu'au moment où s'échappait le sang. Quand il y a plaie simultanée des téguments, on perçoit plus habituellement les battements, et il doit en être ainsi; car le foyer sanguin n'est pas comprimé.

Avant d'avoir une hémorrhagie artérielle, j'ai senti au fond une tumeur de la grosseur d'une noix, adhérente aux parties profondes; ce n'était rien autre qu'un caillot faisant obstacle à la sortie du sang. Aussitôt après l'avoir enlevé, l'hémorrhagie est devenue plus abondante, et je me suis trouvé en présence d'une plaie artérielle. Comment arrêter cette hémorrhagie, et quelle était l'artère lésée? Le volume du jet me faisait penser à la fémorale ou bien à une collatérale volumineuse, mais il m'a été fort difficile d'arriver à la solution de cette question. Le jet n'était pas lancé très loin, mais il était considérable et venait de parties excessivement profondes.

J'ai bien fait appel à mes connaissances en anatomie; mais une fois la plaie ouverte, je n'avais pas porté mon attention sur le muscle couturier. L'hémorrhagie avait son siége près du troisième adducteur; mais il me fut impossible de constater le nerf saphène interne. J'aurais pu, par lui, trouver la crurale au moment où elle passe dans le troisième adducteur. En réfléchissant à la profondeur de la source hémorrhagique, il m'a semblé que j'avais affaire plutôt à une lésion de quelque branche de la fémorale profonde. Le malade d'ailleurs était pâle, anémié depuis longtemps, et perdait d'autant plus de sang que la compression faite à l'aine ne l'empêchait pas de sortir par le bout inférieur. Je ne dus donc pas songer à poursuivre bien avant mon investigation; il était instant d'agir.

En pareil cas, il vaut mieux faire la ligature du vaisseau blessé; on échappe ainsi aux hémorrhagies secondaires et aux anévrismes faux consécutifs. Mais devais-je placer une ligature circulaire ou une ligature latérale? Pour cela, il fallait connaître l'artère en question. D'ailleurs, à cause de la profondeur de la source hémorrhagique, je ne pouvais pas facilement manœuvrer, et il m'eût fallu, pour saisir le vaisseau ouvert, agrandir l'incision en haut et en bas d'au moins 8 centimètres. L'incision longitudinale une fois pratiquée, j'aurais probablement été obligé d'en faire une transversale. Je serais arrivé sûrement; mais tout cela compliquait la situation et était susceptible d'exposer le malade à de sérieux accidents inflammatoires. Je renonçai donc provisoirement à ces opérations, et plaçai au fond de la plaie plusieurs tampons de perchlorure de fer, puis de la charpie sèche, de l'amadou, et je fis la compression. J'établis également un compresseur sur l'artère crurale, comme moyen d'attente.

L'hémorrhagie ne s'est pas reproduite; aucun accident n'est survenu; seulement une suppuration abondante s'est établie. Quinze jours se sont passés depuis l'opération, et rien ne fait présager une hémorrhagie consécutive ni un anévrisme.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIERE. — M. Baillarger.

Des hallucinations (1).

(Leçon clinique recueillie par M. H. Legrand du Saulle.)

Après avoir étudié dans les deux dernières leçons la nature de l'hallucination et les circonstances qui favorisent son développement, il nous reste à rechercher aujourd'hui comment ce phénomène se manifeste.

Il existe sous ce rapport deux manières de concevoir l'hallucination. Les uns supposent qu'elle a son point de départ dans les organes des sens et dans les nerfs de la périphérie. L'hallucination se produirait alors de dehors en dedans comme la sensation normale, mais avec cette différence que dans ce dernier cas l'excitation sensorielle vient de l'extérieur, tandis que dans l'hallucination elle se manifeste dans l'organe sensoriel lui-même ou dans le nerf périphérique.

Telle paraît être l'opinion de M. Calmeil, et voici comment il s'exprime à cet égard : « Par des causes qui restent impalpables » sous l'influence du calorique, de l'électricité, d'un fluide animal » ne peut-il pas s'effectuer dans les organes des sens (et nous » ajouterons ici dans le système nerveux périphérique tout entier) » des modifications intestines qui réagissent sur l'encéphale et ré» veillent des sensations qui n'y seraient pas nées spontanément. »

Une opinion différente a été émise par Burdach, comme on pourra en juger par le passage suivant : « L'imagination, dit-il, » ne produit les images fantastiques qu'en agissant sur les organes » extérieurs des sens, mettant ces organes en harmonie avec elle- » même, leur inculquant les idées ; elle n'a pas ce pouvoir pen» dant la veille, parce qu'alors la vie périphérique l'emporte telle» ment sur elle qu'elle est obligée de se soumettre à sa puissance. » Mais dans le sommeil la polarité est renversée, et comme la vie » s'est retirée de la périphérie vers le centre, les reflets de l'intui» tion intérieurs se manifestent dans l'organe sensoriel. »

On voit que Burdach attribue ici le principal rôle à l'imagination qui agit, dit-il, sur les organes sensoriels ; d'où il suit que l'hallucination aurait son point de départ dans le cerveau et non dans les organes périphériques.

Vous avez vu que M. Calmeil n'émet son opinion que sous forme de doute, et en effet on ne peut faire à cet égard que des hypothèses. Je vais cependant examiner avec vous les deux opinions que je viens d'énoncer.

Il est impossible de nier que les excitations des nerfs de la périphérie ne soient quelquefois, et dans certaines conditions déterminées, le point de départ des hallucinations. Il me suffira, pour le prouver, de rappeler ce qui a lieu dans les rêves érotiques et le cauchemar. On ne peut contester, en effet, que l'état des organes génitaux dans le premier cas, celui de l'estomac dans le second, ne soit la cause première des hallucinations agréables ou pénibles qui surviennent alors pendant le sommeil. Il faut bien remarquer que l'excitation des nerfs périphériques ne produit pas directement ici les hallucinations, et qu'elles ont lieu seulement par l'intermédiaire de l'imagination. En effet, ce sont alors le plus souvent des hallucinations de la vue qui arrivent lorsque l'imagination est déjà occupée par des rêves agréables ou pénibles préalablement provoqués par ces excitations nerveuses périphériques dont j'ai parlé.

Ces excitations périphériques sont directement le point de départ de conceptions délirantes et peut-être d'illusions, mais non point d'hallucinations directes. La preuve qu'il en est ainsi, c'est le rapport qui existe entre l'hallucination et les idées qui occupent alors l'imagination, rapport qui quelquefois s'étend en même temps aux hallucinations de plusieurs sens. L'halluciné qui voit le diable sentira simultanément une odeur de soufre, et s'il a en outre des hallucinations de l'ouïe, ces dernières seront encore en rapport avec les fausses perceptions de la vue et de l'odorat. Tout cela serait inexplicable dans l'hypothèse de l'influence directe de l'excitation nerveuse périphérique, excitation qui ne provoque d'ailleurs que des sensations très simples et d'une nature spéciale : taches lumineuses, cercles, nuages, quand il s'agit de l'œil; bourdonnements, etc., pour l'organe de l'ouïe. On comprend tout ce qu'il resterait à faire à l'imagination si ces sensations si simples devenaient des visions d'hommes, d'animaux, de monuments. Rien ne prouve que ces excitations soient indispensables pour provoquer la majeure partie des hallucinations; leur existence repose donc sur une supposition toute gratuite.

Je pense donc, avec Burdach, qu'il faut mettre le point de départ des hallucinations dans le cerveau lui-même, et que ce phénomène se produit sous l'influence de l'imagination. Je rappellerai d'ailleurs ce que j'ai dit plus haut, à savoir : que la nature des idées peut dépendre, comme cela a lieu, par exemple, dans le cauchemar et les rêves érotiques, d'excitations nerveuses périphériques.

A l'appui de l'opinion de Burdach, et pour bien comprendre l'influence de l'imagination dans ce cas, il faut se reporter à ce qui

(1) Suite. — Voir les numéros des 3, 12, 19 juillet ; 9 août et 20 septembre 1855.

est dû aux passions. On sait qu'elles transforment les objets d'une manière si complète qu'on a de la peine à se rendre compte après leur disparition des illusions sensorielles auxquelles elles vous ont entraîné. L'imagination agit alors sur les organes des sens, et c'est cette action qui dans des conditions différentes produit et crée tout à coup l'hallucination. Je dis dans des conditions différentes, parce qu'il y a loin, en effet, de la transformation d'une sensation réelle à la production toute spontanée de cette même sensation en l'absence d'excitant sensoriel extérieur.

Après avoir insisté sur la grande part qui revient à l'imagination sur la production des hallucinations, il me reste à vous présenter quelques considérations relatives à l'influence des sens eux-mêmes, et ici je commence par dire que je ne comprends pas seulement par là les organes excréteux, mais encore la partie intra-cérébrale à laquelle ils aboutissent.

Il suffit, en effet, pour concevoir l'hallucination que le dernier temps de la sensation se reproduise : on sait que certains amputés ressentent des douleurs dans le membre qu'ils n'ont plus. J'ai vu des aveugles qui avaient des hallucinations de la vue, et presque tous les aliénés atteints de surdité ont, chose assez curieuse, de fausses perceptions de l'ouïe. Mais il y a quelque chose de plus que l'organe extérieur et le nerf de transmission, et c'est dans ce sens que je parle de l'action des appareils sensoriels dans les hallucinations. A l'appui de cette action, j'invoque les faits qui vont suivre.

Il existe chez certains individus des prédispositions aux hallucinations de tel ou tel sens : les uns ont des hallucinations de la vue et jamais de l'ouïe, les autres des hallucinations de l'ouïe et jamais de la vue. Comment comprendre ces différences en ne tenant compte que de l'influence de l'imagination, et ne peut-elle s'expliquer que par l'état de tel ou tel appareil sensoriel?

Une dame rêve qu'elle est au piano; elle a beau parcourir les touches de l'instrument, il reste muet. Elle est frappée d'étonnement en remarquant qu'aucun son ne vient frapper son oreille. Que manquerait-il pour qu'il se produisît ici une hallucination de l'ouïe, si ce n'est une condition spéciale et inconnue de l'appareil auditif? Il semble donc que l'imagination ne soit pas toute-puissante même dans la condition la plus favorable, celle du sommeil. Il faut quelque chose de plus, et ce quelque chose paraît dépendre de l'appareil sensoriel.

Je reviendrai d'ailleurs sur cet argument en parlant des hallucinations purement psychiques dans lesquelles les malades ont, comme dans certains rêves, des conversations avec des êtres invisibles, mais en expliquant bien qu'aucun bruit de voix ne frappe leur oreille. Cela constitue, comme je le dirai, les *locutions intellectuelles* des auteurs mystiques; elles se passaient dans l'intérieur de l'âme, et se trouvaient en opposition avec les locutions corporelles qui frappaient les oreilles extérieures du corps. L'existence de ces deux sortes de fausses perceptions est assurément la meilleure preuve de l'intervention de l'appareil sensoriel.

Un second argument qu'on peut invoquer, c'est la dissociation des deux éléments, dont la réunion constitue l'hallucination véritable. Il y a des malades qui, après avoir eu des locutions corporelles, n'ont plus, après que l'état aigu a cessé, que des locutions intellectuelles. Ils établissent très bien cette différence, qu'on ne saurait expliquer que par la cessation d'action de l'appareil sensoriel.

Ajoutons que les causes qui provoquent les hallucinations agissent en même temps sur les appareils sensoriels. Le hatschich, le datura stramonium, la belladone, qui provoquent si facilement des hallucinations, amènent, comme on le sait, les troubles les plus variés dans la sensibilité générale et spéciale. Ai-je besoin de dire d'ailleurs que les appareils sensoriels et le cerveau ne peuvent pas être séparés? Les nerfs, ainsi qu'on l'a avancé avec justesse, ne sont que le cerveau prolongé; or on conçoit très bien comment il se trouve troublé en même temps et sous l'influence des mêmes agents.

Je n'accepte pas ici l'influence des causes purement morales; les grandes émotions, en effet, bouleversent l'intelligence et produisent simultanément de nombreuses perturbations dans les sensations spéciales.

Enfin, il faut ajouter que dans certains cas les maladies des appareils sensoriels semblent contribuer à provoquer les hallucinations. Tout le monde connaît l'observation de l'aïeul de Charles Bonnet, qui, opéré deux fois de la cataracte, voyait devant ses yeux les tableaux les plus variés; il les tenait pour de fausses perceptions, et c'était justice.

Un savant membre de l'Institut, en proie depuis longues années à une névrose de la vue, a décrit lui-même les hallucinations très-variées auxquelles il ne pouvait plus se soustraire, et qui cependant ne troublèrent pas un instant sa raison.

Sans insister davantage sur cet argument, je rappellerai un dernier ordre de faits qui selon moi a plus de valeur. Beaucoup de phénomènes purement sensoriels précèdent ou accompagnent assez souvent les hallucinations. L'étude des images fantastiques peut surtout fournir sous ce rapport des faits importants. « Ces images, » d'après Purkinge, sont précédées de nébulosités vagues, au milieu desquelles se trouvent souvent des points brillants ou obscurs, qui, au bout de quelques minutes, deviennent des stries nuageuses errantes, puis toute sorte de filaments clairs, droits, courbes. Muller les dépeint aussi comme étant d'abord des masses isolées, claires ou colorées. »

Ces nébulosités vagues, ces points brillants ou obscurs, ces stries nuageuses qui précèdent les fausses perceptions d'une nature plus compliquée, démontrent l'excitation de l'appareil sensoriel. Cette excitation sert donc ici en quelque sorte de prodrome aux hallucinations, et il serait dès lors difficile de nier son influence sur la production de ce phénomène.

Il n'est pas rare que les hallucinations de l'ouïe soient accompagnées de bourdonnements d'oreilles, de sonneries dans la tête. Les malades se plaignent quelquefois comme d'un souffle qui entre dans leurs oreilles, ou qui, au contraire, paraît en sortir. J'ai cité l'observation d'un halluciné qui chaque matin éprouvait un bourdonnement d'oreilles pendant une demi-heure environ, et dont les hallucinations devenaient alors plus fortes. Chez une femme, le bourdonnement d'oreilles n'existait que d'un côté, et c'était précisément de ce côté que les voix se faisaient surtout entendre. On voit donc que des phénomènes purement sensoriels accompagnent assez souvent les hallucinations et démontrent l'excitation des appareils des sens.

L'existence de ces faits sensoriels ne peut surtout être niée dans les hallucinations de la vue, et ce sont celles-là qui doivent servir de type quand il s'agit de l'étude physiologique du phénomène.

L'hallucination est donc de sa nature complexe et composée de deux éléments : un élément psychique et un élément sensoriel. Elle résulte de la combinaison de ces deux éléments dans des conditions spéciales, conditions qui se produisent souvent pendant le sommeil, sous l'influence d'agents toxiques, et dans les états les plus variés de maladie. Elle me paraît pouvoir être définie : *une perception sensorielle indépendante de toute excitation extérieure des organes des sens, et ayant son point de départ dans l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination.*

(La fin à un prochain numéro.)

IMPORTANCE DU GONFLEMENT DES EXTRÉMITÉS
dans le cours de la variole.

Vers la fin de sa carrière, le vénérable Sydenham disait qu'il n'avait jamais vu guérir un varioleux lorsque, au onzième jour de sa maladie, la salivation n'avait pas été remplacée par la tuméfaction des mains et des pieds. Cette sentence a été pleinement confirmée pour un jeune homme atteint de variole dans le service de M. Trousseau.

Ce malade, vu pour la première fois le 25 octobre dernier, était alors au sixième jour d'une variole semi-confluente. Pour prévenir le gonflement du visage, on lui badigeonna la figure avec du collodion élastique une fois par jour. Par ce moyen, les pustules s'éteignirent, et la salivation, qui du cinquième au onzième jour est un phénomène constant, se montra. Le malade prenait de la tisane et du lait, et chaque jour on lui donnait un lavement.

Le 29 octobre, onzième jour de l'éruption, on remarque que la salivation n'existe plus; mais le gonflement, dont l'absence a été signalée comme mortelle par Sydenham, ne se manifeste pas aux extrémités. M. Trousseau en conçoit de sérieuses inquiétudes; et, en effet, il apprend que le malade a eu du délire pendant la nuit. La peau est sèche, le pouls à 112, phénomènes graves qui font présager l'existence d'influences antagonistes ayant leur siége à l'intérieur, et de nature inflammatoire ou nerveuse.

Dans ces conditions fâcheuses, où Sydenham donnait son laudanum quand il y avait diarrhée, M. Trousseau a cherché à provoquer, par un gonflement artificiel, le gonflement naturel qui ne se faisait pas. Une forte constriction a été exercée à l'aide de bandelettes de diachylon sur les deux cuisses, au-dessus des genoux et sur le milieu des deux bras. Le délire a été combattu par une pilule de 10 centigrammes de musc, donnée toutes les heures, et on a fait boire une infusion de mélisse avec sirop de quinquina, 40 grammes par pot.

Certaines huiles essentielles, celles surtout qui proviennent des labiées et de quelques ombellifères, sont indiquées dans ce cas, selon M. Trousseau. Nonobstant ces moyens, le malade a succombé.

Ce fait prouve combien il faut se montrer réservé sur le pronostic dans la variole, lors même que la maladie est bénigne en apparence. *(Journ. de méd. et chirurg. pratiq.)*

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 décembre 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Guérison de mutité et aphonie par l'électricité. — M. Sédillot communique une observation de mutité et d'aphonie complètes, datant de douze années, rapidement guéries par l'application de l'électricité d'induction. Voici cette observation :

« Hirschel Sara, âgée de trente ans, nous fut amenée à la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Strasbourg le 19 novembre 1855 par un de nos confrères, M. le docteur Flamant (de Schélestadt).

» Cette jeune femme avait été frappée, douze années auparavant, d'une mutité et d'une aphonie complètes à la suite d'un vif mouvement de frayeur. Depuis ce moment, on avait eu recours à de nombreux traitements, par les antiphlogistiques, les révulsifs et les antispasmodiques, sans aucun résultat avantageux. La malade comprenait très bien tout ce qui se disait autour d'elle, y répondait par ses gestes, mais était dans l'impossibilité de prononcer une seule parole et d'émettre aucun son. Lorsque nous eûmes l'occasion de l'examiner, nous constatâmes, comme on l'avait fait avant nous, une sorte de rétraction de la langue, qui était portée en arrière et en haut, et dont la pointe, dirigée contre la voûte palatine, n'était abaissée volontairement qu'avec une certaine difficulté et ne pouvait arriver au contact des arcades dentaires, malgré tous les efforts de la malade. Le tissu lingual était souple et sans altérations apparentes; la déglutition des boissons et des aliments était facile, et la santé générale n'avait pas souffert, malgré quelques attaques hystériques. La mutité et l'aphonie avaient persisté sans nulle interruption depuis douze ans, avaient été constatées par plusieurs médecins, et étaient de notoriété publique.

» Les faits que nous venons de raconter nous parurent démontrer l'existence d'une paralysie des principaux muscles extrinsèques de la langue et particulièrement des génio-glosses; paralysie étendue à l'appareil laryngé et compromettant l'action des cordes vocales. Aucune opération chirurgicale n'était indiquée; mais il nous sembla que l'on pourrait recourir avec avantage à l'emploi de l'électricité par induction, dont on connaît déjà d'heureux effets, et il fut convenu que nous mettrions en usage l'appareil de MM. Legendre et Morin, que nous possédons.

» Un premier essai eut lieu le 20 novembre. L'un des fils de l'appareil fut dirigé sur la langue et y fut appliqué tantôt sur un point, tantôt sur un autre; tandis que le second fil était promené sur l'apophyse mastoïde, la partie supérieure et postérieure du cou et sur différents points de la face. La malade accusa un peu de douleur, et il devint évident que les mouvements de la langue prenaient plus de liberté; la pointe de l'organe arrivait plus aisément à l'arcade dentaire, qui était parfois dépassée. Cette première tentative, continuée quelques minutes, ne fut pas renouvelée avant le 27 novembre, en raison d'une violente céphalalgie qui en fut la conséquence probable. L'amélioration survenue dans la mobilité linguale persista, mais n'entraîna pas d'autres changements.

» Le 27, l'électricité, appliquée de la même manière en présence des élèves de la clinique, eut des effets beaucoup plus remarquables. La langue atteignit l'intervalle des lèvres, les franchit, et un instant après la malade commença à parler d'une façon très distincte; quoique la voix ne fût pas encore rétablie. La mutité, on le voit, avait disparu malgré la persistance d'un assez grand degré d'aphonie, comme on en rencontre chaque jour de fréquents exemples. La prononciation déterminait, lorsqu'elle était prolongée, des douleurs ou plutôt une sorte de tiraillement et de fatigue dans la direction des régions styloïdienne et hyoïdienne, dépendant vraisemblablement de la fatigue des muscles qui avaient recouvré leur activité. Plusieurs autres séances d'électrisations développèrent de plus en plus la voix, qui n'avait jamais été très forte, et la malade retourna chez elle, quinze jours plus tard, parfaitement guérie.

» On possède plusieurs exemples des heureux effets de l'application de l'électricité dans la mutité et l'aphonie; mais aucun qui soit aussi remarquable par l'ancienneté de la maladie et la rapidité et la perfection du succès.

» On trouve dans les *Mémoires de l'Académie des sciences*, année 1753, l'histoire d'une jeune fille de quatorze ans frappée de paralysie et de perte de la parole par suite de frayeur, et qui se rétablit sous l'influence d'électrisations répétées. Le temps écoulé entre l'accident et la guérison n'a pas été nettement précisé, mais n'avait pas été de longue durée.

» Trois faits de même nature ont été rapportés dans un journal allemand (*Canstatt's Jahresbericht*, 1843, 45, 47). L'un, dû à César Pellegrini, est celui d'un jeune homme de vingt-quatre ans, dont l'aphonie, datant de seize mois, céda à douze séances d'électrisations avec une pile de 70 éléments. Le second, dû au docteur Walter, concerne un homme de quarante-cinq ans, qui recouvra la parole abolie depuis peu de temps. On avait employé un appareil électro-magnétique. La troisième observation concerne une jeune syphilitique de vingt-quatre ans, complétement aphone par suite d'une laryngite chronique, qui retrouva la voix à sa troisième séance d'électrisation.

» Il serait inutile de multiplier ces exemples, dont la plupart manquent d'une suffisante analogie. Nous insisterons seulement sur la fréquence des paralysies produites par un accès de frayeur, et sur l'instantanéité des guérisons parfois obtenues même après un laps de temps très considérable. On doit en conclure que la modification organique, probablement survenue dans le tissu nerveux à l'origine des nerfs cérébraux, si ce n'est dans quelques parties de l'encéphale, est une modification peu profonde, peu résistante à l'influence de certains excitants appropriés, et qu'une vive émotion, en donnant une forte secousse à l'appareil cérébro-spinal, peut-être jusqu'à un certain point comparée à l'action du galvanisme. On s'expliquerait ainsi certains faits miraculeux qui ont de tout temps excité l'attention publique et mérité l'intérêt des observateurs.

» En tout cas, la guérison de notre malade montre que l'ancienneté de la mutité et de l'aphonie déterminées par une cause brusque, telle que la peur sans lésions organiques profondes ne doit pas être un motif de désespérer ni d'abandonner le malade dans la supposition d'une incurabilité que rien ne démontre. »

Bains d'air comprimé. — M. Junod présente une note ayant pour objet d'établir en sa faveur la priorité d'invention des *bains d'air comprimé* et de leur application à la thérapeutique. (Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Andral, Rayer, Cl. Bernard.)

Compresseur à pression continue. — M. Duval envoie de Brest trois notes concernant des questions de médecine opératoire, et intitulées *Appareil pour les fractures de l'avant-bras et de l'extrémité inférieure du radius; Plan incliné pour la fracture du fémur; Nouveau moyen de réunion des solutions de continuité à l'aide de petites pinces à pression graduée qui peuvent servir en outre dans certaines hémorrhagies.* M. Charrière, en présentant ces trois notes, présente également, au nom de M. Duval, deux modèles de *compresseur à pression continue*, munis d'une vis à l'aide de laquelle on peut graduer la pression.

Emploi des venins en thérapeutique. — M. Desmartis (de Bordeaux) soumet au jugement de l'Académie une *Note sur l'emploi des venins en thérapeutique.*

Choléra. — M. Bourgogne père adresse de Condé (Nord), pour le concours du legs Bréant, un volumineux manuscrit ayant pour titre :

Considérations générales appliquées à l'hygiène publique et privée pendant le cours d'une épidémie de choléra asiatique; troisième et dernier mémoire. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie, constituée en commission spéciale du prix Bréant.)

— L'Académie renvoie à la même commission un mémoire de M. Hédiard, qui est une reproduction accompagnée de pièces justificatives d'un rapport qu'il a fait à la commission administrative des hospices de la ville de Sens, sur le traitement adopté par lui pour combattre le choléra.

— Deux notes, adressées de Rome par M. Tardani, en date du 9 et du 15 décembre, et accompagnées de documents sur les résultats obtenus dans le traitement du choléra par la méthode proposée par l'auteur, sont également renvoyées à l'examen de la commission du prix Bréant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 décembre 1855. — Présidence de M. Gosselin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Huguier, examinant l'hypothèse formulée par M. Gosselin pour expliquer la gravité des fractures du membre inférieur, plus grande que celle du membre supérieur, ne la trouve pas satisfaisante. Sans nier qu'il ne faille lui accorder une certaine part, il y a des circonstances très nombreuses qui rendent mieux compte de cette différence de gravité.

Ainsi :

1° Dans les fractures du membre inférieur, l'ébranlement général de l'individu et la commotion locale du membre sont beaucoup plus considérables.

2° Le décollement, la déchirure, la destruction du périoste sont beaucoup plus étendus, au niveau de la diaphyse surtout. Ces désordres peuvent s'étendre sur chaque fragment à plusieurs centimètres de la fracture.

3° La grande densité des os explique le nombre considérable des esquilles du tibia et du fémur, la longueur souvent très grande de ces esquilles, leur dissémination, leur implantation éloignée dans les parties molles; la blessure de nerfs, de muscles, de vaisseaux. En un mot les dégâts sont plus multipliés.

4° Des fêlures diaphysaires de 4 ou 5 pouces de long ne sont pas rares au fémur, au tibia, et tout à fait exceptionnelles, au contraire, à l'humérus et aux os de l'avant-bras, qui, en raison de leur petit volume, sont coupés très nettement par la balle.

5° La résistance des os du membre inférieur, leur grande épaisseur explique comment une balle peut s'y implanter et y rester en totalité ou en partie, ou se diviser en fragments qui restent perdus dans l'épaisseur du membre. Rien de cela n'est commun au membre supérieur.

6° L'épaisseur considérable de la cuisse, de la jambe explique comment les corps étrangers y séjournent et s'y perdent plus facilement qu'au bras. On trouve dans les premières régions des fragments d'os, de balle, de vêtements, qui, au contraire, traversent de part en part en part le bras et l'avant-bras, et sont entraînés par le projectile.

Des expériences nombreuses et directes ont mis cette complication hors de doute.

7° Il en résulte des inflammations, des abcès plus nombreux, plus étendus, qu'on reconnaît plus tardivement, qu'on traite ou qu'on excise plus tard aussi.

8° L'aponévrose d'enveloppe est très forte au membre inférieur; la balle n'y fait que de petits trous insuffisants pour l'écoulement du liquide ou l'issue des corps étrangers. De là une inflammation plus vive fusant plus loin, et des phénomènes d'étranglement plus intenses.

Enfin tout le monde est d'accord aujourd'hui sur l'amputation dans ces circonstances opposées. Elle doit être exceptionnelle pour le membre supérieur, dont les fractures guérissent le plus souvent seules. Elle est fréquemment indiquée pour le membre inférieur, où l'abandon des malades à eux-mêmes est trop souvent funeste.

M. Giraldès objecte que les expériences de M. Huguier ne portant que sur des plaies identiques faites par des balles rondes, sans tenir compte des projectiles plus gros, et des balles de formes variées qu'on emploie aujourd'hui, sont insuffisantes pour trancher une question aussi vaste: elles n'embrassent qu'un champ trop restreint.

M. Larrey. La lésion des os par armes à feu est effectivement, comme vient de l'énoncer M. Huguier, généralement plus grave aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. Mais les expériences de notre honorable collègue ont seulement confirmé en partie celles qui avaient été déjà faites d'une manière plus générale, notamment par Dupuytren, sur les effets physiques des projectiles.

Je dois aussi faire remarquer à M. Huguier qu'il a seulement apprécié l'action traumatique des balles ou projectiles de petit calibre, comme représentant toujours, a-t-il dit, la pluralité des cas de blessures par armes à feu. Soit, à son point de vue ou dans les limites de son observation. Mais il n'en est pas ainsi pour nous tous, et surtout pour les chirurgiens militaires. Il faut tenir compte aussi des projectiles de gros calibre, boulets et biscaïens, bombes et obus, qui, dans les siéges, comme je l'ai vu à Anvers, comme nos confrères de l'armée viennent de le voir à Sébastopol, produisent à eux seuls presque toutes les blessures, et surtout les plus graves, aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs, quoique ceux-ci présentent plus que ceux-là une prédisposition de plus aux complications primitives ou consécutives.

Et ces accidents ne dépendent plus seulement alors des lésions locales ou circonscrites, par exemple au foyer de la fracture, comme celles qui sont produites par les balles des armes portatives; ce sont les effets propagés à distance par la commotion du membre, par la contusion ou l'attrition des parties molles et des parties dures, par la fissure et l'éclat des os, par les lésions articulaires, par l'ostéo-périostite et la nécrose, par l'ostéo-myélite enfin et ses conséquences. Quelques-uns de ces graves accidents sont d'ailleurs bien décrits dans divers ouvrages anciennement publiés sur les blessures par armes à feu, mais plus spécialement peut-être dans le livre de Dufouart, trop peu cité aujourd'hui (1).

Le funeste perfectionnement apporté d'ailleurs aux projectiles de guerre en a multiplié aussi et aggravé les effets, comme l'a indiqué tout à l'heure M. Giraldès.

J'ajouterai seulement que pour les lésions des membres aussi bien que pour toutes les autres, il faut tenir compte encore de la portée des armes de gros calibre, qui, étant tirées d'assez près, ajoutent à la force de leur calibre et à la justesse de leur tir une plus grande action vulnérante, et des éclats ou des fragments qui dilacèrent les tissus en mutilant les membres.

Le nombre considérable des blessés de Crimée reçus jusqu'à ce jour au Val-de-Grâce me démontre trop bien qu'il en est ainsi pour les lésions comparées des os des membres par les projectiles d'armes à feu.

M. Huguier répond qu'il n'a pas, il est vrai, une grande expérience relativement aux plaies produites par les biscaïens, les obus, les boulets, mais qu'il avait seulement déduit ses remarques de l'action de projectiles comparables, ce qui suffit pour juger, dans des conditions identiques, de la différence de gravité des plaies des membres inférieurs et supérieurs. Il ne s'appuie pas seulement sur sa propre expérience, quoiqu'il ait recueilli lui-même en février et juin 1848 ou en 1852 plus de 150 observations; il invoque un ensemble de plus de 500 cas, que M. Huguier a vus soit dans son service, soit dans la pratique des autres chirurgiens.

M. Gosselin. M. Huguier n'a pas abordé directement le sujet traité dans la communication antécédente. En énumérant les désordres plus grands qui surviennent dans le membre inférieur, il n'a pas montré comment ces désordres engendraient la gravité plus grande, ni expliqué comment la mort peut survenir au bout de vingt-quatre, trente-six heures; comment l'infection purulente arrive au bout de quatre ou cinq jours, et se termine très rapidement par la mort.

M. Huguier se croyait dispensé de cette démonstration; il croyait expliquer suffisamment la gravité du pronostic en invoquant les inflammations plus vastes, plus intenses, les suppurations plus abondantes, l'imminence de la gangrène, du tétanos, la gravité bien plus marquée des hémorrhagies, etc., etc., tout cela lui paraissait rendre assez compte de la mort fréquente sans invoquer en particulier l'intervention spéciale des lésions du tissu médullaire.

M. Denonvilliers. Alors même que les os ne sont pas intéressés, il est patent que les lésions des membres inférieurs sont plus graves que celles du membre supérieur; le phlegmon diffus en est un exemple; cela tient évidemment à la composition anatomique, et les os n'y sont pour rien. Quand ceux-ci sont atteints, le pronostic est des deux côtés plus grave; mais l'excédant de dangers est encore, et pour les mêmes raisons, du côté du membre inférieur. La moelle n'y est pour rien, car celle du fémur, par exemple, l'emporte bien peu sur celle de l'humérus en volume.

Les raisons invoquées par M. Huguier sont donc beaucoup plus satisfaisantes que l'hypothèse de M. Gosselin.

M. Chassaignac a été frappé, comme tout le monde, de la gravité plus grande des plaies du membre inférieur; sachant que les plaies se cicatrisent d'autant plus tardivement qu'on s'éloigne davantage du cœur, comme on peut s'en convaincre en comparant les plaies de la face à celles des membres, M. Chassaignac se demande si la vitalité moins grande du membre inférieur ne rendrait pas plus funeste le pronostic de ses maladies chirurgicales.

M. Deguise fils fait entrer en ligne de compte l'usage différent des membres inférieurs et supérieurs, et les conséquences qui en résultent pour les blessés. Un homme atteint d'une fracture du membre supérieur peut se transporter ou être transporté sans dommage à l'ambulance et sans que sa plaie s'aggrave.

Le transport, au contraire, sur des mulets, des cacolets, des chariots d'un blessé qui a la cuisse ou la jambe brisées ne se fait pas sans de très grandes souffrances et sans une augmentation très notable des désordres locaux.

A l'hôpital même ou dans la clientèle civile, la guérison est singulièrement influencée par l'exercice qu'on permet plutôt au premier blessé qu'au second, qui est forcé de garder pendant plusieurs mois l'immobilité au lit.

CORRESPONDANCE.

M. le secrétaire général annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire d'un de ses membres associés étrangers, de sir Georges Ballingall, membre du Collége royal des chirurgiens et professeur de chirurgie à Edimburgh.

La Société reçoit les ouvrages suivants :

Etudes cliniques sur le cancer de la matrice, thèse inaugurale adressée pour le prix Duval;

Des hémorrhagies produites par l'insertion du placenta sur le segment inférieur du col, thèse inaugurale adressée pour le prix Duval par M. Dunal (de Montpellier);

Fistules du larynx, occlusion par substitution, méthode nouvelle, par M. le docteur J. Roux (de Toulon);

Le vaccin vengé, par M. le docteur Burggraeve;

Rapport des travaux de la Société des sciences médicales de Gannat, par M. le docteur Trapenard.

LECTURE.

M. Reybard lit, pour obtenir le titre de membre correspondant, un travail intitulé : *Mémoire pour servir de comparaison entre les deux procédés d'urétrotomie intra-urétrale*. (Commission : MM. Alp. Guérin, Lenoir, Michon.)

RAPPORT.

M. Richet lit un rapport sur un travail de M. Sirus Pirondi intitulé: *Notes cliniques recueillies à l'Hôtel-Dieu de Marseille en 1854*.

(Nous donnerons dans un prochain numéro ce rapport et la discussion qui en a été la suite.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Marjolin présente le moignon d'un enfant sur lequel il avait pratiqué, il y a plus d'un an, l'amputation sus-malléolaire par un procédé à lambeaux. M. Marjolin lira plus tard une note sur les avantages de ce procédé.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, Dr A. Verneuil.

(1) *Analyse des blessures d'armes à feu, et de leur traitement*. 1801.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur,

Dans une note très intéressante, M. le docteur Raciborski considère une *denture mauvaise et disproportionnée avec l'âge* comme une des causes de la gastralgie (voir *Gazette des Hôpitaux* du 6 décembre). Suivant cet honorable praticien, si cet ordre de causes n'a pas échappé aux recherches des médecins, du moins il n'en est fait mention nulle part.

En reconnaissant avec M. Raciborski l'influence qu'exerce une mauvaise denture sur la génèse des maladies du tube digestif, nous ne saurions lui accorder la priorité qu'il réclame à cet endroit. Dans les leçons que nous avons insérées dans la *Gazette des Hôpitaux*, il n'est pas question, il est vrai, de cette infirmité comme cause directe ou indirecte des troubles gastriques; mais si nous sommes coupable d'une simple omission, indépendante de la volonté de M. Piorry, nous pouvons la réparer aujourd'hui en mettant sous les yeux des lecteurs certains textes de ce professeur qui jugeront la question.

« Si la mastication se fait mal, *faute de dents, par suite de leur mauvaise conformation* ou par toute autre cause, il faut craindre que la digestion n'en soit troublée. Si l'estomac digère mal, on doit examiner *la manière dont la mastication se fait*, s'informer *du temps qu'on met* à l'exécuter, etc. Il en est ainsi des *pertes de salive* que fait un malade, et qui l'exposent à la lenteur et à la difficulté des digestions. » (Piorry, *Traité de diagnostic*, t. III, p. 41.)

« L'apepsie ou la dyspepsie (digestion nulle ou difficile) peut être le résultat de divers phénomènes organiques ou physiologiques. Elles peuvent provenir de ce que *la mastication et l'insalivation* se font mal : c'est ce qu'on observe sur certains vieillards *dont les dents sont en partie tombées*, et qui en conservent assez pour éloigner l'une de l'autre les arcades alvéolaires et les empêcher ainsi de devenir dures. » (*Ibid.*, p. 107.)

« Des aliments *incomplétement triturés* et plus ou moins réfractaires à l'action de l'angibrome (tube digestif); des substances de facile digestion, mais qui, par une cause accidentelle, n'ont pas été converties en chyme, peuvent donner lieu à une phlegmasie gastrentérique. » (Piorry, *Traité de médecine pratique*, t. V, p. 219.)

Nous ne parlerons point d'un mémoire du même auteur (1821) qui est resté jusqu'à ce jour à l'état de manuscrit, et dont le titre était : *De l'influence de la denture sur certaines maladies*.

Il résulte évidemment de ces citations que depuis longtemps déjà M. Piorry avait pris en considération les circonstances sur lesquelles insiste M. Raciborski, c'est-à-dire: 1° l'état de la denture; 2° la durée des repas; 3° enfin l'insalivation.

Agréez, etc. Frédéric Duriau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 26 décembre, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officiers : MM. Auban, directeur du service de santé de la marine en retraite; Villette, chirurgien de la marine de 1re classe.

Chevaliers : MM. Deverre, ancien chirurgien de marine; Gourbeil, chirurgien aide major au 4e régiment d'infanterie de marine; Bellebon, Battarel et Perrin, chirurgiens de la marine de 1re classe; Cougit et Bourayne, id. de 2e classe; Marc. id. de 3e classe; Virgile, médecin civil à la Guyane.

— Par arrêté du 20 décembre, M. le docteur Quitard est nommé professeur suppléant et chef de clinique à l'Ecole préparatoire de Toulouse.

— Un des plus honorables membres du corps médical de Lyon, M. le docteur Viricel, vient de mourir dans un âge avancé.

— M. Puel, pharmacien désigné par l'autorité pour examiner des truffes qui semblaient contenir une trop grande quantité de terre, vient de reconnaître que non-seulement plusieurs de ces truffes étaient uniquement composées de terre roulée et modelée en forme de tubercule, mais encore qu'on avait glissé parmi elles un certain nombre de lycoperdons (*vesces de loup*) couverts d'une couche de terre et simulant des truffes bonnes et marchandes. Ce nouveau genre de fraude n'avait pas encore été signalé. (*Journ. des Conn. méd.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Pons, de Gaillac (Tarn); *Essai sur la scarlatine*.

Clerc, de Saint-Barthélemy (Isère); *Hygiène des femmes enceintes*.

Gazil, de Poitiers (Vienne); *De la prostate et de ses abcès*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Recherches cliniques sur les maladies du cœur, d'après les leçons de M. le professeur Bouillaud, par M. le docteur Ernest Auburtin, chef de clinique de la Faculté à l'hôpital de la Charité, précédées de considérations de philosophie médicale sur le vitalisme, l'organicisme et la nomenclature médicale, par M. le professeur Bouillaud, membre de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1856, chez J. Viat, cour du Commerce, 12.

Le Vaccin vengé, par M. le docteur Burggraeve, 1 vol. in-12 de 22[illegible] pages. Prix : 3 fr. Paris, chez Germer Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 4 janvier 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance a été à peu près exclusivement consacrée à la suite de la discussion sur les exutoires. L'Académie a entendu deux orateurs qui ont toujours le privilége de se faire écouter avec plaisir : MM. Parchappe et Bousquet. On s'attendait à voir ces deux orateurs élever le débat à la hauteur des principes qui dominent le sujet; l'attente de l'auditoire n'a point été trompée.

Avec les nuances diverses de leur talent, et à quelques différences près dans la manière de comprendre les applications, ils ont l'un et l'autre, pris la défense des principes généraux d'où découle la doctrine de la révulsion et de la dérivation. M. Parchappe, qui s'est plus particulièrement maintenu dans la question dogmatique, s'est attaché surtout à faire ressortir la communauté d'origine et l'identité parfaite de la doctrine des anciens et de celle des modernes sur ce point, et la nécessité de les ramener l'une et l'autre au dogme vitaliste, si l'on veut en avoir une conception complète.

M. Bousquet a pensé, avec raison, qu'on connaissait assez sa philosophie médicale pour n'avoir pas besoin de faire un exposé de principes; aussi a-t-il été très sobre sur ce point, et après avoir vengé Barthez outragé, en rétablissant le véritable sens altéré de ses propositions relatives à la révulsion et à la dérivation, il est entré de plain-pied dans le cœur du sujet. Il a montré par des exemples bien choisis, quoique vulgaires, ou plutôt même parce qu'ils sont vulgaires, que la théorie thérapeutique de la révulsion et de la dérivation a sa source légitime dans la nature même, dont elle ne fait, au fond, qu'imiter les procédés.

Mais quelle est l'étendue des ressources que la révulsion peut offrir à l'art? Quelles sont les limites de ses applications? Sur ce point de pratique, M. Bousquet n'a montré qu'une confiance assez limitée. Les révulsifs, pour lui, ne sont guère efficaces et utiles que dans deux temps ou dans deux phases de la maladie. Supposant l'inflammation comme une des plus communes, en même temps que l'une de celles qui se prêtent le mieux à ce genre de médication, il ne croit à l'utilité de la méthode révulsive qu'au début de la phlegmasie; c'est-à-dire dans la période fluxionnaire, et au moment où tend à s'effectuer le passage de la phlegmasie aiguë à la phlegmasie chronique.

Quant à la dérivation continue, aux exutoires en permanence dans les affections chroniques confirmées, non-seulement il ne croit pas à leur efficacité, mais il les considère même comme plutôt nuisibles qu'utiles.

Sans être, à coup sûr, partisan outré des méthodes actives, de la médication quand même, et particulièrement des exutoires à demeure, nous croyons pourtant que ce jugement sommaire, motivé plutôt sur une impression générale que sur des faits précis, n'est pas tout à fait sans appel.

En somme, des deux discours très savants et très bien dits de MM. Bousquet et Parchappe, il ressortira certainement quelques éclaircissements utiles sur plusieurs points de la doctrine de la révulsion et de la dérivation; mais nous attendons encore l'orateur qui voudra bien nous éclairer de son expérience personnelle sur le point pratique de la question, sur la valeur des exutoires à demeure et sur les indications de leur emploi. — Dr Brochin.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Procédé de guérison immédiate de l'entorse.

« Il ne faut pas systématiquement rejeter un moyen, quelque empirique qu'il soit, par cela seul qu'il est employé par des gens étrangers à l'art de guérir. » C'est de ce sage conseil, énoncé quelque part par M. le professeur Nélaton, que s'est inspiré un honorable et habile praticien de Paris, M. le docteur Lebâtard, lorsqu'il a cherché à se rendre compte des procédés qu'emploient les rebouteurs pour réduire immédiatement les entorses, et à introduire ces procédés dans la pratique usuelle. En faisant la part des erreurs grossières et des fausses applications inévitables entre les mains des empiriques, il est certain qu'il y a au fond de leurs pratiques aveugles un fait que l'art aurait tort de négliger, et qu'il doit s'approprier en l'éclairant par l'étude de l'anatomie pathologique et en le subordonnant à une sage appréciation des indications thérapeutiques qui en découlent. Ce fait, c'est l'extrême facilité et l'extrême promptitude avec lesquelles les matières épanchées autour de l'articulation se résorbent sous l'influence de certaines pressions et malaxations méthodiques du membre. Tandis que l'entorse, traitée par les moyens en usage, exige le plus habituellement un mois, six semaines ou plus de repos forcé, s'il n'en résulte pas même une ankylose incomplète déterminée par l'organisation de la lymphe épanchée, elle guérit au contraire avec une remarquable rapidité, pour ne pas dire instantanément, lorsqu'elle est traitée par les procédés de réduction immédiate en question. Tout ceci, bien entendu, ne s'applique qu'à l'entorse simple, c'est-à-dire sans déchirure des ligaments.

Voici de quelle manière procède M. Lebâtard :

Le malade, étant assis, tient la jambe blessée étendue (on suppose une entorse du pied, la plus commune de toutes), la plante du pied appuyée sur le genou de l'opérateur. Il est préférable qu'elle y soit fixée par les mains d'un aide. Si l'opérateur agit sur le pied droit, il embrasse le talon dans la paume de sa main gauche, le bascule de bas en haut et d'arrière en avant, exerçant de la sorte une forte traction sur le tendon d'Achille. Le pouce de la main gauche s'étend autant que possible sur tout le gonflement tibio-tarsien, en cherchant à amener derrière la malléole externe tous les tissus qui en sont le siége.

Il procède ainsi en maintenant la même position du membre et du talon jusqu'à ce qu'il ait ramené à sa forme naturelle l'articulation qui primitivement était tuméfiée.

Le gonflement dissipé sous l'influence de cette forte pression dirigée du bord externe au bord postérieur de la malléole externe, le pouce de la main gauche exerce encore des pressions moins puissantes pour terminer l'opération et rendre au pied, sur sa face externe, sa forme naturelle.

La main droite, agissant de concert avec la main gauche sur le membre droit entorsé, exerce les mêmes mouvements que la main gauche en contournant de la même façon la malléole interne.

La main droite prêtant son appui à la main gauche pour maintenir le talon dans la position sus-indiquée, ramène le pouce de la racine du gros orteil au-devant de l'articulation tibio-tarsienne, et fait exercer à celui-ci des mouvements de va-et-vient de manière à détruire par une pression simultanée avec le pouce gauche le gonflement qui pourrait occuper la face interne du pied et de l'articulation.

Lorsque la face dorsale du pied et de son articulation ont par ces pressions rapides et successives repris leur état normal par l'absence de toute tuméfaction, l'opérateur saisit le talon par ses deux bords plantaires, et de la main droite il contourne l'extrémité inférieure de chacune des malléoles avec le médius et le pouce, dirige ceux-ci dans les rainures sous-malléolaires, et exerce à l'aide de ces deux doigts une forte pression de bas en haut et du calcanéum aux bords du tendon d'Achille jusqu'à l'extrémité inférieure du mollet. Il répète cette pression longitudinale jusqu'à ce que le membre ait repris sa forme primitive.

Abandonnant cette traction sur le talon, en le maintenant toutefois dans la main gauche, l'opérateur exerce de la main droite sur la face dorsale du pied entorsé de fortes pressions, qui, dirigées de son extrémité inférieure à la supérieure, contournent l'articulation d'avant en arrière et obliquement de chaque côté.

Le pied, par cette manœuvre, retrouve sa forme primitive, et les douleurs déterminées par les différentes pressions cessent à mesure qu'on les exerce. Le malade peut aussitôt se chausser et marcher.

Aucun appareil n'est absolument nécessaire, et le blessé reprend ses occupations le lendemain ou le surlendemain.

La manœuvre faite sur le talon droit par la main gauche doit être exercée de la main droite sur le pied gauche.

A l'aide de ces manœuvres, on obtient un succès d'autant plus rapide et plus certain que l'entorse est plus récente. M. Lebâtard assure, en effet, que toutes les fois qu'il a opéré quelques heures seulement après l'accident, il a fallu moins de temps pour réussir.

Dans les entorses datant de huit ou quinze jours, le procédé a rendu aux parties lésées leur mobilité et leur force. Dans celles de trois et six semaines, le résultat a été moins satisfaisant, et cela en raison des traitements employés avant l'opération, de l'immobilité dans laquelle on avait tenu le membre à l'aide des différents bandages compressifs et de la macération des tissus dans les liquides résolutifs.

En résumé, par le procédé que nous venons de décrire, on obtient la réduction et la disparition de l'engorgement des tissus en quelques minutes. La réduction ne laisse après elle, le plus souvent, aucune trace. S'il reste quelques traces de la tuméfaction, elles disparaissent en très-peu de jours. Il en est de même de la douleur, qui se dissipe habituellement en trois ou quatre jours. L'empâtement subsiste plus longtemps dans les entorses datant de quinze jours, de trois ou six semaines; mais en aucun cas, ni la douleur ni l'empâtement ne persistent au point d'empêcher la marche. Dans tous les cas, au contraire, il faut faire marcher les malades aussitôt après la réduction. Enfin la réduction, quelle qu'ait pu être l'étendue ou la gravité de l'épanchement, n'a jamais été suivie d'accidents inflammatoires.

Tels sont les résultats généraux de la pratique de M. Lebâtard, résultats qui reposent sur un nombre déjà assez considérable de faits, dont le plus grand nombre ont été recueillis dans un service public, en présence de nombreux témoins et dans des circonstances propres à en faire plus particulièrement ressortir l'importance. Pendant toute la durée de l'Exposition, M. Lebâtard, qui était attaché au service médical du Palais de l'Industrie, a eu en effet de nombreuses occasions d'appliquer son procédé sous les yeux de ses collègues, qui n'ont pas tardé à l'adopter et à en retirer les mêmes bons effets. Nous tenons de l'un d'eux en particulier, M. le docteur Hiffelsheim, qu'il y a eu recours huit fois, dans les mêmes circonstances, au massage et aux frictions, et chaque fois cette opération fut couronnée d'un succès complet et immédiat. Chaque fois les blessés, qui arrivaient à l'ambulance appuyés sur des béquilles, e ne pouvant poser le pied à terre sans pousser des cris, retournaient immédiatement après la réduction reprendre leurs travaux.

Le seul inconvénient de ce mode de traitement est de provoquer des douleurs très-vives, mais promptement oubliées par les malades en présence des bénéfices immédiats qu'ils en retirent.

On comprend, enfin, tous les avantages économiques d'une semblable méthode, qui se traduit en définitive en une épargne notable de temps et d'argent.

Nouveau procédé opératoire pour pratiquer l'opération du phimosis.

La plupart des praticiens ont adopté pour l'opération du phimosis le procédé de la circoncision. C'est, en effet, celui de tous qui donne les meilleurs résultats. Il ne laisse aucune trace disgracieuse dans cette région; objection vraie, qui s'adresse à la plupart des autres procédés, consistant à pratiquer une ou deux incisions à la région dorsale ou inférieure du prépuce, ou même à exciser un lambeau de ce repli tégumentaire. Cette appréciation est aussi celle de plusieurs chirurgiens très-compétents qui ont eu à émettre leur opinion sur ce sujet dans la dernière séance de la Société de chirurgie (voir plus bas). Mais les adversaires de la circoncision reprochent à leur tour à ce mode opératoire d'exiger deux ou trois temps pour terminer l'opération. Qu'elle soit pratiquée par le procédé de Labat, de Lisfranc ou de M. Ricord, on n'atteint presque jamais la muqueuse dans la première incision, et il faut dès lors opérer la section de cette dernière avec des ciseaux.

Ce temps de l'opération est toujours le plus douloureux, et celui qui constitue, en effet, l'argument le plus grave contre ce procédé.

M. Bonnafont, chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Roule, appelé par sa position à remédier fréquemment à cette légère difformité, malgré sa prédilection pour la circoncision, n'en a pas moins été frappé de cet inconvénient. Chaque fois qu'il avait à pratiquer cette opération, il en était à désirer que l'on trouvât un autre procédé qui permît d'éviter ce deuxième temps. Il ne s'est pas borné à ce vœu, il a cherché à le réaliser, et il y est arrivé par le mode opératoire qu'il vient d'employer sur un malade de son service, et qui remplit parfaitement cette double indication, ainsi qu'on va en juger.

Ce procédé est des plus simples. Il consiste à remplir la cavité préputiale de charpie ou de ouate, et, lorsque le prépuce est fortement distendu en tout sens, à en opérer la section circulairement avec un bistouri, en comprenant dans cette incision la peau ainsi que la muqueuse. Le point d'appui que présente à l'instrument le corps étranger introduit dans la cavité du prépuce rend cette section on ne peut plus facile, très prompte et surtout peu douloureuse.

Voici comment procède M. Bonnafont :

Un aide saisit l'extrémité du prépuce et le tire en haut en cherchant à élargir autant que possible son ouverture, par laquelle l'opérateur introduit avec un porte-mèches ou une sonde cannelée, soit de la charpie fine, soit de la ouate, jusqu'à ce que toute la cavité en soit remplie. Cela fait, il devient très facile à l'opérateur de choisir le point du prépuce qu'il veut exciser, et cela sans crainte aucune de blesser le gland, lequel, refoulé en bas par le corps de remplissage, est complétement à l'abri du contact de l'instrument.

Afin de ménager la section de la petite artériole du filet, qui quelquefois donne lieu à une hémorrhagie assez abondante, il fait l'incision légèrement ovalaire de haut en bas et d'arrière en avant. Cette section faite, on panse simplement la plaie, sans points de suture ni serres-fines. (M. Bonnafont attribue, sans motifs suffisants, suivant nous, aux points de suture et aux serres-fines l'inconvénient de provoquer parfois l'inflammation des bords de la plaie) (1).

Pendant les premières vingt-quatre heures on se contente d'appliquer des fomentations froides sur la plaie, et puis les pansements se font avec un linge fenêtré, un peu de charpie, une croix de Malte percée au milieu et une petite bande étroite, le tout fixé à la ceinture d'un suspensoir.

Afin de mettre les lecteurs à même d'apprécier les avantages du procédé de M. Bonnafont, nous le mettrons en regard du procédé qui est le plus généralement adopté, celui de l'habile chirurgien de l'hôpital du Midi. Voici comment M. Ricord le décrit :

« Après avoir marqué avec de l'encre la portion du prépuce qu'on veut exciser, on le tire en avant, on place derrière la ligne tracée des pinces à pansement et on coupe au-devant d'elles tout ce qui dépasse. Reste alors à emporter l'excès de la membrane muqueuse ; on la saisit au milieu de sa partie supérieure, on la fend d'un coup de ciseaux jusqu'au niveau de la peau, puis on l'ébarbe de chaque côté jusqu'au frein. »

Ce procédé comprend donc *quatre temps*, tous plus ou moins douloureux : premier temps, section de la peau ; deuxième, incision longitudinale de la muqueuse ; troisième et quatrième, deux sections obliques de cette membrane allant jusqu'au frein.

Dans le procédé du chirurgien du Roule, les trois derniers temps sont supprimés, puisque la peau et la muqueuse sont également comprises dans la première incision circulaire.

(1) On peut, si on le juge convenable, n'inciser d'abord que la peau, afin de couper la muqueuse plus en arrière, avantage contestable, et auquel pourtant certains praticiens attachent de l'importance.

Hernie du pancréas à travers une plaie pénétrante de l'abdomen ; réduction après ablation d'une portion considérable de cet organe, sans accidents notables.

M. le docteur Laborderie (de Bellac) nous communique le fait suivant, dont il n'existe à notre connaissance que de très rares exemples dans la science, et qui présente par sa rareté même un véritable intérêt.

La jeune V..., de la commune de Lacroix, près Bellac (Haute-Vienne), âgée de dix ans, est tombée, en courant, sur un couteau qui se trouvait ouvert dans sa poche. La lame a traversé toutes les vêtements, a pénétré dans le ventre, et quelques heures après cet accident son père la trouva baignée dans son sang, le couteau à côté d'elle. M. Laborderie, appelé aussitôt, constata ce qui suit :

A droite, à 2 centimètres environ au-dessus du rebord des dernières fausses côtes, à trois travers de doigt en dehors de la ligne médiane, je constatai une plaie d'un centimètre et demi, dirigée de droite à gauche et un peu de bas en haut ; elle pénétrait dans l'abdomen, et livrait passage au corps et à la queue du pancréas, qui en fermait hermétiquement l'ouverture, de telle sorte qu'il ne sortait plus en ce moment une seule goutte de sang par là. Les cris de l'enfant avaient fait engager de plus en plus cette glande, qui faisait alors l'office d'un véritable bouchon. Seulement, à son extrémité splénique, le pancréas lui-même donnait issue à un liquide visqueux peu sanguinolent ; c'était du suc pancréatique mélangé à un peu de sang. Quelques granulations avaient été divisées sans que les vaisseaux ni le canal médian de Wirsung l'eussent été.

Je cherchai aussitôt, dit notre confrère, à me rendre compte de tout ce qui s'était passé, afin d'y puiser quelque indication utile. Le ventre n'était point douloureux, comme on aurait pu s'y attendre ; ses parois n'étaient point tendues ; il était souple. Il n'y avait pas de pâleur, de lassitude, de faiblesse, comme dans les grandes hémorrhagies ; les joues étaient colorées. Il n'y avait donc pas de gros vaisseaux lésés. Enfin, après avoir tout examiné, tout pesé, je pensai, vu la direction de la plaie, que le couteau avait pénétré de bas en haut, de droite à gauche, le dos de la lame tourné à droite afin de ne pas blesser l'estomac, qu'ainsi il s'était glissé entre le foie et le pylore sous le lobe de Spigel et sur la face antérieure de l'estomac, qu'il avait traversé l'épiploon gastro-hépatique et pénétré jusqu'au pancréas, en passant obliquement entre les branches du tronc cœliaque et par-dessous lui, sans toucher ni à l'artère hépatique, ni à sa branche pylorique à droite, ni à la coronaire stomachique à gauche, dans sa portion qui suit la petite courbure de l'estomac pour venir s'anastomoser avec la précédente, sans être parvenu jusqu'à l'aorte abdominale, ou bien en la laissant au-dessous.

Je ne vis donc aucun inconvénient à faire rentrer cette glande herniée et fortement comprimée. J'y parvins en partie en commençant par faire pénétrer ce qui était sorti en dernier lieu. Mais, arrivé aux granulations endommagées, il me fut impossible d'enfoncer plus loin. Il me fallait ou agrandir la plaie, et n'était-ce pas courir des dangers ? ou laisser les parties se sphacéler sur place ; à quel endroit se serait arrêté le sphacèle ? ou bien encore enlever toute la queue du pancréas, qui se trouvait comprimée, déchirée, et en rapport avec l'air extérieur et tous les linges.

Tout en poursuivant mes efforts pour la réduction, je m'arrêtai à ce dernier parti. Le rôle secondaire de cette glande, la petite portion qui sortait encore et son état de lésion me portèrent à faire ce choix. Aussi, après avoir préalablement fait une double ligature, je pratiquai la section au-dessus du fil et laissai la plaie bouchée par la portion qui restait encore retenue entre les lèvres.

Il y eut bien d'abord quelques efforts de vomissements, mais ils furent bientôt dissipés. Le silence le plus grand et la diète la plus complète furent recommandés le premier jour, et je prescrivis l'application sur le ventre de grandes compresses imbibées d'eau froide souvent renouvelées ; le lendemain, je permis quelques cuillerées de bouillon. Au troisième jour, il y eut un peu de frisson ; je fis couvrir tout l'abdomen d'une couche d'onguent napolitain. L'enfant n'avait jamais cessé d'aller à la selle régulièrement ; cette fonction ne se dérangea pas. Enfin, trois semaines plus tard, la jeune malade pouvait reprendre ses jeux et ses occupations.

On voit par là que les plaies pénétrantes de l'abdomen peuvent quelquefois se passer sans de graves accidents ; on voit aussi que l'ablation d'une portion notable du pancréas peut être enlevée sans danger et sans qu'il se présente des irrégularités dans les fonctions.

Rapport de M. Richet

sur un travail de M. Sirus Pirondi, ayant pour titre :

NOTES RECUEILLIES A L'HOTEL-DIEU DE MARSEILLE PENDANT L'ANNÉE 1854 (1).

Ainsi que l'indique le titre, ce n'est point un mémoire spécial sur tel ou tel point de doctrine qu'a voulu nous soumettre notre confrère, mais bien un résumé de sa riche et déjà longue pratique, un compte rendu des faits qu'il a observés pendant l'année 1854.

Appuyé sur des observations nombreuses et variées, il passe en revue les diverses affections qui se sont présentées à lui dans cet intervalle, et les accompagne de remarques souvent originales et ingénieuses, sur lesquelles votre rapporteur devra fixer votre attention.

Le service à la tête duquel est placé le docteur Pirondi est un service de syphilitiques, et il se compose de cent trente lits répartis à peu près également entre les femmes et les hommes.

Pendant l'année 1854, le service des hommes, temporairement fermé à cause du choléra, n'a reçu que 94 malades ainsi répartis :

Blennorrhagies simples	22
Blennorrhagies compliquées d'arthrite et d'orchite	11
Blennorrhées	4
Blennorrhagie suivie d'ulcération du scrotum et de hernie du testicule	1
Chancres simples	10
Chancres avec adénite	18
Phimosis	11
Paraphimosis	2
Ulcères phagédéniques	4
Adénites inguinales strumeuses	5
Syphilides accompagnées d'iritis et de douleurs ostéocopes	6
Total	94

1° En ce qui concerne la blennorrhagie, nous n'avons à noter qu'un seul fait pratique, c'est que notre confrère recommande comme très efficace pour calmer les érections, les préparations de digitale, principalement le sirop, à la dose de une à deux cuillerées.

2° *Blennorrhagies compliquées.* — Sur 11 cas, 6 l'étaient d'arthrite et 5 d'orchite.

M. Pirondi admet comme incontestable la métastase blennorrhagique sur la synoviale articulaire ; et les détails dans lesquels il entre, quoique concis, sont bien propres, en effet, à entraîner la conviction. 4 fois sur 6 l'articulation du genou a été prise ; dans les deux autres cas, c'était l'articulation tibio tarsienne. Une fois, le gonflement articulaire sauta brusquement du genou droit au poignet droit, pour revenir quarante-huit heures après dans le genou gauche.

Dans les complications d'orchite, notre confrère emploie avec avantage, contre l'élément douleur, l'anesthésie localisée au moyen du chloroforme étendu d'eau. Selon lui, rien n'est plus efficace que l'usage local du chloroforme pour diminuer instantanément la douleur. D'ordinaire, il en fait *badigeonner* deux ou trois fois par jour le testicule, en mêlant le chloroforme à une égale quantité d'eau. Je regrette beaucoup de n'avoir pu trouver encore l'occasion d'employer cette méthode, à laquelle, je dois le dire, je n'accorde pas, *à priori*, une grande efficacité, mais que je me promets d'essayer. Tous les chirurgiens savent combien sont quelquefois atroces les douleurs de l'orchite, à ce point qu'un de nos collègues a proposé de débrider la tunique albuginée pour les faire cesser. Si donc l'expérience confirmait les résultats obtenus par le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille, on pourrait dire qu'il a rendu un véritable service à l'humanité.

(1) Ce rapport a été lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 19 décembre 1855.

3° Je ne ferai que mentionner un cas de blennorrhagie observé sur un individu fort et vigoureux, sur lequel, par suite d'inoculation naturelle du pus sur le scrotum, il se forma une ulcération assez large pour que le testicule fit hernie à travers les lèvres de la plaie. Ce qu'il y eut de plus singulier dans ce cas, c'est que les inoculations artificielles du muco-pus qui s'écoulait par la verge et des liquides que sécrétait l'ulcération scrotale, ne donnèrent que des résultats négatifs.

4° Le chapitre qui concerne les chancres mérite d'attirer toute votre attention, en raison de l'importance des questions qui y sont agitées. Dix fois, dit M. Pirondi, j'ai pu constater des symptômes syphilitiques généraux coïncidant avec une induration non douteuse du chancre ; sept fois je n'ai pas trouvé *la moindre trace* d'induration, quoique les symptômes primitifs fussent irrécusables. C'est là, messieurs, une remarque d'autant plus précieuse, qu'elle émane d'un confrère haut placé dans la science, qui observe depuis longtemps sur un grand théâtre, et qui s'est acquis dans la spécialité des affections syphilitiques une haute réputation. Aussi son opinion, mise dans la balance, devra-t-elle peser d'un grand poids lorsqu'il s'agira de décider définitivement qui a tort ou raison, de M. Cullerier affirmant avec nous que l'infection syphilitique générale peut être produite même par le chancre non induré, ou de M. Ricord qui nie formellement cette possibilité. Il y a quelques jours à peine que cette discussion agitait encore la Société de chirurgie. Je ne crois donc pas opportun de chercher à la rouvrir ; mais il est du devoir de chacun d'apporter, puisque pour ainsi dire l'enquête est ouverte, les faits et les raisonnements qu'il croit propres à appuyer sa manière de voir. Je me bornerai aujourd'hui à faire observer d'une manière générale que ce ne sont pas toujours, tant s'en faut, les ulcérations les plus profondes qui sont le plus souvent suivies d'engorgement ganglionnaire, et personne n'a contesté que les exulcérations les plus superficielles soient celles qui donnent le plus fréquemment lieu à l'adénite. On ne voit donc pas, *théoriquement*, pourquoi l'infection syphilitique ne pourrait pas aussi bien être le résultat d'un chancre superficiel que d'un chancre profond. C'est là une réflexion qui m'était venue lors du débat qui eut lieu dernièrement à propos du travail de M. Hammer, et je la trouve dans le travail de M. Pirondi des faits à l'appui de cette opinion. Suivant lui, en effet, les chancres superficiels auraient plus fréquemment donné lieu à l'adénite que les chancres profonds ou en emporte-pièce.

Le traitement de l'adénite inguinale survenue à la période de suppuration a subi entre les mains de M. Pirondi un heureux perfectionnement. Je ne saurais trop engager ceux de nos confrères qui sont placés dans une position toute particulière à l'expérimenter. Voici en quoi il consiste :

Si le ramollissement est avancé et la peau considérablement amincie, on applique d'abord un vésicatoire débordant de tous côtés le ramollissement. Le lendemain, on enlève l'épiderme ; on passe sur la surface dénudée un pinceau enduit de teinture d'iode étendue d'eau dans la proportion d'un tiers ou de moitié, et on recouvre ensuite d'un gâteau de charpie imbibé de ce liquide. Ce pansement est renouvelé deux fois par jour.

Si le ramollissement est peu avancé, on peut renouveler l'application du vésicatoire et panser avec la teinture d'iode presque pure.

Sous l'influence de cette médication, dit M. Pirondi, la résolution de l'adénite s'opère promptement, et alors même qu'on a constaté la fluctuation, on voit le liquide se résorber ou se concréter. Déjà 220 bubons ont été traités de cette manière, et ce n'est qu'exceptionnellement que le pus s'est fait jour à l'extérieur et a exigé un traitement spécial. C'est là un résultat bien digne d'attirer notre attention, et je regrette vivement de n'avoir pu apporter quelques faits personnels propres à éclairer la question. A leur défaut, je puis dire que ce qui me fait bien augurer de la méthode, ce sont les résultats obtenus par un mode de traitement qui n'est pas sans analogie avec celui-ci, et qui m'a donné plusieurs fois des résultats très satisfaisants. Je veux parler du procédé préconisé par un chirurgien militaire, M. Malapert, et qui consiste, après avoir dénudé la surface cutanée à l'aide d'un vésicatoire, à saupoudrer la surface dépouillée d'épiderme avec quelques centigrammes de sublimé corrosif.

5° L'opération du phimosis a fourni à notre confrère l'occasion d'une modification assez ingénieuse du procédé de l'incision. Voici en quoi elle consiste :

Dans le cas où l'ouverture préputiale est trop étroite pour que l'on puisse y introduire une lame de bistouri portant à son extrémité une boule de cire, on y glisse une sonde cannelée dont on fait saillir l'extrémité dans le lieu où l'on veut que l'incision commence. Alors on plonge la pointe de l'instrument dans la cannelure de la sonde, et on achève sur elle l'incision *d'arrière en avant*. On évite ainsi d'intéresser la muqueuse et la peau à des hauteurs différentes.

Ce procédé, ainsi d'ailleurs que le fait remarquer notre confrère, n'est lui-même qu'une modification de celui qu'emploie depuis longtemps le professeur Riberi, qui fait glisser dans la sonde cannelée un stylet pointu et cannelé lui-même, à l'aide duquel, après avoir perforé la peau de dedans en dehors, il conduit un bistouri d'arrière en avant pour achever l'incision.

Sans contester l'utilité de ces deux modifications opératoires, je ferai observer qu'elles ne remédient en aucune manière aux inconvénients reprochés au procédé de l'incision simple, auquel, pour mon compte, j'ai depuis longtemps renoncé. Celui que je mets en usage depuis plus de dix ans présente toute la simplicité qui caractérise celui de MM. Riberi et Pirondi ; il consiste dans l'excision d'un lambeau de peau en V, soulevé à l'aide d'une pince à dissection et emporté d'un seul coup de ciseaux à bec-de-lièvre. On obtient toujours ainsi une ouverture suffisante pour que le gland puisse être aisément découvert ; puis, au lieu d'avoir deux lambeaux pendants et disgracieux, on a une ouverture ovalaire régulièrement arrondie ; on n'est aucunement exposé à couper la peau et la muqueuse à des hauteurs différentes ; et enfin l'opération est aussi rapide et aussi facile que pour l'incision simple, même dans les cas où l'ouverture préputiale est considérablement rétrécie.

La deuxième partie du mémoire de M. Pirondi est consacrée à l'exa-

men des maladies syphilitiques et de leurs conséquences chez la femme.

Sur un total de 311 malades reçues dans les salles pendant l'année 1854, on trouve :

Blennorrhagies bâtardes.	56
Blennorrhagies utéro-vaginales.	62
Urétrites simples.	18
Chancres en emporte-pièce au col et à la fourchette.	58
— à la fourchette.	8
— au méat urinaire.	2
— au rectum (à l'anus).	2
— du vagin simples ou multiples, dont 12 avec adénite.	28
Kystes des grandes lèvres.	3
Abcès des grandes lèvres.	11
Fistules vagino-rectales.	3
Iritis syphilitiques doubles avec syphilides.	2
Ulcères phagédéniques à la vulve, à l'entrée du vagin et au pli crural.	7
Hypertrophie des grandes et petites lèvres.	3
Plaques muqueuses.	9
Exostoses.	3
Affections légères non classées.	36
Total.	311

Trois cents de ces femmes ont été examinées au spéculum, et dix à peine, dit M. Pirondi, étaient exemptes de déviation utérine ; or aucune d'elles ne se plaignait des accidents attribués aux déplacements de l'utérus : d'où il conclut qu'on a singulièrement exagéré les symptômes attribués aux flexions de cet organe.

C'est là une opinion que partage sans doute l'immense majorité des chirurgiens ; mais je crois qu'il y a exagération, en sens inverse, à admettre avec notre confrère et M. Malgaigne que les douleurs dont souffrent un certain nombre de femmes atteintes d'anté ou de rétro-flexion doivent être toujours et uniquement attribuées à une névralgie du col utérin. Le soulagement marqué qu'éprouvent un très grand nombre de malades de l'emploi des divers pessaires ou des ceintures hypogastriques vient déposer contre cette opinion exprimée d'une manière aussi absolue.

Sur 98 observations de chancres siégeant sur divers points des organes génitaux, notre confrère signale 58 chancres du col coïncidant avec l'ulcération chancreuse de la fourchette. Mais cette dernière est pour lui presque toujours la conséquence de la première ; en d'autres termes, le chancre du col entraîne le chancre de la fourchette, le pus qui s'en écoule s'arrêtant sur ce point et s'y inoculant fatalement. D'où cette conclusion pratique que dans les cas où on rencontre l'ulcération de la fourchette il faut, avant tout, examiner le col afin de détruire le chancre initial ; en négligeant cette précaution, on s'expose à traiter inutilement l'ulcération extérieure et à laisser la maladie s'aggraver et infecter l'économie. Voilà la théorie.

Pour mon compte, je l'accepterais volontiers si le premier point, le point capital, celui sur lequel tout le monde voudra être préalablement fixé, était démontré, à savoir, la constance du chancre du col dans les cas d'ulcération de la fourchette. Or c'est ce qui ne paraît point prouvé. Ceux de nos collègues qui ont observé à l'hôpital de Lourcine savent en effet combien sont rares les chancres confirmés du col, et, pour mon compte, pendant un séjour de trois années dans cet établissement spécialement consacré aux affections vénériennes, je n'ai pu en recueillir que cinq cas non douteux dans un service de 94 malades, bien que mon attention fût éveillée sur ce sujet, et que deux fois par semaine toutes les malades fussent examinées au spéculum.

Aussi, frappé par le chiffre considérable de chancres utérins mentionnés dans le travail de notre confrère, me suis-je empressé de rechercher sur quelles preuves se fondait une assertion aussi peu en rapport avec ce que j'avais vu de mon côté, et j'ai le regret de dire que ces preuves font complétement défaut.

C'est là une lacune que notre collègue, j'en suis certain, s'empressera de combler, ce qui lui sera facile d'ailleurs, puisque la plupart des observations sur lesquelles est appuyée l'opinion qu'il émet ont été recueillies, dit-il, avec soin par un de ses internes, M. H. Blanc, actuellement attaché aux hospices civils de Toulon.

Après plusieurs considérations qui ne manquent point d'importance sur le traitement des chancres chez la femme, sur trois cas de fistules recto-vaginales causées par des ulcérations chancreuses profondes de la fourchette, sur les kystes et abcès des grandes lèvres, sur les fistules, sur les ulcères phagédéniques, sur la transmission possible des accidents secondaires, particulièrement des plaques muqueuses de la vulve, et sur la coïncidence des syphilides et de l'iritis syphilitique, M. Pirondi arrive à des remarques générales sur la syphilis. C'est par l'observation clinique et non par les raisonnements qu'il a cherché sinon à résoudre, du moins à contrôler les principales idées doctrinales qui règnent actuellement dans la science ; ses opinions vous paraîtront mériter d'être prises en sérieuse considération tant à cause de la position éminente qu'il occupe qu'en raison du vaste théâtre sur lequel il exerce.

Relativement à ce que l'on est convenu d'appeler la loi d'unicité, il cherche à démontrer, en s'appuyant sur deux observations tirées de sa pratique, qu'elle n'est point aussi générale, aussi infaillible qu'on s'est plu à le proclamer. Toutefois, je dois dire que les deux faits sur lesquels s'appuie M. Pirondi ne remplissent pas toutes les conditions exigées récemment par M. Ricord pour le convaincre, et c'est là la raison qui m'a fait résister au désir que j'avais eu d'abord de vous en présenter une analyse.

Quant à la syphilisation, notre confrère de Marseille la repousse en pratique, mais il admet cependant qu'elle se fonde sur quelque chose de réel, à savoir : la difficulté plus grande qu'ont les individus antérieurement inoculés à contracter de nouveaux chancres et à subir les accidents d'infection générale. A l'appui de son opinion, il cite également quelques observations.

Enfin, M. Pirondi admet, avec MM. Bassereau, Diday et Clerc, la pluralité des virus syphilitiques, ou, pour mieux dire, deux sortes de chancres, le chancre bénin et non infectant, et le chancre infectant. « Mes observations, dit-il, sans être aussi nombreuses que celles de M. Bassereau, sont déjà cependant au nombre de *cinq*. » Il est à regretter qu'il n'ait pas cru devoir les consigner dans son travail.

Telle est la substance du mémoire que M. Pirondi a soumis à votre appréciation. Ainsi que je vous le disais en commençant, c'est un résumé de sa pratique et de ses opinions en syphilis, et vous avez dû remarquer qu'il est semé d'aperçus ingénieux et souvent originaux qui dénotent un praticien consommé. Mais ce n'est point là le seul titre qu'il présente à l'appui de sa candidature de membre correspondant. Depuis longtemps notre confrère est connu par ses nombreux écrits et publications dans la presse périodique. De plus, il est chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille, et l'un des praticiens les plus répandus et les plus estimés de cette grande ville. Nous vous proposons donc à ces divers titres :

1° De nommer M. le docteur Sirus Pirondi membre correspondant ;

2° De déposer honorablement son travail dans les archives de la Société à titre de document très intéressant à consulter.

DISCUSSION.

M. Cullerier a essayé le traitement des bubons par les vésicatoires suivis de diverses applications médicamenteuses, sublimé, onguent mercuriel, sels de cuivre, iode ; tout le résultat produit lui semble dû dans cette méthode au vésicatoire.

L'application des prétendus résolutifs lui a paru dans un cas être la cause d'un abcès énorme ; dans d'autres cas, il a cru pendant quelques jours à la résolution, et la suppuration n'en a pas moins eu lieu.

— Une discussion s'engage sur la fréquence du chancre du col et sur la propriété qu'il aurait de produire un chancre secondaire à la fourchette.

M. Cullerier croit les chancres du col moins rares que M. Richet ne le pense, mais cependant moins fréquents que ne le dit le chirurgien de Marseille ; ils siégent à l'orifice même du col, c'est-à-dire au museau de tanche ; mais il n'assure pas qu'ils s'inoculent aussi aisément à la fourchette.

M. Morel-Lavallée a vu souvent aussi les chancres du col ; il dit de plus que, par le fait des transformations qu'ils subissent, il devient difficile de les reconnaître, si ce n'est par l'inoculation. Trois fois ils coïncidaient avec le chancre de la fourchette. Mais souvent ces deux manifestations sont isolées, et M. Morel ne conçoit guère comment le premier produirait si constamment le second, quand il songe que la paroi du vagin étant toujours au contact, le pus n'a pas plus de tendance à se porter en arrière que partout ailleurs ; quand il y a coïncidence, pourquoi ne pas admettre que le pénis chancreux a produit la double inoculation ? Comment M. Sirus Pirondi s'est-il assuré que les choses s'étaient passées différemment ?

M. Richet comprend très bien l'explication de l'auteur. Si la fourchette d'ailleurs se prend plus facilement que les autres points du vagin ou de la vulve, c'est que dans ce point les éraillures, les excoriations sont très fréquentes.

M. Richet s'étonne encore de voir admettre la fréquence aussi grande des chancres du col ; pour sa part, il n'a rencontré que cinq chancres inoculables, quoiqu'il ait eu le soin d'inoculer un très grand nombre d'ulcérations du col chez des femmes affectées de chancres extérieurs.

M. Verneuil fait remarquer que le procédé que M. Sirus Pirondi préconise pour l'opération du phimosis est très connu, très ancien, et que pour sa part il l'a vu mettre en usage depuis qu'il a commencé ses études. Quant au procédé adopté par M. Richet, l'opération qui consiste à couper le prépuce, comme dans la circoncision, et à renverser la muqueuse n'est-elle pas préférable ?

M. Richet répond que sa manière de faire est beaucoup plus expéditive.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 janvier 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

Épidémies. — 1° Un rapport de M. le docteur Lecœur, médecin des épidémies de l'arrondissement de Caen, sur une épidémie de choléra qui a régné pendant les mois d'août, septembre et octobre 1855 dans quelques communes du Calvados ;

2° Un rapport de M. le docteur Mangin sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Saint-Julien (Vosges) ;

3° Les rapports des médecins des épidémies des Hautes-Pyrénées sur les épidémies qui ont régné dans ce département en 1854 ;

4° Un rapport de M. Chapel, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Malo (Ille-et-Vilaine), sur une épidémie de rougeole qui a régné dans cet arrondissement en 1855 (commission des épidémies) ;

Eaux minérales. — 5° Une demande en autorisation d'exploitation d'une source minérale située à Saux, commune de Decise (Nièvre) ;

6° Une semblable demande pour des sources minérales sises à Aurensan (Gers) (commission des eaux minérales) ;

Remèdes secrets. — 7° La recette d'un médicament contre l'hydrophobie (commission des remèdes secrets et nouveaux) ;

Vaccine. — 8° Le tableau des vaccinations pratiquées en 1854 dans les départements de l'Ain et du Doubs. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Vaccine. — M. Panis, professeur d'accouchements à Reims, adresse le résumé des vaccinations pratiquées en 1854 dans le troisième canton de Reims. (Commission de vaccine.)

Instruments en aluminium. — M. Charrière fils soumet à l'examen de l'Académie deux sondes et deux porte-nitrate, dont un pour les organes urinaires, fabriqués avec l'aluminium.

— M. Bussy remercie, dans une courte allocution, l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à la présidence. Il rend compte ensuite de l'accueil que la députation de l'Académie a reçu lors de sa présentation à S. M. l'Empereur et aux ministres du commerce et de l'instruction publique.

M. Bussy termine en proposant de voter des remercîments à M. Jobert, son président pour l'année 1855, et aux deux membres sortants du conseil d'administration, MM. Rostan et Robert.

— M. Depaul exprime également en quelques mots sa reconnaissance à l'Académie de l'avoir maintenu pour cette année dans ses fonctions de secrétaire annuel. Cet hommage, ajoute M. Depaul, qui me dédommage des quelques soins que je me suis efforcé d'apporter dans l'accomplissement de mes devoirs, m'impose l'obligation de redoubler de zèle et d'activité.

— M. le président informe l'Académie qu'elle a à pourvoir à deux vacances.

On procède immédiatement à la nomination d'une commission de onze membres, qui aura à décider à quelles sections elles seront affectées.

Cette commission est composée de MM. Piorry, Bouillaud, Velpeau, Jolly, Gimelle, Chomel, Depaul, Chevallier, Renault, Caventou et Bouchardat.

DISCUSSION.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les exutoires. La parole appartiendrait à M. Malgaigne ; mais M. Malgaigne étant obligé de s'absenter pour ses devoirs à l'École, prie le bureau de lui réserver la parole pour la séance prochaine.

M. Parchappe est appelé à la tribune.

M. Parchappe, après avoir établi que l'examen de l'utilité des exutoires permanents aboutit logiquement et nécessairement, d'une part, à une question de physiologie pathologique, celle de la doctrine de la révulsion ; d'autre part, à une question de méthode philosophique, celle de la certitude thérapeutique, ajoute que la réalité de l'existence d'une doctrine médicale de la révulsion, servant de fondement à des indications et à des médications dans la thérapeutique de tous les temps depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, ne saurait être sérieusement mise en doute.

La contradiction de M. Malgaigne ne portant au fond et en définitive que sur l'identité de la doctrine et sur la réalité de sa valeur, M. Parchappe discute ces deux points essentiels, fondamentaux de la question.

Il faut d'abord s'entendre sur ce que peut être l'identité traditionnelle d'une doctrine dans le développement historique de la science médicale. Prenant pour exemple l'inflammation, l'orateur se demande s'il n'y a pas dans l'ensemble des faits, d'où est née l'idée médicale de la révulsion, quelque chose qui représente, relativement à la conception thérapeutique, des données fondamentales communes et identiques pour toutes les époques et pour toutes les écoles.

Pour obtenir une démonstration suffisante de cette vérité, M. Parchappe pense qu'il suffit de fixer aussi exactement que possible ce qu'a été cette doctrine, au point de départ, dans la médecine antique, et de rapprocher de cet exposé une appréciation non moins fidèle de ce qu'est cette doctrine à l'époque où nous vivons.

C'est à bon droit, dit-il, que Galien a proclamé Hippocrate l'inventeur de la doctrine thérapeutique de la révulsion.

Cette doctrine est implicitement contenue dans la conception hippocratique de la nature de la maladie.

Le développement de phénomènes qui constitue la maladie, qui exprime une réaction de la vie contre la cause de la maladie, qui consiste dans une élaboration de la matière morbide, la *coction*, et qui a pour but l'élimination de ce que le travail du corps n'a pu vaincre, la *crise*, doit être respecté, lorsque ce développement se produit de manière à représenter une tendance salutaire de la nature vers la guérison.

La méthode thérapeutique qui constitue l'imitation de la nature par l'art, c'est la révulsion. Le principe sur lequel son efficacité est fondée se résume dans cet aphorisme : *Duobus doloribus*.

De la simple exposition des données fondamentales de la doctrine de la révulsion dans la médecine antique ressort en quelque sorte immédiatement la preuve de sa conformité avec la doctrine de la révulsion dans la médecine moderne.

La conception moderne, comme la conception antique, s'appuie sur les données d'observation pure qui présentent la *nature* ou le *principe de la vie*, comme déterminant la guérison des maladies au moyen d'une direction des actions organiques, qui se traduit fréquemment par un déplacement du mouvement morbide, par le développement dans une partie plus ou moins éloignée du siége principal de la maladie, de phénomènes dynamiques et plastiques aboutissant généralement à une élimination matérielle.

Ainsi, la conception moderne admet la réalité de la solution critique des maladies, de leur déplacement spontané ; elle recommande l'imitation des procédés de la nature ; elle admet les mêmes idées fondamentales en thérapeutique, celle d'un antagonisme et d'un déplacement dynamiques, celle d'une attraction exercée sur les liquides en même temps que sur les forces. Ses procédés ne diffèrent en aucune manière des procédés antiques. Enfin, et c'est là le caractère le plus élevé de la conformité des doctrines modernes et anciennes, la conception thérapeutique de la révulsion, aujourd'hui comme dans le passé, implique une conception vitaliste de la maladie.

Empirique ou dogmatique, humorale, mécanique, chimique, dynamique, animiste, spiritualiste ou même organiciste, la doctrine thérapeutique de la révulsion a toujours et partout pour fond le vitalisme.

Ne suffirait-il pas pour le comprendre et pour le prouver, de concevoir que les doctrines antivitalistes conséquentes doivent nier la révulsion, et de constater que les médecins antivitalistes conséquents la nient ?

Partant de cette donnée, M. Parchappe définit ainsi la doctrine vitaliste de la révulsion :

La vie, dans l'ordre physiologique aussi bien que dans l'ordre pathologique, ne peut être conçue que comme un déploiement de force au sein d'un organisme.

Quelle que soit la nature de la force vitale, le déploiement de cette force dans l'organisme se manifeste comme susceptible de varier capitalement sous le double point de vue de la quantité et de la direction.

Il est impossible de ne pas admettre que la quantité de la vie varie en plus ou en moins, soit à divers moments dans l'organisme tout entier, soit au même moment dans les diverses parties de l'organisme,

états auxquels correspondent les idées de force et de faiblesse; et aussi que pour une quantité égale de vie dans l'organisme tout entier, la répartition de la vie entre les divers organes, présente des conditions variables d'équilibre et de direction, états auxquels correspondent les idées de concentration, de dispersion, de déplacement de l'activité vitale.

Et enfin, la révulsion n'est autre chose qu'une idée tout aussi réelle que l'ordre de faits qu'elle représente, c'est-à-dire des faits de rupture d'équilibre dans une répartition actuelle de la vie, de déplacement de la quantité de la vie d'une partie à une autre partie de l'organisme.

Il y a donc une doctrine de la révulsion. Elle a pour base et pour règles les données fournies par l'observation des faits dans l'ordre physiologique et l'ordre pathologique.

Il y a lieu de continuer à lui demander son secours et son appui dans l'exercice de l'art.

Enfin, c'est par elle qu'il est possible d'expliquer les effets curatifs que nous obtenons chaque jour au moyen de la révulsion temporaire dans les maladies aiguës, au moyen de la révulsion permanente dans les maladies chroniques.

M. Bousquet. Si l'art de changer le cours du sang et des autres humeurs était connu des anciens, M. Bouvier l'a prouvé en grec et en latin de manière à fermer la bouche à quiconque aurait encore envie de le contester. En dehors des leçons de l'histoire, on sent que la révulsion a dû se présenter d'autant plus vite à l'esprit qu'elle n'est qu'une imitation des procédés naturels. Il est douteux que jamais les hommes eussent entrepris de guérir les maladies s'ils n'avaient vu la nature à l'œuvre, et en ceci on peut dérober quelques-uns des moyens dont elle se sert pour se soulager.

Des exemples d'une révulsion naturelle, on en voit tous les jours dans l'effet des hémorrhoïdes sur les congestions cérébrales, des flux diarrhéiques sur les maladies du foie et du bas-ventre, des sueurs sur les affections catarrhales, et peut-être aussi dans la plupart des mouvements critiques.

Eh bien! ce que la nature fait quelquefois d'elle-même, l'art a cru qu'il pouvait le faire à volonté. Les anciens donnaient d'autant plus d'attention à la révulsion, ils y mettaient d'autant plus de prix, que dans leurs doctrines humorales ils croyaient voir couler avec les humeurs la cause même des maladies; la dérivation n'enlevait pas seulement ce qu'il y avait de vicieux dans les liquides, elle les corrigeait, elle les épurait; c'était tout à la fois un moyen d'élimination et d'épuration.

En rompant avec l'humorisme, les médecins en ont un peu modifié le langage: on ne parle guère aujourd'hui que de révulsion, et on entend par là, non plus le déplacement des humeurs, mais le transport de l'action vitale d'un lieu sur un autre; on ne veut plus des théories des anciens, mais on en conserve précieusement la pratique, à laquelle on a donné des règles.

Si ces règles sont mauvaises, M. Malgaigne a bien fait de le dire, il aurait mieux fait de le prouver.

Ce qu'il a dit des vues de Barthez sur la thérapeutique des fluxions et des règles qu'il a formulées n'en pourrait donner une juste idée. La première de ces règles, M. Malgaigne la tient dans l'ombre: il n'en parle pas; il a tronqué, il a mutilé doublement la seconde en en retranchant le commencement et la fin; je prends la liberté de la compléter.

La fluxion est-elle imminente, en voie de formation ou de continuité, Barthez veut qu'on l'attire au loin; pourquoi au loin? parce qu'un appel fait dans le voisinage du mal, rentrant dans la sphère d'activité du mouvement naturel, pourrait le seconder au lieu de le contrarier.

Au contraire, la fluxion est-elle bien formée, bien établie, à plus forte raison si elle est ancienne, il y a peu d'espoir de la déplacer par des appels lointains qui ne seraient pas entendus; il faut s'en rapprocher de plus en plus, et la solliciter par des attractions immédiates et successives.

Cette règle n'est pas absolue; la quatrième y apporte une restriction que voici: Néanmoins, dans les maladies où l'organe d'où part la fluxion est connu, c'est sur cet organe qu'il faut porter la contre-fluxion.

Voici en esprit et en vérité le traitement méthodique des fluxions tel que Barthez l'a institué; le reste est accessoire. Le trouvez-vous, messieurs, aussi vain, aussi futile, aussi stérile qu'on l'a dit, et méritait-il l'anathème dont on l'a frappé? Il paraît d'abord si spécieux, que la raison l'accepte avant toute expérience. A une fluxion naturelle et dangereuse en soi ou par l'organe qu'elle menace, on oppose une contre-fluxion dont l'art choisit le lieu: quoi de plus naturel et de plus rationnel! Mais aux présomptions de la théorie, l'expérience a joint son témoignage. Une personne se plaint de la tête, elle met ses pieds dans l'eau et se sent soulagée; une autre est sous le coup d'une congestion cérébrale, on la saigne au pied, et la tête se dégage.

Voici maintenant une hémoptysie; l'art ouvre au sang une autre voie et l'hémorrhagie s'arrête; une bronchite commencant, il prescrit un émétique ou la poudre de Dower, la sueur coule et emporte la maladie. M. Bouley va bien plus loin; il assure qu'on arrête la pneumonie de la vache dans sa *période d'inoculation* par de larges sétons pratiqués autour du thorax. La révulsion était une des médications les plus familières à Double, mais il n'en usait que dans l'*imminence* des maladies. A ce moment, disait-il, la plupart des maladies reculent et avortent. Cette idée, qu'il avait rapportée des bancs de l'école, il ne cessa de l'appliquer dans le cours de sa brillante carrière.

Je fais remarquer ici qu'en présentant la révulsion comme un des procédés de cette base médicatrice que Broussais appelait si heureusement du nom de Providence intérieure; en la proposant comme une des ressources les plus précieuses de la thérapeutique, je n'en étends pas indéfiniment l'usage; au contraire, je le limite expressément à la naissance, à l'invasion des maladies. A mesure qu'on s'éloigne de ce premier moment, la maladie prend des forces, et la révulsion n'est plus de saison; le temps en est passé pour le moment.

C'est ce qui arrive pour les phlegmasies confirmées. J'explique ma pensée; tant que l'inflammation n'est pas faite, mais en train de se faire, la fluxion y joue un si grand rôle que si, par un moyen ou par un autre, on parvient à en changer le cours, la maladie, privée d'un de ses éléments les plus essentiels, se dissout d'elle-même; mais lorsque l'inflammation est complète, lorsqu'elle a atteint son *état*, sa *perfection*, elle ne peut plus être considérée comme une association d'éléments divers, elle constitue un ensemble, une unité pathologique, laquelle doit fatalement se dérouler et s'accomplir dans la place qu'elle a prise.

M. Bousquet entre ici dans quelques développements sur la tendance qu'a l'inflammation à s'étendre, sur sa diffusion et la difficulté de concilier cette diffusion avec la révulsion de la phlogose; puis il ajoute:

La diffusion de l'inflammation n'est pas le seul caractère qui exclut la révulsion. J'en trouve un autre dans sa marche, dans sa fixité. Elle est telle, cette fixité, que là où elle a pris naissance il faut qu'elle parcoure toutes ses périodes et qu'elle s'éteigne. Ni les saignées ni les révulsifs les plus irritants, rien ne saurait lui imprimer la mobilité que la nature lui a refusée, et l'obliger à changer de place. On ôterait à un malade tout son sang, on rubéfierait toute la surface du corps, qu'on ne parviendrait pas à trancher le cours de la plus petite inflammation.

Soit une ophthalmie, un clou, une angine, un panaris, etc. On applique par voie d'expérience un vésicatoire, un cautère, un révulsif enfin. Qu'arrive-t-il? L'inflammation morbide diminuera peut-être; c'est dans sa nature. Mais si elle diminue, elle ne diminuera pas assez rapidement pour qu'on en puisse faire honneur à l'inflammation artificielle; on ne voit pas que l'une s'augmente de ce que l'autre perd, mais on voit clairement qu'elles marchent chacune de son côté, comme si elle était seule, avec cette différence bien digne de remarque, que l'inflammation morbide née spontanément par les seules forces de la vie, ou sous l'influence de causes communes, se prolonge souvent sans mesure; elle porte donc en elle des conditions de durée et de persistance qui ne sont pas dans l'inflammation artificielle, car celle-ci a des tendances toutes contraires; on ne peut l'entretenir que par des stimulations continues et sans cesse renouvelées, sinon le vésicatoire se sèche, le cautère se ferme, le séton se cicatrise.

Heureusement tous les agents de la thérapeutique décorés du titre de révulsifs ne se ressemblent pas: il y en a de doux, comme les saignées, les bains; il y en a d'irritants, comme vésicatoire, cautère, séton, etc. En second lieu, ils ont pour la plupart plusieurs propriétés distinctes. La saignée n'est pas seulement bonne à dévier le cours du sang, elle en tempère l'effervescence en en diminuant la masse; elle affaiblit, elle rafraîchit. C'est même pour cela qu'elle est d'un si fréquent usage dans le traitement de l'inflammation confirmée.

Les révulsifs doux ont au moins cet avantage qu'ils conviennent par toutes leurs propriétés. Il n'en est pas tout à fait de même du vésicatoire, du cautère, etc.; c'est à leurs propriétés irritantes qu'ils doivent d'être classés parmi les révulsifs, et c'est justement cette irritation qui les rend si difficiles à manier; car, loin qu'elle s'absorbe dans le lieu de l'application, elle se révèle, elle retentit dans toute l'économie, et principalement sur l'organe enflammé, en vertu du célèbre aphorisme *Consensus unus*, qu'il n'est pas facile d'accorder avec cet autre non moins célèbre: *Duobus doloribus*.

Combien de fois un vésicatoire destiné à déplacer une inflammation n'en a-t-il pas produit une autre, sans profit pour la première! Mais l'inflammation ne se maintient pas dans tout son cours également vive, également intense; elle marche, elle s'adoucit, elle décline. Si la résolution s'opère, il n'y a rien à faire; mais si elle se retarde, il faut la hâter, afin de prévenir le passage de l'état aigu à l'état chronique. La révulsion reparaît alors. La médecine comparée ne connaît rien de comparable. Vous avez entendu M. Bouley en prendre la défense; M. Leblanc l'a continuée, en renchérissant sur son confrère.

Je veux bien croire tout ce que l'art vétérinaire raconte du séton; mais, je le dis avec envie, la médecine humaine est loin d'en tirer les mêmes avantages. Cela tiendrait-il à la différence des espèces? Serait-ce que les soucis, les chagrins, l'inquiétude qui s'emparent de nous au moindre danger viennent traverser et paralyser les efforts du médecin?

En résumé, bien que nous ayons aujourd'hui des idées plus saines que nos devanciers à cet égard, elles accordent encore trop à la révulsion. Il n'est pas si facile qu'on paraît le croire de détourner la nature de ses voies et de l'entraîner où elle ne veut pas aller. La révulsion n'en tient pas compte et se présente toujours pour le tenter. Ses agents sont nombreux: elle a su tourner toute la matière médicale à son usage; ce qui ne peut pas s'expliquer par l'action directe des médicaments s'explique indirectement par la révulsion. Aussi son règne n'est pas près de finir. Il ne faut pas se le dissimuler, les révulsifs sont la ressource de l'ignorance qui ne sait que faire; elle l'est aussi de la science elle-même à bout de moyens. Peu de malades meurent de maladies soit aiguës, soit chroniques qui ne portent des vésicatoires ou des sinapismes; c'est souvent un signe de détresse, c'est le cri d'alarme, et cette pratique est si bien entrée dans les idées du peuple que le médecin qui y manquerait ne connaîtrait pas toutes les ressources de son art et n'aurait pas fait tout son devoir.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial, ont été nommés dans la Légion d'honneur:

Officiers: MM. Pamard, chirurgien en chef des hôpitaux d'Avignon; Trébuchet, secrétaire du conseil d'hygiène et de salubrité publique de la Seine; Guerre, médecin principal aux hôpitaux de la division d'Oran.

Chevaliers: MM. Fournier, chirurgien en chef de l'hôpital de Grenoble; Maladière-Montécot, médecin des hospices de Langres; Depaul, agrégé de la Faculté de médecine, secrétaire de l'Académie; Raige de Lorme, bibliothécaire en chef de la Faculté de médecine; Chatin, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie; Crozat, professeur à l'Ecole préparatoire de Tours; Canuet, docteur en médecine, attaché à divers établissements de bienfaisance de Paris; Constantin James, docteur en médecine, auteur de plusieurs ouvrages; Alex. Mayer, médecin de l'inspection générale de la salubrité, et médecin adjoint des Quinze-Vingts; Bertrand, médecin major aux hôpitaux de l'armée d'Orient; Berthe, médecin major du 8e régiment de hussards; Malachowski de Pretrowski, médecin major du 3e régiment de spahis, Fropo, médecin major aux hôpitaux de la division de Constantine; Lacroix, médecin major à l'hôpital militaire de Boulogne; Gamus, médecin major du 10e régiment de cuirassiers; Songy, médecin major du 5e régiment de dragons; Dieu, pharmacien principal à l'hôpital militaire de Metz; Robillard, pharmacien major aux hôpitaux de l'armée d'Orient.

— Par décret du 30 décembre dernier, M. le docteur Mélier, inspecteur général du service sanitaire, et M. le docteur Alquier, inspecteur du service de santé militaire, ont été nommés médecins consultants dans le service de santé de la maison de l'Empereur.

— Un de nos plus anciens collaborateurs, M. le docteur Beaugrand, vient d'être nommé à la place de sous-bibliothécaire de la Faculté de médecine, vacante par suite de la démission de M. le docteur Segond.

— Nous rappelons à nos lecteurs qu'un concours pour un nombre indéterminé d'emplois de médecins et de pharmaciens sous-aides commencera le 28 janvier courant, simultanément à Paris, Lille, Metz, Strasbourg, Besançon, Lyon, Marseille, Montpellier, Toulouse, Bordeaux et Rennes.

Un autre concours pour un nombre également indéterminé d'emplois de médecins et de pharmaciens stagiaires aura lieu le 4 février prochain à Strasbourg, le 18 à Montpellier, et le 3 mars à Paris. (Voir, pour les conditions et les matières du concours, les nos des 4 et 11 août 1855.)

— La dernière semaine de décembre a été funeste au corps médical de Lyon. Outre le respectable docteur Viricel, dont nous annoncions la mort dans notre dernier numéro, nous avons encore à enregistrer celle d'un jeune et savant confrère, M. le docteur Paul Brun, décédé à l'âge de quarante ans.

— La Société entomologique de France, dans sa séance tenue à l'hôtel de ville le mercredi 26 décembre 1855, a, pour la vingt-cinquième fois depuis sa fondation, procédé au renouvellement annuel de son bureau. Ont été nommés pour l'année 1856:

Président, M. L. Reiche; premier vice-président, M. E. Bellier de la Chavignerie; deuxième vice-président, M. le docteur Boisduval; secrétaire, M. E. Desmarets; secrétaire adjoint, M. H. Lucas; trésorier, M. L. Buquet; trésorier adjoint, M. L. Fermaire; archiviste, M. A. Doüé; archiviste adjoint, M. le docteur V. Signoret.

Commission de publication: outre les membres du bureau, MM. Amyot, Berce, J. Bigot, L. Brisout de Barneville et le docteur Sichel.

— M. le docteur Auzoux commencera son cours d'anatomie humaine et comparée le dimanche 13 janvier, à une heure. Ce cours sera continué les dimanches suivants à la même heure.

Les jeudis à la même heure:

1° onférences sur la leçon du dimanche;

2° Expériences chimiques et physiologiques propres à faire apprécier les conditions qui favorisent, empêchent ou modifient les fonctions par lesquelles la vie s'entretient;

3° Considérations hygiéniques et physiologiques appliquées à l'homme, au cheval, à tous les animaux domestiques.

Des places seront réservées pour les dames et les personnes qui en feront la demande.

Nos souscripteurs des départements dont l'abonnement est fini du 31 décembre sont priés d'envoyer sans retard le prix de leur renouvellement en mandats de poste ou en traites sur Paris.

Ceux de la Belgique peuvent s'adresser, pour leur renouvellement ou leurs réclamations, à M. Decq, *libraire à Bruxelles; ceux de la Suisse, à* MM. JULLIEN frères, *libraires à Genève.*

Quant aux abonnés des autres pays, ils voudront bien, comme à l'ordinaire, nous faire parvenir le prix de l'abonnement par les libraires ou les directeurs de poste de leur résidence.

A Paris, les quittances sont présentées à domicile.

Les abonnés qui désirent faire relier leur collection de 1855 voudront bien nous envoyer leurs numéros, et moyennant 2 francs ils auront cette collection reliée d'ici à huit jours.

Ceux qui auraient perdu des numéros et les personnes qui s'étant abonnées dans le courant de 1855 voudraient compléter cette année, sont priés de faire le plus tôt possible la demande des numéros ou des mois qui leur manquent. Le prix d'un numéro est de 10 centimes, celui d'un mois est de 1 fr. Les années antérieures à l'année courante se vendent 12 francs. — Ces petites sommes peuvent être envoyées en timbres-poste.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Agenda médical pour 1856, à l'nsage des médecins, pharmaciens et vétérinaires, contenant: 1° un Memento du praticien pour l'emploi des médicaments dangereux, des principales formules, officinales et magistrales, et des agents nouveaux, par le Dr Alph. Cazenave, médecin de l'hôpital St-Louis, etc.; 2° la Revue annelle des travaux académiques, par le Dr A. Foucart; 3° un Résumé pratique des eaux minérales, par M. Constantin James; 4° l'Extrait du décret impérial en date du 22 août 1854, snr le régime dans les Facultés et Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie en France. Plus, un calendrier à deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires de Paris et des environs; le service médical de la maison de l'Empereur; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins inspecteurs des eaux minérales; les maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et Ecoles préparatoires de médecine de France, avec le nom de MM. les professeurs; l'Ecole de pharmacie, l'Ecole vétérinaire d'Alfort; l'Académie de médecine, la Société de chirurgie et autres Sociétés; le Conseil d'hygiène publique et de salubrité, et les commissions d'hygiène; la liste des poisons et contre-poisons, avec l'indication des secours à administrer aux noyés et asphyxiés; la liste par ordre alphabétique des snbstances actives et toxiques qni ne doivent pas être délivrées sans ordonnance du médecin; les chemins de fer, avec le nom des stations où ils s'arrêtent; le tableau des rues de Paris, etc. Format in-18 de 430 pages, dont 190 de calendrier et 240 de renseignements utiles. — Prix, broché: 1 fr. 75 c. à Paris, et 2 fr. 50 c. *franco* par la poste; divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille: 3 fr. 50 c. *franco* par la poste. Prix, relié, suivant le luxe des reliures: de 3 à 9 fr. — Paris, chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine, 23. — *Nota.* Les exemplaires reliés ne pouvant être expédiés par la poste, MM. les médecins sont priés de les faire demander par l'intermédiaire des libraires de leur localité.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 3. — MARDI 8 JANVIER 1856. (29e ANNÉE.) N° 3. — MARDI 8 JANVIER 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 7 JANVIER 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie n'a entendu dans cette séance aucune lecture médicale, mais elle a reçu plusieurs communications sur des questions de physiologie d'un intérêt assez général pour que nous devions nous y arrêter un instant.

La première est un mémoire de M. Émile Blanchard sur les fonctions du foie. Ce savant entomologiste a voulu s'assurer d'abord si la production glycogénique du foie, reconnue par M. Cl. Bernard chez des animaux appartenant à différentes classes, avait lieu également chez les arachnides. Ses expériences ont donné des résultats affirmatifs. Mais il ne s'est pas borné à ce premier point. Considérant, d'une part, le développement que conserve le foie chez une infinité d'animaux fort dégradés sous le rapport de leur organisation comme excluant l'idée que cet organe n'ait qu'un rôle secondaire dans l'économie, il a cherché en même temps s'il n'aurait pas d'autres fonctions importantes à remplir. Ses recherches sur les arachnides et les insectes tendent à prouver, en effet, que le rôle du foie ne se borne pas là. Reprenant l'hypothèse plusieurs fois émise dans la science, que le foie est un organe d'élimination servant à l'épuration du sang, il a institué des expériences curieuses dont on trouvera la relation dans le compte rendu, et qui semblent justifier la conclusion par laquelle il termine son mémoire, savoir : « que si le foie a la propriété d'éliminer une substance apparente aux yeux, il est impossible de ne pas croire qu'il ait la même propriété à l'égard d'autres éléments que nous sommes inhabiles à distinguer. »

Le second mémoire est relatif à la respiration, cette autre fonction complexe dont physiologistes, chimistes et physiciens cherchent à l'envi à découvrir la théorie. M. E. Fernet s'est proposé d'étudier un point seulement de ce difficile problème. Ce point, c'est l'influence des divers principes solubles du sang sur la solubilité et l'absorption des différents gaz qui interviennent dans la respiration. On sait que le sang a pour ces gaz une propriété absorbante toute différente du pouvoir dissolvant de l'eau pure. Partant de cette idée, que ce phénomène devait tenir sans doute à l'influence des principes solubles que le sang contient, et qui feraient entrer ces gaz dans une sorte de combinaison plutôt que dans une dissolution véritable, M. Fernet a cherché à déterminer quels sont, parmi les principes solubles du sang, ceux qui servent à cette partie de la fonction, ceux qui pourraient manquer sans qu'elle fût troublée. M. Fernet a exposé dans son travail quelques-uns des résultats qu'il a obtenus pour l'acide carbonique, pour le chlorure de sodium et pour le phosphate de soude. Il se propose de poursuivre ses recherches et de les étendre à l'oxygène, à l'azote et à quelques dissolutions salines autres que les précédentes. Nous reviendrons alors sur l'ensemble des résultats qu'il aura obtenus. Ces recherches, comme on voit, ne tendent pas à moins qu'à déterminer le rôle de chaque élément du sang dans la respiration.

Nous signalerons seulement pour mémoire un travail de M. Léon Dufour, sur l'absence, dans le *nemoptera lusitanica*, d'un système nerveux appréciable, fait négatif qui formerait une remarquable exception en entomologie.

Parmi les communications médicales proprement dites que l'Académie a reçues dans cette même séance, il en est quelques-unes dont le titre et le sujet font présumer un certain intérêt ; mais la brièveté du *Compte rendu* à leur égard nous réduit à en rester à cette présomption. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

M. Becquerel a commencé à l'hôpital de la Pitié une série de leçons cliniques que l'on peut diviser en deux catégories. Les unes, dans lesquelles le professeur traite successivement des maladies les plus communes, de celles qui font le sujet habituel des cliniques ; les autres, consacrées à l'exposition de l'histoire des maladies qui ont été éclairées dans ces derniers temps par les progrès de la chimie pathologique et de la microscopie.

Ce sont ces dernières que M. Becquerel a traitées d'une manière toute spéciale, et de façon à en faire autant de résumés monographiques que nous voulons présenter aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*. Nous espérons qu'ils y prendront le même intérêt que nous y avons pris nous-même. — Dr A. Maurin.

De l'anémie et de la chlorose.

Les leçons que nous allons consacrer à l'étude de l'anémie et de la chlorose ont surtout pour but de vous démontrer que ces deux états morbides, confondus encore par beaucoup de médecins, sont essentiellement différents l'un de l'autre, et que leurs causes, leurs caractères et leur traitement reposent sur des bases qui sont loin d'être les mêmes.

Anémie. — L'expression d'anémie est mauvaise ; car l'α privatif ajouté à l'étymologie αιμα indique la privation du sang. Je ne changerai pas cependant cette expression, attendu que tous les médecins s'entendent quand ils parlent de l'anémie, et qu'il serait difficile de faire passer dans le langage usuel une locution nouvelle.

Nous emploierons le mot anémie comme synonyme de diminution de proportion des globules du sang, et par conséquent nous définirons l'anémie : un état morbide caractérisé par une notable diminution de proportion des globules du sang. Ainsi expliquée, on peut comprendre immédiatement que l'anémie n'est pas une maladie proprement dite, mais simplement un état morbide consécutif à beaucoup d'autres ; un état morbide symptomatique, comme on l'a appelé avec beaucoup de raison. C'est, en effet, dans ce sens que nous l'entendons et que nous essayerons d'esquisser son histoire ; histoire fort intéressante, car il n'est peut-être pas de maladie avec laquelle l'anémie ne puisse se combiner, et sous l'influence de laquelle elle ne puisse se produire.

État du sang dans l'anémie. — Pour faire comprendre quel est l'état du sang dans l'anémie, j'ai besoin de rappeler ici quelques notions relatives à la composition du sang à l'état normal.

Sur 1,000 parties de sang :

La quantité d'eau est comprise entre les chiffres	830	et	770
La proportion des globules est comprise entre. .	140	et	120
La quantité de fibrine entre.	2	et	3

Sur 1,000 parties de sérum :

La quantité d'albumine est comprise entre. . .	70	et	80
La matière extractive, sels, matière graisseuse, etc.	8	et	12

Voici maintenant les modifications que l'anémie fait éprouver à ces chiffres :

La quantité d'eau s'élève au-dessus du chiffre 830, et peut aller jusqu'à 880. La proportion des globules peut descendre de 120 à 40. Sous ce rapport, j'admets trois degrés dans l'anémie :

1er degré (anémie peu considérable), globules compris entre 100 et 120 ;
2e degré (anémie notable), globules compris entre 80 et 100 ;
3e degré (anémie considérable), globules au-dessous de 80.

La proportion de fibrine varie très peu. On la voit cependant représentée par le minimum physiologique 2, dans quelques cas d'anémie profonde.

La quantité d'albumine contenue dans 1,000 parties de sérum varie également très peu. Cependant toutes les fois que l'anémie est considérable, il y a un léger degré d'abaissement de ce principe, qui peut descendre jusqu'à 65. Lorsqu'il en est ainsi, on voit les matières extractives, les sels, etc., augmenter et atteindre le maximum physiologique. L'albumine peut diminuer d'une manière notable en même temps que les globules ; mais alors c'est un autre état morbide qui constitue une complication. Je compte vous en faire l'histoire en parlant des hydropisies.

HISTOIRE DE REVENANTS.

> Lorsque l'homme aura passé sa vie à la recherche des merveilles de Dieu, à la fin il trouvera qu'il ne fait que commencer, et après s'y être longtemps appliqué, il ne lui en restera qu'un profond étonnement.
>
> (*Ecclésiastique* de Jésus, fils de Sirach, chap. xviij, verset 6.)

On parlait beaucoup de revenants, la mode en est passée ; cependant je puis affirmer que notre profession si féconde en aventures mirifiques et surnaturelles, m'a souvent permis d'en rencontrer : *quod vidimus testamur* (APOCALYPSE de saint Jean). Quoi que vous soyez, lecteur, ne riez pas ; car, si vous exercez la médecine depuis longtemps, vous en avez vu vous-même.

N'est-il pas arrivé, en effet, à chacun de nous de rencontrer dans sa pratique ou dans nos hôpitaux des individus dits incurables, et de les revoir ensuite bien portants, guéris par les seuls efforts de la nature ? Qui donc peut assigner des bornes à sa puissance ? Qui connaît les limites de la vie humaine ? Excepté quand les organes sont entièrement détruits, ne peut-on pas avoir des guérisons inespérées ; même dans ces circonstances extrêmes, l'histoire naturelle, si admirable, ne nous dit-elle pas qu'il existe des espèces animales dont les parties détruites peuvent se régénérer de toutes pièces ?

Ce que je vais dire est absurde, eu égard à la faiblesse de nos moyens et aux bornes de nos connaissances. On ne comprend pas, dans l'espèce humaine, qu'un topique appliqué sur l'orbite vide de son globe oculaire puisse donner naissance à un autre œil ; il y a cependant des analogies éloignées bien dignes de nos plus sérieuses réflexions : ceci dit avec gravité et sans faire allusion au baume de fier-à-bras inventé, je crois, par Michel Cervantes.

Je prends pour exemple les membranes muqueuses. Quelles différences dans leur sensibilité, selon leur siége et leurs usages ! aucune ne saurait en remplacer une autre ; et voyez ce qui se passe si vous enlevez une lanière de l'une d'elles ! il se formera une cicatrice propre au service du siége qu'elle occupe.

Reprenons. Qu'est-ce donc que les maladies *incurables* ? Cette expression se définit d'elle-même (*insanabiles*). Elles ont deux principales raisons d'être :

1° La nature du mal ; 2° l'impuissance de l'art.

Hippocrate dit : Ce que les médicaments ne guérissent pas, le fer le guérit ; ce que le fer ne guérit pas, le feu le guérit, et ce que le feu ne guérit pas... est incurable.

En dépit de cet aphorisme, je dirai, moi, *que la nature, plus puissante que l'art, guérit ce qu'elle veut, et quand elle le veut.*

A la vérité, les grands hôpitaux offrent rarement de ces cas heureux, il s'y voit peu de cures merveilleuses ; ce privilége n'appartient qu'aux localités éloignées des grandes villes, à cet air des champs qui invite à l'existence. Ce ne sont point les éléments analysables qui manquent à l'air des cités, mais ce je ne sais quoi qui est à l'atmosphère ce que le parfum est aux plantes, l'arome aux fruits, le bouquet aux vins, le fumet aux viandes. Il en résulte que des cuisiniers appelés en consultation autour d'un plat pourront bien dire s'il est exactement assaisonné selon leur art, ils savent tout ce qui doit entrer dans ce ragoût ; tandis que les savants chimistes appelés pour l'analyse de l'air ne sauront en rendre un compte exact, attendu l'ignorance dans laquelle ils sont des mille et mille modifications inappréciables qui y existent ou qui y font défaut.

Savants, pourquoi cette atmosphère contient-elle le principe de la rougeole, de la variole, de la peste, du choléra-morbus, etc., etc., etc.? Détresse et tristesse !

Premier revenant. — On lit qu'une femme fut débarrassée d'un cancer ulcéré du sein par une inflammation éliminatoire spontanée qui fit tomber le mal ; il se forma à sa place une cicatrice de bonne nature, et la femme vécut encore de longues années, et succomba à une affection différente.

Deuxième revenant. — Ici nous en aurons deux pour un : le *Journal des Savants* du mois de janvier 1749 rapporte que Rigaudeaux, chirurgien de l'hôpital de Douai et accoucheur, n'ayant pu se rendre de suite auprès d'une femme de la campagne, apprit en y arrivant qu'elle était morte depuis deux heures et qu'on n'avait pu trouver personne pour lui faire l'opération césarienne ; ayant enlevé le drap qui la couvrait, voyant qu'elle conservait un reste de chaleur et de la souplesse dans les membres, que l'orifice de la matrice était dilaté et la poche des eaux assez bien formée, il fit la version, et amena l'enfant par les pieds. Cet enfant, venu mort, fut cependant soumis à des soins assidus, et quelques heures après il criait aussi fort que s'il fût né heureusement. Rigaudeaux, avant de quitter la mère, recommanda aux assistants de ne l'ensevelir que quand les membres seraient roides ; vers la fin du jour, cette femme ressuscita, et trois années plus tard la mère et l'enfant existaient encore.

Troisième revenant. — Mme C..., mère de l'un de nos confrères, docteur-médecin à Ham, a été prise à l'âge de soixante ans de tous les symptômes d'une affection cancéreuse de l'estomac. Rien n'y a manqué, pas même la couleur jaune paille, signe de la diathèse : elle a vécu ainsi pendant vingt ans, vomissant presque tous ses aliments ; l'année dernière, la tumeur épigastrique a disparu. Mme C... a quatre-vingt-un an ; elle n'éprouve plus aucun des symptômes de son ancienne maladie ; elle mange de tout sans choisir, et se porte à merveille.

Quatrième revenant. — Ambroise Paré, dans son livre dixième, intitulé *Des plaies en particulier*, parlant au chapitre XIX de la commotion ou esbranlement, et concussion ou escousse du cerveau, rapporte le fait suivant, connu de tous les chirurgiens : Monseigneur François de Lorraine, duc de Guise, reçut devant Boulogne un coup

Les modifications du sang que nous venons de passer en revue peuvent se développer sous l'influence de causes bien différentes les unes des autres. Nous allons essayer de vous en présenter le tableau.

Etiologie. — Les causes qui peuvent produire l'anémie sont toutes les circonstances physiologiques ou morbides capables d'affaiblir les individus, de diminuer leurs forces, d'épuiser leur organisation.

Nous trouvons un premier ordre dans les conditions anti-hygéniques.

L'alimentation en quantité insuffisante, surtout quand cette insuffisance se prolonge un peu longtemps, peut produire l'anémie, et à plus forte raison la diète.

C'est ainsi qu'on peut expliquer la diminution des globules, que nous avons constatée à la suite de la plupart des maladies aiguës, dans nos recherches avec M. Rodier. On doit donc trouver une certaine diminution des globules chez les convalescents.

D'après les recherches de MM. Andral et Gavarret, il y a dans certains cas de cancer de l'estomac une inanition résultant des vomissements incessants qui tourmentent les malades. Cette sorte de diète forcée amène assez rapidement une notable diminution de la proportion des globules du sang.

Une nourriture insuffisamment réparatrice, exclusivement ou presque exclusivement composée de végétaux, surtout quand elle est prolongée, produit des résultats analogues.

La misère, la famine agissent dans le sens que nous venons de dire. Ces deux conditions sociales peuvent être considérées comme les conditions les plus capables de produire rapidement l'anémie.

Le défaut d'oxygénation de l'air, l'absence de lumière, ou du moins sa privation incomplète sont capables de produire la diminution des globules. C'est, par exemple, ce que l'on observe chez les prisonniers longtemps détenus dans les cachots obscurs. Hacke a admirablement décrit l'anémie des mineurs d'Anzin, anémie due à des causes de ce genre. Le séjour prolongé dans un lieu humide peut également produire la diminution des globules.

Je dirai la même chose des émotions morales vives et prolongées, des chagrins durables, des passions vives, de l'amour contrarié, d'une vie trop sédentaire, enfin des travaux de cabinet opiniâtres ou trop forts pour la constitution de ceux qui s'y livrent. On peut considérer encore comme produisant l'anémie les fatigues musculaires trop fortes, les excès vénériens, la masturbation, enfin les excès de tout genre.

L'anémie se produit aussi facilement chez la femme que chez l'homme.

Causes pathologiques. — La diminution des globules se montre dans une foule d'états morbides divers, dont elle n'est en général que la suite, l'effet. On peut admettre, du reste, que tantôt elle est la conséquence de la maladie elle-même, tantôt celle des moyens de traitement mis en usage pour la combattre. On peut établir plusieurs propositions à cet égard.

1° Toute maladie aiguë ayant duré un certain temps et ayant amené une influence générale sur l'organisme, pour l'affaiblir de telle sorte que pendant la convalescence il se produit une anémie véritable.

Cette influence est modifiée par l'âge. La diminution des globules se produit plus vite, plus facilement, et est plus forte chez l'enfant que chez l'adulte.

La force de la constitution, l'état excellent antérieur de la santé s'opposent, au contraire, à la production aussi facile de l'anémie.

Le traitement subi par les malades exerce une influence notable sur la production de cette affection. Elle sera d'autant plus intense qu'on aura fait, par exemple, un plus grand nombre d'émissions sanguines ou administré des purgatifs nombreux ou des diurétiques très actifs.

2° Dans les maladies chroniques, l'anémie se produit plus facilement que dans les maladies aiguës; il suffit qu'elles aient duré un certain temps et qu'elles aient débilité l'organisme d'une manière notable. Dans ces maladies, l'anémie sera d'autant plus considérable qu'il y aura eu des pertes quelconques de liquides, telles que des hémorrhagies, une diarrhée d'une certaine intensité, un flux urinaire.

Elle se produira encore avec d'autant plus de facilité que ces maladies chroniques sont dues au développement d'un produit organique de nouvelle formation, tel que le cancer, le tubercule, etc., etc.

3° Certains agents thérapeutiques sont capables de produire l'anémie, ou plutôt la diminution des globules du sang. Ce sont les suivants : *a.* Les *émissions sanguines.* L'anémie est d'autant plus notable que les pertes du sang ont été plus fortes, plus répétées, et qu'elles ont été accompagnées d'une diète plus sévère. *b.* Les *purgatifs.* L'anémie sera d'autant plus notable qu'ils auront été plus répétés, et que les selles qu'ils ont déterminé auront été plus fréquentes et plus abondantes. *c.* Les *diurétiques énergiques*, s'il en existe! *d.* Deux médicaments, par leur usage trop longtemps répété, par leur abus, peuvent produire l'anémie; ce sont le mercure et l'iode.

Examinons maintenant les principales classes de maladies.

1° Phlegmasies. Tout ce que nous avons dit des maladies aiguës ou chroniques peut s'appliquer ici. Ajoutons-y seulement deux faits : *a.* Les phlegmasies de l'intestin capables de produire la diarrhée déterminent bien facilement l'anémie. *b.* Toute suppuration abondante, en se prolongeant pendant un certain temps, finit par produire l'anémie.

2° Les hémorrhagies sont une des causes les plus fréquentes, les mieux constatées, et nous pouvons dire les plus énergiques de la diminution des globules. L'anémie sera d'autant plus considérable que des hémorrhagies auront été plus considérables, plus fréquemment répétées, et qu'elles auront eu lieu chez des individus plus faibles ou bien déjà en proie à d'autres maladies.

3° Les hydropisies s'accompagnent fréquemment de diminution de proportion des globules. Ainsi, dans la maladie de Bright, cette diminution est produite en même temps que celle de l'albumine du sérum.

4° Les maladies organiques du cœur s'accompagnent fréquemment de la diminution des globules, surtout quand elles sont amenées au point de produire des hydropisies mécaniques.

7° La syphilis constitutionnelle existant depuis longtemps et mal traitée détermine assez souvent l'anémie.

8° Certaines maladies nerveuses, la plupart des névroses; un certain nombre de névralgies, surtout quand elles sont tenaces, opiniâtres, peuvent produire l'anémie. L'hystérie, l'hypocondrie, la nostalgie s'accompagnent surtout fréquemment de la diminution de proportion des globules.

9° Les maladies de la moelle, surtout à l'état chronique, peuvent amener l'anémie.

10° Les fièvres intermittentes ayant duré très longtemps, ou bien encore le séjour habituel dans un lieu marécageux, produisent un état cachectique spécial dont la diminution des globules est un des éléments constitutifs.

11° Certaines intoxications, et en particulier celles dues aux affections saturnines, produisent facilement la diminution de proportion des globules.

12° Les pertes séminales involontaires, certains flux tels que la polyurie, les sueurs anormales sont encore des causes pathologiques capables de produire l'anémie.

Symptomatologie. — L'anémie constitue souvent le seul état morbide, et alors elle se révèle par les caractères qui lui sont propres et que nous allons étudier dans un instant. Dans d'autres cas, au contraire, elle est mélangée à d'autres affections, et il est parfois assez difficile de faire la part des symptômes qui appartiennent à l'anémie, d'une part, et, de l'autre, aux maladies coexistantes.

Pour suivre un ordre facile à retenir, nous adopterons cette division, et nous étudierons successivement l'anémie simple et l'anémie compliquée.

Anémie simple. — Les phénomènes morbides par lesquels l'anémie simple se traduit au dehors diffèrent entre eux, suivant le degré auquel est arrivée la diminution du chiffre des globules. Il est incontestable que ces phénomènes ne seront pas les mêmes ou au moins n'auront pas la même intensité, selon que le chiffre des globules sera compris entre 120 et 100, entre 80 et 100, ou bien au-dessous de 80.

Nous prendrons pour base de notre description les symptômes de l'anémie correspondant à des chiffres compris entre 80 et 100, ce qu'on peut appeler l'anémie moyenne, et nous noterons, chemin faisant, les différences qu'une diminution plus forte ou moins considérable des globules est capable d'y apporter.

L'habitude extérieure des sujets anémiques est caractéristique : leur figure exprime la souffrance et la tristesse; la peau est pâle, et cette pâleur est plutôt d'un blanc mat que d'une autre nuance. Dans les diminutions très considérables des globules, mais seulement dans ces cas-là, la nuance est plutôt blanc verdâtre; toutefois cette coloration est plus particulière à la chlorose. En général, dans l'anémie, surtout chez les femmes, les yeux sont cernés d'un cercle bleuâtre.

En même temps que la peau est décolorée, il y a presque toujours un amaigrissement général, qu'à première vue il est facile de distinguer de l'espèce de bouffissure ou de turgescence des tissus qu'on observe dans la chlorose.

La diminution des forces, qui est en rapport avec le degré de diminution des globules, se traduit par une facilité extrême des malades à la fatigue et à la courbature. C'est un des caractères qui servent principalement à faire constater l'existence de l'anémie.

Le sommeil est en général bien conservé; il semble que les malades éprouvent le besoin de compenser les pertes qu'ils ont subies et de réparer la diminution des globules.

Tube digestif. — L'appétit est en général conservé, quelquefois même il est plutôt augmenté; il en est de même de la soif. L'exagération de ce dernier sentiment devient parfois un des symptômes les plus caractéristiques de la diminution considérable des globules. Chez la grande majorité des individus anémiques, la digestion stomacale s'opère bien; il n'existe pas de gastralgie ni d'entéralgie, sauf dans quelques cas très-exceptionnels; parmi ces cas, nous devons ranger ceux qui sont sous la dépendance d'une leucorrhée très-abondante, d'un catarrhe utérin ancien et intense, de maladies diverses de la matrice. L'anémie dans ces circonstances est accompagnée d'une gastralgie bien dessinée, qui se manifeste par un sentiment de fatigue dans les régions de l'estomac et une sensation de tiraillement presque toujours caractéristique.

La constipation est un phénomène assez habituel chez les anémiques; nous ne dirons pas la même chose du développement facile de gaz, qui ne s'observent que très accidentellement. On peut résumer les symptômes observés du côté du tube digestif en disant que dans la plupart des cas d'anémie simple, il n'y a aucun désordre bien sensible, aucun phénomène morbide bien saillant.

Du côté de l'appareil respiratoire, nous n'avons guère à signaler que la dyspnée, qui est un des phénomènes les plus fréquents de l'anémie. Quand les globules ne sont que peu ou que médiocrement diminués, cette dyspnée ne se manifeste guère que lorsque les sujets qui en sont atteints se livrent à quelque exercice, montent un escalier, etc., etc. Mais dans les anémies considérables, où l'on voit le chiffre des globules atteindre 60, 50, 40, la dyspnée est souvent considérable, et on voit quelquefois les malades ne pouvoir faire un mouvement dans leur lit sans être pris de dyspnée. *(La suite prochainement.)*

HOPITAL DE LA CHARITÉ DE LYON. — M. Bouchacourt.

De l'atrésie vulvaire.

Lu à la Société de chirurgie (séance du 26 décembre 1855.)

L'étude de l'atrésie vulvaire offre aujourd'hui encore plusieurs points obscurs, et qui demandent, pour être éclairés, de nouvelles et attentives observations.

Ayant vu pendant mon service de la Charité un certain nombre de cas susceptibles de jeter quelque jour sur cette histoire, j'ai pensé qu'il y aurait de l'intérêt pour la Société de chirurgie à lui faire part d'une manière succincte de quelques-unes de mes observations personnelles, me réservant de leur donner ultérieurement une forme plus scientifique dans un travail plus étendu.

Complète ou incomplète, l'atrésie vaginale peut être congénitale ou acquise. Cette dernière a été le mieux étudiée jusqu'à présent. Tout le monde sait que des brûlures, des inflammations, des ulcérations, la gangrène, etc....., peuvent amener à la vulve et le long du conduit vulvo-utérin des resserrements considérables, de véritables oblitérations, dont la présence se révèle d'une manière fâcheuse, soit au moment de la menstruation ou à l'occasion des rapprochements sexuels, soit au moment de l'accouchement. Tous les chirurgiens ont vu des cas

---

de lance, qui, au-dessous de l'œil droit déclinant vers le nez, entra et passa outre de l'autre part entre la nuque et l'oreille d'une si grande violence, que le fer de la lance, avec une portion de bois, fut rompu et demeura dedans, en sorte qu'il ne put être tiré hors qu'à grande force avec des tenailles de maréchal; nonobstant toutefois cette grande violence, qui ne fut sans fracture d'os, de nerfs, veines, artères et autres parties rompues et brisées par ledit coup de lance. Mondit seigneur, grâces à Dieu, fut guéri.

Cinquième observation. — La phthisie pulmonaire tuberculeuse est regardée comme toujours mortelle chez l'homme lorsqu'elle est arrivée à sa période extrême; elle guérit cependant souvent chez les animaux. Les bouchers trouvent, en les abattant, de nombreuses cicatrices dans les poumons et des tubercules non encore ramollis. Cette différence de fréquence relative des guérisons dans l'espèce humaine et dans les animaux ne tiendrait-elle pas à ce que ces derniers marchant à quatre pattes, les foyers pulmonaires peuvent se vider, la cicatrisation se faire du fond vers les bords, ce qui ne peut avoir lieu chez l'homme, à cause de la station bipède? Ceci est une question adressée aux savants médecins vétérinaires. Quoi qu'il en soit, j'affirme avoir vu :

1° Plusieurs sujets arrivés au dernier degré de la phthisie pulmonaire tuberculeuse, guérir entièrement;

2° D'autres, en plus grand nombre, conservant des lésions dans la poitrine, vivre ainsi de longues années.

Si je ne craignais d'abuser de la bienveillance de nos lecteurs, j'en citerais plusieurs observations fort remarquables.

Je ne parlerai pas ici du cas de plaies de tête avec ou sans perte de substance cérébrale; il suffirait, pour en trouver un grand nombre, de lire Marchettis et Bohn; ni de ces blessures graves de la poitrine ou du bas-ventre, dont les livres contiennent mille relations. Combien de soldats laissés pour morts sur les champs de bataille sont revenus ensuite dans leurs foyers? Y a-t-il un pays où quelque individu existant ne dise qu'il a été abandonné des médecins et *qu'on lui a jeté le drap sur le nez?*

Si je voulais entrer dans les détails des inhumations précipitées, il s'agirait d'écrire des volumes.

Voici pour les individus.

Examinons maintenant les parties du corps; combien ne voyons-nous pas de gens qui, n'ayant pas voulu se soumettre à une opération conseillée alors qu'elle était jugée indispensable, ont conservé un membre ou un autre organe redevenu sain et fort par la suite.

Ceci me conduit à faire un aveu. Appelé l'année dernière auprès d'un enfant scrofuleux de huit ans pour visiter son œil, je le trouvai dans l'état suivant : on voyait sur la cornée transparente une ulcération qui avait laissé sortir l'humeur aqueuse; l'œil était aplati et la cornée entièrement opaque. J'avertis la mère que cet œil serait perdu. J'étais dans l'erreur. L'ulcération guérit, l'œil se remplit, l'opacité de la cornée disparut, et aujourd'hui cet enfant voit très bien.

En sommes-nous donc réduits au désespoir? Ne pouvons-nous avoir aucune confiance dans la science ni dans l'art? Nullement. Notre devoir est de nous instruire en toutes choses le plus et le mieux. Ces faits, loin de décourager les hommes qui ont le discernement en partage, ne servent qu'à démontrer combien il convient d'être sobre de fâcheux pronostics.

Il faut avoir l'esprit en éveil sur les ressources de la nature. Rien n'est plus commun que les observations utiles; elles peuvent être connues de tout le monde : nous n'avons qu'à regarder. *Mais il faut avoir appris à ouvrir utilement les yeux.* « Un vacher, un berger, un maçon, » il faut tout écouter, tout consulter, tout entendre; tout sert dans le » ménage. » (Montaigne.)

Il est beau de prédire l'avenir; mais pour être oracle, il faut avoir à son service des expressions à double sens, des locutions équivoques : elles ne nous conviennent pas.

Puisque j'en suis sur les termes, sortant de mon sujet, je dis qu'il est bon d'écrire les observations de médecine pour qu'elles soient lues, c'est-à-dire avec clarté, brièveté et élégance. Je condamne les expressions choquantes et ridicules soulignées plus bas comme devant être bannies de notre langage; elles ressemblent à ces hommes de peu ou point de valeur dont la multitude se sert, et qui doivent en être bien surpris quand, descendant en eux-mêmes, ils se demandent.... le pourquoi. Si je faisais profession d'écrire, si ce bois faisait bouillir ma marmite, je voudrais remplir ma tâche avec attention et conscience; il ne m'échapperait plus de blâmables légèretés de style; j'éviterais les mots impropres nouveaux ou inusités, comme les nochers fuient les écueils de la mer; ces fautes, et toutes les autres, passent chez des écrivassiers de mon espèce, indisciplinés et capricieux, affranchis par nature, et, à l'exemple de Lucilius, n'écrivant que pour les Tarentins et Consentinois, comme Rabelais ne perçant le tonneau que pour les buveurs de la prime cuvée et les goutteux de franc aloi!

Or, lorsque vous verrez des gens qui *jouiront d'une mauvaise santé,* des malheureux énervés, ruinés, exténués par l'*abondance des privations* et la longueur des maladies, ayez présent à la mémoire le vocabulaire évasif des paysans, qui, forcés de dire : Oui ou non, ne disent jamais ni l'un ni l'autre. Rappelez-vous en cette occasion le discours de Trouillogan, philosophe éphectique et pyrrhonien, alors que Panurge prend conseil de lui sur la difficulté du mariage. Ne vous pressez pas; *festina lentè,* selon l'expression d'Octave Auguste; *interposez entre* vos impressions actuelles et votre pronostic un gros point de doute; vous serez bientôt convaincu que les cas où l'on en revient, en dépit de nos jugements, ne sont pas *énormément* rares, et vous répéterez avec le divin vieillard qu'en médecine le jugement est difficile et l'expérience sujette à erreur.

Amédée Joux.

de ce genre ; les accoucheurs en ont maintes fois signalé les dangers, en indiquant les méthodes curatives à leur appliquer.

On se trompera quelquefois sur l'origine de ces atrésies. La malade qui fait le sujet de l'observation recueillie dans le service de Nichet en 1837, et dont j'ai publié l'histoire (1), avait une bride parfaitement circulaire; on fit l'incision multiple, l'accouchement put avoir lieu : on resta convaincu qu'il s'agissait d'une altération congénitale. Longtemps après cependant, j'ai su que cette fille avait eu déjà une première grossesse, un accouchement laborieux qui avait réclamé l'emploi du forceps, occasionné la gangrène du vagin et une cicatrice circulaire consécutive.

J'ai rencontré depuis plusieurs cas où la gangrène et l'inflammation réparatrice ont amené des atrésies partielles par la production de brides plus ou moins irrégulières. J'ai surpris deux fois les éléments formateurs de brides circulaires qui ont pu ou qui pourront plus tard jeter du doute sur le mode de développement d'une atrésie que j'ai considérée comme inévitable, bien que les malades ne soient pas restées sous mes yeux jusqu'au moment de la cicatrisation.

Il s'agit, dans le premier cas, d'une fille de seize ans, qui accoucha à la Maternité; le travail fut long, se termina néanmoins naturellement, bien qu'il se fît presque complétement à sec. Une portion du vagin, tout près de la vulve, résista assez longtemps, présentant la forme d'un bourrelet circulaire, que je pris pour le col utérin abaissé; enfin la tête parut à la vulve et se dégagea. Au bout de quelques jours, il se détacha une portion considérable de muqueuse, sous forme d'un manchon, de près de trois centimètres de longueur, occupant très régulièrement et très exactement toute la circonférence du vagin.

Chez une petite fille de onze ans, des tentatives criminelles amenèrent une inflammation traumatique vaginale des plus intenses; la membrane hymen, gonflée, rouge, faisait saillie à la vulve, et se gangréna dans les deux tiers internes de son étendue, laissant un anneau circulaire enchâssé dans l'épaisseur du vagin, siége lui-même d'une inflammation suppurative, éliminatrice et réparatrice, qui a bien pu consécutivement amener la formation d'une bride circulaire au même lieu, plus résistante que la membrane hymen normale.

M. le docteur Tavernier, qui fut appelé pour constater ce fait au point de vue de la médecine légale, observa avec moi cette altération, et pensa même un moment, tant l'inflammation et l'engorgement des parois vaginales étaient considérables, qu'il s'agissait d'un prolapsus utérin. Une inspection plus attentive, et le toucher pratiqué avec soin et ménagement, nous éclairèrent plus complétement, et nous permirent d'affirmer que l'utérus n'était pour rien dans ce désordre.

L'atrésie vulvaire ou superficielle est la plus fréquente. Souvent c'est un vice de conformation congénital. Son interprétation n'ayant pas jusqu'ici été convenablement donnée, il m'a paru utile de vous communiquer le résultat de mes recherches.

Sur dix cas d'atrésie vulvaire que j'ai observés attentivement au point de vue du siége immédiat de l'oblitération, neuf fois les petites lèvres étaient l'élément oblitérateur, une fois les grandes lèvres. Dans ce dernier cas, l'atrésie était le résultat d'une brûlure dont la cicatrisation n'avait pas été surveillée avec soin. L'adhésion, qui était assez régulière, comprenait la partie muqueuse des grandes lèvres, sur une longueur de plus de 2 centimètres. Une incision avec un bistouri étroit conduit sur une sonde cannelée passée au-dessous, et des pansements isolants firent justice de cette cicatrisation vicieuse.

Dans les neuf autres cas, la réunion des petites lèvres à divers degrés était l'élément unique de l'oblitération, qui était complète pour le vagin, mais constamment incomplète pour le canal de l'urètre.

La plus jeune de ces enfants était âgée de quelques jours; la plus âgée avait sept ans. Chez la plupart, l'émission des urines était la fonction essentiellement troublée; le jet perdait de sa force, se divisait, et se brisait contre la face postérieure de la membrane. Chez quelques-unes, la marche favorisait ce trouble fonctionnel, qui chez la plupart n'avait pas été reconnu immédiatement après la naissance.

Chez toutes, moins deux, une incision simple avec un bistouri conduit sur la sonde cannelée, ou de petits ciseaux allongés, suffirent à détruire l'atrésie congénitale. De petites bandelettes de linge enduites de collodion, appliquées de chaque côté, m'ont paru le meilleur pansement isolant, le plus sûr défensif contre le passage douloureux des urines. Dans les deux derniers exemples que j'ai rencontrés, l'analogie m'a conduit à un traitement plus simple, et qui, je l'espère, restera comme thérapeutique rationnelle de ce genre de difformité.

Voici comment j'ai été conduit à la notion étiologique de ce vice de conformation.

Ayant eu à opérer plusieurs cas de phimosis congénital chez les petits garçons, avec adhérence du prépuce au gland, je me suis aperçu (je parle du phimosis congénital, je le répète) que ces adhérences latérales au frein, circulaires à la base du gland et sur la plus grande étendue de sa surface, ne résistaient point à un rebroussement fait avec une pression forte et ménagée, ayant le soin d'enduire préalablement d'huile les parties que l'on veut faire *désadhérer*, si l'on peut ainsi parler.

Appliquant ces données fournies par la théorie, et basées sur l'expérience, au traitement de l'atrésie vulvaire par occlusion des petites lèvres, j'ai pu deux fois, sur deux opérations ainsi tentées, détruire l'adhérence médiane, en écartant chaque moitié de la membrane obturatrice avec les pouces appliqués de chaque côté; rétablir l'orifice dans son intégrité, sans tiraillement douloureux, sans écoulement sanguin, sans l'inflammation consécutive qui avait lieu, dans les cas même les plus simples opérés avec le bistouri et la sonde cannelée.

Je conclus en disant que :

1° Le siége immédiat de l'occlusion vulvaire est presque toujours dans les petites lèvres.

2° Ce qu'on a pris pour la membrane hymen à un examen superficiel n'est le plus souvent qu'une adhérence des deux petites lèvres sur la ligne médiane, l'hymen étant situé plus profondément et dans l'état normal.

3° Cette adhérence des petites lèvres a semblé dans deux cas n'être que la conséquence d'une juxtaposition tellement intime, analogue à la juxtaposition des surfaces observée en physique et étudiée au chapitre des *Phénomènes capillaires*, qu'on a pu voir là une *adhésion* organique, et la nécessité de la détruire par l'instrument tranchant.

4° Un écartement lent, fait avec des tractions ménagées et continues, a parfaitement réussi dans les deux cas où il a été tenté. C'est un motif suffisant, quelque incertaine que puisse être la théorie, pour y revenir de nouveau dans la pratique.

5° La méthode des *tractions*, ou du *décollement*, doit être substituée à celle des incisions pour la cure de l'atrésie vulvaire produite par l'adhérence des petites lèvres.

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, t. XIV, page 285, année 1838.

OPÉRATION DE LA GASTROTOMIE

vingt et une heures après la rupture de l'utérus. Enfant mort retiré de la cavité abdominale. Guérison de l'opérée.

Par M. Gilman.

Hickey, Irlandaise, âgée de trente ans environ, de petite taille et de constitution délicate, fut prise de douleurs de son troisième enfant le 24 septembre 1853; ses premiers accouchements avaient été difficiles, surtout le deuxième, où l'on fut obligé d'appliquer le forceps et où elle fut prise de convulsions.

A dix heures avant midi, moment où l'accoucheur fut appelé, les douleurs étaient fréquentes et régulières; le col était suffisamment dilaté pour admettre l'extrémité du doigt; les membranes intactes, la tête se présentait. Les douleurs augmentèrent d'intensité et de fréquence pendant la journée, quoique le travail augmentât peu.

A neuf heures du soir, le col était rigide et dilaté seulement d'un quart de dollar.

A onze heures, après une douleur très-forte, la patiente se plaignit d'une grande douleur abdominale; les douleurs utérines avaient cessé complétement.

L'accoucheur, croyant que le travail était suspendu et que ses soins seraient inutiles pendant la nuit, la quitta à minuit. Il fut rappelé de bon matin; les mêmes douleurs dans l'abdomen existaient; un écoulement considérable avait eu lieu, elle était épuisée.

A l'examen vaginal, il ne retrouva plus les parties qui se présentaient; il ne pouvait plus sentir la tête. Il administra des boissons stimulantes, et l'ergot de seigle à des doses répétées, dans l'espoir d'éveiller l'action utérine. N'arrivant pas à ce résultat, M. Giman fut appelé avec d'autres consultants.

On reconnut une déchirure de l'utérus, s'étendant du col en haut et en arrière. L'organe lui-même était très contracté. On ne pouvait sentir aucune partie de l'enfant. L'abdomen était énormément distendu, et si sensible que la patiente ne pouvait supporter la plus légère pression.

L'opération de la gastrotomie fut arrêtée. On l'endormit avec le chloroforme. La vessie ayant été vidée avec le cathéter, M. Gilman fit une incision à travers les parois abdominales commençant à un pouce audessus de l'ombilic et s'étendant le long du bord interne du muscle droit gauche, à un pouce du pubis. Le dos de l'enfant se présenta. L'enfant et le placenta furent retirés aussitôt. Le liquide épanché dans la cavité de l'abdomen fut retiré par l'ouverture, et les surfaces divisées soigneusement réunies par des ligatures. L'enfant, qui était d'un gros volume, était resté sans aucun doute dans la cavité abdominale depuis onze heures du soir jusqu'au lendemain huit heures du soir, près de vingt et une heures.

La femme, rétablie par l'effet du chloroforme, déclara qu'elle n'éprouvait plus aucune douleur. On lui administra un opiat; elle dormit bien et libre de toute douleur. Le pouls à 90.

Le lendemain, le ventre était un peu tuméfié et sensible; pouls à 95. — Lavement d'huile de ricin et essence de térébenthine, et onguent mercuriel sur l'abdomen.

Le 28, surlendemain, nuit sans sommeil; sensibilité de l'abdomen et tuméfaction augmentée; pouls à 105; soif; vomissements.

Le 29, nuit encore plus mauvaise; pouls à 112, avec tympanite croissante; vomissements de bile,

Le 30, le mieux se déclare, et au bout de quatre semaines, à dater du jour de l'opération, la malade put se lever et se promener dans sa chambre, et la septième semaine elle reprenait ses travaux domestiques. (*The Americ. journ.* et *Gaz. méd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 décembre 1855. — Présidence de M. Regnault.

Formation des dégénérescences dans l'espèce humaine. — M. Morel adresse au concours pour le prix de médecine et de chirurgie de 1856 un travail intitulé *Mémoire sur la formation des dégénérescences dans l'espèce humaine*. Ce mémoire est accompagné, conformément à une condition imposée aux auteurs pour ces sortes de concours, d'un résumé indiquant les parties que l'auteur considère comme neuves ou sur lesquelles il désire appeler particulièrement l'attention. Les questions principales traitées sont les suivantes :

1° Que faut-il entendre par dégénérescence ?

2° Caractères distinguant les dégénérescences des variétés naturelles dans l'espèce ;

3° Action des causes dégénératrices ;

4° Classification des êtres dégénérés ;

5° Conditions générales du traitement. (Future commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. Rouget présente pour le même concours des *Recherches anatomiques et physiologiques sur les appareils érectiles*. (Même commission.)

Sangsue médicinale. — M. Bouniceau présente un sixième mémoire sur la *sangsue médicinale*. Dans cette nouvelle partie, l'auteur présente, entre autres faits, des observations suivies sur des sangsues élevées dans des réservoirs portatifs et qui se sont trouvées, au bout de vingt et un à vingt-deux mois, aptes à la reproduction de l'espèce.

Fonctions du foie. — M. Emile Blanchard communique un travail sur les fonctions du foie chez les arachnides.

Le développement que conserve le foie chez une infinité d'animaux, déjà fort dégradés sous le rapport de leur organisation, exclut l'idée que cet organe ait un rôle tout à fait secondaire, comme cela a été admis par divers physiologistes. Chez les arachnides, le foie a un volume énorme, comparativement à celui de tous les autres organes. D'après cela seul, il devient évident que ce viscère remplit dans l'économie de ces animaux des fonctions de grande importance.

La production glycogénique du foie ayant été reconnue par M. Cl. Bernard chez des animaux appartenant à différentes classes, j'ai tenu à m'assurer si cette production avait lieu également chez nos arachnides. Au moyen non-seulement du cupro-tartrate de potasse, mais aussi de la fermentation, il a été mis hors de doute que le foie chez les scorpions produit de la matière sucrée pendant la digestion, que cette production cesse lorsque les animaux sont à jeun.

Mais le foie étant un organe destiné à la sécrétion du glucose, est-ce à dire que ce viscère ne remplit pas encore d'autres fonctions importantes? Mes recherches sur les arachnides et les insectes tendent à prouver que là ne s'arrête pas son rôle dans l'économie. Le foie a été souvent considéré comme servant à l'épuration du sang, comme un organe d'élimination, agissant sous certains rapports à la manière des reins. L'étude que j'ai entreprise de cette question m'a donné un résultat plus démonstratif peut-être que tout ce que l'on a obtenu d'ailleurs.

M. E. Blanchard étant parvenu à introduire dans le corps de grosses mouches à viande une quantité notable soit d'indigo, soit de garance, les présenta aussitôt dans cet état à des scorpions avant qu'elles aient cessé de se débattre. Après plusieurs jours de ce régime, il obtint ainsi des scorpions à sang bleu et des scorpions à sang rougeâtre.

Chez les individus ouverts peu de jours après le commencement du régime, le *sang était coloré;* la substance colorante se voyait dans l'intestin, mais c'était tout. Au contraire, chez les individus soumis au régime depuis longtemps, le foie avait pris la teinte de la substance ingérée par l'animal. Chez les individus d'abord soumis à la même alimentation que les autres, puis laissés à jeun pendant plusieurs jours, le sang avait presque perdu sa couleur bleue ou rougeâtre, et le foie l'avait acquise avec beaucoup d'intensité. Chez les scorpions laissés à jeun au même moment, et ouverts plus tard, le sang avait repris sa teinte ordinaire, tandis que le foie conservait encore des traces évidentes de la présence soit de l'indigo, soit de la garance. Chez les individus mis dans des conditions semblables, et ouverts après un plus long espace de temps, tout avait disparu de l'économie.

Ainsi la matière colorante qui de l'intestin passe dans le sang est positivement éliminée par le foie. Or, si le foie a la propriété d'éliminer la substance apparente à nos yeux, il semble impossible de ne pas croire qu'il ait la même propriété à l'égard d'autres éléments que nous sommes inhabiles à distinguer. Le foie sert donc bien réellement à épurer le sang.

Note sur la solubilité des gaz dans les dissolutions salines pour servir à la théorie de la respiration. (Voir plus haut.)

Effets nuisibles produits par l'inhalation des vapeurs de sulfure de carbone. — MM. A. Chevallier fils et Poirier présentent des observations sur les effets nuisibles produits par l'inhalation des vapeurs de sulfure de carbone. Ils décrivent les symptômes qu'ils ont observés sur eux-mêmes, après s'être exposés pendant plusieurs jours de suite à l'action de ces vapeurs dans une usine où ils se livraient à des expériences sur l'épuration de la paraffine au moyen de l'huile de naphte. Un ouvrier employé dans la même fabrique leur a assuré avoir éprouvé à son début les mêmes effets, auxquels d'ailleurs l'habitude paraissait l'avoir rendu insensible.

Causes de la circulation du sang. — M. Wanner adresse des considérations sur les causes de la circulation du sang, causes qu'il croit trouver dans le jeu des poumons bien plus que dans les contractions du cœur.

Instruments construits en aluminium. — M. Charrière met sous les yeux de l'Académie quatre instruments construits en *aluminium*, deux sondes et deux porte-nitrate. M. Charrière fait remarquer l'intérêt qu'a pour la chirurgie la possibilité de fabriquer avec un métal d'une légèreté excessive certains instruments destinés quelquefois à rester à demeure et dont le poids devenait une cause de souffrance pour le malade.

Phymatose. — M. Canonge, à l'occasion d'un mémoire récent de M. Bourguignon concernant le traitement préservatif de la fièvre typhoïde, fait remarquer que, dans un opuscule qu'il a publié sur la rage, « il a considéré le *phymatose* comme l'origine, et le virus qui en provient comme l'antidote de la variole. »

L'ouvrage de M. Canonge est renvoyé à titre de pièce à consulter à la commission chargée de l'examen du mémoire de M. Bourguignon, commission qui se compose de MM. Andral, Bernard et Cloquet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 décembre 1855. — Présidence de M. Gosselin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. Cullerier oppose à M. Richet, qui n'a vu que cinq chancres du col utérin pendant trois ans, les chiffres suivants : Sur 68 malades affectées de chancres génitaux pendant l'année 1855, on compte cinq chancres du col. M. Bernutz, qui observe à Lourcine depuis dix-sept mois, a noté 21 cas, dont 12 ont été inoculés et inoculables ; dans 8 cas, cette épreuve n'a pas été faite.

M. Morel a également consulté ses notes; il a trouvé cinq cas de chancres du col inoculables. Trois autres étaient en voie de réparation, l'inoculation en a été infructueuse; ils sont moins concluants.

M. Richet accepte ces chiffres, ceux qu'il a tirés de sa propre expérience sont peut-être au-dessous de la vérité ; mais, en revanche, la proportion de 58 sur 98 donnée par M. Sirus Pirondi paraît dans tous les cas trop forte.

— M. Michon, rapporteur d'un travail de M. Reybard, fait observer que ce mémoire vient d'être publié. En conséquence, et d'après le rè-

glement, il dépose sur le bureau le manuscrit, qui dans ces circonstances ne doit pas être l'objet d'un rapport.

Le bureau de la Société statuera sur cet incident.

— M. Huguier présente un sujet atteint de lésions traumatiques de la main qui ont causé une luxation en avant des deux premiers métacarpiens. Cette observation sera publiée.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit les ouvrages suivants :

Tome XXXVIII des *Medico-chirurgical Transactions ;*

Le tome IV des *Archives de Prague* pour l'année 1855 ;

Mémoire sur un procédé simple, commode et peu douloureux pour établir et entretenir le séton à la nuque, par M. le docteur Bouvier ;

Recherches sur la nature, la forme et le traitement des paralysies des membres inférieurs, par le docteur Raoul Leroy d'Etiolles.

— L'ordre du jour appelle un vote de la Société sur le rapport de M. Richet sur M. Sirus Pirondi. Conformément aux conclusions du rapporteur, le travail est déposé aux archives, et M. Sirus Pirondi, ayant obtenu la majorité des suffrages, est nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

— M. Guersant lit au nom d'une commission composée de MM. Debout, Huguier et Guersant un rapport sur un travail de M. Bouchacourt, ex-chirurgien en chef de la Charité de Lyon, professeur adjoint de clinique chirurgicale, etc., intitulé : *Recherches sur l'atrésie vulvaire.*

La Société a décidé l'impression dans ses *Bulletins* du travail original (voir ci-dessus) et du rapport.

RAPPORT DE M. GUERSANT (1).

Messieurs, le travail de M. Bouchacourt, dont je viens de vous donner l'analyse, est intéressant sous plusieurs rapports : d'abord parce qu'il attire l'attention sur un sujet peu étudié dans les auteurs; ensuite notre confrère signale ce qu'il a observé relativement aux atrésies accidentelles, en faisant remarquer que quelques-unes des atrésies peuvent être prises pour des adhérences congénitales, et sont cependant consécutives à des lésions extérieures, applications de forceps, attentats à la pudeur, etc.

A cette occasion, nous avons pu voir tout récemment dans notre service combien la réflexion de M. Bouchacourt est fondée : une petite fille, victime de la brutalité de son père, qui expie aujourd'hui son crime au bagne, nous a été amenée par sa mère, et nous avons pu constater au bout de cinq à six mois de l'attentat une cicatrice sous forme de bride très-résistante et très-forte, s'étendant d'une petite lèvre à l'autre vers la commissure postérieure, et rétrécissant ainsi d'une manière très-forte l'orifice du vagin. Plus tard, lorsque cette enfant sera en âge d'être mariée, ce rétrécissement pourra bien être considéré comme congénital par ceux qui n'auront point connaissance du crime.

Notre confrère, passant ensuite aux atrésies congénitales, fait remarquer que dans neuf cas qu'il a eu occasion d'observer, l'oblitération était complète pour le vagin, mais ne s'étendait pas au-devant de l'urètre, et que les petites lèvres étaient seules réunies par une membrane très mince; que sur ces neuf cas l'une des enfants avait quelques jours, et que les autres étaient plus âgées, mais que la plus grande avait sept ans, et que chez la plupart l'adhérence n'avait pas été constatée à la naissance.

A cette occasion, nous aurions voulu que notre confrère pût nous éclairer sur une question que nous nous sommes plusieurs fois posée : ces adhérences des petites lèvres sont-elles congénitales ou accidentelles ? Sur une cinquantaine de cas que nous avons observés chez des enfants de deux ans à sept ou huit ans, il nous a été impossible d'affirmer dans plusieurs cas que l'adhérence fût congénitale, car les mères ont assuré qu'elles n'avaient pas remarqué cette difformité à la naissance; d'une autre part, ayant invité nos collègues, MM. Cullerier et Danyau, à chercher s'ils constateraient ces adhérences sur les petites filles qu'ils voient à la naissance soit à l'hôpital de Lourcine, soit à la Maternité, ils nous ont dit ne pas en avoir rencontré. Notre honorable collègue, M. Cazeaux, a eu, lui, occasion de constater ces adhérences une seule fois à la naissance.

Le rapprochement des observations de M. Bouchacourt et des miennes, ce que nos collègues de la Société nous ont dit avoir observé, nous font émettre cette proposition : les adhérences des petites lèvres qu'on observe assez souvent chez les petites filles ne sont pas toujours congénitales et pourraient bien se développer avant ou après la naissance, à la suite d'une vulvite analogue à la balanite observée si souvent chez les petits garçons, et dans laquelle on remarque des adhérences du prépuce semblables aux adhérences vulvaires dont nous venons de parler.

Cette opinion est loin de celle des anciens et même des modernes, et je la soumets ici à mes honorables collègues.

Quant à ce que propose M. Bouchacourt, de rompre par déchirure ces légères adhérences de la vulve, c'est ce que nous faisons depuis plusieurs années à l'hôpital des Enfants, et nous croyons qu'il n'y a rien de mieux à faire et que l'instrument tranchant est inutile. Un corps étranger placé entre les petites lèvres, linge ou charpie, posé deux ou trois jours de suite, empêchera le rapprochement et une nouvelle adhérence, qui ont quelquefois lieu sans cette précaution.

Nous terminerons en disant que nous adoptons les cinq conclusions du travail de M. Bouchacourt; elles sont dictées évidemment par un esprit bon observateur, dont notre confrère a donné plusieurs fois des preuves dans un très grand nombre d'articles de chirurgie publiés dans les journaux de médecine.

Vous savez d'ailleurs, messieurs, quels sont les titres officiels du candidat.

En conséquence, nous vous proposons :

1° Que le travail de M. Bouchacourt, ou au moins un extrait, soit inséré dans nos bulletins;

2° Que notre confrère soit nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

(1) La partie du rapport qui ne renferme que l'analyse du travail de M. Bouchacourt en est supprimée. Ce qui suit contient la critique et l'appréciation du rapporteur.

DISCUSSION SUR LE RAPPORT DE M. GUERSANT.

M. Verneuil. Le nom d'*atrésie vulvaire*, que M. Bouchacourt a adopté pour désigner les lésions qu'il décrit, paraît mal choisi. En effet, ce chirurgien distingue cette difformité en congéniale et acquise. Or, les cas qu'il publie comme se rapportant à la seconde catégorie appartiennent plutôt à l'atrésie vaginale qu'à l'atrésie vulvaire. Une seule observation fait exception ; elle a trait à cette adhérence des grandes lèvres suite d'une brûlure dont la cicatrisation n'avait pas été surveillée avec soin. Une incision simple et des pansements irritants firent justice de cette cicatrisation vicieuse. Il est regrettable que cette observation soit rapportée d'une manière aussi concise, et que nous ignorions si la malade a été revue. Personne n'ignore, en effet, qu'opposée aux coarctations, aux oblitérations, aux adhérences accidentelles et cicatritielles, l'incision simple, avec ou sans interposition de corps étrangers, compte à peu près autant d'insuccès que de tentatives. La section simple des rétrécissements de la bouche, des paupières, de l'anus, du méat urinaire, de l'ouverture des narines, etc., peut donner, en apparence, un bon résultat; mais il est, en général, de peu de durée; la récidive ne tarde pas à se montrer, et parfois l'opération a aggravé le mal. C'est là une vérité incontestable pour toutes les cicatrices unissantes ou oblitérantes des orifices naturels. Si l'on prend pour exemple frappant le rétrécissement de l'orifice buccal, on sait que la cure radicale de cette difformité ne date que de l'introduction des procédés de Werneck, improprement attribués à Dieffenbach. Cette raison doit imposer la réserve relativement à la courte note de M. Bouchacourt.

L'adhésion congéniale des petites lèvres entre elles, que M. Bouchacourt décrit, et qu'il compare à l'adhésion qui s'observe chez les jeunes sujets entre le prépuce et le gland, mérite bien moins encore le nom d'*atrésie vulvaire.*

La classe des atrésies congéniales des orifices muqueux forme, au point de vue chirurgical, comme au point de vue tératologique, un groupe très naturel qu'il importe de conserver.

Au point de vue tératologique, l'atrésie s'explique par un arrêt de développement en vertu duquel l'abouchement entre deux cavités formées isolément ne s'effectue point, ou bien lorsque l'une de ces cavités manque on ne s'étend pas jusqu'à ses limites naturelles. C'est ainsi que s'expliquent naturellement les nombreuses variétés d'imperforation anale, les imperforations palpébrales, vaginales, urétrales, etc.; les valvules congéniales qui rétrécissent ces conduits, etc.

Cet arrêt de développement amène dans les voies génitales du fœtus femelle l'imperforation de l'hymen ou l'absence des parties de la vulve analogue à l'absence complète de l'anus proprement dit. La manière dont se forment les petites lèvres ne permet pas de concevoir comment elles pourraient n'être pas perforées; et si cela s'observait, il faudrait admettre qu'elles ont contracté tout simplement des adhérences par suite d'une maladie intra-utérine, une sorte de cicatrisation anormale. Ce serait une atrésie accidentelle, mais non congéniale, à proprement parler.

Comme ce fait est encore à l'état d'hypothèse, il n'y a pas à s'en préoccuper; c'est ce qui fait que je rejette le nom d'atrésie vulvaire, qui ne doit être attribué, dans l'état actuel de la science, qu'aux imperforations réelles de la vulve, sans analogie avec les cas précédemment cités.

M. Bouchacourt, du reste, suscite lui-même l'objection en comparant son atrésie vulvaire à l'adhérence du prépuce et du gland chez les jeunes sujets. Si, en effet, on adoptait son langage, il faudrait confondre logiquement sous la même dénomination cette adhésion, le phimosis et l'imperforation du prépuce.

Tout prouve qu'il ne s'agit, dans les deux cas, que d'une simple agglutination par de la matière épidermique; et dès lors on comprend bien comment, dans les deux cas, il suffit d'une traction pour détruire sans effusion de sang, une coalescence aussi faible. Au point de vue chirurgical, les atrésies véritables sont beaucoup plus sérieuses; et, comme je viens de le dire, il ne faudrait rien espérer ni d'un moyen aussi aisé ni même d'incisions simples, qui constituent une intervention beaucoup plus sérieuse.

Le nom de *méthode du décollement* me paraît un peu ambitieux pour une manœuvre à laquelle suffisent la sonde cannelée, un tiraillement exercé avec les deux pouces, quelques injections, à la rigueur, et qui d'ailleurs, pour le prépuce au moins, est souvent superflu, l'adhérence se détruisant toute seule.

M. Ledru, dans une bonne thèse sur la membrane hymen (thèse de Paris, 1855, n° 231), signale à la page 20 une agglomération des grandes lèvres par une pellicule mince, blanchâtre, très fragile, que l'ongle déchire facilement, et qui me paraît se rapporter à ce que décrivent MM. Bouchacourt et Guersant.

M. Guersant admet l'objection faite par M. Verneuil relativement au peu d'efficacité de l'incision contre le rétrécissement cicatriciel; il a bien des fois incisé sans succès les brides de la brûlure et les oblitérations ou adhésions qui en résultent.

Il a séparé une cinquantaine de fois environ les petites lèvres réunies comme l'a fait M. Bouchacourt. Une simple traction, le passage de la sonde cannelée lui ont suffi; peut-être, en raison de cela et à cause de l'analogie avec l'adhérence du prépuce au gland, ferait-on mieux de ne pas se servir ici du mot d'atrésie vulvaire.

M. Cazeaux pense aussi que le nom d'atrésie ne convient pas à la simple agglutination des petites lèvres, et qu'il faut réserver cette dénomination aux rétrécissements accidentels ou congéniaux plus résistants. MM. Guersant et Bouchacourt ont dans leur pratique substitué les tractions simples à l'emploi du bistouri; peut-être même on pourrait ne rien faire du tout, car il est probable que cette adhérence peut se détruire spontanément, si l'on en juge du moins par sa fréquence chez les très-jeunes enfants et sa rareté chez les filles ou les femmes.

M. Guersant croit que la maladie peut disparaître spontanément, il est vrai, mais il pense qu'il est bon néanmoins de détruire l'adhésion, quand cela n'aurait pas d'autres avantages que d'évacuer les amas épidermiques situés en arrière.

Ces amas, en effet, sont irritants et peuvent amener des vulvites, qui pourraient elles-mêmes être cause d'adhérences consécutives. Le décollement, étant fait de bonne heure, permet les soins de propreté et prévient les adhésions; c'est ce qui fait qu'on les observe si rarement plus tard.

M. Debout croit également qu'il est utile d'intervenir, parce que le méat urinaire est quelquefois recouvert par la membrane, et que l'urine séjourne et se mêle à la sécrétion épidermique, et cause des concrétions et des inflammations de la vulve.

M. Danyau croit rare cette forme d'adhérences; il n'en a vu qu'un cas, et encore il n'était pas congénial. Il est bon de détruire l'union avec la sonde, mais probablement elle se détruirait toute seule.

— Suivant les conclusions du rapport de M. Guersant, la candidature de M. Bouchacourt est mise aux voix.

Ce chirurgien, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

— M. Broca lit un rapport sur les travaux de M. le docteur Hannover (de Copenhague). Il propose l'admission de ce chirurgien parmi les membres correspondants.

Cette conclusion est mise aux voix, et M. Hannover est nommé, *à l'unanimité*, membre correspondant.

Amputation coxo-fémorale. — M. Larrey fait un rapport (1) sur un Mémoire relatif à l'*amputation de la cuisse dans l'articulation de la hanche*, par M. le professeur Sands Cox (de Birmingham), candidat au titre de membre correspondant.

M. le rapporteur analyse dans toute son étendue cet important ouvrage, publié à Londres en 1845, et comprenant d'abord toute l'histoire de l'amputation coxo-fémorale jusqu'à cette époque, ses succès, et ses revers beaucoup plus nombreux; ensuite les causes diverses qui peuvent justifier cette redoutable opération; puis des remarques anatomiques et les trois méthodes avec leurs procédés; la préférence de l'auteur pour la méthode à lambeaux; une modification de lui aux procédés combinés de Béclard et de Lisfranc; l'application heureuse de ce mode opératoire à un cas de lésion organique de la cuisse chez une jeune femme autrefois amputée de la jambe pour une maladie du pied; la description anatomo-pathologique d'une dégénérescence ostéo-fibreuse du moignon jusqu'à un point assez élevé pour avoir nécessité l'amputation coxo-fémorale; l'appréciation des soins secondaires; et enfin, sous forme de tableaux statistiques, l'indication de 26 cas de succès connus et de 58 insuccès publiés dans l'espace de près d'un siècle.

En terminant l'analyse de ce mémoire, M. le rapporteur signale à l'attention de la Société quelques autres travaux de M. Sands Cox, qui occupe une haute position chirurgicale en Angleterre comme membre de la Société royale de Londres et du Collége royal des chirurgiens, comme doyen de la Faculté du Collége à Birmingham et professeur de chirurgie à l'hôpital de la même ville, etc.

La conclusion proposée par le rapport de la commission est de nommer M. le professeur Williams Sands Cox (de Birmingham) membre correspondant de la Société de chirurgie.

La Société, eu égard à l'heure avancée, ajourne à la prochaine séance le vote de l'élection de M. Cox, et décide que le rapport sera publié dans les *Mémoires*, à la suite d'un autre rapport sur la désarticulation de la cuisse.

Le secrétaire de la Société : Aristide Verneuil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Samedi dernier, a eu lieu aux Frères Provençaux le banquet offert par M. le doyen de la Faculté à ceux des élèves qui se sont le plus distingués dans leur examen. M. P. Dubois avait convié ses collègues à cette fête de famille, voulant ainsi faire jouir les maîtres des succès de leurs élèves.

A la fin du banquet, M. le doyen a pris la parole et s'est excusé de n'avoir pu recevoir dans sa propre demeure de si nombreux convives. Il a dit combien il serait heureux de renouveler ces fêtes, et de donner ainsi à la jeunesse intelligente et studieuse de nouveaux encouragements. M. N. Guillot a adressé ensuite une courte allocution à M. le recteur; il l'a remercié de l'intérêt qu'il prend aux progrès des études médicales et de l'honneur que sa présence faisait rejaillir sur tous, maîtres et disciples. Enfin M. J. Cloquet, dont la voix si bienveillante est toujours écoutée avec tant de plaisir, a félicité M. le doyen de cette heureuse initiative.

De semblables réunions ne peuvent que contribuer à attacher plus intimement les élèves à leurs maîtres et à créer entre eux cet esprit de famille qu'on aimerait à voir renaître dans nos habitudes.

— L'année qui vient de finir ne semble pas avoir été favorable à la presse médicale; car à la liste déjà nombreuse des journaux qui ont cessé de paraître dans le cours de cette année, nous devons en ajouter deux qui viennent d'annoncer à leurs lecteurs la fin de leur publication, savoir :

1° La *Revue médico-chirurgicale de Paris*, publiée sous la direction de M. le professeur Malgaigne. Ce recueil, qui comptait neuf années d'existence, paraissait une fois par mois; il avait succédé, il y a dix ans, au *Journal de médecine* et au *Journal de chirurgie*, qu'il avait réunis et absorbés;

2° La *Gazette médicale de Toulouse*, rédigée par MM. les docteurs Guittard, Giscaro et Joly, qui était publiée également une fois par mois, et qui paraissait depuis cinq ans.

—Dans sa séance du mois de décembre 1855, la Société de médecine pratique a renouvelé son bureau, qui se trouve ainsi formé pour 1856 :

Président, M. Paul Dubois ;

Vice-présidents, MM. Caron et Bossu ;

Secrétaire général, M. Foucart ;

Secrétaire annuel, M. Ramon;

Secrétaire adjoint, M. Josias ;

Trésorier, M. Moret.

(1) Au nom d'une commission composée de MM. Lenoir, Richet et Larrey.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 9 JANVIER 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur le séton et la révulsion est close, mais ce n'a pas été sans une dernière lutte entre les deux principaux orateurs.

M. Malgaigne, qui paraissait disposé à garder le silence, est remonté à la tribune, poussé par un besoin visible de se défendre contre l'impression générale produite par son dernier discours. M. Malgaigne a pris au sérieux, cette fois, son rôle d'opposant, et il a soulevé sérieusement les plus hautes et les plus graves questions de la philosophie médicale.

Dans une courte réplique, dite d'un accent de chaleureuse conviction, M. Bouvier a résumé les points principaux du débat ; et, en ce qui concerne particulièrement les faits relatifs à l'action des exutoires, il a réduit à leur juste valeur les arguments de son antagoniste, empreints d'un esprit si évident de dénégation systématique.

Après ce résumé substantiel, la discussion a été close de fait, nonobstant les protestations de l'honorable M. Desportes, dont l'argumentation tardive trouvera sa place dans le Bulletin.

Deux mots ont été ajoutés par M. Bouley, sous prétexte de fait personnel, et ces deux mots sont d'une grande valeur. Il a rapporté deux expériences qui à elles seules valent mieux qu'une longue argumentation, et qui répondent plus péremptoirement que tous les raisonnements du monde aux doutes de M. Bousquet et aux dénégations de M. Malgaigne sur l'action du séton.

Notre tour est venu maintenant de chercher à apprécier la portée et les résultats de cette trop longue discussion, et d'en déduire ce qu'à notre sens il ressort de vrai et d'utile de tout ce fracas. C'est ce que nous ferons dans un prochain numéro.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

De la dyspepsie muqueuse (1).

La dyspepsie muqueuse s'observe fréquemment depuis le commencement de l'âge viril jusqu'à la fin de l'âge médian de la vie. On la rencontre quelquefois dans la première enfance, lorsqu'une grande quantité de lait trop chargé de principes alibiles est ingérée. L'administration d'aliments solides ou stimulants à des enfants trop jeunes encore pour les digérer facilement est une cause non moins puissante de la production de cette maladie. Les substances féculentes, souvent imparfaitement cuites, déterminent le plus ordinairement cet effet fâcheux.

Il n'est pas très-rare de voir des personnes avancées en âge, et même parvenues à la vieillesse, atteintes de dyspepsie muqueuse ; elle est due alors à un embonpoint exagéré, à des habitudes sédentaires, à l'affaiblissement que provoquent les passions tristes, ou bien à l'usage habituel d'aliments féculents et trop aqueux.

Il est assez difficile de faire la part à l'influence que peut avoir le sexe ; cependant, le tempérament lymphatique, plus commun chez les femmes, la lenteur plus grande de leurs digestions, l'activité moindre des fonctions de la peau et la facilité avec laquelle se produisent les flux diarrhéiques, sont des causes prédisposantes bien manifestes. En effet, l'irritabilité des femmes, toujours plus apte que celle des hommes à recevoir les impressions morales et même physiques, ne les expose-t-elle pas à de plus fréquentes perturbations des fonctions sécrétoires ?

L'usage des aliments indigestes, peu réparateurs, de mauvaise qualité, prédispose à la dyspepsie, surtout les pauvres, chez lesquels se trouvent réunies toutes les causes qui résultent d'une mauvaise hygiène habituelle. Il n'en est pas moins vrai, cependant, que cette maladie est souvent occasionnée par un régime contraire, qui soumet l'estomac à l'action accoutumée d'une excitation vive, due à l'ingestion d'aliments stimulants de haut goût, assaisonnés de matières grasses et aromatiques. Le régime des gens qui jouissent dans l'oisiveté de toutes les commodités de la vie est rendu plus nuisible encore chez eux par le défaut d'exercice et par les excès de table et de boisson.

Parmi les causes individuelles de la dyspepsie muqueuse, les affections morales subites et prolongées, et parmi elles la colère, tiennent la première place. Il n'est guère de médecins qui n'aient observé cette influence des ébranlements moraux ; toutefois elle ne se manifeste d'ordinaire que pendant les constitutions épidémiques qui produisent cette maladie, ou bien encore chez des sujets dont les fonctions digestives sont lentes et pénibles. Les causes morales ne sont donc en réalité qu'occasionnelles ; leur action ne saurait être révoquée en doute quand on voit, ainsi que l'a observé Stoll, la maladie débuter immédiatement après l'influence de ces causes.

L'épuisement qui résulte de la continuité des passions débilitantes, des excès de travail intellectuel, des déperditions spermatiques par la masturbation ou l'excès du coït, impriment une lenteur, une atonie remarquable aux fonctions digestives, qui prédisposent aussitôt à la dyspepsie. L'imperfection des digestions opère dans ces cas une surcharge journalière de l'appareil gastro-intestinal, qui n'est que le premier degré des affections saburrales.

Toutes les causes qui peuvent modifier instantanément les sécrétions tégumentaires externes et internes occasionnent quelquefois l'invasion d'une dyspepsie muqueuse plus ou moins grave. Ainsi, combien de fois n'a-t-on pas vu cette maladie déterminée par un refroidissement subit, par un courant d'air froid lorsque le corps est couvert de sueur, ou par le contact de l'eau. Il ne se passe pas d'année que nous n'ayons l'occasion d'observer pendant l'été des dyspepsies produites par l'exposition du corps à l'air froid et par l'usage des bains de rivière. L'ingestion de boissons froides dans le tube digestif pendant les chaleurs de l'été et lorsque la sueur est exhalée par tous les pores, est une cause très évidente de ces embarras gastriques si multipliés, dans les saisons chaudes, chez les ouvriers qui, pendant le travail, étanchent leur soif avec des boissons froides, aussi bien que chez les personnes qui abusent des sirops glacés. L'effet se montre surtout par la rapidité avec laquelle l'invasion du mal se déclare.

Les cachexies qui se caractérisent par un état général d'atonie des fonctions assimilatrices se compliquent souvent, et par les moindres causes, de dyspepsies muqueuses. La chlorose, la cachexie scrofuleuse, le scorbut, sont les affections morbides qui semblent prédisposer le plus immédiatement à ces maladies des voies digestives ; elles leur impriment même un degré de gravité plus prononcé.

Notons encore comme cause très puissante l'influence altérante exercée sur l'organisme par les préparations mercurielles. Ce n'est pas, au moins uniquement, par l'action immédiate de l'agent hydrargyrique sur l'appareil de la digestion que cet état pathologique est déterminé. Il survient peut-être plus souvent par l'administration iatraleptique du mercure que par l'ingestion de ce médicament dans l'estomac.

Les causes générales les plus ordinaires qui prédisposent à la dyspepsie ou qui occasionnent son développement doivent leur origine ou leur mode d'action aux influences climatériques.

Dans le climat tempéré que nous habitons on ne l'observe guère sous la forme endémique que dans les saisons chaudes de l'année, comme pendant l'été et l'automne, surtout quand la chaleur a une intensité insolite. Dans les lieux bas et humides, elle se montre le plus ordinairement lorsque des variations atmosphériques fréquentes et brusques se sont succédé. Lorsqu'on observe la dyspepsie muqueuse à d'autres époques de l'année que du mois de juin au mois de septembre, on la voit coïncider avec un état de l'atmosphère insolite, semblable à celui qui règne habituellement dans les saisons chaudes. Ces causes générales peuvent agir pendant un temps très long, qui dépasse la durée des saisons et des changements atmosphériques annuels. On voit alors la maladie régner non-seulement avec ses formes normales, mais aussi comme complicatives de presque toutes les affections sporadiques qui apparaissent aux différentes périodes de l'année.

Les états saburraux ou les dyspepsies muqueuses ont des signes constants d'après lesquels on peut reconnaître leur présence. Ces signes, dont l'ensemble caractérise l'état saburral des auteurs, sont l'anorexie, une douleur gravative, ou au moins un sentiment de malaise à l'épigastre et vers les flancs, l'haleine fétide, l'aspect blafard et comme lanugineux de la muqueuse linguale, ou même la présence à sa surface d'une couche blanchâtre et jaunâtre, la largeur et quelquefois une sorte de gonflement de la langue, la perception d'une saveur amère ou comme pâteuse à la bouche, des éructations acides, amarescentes ou fétides, l'impossibilité de supporter les aliments gras et animaux, le désir des boissons froides et acidules, une céphalalgie souvent obtuse et gravative, quelquefois vive, occupant principalement la région sus-orbitaire, des vertiges ou au moins une propension aux vertiges, un sentiment général de courbature ou des douleurs obtuses et comme contusives des membres, surtout vers leurs articulations ; l'accablement avec un sommeil troublé et agité par des rêves pénibles, l'impossibilité de se livrer aux travaux manuels ou à la marche, l'inaptitude aux travaux intellectuels.

Ces signes réunis suffisent pour caractériser la dyspepsie muqueuse ; mais isolément considérés, ils n'ont pas tous la même valeur et peuvent se montrer dans divers états morbides.

Une importante question de diagnostic différentiel doit maintenant nous occuper. Je tiens beaucoup à vous dire combien les fièvres dyspepsiques intenses que les auteurs ont désignées sous les noms de *fièvres ardentes*, *fièvres bilieuses* ou *pituiteuses graves* sont difficiles, au moins pendant un certain temps de leur durée, à distinguer des véritables fièvres typhodes, d'autant plus qu'un grand nombre de ces fièvres passent à l'état typhode et constituent alors pour ainsi dire la première période du typhus.

On ne saurait, ce me semble, signaler avec trop d'insistance les différences de maladies que tant de médecins confondent, comme des degrés d'une même affection, sous les noms de *fièvres typhoïdes* et d'*entérites folliculeuses.* Les jeunes praticiens ne sauraient être assez prémunis contre ces déplorables erreurs, qui leur réservent de si cruels mécomptes dans l'exercice de leur profession. Au point de vue de la science, la confusion que nous signalons montre où conduit une doctrine exclusivement fondée sur la considération des lésions locales, qui ne sont dans la plupart des cas que des phénomènes secondaires des maladies.

Toutes les maladies aiguës fébriles quelconques, et surtout les fièvres dyspepsiques, peuvent se convertir en typhus dans des circonstances appréciables, qui ont toutes pour effet commun de produire l'infection septique. Il n'existe dans le domaine de l'art qu'un bien petit nombre d'épidémies fébriles graves dans lesquelles la conversion en typhus n'ait été signalée, au moins sur quelques sujets placés dans des conditions infectieuses spéciales. L'éruption pétéchiale, ce signe pathognomonique du typhus, la caractérise dans tous les cas. Cette éruption consiste dans la production sur la peau d'un nombre plus ou moins grand de petites papules très-légèrement saillantes, de 1 à 3 millimètres de diamètre, d'une couleur rose violâtre ou purpurine, indolentes, disparaissant toujours sous la pression et se reproduisant immédiatement.

La manifestation du typhus annoncée par l'éruption pétéchiale arrive ordinairement du septième au dixième jour de la fièvre ; avant cette éruption, le caractère typhode de la fièvre s'annonce, sinon comme certain, au moins comme très-probable par l'empreinte prononcée de la stupeur sur la face, par un état de prostration des forces qui dépasse habituellement l'intensité de l'adynamie qui s'observe dans les fièvres dyspepsiques simples. La peau est dans la plupart de ces cas vivement injectée, surtout sur la partie antérieure du corps ; elle est le siége d'une vive chaleur sèche, souvent âcre au toucher ; la céphalalgie est générale, obtuse, se joint la plupart du temps à un état de délire ou de rêvasserie qui augmente pendant la nuit. La marche rémittente des accidents s'efface peu à peu, et la fièvre est presque toujours continue, au moins pendant les trois ou quatre jours qui précèdent l'éruption pétéchiale et pendant les quatre à cinq jours qui suivent sa manifestation. Les fibres musculaires se contractent spasmodiquement et produisent des nodosités saillantes sous l'influence de la seule pression exercée par la peau sus-jacente. Ce dernier signe est des plus constants, mais peut-être n'appartient-il pas qu'aux fièvres typhodes ?

Tous ces signes par lesquels on reconnaît les fièvres typhodes se trouvent lorsque les fièvres dyspepsiques se convertissent en typhus, après avoir persisté pendant un certain temps sous la forme de simples fièvres gastriques rémittentes dans la plupart des cas. A mesure que la métaptose typhode approche, la fièvre devient plus vive et se revêt davantage de la forme continue ; la céphalalgie devient plus intense, l'adynamie augmente et la stupeur s'empreint de plus en plus sur la face du malade. Tous ces changements se montrent avec rapidité, quoique progressivement ; quelquefois ce-

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 décembre 1855.

pendant ils débutent instantanément par une horripilation ou un frisson initial plus ou moins prononcé, qui survient tout d'un coup pendant le cours de la fièvre dyspepsique. La fièvre est immédiatement aggravée et convertie en fièvre tout à fait continue, ou au moins en fièvre à rémissions peu marquées; elle persiste ensuite sans nouveaux accidents avec une intensité ascendante jusqu'au quatrième, cinquième ou sixième jour de l'invasion intercurrente du frisson avant que l'éruption pétéchiale survienne et caractérise définitivement la métaptose typhode actuellement accomplie; alors toute ambiguïté a disparu, le diagnostic est fixé; la maladie est convertie en un véritable typhus, qui conserve néanmoins à des degrés variables l'empreinte de la maladie dyspepsique qui l'a précédé. Le typhus n'en conserve pas moins sa marche habituelle en parcourant ses périodes par la succession régulière des accidents qui lui sont propres.

On n'a point ordinairement à redouter de terminaison fâcheuse immédiate pour les dyspepsies muqueuses qui surviennent chez les adultes d'une bonne constitution; une semblable issue ne s'observe même que chez des vieillards ou sur des personnes épuisées par des maladies ou par l'action prolongée de causes débilitantes.

Dès que les états saburraux se prolongent, on peut prévoir qu'ils ne persisteront pas longtemps sans se compliquer de symptômes généraux ou de lésions locales plus ou moins graves, affections secondaires qui se rapportent comme épiphénomènes à l'influence fâcheuse que la dyspepsie muqueuse prolongée exerce sur l'organisme. Ces symptômes généraux consistent dans un état de faiblesse extrême de tout l'appareil locomoteur et de toutes les fonctions de relation, avec décoloration des téguments et flaccidité des chairs. Tous ces phénomènes indiquent un état de langueur de toutes les fonctions nutritives, qui est le résultat de l'influence des digestions imparfaites entretenues par la diacrise gastro-intestinale. Les lésions locales qui se manifestent, sinon d'une manière absolument constante, au moins habituellement dans ces cas, ont une gravité appréciable par leur étendue et par l'importance des organes compromis. Parmi ces lésions, les plus communes sont des furoncles, des anthrax, des abcès plus ou moins étendus et qui se multiplient ou se reproduisent successivement sur différentes régions, où ils déterminent des suppurations quelquefois excessives, des ophthalmies, des angines ou des inflammations des organes profonds, comme des pneumonies, des encéphalites, etc.

Tous ces accidents que les adultes bien constitués supportent sans grand danger et pendant plusieurs semaines, tantôt d'une manière continue, tantôt par retours et disparitions répétés, sont bien graves, et par conséquent d'un plus fâcheux pronostic chez les enfants, chez les vieillards et chez tous ceux qui sont épuisés par des maladies antécédentes. Chez ces sujets, l'organisme se détériore sous l'influence du dérangement et de l'imperfection prolongée des fonctions digestives; dans la plupart de ces cas, la diarrhée lientérique s'établit et vient joindre l'effet des déperditions qu'elle provoque à celui des accidents dyspepsiques; alors les forces se brisent rapidement, l'amaigrissement se produit, le pouls s'affaiblit, les extrémités deviennent froides, les veines et les capillaires des mains et des pieds sont gorgés d'un sang brun et violâtre, d'où résulte la lividité de ces parties; le tissu cellulaire sous-cutané devient comme semi-œdémateux, en même temps que la décoloration générale se prononce de plus en plus, etc.; la mort est souvent le terme de ces accidents.

Les phénomènes morbides habituels ou fréquents dans une fièvre dyspepsique d'après lesquels le pronostic peut être établi sont:

1° Les évacuations par les vomissements ou par les selles;
2° Les sueurs;
3° Les changements de qualité et de quantité des urines;
4° Les symptômes pyrétiques proprement dits;
5° L'état général des forces;
6° Les symptômes d'inflammation des viscères abdominaux;
7° Les accidents nerveux.

En général, plus la succession de ces accidents se rapproche de la marche continue, plus le pronostic est grave, surtout si ces accidents vont en augmentant d'intensité. On ne tarde pas alors à reconnaître la manifestation des symptômes de phlegmasie abdominale avec tout le danger qui se rattache à leur présence.

(*La fin à un prochain numéro.*)

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

De l'anémie et de la chlorose (1).

Circulation. — Le pouls est en général petit et assez faible; il n'offre pas de résistance au doigt. Sa fréquence augmente, en général, à mesure que les globules diminuent davantage. On sait, en effet, que chez les sujets profondément anémiques, comme, par exemple, chez ceux qui ont subi des pertes sanguines considérables, le pouls s'accélère d'une manière singulière, et, en même temps qu'il présente cette grande fréquence, il devient petit. La tendance aux hypothymies et aux syncopes est encore un symptôme dont le caractère est de plus en plus tranché à mesure que les globules diminuent. On voit quelquefois dans les anémies très-intenses le moindre mouvement, la moindre émotion déterminer des syncopes avec une facilité singulière.

En même temps, il existe une grande tendance au refroidissement. Les malades se réchauffent difficilement; ils ont besoin d'être couverts très chaudement, et la moindre impression de froid les affecte péniblement.

(1) Suite. — Voir le numéro précédent.

Cœur. — Les battements du cœur deviennent en général plus vifs, plus fréquents, ce qui coïncide avec la sensation des palpitations éprouvées par les malades. Ces palpitations sont un des caractères les plus constants de l'anémie, correspondant à un chiffre inférieur à 80. Elles se développent soit spontanément, soit sous l'influence des mouvements, de l'exercice, de l'ascension d'un escalier, ou bien encore sous l'influence de simples émotions morales, ou même dans quelques cas exceptionnels du simple travail digestif.

A l'auscultation, les battements du cœur sont plus clairs, plus nets, et quelquefois même ils présentent une espèce de résonnance métallique.

Leur impulsion est augmentée, ainsi que l'étendue dans laquelle on peut les percevoir.

Les bruits que l'on peut percevoir au cœur ou dans les gros vaisseaux varient notablement, suivant le degré d'abaissement du chiffre des globules.

Lorsque les globules sont entre 120 et 100, on perçoit les bruits de souffle durer à la base du cœur et correspondant au premier temps. Ce bruit se prolonge le long de l'aorte et quelquefois un peu dans les carotides, mais jamais il n'a une grande intensité. On doit toutefois observer que la pression la plus légère exercée sur les carotides avec le stéthoscope fait produire dans ces artères avec une facilité singulière le bruit de souffle.

Lorsque les globules sont entre 100 et 80, les phénomènes d'auscultation sont plus positifs.

D'abord le bruit de souffle au premier temps et à la base du cœur devient constant; il est plus fort et plus éclatant, quelquefois même il présente le caractère ronflant.

Ce souffle se prolonge dans l'aorte et dans les carotides. Le bruit que l'on entend alors dans les artères est intermittent et en général assez intense; tantôt doux et tantôt dur, quelquefois participant aux caractères ronflants que présente celui du cœur. Quand ce dernier a ce caractère, lorsque les globules sont tombés au-dessous de 80, les signes sont encore différents. Le bruit de souffle au premier temps et à la base du cœur se produit toujours, et il n'a pas de caractère sensiblement différent que dans le cas précédent.

Le bruit de souffle intermittent existe toujours dans les carotides, mais il est souvent masqué par le bruit de souffle continu qui existe dans les veines. L'existence du souffle veineux continu est, en effet, un des signes les plus constants de l'abaissement des globules au-dessous du chiffre 80.

Le bruit continu peut présenter toutes les variétés que l'on connaît: bruit doux, bruit de mouche, bruit de bourdonnement, bruit de diable, etc., etc. Le bruit musical est très-rare. Lorsque le bruit continu des veines et le bruit intermittent des artères se produisent en même temps et ont à peu près la même intensité, on perçoit bien le mélange des deux bruits.

Deux questions se présentent à l'égard de la production de ces deux bruits, et ces questions ne sont pas sans importance.

1° Ces deux bruits sont-ils subordonnés les uns aux autres, et à mesure qu'on s'élève dans l'échelle des bruits correspondants, à une diminution plus considérable des globules, doit-on continuer à percevoir ceux qui ont été entendus les premiers?

Je m'explique. Lorsqu'on entend au premier temps du cœur un bruit de souffle anémique, il est bien évident qu'il peut exister seul, et que sa présence n'implique en aucune manière l'existence des bruits vasculaires carotidiens ou veineux.

Mais quand on entend ces bruits vasculaires, doit-on nécessairement continuer à entendre en même temps le bruit de souffle? Sous ce rapport, je ne saurais avoir aucun doute, et je répondrai: Oui, certainement; dès qu'on entend un bruit carotidien intermittent ou bien un bruit veineux continu, on doit nécessairement entendre un souffle anémique au premier temps du cœur. Je n'ai pas encore trouvé d'exception à cette règle.

2° Quelquefois, en même temps que la diminution des globules, il y a diminution de la masse totale; anémie vraie, si l'on veut. Lorsqu'il en est ainsi, les bruits de souffle au cœur et les bruits vasculaires se produisent avec beaucoup moins de facilité. Leur intensité est moindre, leurs caractères moins tranchés; quelquefois même ils sont peu évidents. Enfin, si l'anémie vraie est considérable, ils peuvent même ne pas se produire du tout. C'est un fait très-important, dont il faut être prévenu pour le diagnostic de l'anémie par diminution des globules.

Sécrétions. — Les hydropisies peuvent-elles être considérées comme un des symptômes de l'anémie? C'est une question que beaucoup de médecins ne croient pas encore complétement résolue, et cependant rien n'est plus facile que d'en donner la solution.

Une seule altération du sang est capable de produire une hydropisie générale. Cette altération, c'est la diminution de proportion de l'albumine du sérum.

Or, lorsqu'il n'y a que simple diminution des globules, jamais il n'y a d'hydropisies; tandis que lorsqu'il survient en même temps une diminution de l'albumine, une hydropisie, ou tout au moins un œdème des membres inférieurs se manifeste. Or, nous avons vu, en traitant de l'étiologie, que la diminution des globules, surtout quand elle est considérable, entraîne dans un certain nombre de cas la diminution de l'albumine, et conséquemment des hydropisies. Il en est aussi quelquefois ainsi dans les chloroses très-intenses, dans lesquelles il y a une forte diminution des globules. Cette dernière altération amène toujours dans ces circonstances une légère diminution de l'albumine.

Les urines sont en général modifiées chez les sujets anémiques; elles prennent alors les caractères de l'espèce à laquelle j'ai donné le nom d'urines anémiques dans ma *Séméiotique des urines*. Voici quels sont ces caractères: elles sont pâles, moins colorées, quelquefois verdâtres; leur densité est moindre, leur acidité plus faible. Ces changements sont dus aux modifications chimiques suivantes: la quantité d'eau est conservée normale, tous les éléments solides de l'urine ayant simultanément et proportionnellement diminué de quantité.

Système nerveux. — A moins de diminution considérable des globules, les symptômes nerveux ne présentent pas de caractères bien tranchés et surtout une grande intensité.

C'est même là un des caractères différents de l'anémie et de la chlorose, caractère sur lequel j'insisterai plus loin. Ce n'est pas, du reste, que je nie complétement leur existence; je prétends seulement que, manquant souvent, ils n'ont pas, en général, une grande intensité ni des caractères bien spéciaux.

Voici, du reste, ce qu'il y a de plus général:

Le système nerveux est évidemment fortement débilité, et conséquemment plus irritable et beaucoup plus impressionnable.

La sensibilité est plus vive, plus facilement mise en jeu.

La myotilité s'épuise plus facilement; elle est, que l'on me passe cette expression, moins vigoureuse, moins exagérée: de là la cause de la fatigue et de l'épuisement qui se produisent si rapidement chez les malades.

L'intelligence ne subit aucune modification: parfois plus lente, un peu plus obtuse; d'autres fois plus vive, plus lucide; en tous cas, facilement fatiguée.

La tristesse est un des caractères des sujets anémiques, et elle s'accompagne d'une grande impressionnabilité.

Les émotions morales, les chagrins, les joies ou les douleurs subites laissent chez ces individus des traces plus profondes que chez les autres malades.

Signalons enfin que dans des cas d'anémie très considérable, et à peu près exclusivement dans celles qui sont la conséquence de pertes de sang copieuses, d'hémorrhagies considérables, on voit quelquefois une céphalalgie intense, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, du délire, des mouvements convulsifs se développer.

DEUXIÈME ESPÈCE. — *Anémie combinée à d'autres états morbides.* — Cette espèce comprend deux cas bien distincts, qui sont les suivants:

1° L'anémie est un phénomène consécutif; elle s'est produite, comme cela arrive si fréquemment, sous l'influence d'une maladie, d'un autre état morbide qui en a été la cause directe.

En pareille circonstance, les symptômes de l'anémie se surajoutent à ceux de la maladie primitive, ils se mélangent, se confondent; mais un praticien exercé peut toujours faire la part des uns et des autres, ce qui en effet est important pour la méthode à suivre dans ce traitement.

2° La maladie succède à une anémie produite sous l'influence d'une cause quelconque physiologique ou pathologique, mais qui a disparu pour ne laisser que ses effets, c'est-à-dire l'anémie. Cette question est plus complexe que la précédente. Il faut, en effet, faire la part de l'anémie antérieure et de la maladie consécutive. C'est ici que je devrais étudier avec détails l'influence de l'anémie sur le développement des maladies. Dans l'impossibilité de traiter complétement une question aussi vaste, je résumerai ce qu'il y a à dire sous forme de propositions:

1° L'anémie favorise manifestement le développement de toutes les maladies chez les sujets qui en sont atteints, ce qui est dû à ce que la diminution des globules a pour effet à peu près constant de rendre plus facilement accessible et plus impressionnable à toutes les causes morbifiques quelconques.

2° L'anémie marque quelquefois le début des états morbides consécutifs; c'est ce qui arrive quand le début est lent et insidieux.

3° L'existence d'une anémie antérieure modifie souvent l'aspect d'une maladie développée consécutivement. Le mélange des symptômes des deux états morbides rend l'expression de chacune d'elles moins nette, moins claire, moins franche et moins accentuée.

4° L'influence d'une anémie antérieure tend à faire durer plus longtemps les maladies consécutives; et dans quelques cas, à les faire passer à l'état chronique.

5° L'anémie rend plus difficile l'application des médications énergiques dans les maladies intercurrentes. Elle met dans l'obligation de ne recourir qu'avec beaucoup de réserve aux moyens capables de faire subir aux malades des déperditions quelconques des liquides, tels que saignée, purgatifs, sudorifiques, etc., etc.; moyens capables par eux-mêmes de produire un certain degré d'anémie.

Traitement. — La question du traitement de l'anémie est une des plus importantes de la médecine pratique.

Un premier point à établir est la soustraction de la cause qui a produit l'anémie.

Lorsque cette cause peut disparaître, c'est la première indication à remplir, si elle est hygiénique; la première chose à faire est d'y soustraire le malade; il suffit ensuite d'attendre les bons effets de ce changement de mauvaises conditions hygiéniques pour voir l'anémie disparaître et les globules se reconstituer, quelquefois même rapidement.

Dans les anémies développées sous l'influence de causes pathologiques, trois circonstances peuvent se présenter:

1° En premier lieu, la cause peut être enlevée par un traitement approprié. C'est ce qu'il faut faire avant tout; car une fois l'influence morbide origine de l'anémie enlevée, les globules se reconstituent presque toujours seuls et assez rapidement. C'est ce que nous voyons tous les jours pour les anémies consécutives aux affections utérines, et en particulier aux catarrhes du col de l'utérus. Dès que ces affections sont reconnues, il s'agit de les traiter, et une fois guéries l'anémie disparaît d'elle-même. Tandis qu'on cherche à la combattre avec du fer, du quinquina, pendant que l'affection utérine existe encore, on perd complétement son temps et sa peine, et on fatigue les malades de médicaments.

2° La cause ne peut être facilement enlevée, et il faut un temps très long, des soins très longtemps continués, ou bien encore elle ne peut être enlevée complétement, mais seulement améliorée.

En pareille circonstance, c'est plutôt sur les moyens hygiéniques que sur les médicaments qu'il faut compter. C'est une question qui ne peut être traitée qu'à propos de chaque maladie. Je me borne à signaler ici le fait général.

3° L'état morbide, cause de l'anémie, ne peut être modifié; c'est une maladie incurable.

Le médecin doit encore, malgré cela, chercher à combattre l'anémie; car la diminution progressive et incessante des globules hâtera certainement le terme fatal de la maladie. Il y aura donc lieu de chercher à modifier cette anémie, qui, en définitive, est une fâcheuse complication, par des moyens appropriés.

Quant au traitement de l'anémie elle-même, considérée indépendamment de la cause productrice, nous en ferons l'exposé après avoir traité de la chlorose, et lorsque nous établirons le parallèle entre les deux maladies.

CLINIQUE DE L'ALGÉRIE.

Cas d'hydrophobie. — Mort. — Autopsie.

Par M. le docteur E. SONRIER.

Constater les progrès rapides d'une affection étrange dans ses symptômes et toujours fatale dans ses terminaisons; rester spectateur impuissant d'un mal inconnu et jusqu'alors sans remède; ne pouvoir même calmer cet affreux supplice de la soif, plus terrible que tous les châtiments inventés par le Dante; voir la vie s'éteindre en luttant en vain contre une mort imminente; ne trouver enfin à la nécropsie rien autre que quelques congestions viscérales produites par l'agonie, telle est en résumé la situation dans laquelle nous nous sommes trouvé en présence de cette maladie unique que sous l'impression de nos souvenirs nous allons raconter.

Poulain, bûcheron, âgé de quarante-cinq ans, tempérament mélangé, adonné aux boissons alcooliques, mordu au sourcil et à l'aile du nez, il y a cinquante-deux jours, par un chien prétendu enragé, entre à l'hôpital de Batna le 24 novembre dernier pour congestion cérébrale et pulmonaire.

Il raconte que les deux morsures, rouges en ce moment, se sont cicatrisées rapidement; mais que l'appréhension de devenir enragé l'a toujours inquiété, quoique en Afrique la rage soit tellement rare que l'édilité publique daigne à peine s'en préoccuper. Toutefois, quelques jours avant son entrée à l'hôpital, il est devenu triste, morose, ressentant un vague frisson initial avec courbature dans tous les membres, céphalalgie, sommeil troublé par des rêvasseries pénibles.

Le 23, il est très agité, poursuivi sans cesse par cette idée de rage; aussi s'empresse-t-il de noyer tous ces soucis dans de copieuses libations.

Le 24 (première visite), on constate les phénomènes suivants:

Insomnie, facies animé, loquacité, jactilation des membres, anxiété, gêne de la déglutition, soif vive, horreur des liquides, constipation, respiration difficile, céphalalgie occipitale intense, pouls assez fréquent et développé.

Prescription. — Saignée de 800 grammes, vésicatoire à la nuque demandé par le malade avec instance, sinapisme épigastrique.

Le 25, même état que la veille; crachotement; la constriction de la gorge paraît plus forte, la dyspnée plus intense. La saignée offre un caillot volumineux, sans couenne, nageant dans une abondante sérosité jaune citrin; refus absolu de toute espèce de liquides. On applique la camisole de force pour réprimer ses mouvements et ses escapades nocturnes dans la cour de l'hôpital.

Le 26, le mal progresse chaque nuit dans une fatale gravité, sans toutefois changer de caractère. — 30 sangsues aux angles de la mâchoire.

Le 27, nuit très agitée, dysphagie extrême avec horreur des liquides plus prononcée; sputation abondante. — 30 sangsues aux angles de la mâchoire, potion opiacée à 1 gramme.

Le 28, insomnie complète depuis qu'il est à l'hôpital; intelligence nette, face grippée; il vocifère contre les infirmiers, brise un de ses liens, et leur lance tout ce qui lui tombe sous la main, sans avoir jamais cherché à les mordre; mouvements convulsifs des membres, surtout la nuit; lèvres livides, regards étincelants; bave écumeuse blanchâtre rejetée par de fréquents efforts d'expuition; respiration stertoreuse, haletante et de plus en plus embarrassée; anxiété affreuse, asphyxie; mort à midi.

Autopsie dix-huit heures après la mort sous une température moyenne, 10 degrés.

Rigidité cadavérique prononcée; hypostase sanguine vers les parties déclives; écoulement par la bouche d'un liquide brun verdâtre.

Moelle épinière. — Injection avec suffusion sanguine sous les enveloppes seulement.

Encéphale. — Congestion avec arborisation marquée des méninges; tissu sous-arachnoïdien infiltré de sérosité sanguinolente; volume plus considérable du cerveau, dont les circonvolutions paraissent aplaties au contact de la boîte crânienne. Les tranches cérébrales sont revêtues d'un piqueté déterminé par une légère pression.

Rien à noter dans le cervelet ni dans la moelle allongée.

Tube digestif et annexes. — Les prétendues pustules sublinguales de M. Marochetti sont un mythe qui doit désormais rester dans l'oubli. Rien dans le pharynx, qu'un peu de rougeur sans épaisseur de la muqueuse. Traces de gastrite chronique.

Congestion du paquet intestinal; hypérémie du foie; rate normale.

Appareil respiratoire. — Rien dans le larynx ni dans les bronches. Mélanose des poumons avec engouement hypostatique, mais où persiste la crépitation. Traces d'ancienne péricardite avec adhérences de la séreuse au cœur.

Rien à noter ailleurs.

GANGRÈNE DE TOUTE LA MEMBRANE MUQUEUSE DE LA VESSIE.

Par M. le professeur H. LUSCHKA (de Tubingen).

On rencontre quelquefois, dit le savant professeur de l'Université de Tubingen, des altérations d'une partie de la muqueuse vésicale consécutives à la stagnation de l'urine dans l'intérieur de la vessie; mais il est tout à fait exceptionnel de voir la membrane interne se détacher simultanément dans toute son étendue. M. Luschka nous rend compte d'un fait de ce genre, dont l'histoire a été présentée par M. le docteur Bauer à la Société des naturalistes de Wurtemberg.

Le sujet de cette observation était une femme de vingt-six ans, morte au troisième mois de la grossesse. Depuis trois semaines la malade avait une rétention d'urine que l'on essaya en vain de combattre par les médicaments et le cathétérisme. Des efforts violents n'amenaient l'expulsion que de quelques gouttes d'urine. Enfin les accidents devinrent si urgents, que, ne pouvant soulager la malade par le cathétérisme, on eut recours à la ponction vésicale. L'urine fut évacuée; mais la malade tomba dans un état typhoïde qui persista jusqu'à la mort, survenue au bout de douze jours.

On dut se borner à l'examen des organes génito-urinaires.

L'utérus, qui renfermait un fœtus de trois mois environ, ne présentait aucune trace de lésion quelconque. En ouvrant la vessie, on la trouva distendue par un liquide purulent, sale, mêlé de flocons fibrineux, et par une poche close de toutes parts. La paroi vésicale, épaissie dans toute son étendue, présentait par places une épaisseur de 7 millimètres; elle était dépourvue, à son intérieur, de membrane muqueuse; on voyait presque partout la tunique musculaire à nu, et ailleurs elle paraissait recouverte d'une substance caséiforme jaunâtre. L'orifice interne de l'urètre était bouché. Le sac clos contenu dans l'intérieur de la vessie présentait, à l'état frais et à l'œil nu, une coloration d'un gris jaunâtre sans structure. Sa surface externe était parsemée de petites villosités. Dans un point, on retrouvait l'ouverture faite par le trocart lors de la ponction vésicale. La surface interne du sac était par places lisse et d'une couleur gris sale; ailleurs, elle était recouverte par un dépôt grenu d'acide urique. C'était dans l'intérieur de ce sac qu'était renfermée l'urine. La sonde, introduite par le canal de l'urètre, s'engageait entre la tunique musculaire et la paroi du sac; aussi ne put-on par ce moyen évacuer le liquide urinaire.

L'examen histologique de la paroi du kyste a fait reconnaître à M. Luschka les éléments normaux de la muqueuse vésicale. On retrouvait le tissu cellulaire sous-muqueux des fibres musculaires organiques. La paroi du kyste était formée de fibres de tissu cellulaire mêlées de fibres élastiques, de ramifications nerveuses et de vaisseaux; mais ces parties avaient subi une altération plus ou moins prononcée. Ainsi, les parois des vaisseaux étaient opaques, infiltrées de matière granulo-graisseuse; leur cavité était remplie d'une matière granuleuse colorée en brun; les nerfs offraient un affaissement marqué des parois des tubes primitifs; ailleurs, les tubes contenaient des granules graisseux irrégulièrement disposés. Dans les fibres musculaires organiques situées à la surface externe du kyste, on reconnaissait à peine les noyaux allongés qui les caractérisent; ils étaient remplacés par des granules graisseux. M. Luschka n'a retrouvé dans aucun point de la surface interne du kyste de revêtement épithélial. Dans toute l'épaisseur de la paroi du sac, on retrouvait un grand nombre de cellules granulées, de granules graisseux, de pigments brunâtres.

A quelle cause doit-on rapporter cette singulière lésion?

M. Luschka, après avoir démontré, par l'étude histologique, que ce sac n'était autre chose que la membrane muqueuse de la vessie détachée dans toute son étendue, croit y reconnaître le résultat d'une inflammation diphthéritique. Cette maladie aurait, suivant lui, donné lieu à l'épanchement d'une exsudation dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-muqueux; les modifications survenues dans ce tissu entraînant un trouble dans la nutrition de la muqueuse, auraient déterminé sa séparation dans toute son étendue.

L'habitude des recherches microscopiques, et le soin que le professeur de Tubingen apporte à ses travaux scientifiques — nous en avons été témoin —, ne nous laissent aucun doute sur la réalité des résultats auxquels l'ont conduit ses recherches histologiques. Le fait qu'il nous a fait connaître est, sans contredit, fort rare dans les annales de la science: nous n'en connaissons aucun analogue. Cette observation offre en outre un intérêt pratique; elle fait connaître une cause fort rare de rétention d'urine, et de nature à induire en erreur le médecin relativement au diagnostic de la maladie. En effet, l'absence d'écoulement de l'urine par la sonde introduite dans l'urètre semblait éloigner l'idée d'une collection de liquide contenue dans son intérieur, et pouvait faire croire à l'existence d'un kyste dans le voisinage du réservoir urinaire.

(*Virchow's Arch. für pathol. Anat.*, etc.)

ASPHYXIE PAR SUITE DE L'ARRÊT DANS LE LARYNX d'un ganglion bronchique introduit dans les voies aériennes;

Par M. EDWARDES.

Les traités des maladies des enfants contiennent tous des renseignements sur les accidents causés par la compression exercée sur les bronches par les ganglions bronchiques volumineux hypertrophiés ou tuberculeux. On cite même, comme une des conséquences de cette action compressive prolongée, l'ulcération des canaux bronchiques; mais il est tout à fait exceptionnel de voir l'asphyxie causée par l'altération que nous fait connaître M. Edwardes.

Voici, en résumé, l'analyse de cette observation, qui nous semble unique dans la science, et qui est d'autant plus précieuse que l'examen du ganglion a été fait par des anatomo-pathologistes du plus haut mérite.

Un enfant de huit ans présenta tout à coup, en jouant, des signes de suffocation. Ces symptômes augmentèrent rapidement. On pratiqua la trachéotomie. On put ainsi faire pénétrer un peu d'air par l'ouverture. Le malade fit deux inspirations seulement après l'opération, et mourut.

A l'ouverture du cadavre, on trouva à la face postérieure et inférieure de l'épiglotte un corps étranger qui, en bas, touchait l'ouverture de la glotte. Ce corps étranger était couvert de mucus, et présentait exactement l'apparence d'un ganglion bronchique. En fendant la trachée, on découvrit que le ganglion avait pénétré par une ouverture anormale qui existait à droite en arrière, immédiatement au-dessus de la bifurcation. L'ouverture anormale présentait des bords irréguliers et frangés. Le corps étranger trouvé dans le larynx fut examiné par M. Quekett; il offrait une forme irrégulière, une coloration d'un bleu clair, et était maculé de taches blanches et noires. A la surface, on constatait la présence d'épithélium. La masse, à son intérieur, présentait exactement la même structure anatomique qu'un ganglion bronchique sain, qui fut pris comme terme de comparaison.

(*Medico-chir. trans.* et *Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 janvier 1856. — Présidence de M. BUSSY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Le ministre du commerce transmet:

Épidémies. — Le rapport final de M. le docteur Causard, médecin des épidémies, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans onze communes de l'arrondissement de Châtillon.

Des rapports de M. le docteur Dehec, sur diverses épidémies qui ont régné dans l'arrondissement d'Arras en 1855. (Commission des épidémies.)

Vaccine. — Le tableau des vaccinations pratiquées dans le département de la Seine en 1854. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Rupture de l'utérus pendant la grossesse. — M. le docteur Bérigny (de Versailles) transmet à l'Académie l'observation d'un cas de rupture de l'utérus au sixième mois de la grossesse. (Commissaire: M. Guérard.)

RAPPORT.

Eaux gazeuses artificielles. — M. BOULLAY lit, au nom de la commission des eaux minérales, une série de rapports officiels sur des demandes tendant à obtenir l'autorisation d'établir des fabriques d'eaux gazeuses artificielles.

D'après l'avis de la commission, M. le rapporteur propose de répondre au ministre qu'il y a lieu à accorder l'autorisation demandée. (Adopté.)

DISCUSSION.

Séton. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le séton et la révulsion. La parole est à M. Malgaigne.

M. MALGAIGNE. L'Académie se souvient peut-être que M. Bouvier, contrairement à ce que j'avais avancé, a cherché à démontrer que la doctrine de la révulsion a été la même dans les temps anciens et dans les temps modernes, que l'une n'a été que la fille de l'autre. Dans l'opinion d'un certain nombre de personnes, cette démonstration a été faite victorieusement.

La plupart des organes de la presse médicale se sont réjouis qu'une opinion subversive fût combattue. Dès lors j'ai jugé que la chose était sérieuse. C'est sérieux, en effet, de dire qu'il existe des principes quand il n'en existe pas (j'entends des principes scientifiques).

Comme mon opinion peut n'avoir pas été très-bien comprise, je désire y revenir en ce moment. J'examinerai de nouveau les deux questions que ce débat a soulevées, la question du séton, et en second lieu s'il y a des principes scientifiques en médecine.

Pour ce qui regarde le séton, nous avons des faits et des assertions. Les faits, ce sont ceux de M. Bouvier. Or, je signale ceci à la presse, on verra dans une petite addition du *Bulletin* que chez plusieurs malades il y a eu récidive. M. Bouvier demande qu'on n'examine pas ses faits avec le prisme de la prévention. Mais c'est au contraire ce qu'il devait désirer, c'est ce que je désire pour mon compte lorsque je soumets un fait nouveau à l'appréciation de mes collègues. M. Bouvier a montré dans d'autres circonstances une sévérité de critique qui lui fera un éternel honneur, et ne montre-t-il pas encore aujourd'hui la même sévérité lorsque, seul contre une société médicale tout entière, il soutient qu'il est impossible d'obtenir la réduction d'une luxation congénitale!

Si l'on est aussi sévère en chirurgie, pourquoi donc le serait-on moins dès qu'il s'agit de faits de médecine?

Nous avons encore les faits de MM. les vétérinaires; mais, avec M. Bousquet, je les récuse, parce que, alors même qu'ils prouveraient pour les animaux, ils ne prouvent pas pour l'homme.

M. Bouillaud a dit qu'il n'avait pas d'expérience personnelle pour le séton. Mais s'il n'a pas d'expérience, c'est qu'il ne l'a pas employé; s'il ne l'a pas employé, c'est qu'il avait de bonnes raisons pour cela.

M. Piorry a exprimé son opinion par une phrase vulgaire mais énergique, en disant que les exutoires suppurants agissent comme un cautère sur une jambe de bois.

M. Parchappe a parlé des succès que nous obtenons tous les jours par l'emploi des exutoires; il est fâcheux qu'il n'ait pas cité de faits.

Quant à M. Bousquet, il n'est guère partisan des exutoires. Ce sont, dit-il, deux maladies au lieu d'une que l'on inflige aux malades. Cependant, il paraît admettre quelques exceptions en faveur de la maladie de Pott. Il est assez singulier que M. Bousquet, médecin, qui n'a retiré aucuns bons effets du séton dans la phthisie, veuille nous faire croire aux bons effets de cet exutoire dans le mal de Pott, à nous, chirurgiens, qui n'en avons jamais obtenu rien de bon. J'invoque, sur ce point le témoignage de M. Bouvier lui-même.

J'arrive maintenant à la question de doctrine.

J'ai dit qu'Hippocrate n'avait point parlé de la révulsion, qu'on ne trouverait dans toutes ses œuvres qu'une phrase obscure et équivoque à l'aide de laquelle on lui avait fait honneur d'un principe auquel il n'a jamais songé. J'ai dit que Galien n'avait émis sur la révulsion que des idées fantastiques. Je mets la presse médicale tout entière au défi de citer de Galien une autre doctrine que celle que M. Daremberg et moi avons déclarée incompréhensible, et dont l'énoncé seul a provoqué les risées de l'assemblée. Je défie enfin qu'on me cite dans tout Galien, je ne dis pas une doctrine, mais un principe qui soit avoué par la science moderne.

J'ai dit enfin qu'il n'y avait rien dans Celse qui pût donner l'idée d'une doctrine de la révulsion. M. Bouvier a soutenu le contraire. Je ne veux pas perpétuer ici une discussion de pure érudition; mais je prouverai à M. Bouvier, quand il voudra, que Celse n'a pas plus que Galien et Hippocrate, de doctrine de la révulsion. Il n'y a pas de doctrine chez les anciens.

Dans celle que M. Bouvier a exposée en leur nom, on voit la déplétion confondue avec la révulsion. M. Bouillaud a bien saisi ce vice de raisonnement de M. Bouvier.

Je n'invoque pas à l'appui de mon opinion celle de M. Piorry. On connaît assez son radicalisme; il fait fi de toutes les doctrines anciennes.

Mais M. Parchappe est venu, et dans un travail très remarquable

par la forme comme par certains points de vue du fond, il a exposé une très belle doctrine. Il a exposé, en particulier, une idée d'Hippocrate supérieure à toutes les idées modernes, celle de la puissance médicatrice de la nature; mais il n'y a pas un mot de révulsion dans tout cela. Hippocrate n'en prononce même pas le nom, il ne la connaît pas.

Que dire de la manière dont M. Parchappe a interprété Galien, élaguant ce qui ne lui convient pas et modifiant le reste?

M. Parchappe a assis sa doctrine sur le vitalisme, doctrine, dit-il, que tôt ou tard l'Académie devra aborder. Mais il s'agit de s'entendre sur le vitalisme; moi aussi je suis vitaliste, mais non point de ce vitalisme qui n'expérimente pas; je suis du vitalisme de Hunter, du grand Hunter, que je lis autant qu'Hippocrate.

En résumé, nous avons maintenant deux doctrines anciennes de la révulsion, la doctrine de M. Bouvier et celle de M. Parchappe, qui diffèrent l'une de l'autre et qui ne reposent ni l'une ni l'autre sur les textes des auteurs anciens.

Il s'agit maintenant de savoir s'il existe des principes modernes de la révulsion. Que voyons-nous dans Hunter? A peine quelques germes de la révulsion, qu'il n'a fait que déposer en quelque sorte dans ses œuvres. Dans Pinel, nous n'en voyons guère davantage.

M. Bouvier a cité comme représentant les principes actuels de l'Ecole de Paris en matière de révulsion, Broussais, Guersant, MM. Cazenave, Marotte, etc. Il a oublié M. Martin-Solon, qui a écrit une excellente dissertation sur ce sujet. Mais je le défie de trouver dans tout cela un principe sur lequel tous ces auteurs soient d'accord.

M. Bouillaud a cité des articles de dictionnaires, même de ceux qui ne disent pas un mot de la révulsion. Mais que pense-t-il lui-même de la révulsion? Comme faits, il n'a cité que l'action résolutive des vésicatoires sur la pleurésie; mais, comme principes, il a déclaré lui-même n'en point avoir.

A propos de Barthez et des doctrines de l'Ecole de Montpellier, M. Bouvier, répondant à la critique que j'avais faite d'un passage extrait du *Traité des fluxions*, a dit que les doctrines exposées dans cet ouvrage, qui avaient pu avoir leur valeur pour leur temps, n'étaient plus aujourd'hui celles de l'Ecole de Montpellier. Mais M. Bouvier a oublié de dire quelles sont les doctrines actuelles de Montpellier sur ce point. Quand j'ai appris que M. Bousquet allait prendre la parole, j'ai espéré que je pourrais savoir enfin quelles sont ces doctrines. M. Bousquet, après m'avoir reproché une citation incomplète et infidèle de Barthez, l'a cité plus incomplètement lui-même, substituant son propre commentaire au texte de l'auteur. Puis, après cet artifice, il s'est écrié : Cela est si spécieux que la raison l'approuve avant l'expérience; mais l'expérience elle-même l'a confirmé. Et vous croyez qu'après cela M. Bousquet se montre partisan des principes de Barthez sur la révulsion? Point du tout, il les repousse pour leur substituer une théorie à lui.

Je conclus de tout cela qu'il n'y a pas plus de doctrine de la révulsion à Montpellier qu'à Paris. Point de doctrine formulée chez les anciens, point non plus chez les modernes, voilà en définitive à quoi nous arrivons. J'irai plus loin encore, et je dirai : Absence complète de doctrines scientifiques en médecine, absence de principes dans l'application de l'art, empirisme par partout : voilà l'état de la médecine.

M. Bouillaud a exprimé la crainte que, si nous repoussions la révulsion, nous n'enlevassions aux praticiens l'une des plus grandes ressources de l'art. Ce serait un des plus heureux résultats de cette discussion si nous avions pu parvenir à débarrasser la thérapeutique d'une pratique barbare. C'est vers ce résultat, pour ma part, que je dirigerai incessamment mes efforts.

M. Bouvier. Le débat qui touche à son terme a été soulevé, on se le rappelle, par M. Malgaigne à l'occasion d'une bien modeste lecture et de quelques petits malades que j'ai présentés.

Le but de notre collègue, dans cette discussion, a été de faire rayer de la thérapeutique une médication tout entière, ou même deux ordres de médication, si l'on distingue dans l'action des exutoires, avec MM. Trousseau et Pidoux, une médication transpositive et une médication spoliative.

M. Malgaigne a-t-il atteint ce but? Non. Il n'a ébranlé aucune conviction. Après cette discussion comme auparavant, les exutoires resteront une ressource importante de la thérapeutique. Il a employé, pour faire prévaloir son opinion, les railleries, les hypothèses, les dénégations.

Mais dans les sciences, l'arme du ridicule s'émousse devant la force inébranlable des faits.

Sont-ce les idées théoriques de M. Malgaigne qui pouvaient saper une croyance aussi générale que l'utilité des exutoires? Ces idées sont des hypothèses. On va en juger.

Il n'y a, suivant M. Malgaigne, de révulsion utile que celle qui agit contre la douleur. Ainsi, un bain de pieds, un sinapisme, la grande ventouse Junod, pourront dissiper un mal de tête, mais ils ne feront rien dans la congestion qui le produit si elle ne va pas jusqu'à la douleur! Ils ne seront pas moins inutiles dans l'imminence d'une apoplexie, d'un coup de sang, s'il n'y a pas céphalalgie! La révulsion cutanée pourra bien, en rappelant aux extrémités la goutte, le rhumatisme, faire cesser des viscéralgies causées par le déplacement de ces affections; mais cette révulsion sera impuissante si la même cause se borne à produire un accès de suffocation!

On voit à quelles conséquences mènerait cette théorie boiteuse, tronquée, qui mutile les faits les plus vulgaires.

Selon M. Malgaigne, les exutoires prolongés ne sont d'aucune utilité parce que l'économie finit par s'y accoutumer. Mais qu'est-ce qui prouve que cette habitude ne détruit pas une habitude pathologique à laquelle elle se substituerait avec avantage?

En second lieu, cette habitude ne s'établit qu'au bout d'un temps plus ou moins long. Jusque-là les exutoires jouissent au moins des mêmes propriétés que les autres irritations douloureuses de la peau, dont les avantages ont été si bien établis par M. Bouillaud.

On ne doit pas admettre, suivant M. Malgaigne, qu'un remède ne commence à produire de bons effets qu'après un mois ou plus d'usage; de sorte que toute guérison qui n'arrive qu'après ce terme ne peut être attribuée au remède qui a été mis en usage. Ainsi, vous croyez avoir guéri des scrofuleux avec de l'iode, des dartreux avec du soufre, des sujets atteints de syphilis chronique avec de l'iodure de potassium, des paralytiques avec les eaux des Pyrénées; détrompez-vous, ce ne sont pas ces remèdes qui les ont guéris, parce qu'il aura fallu plus d'un mois pour ce résultat.

Et les dénégations! comment M. Malgaigne les a-t-il motivées?

Platon a dit : Pour être médecin, il faudrait que celui qui aspire à ce titre eût passé lui-même par toutes les maladies et par tous les accidents... Montaigne vient en aide à Platon, et déclare que s'il était jamais vérolé, il ne voudrait être traité que par un médecin qui eût passé par là. M. Malgaigne est encore plus difficile que Platon et Montaigne. Il ne veut pas admettre qu'un médecin auquel il a bien voulu accorder quelque valeur soit compétent pour apprécier l'utilité d'un remède qu'il a éprouvé sur lui-même; et notez qu'il s'agit d'une ophthalmie, c'est-à-dire d'une maladie qui laisse toute la liberté à l'intelligence et d'une des affections les plus faciles à reconnaître! Vous vous serez montrés assurément plus faciles que M. Malgaigne sur ce point. Vous ne repousserez pas davantage le fait du professeur Guilbert, dont l'exemple me décida à recourir à ce moyen, ni celui de notre collègue M. H. Gaultier de Claubry, autrefois guéri d'une amaurose par un séton que lui conseilla Boyer.

A ces faits M. Malgaigne répond que ce sont des coïncidences! Un homme est sur le point de perdre la vue, un séton le sauve; on le supprime, la maladie reparaît; le séton la guérit de nouveau : coïncidence. Cet autre n'a plus d'attaques d'épilepsie depuis qu'il porte un séton; coïncidence. Une jeune fille souffre à trois reprises d'une céphalée intolérable, chaque fois le séton la dissipe; pure coïncidence! Des sétons monstres sont appliqués à des chevaux pour combattre la pneumonie, comme vous avez vu M. Bouillaud la combattre par de larges vésicatoires chez l'homme; toujours coïncidence!

Cette manière de philosopher sent fort son Marphurius. Elle conduirait à la négation absolue de toute médecine; car il n'est pas un remède dont on ne pût nier ainsi l'action, sous prétexte de n'y voir que des coïncidences. Aujourd'hui les exutoires, demain les saignées, puis le quinquina, puis l'opium, etc., tout y passerait.

Observons les éternels principes de la méthode expérimentale, qui ne date pas d'aujourd'hui, quoiqu'on dise; mais gardons-nous de ce pyrrhonisme outré qui n'aboutirait qu'à éteindre les dernières lueurs de la foi médicale sans laquelle le médecin reste désarmé en présence du danger, les mains pleines de ressources dont il ne sait pas se servir.

Cependant je dirai avec M. Malgaigne : il restera quelque chose de cette discussion. Il y a déjà longtemps qu'on a signalé les abus des exutoires, ce n'est pas d'aujourd'hui seulement. Il existe un petit livre dont l'auteur est Agatange Leroy, qui s'est servi le premier du mot exutoire qu'il croit avoir créé. Agatange Leroy dit, dans la préface de ce petit livre, qu'il a été aussi occupé durant sa carrière à supprimer des exutoires à demeure qu'à en établir. J'espère que cet abus, qui existe encore, ne résistera pas aux attaques de M. Malgaigne. J'espère encore qu'il sortira quelque chose du concours ouvert par l'Académie.

M. Desportes est appelé à la tribune par son tour d'inscription; mais, vu l'heure avancée, il demande que la parole lui soit réservée pour la séance prochaine.

M. Larrey demande la parole pour une motion d'ordre.

Il pense qu'il est temps de mettre un terme à cette discussion, qui ne pourrait être prolongée plus longtemps sans préjudicier aux autres travaux de l'Académie. Il propose, en conséquence, qu'après le résumé qu'on vient d'entendre la discussion soit close. (Appuyé.)

M. Bouley demande la parole.

M. le Président consulte l'Académie. La majorité se prononce pour la clôture.

M. Bouley demande la parole pour un fait personnel. Il n'a que quelques mots à dire.

M. le Président lui accorde la parole.

M. Bouley. Lorsque j'ai dit que M. Malgaigne avait beaucoup d'esprit, qu'il avait même trop d'esprit, je l'ai dit sérieusement; je n'ai nullement eu la pensée d'une ironie. Il n'en a pas agi de même à mon égard. Je n'insiste pas là-dessus. M. Malgaigne n'a pas daigné parler d'un seul des principes ou plutôt des faits généraux que j'ai formulés. Il n'y a fait allusion que pour les tourner en dérision. Voici deux faits que je lui soumets; ils sont tout récents.

J'ai soumis à des pesées comparatives un cheval auquel j'avais appliqué un séton; je l'ai pesé avant et puis après. Au bout de quelques jours, il avait perdu quarante livres de son poids. Le séton ayant été supprimé, j'ai fait peser de nouveau l'animal quelques jours après, et j'ai constaté qu'il avait repris son poids primitif. J'ajoute que le régime avait été exactement le même durant l'expérience.

Chez un autre cheval, qui avait une jambe œdématiée, j'ai fait appliquer un séton; la mesure en main, nous avons constaté à dater de ce moment une diminution rapide dans le volume du membre.

La discussion est close.

— M. Bonnafont fait une présentation dont nous ferons connaître l'objet plus tard.

— La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Sur la possibilité d'une hernie du pancréas à travers une plaie des parois abdominales.

Le fait de hernie du pancréas, que nous avons inséré dans notre *Revue clinique* de samedi dernier, et qui nous a été communiqué par M. le docteur Laborderie, a provoqué des doutes dans l'esprit de plusieurs de nos lecteurs. Comme c'est sous toutes réserves du droit de critique que nous publions les faits qui nous sont communiqués, nous sommes toujours disposé à accueillir les observations que nos lecteurs veulent bien nous transmettre. Nous obéissons avec d'autant plus d'empressement à ce devoir, en insérant la lettre qui suit, qu'elle émane d'un de nos anatomistes les plus distingués et les plus compétents pour apprécier les conditions et la possibilité anatomique du fait en question.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le Rédacteur,

Votre numéro du 5 janvier contient une observation dont le titre, extrêmement remarquable, a fixé tout d'abord mon attention dès que j'ai eu rompu l'enveloppe du journal. Il s'agit d'une *hernie du pancréas à travers une plaie de l'abdomen*, etc., etc.

J'ai donc lu l'observation avec soin, et j'ai été bien surpris, je dois l'avouer, de voir un pareil titre à un pareil récit. Jugez-en plutôt.

Une jeune fille est atteinte d'une plaie d'un centimètre et demi à trois travers de doigt *à droite de la ligne médiane*, au-dessus du rebord des dernières fausses côtes. Voici donc une plaie en plein hypocondre droit. D'après l'auteur, le couteau, plein d'adresse, suit un trajet qu'il serait impossible certainement de reproduire à l'amphithéâtre sans blesser les organes importants de cette région. Ce couteau va atteindre le pancréas et détruire sans doute ses moyens de fixité. Enfin la glande s'engage par ce trajet fabuleux, et vient faire issue au dehors. On tente la réduction de la glande herniée. On y parvient; mais la partie endommagée est réséquée à cause du *rôle secondaire de la glande*, et, dans la crainte d'un sphacèle qui se serait peut-être trop étendu.

Tout se passa pour le mieux, sauf quelques petits accidents.

M. Laborderie termine sa communication en se félicitant de sa conduite. Cela prouve, suivant lui :

1° Que les plaies pénétrantes de l'abdomen peuvent quelquefois se passer sans de graves accidents.

Cette réflexion est moins neuve qu'intéressante.

2° *Que l'ablation d'une portion notable du pancréas peut être enlevée sans danger et sans qu'il se présente des irrégularités dans les fonctions.*

Reste à savoir si réellement le pancréas a été hernié et réséqué, et je suis porté à le nier jusqu'à nouvel ordre, en m'appuyant sur les raisons suivantes.

Rien ne prouve que l'on ait reconnu à travers la peau la granulation glandulaire et le suc pancréatique. Une simple assertion est insuffisante; parce que chez les enfants l'épiploon, et surtout l'épiploon gonflé, peut très bien simuler une glande en grappe, et que le liquide visqueux sanguinolent ressemble beaucoup plus à de la lymphe plastique qu'à du suc pancréatique.

Sans parler de l'incroyable trajet du couteau, l'auteur, pour faire engager la queue du pancréas à travers une plaie de l'*hypocondre droit*, a-t-il réfléchi que cette queue se trouve dans l'*hypocondre gauche* fixée à la scissure de la rate; que le pancréas est complétement recouvert par l'estomac, appuyé par du tissu cellulaire contre la colonne vertébrale, fixé par la veine splénique qui longe son bord supérieur et se rend à la rate en traversant les granulations elles-mêmes?

A-t-il songé aux rapports intimes de la glande avec l'artère splénique et mésentérique supérieure, etc.?

Si l'auteur avait pensé aux moyens de fixité du pancréas, il se serait rappelé que la queue ne peut se déplacer sans entraîner la rate ou sans rupture de branches importantes des vaisseaux spléniques.

Enfin, en supposant même rompues toutes ces connexions du pancréas, il aurait encore regardé comme presque impossible que la queue et le corps du pancréas vinssent à travers une plaie étroite et extrêmement compliquée faire issue à trois travers de doigt de la ligne médiane à *droite*.

Pour moi, je crois qu'il s'agit tout simplement d'une plaie pénétrante de l'abdomen avec issue de l'épiploon, ce qui n'a rien d'insolite; ce qui peut bien être publié sans doute, mais à la condition de n'être pas donné comme un phénomène.

Voici, mon cher rédacteur, les réflexions que je vous soumets; la critique a des droits imprescriptibles quand elle est faite, comme je l'admets, sans aigreur, sans animosité, sans autre intérêt que celui de la vérité. Ce n'est pas une petite affaire que de jeter dans la science une observation que je crois sans exemple; si elle est erronée, il ne faut pas la laisser se propager, car ceux qui la critiqueraient plus tard pourraient être moins indulgents.

Veuillez agréer, etc. A. Verneuil.

M. le docteur Audouard, ancien médecin en chef des armées, vient de mourir à Paris dans un âge avancé.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Delhon; *Quelques mots sur la convalescence et son traitement.*

Afflatet, de Nîmes (Lozère); *Quelques mots sur l'érysipèle simple.*

Labadié, de Lésignan (Aude); *Du choléra-morbus.*

Mittre, de Marseille (Bouches-du-Rhône); *Du choléra asiatique.*

Martin, de Maure (Basses-Alpes), *Traitement hygiénique des femmes enceintes.*

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Colique sèche des pays chauds. — Question d'identité ou de différence entre cette affection et la colique saturnine.

Nous avons annoncé dans l'un des articles de notre *Revue clinique* du 15 décembre 1855, que nous reviendrions sur la question de l'identité ou des différences de la colique sèche et de la colique saturnine, soulevée à l'occasion d'une communication faite à la Société médicale des hôpitaux. Nous comptions, pour nous aider à résoudre cette question, sur l'appel que nous faisions aux chirurgiens de la marine. Cet appel a été entendu. Nous avons reçu, en effet, presque en même temps de MM. les docteurs Fonssagrives, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest, et Lecoq, chirurgien de 1re classe de la marine à la même résidence, deux longues lettres qui traitent la question sous tous les points de vue et d'une manière complète.

D'un autre côté, M. le docteur Rochard, deuxième chirurgien en chef de la marine, a bien voulu, dans un entretien particulier, nous faire part de son expérience personnelle à cet égard (1). Enfin, la même question est traitée *ex professo* en ce moment même par M. le docteur Dutrouleau, premier médecin en chef à la Martinique, dans un travail étendu dont une première partie vient de paraître dans le dernier cahier des *Archives générales de médecine.* En voilà plus qu'il n'en faut pour mettre nos lecteurs parfaitement à même de connaître l'état actuel de la question et d'apprécier la valeur des opinions en présence.

L'étendue des documents qui nous ont été communiqués ne nous permettant pas de les reproduire textuellement, nous demanderons à nos honorables correspondants la permission de les résumer ; il y aurait d'inutiles et inévitables répétitions si nous agissions autrement.

M. Fonssagrives, auteur d'un remarquable travail sur la matière, publié en 1852 dans les *Archives*, a l'un des premiers soutenu et appuyé sur des faits nombreux les principes de la non-identité. L'opinion de ce savant confrère est trop importante pour que nous n'y insistions pas d'une manière particulière.

S'agit-il de démontrer l'identité ou la non-identité de deux affections de causes non spécifiques, il est de toute nécessité d'interroger simultanément l'étiologie et la symptomatologie. Mais lorsqu'il s'agit de maladies spécifiques pouvant avoir une physionomie symptomatologique très analogue, identique même, bien que produite par deux *poisons* différents — c'est ici le cas où l'on se trouve — ; c'est la spécificité de leurs causes qui doit constituer entre elles une différence radicale. — Les preuves étiologiques sont, dans ce cas, prédominantes, et les preuves symptomatologiques accessoires. — M. Fonssagrives, partant de ce principe, formule la question à résoudre en ces termes : La colique végétale et la colique de plomb ont-elles, oui ou non, la même cause spécifique ? procèdent-elles toutes les deux de l'empoisonnement saturnin ?

En ce qui concerne l'étiologie de la colique nerveuse endémique des pays chauds, dit M. Fonssagrives, le plomb n'y intervient en rien ; c'est ce que démontrent d'une manière péremptoire les arguments suivants :

1° Rien de plus simple d'ordinaire que la démonstration d'un empoisonnement saturnin ; on conclut de la symptomatologie à la cause, et quand on a reconnu l'affection, on ne tarde pas à trouver ici une profession qui force à manier du plomb, là du vin dulcifié par la litharge ; ailleurs, un conduit qui contamine l'eau potable. A bord d'un navire, rien de semblable ; cette prétendue colique saturnine met brusquement quinze ou vingt hommes sur les cadres, et le poison métallique qui est censé la produire est plus insaisissable dans cette enceinte de quelques pieds, au milieu d'une population compacte et isolée, qu'il ne l'est dans nos villes, où les habitants mélangent les influences du dehors avec celles de leur demeure.

2° Admettant un instant la possibilité d'une influence saturnine à bord d'un navire, M. Fonssagrives passe ainsi en revue les diverses causes qui pourraient lui donner naissance.

L'air doit tout d'abord être mis hors de cause. Il n'y a pas ici de peinture fraîche qu'on puisse incriminer ; celle qu'on embarque au départ est contenue dans des caisses en tôle hermétiquement closes. A bord de l'*Eldorado,* le renouvellement de la peinture du pont non-seulement n'aggravait pas les cas de colique sèche existants aux époques où cette opération se faisait, mais n'en faisait nullement surgir de nouveaux. D'ailleurs (et cet exemple eût pu me dispenser d'en fournir d'autres), la céruse a été depuis plusieurs années remplacée, pour la peinture des bâtiments, par le blanc de zinc ; et le nombre des cas recueillis depuis que cette réforme est opérée n'indique en rien que la colique sèche soit devenue moins fréquente.

Les lames ou tuyaux de plomb des gouttières, dalots, cornaux, etc., doivent également être innocentés de cette contamination aérienne ; car, malgré l'odeur qu'acquièrent certains métaux quand on les frotte, personne n'a jamais admis la volatilisation de quelques-unes de leurs molécules sous un température modérée.

L'eau distillée s'est vu accusée de donner naissance à tous les cas de colique végétale qui se produisent sur les navires. On a dit que la colique sèche avait redoublé de fréquence depuis la généralisation des alambics distillatoires ; cela est vrai ; mais en même temps que s'étendait l'usage de l'eau distillée, la marine à vapeur prenait de plus en plus de développement, et la prédilection notoire du fléau pour les steamers explique pourquoi il a gagné du terrain à mesure que le nombre de ces navires s'est accru.

L'étamage de l'évaporateur et du serpentin a été accusé de ce méfait d'empoisonnement. Or, est-ce là une incrimination sérieuse ? Combien est infinitésimale la quantité de plomb qui peut ainsi être entraînée par l'eau ?

Le tuyau de conduite en plomb portant l'eau du condenseur dans la cale, sur lequel on s'est également rejeté, a été remplacé dans les navires de guerre par une manche en toile, sans que le développement de la colique sèche ait paru gêné en rien par cette substitution.

D'ailleurs, ajoute M. Fonssagrives, à l'époque où l'on faisait encore usage des tuyaux de conduite en plomb, j'ai plusieurs fois soumis à l'analyse l'eau qui avait cheminé par cette voie, et je n'y ai jamais trouvé de plomb.

Le vin. — Le reproche qui a été adressé au vin de Champagne de produire les accidents saturnins ne peut paraître sérieux qu'aux médecins étrangers à la marine, qui ne savent pas toute l'étendue des sacrifices que s'impose l'État pour la bonne alimentation des équipages. Il en est de même du bordeaux, qui a toujours été pur de toute dulcification saturnine.

Des recherches chimiques faites sur le pain fabriqué à bord ont donné des résultats tout aussi négatifs que pour le vin et l'eau.

L'urine des individus atteints de colique sèche n'a décelé aucune trace de composé plombique.

Enfin, M. Fonssagrives n'a jamais vu, sur les sujets en proie à cette affection, ni le liséré gengival de Burton, ni cette coloration ardoisée des dents, indice de la formation dans leur tissu et dans celui des gencives d'un sulfure noir de plomb.

Mais voici d'autres arguments non moins significatifs :

Des bâtiments sans cuisine distillatoire sont décimés par la colique sèche, à côté d'autres navires où l'on ne boit que de l'eau distillée et qui n'ont pas un seul cas à leur bord.

La colique sèche sévit à terre, moins souvent, il est vrai, que sur les navires ; mais encore est-elle assez fréquente dans quelques pays intertropicaux où l'on chercherait en vain l'eau distillée qui pourrait la faire naître, à Madagascar, à Taïti, aux Antilles, à Cayenne !

A bord du brick l'*Abeille,* l'équipage n'a guère bu pendant trois ans, sur la côte d'Afrique, que de l'eau distillée ; il n'y a pas eu un seul cas de colique sèche.

Nous négligeons une foule de faits qui, dans l'hypothèse d'un empoisonnement par le plomb, seraient inexplicables, comme ceux-ci, par exemple :

Un bâtiment part de France, son équipage boit de cette eau

(1) Depuis cet entretien, M. Rochard a publié sur ce sujet un travail que nous utiliserons.

BIBLIOGRAPHIE.

Instituts de médecine pratique de Borsieri, traduits et accompagnés d'une étude comparée sur le génie antique et l'idée moderne en médecine, par M. le docteur CHAUFFARD (d'Avignon).

Les anciens sont souvent bons à lire, et ceci pour plusieurs raisons. D'abord, il arrive assez fréquemment que l'on retrouve dans leurs livres des idées que l'on s'était habitué à regarder comme appartenant à des auteurs modernes ; tel écrivain de bonne foi a jeté sur le papier en faisant son œuvre une idée qu'il a pu croire sienne, tandis qu'en réalité elle était sortie d'un autre cerveau que du sien, et lui revenait à l'esprit par un simple effort involontaire de mémoire dont il n'avait pas conscience ; tel autre, dont la conduite est moins excusable, a trouvé dans un vieux et poudreux bouquin une pensée dont il s'est emparé, et dans l'espoir que l'on n'en découvrirait pas l'origine, sans se donner même quelquefois la peine de déguiser son plagiat par des artifices de langage, a réussi à faire accepter comme de lui ce qui résultait des observations et des méditations d'un autre. Or si le vieil adage, *cuique suum*, doit trouver son application, c'est surtout, à notre avis, lorsqu'il s'agit des œuvres de l'intelligence, et alors que l'inventeur n'est plus là pour faire valoir lui-même ses droits à la priorité de l'idée.

D'autre part, il est bon encore de relire de temps à autre les œuvres de ceux qui nous ont précédés, pour comparer l'état de la science ancienne avec celui de la médecine moderne, pour constater ses progrès et se faire une juste idée des conquêtes qu'elle a faites jusqu'ici, de celles qu'elle fait encore chaque jour, pour se rendre, en un mot, un compte à peu près exact du bilan intellectuel de chaque époque, et de la manière dont chaque siècle a procédé pour augmenter ses richesses.

Et par ce mot, la médecine ancienne, nous n'entendons pas seulement ce qui appartient à l'antiquité, la médecine grecque, romaine ou arabe. Pour nous, la médecine ancienne c'est toute celle qui a précédé le dix-neuvième siècle. Les grandes découvertes de l'auscultation et de la percussion, l'application à la médecine des méthodes exactes d'exploration et d'expérimentation empruntées aux sciences physiques nous semblent marquer une délimitation tellement tranchée, qu'il n'y a presque plus le moindre rapport entre les travaux des auteurs du siècle dernier et ceux des savants de nos jours. Peut-être les applications à peine naissantes aujourd'hui du microscope à l'étude de la pathologie établiront-elles dans quelques années aussi une ligne de démarcation plus grande encore entre la médecine actuelle et celle du siècle qui suivra.

Malheureusement les anciens auteurs ne sont pas assez lus. Presque tous, nous voulons parler des auteurs sérieux, ont employé, ce qui était alors la langue universelle des savants, la langue latine, que bien peu possèdent actuellement assez pour comprendre sans fatigue ces monuments d'un autre âge, et le niveau de l'instruction littéraire tend à s'abaisser chaque jour de plus en plus, au point que l'on est à se demander si dans cinquante ans les littératures grecque et latine feront encore partie de l'éducation classique de la jeunesse. Ceux-là sont donc dignes de quelques éloges et méritent des encouragements qui consacrent leurs veilles et leurs labeurs à faire passer dans notre langue les œuvres les plus importantes des infatigables praticiens des époques antérieures.

Sous ce rapport, nous ne pouvons nous dispenser d'avouer que M. Chauffard a rendu un véritable service en publiant une traduction française des *Instituts de médecine pratique de Borsieri*, l'un des praticiens les plus éminents certainement du dix-huitième siècle, des professeurs les plus clairs et les plus érudits, des écrivains latins modernes les plus élégants.

Mais le point de vue sous lequel M. Chauffard a cru devoir envisager le médecin de Pavie, les motifs qui l'ont déterminé à entreprendre un travail toujours peu attrayant de traduction, ne sont pas tout à fait les mêmes que les nôtres, non plus que ceux de beaucoup des médecins pour lesquels Borsieri n'est pas un inconnu. Tandis que ceux-ci voient dans Borsieri un homme rompu à l'observation, admirent en lui la fidélité des descriptions, la sagesse et le bon sens des déductions pratiques qu'il sait en tirer, en un mot, le mettent au premier rang parmi les véritables représentants de l'art de guérir, M. Chauffard ne le considère, lui, que comme le représentant d'une doctrine. Borsieri, comme beaucoup de médecins de son époque, appartenait à l'école hippocratique ou vitaliste ; et voilà pourquoi le prône avec tant d'enthousiasme le médecin d'Avignon, fervent disciple de la Faculté de Montpellier, de cette Faculté qui revendique pour elle seule l'héritage du vieillard de Cos. Triste et mince héritage, il faut bien l'avouer, si la médecine en était restée au point où elle était à l'époque où furent composés les livres de la collection hippocratique. Nous supposons, pour notre part, qui si Hippocrate avait vécu de nos jours, il n'aurait pas fait preuve d'un exclusivisme aussi exagéré que ses prétendus *héritiers*.

Une des preuves les plus évidentes que tel a été le but que s'est

prétendue toxique, de ce vin dulcifié par la litharge, respire cette atmosphère saturnine pendant trois mois de traversée; la colique saturnine ne se déclare point, elle attend pour se produire un mouillage dans une localité où la colique sèche est endémique, Pondichéry, les Antilles, Madagascar, etc.

Deux bâtiments de même type, faits sur le même devis, prennent la même station. Ils n'ont pas dix grammes de plomb de plus l'un que l'autre. Leurs équipages boivent de l'eau distillée, leurs aliments sont pris dans les mêmes magasins, leur ration est réglementairement la même; la colique sèche s'abat sur l'un de ces navires et respecte l'autre.

Parmi les causes prédisposantes de la colique sèche, les unes sont relatives aux navires, les autres aux individus.

A l'égard des navires, il est deux faits bien démontrés, quoique inexplicables :

1° Les navires à vapeur sont plus exposés aux atteintes de la colique sèche que les navires à voiles.

2° Certains bâtiments ne peuvent reparaître dans les pays chauds sans être cruellement éprouvés par cette affection.

Relativement aux individus :

1° Les professions qui nécessitent l'approche des feux constituent une prédisposition puissante, mais qui a été exagérée.

2° L'anémie, et surtout l'anémie paludéenne, est une prédisposition très grande à contracter la colique sèche.

Passant de l'étiologie aux symptômes, M. Fonssagrives constate des différences moins saisissantes, il est vrai, mais qui suffisent cependant à ses yeux pour légitimer la distinction des deux maladies; il les résume dans le tableau qui suit :

COLIQUE VÉGÉTALE.	COLIQUE DE PLOMB.
1° Début brusque. Les aggravations et les récidives semblent dominées par une cause épidémique, et se manifestent en même temps chez plusieurs individus.	1° Début lent, annoncé par des prodromes variés. Les cas que le hasard ou l'influence d'une même cause rapproche les uns des autres n'ont entre eux aucun lien, aucune solidarité de marche.
2° L'embarras gastrique et des vomissements verts porracés sont des symptômes constants.	2° On ne les trouve qu'accidentellement dans la colique de plomb.
3° Le ventre conserve sa forme habituelle.	3° Il est toujours plus ou moins rétracté.
4° Le début n'est nullement annoncé par de la constipation; il n'est même pas rare de voir un peu de diarrhée le jour même ou la veille du début.	4° Constipation plus ou moins opiniâtre, mais constante.
5° Marche continue, mais paroxystique.	5° Les attaques sont séparées par des intervalles dans lesquels il n'y a pas de douleurs.
6° L'anémie est le cachet habituel de la colique sèche.	6° Coloration toute différente : teinte plombée ou ictère saturnin.
7° La paralysie ne survient toujours que consécutivement.	7° Elle peut ouvrir la scène dans l'empoisonnement par le plomb.
8° Les extenseurs de l'avant-bras sont à peu près exclusivement atteints.	8° Les membres inférieurs sont très souvent paralysés dans la colique de plomb.
9° L'encéphalopathie de la colique végétale est curable si le malade effectue son retour dans les pays froids.	9° L'encéphalopathie saturnine est habituellement mortelle.
10° Un abaissement de température modifie favorablement les cas existants de colique sèche et arrête la marche d'une épidémie.	10° La production des accidents saturnins ne reconnaît, pas plus que leur marche, l'influence de la température ou des saisons.
11° Dans le cas de paralysie, les muscles atteints conservent leur contractilité électrique.	11° Les muscles restent inertes à la faradisation.

Voilà sommairement le contenu de la lettre de M. Fonssagrives; voyons maintenant ce que dit M. Lecoq :

1° A l'époque où les murailles de nos navires étaient peintes intérieurement avec la peinture *au blanc de plomb*, dit notre confrère, il était jusqu'à un certain point facile aux partisans de l'intoxication saturnine d'y trouver la cause de toute la maladie, malgré les nombreuses objections qu'on pouvait encore leur faire; mais aujourd'hui, dans toute la marine, on ne sert plus, depuis plusieurs années, que de la peinture *au blanc de zinc* et à la chaux, et cependant la colique nerveuse est tout aussi fréquente que par le passé.

2° Les *aliments* des marins sont tous de très bonne qualité, et ne sont jamais en contact avec aucun vase ni ustensile susceptible de contenir du plomb; le pain, soumis à l'analyse chimique, n'a jamais décelé la moindre trace d'un composé saturnin.

3° Le *vin* du bord, principalement incriminé, a été analysé dans maintes circonstances et étudié avec le soin le plus minutieux, et ces recherches ont toujours donné lieu à des résultats complétement négatifs.

En ce qui concerne l'*eau* provenant des cuisines distillatoires, M. Lecoq fait remarquer qu'à bord des bâtiments de l'Etat, où les observations portent sur une plus grande masse d'individus, on n'a pas remarqué que la colique végétale ait augmenté depuis qu'il existe des cuisines distillatoires; d'un autre côté, la plus grande partie des bâtiments à voiles n'ont pas de ces cuisines, et cependant les équipages de ces navires ne sont pas plus que les autres à l'abri de la colique nerveuse.

Enfin, ajoute M. Lecoq, à bord de la frégate l'*Armide*, où il a eu à traiter plusieurs cas de colique végétale et où existe précisément une cuisine distillatoire, l'eau des caisses et celle qui était le produit de la distillation de l'eau de la mer ont été analysées par M. le pharmacien de la frégate, sans que jamais il ait pu y découvrir la moindre trace de plomb.

4° Enfin les produits de sécrétion d'hommes atteints de colique des pays chauds, les urines, la salive, le mucus gengival, ont aussi été soumis à l'analyse chimique, et on n'y a jamais rencontré la moindre trace de plomb.

Après de nombreux exemples empruntés à M. Fonssagrives, à M. Collas, médecin principal de la marine, et à plusieurs autres de ses collègues, M. Lecoq termine sa lettre par la relation de l'observation suivante, qui lui est personnelle :

« Au mois de juillet 1846, nous partons de Brest pour aller prendre le commandement de la station de l'Indo-Chine; nous arrivons, après sept mois de traversée, dans les mers de Chine, où nous visitons successivement Macao, Canton, puis Tourane en Cochinchine. Pendant tout cet espace de temps, qui comprend une période de quatorze mois, pas un seul cas de colique nerveuse ne s'est déclaré parmi notre équipage.

» Au mois d'août 1847, nous faisons naufrage dans un archipel, sur les côtes de la Corée, et nous nous réfugions sur une île inhabitée, où nous formons un camp en attendant les navires qui doivent nous rapatrier, couchant sur le sol la plupart du temps, à l'abri des tentes formées avec les voiles de nos bâtiments. Quinze jours après notre débarquement sur cette île, de nombreux cas très-graves de coliques nerveuses éclatent parmi notre équipage.

» L'équipage de la corvette la *Victorieuse*, notre compagne d'infortune, fut aussi maltraité que le nôtre, et paya un large tribut à l'affection que nous venions de contracter depuis notre débarquement sur l'île que nous habitions depuis quinze à vingt jours. »

Est-il logique, ajoute M. Lecoq, d'aller chercher la cause de ces accidents dans le plomb de nos navires, que nous avions abandonnés depuis plusieurs jours, dans la litharge de notre vin, dont nous fûmes à peu près complétement privés après notre malheureux naufrage?

Nous pourrions multiplier à l'infini les exemples de ce genre, si nous voulions y joindre ceux que nous a rappelés de vive voix M. le docteur Rochard, et qu'il a consignés depuis dans le travail qu'il vient de publier, et ceux que rapporte M. Dutrouleau dans le mémoire en cours d'exécution que nous avons cité plus haut.

En présence de tous ces faits, de leur concordance parfaite sur tous les points principaux de la question, en présence surtout de l'unanimité de témoignages des médecins de la marine sur le double fait de l'absence des conditions essentielles de l'intoxication saturnine, c'est-à-dire la présence du poison lui-même, et de l'uniformité des circonstances dans lesquelles se manifeste la colique sèche, il nous paraît impossible de rester plus longtemps dans l'indécision, et de ne pas reconnaître avec nos honorables confrères que la maladie désignée sous les diverses dénominations de colique sèche, colique végétale ou colique nerveuse des pays chauds, n'est point le résultat d'une intoxication saturnine, et qu'elle diffère étiologiquement de la colique de plomb.

Ce premier point admis, qu'est-ce que la colique sèche?

Sur ce second point de la question, nous trouverons peut-être un peu moins d'unanimité entre les divers observateurs et historiens de cette affection. Cependant, hâtons-nous de le dire, la divergence existe plutôt sur les hypothèses relatives à la cause de cette maladie et à son mode d'action sur l'organisme, que sur les conditions mêmes de sa manifestation. Sur tout ce qui ressort immédiatement de l'observation pure, nous trouverons encore en effet un accord assez complet.

« S'il n'est plus permis d'admettre, dit M. Lecoq, que le plomb soit la cause de la colique sèche, tout prouve au contraire que l'appauvrissement de la constitution par suite d'un séjour longtemps prolongé dans les pays chauds, le froid et l'humidité des nuits, la mauvaise habitude qu'ont les matelots de coucher sur le pont la nuit et de garder sur eux des vêtements mouillés par la sueur et l'eau de la mer, sont les causes bien évidentes de cette redoutable affection. »

A ces circonstances étiologiques, M. Lecoq joint l'influence de la température élevée à laquelle sont plus particulièrement soumis quelques hommes de l'équipage pendant le jour, tels que les cuisiniers, les chauffeurs, mécaniciens, etc., et la transition considérable de cette température à celle du pont pendant la nuit.

Pour M. Rochard, les conditions essentielles de la manifestation de la colique sèche se résument ainsi : une température élevée; un état spécial de l'organisme caractérisé par une débilité profonde; enfin, comme cause occasionnelle, les variations atmosphériques et les refroidissements.

La colique sèche ne règne que dans les pays chauds. Elle est d'autant plus fréquente et d'autant plus meurtrière qu'on l'observe sous un climat plus ardent. C'est pendant la saison la plus chaude de l'année qu'elle sévit avec le plus d'intensité. Dans toutes les stations, les bateaux à vapeur, qui empruntent à leur machine un surcroît de température, sont plus cruellement éprouvés que les navires à voiles. Les hommes que leur profession retient près d'un foyer permanent de chaleur payent à la colique sèche un plus large tribut que leurs camarades. Enfin la colique sèche, endémique dans certaines contrées, se manifeste sous forme épidémique soit à bord des vaisseaux, soit dans les troupes et agglomérations d'hommes qui s'y trouvent transportés.

Tels sont, en résumé, les faits énoncés d'un commun accord par tous les médecins de la marine.

MM. Fonssagrives et Dutrouleau ne s'arrêtent pas à cette simple constatation de faits; ils vont plus loin encore, et ils croient pouvoir avancer une opinion sur la nature même de cette affection. Pour eux, la colique nerveuse endémique des pays chauds est un empoisonnement, mais un empoisonnement miasmatique, une sorte de forme particulière de l'infection *palustre*, produite sans doute par la putréfaction végétale activée par la chaleur des pays torrides, et peut-être aussi, à bord des vaisseaux, par les miasmes

---

proposé M. Chauffard, c'est qu'il s'est borné à traduire ce qui, dans les œuvres de Borsieri, est susceptible de se rattacher à des questions de doctrine; nous voulons dire les fièvres et quelques maladies générales, les fièvres exanthématiques, par exemple. Tout ce qui touche aux localisations des maladies a été rejeté par le traducteur comme indigne d'être conservé. De plus, afin que pas le moindre doute ne pût rester à l'esprit, il a fait précéder son travail d'une introduction ayant pour sujet la comparaison du génie antique et de l'idée moderne en médecine.

Le génie antique et l'idée moderne! voilà de grands mots; mais nous voudrions bien savoir une bonne fois ce qu'il y a au fond de tout cela. Les anciens jugeaient d'après ce qu'ils pouvaient apprécier, ignorant l'art de découvrir les symptômes locaux dans un grand nombre de circonstances, et obligés de se borner bien souvent aux indications fournies par les phénomènes généraux, qui sont loin d'être toujours suffisantes. Les modernes perfectionnent les moyens d'exploration, et arrivent, en bien des cas, à toucher du doigt la lésion pathologique. Les anciens devinent et rencontrent quelquefois juste; ceux-là, vous leur accordez du génie. Les modernes analysent et font œuvre de logique; ils cherchent, j'emploie vos expressions, à donner à la connaissance des faits vitaux des bases fixes et inébranlables, à édifier la science médicale sur les assiettes fermes du visible et du palpable nettement défini, et vous les traitez d'*enfants ingrats, perdant le sens des traditions antiques, ne pouvant ressaisir le souffle de leurs pères, de l'art desquels ils ne sont pas redevenus les héritiers!*

Et puis ici, la tirade obligée contre Broussais, dont la parole ardente est qualifiée d'*éloquence vide mais violente, égarant* des masses jeunes et enthousiastes, *enlevées déjà à l'enseignement du vrai*. Est-ce que ce n'est pas lui, ce Broussais que vous traitez du haut de votre superbe dédain, qui serait en droit de donner le nom d'enfants ingrats à ces générations qui l'ont suivi, qui ont puisé à son école la véritable méthode d'observation, qui se sont inspirées de sa devise : Qu'est l'observation, si l'on ignore là où siége le mal? et parmi lesquelles, sans qu'elles veuillent en convenir, *se continue*, vous l'avouez vous-même, *l'esprit du travail inauguré par lui!* On a beau dire, si Broussais s'est trompé plus d'une fois, si de sa médecine physiologique il n'est pas resté tout ce qu'il croyait avoir édifié à tout jamais, c'est que la perfection et l'infaillibilité ne sont pas dans la nature humaine; mais il n'en est pas moins vrai qu'il fallait sa main puissante pour faire sortir la médecine de l'ornière où elle se traînait sans espoir, et que son souvenir vivra longtemps encore après que les noms de ceux de ses élèves qui l'ont renié aura disparu à tout jamais de la mémoire des hommes.

Que l'on cesse donc, cela nous semble de bon goût, de calomnier la médecine moderne, de faire, pour la rabaisser, un éloge exagéré des anciens. Nous finirions peut-être par croire, qu'on nous passe cette expression vulgaire, que ces éloges des morts n'ont d'autre but que de faire enrager les vivants.

Louons de la médecine antique ce qui semble digne d'être loué; conservons-en ce qui nous paraît mériter d'être sauvé de l'oubli; respectons et admirons les anciens dans ce que le génie leur a fait découvrir en l'absence des procédés, des instruments suffisants que nous possédons aujourd'hui; honorons comme il convient *ces deux mille ans de glorieuse médecine;* mais ne nous répétez pas à tout propos : *major è longinquo reverentia;* n'exhumez pas les vieilleries du temps passé pour en faire des fétiches auxquels, sous peine d'anathème, il soit défendu de toucher. Ne nous mettez pas enfin dans la nécessité de nous écrier à notre tour, et avec plus de justice que vous :

Qui nous délivrera des Grecs et des Romains?

Nous ne voudrions pas que l'on pût, et M. Chauffard moins que tout autre, prendre en mauvaise part cette argumentation peut-être un peu vive. M. Chauffard est un homme pour le mérite et l'honorabilité duquel nous professons la plus haute estime. Il est depuis longtemps connu dans le monde scientifique par des travaux du plus haut intérêt, et le beau livre dont nous venons de parler, et qui est une œuvre véritablement remarquable en son genre, ne sera certainement pas un de ses moindres titres à la bienveillance du public médical. Mais nous voudrions qu'il se gardât avec un peu plus de soin du défaut que nous avons signalé, et qui est, du reste, celui de la plupart de ses condisciples, les anciens élèves de Montpellier. Je sais bien qu'ils nous adressent aussi des reproches qui ne sont pas sans quelque fondement. Ils blâment l'école de Paris d'être trop organicienne; l'école de Paris rejette sur celle de Montpellier le reproche non moins fondé d'être trop exclusivement vitaliste.

Et, en fin de compte, de toute cette différence de doctrines, que reste-t-il? De la logomachie, et rien autre chose. Une pneumonie et une fracture de jambe sont les mêmes à Paris qu'à Montpellier, on les traite de même à Montpellier qu'à Paris. Si nous pouvions donner aux deux écoles un conseil qui eût quelque chance d'être suivi, nous engagerions chacune d'elles à prendre dans sa rivale un peu de ses doctrines, en lui cédant un peu des siennes propres. Paris serait moins matérialiste pour, Montpellier moins vitaliste exclusif. La science, sinon l'art, y gagnerait des deux côtés, et la vérité aussi. Dr A. FOUCART.

M. le maire de Saint-Verain (Nièvre) nous prie de prévenir nos jeunes confrères que la mort de M. le docteur Lecornué laisse vacante une place qui pourrait être utilement remplie par l'un d'eux.

qui se dégagent sous l'influence d'une température de plus 50 degrés, des charbons humides entassés dans les soutes.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses étiologiques que nous ne serions point en mesure de discuter, il reste suffisamment établi, ce nous semble, par tout ce qui précède, que la colique nerveuse des pays chauds doit être rangée parmi les affections endémiques susceptibles de se manifester épidémiquement dans les conditions énoncées plus haut.

Ce double caractère suffirait à lui seul pour distinguer à tout jamais la colique sèche de la colique de plomb, et pour lui assigner une place distincte dans le cadre nosologique.

Maintenant, comment expliquer cette ressemblance symptomatique entre deux affections aussi différentes étiologiquement? Sans doute le tableau symptomatique comparatif dressé par M. Fonssagrives laisse bien apercevoir quelques dissemblances, du moins dans la période aiguë de la maladie. M. Rochard insiste également sur quelques différences notables dans le mode d'invasion, qui dans la colique sèche n'est pas précédée de la période prodromique propre à l'affection saturnine, dans la marche et le pronostic des deux maladies. Mais ils ne dissimulent ni l'un ni l'autre que les phénomènes consécutifs, la paralysie, les accidents cérébraux et tout ce qui se rattache aux altérations fonctionnelles consécutives, offrent en tous points les mêmes caractères. C'est cette ressemblance même qui explique comment les médecins de Paris en général, qui dans les rares occasions où ils observent cette affection ne la voient que dans sa période de chronicité et dans ses résultats éloignés, comment en particulier les membres de la Société médicale des hôpitaux sont portés à ne voir dans la colique sèche et la colique saturnine qu'une seule et même affection, comment nous-même avions hésité jusqu'ici à nous prononcer sur ce point. Quant à cette apparente infraction à la loi pathologique du rapport des caractères symptomatiques avec les causes spécifiques des maladies, qu'impliquerait la ressemblance des deux affections dont il s'agit, nous ne nous chargeons pas d'en donner l'explication.

Nous nous contenterons de reconnaître avec M. Foussagrives que l'économie peut réagir d'une manière assez analogue à l'occasion de deux poisons différents, et de constater que, s'il est vrai qu'il y ait entre deux cas isolés, l'un de colique de plomb et l'autre de colique sèche, une certaine ressemblance de physionomie, toute assimilation disparaît lorsqu'on se place au point de vue des caractères épidémiques communs qui lient les uns aux autres tous les cas de cette dernière affection. On saisira alors, en effet, toute la différence qui existe entre l'accumulation fortuite, accidentelle de coliques de plomb dans un atelier et la production d'une épidémie de coliques sèches sur un navire : les premières marchant isolément, les secondes dominées par une influence commune et soumises à des améliorations, des rechutes, des aggravations, des récidives presque simultanées.

Nous croyons, pour conclure, que, si tout ce qui précède ne dit pas suffisamment ce qu'est la colique sèche, il dit du moins très nettement ce qu'elle n'est point.

Sur une disposition particulière de certains lipomes qui en rend le diagnostic difficile. Convient-il de chercher à obtenir la réunion immédiate après l'ablation d'un lipome?

Le diagnostic des tumeurs offre souvent des difficultés que l'œil le plus exercé et la main la plus délicate ne surmontent qu'avec peine en l'absence des renseignements fournis par la marche, le mode de développement et les diverses circonstances étiologiques qu'il est possible de saisir. Dans un assez grand nombre de cas, tous ces éléments de diagnostic réunis ne suffisent pas encore pour éclairer le praticien.

On ne saurait donc trop accumuler les signes propres à diminuer les chances d'erreur, et chercher à connaître toutes les circonstances anatomiques ou pathologiques qui peuvent en modifier la valeur. Nous disons ceci en particulier à propos des lipomes.

Nous n'avons pas besoin de rappeler les signes que les auteurs ont généralement donnés comme propres à faire distinguer les lipômes des kystes, ou autres tumeurs placées plus ou moins immédiatement sous la peau. Si l'on s'en rapportait uniquement à ses signes, on courrait le risque de se tromper, surtout lorsque, comme dans le fait que nous allons rapporter, le lipome se présente avec des conditions spéciales, peu connues en général des praticiens.

Un homme de quarante-cinq ans est entré à la Clinique portant une tumeur volumineuse à la région scapulaire postérieure. Cette tumeur recouvrait la moitié postérieure du deltoïde, la partie supérieure du grand rond et du grand dorsal, de manière à se rapprocher un peu du rebord axillaire. Elle présentait dans toute son étendue une sensation de fluctuation manifeste. Avant que ce malade n'entrât à l'hôpital, un chirurgien, trompé par cette fausse sensation de fluctuation, avait plongé un bistouri dans la tumeur. Aucun liquide n'étant sorti par l'incision, il ne tarda pas à reconnaître sa méprise. M. Nélaton évita d'autant plus sûrement cette erreur qu'il était prévenu d'abord de cette circonstance, et qu'en second lieu il était prémuni déjà contre la possibilité d'une confusion à cet égard par la connaissance du fait que voici :

Les lipomes reposent le plus ordinairement, comme chacun le sait, sur la nappe cellulo-graisseuse interposée entre la peau et le plan aponévrotique superficiel. Ils sont le plus habituellement aussi recouverts par la peau tout entière, saine et revêtue de sa doublure cellulo-graisseuse. De sorte que dans la perception de la sensation que donne au doigt l'exploration d'une tumeur de cette nature, on tient compte de l'épaisseur de la peau présumée intacte. Mais il arrive dans certaines circonstances, soit que le lipome ait été primitivement formé aux dépens de cette doublure cellulo-graisseuse elle-même, soit que, développé dans une couche plus profonde, il ait acquis un volume considérable, de manière à exercer une pression et une sorte d'usure sur la face interne du derme, que la tumeur n'est recouverte que par le derme aminci et presque transparent — c'est le cas particulier du sujet qui nous occupe —. Il est presque impossible, dans ces cas-là, de distinguer un lipome d'avec un kyste ou toute autre tumeur liquide, tant la sensation particulière de mollesse que la palpation donne à la main est difficile à distinguer d'une véritable fluctuation.

M. Nélaton y a été trompé deux fois à l'hôpital Saint-Antoine, et il n'y a pas été trompé seul. D'autres chirurgiens avaient partagé son erreur. On vient de voir que la même méprise a été commise sur le malade qui fait le sujet de ces réflexions. Il était donc important de signaler cette cause d'erreur, qui, mieux connue, pourra prémunir quelques chirurgiens contre une confusion presque inévitable sans cela.

Nous avons formulé en tête de cet article une seconde question : Faut-il chercher à obtenir la réunion immédiate après l'ablation d'un lipome? Cette question, c'est M. Nélaton lui-même qui l'a posée devant son auditoire. Il l'a résolue négativement. Pourquoi? Parce que l'expérience lui a démontré que cette réunion ne réussissait pas toujours, et que dans les cas mêmes où elle réussissait, elle n'était pas toujours exempte d'accidents consécutifs plus ou moins graves, souvent même très graves. Ces accidents résultent de ce qu'à la suite de l'ablation des lipomes il se fait une exhalation séro-sanguinolente qui ne tarde pas à s'altérer et à donner lieu à toute la série des phénomènes de la putridité. C'est là un phénomène analogue à ce qui se passe à la suite d'un grand nombre d'opérations chez les animaux, et que les médecins vétérinaires ont désigné sous le nom de gangrène traumatique.

Nous engageons nos lecteurs à consulter sur ce sujet un excellent travail publié sous ce titre en 1840 par M. Renault.

De l'action du colchique dans le rhumatisme.

Les préparations de colchiques introduites par les médecins anglais depuis longues années déjà dans le traitement du rhumatisme articulaire, et préconisées chez nous par plusieurs praticiens, sont-elles réellement efficaces? Leur efficacité tient-elle à une action spéciale propre à cet agent, ou simplement à l'effet purgatif qu'il produit lorsqu'il est administré à une dose un peu élevée? Telles sont les questions que soulève, mais sans les résoudre, le fait suivant, dont nous avons été récemment témoin dans le service de M. Velpeau, à la Charité.

Un homme atteint de gonorrhée ancienne voit tout à coup sa gonorrhée se supprimer et survenir en même temps des douleurs articulaires intenses avec gonflement d'abord aux genoux, puis aux pieds et aux épaules. Il y avait quinze jours que cet état durait; et loin que la maladie parût tendre d'elle-même vers une résolution prochaine, de nouvelles articulations menaçaient, au contraire, de se prendre, lorsque M. Velpeau mit ce malade à l'usage du colchique. Il en prescrivit d'abord 1 gramme; mais sachant combien ce médicament est variable et infidèle dans son action, il en éleva rapidement la dose à 8 grammes d'abord, puis à 10 grammes : aucun résultat ne fut encore obtenu. Il l'administra enfin à 16 grammes, et seulement alors il survint des nausées et une superpurgation. A dater de ce moment, les douleurs cessèrent et les engorgements articulaires disparurent. La maladie, à cette époque, datait en tout d'un mois.

Doit-on attribuer ce résultat à l'action du colchique, ou faut-il admettre qu'après un mois de durée le rhumatisme articulaire s'est dissipé de lui-même? Si l'on considère que non-seulement la maladie était stationnaire depuis quinze jours dans les articulations, qui avaient été prises les premières, mais encore que de nouvelles articulations commençaient à se prendre au moment où le médicament a commencé à produire son effet; si, d'un autre côté, on tient compte de la rapidité avec laquelle tous les symptômes se sont dissipés, et qu'on l'oppose à la lenteur habituelle des résolutions spontanées de ces sortes d'engorgements inflammatoires, il est difficile de ne pas admettre ici l'influence curatrice de la médication.

Mais est-ce par une action spéciale que le colchique a produit la résolution de ce rhumatisme, ou simplement par son effet purgatif? Cette seconde question est plus difficile à résoudre que la première. Si l'on s'en rapporte à certaines analogies et aux bons effets qu'ont quelquefois les purgatifs drastiques dans les cas de cette nature, on est même fondé jusqu'à un certain point à croire que le colchique n'a agi ici qu'en qualité d'évacuant purgatif énergique.

Nous répétons, du reste, que nous ne prétendons pas résoudre la question. Nous faisons appel, à cet égard, à l'expérience des praticiens qui ont eu l'occasion de faire un fréquent usage de cette médication. — Dr Brochin.

NOTE SUR L'ÉTAT DU CRISTALLIN
comprimé par les tumeurs mélaniques du globe de l'œil.

Par M. le docteur Ch. Robin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Dans les tumeurs mélaniques de l'œil, lorsque la cornée ne s'est pas ouverte et que par suite le cristallin n'a pas été expulsé, on le trouve, selon le point d'origine de la tumeur :

1° Tantôt englobé complétement par la masse morbide et repoussé soit en avant, soit sur le côté;

2° Tantôt simplement appliqué avec l'iris contre la cornée.

Derrière celle-ci, on trouve encore la membrane de Desamet, transparente comme à l'ordinaire, mais presque toujours dépourvue de son épithélium.

Il reste rarement un peu d'humeur aqueuse troublée par des globules du sang et des cellules pigmentaires devenues énormes, larges de cinq à neuf centièmes de millimètre, soit sphériques, soit ovoïdes.

Quant au cristallin même, tantôt il est opaque à sa surface, comme dans le cas des cataractes demi-molles; d'autres fois, il est à peine moins transparent qu'à l'état normal. Je l'ai trouvé, enfin, dans toute son épaisseur opaque, d'un blanc mat crayeux, comme dans les cataractes pierreuses ou comme un cristallin cuit.

Il offrait cette couleur d'une manière à peu près uniforme depuis sa surface même sous-capsulaire jusqu'au centre. Dans toute cette étendue aussi sa consistance était celle du cristallin cuit, un peu plus dense à la surface qu'au centre; là il était sinon plus mou, au moins plus friable.

Cette couleur, cette opacité et cette consistance étaient dues à des grains de phosphate de chaux très-nombreux semblables à ceux qui sont décrits plus bas dans les cataractes pierreuses observées après extraction.

Dans tous les cas de ce genre que je viens de signaler la capsule était intacte, transparente comme à l'ordinaire, et, sauf le dernier, dans lequel le cristallin était réellement atteint d'opacité pierreuse, l'épithélium de la capsule existait; ses cellules étaient seulement un peu plus granuleuses qu'à l'ordinaire; quelques-unes avaient pris l'aspect vésiculiforme décrit précédemment en noir à propos de la cataracte morgagnienne. Je n'ai jamais retrouvé les cellules du cristallin. Tous les tubes de la couche superficielle, dans les cas où le cristallin n'était pas pierreux, étaient bien reconnaissables, mais ils sont devenus cohérents, plus mous, plus difficiles à isoler dans une certaine longueur, plus irrégulièrement granuleux qu'à l'état normal, et ont perdu leur noyau, qui s'est résorbé et n'existe plus.

Il résulte de là que ces divers éléments, au lieu de constituer une couche ou un tissu homogène, à texture régulière, à éléments exactement juxtaposés, forment une substance irrégulièrement granuleuse, une sorte d'émulsion demi-liquide; celle-ci, au lieu de se laisser traverser par la lumière en la réfractant, la réfléchit avec une teinte blanche, comme tous les corps incolores ou graisseux réduits à l'état de granulations ou de gouttes microscopiques irrégulières.

Enfin, il est à noter que dans les derniers cas dont il vient d'être fait mention, ceux dans lesquels le cristallin, au sein des tumeurs mélaniques, était atteint de cataracte corticale ou à peine opaque, il y avait dans la couche molle superficielle du cristallin des grains formés de phosphate et de carbonate de chaux. Ils étaient la plupart sphériques ou ovoïdes, rarement polyédriques, larges de 1 à 10/1000 de millimètre; leur contour était foncé; leur centre brillant, jaunâtre. Ils étaient souvent réunis en assez grande quantité pour former de petits amas ou taches blanchâtres, constitués par ces grains agglomérés de manières diverses, et quelquefois accompagnés d'un peu de matière amorphe, grisâtre, finement granuleuse.

Dans le tissu morbide mélanique, autour du cristallin, et même à la surface de la capsule, mais sans lui adhérer, se voyaient de petits amas pulpeux ou des traînées blanchâtres, faciles à dissocier. On reconnaissait facilement qu'ils étaient constitués par des grains de phosphate et de carbonate de chaux semblables aux précédents, agglomérés, mais s'isolant avec la plus grande facilité.

Lorsque dans ces tumeurs le corps vitré n'a pas complétement disparu, il peut offrir deux modifications distinctes :

1° Il peut être simplement refoulé vers la partie centrale ou latérale du globe oculaire, selon la situation de la tumeur. Il est alors devenu un peu plus ferme, mais a conservé sa transparence, et n'offre aucun élément morbide dans sa masse.

2° Il peut être complétement liquéfié, devenu fluide comme de l'eau, par un phénomène analogue à celui de la liquéfaction du blanc d'œuf dans les œufs altérés. Le corps vitré, qui est une masse formée d'une manière analogue, par une *substance organique* sans structure propre, coagulable par certains agents, comme toutes les substances organiques liquides ou demi-liquides, offre en effet des altérations analogues à celles que peuvent présenter ces substances. Ce n'est point une coagulation, mais un phénomène inverse, une liquéfaction par changement survenu dans sa constitution moléculaire qu'il offre en pareil cas.

Lorsqu'il est ainsi liquéfié, il tient en suspension des cellules pigmentaires sphériques, ovoïdes, ou un peu irrégulières, larges de 5 à 8 centièmes de millimètre. Elles sont presque opaques, remplies complétement, ou seulement par places, de granulations pigmentaires d'un brun rouge, larges de 1 à 5/1000 de millimètre. Celles-ci sont sphériques ou irrégulièrement polyédriques; il en est qui atteignent presque 1 centième de millimètre et ressemblent à des gouttes demi-liquides. Celles des grandes cellules, dans lesquelles ces grains pigmentaires ne sont pas tout à fait contigus, offrent un mouvement brownientré manifeste. On peut par la pression les briser sous ses yeux, et voir le liquide et les granulations s'échapper.

Comparaison des cas précédents à des cristallins atteints de

cataractes demi-molles corticales recueillies sur le cadavre. — J'ai eu occasion de disséquer deux yeux cataractés pris sur le cadavre.

Dans ces deux cas, la capsule était intacte. L'épithélium de la cristalloïde antérieure avait ses cellules un peu plus granuleuses qu'à l'état normal. Beaucoup de ces cellules étaient devenues vésiculiformes claires, transparentes, sans granulations, à noyaux sphériques, semblables à ceux des cellules granuleuses. Un peu plus grandes et à angles plus arrondis que les cellules encore granuleuses, elles écartaient et comprimaient un peu celles-ci.

Dans le premier cas en particulier (observé avec M. le docteur Schley en juillet 1853), au-dessous de l'épithélium et au-dessous de la cristalloïde postérieure, se trouvaient des gouttes claires, limpides, incolores ou à reflet un peu rosé, sphériques lorsqu'elles ne se pressaient pas beaucoup, devenant polyédriques par pression réciproque. Les unes et les autres offraient toutes les dimensions possibles entre 8 ou 10/1000 de millimètre. Leur aspect était très régulier partout où elles étaient d'égal volume, moins régulier quand elles étaient de volume inégal. Au-dessous de ces éléments se trouvaient ceux qui sont décrits plus loin, d'après ce qu'on observe sur les cataractes opérées par extraction.

Dans l'autre cas, la capsule était saine. L'épithélium, resté adhérent à celle-ci, était devenu très légèrement blanchâtre, opalin, et en quelques points il était interrompu. Sous le microscope, les cellules, encore régulières, ayant leur diamètre ordinaire de 2/100 de millimètre, en général, offraient plus de granulations qu'à l'état normal, et celles-ci, presque toutes à contour foncé, réfractaient fortement la lumière en lui donnant une teinte légèrement jaunâtre.

Au-dessous de l'épithélium de la cristalloïde antérieure, partout où il existait, et directement au-dessous d'elle, dans les points où manquait celui-ci, existait une couche de grandes cellules du cristallin, sur une seule rangée par places, mais superposées en quelques points. Ces cellules étaient remarquables en ce que, au lieu d'être limpides, transparentes et homogènes, comme les mêmes cellules normales ou comme les gouttes de la cataracte décrite plus haut, leur contenu était devenu finement et uniformément granuleux, à granulations grisâtres, petites, distribuées d'une manière égale dans toute l'étendue de la cellule; ce qui ôtait à celles-ci leur transparence habituelle, et faisait que la couche qu'elles formaient était blanchâtre et opaline. En observant successivement toute leur circonférence, on passait des surfaces courbes aux concaves, soit graduellement, soit d'une manière brusque et anguleuse, mais toujours fort élégante. Leur diamètre était de 7/100 de millimètre en général, souvent de 9, et plus rarement de 5/100; tandis que les cellules épithéliales, devenues vésiculiformes, n'offraient que 3 ou 4/100 de millimètre de large. Sur le bord des amas de cellules, isolés par dilacération, on en trouvait qui étaient brisées irrégulièrement par le milieu, et l'on pouvait constater là l'homogénéité égale de la masse de ces cellules.

Dans les points de la cristalloïde antérieure où l'épithélium manquait, cette capsule n'avait pas entraîné les cellules entières, mais en avait été séparée par brisure des cellules, en entraînant la portion de celles-ci qui lui adhérait, et laissant l'autre à la surface du cristallin. Les restes des cellules adhérents à la cristalloïde y laissaient leur trace sous forme de fines lignes limitant des polygones réguliers, à bords droits ou courbes.

Toutes ces cellules étaient de forme, de dimension et d'aspect général semblables à celles qu'on rencontre à l'état normal, chez les jeunes sujets plus facilement que chez les vieillards; mais elles en différaient par cet état granuleux pathologique, et aussi parce que toutes, à peu d'exceptions près, manquaient complétement de leur noyau.

Cette couche de grandes cellules s'étendait un peu sur la face postérieure du cristallin; mais la plus grande partie de la couche blanche, sous la cristalloïde postérieure, était d'un blanc opaque, laiteux, demi-solide, se dissociant en flocons dans l'eau. Elle était composée des mêmes éléments granuleux et en petites gouttes demi-liquides qui se trouvent en suspension dans le liquide de la cataracte morgagnienne, mais seulement ici tous contigus, sans mélange de liquide.

Au-dessous de ces cellules et de cette substance granuleuse, la portion du cristallin, devenue opaque dans l'épaisseur d'un peu plus d'un demi-millimètre, était composée des éléments suivants :

1° De très petites granulations grisâtres d'un diamètre de 1 à 5 millièmes de millimètre, et douées d'un mouvement brownien plus ou moins vif.

2° De petites gouttes ou granulations pâles, à contour net, réfractant peu la lumière, et larges de 1 à 5 millièmes de millimètre. Leur faible pouvoir réfringent, leur solubilité dans l'ammoniaque, comme celle dont il est question ci-dessous, portent à croire que les unes et les autres sont de même espèce et ne diffèrent que par leur volume. Ces gouttelettes sont souvent si abondantes qu'elles se touchent par places dans le champ du microscope.

3° On y remarque en outre une proportion considérable de gouttes parfaitement sphériques, d'une homogénéité parfaite, à bords extrêmement pâles et très-réguliers, réfractant faiblement la lumière, et offrant une légère teinte rosée, quelquefois à peine prononcée.

4° Toutes les fois que la surface du cristallin flottant dans le liquide est elle-même ramollie, presque diffluente et plus ou moins opaque, on trouve, en outre, dans ce liquide : *a* soit des gouttes plus foncées, à contours sinueux, d'aspect huileux, à stries concentriques; *b* soit des corpuscules arrondis, solides, homogènes; *c* soit des corps granuleux spéciaux. Ce sont là autant de productions morbides manquant à l'état normal.

5° Quelquefois on trouve des cristaux de cholestérine en suspension dans le liquide de la cataracte morgagnienne.

Causes de l'opacité. — Cette altération de la couche molle superficielle ou corticale du cristallin est due à ce que, par suite de troubles dans le renouvellement moléculaire nutritif et le développement de ses éléments, ceux-ci ont subi les modifications morbides de structure dont suit la description.

Ces altérations consistent surtout en un passage à un état plus granuleux, avec aplatissement en bandelettes des tubes, qui en même temps perdent leurs noyaux. Cet état granuleux se manifeste aussi quelquefois dans les fibres dentelées. Les cellules du cristallin ont disparu, se sont réduites en granulations, ou d'homogènes et hyalines sont devenues granuleuses. En même temps se sont produites entre les tubes réduits à l'état de bandelettes soit des granulations moléculaires libres, des gouttelettes limpides et des gouttes huileuses exsudées de la substance des éléments ou provenant peut-être de leur destruction.

Il s'est formé, en outre, dans cette couche superficielle, des corpuscules solides, arrondis ou de formes variées, soit homogènes, soit granuleux, englobés ou non dans une substance de consistance cireuse, homogène. Enfin, quelquefois il s'y dépose du phosphate de chaux mélangé de traces du carbonate de cette base. Ces altérations diverses font que, d'une homogénéité et d'une transparence extrêmes, la couche molle du cristallin et quelquefois son noyau dur sont arrivés à un état hétérogène; de telle sorte que la lumière, au lieu de traverser ces tissus, est réfléchie par ces particules d'espèces diverses en prenant une teinte blanche ou grisâtre; c'est ce qu'on voit survenir pour toute substance granuleuse ou hétérogène que frappe la lumière.

DE L'EMPLOI DU BAUME OPODELDOCH

dans la carie des os.

Par M. V. Bourgeois (de Turcoing).

Le plus souvent le traitement de la carie des os, lorsque le mal est à son début, est peu actif, et ne consiste qu'en quelques palliatifs; puis, lorsque l'affection a fait des progrès menaçants, on a recours à la médecine opératoire (cautérisation, extirpation de l'os malade, résection, amputation). Guérir en évitant les opérations douloureuses ou les mutilations, tel est le but vers lequel doivent tendre les efforts des praticiens. Entrant dans cette voie, M. Vandenbroeck, médecin principal de l'armée belge, a appelé l'attention des chirurgiens (*Gazette des Hôpitaux*, 1853, n° 59) sur un mode de traitement de la carie, qui a déjà fourni les plus beaux résultats. Toutefois, cette méthode n'est applicable que quand le mal est évident, c'est-à-dire quand il existe un trajet fistuleux par lequel le pus venant de l'os carié se fait issue à l'extérieur. Elle consiste en injections de baume d'opodeldoch dans la solution de continuité. J'ai employé plusieurs fois ce moyen de traitement, et je n'ai eu qu'à me louer des succès inespérés qu'il m'a donné.

Voici la relation de quelques faits :

Obs. I. — Le 30 juin 1854, je fus appelé chez M. D..., pour donner des soins à sa dame. Mme D..., âgée de trente-cinq ans, mère de cinq enfants, d'un tempérament lymphatique, d'une taille élevée, jouissant d'une assez bonne santé, était affectée depuis environ deux ans d'un mal au pied gauche. A sa partie moyenne on voyait une tumeur dure, mal circonscrite; la peau qui la recouvrait était mince, tendue, d'un rouge foncé. Deux fistules existaient : l'une à la face interne, l'autre à la face dorsale; par les orifices s'écoulait une sanie fétide, rouillée, mêlée de flocons albumineux, et quelquefois de parcelles d'os. Un stylet boutonné, en suivant les conduits, arrivait facilement sur le tissu osseux, que l'on sentait rugueux et spongieux, et s'y enfonçait lorsqu'on exerçait une légère pression.

Depuis plus d'un an ces deux fistules existaient. La malade souffrait peu; toutefois, les mouvements brusques du pied ou une pression assez forte sur la partie malade déterminaient de vives douleurs.

Différents traitements avaient déjà été mis en usage, mais sans résultats; enfin un chirurgien très expérimenté avait conseillé l'extirpation des os cariés.

Avant d'en arriver à l'opération, que Mme D... redoutait, je voulus tenter le traitement par les injections de baume opodeldoch.

Je me mis en devoir d'abord d'agrandir le calibre des fistules au moyen de lanières d'éponge préparée; puis tous les jours je fis une injection dans chaque trajet fistuleux avec le baume mêlé à parties égales d'huile de lin, chaque fois à deux reprises différentes. Comme les fistules communiquaient, un aide appliquait le doigt sur l'orifice de l'une quand on injectait par l'autre. Je recommandai, en outre, de faire matin et soir des frictions avec le baume pur et d'appliquer sur les plaies un gâteau de charpie imbibé de la liqueur. Mme D... fut mise au régime tonique et à l'usage de l'huile de foie de morue.

Pendant les quinze premiers jours, pas de changement. Cependant, bientôt après j'eus le plaisir de voir le gonflement du pied diminuer, la suppuration devenir moins abondante et de meilleure nature.

Le 1er août, l'amélioration était notable; la malade marchait mieux et avait bon espoir. Ayant diminué peu à peu la dose d'huile dans le baume, j'arrivai à l'employer pur pour les injections.

Vers la fin d'août, la fistule de la face dorsale du pied était cicatrisée. Je ne fis plus alors les injections dans l'autre que tous les deux jours.

Le 17 septembre, il était impossible de continuer les injections, tant le calibre de la dernière fistule était rétréci.

Enfin, le mois suivant, la guérison était complète. Le pied n'offrait plus qu'un peu d'engorgement; il n'était plus douloureux à la pression, et Mme D... pouvait faire un peu de promenade sans fatigue.

Obs. II. — Mme L..., âgée de vingt-deux ans, d'une faible constitution, ayant des cicatrices au cou, vint me consulter dans le mois de mai 1855 pour un mal qu'elle portait à la joue gauche depuis dix mois. A la partie moyenne de la branche horizontale du maxillaire inférieur s'élevait une tumeur peu volumineuse, assez dure, et à son centre s'ouvrait une fistule qui laissait couler un pus sanieux, fétide, floconneux. Ayant introduit un stylet boutonné dans la solution de continuité, je pénétrai jusqu'à l'os, que je sentis dénudé et ramolli.

Après avoir fait l'extraction d'une dent qui était au niveau de l'os malade, je commençai le traitement par les injections de baume opodeldoch.

L'amélioration ne se fit pas longtemps attendre; au bout de deux mois la fistule était cicatrisée, et la malade, que j'ai revue depuis, était guérie de son affection.

J'ai encore retiré de bons résultats du baume opodeldoch en topique et en injections dans deux cas de caries des os des doigts chez de jeunes enfants. Le mal a cédé promptement sous l'influence de cet agent thérapeutique.

Le traitement de la carie des os par la méthode du docteur Vandenbroeck est fort employé par les chirurgiens belges; il est peu connu en France; c'est pourquoi j'ai voulu attirer l'attention sur ses effets salutaires.

EMPLOI DU PROTO-SULFATE DE FER EN POMMADE

dans le traitement des maladies de la peau.

Par M. Devergie.

M. Devergie emploie avec grand avantage, à l'hôpital Saint-Louis, la pommade au sulfate de fer dans les affections de la peau à forme lymphatique, c'est-à-dire essentiellement sécrétantes, et reposant sur des tempéraments et des constitutions lymphatiques. Les formes dans lesquelles cette préparation réussit sont les eczémas, les eczémas impétigineux, les impétigos et les intertrigos, les plus communes de toutes les affections cutanées et les plus communes chez les individus lymphatiques.

M. Devergie s'est également très bien trouvé des pansements avec de la charpie enduite de pommade ferrugineuse pour les ulcérations qui accompagnent les vésicules et les pustules de rupia et d'*ecthyma cachecticum*, ou leur succèdent, pourvu qu'il n'y ait plus rien d'aigu.

Voici la formule qu'emploie M. Devergie :

Axonge.	30 grammes.
Protoxyde de fer cristallisé et lavé, de	0,50 centigr. à 1 gram.

Dissolvez à l'aide de quelques gouttes d'eau le sel ferrugineux, et incorporez immédiatement à l'axonge. Mettez de suite à l'abri du contact de l'air. (*Bull. de thérap.*)

SUR L'EMPLOI DES VAPEURS DE CHLORURE AMMONIQUE

dans les maladies des organes respiratoires.

M. le docteur Gieseler emploie pour ses fumigations un petit creuset de Hesse chauffé à l'alcool, et dans lequel il met deux ou trois cuillerées de sel ammoniac; le malade s'assied devant cet appareil et respire par la bouche les vapeurs qui se dégagent. La chambre se remplit de vapeurs, de sorte que le malade, après l'inhalation proprement dite, reste encore environ une ou deux heures dans une atmosphère fortement chargée de chlorure ammonique. Pendant les premières séances le malade éprouve des accès de toux; mais plus tard il ne ressent que de la chaleur dans les voies aériennes.

L'auteur affirme avoir guéri rapidement par ce moyen des catarrhes invétérés qui avaient résisté à divers traitements; mais il ne conviendrait pas dans les bronchites aiguës. Il réussit également dans les ophthalmies scrofuleuses; seulement pendant le dégagement des vapeurs il faut fermer la bouche et les yeux. Il pense même que dans la phthisie tuberculeuse les vapeurs ammoniacales peuvent apporter du soulagement en diminuant ou même en faisant cesser les accès de toux qui fatiguent tant les malades; il cite un exemple de ce bon résultat. (*Gaz. méd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 5 janvier 1856, ont été promus dans le corps des officiers de santé de la marine :

Au grade de chirurgien principal : MM. Brousmiche, Gouais-Lanaud, Canolle, Buisson, Bigot, Laugaudin, Delaporte.

— Par décrets des 1er et 9 janvier, ont été nommés chevaliers de l'ordre de la Légion d'honneur :

MM. Burguières, médecin sanitaire au Caire; Maréchal, médecin des épidémies de l'arrondissement de Dreux, membre du comité d'hygiène; Levieux, membre et secrétaire du comité d'hygiène de la Gironde; Daran, membre et secrétaire du conseil d'hygiène publique et de salubrité des Basses-Pyrénées, médecin en chef de l'hôpital de Pau; Guirette, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Oloron (Basses-Pyrénées); Lapeyre, médecin à Orthez (Basses-Pyrénées); Dabadie, médecin à Hastingue (Landes); Sylva, pharmacien à Bayonne (Basses-Pyrénées).

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 6. — MARDI 15 JANVIER 1856. (29e ANNÉE.) N° 6. — MARDI 15 JANVIER 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 14 JANVIER 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

La première séance de janvier a été consacrée, suivant l'usage, au renouvellement partiel du bureau. M. Biet, vice-président pour l'année 1855, est passé président pour l'année 1856, et M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire a été nommé vice-président à sa place.

Le président sortant, M. Regnault, a fait connaître à l'Académie l'état où se trouve l'impression du recueil qu'elle publie, et les changements arrivés parmi ses membres et ses correspondants depuis le 1er janvier de l'année dernière.

Les membres que l'Académie a perdus dans le courant de cette année dans les sections de médecine et des sciences naturelles, sont MM. Magendie et Duvernoy. Les membres élus dans ces mêmes sections sont M. Jules Cloquet, membre titulaire, MM. Bonnet et Marshall Hall, correspondants.

L'Académie aura à pourvoir dans le courant de cette année dans les mêmes sections à deux places de membre titulaire en remplacement de M. Magendie (section de médecine) et de M. Mirbel (section de botanique), et à une place de correspondant en remplacement de M. Prunelle.

Elle n'a entendu ni reçu, dans cette séance, aucune communication qui intéresse les sciences médicales. — Dr Brochin.

MORT DE M. MARTIN-SOLON.

M. le docteur Martin-Solon vient de mourir. Il a succombé aux suites de la triste et cruelle maladie qui, depuis quinze ans, le tenait sous ses étreintes, qui lui a enlevé l'usage de ses membres en ne lui laissant que son intelligence. Jamais situation ne fut plus douloureuse. Plein de force, d'ambition et de talent, après avoir conquis une des plus belles positions médicales, M. Martin-Solon allait jouir de ses succès au milieu d'une aimable et tendre famille, quand il s'est vu réduit à une impotence prématurée. Que de fois, montrant à ses amis ses pauvres mains déformées par la souffrance et inhabiles à exécuter ses volontés, l'avons-nous vu pleurer, en faisant couler les larmes de ceux qui l'entouraient ! Mais ce n'était pas tout. L'implacable adversité lui réservait de plus cruelles épreuves. Après tant de souffrances physiques et morales, il devait encore subir les tourments du besoin... Je m'arrête.

Pour ceux qui ont connu M. Martin-Solon, sa bienveillance, son talent, son amour du travail, la simplicité de son âme et de ses goûts, et par-dessus tout sa dignité et son honorabilité d'homme et de médecin, sa maladie avait été un deuil, sa mort est une profonde douleur.

Médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé de la Faculté de médecine, membre de l'Académie, chevalier de la Légion d'honneur, auteur d'un grand nombre de travaux utiles et d'un excellent livre sur l'albuminurie, M. Martin-Solon a usé sa vie à l'étude et au soulagement des misères de l'humanité, ne laissant pour tout héritage à sa famille qu'un nom pur et honoré devant lequel chacun doit s'incliner avec respect. — E. Bouchut.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

De l'anémie et de la chlorose (1).

Chlorose. — Fr. Hoffmann a donné de la chlorose une définition que nous adopterons, en modifiant toutefois quelques-uns de ses termes, pour les mettre en rapport avec l'état actuel de la science.

Nous définirons donc la chlorose :

Une maladie caractérisée par un changement survenu dans toute l'habitude extérieure du corps; par la coloration blanche, verdâtre et jaunâtre de la face; la diminution presque constante de la proportion des globules du sang; des troubles de la circulation et de la menstruation; des accidents nerveux; l'atonie des viscères et une prostration plus ou moins marquée.

(1) Suite. — Voir les numéros des 8 et 10 janvier.

Cette définition implique déjà la nature que nous reconnaissons à la chlorose. Pour nous, en effet, la chlorose est une névrose, et la diminution des globules, tout en se montrant un des éléments principaux de la maladie, n'en est pas, comme pour l'anémie, l'élément essentiel, le seul élément, toute la maladie en un mot.

Il se présente une première question à examiner; c'est la suivante : Existe-t-il toujours des altérations du sang dans la chlorose?

Pour beaucoup de médecins, la solution de cette question est des plus simples, car pour eux la chlorose et l'anémie sont la même chose. La diminution des globules en est donc un élément aussi essentiel que pour l'anémie.

Telle n'est pas mon opinion. Il y a en effet dans la science quelques faits qui démontrent que la chlorose peut exister sans qu'il y ait de diminution bien sensible de la proportion des globules. Dans nos expériences avec M. Rodier, nous avons rapporté deux faits de ce genre; dans l'un de ces cas il y avait 123,8 de globules, et dans l'autre 126,4.

Ces faits étant encore les seuls, ne sauraient décider la question; il faut de nouvelles et nombreuses observations pour que la science soit définitivement fixée sur ce point. Il ressort seulement de ces faits exceptionnels que la diminution constante des globules dans la chlorose n'est pas un fait irrévocablement démontré.

Supposons maintenant que cette altération du sang existe. Voyons quelle elle est. Dans la chlorose, la quantité d'eau est notablement diminuée. Cette diminution est très-variable; elle peut être faible ou très-considérable. La densité du sang défibriné est notablement diminuée; elle est en majeure de 1045,5, ou oscillant entre 1040 et 1050.

La proportion des globules varie. La moyenne est de 85; les limites extrêmes sont très-étendues : de 60 à 100. Voilà les termes les plus ordinaires.

La fibrine est en général au moins en quantité normale. Presque toujours elle occupe les degrés les plus élevés de l'échelle physiologique : 3 est le chiffre habituel; 2 et 4 sont des chiffres qu'elle atteint souvent dans la chlorose.

Les matières grasses et les sels paraissent rester dans leurs proportions normales.

Le sérum a une densité normale : 1028 est le chiffre moyen, 1025 et 1030 les limites extrêmes.

La quantité d'albumine est tout à fait normale : 75 en moyenne, 65 à 85 les extrêmes.

La conservation normale des proportions de l'albumine est un des faits les plus positifs, les plus constants de la chlorose. Ce n'est que dans quelques cas de chlorose très-ancienne, très-intense qu'on voit cette albumine diminuer.

L'étude des altérations du sang dans la chlorose mène à conclure que dans cette maladie la diminution de proportion des globules du sang n'est qu'une conséquence de la maladie, qu'un de ses éléments, élément très-important si l'on veut, mais qui enfin ne constitue pas toute la maladie. La chlorose ne saurait donc être définie une anémie essentielle.

Il y a une autre considération à faire valoir : c'est que le degré de diminution des globules n'est pas en rapport avec le degré d'intensité de la chlorose; il n'y a pas de proportion directe, de sorte que ces deux éléments, le sang d'une part, les phénomènes morbides de l'autre, ne sont pas irrévocablement sous la dépendance l'un de l'autre.

Étiologie. — L'étude des causes de la chlorose démontre tout d'abord qu'il existe une différence très-grande entre cette maladie et l'anémie. Dans l'anémie, les causes peuvent toujours être appréciées, toujours être découvertes, tandis que pour la chlorose on pourrait presque admettre le contraire. On ignore en effet presque complètement les causes qui peuvent faire développer ou au moins favoriser le développement de la chlorose. Étudions toutefois ces causes et leur valeur fixe.

La chlorose est une maladie propre à la femme; on ne l'a observée dans aucun cas chez l'homme. Toutes les chloroses signalées par divers auteurs chez ce dernier sont des cas d'anémie avec susceptibilité très-grande du système nerveux.

Age. — C'est à l'époque de la puberté, de treize à dix-huit ans que la chlorose se développe le plus communément. J'en ai observé quelques cas chez des jeunes filles de six à onze ans. A partir de vingt-cinq ans la chlorose est très-rare, et se range dans les faits très-exceptionnels. Elle diminue de fréquence avec l'âge. La constitution faible et le tempérament lymphatique semblent y prédisposer. On la voit cependant aussi se produire chez des jeunes personnes placées dans d'excellentes conditions, au milieu du luxe et de l'aisance. Il est vrai qu'on a invoqué dans ce dernier cas la vie trop molle, trop efféminée, le défaut d'air, d'exercice, etc., etc.

L'aménorrhée, considérée comme cause de la chlorose, en est plutôt un des symptômes; elle en est même un des premiers accidents.

On a signalé la leucorrhée comme une cause fréquente. A mon avis, elle détermineraít bien plutôt l'anémie, et mon opinion embrasse en même temps la masturbation et les excès de coït.

Les chagrins profonds, les contrariétés vives et fréquemment répétées, l'amour contrarié, les désirs vénériens non satisfaits, surtout quand on en a déjà usé, comme chez quelques jeunes veuves, la jalousie, ont été considérées comme favorisant le développement de la chlorose. Il est rationnel de les admettre.

Toutes les influences que nous avons passées en revue ne sont pas démontrées d'une manière incontestable et positive; elles ne sont pas non plus indispensables, car la chlorose se développe fréquemment sans qu'on puisse la rattacher à aucune cause appréciable.

Symptômes. — La chlorose débute quelquefois assez rapidement, et on voit les accidents arriver à un certain degré d'intensité en peu de jours. Cela est rare. Il est au contraire presque constant de voir cette maladie se développer lentement, graduellement d'une manière presque insensible.

Système nerveux. — La peau est pâle, décolorée et d'une nuance d'un jaune verdâtre léger, analogue à celle que présente de la cire blanche qui a vieilli : de là le nom donné à la maladie. Quelquefois la peau présente en même temps un reflet comme demi-transparent.

L'intensité de ces phénomènes est en rapport direct avec l'intensité de la maladie. La céphalalgie et toutes ses variétés sont un des symptômes les plus constants. Toutes les formes de céphalalgie, les migraines, les névralgies de la tête, etc., peuvent se succéder, se remplacer.

Les vertiges, les éblouissements, les tintements d'oreille sont un des symptômes fréquents.

Les malades accusent souvent des douleurs; tantôt ce sont de véritables névralgies dans diverses parties du corps, tantôt des douleurs vagues de diverse nature. L'affaiblissement du système musculaire, le développement facile de la fatigue, de la courbature; une certaine paresse à exécuter les mouvements sont encore des symptômes de la chlorose.

L'intelligence présente d'autres troubles que dans l'anémie. Les jeunes filles sont tristes, ennuyées; rien ne les égaye, rien ne leur plaît. Cependant elles sont impressionnables, irritables; leur caractère s'aigrit; quelquefois enfin elles ont des idées bizarres.

Tube digestif. — L'appétit quelquefois diminué est surtout remarquable chez beaucoup de chlorotiques par la bizarrerie, les irrégularités. Les jeunes malades désirent des aliments acides, âcres, des fruits peu mûrs, des boissons froides, acides.

La gastralgie sous toutes ses formes est un des accidents les plus fréquents de la chlorose. Les douleurs d'estomac varient beaucoup sous le rapport de l'intensité, de la nature du siége précis : tantôt elles ne se développent qu'après l'ingestion des aliments; tantôt elles existent d'une manière continue, mais avec des exacerbations; tantôt vives, tantôt lancinantes, elles ont quelquefois le caractère des brûlures (fer chaud, pyrosis); d'autres fois elles s'accompagnent de nausées, et parfois de vomissements.

L'entéralgie peut s'observer dans la chlorose; elle y est beaucoup plus rare.

La constipation soit seule, soit accompagnée de développement de gaz dans la cavité intestinale, est un des symptômes fréquents de la chlorose.

Appareil respiratoire. — La dyspnée, quelquefois spontanée, d'autres fois se développant sous l'influence de la marche, de la course, d'un exercice fatigant, de l'ascension des escaliers, s'observe dans cette maladie. Quelquefois on observe une toux qui ne dépend d'aucune lésion aiguë ou chronique des voies respiratoires.

Appareil circulatoire. — Les palpitations s'observent fréquemment dans la chlorose, et elles ont quelquefois un tel degré d'intensité qu'elles ont pu souvent faire croire à une hypertrophie du cœur.

Le pouls n'est pas accéléré; comme dans l'anémie, cela s'observe quelquefois, mais comme un fait exceptionnel. Il est rarement faible; dans un grand nombre de cas il est fort et développé, parfois assez large. Il est très rare de le trouver irrégulier et intermittent.

Auscultation. — L'auscultation du cœur démontre les modifications suivantes, absolument semblables à ce qu'on observe dans l'anémie :

1° Une impulsion plus forte.

2° Une étendue plus considérable de la surface dans laquelle se produisent les battements.

3° Les bruits du cœur sont nets et clairs. Lorsque le premier présente un bruit de souffle, le deuxième seul est clair et net.

4° Un bruit de souffle au premier temps. Ce bruit de souffle est constant dans la chlorose. Il a des caractères assez variables; très souvent il est ronflant, et parfois musical.

Dans la région cervicale, on peut entendre un bruit carotidien ou un bruit veineux. Le bruit carotidien seul, c'est-à-dire le bruit artériel intermittent, s'entend rarement seul; il est au contraire beaucoup plus commun, je dirai même presque constant de l'entendre simultanément avec le bruit veineux.

Le bruit veineux continu ou avec redoublement, s'il est accompagné du bruit carotidien, est un des symptômes constants de la chlorose; je ne l'ai jamais vu manquer : il y a même là un des caractères différentiels d'avec l'anémie. Le bruit continu se présente avec une foule de variétés, tantôt simple, plus ou moins intense. On entend des bruits de mouche, de diable, de bourdonnements; des bruits musicaux. Autant on ne trouve, en général, dans l'anémie que le souffle continu simple à divers degrés d'intensité, autant on trouve dans la chlorose des bruits qui semblent indiquer un râle de la part des parois vasculaires, une sorte de contraction nerveuse dans les tuniques des vaisseaux qui les produisent. Ce sont là des caractères différentiels dont on n'a pas assez tenu compte jusqu'ici.

Sécrétions. — Les urines ont subi absolument la même altération

dans la chlorose que dans l'anémie, c'est-à-dire qu'elles sont anémiques. La quantité d'eau est conservée normale ; la somme des éléments solides est diminuée d'un tiers à la moitié, et tous dans la même proportion, sauf l'acide urique, qui disparaît à peu près complétement.

Hydropisies. — Les hydropisies sont très-rares dans la chlorose; ce n'est que dans certains cas de chlorose très-ancienne et invétérée qu'il survient quelquefois une diminution de proportion de l'albumine, laquelle diminution conduit à des hydropisies par altération du sang. Ce sont des cas très-exceptionnels.

Menstruation. — La suppression des règles est un des symptômes les plus constants et les plus caractéristiques de la chlorose. Elle existe dès le commencement et est parfois le seul symptôme, ou seulement accompagnée de symptômes encore peu caractérisés.

Voici, du reste, les cas divers qui peuvent se présenter :

Lorsque la menstruation ne s'est pas encore établie et que les symptômes de la chlorose se développent, cette fonction ne s'établit pas du tout ou au moins est retardée. Quelquefois elle s'établit, mais mal, irrégulièrement et toujours en petite quantité.

Une fois la menstruation établie, si la chlorose survient plusieurs choses peuvent arriver : les règles se suppriment complétement, ou bien elles sont retardées. Elles reviennent plus irrégulièrement, sont moins abondantes et constituées par un sang clair peu coloré. Quelquefois les époques menstruelles sont remplacées par une leucorrhée plus ou moins abondante, ou bien par une leucorrhée qui, étant continue, devient beaucoup plus abondante à l'époque menstruelle.

Souvent les retards s'accompagnent de douleurs plus ou moins vives dans les reins, le bas-ventre, l'utérus.

Diagnostic. — Le diagnostic de la chlorose est souvent fort difficile ; pour l'établir plus facilement, il faut établir plusieurs formes, qui seront au nombre de six.

Première forme. — *Chlorose simple régulière.* — C'est la forme la plus commune ; c'est celle dans laquelle on voit se développer la plupart des symptômes que j'ai décrits. On peut considérer les symptômes divers comme s'étant développés simultanément, comme ayant marché et étant parvenus ensemble à peu près au même degré de développement. Aucun d'eux ne prédomine et ne frappe plus vivement l'attention.

Deuxième forme. — *Chlorose avec prédominance de la céphalalgie.* — Dans cette forme, la céphalalgie est si intense, si constante et revient avec une telle ténacité qu'elle est le seul symptôme qui frappe l'attention de la malade et souvent même du médecin ; elle s'accompagne souvent de vomissements. L'examen des autres symptômes, et surtout de l'appareil circulatoire, permet d'établir le diagnostic.

Troisième forme. — *Chlorose avec prédominance de dyspnée et de palpitations.* — Cette prédominance a bien souvent fait croire à l'existence d'une maladie organique du cœur, et journellement encore on voit commettre cette erreur.

Quatrième forme. — *Chlorose avec prédominance de gastralgie.*

Cinquième forme. — *Chlorose avec prédominance de troubles de la menstruation.* — C'est au début que le diagnostic est souvent difficile à établir, car les troubles de l'appareil respiratoire sont alors peu prononcés. On peut donc avoir affaire à une grossesse, à une aménorrhée simple, à une affection utérine.

Sixième forme. — *Chlorose avec prédominance de l'affaiblissement nerveux.* — Tous les symptômes sont peu saillants, peu caractérisés. Ce qui frappe le plus, c'est la couleur verdâtre de la peau, l'amaigrissement, l'affaiblissement du système musculaire. Quelquefois à ces symptômes peut se joindre de la toux, et l'on peut avoir affaire à une tuberculisation pulmonaire.

En pareille circonstance, le diagnostic est d'une extrême difficulté, et la suite seule permet d'être certain que les tubercules existent ou n'existent pas.

Complications. — On a cru pendant longtemps que les hydropisies d'une part et d'une autre les hémorrhagies se montrent fréquemment chez les chlorotiques. Il est maintenant reconnu qu'il n'en est rien ; ce sont des altérations d'un tout autre genre, et qui portent sur d'autres éléments du sang qui amènent les hémorrhagies (diminution de fibrine) et les hydropisies (diminution de l'albumine, du sérum).

La chlorose se complique quelquefois d'hystérie, et il est en général facile de discerner ce qui appartient à l'un et à l'autre de ces états morbides ; l'hypocondrie est quelquefois aussi une des complications de la chlorose.

Les tubercules pulmonaires sont une complication fréquente chez les jeunes filles prédisposées par hérédité ; c'est souvent pendant l'existence d'une chlorose que débutent les produits accidentels. Enfin, une dernière complication, c'est une véritable hypertrophie du cœur qu'on voit se développer consécutivement à la chlorose.

On s'explique ce résultat par l'influence des palpitations nerveuses, qui, d'abord simple trouble fonctionnel, conduisent plus tard à un excès de nutrition du tissu musculaire du cœur.

Pronostic. Terminaison. — Dans l'immense majorité des cas, la chlorose sans complication, quelque intenses que soient les phénomènes qui la caractérisent, guérit au bout d'un certain temps et souvent même spontanément. Nous croyons les cas de mort très rares, et au moins très-contestables.

Dans les cas qu'on a regardés comme tels, il est probable qu'il s'agissait de tubercules pulmonaires méconnus. Ce n'est que quand il existe des complications que la chlorose peut se terminer d'une manière fâcheuse. Ces complications, du reste, sont d'autant plus à redouter qu'elles sévissent sur une constitution que l'existence de la chlorose a déjà affaiblie.

Nous résumerons dans le tableau suivant les différences et les analogies qui peuvent exister dans ces deux états divers.

ANÉMIE.	CHLOROSE.
1° Synonyme de diminution de proportion des globules. — C'est donc un symptôme commun à beaucoup d'états morbides et dépendant de causes bien diverses.	1° Chlorose est une maladie dont l'évolution et les caractères sont nets et tranchés.
2° Constitue tout le symptôme et est la cause de tous les symptômes qu'on peut observer.	2° Souvent, et même presque toujours, existence simultanée de la diminution de proportion des globules. — Ce n'est qu'un élément et non la maladie tout entière.
3° Altération du sang constante.	3° Altération du sang non constante.
4° Diminution des globules. — Diminution consécutive, dans beaucoup de cas, de l'albumine. — Augmentation des matières extractives ; maladie mesurée par le degré de diminution des globules.	4° Diminution des globules. — Pas de diminution de l'albumine. Plutôt augmentation de la fibrine. — Diminution des globules non en rapport avec l'intensité de la maladie.
5° Causes palpables évidentes toujours connues. On peut les produire à volonté. Le degré de l'anémie est en rapport avec l'intensité de la cause.	5° Causes la plupart du temps inconnues.
6° Symptômes surtout dans l'appareil circulatoire. — Phénomènes nerveux rares, peu caractéristiques. Peau décolorée simplement. troubles menstruels nuls ou peu importants.	6° Symptômes résidant et dans l'appareil circulatoire et surtout dans le système nerveux et les fonctions génitales. Peau décolorée et verdâtre.
7° Symptômes souvent mêlés ou combinés à ceux des maladies qui ont causé l'anémie.	7° Symptômes seuls isolés et caractérisant bien la maladie.
8° Pronostic, durée et terminaison subordonnés à la persistance, à la durée et à la terminaison des causes productrices.	8° Pronostic, durée et terminaison ne concernant que la chlorose seule.
9° Double indication pour le traitement : 1° traiter la cause de l'anémie ; 2° traiter l'anémie.	9° Traitement reposant sur une seule indication, qui est la nature de la maladie elle-même.

(La fin à un prochain numéro.)

ÉTUDE SUR LES SENS.

Par M. Ch. Judée.

Les sens ont été divisés en externes et internes. Les sens externes sont, comme tout le monde le sait, le toucher, le goût, l'odorat, la vue et l'ouïe. Les sens internes ou besoins sont la faim, la soif. On pourrait peut-être en ajouter un autre, le sens génital, comme je tâcherai de le démontrer plus tard.

Mais aujourd'hui mon intention est seulement d'essayer de prouver que les sens externes peuvent être subdivisés en deux groupes principaux, le premier se composant de l'ouïe et de la vue, le second du goût, de l'odorat et du toucher.

Dans les expériences que j'ai entreprises sur le haschich, j'avais déjà fait remarquer que les illusions, plutôt que les hallucinations de l'ouïe, de la vue, ne se produisaient pas en même temps que celles du goût, de l'odorat et du toucher. L'expérimentation directe m'avait donc déjà tracé cette division, mais l'étude des phénomènes intellectuels est venue encore la confirmer.

Si, en effet, on observe ce qui se passe pour chaque sens en particulier, on s'aperçoit que la vue nous sert non-seulement à voir les objets extérieurs, mais aussi ceux qui existent fictivement dans le cerveau ; que l'ouïe ne nous fait pas seulement entendre les voix extérieures, mais aussi d'autres que j'appellerai intérieures ; qu'au contraire les trois autres ne reçoivent à l'état physiologique que des impressions venant du dehors.

Dans le premier cas, lorsque les sensations externes ne sont pas perçues, les internes peuvent devenir extrêmement vives et donner naissance à ce que l'on désigne sous le nom d'hallucinations ; mais celles-ci, ainsi que j'ai déjà essayé de le démontrer, ne sont pas pour moi de véritables hallucinations, dans le sens où on l'entend généralement, ou du moins je ne les regarde pas comme des phénomènes pathologiques, mais bien comme dépendant d'un surcroît dans l'activité du cerveau placé dans des conditions spéciales, comme l'*état intermédiaire* entre la veille et le sommeil. Les hallucinations vraiment pathologiques n'existent que lorsque les perceptions internes viennent se mêler complétement avec les perceptions externes, et *faire tache*, pour ainsi dire, sur ces dernières.

Pour m'expliquer plus simplement, je dirai que l'étude pathologique de l'ouïe et de la vue conduit à admettre, si l'on veut, deux espèces d'hallucinations : une première variété formée par celles qui se produisent lorsque le cerveau n'est pas soumis aux agents extérieurs, comme celles qui s'observent pendant le sommeil et que l'on a désignées sous le nom de songes, comme celles qui se développent dans l'état intermédiaire entre la veille et le sommeil, qui, différant des songes par leur intensité plus grande, s'en rapprochent beaucoup par les conditions nécessaires à leur développement.

Une seconde formée par celles qui se produisent lorsque le cerveau perçoit en même temps des sensations provenant de l'intérieur et qui sont complétement pathologiques, puisque cet organe est incapable de recevoir à la fois deux ordres de sensations.

Pour les autres sens, toucher, goût et odorat, il ne peut y avoir à l'état physiologique qu'un ordre de perceptions, puisque les sensations proviennent toujours de l'extérieur. Il doit par conséquent n'exister qu'une variété d'hallucinations, hallucinations provenant toujours d'un trouble grave, et nullement d'une suractivité dans le jeu d'un organe connu ; cela s'observe pour celles de la première catégorie.

Cette étude nous a donc permis de reconnaître une différence entre les sens de la première catégorie et ceux de la seconde. Les observations vont venir à leur tour nous aider.

On remarque d'abord ceci : C'est que les hallucinations de l'odorat, du goût et du toucher ne sont notées que lorsque celles de l'ouïe et de la vue sont complétement pathologiques ; c'est-à-dire lorsqu'elles ne se produisent pas dans l'obscurité ou dans le silence, mais bien dans des conditions opposées.

Une autre observation très importante, c'est que les hallucinations de la vue et de l'ouïe peuvent exister en même temps que celles des autres sens, mais que le plus souvent ces dernières peuvent aussi manquer complétement ou exister seules.

La division que je viens d'établir repose donc sur deux ordres de faits :

1° Sur ce qu'elle est le résultat d'une expérience directe ;

2° Sur ce que les sens de la vue et de l'ouïe jouissent seuls, à l'état physiologique, du pouvoir d'être impressionnés par des sensations à la fois physiques et intellectuelles, tandis que les autres ne le sont que par des sensations externes.

Il me serait facile de démontrer encore les liens qui réunissent ces derniers entre eux et qui font qu'on peut les regarder toutes les trois comme étant une modification du toucher. Je me contenterai seulement de rappeler que chez les personnes hystériques, où le plus souvent il existe des altérations du toucher, on rencontre aussi des modifications dans le goût et dans l'odorat ; et à ce propos, je citerai une observation d'hystérie chez l'homme, notée dans la thèse de M. Bastien, où ces trois sens présentaient chacun quelques altérations, consistant dans une analgésie pour le toucher, dans l'impossibilité de goûter les saveurs âcres pour le goût, dans la non-perception des odeurs fortes pour l'odorat. En présence de pareils faits, ne serait-on même pas porté à regarder ces différentes sensations comme étant transmises par le même ordre de fibres nerveuses, les autres l'étant par une autre série, comme cela semble avoir lieu du reste pour le toucher?

Il ne faut pas croire que cette division soit purement oiseuse ; je pense même qu'elle pourra servir à expliquer la marche de certains phénomènes intellectuels, et c'est seulement pour cela que j'ai essayé d'en constater l'existence.

SUR UNE NOUVELLE APPLICATION DE LA GLYCÉRINE

à la conservation des matières organiques.

Par M. Demarquay.

(Note communiquée à la Société de biologie par M. Lutin, interne des hôpitaux.)

Les résultats remarquables obtenus dans le pansement des plaies avec la glycérine excitaient assez d'intérêt pour que l'on cherchât à se rendre compte de cette action, dont l'efficacité est incontestable. Les propriétés antiseptiques de la glycérine, son intervention heureuse contre la pourriture d'hôpital et les ulcères putrides ou spécifiques indiquaient la marche naturelle qu'il fallait suivre pour arriver à ce but. On mit des matières organiques en contact avec la glycérine, et celle-ci les préserva de la putréfaction.

Tel est en peu de mots le résultat des expériences qui ont été entreprises par M. Demarquay dans ces derniers temps. Nous avons d'autant plus volontiers participé à ces essais que certaines notions chimiques relatives à la glycérine nous donnaient une grande confiance dans la réussite. Nous allons donc résumer ici les principales expériences que nous avons déjà faites, et montrer les résultats obtenus.

Première série d'expériences. — Le 26 octobre 1855, nous avons plongé de la chair musculaire de bœuf et de mouton, ainsi que des parties de végétaux, d'une part dans de la glycérine pure, d'autre part dans de l'eau ordinaire. Bientôt les tissus plongés dans l'eau se sont putréfiés, et aujourd'hui ils sont complétement dissous, tandis que la glycérine a conservé intactes les matières qu'elle recouvrait. Elle-même n'a subi dans sa constitution aucune modification sensible ; aucune odeur ne s'exhale des vases d'expériences qui la renferment.

Deuxième série. — Ces premiers essais ont été faits sur de petites quantités de matières. Ils furent répétés bientôt sur de plus larges bases. Le 10 novembre, on plongea dans de grands bocaux, au milieu de la glycérine pure, des côtelettes de mouton, des tranches de bœuf et un pigeon tout entier. Jusqu'à ce jour, c'est-à-dire après un intervalle de quarante jours, la conservation a été parfaite ; les tissus se sont un peu contractés, ils sont demi-transparents, comme gélatineux, et cependant très-fermes ; la fibre musculaire striée a conservé sa structure d'une manière encore très évidente ; aucune odeur ne s'exhale des vases.

Dans une autre expérience, on a employé un mélange en proportions égales de glycérine et d'eau. La liqueur s'est un peu troublée, comme si elle avait dissous quelques substances organiques. Cependant la putréfaction ne s'est nullement manifestée dans ce cas.

Troisième série. — Dans toutes ces expériences, les matières ont été plongées au milieu de la glycérine ; on essaya ensuite de conserver les tissus en injectant cette substance dans les artères.

Le 19, le pied d'un homme mort le 13 fut injecté avec de la glycérine pure. L'injection fut poussée jusqu'à ce qu'elle revînt par les veines. Aujourd'hui encore, 21 décembre, c'est-à-dire plus d'un mois après l'injection, ce pied paraît aussi frais que le jour où il a été détaché du cadavre. La peau a conservé sa couleur normale ; toutes les articulations sont souples ; les tissus ont une fer-

meté naturelle ; sur la surface de section, on voit des muscles raccornis, durcis et couverts de moisissures. Ces apparences excluent l'idée de décomposition ammoniacale.

Le 5, on a injecté deux autres pieds et un avant-bras tout entier. La conservation jusqu'à ce jour est parfaite. Cet essai est moins concluant que l'autre, puisqu'il y a une différence de quinze jours entre les deux ; mais il n'en a pas moins lui-même quinze jours de date, et par conséquent il n'est pas sans valeur.

L'un des deux pieds a été disséqué en partie le mardi 18 décembre, c'est-à-dire il y a cinq jours.

La préparation a fourni des résultats très satisfaisants. On peut voir que les tissus imbibés de glycérine ont conservé leur humidité et leur couleur normales, et qu'ils présentent un bel aspect.

Quatrième série. — Le 9, deux fœtus jumeaux et morts-nés, de cinq mois et demi, ont été injectés avec de la glycérine par le cordon ombilical. Le résultat, bien que l'expérience soit encore un peu récente, a encore été le même; la conservation, jusqu'à ce jour, est complète.

Quant aux conditions physiques auxquelles toutes les pièces ont été soumises, les voici : elles ont toujours été à l'abri du froid de cette saison et exposées à la température d'une chambre habitée. Les vases, dans les premières expériences, n'ont jamais été couverts; ainsi donc les influences qui favorisent le plus la putréfaction n'ont point cessé de s'exercer dans le cours de ces expériences.

La glycérine est donc un agent conservateur des matières organiques ; mais pour quel intervalle de temps son action est-elle efficace ? C'est ce que la suite apprendra.

Ces essais demandent à être répétés sur une plus grande échelle. M. Demarquay, qui poursuit ces recherches avec activité, doit injecter des cadavres avec de la glycérine pure ou étendue d'eau. On verra alors quel parti on pourra tirer de cette substance pour l'embaumement ou tout au moins pour la conservation temporaire des cadavres destinés aux dissections. Les faits que nous avons sous nos yeux prouvent déjà tout l'avantage que l'on pourrait tirer de la glycérine dans cette circonstance.

DE L'UTILITÉ DE LA COMPRESSION

dans le traitement des grands abcès,

Par M. S. Solly.

Souvent la suppuration intarissable de certains abcès tient uniquement à ce que le foyer reste béant et ses parois écartées. Si l'on a soin de les tenir exactement rapprochées, le pus cesse par cela seul de s'exhaler, et le recollement se fait avec rapidité.

M. Solly préconise cette méthode pour l'avoir appliquée fréquemment et avec succès. Il recouvre la surface de la poche purulente de coton cardé, et exerce par-dessus la compression à l'aide de bandelettes agglutinatives. La suppuration se tarit promptement, et les parois incessamment tenues en contact et pressées l'une contre l'autre, adhèrent et se soudent.

Ce moyen expéditif, et qui n'exclut l'emploi parallèle d'aucune autre médication, a notamment réussi à M. Solly chez un étudiant en médecine qui portait à l'aisselle un vaste abcès, suite de piqûre en disséquant. Malgré deux ouvertures, la sécrétion du pus persistait avec abondance. Peu de temps après l'emploi de la compression, il devint moins copieux, et la cicatrisation fut obtenue avec une rapidité que les premières phases de la maladie n'auraient pu faire prévoir. (*The Lancet* et *Gaz. hebd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 janvier 1856. — Présidence de M. Gosselin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Chassaignac donne une description détaillée de la pièce d'ostéo-myélite qu'il avait montrée à la fin de la séance dernière et communique l'observation suivante :

Homme de trente-deux ans, de très bonne constitution, courtier en marchandises, faisant habituellement de longues courses à pied; coup violent contre une pierre au tiers inférieur de la cuisse droite six semaines avant l'entrée à l'hôpital; épanchement sanguin considérable ; continuation de l'exercice et de la marche.

Au bout de trois semaines, phénomènes inflammatoires; repos au lit pendant quelques jours ; reprise des occupations habituelles pendant les quinze jours qui précèdent l'entrée à l'hôpital, qui a lieu le 30 novembre 1855.

Fémur considérablement épaissi dans son tiers inférieur; existence d'un bourrelet abrupte et dur à la limite du gonflement; foyer fluctuant considérable ; issue de pus et de sang altéré.

Le 4 décembre, cinq jours après l'entrée, signes d'arthrite purulente dans le genou; immobilité absolue du membre malade.

Nombreuses incisions; proposition d'amputation, qui est repoussée. Diarrhée abondante et continue, subdélirium la nuit.

Mort le 19 décembre, vingt-deuxième jour de l'entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, épanchement purulent dans les articulations fémoro-tibiale et coxo-fémorale droites.

Abcès métastatique en arrière du sternum. Foie, rate, poumons, cœur parfaitement sains; aucune trace de tubercules.

Epaississement considérable du fémur droit dans son tiers inférieur. Couches épaisses de tissu osseux de nouvelle formation. Le périoste n'est décollé que dans un espace très circonscrit, au niveau duquel s'est établie une perforation de l'intérieur du canal médullaire à l'extérieur. Le canal médullaire, notablement agrandi dans sa moitié inférieure, est rempli de pus à l'état demi-concret, demi-liquide. La partie de ce canal qui est occupée par du pus est séparée de la moitié supérieure par une obturation complétement osseuse du canal médullaire. Une membrane épaisse et injectée enveloppe la collection purulente, dans laquelle le microscope ne fait découvrir rien autre chose que des globules de pus, de la fibrine et de la graisse.

La lésion dont nous venons de présenter le résumé, quelle est-elle ? Est-ce une ostéite du fémur? Est-ce une tuberculisation dans le canal médullaire de cet os? Nous ne le pensons pas.

Pour nous, la véritable désignation de la maladie, c'est celle-ci : *Ostéo-myélite suppurante aiguë survenant dans le cours d'une ostéite non suppurative de la moitié inférieure du fémur.*

Si cette désignation est exacte, elle doit rendre compte de toutes les dispositions anatomiques existant sur la pièce que je présente. Et, de plus, toute autre interprétation doit être repoussée par l'examen et les particularités de cette pièce. Que présente-t-elle donc?

1° Un canal médullaire rempli de pus demi-concret, demi-liquide. C'est du pus et non du tubercule, puisque l'examen microscopique et l'aspect de la pièce le démontrent. C'est donc bien là une ostéo-myélite suppurante.

2° Que trouve-t-on encore? Un os épaissi par l'addition récente de couches osseuses de nouvelle formation; un canal médullaire agrandi ; ce même canal fermé par une hypersécrétion osseuse à la limite de la portion d'os malade. Est-il possible d'attribuer cet état hypertrophique à autre chose qu'à une ostéite non suppurative de la moitié inférieure du fémur?

M. Gosselin fait observer :

1° Que, sur cette pièce, on observe les lésions d'une ostéite générale et non pas celles d'une ostéo-myélite seulement ; c'est une ostéite qui, à une certaine époque, s'est terminée par la suppuration du centre de l'os ;

2° Que la membrane enveloppant le pus et la matière concrète ne doit pas être prise pour une membrane médullaire normale, attendu que la cavité dans laquelle on la voit est placée au-dessous du point où finit le canal médullaire : c'est une cavité accidentelle consécutive à la disparition de la substance spongieuse; la membrane kystique qui enveloppait le pus est donc de nouvelle formation et analogue à la membrane pyogénique des cavités purulentes ;

3° Que la coupe de l'os est rouge en certains points et très-pâle en d'autres, qui cependant ne sont pas nécrosés.

M. Gosselin a remarqué que dans la plupart des ostéites, comme dans les tumeurs blanches, on voit ce mélange d'hypérémie et d'anémie en divers points d'un même os, mélange qui semble indiquer que, l'équilibre étant rompu dans la répartition des matériaux nutritifs, certains points en reçoivent trop et les autres n'en reçoivent plus assez.

M. Gosselin demande, en outre, si le malade n'a pas eu les symptômes et les lésions de l'infection purulente. Sur la réponse affirmative de M. Chassaignac, il fait observer que c'est encore un exemple de la relation qui existe entre les maladies de la moelle et l'infection purulente.

M. Marjolin. Je rapprocherai du fait de M. Chassaignac l'observation suivante, que j'ai recueillie étant interne à Beaujon. Je vous montre le dessin que j'ai fait sur la pièce fraîche.

La malade, qui était âgée de cinquante-huit ans, était entrée le 26 juin 1838 pour une fracture du col du fémur consécutive à des coups de sabot reçus sur la cuisse. Sauf un peu de douleur dans l'articulation malade, cette femme était restée un mois sans éprouver aucun accident; au bout de ce temps, un érysipèle phlegmoneux se manifesta à la partie postérieure de la cuisse; une incision donna issue à une quantité considérable de pus. Les accidents avaient diminué, lorsqu'un nouvel érysipèle phlegmoneux envahit la jambe et le haut du pied, et bientôt la malade succomba épuisée par la suppuration et la douleur, qu'on attribuait tout naturellement à la fracture du fémur.

A l'autopsie, on put constater l'existence d'une fracture intra-capsulaire; puis, en examinant le foyer principal de suppuration de la cuisse, on trouva au milieu d'une véritable périostite un trajet fistuleux pénétrant dans l'intérieur du canal médullaire.

Le fémur, scié suivant sa longueur, nous présenta les altérations suivantes : Au niveau de la fracture, il existait un épanchement sanguin très incomplétement résorbé: toute la substance médullaire de l'os était plus injectée que dans l'état normal. Un peu au-dessous de la partie moyenne, il n'existait plus de substance médullaire; elle était totalement détruite et remplacée par un vaste clapier communiquant au dehors par le trajet fistuleux dont je vous ai parlé. Le foyer purulent était tapissé par une membrane grisâtre. Quant à l'os, il avait subi, dans la presque totalité de la diaphyse, une véritable hypertrophie ; de plus, sa face externe, au pourtour de la fistule, présentait de nombreuses inégalités résultant probablement de l'inflammation du périoste.

Ce genre de maladie des os est, du reste, assez fréquent chez les enfants, soit qu'elle se manifeste d'une manière spontanée, soit qu'elle résulte d'une cause traumatique.

M. Houel. Le musée Dupuytren renferme un grand nombre de pièces de ce genre ; mais quelques-unes sont difficiles à classer, faute de renseignements. M. Nélaton en a, pour sa part, donné plusieurs sous le nom de tubercules des os. Elles présentent, comme la pièce de M. Chassaignac, une cavité avec des parois osseuses épaisses et formées d'un tissu très compacte. Ce caractère suffisait à M. Nélaton pour affirmer qu'il s'agit d'un foyer tuberculeux. Il est vrai que l'hypertrophie des couches osseuses périostiques se rencontrent aussi dans les cas de tubercules enkystés ; mais, comme l'a déjà fait remarquer M. Gerdy, elle n'a rien de pathognomique. Comme cette hypérostose périphérique peut se rencontrer à la suite de plusieurs lésions différentes, elle ne saurait caractériser le tubercule osseux. L'opinion de M. Nélaton ne peut donc pas être acceptée ; elle est encore contredite par la pièce que vient de présenter M. Marjolin, et par un exemple d'ostéo-myélite donné au musée Dupuytren par M. Veiss, chirurgien militaire distingué.

M. Larrey a eu occasion de montrer à M. Gerdy, dans le musée du Val-de-Grâce, différentes formes d'ostéite, parmi lesquelles se trouvent des pièces analogues à celle qui vient d'être présentée sous la désignation d'ostéo-myélite, et qui semble se rattacher à l'ostéo-périostite condensante.

M. Hervez de Chégoin s'étonne de voir le centre de l'os occupé par un tissu osseux très compacte, alors que l'origine du mal ne remonte pas à plus de deux mois ; on sait, en effet, que dans les fractures le cal définitif, très dense, ne commence à apparaître qu'au troisième mois.

M. Huguier n'est pas surpris, au contraire, de cette hypérostose ; les os peuvent acquérir en deux mois un volume considérable. D'ailleurs ici le tissu nouveau est encore mou et vasculaire ; l'ongle peut l'entamer, et sa coloration est rougeâtre.

M. Chassaignac combat l'interprétation de M. Houel, qui pense que l'hypérostose est due à la présence du pus dans le canal médullaire. Il croit que dans l'ostéo-myélite aiguë il n'y a jamais de sécrétions périostales, mais bien au contraire un décollement du périoste. Il est convaincu que dans la pièce qu'il présente l'hypérostose a précédé la suppuration intérieure ; c'est pourquoi il la considère comme une ostéo-myélite aiguë, entée sur une ostéite de bonne nature ou une simple ostéite hypertrophique.

M. Houel n'est pas convaincu que l'inflammation aiguë de la moelle ne puisse jamais amener d'hypérostose périostique.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Bouchacourt, médecin sortant de l'hôpital de la Charité de Lyon, adresse une lettre de remerciments à l'occasion de sa nomination comme membre correspondant.

— La Société reçoit les ouvrages suivants :

Maladies chroniques de l'appareil locomoteur (Leçons cliniques de M. le docteur Bouvier recueillies par M. E. Bailly) ;

Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Nancy pendant l'année 1853-1854, par M. A. Simonin ;

Traité des sections tendineuses et musculaires, suivi d'un *Mémoir sur la névrotomie sous-cutanée*, par M. Bonnet (de Lyon).

PRÉSENTATION DE MALADES.

Bec-de-lièvre compliqué. — M. Guersant présente un jeune enfant de douze jours affecté d'un bec-de-lièvre double, avec hypertrophie du vomer et projection en avant du tubercule incisif ; il a désiré le soumettre à la Société avant de l'opérer.

Le meilleur procédé à suivre dans ces cas est celui de Blandin, qui consiste à réséquer une portion triangulaire de la cloison, puis à refouler en arrière le tubercule incisif. Blandin faisait cette résection avec des ciseaux.

M. Guersant a fait fabriquer un instrument spécial, une sorte d'emporte-pièce, qui lui paraît plus avantageux.

Il se propose de faire l'opération en trois temps. D'abord la cloison sera excisée, puis le tubercule refoulé en arrière ; plus tard on fera la suture d'un côté, à gauche, par exemple ; plus tard encore, du côté opposé. Il est très-important, pour le succès, de faire l'opération en plusieurs temps. Pour avoir négligé cette précaution, M. Guersant a vu succomber plusieurs enfants à la suite de graves accidents, et de convulsions en particulier ; au contraire, depuis qu'il a scindé l'opération, il a réussi deux fois.

DISCUSSION.

M. Richet demande le nombre exact des succès qui ont été obtenus à l'aide du procédé de Blandin. Il objecte d'abord qu'il n'est pas nécessaire d'avoir un instrument particulier pour la résection de la cloison, et que des ciseaux courbes sont très-commodes et très-suffisants ; mais ce qu'il importe de connaître, ce sont les résultats. Pour sa part, il a pratiqué trois fois cette opération, et il est bien décidé à n'y avoir plus jamais recours à l'avenir ; ses trois opérés, en effet, sont morts de convulsions à la suite d'hémorrhagies très-difficiles à arrêter. Le dernier enfant qu'il opéra à l'hôpital Saint-Antoine lui avait été amené par M. Hérard : il était âgé de dix à douze jours, et était très-bien constitué. La résection fut faite sans difficulté avec des ciseaux ; mais survint alors une hémorrhagie qui faillit étouffer l'enfant. On employa le perchlorure de fer, puis la compression au moyen d'une bandelette de diachylon engagée dans la perte de substance osseuse et dont les deux chefs furent ramenés sur le front; on parvint à grand'peine à arrêter le sang. L'enfant mourut le lendemain dans les convulsions.

M. Verneuil. Le procédé de Blandin est cité dans tous nos livres récents, il est décrit dans les traités de médecine opératoire, on le recommande dans les cours lorsqu'il s'agit d'un bec-de-lièvre compliqué, mais personne ne parle de ses résultats, de ses avantages, de ses inconvénients. Il est donc fort important que les chirurgiens qui ont eu l'occasion de l'employer nous instruisent de sa valeur.

Nous ne savons pas même combien de fois et avec quel succès Blandin lui-même a pratiqué son opération. J'ai entendu dire, et je retrouve dans mes notes que le sujet sur lequel elle a été mise pour la première fois en usage mourut de scarlatine au bout de deux mois, et qu'à cette époque le tubercule était mobile encore. Il faut avouer qu'*à priori* on concevrait difficilement qu'il en fût autrement. En effet, après avoir réséqué la cloison, on refoule le tubercule en arrière, et on l'enclave entre les deux os maxillaires supérieurs écartés. Mais les surfaces qui se trouvent ainsi mises au contact sont revêtues par la muqueuse épaisse des gencives, et sont par conséquent peu disposées à adhérer entre elles et à se fusionner solidement.

Une autre objection surgit encore. Le tubercule incisif porte quatre dents. Sur une pièce que j'ai eue à ma disposition, les deux incisives médianes étaient sorties et assez normalement dirigées en bas; les deux latérales étaient encore cachées sous la gencive. Mais en ouvrant les bulbes on voyait qu'elles étaient très-vicieusement dirigées, c'est-à-dire qu'elles seraient sorties obliquement de bas en haut et de dedans en dehors. Non-seulement elles n'étaient pas verticales, mais elles étaient horizontales, et seraient venues s'implanter directement dans la portion du maxillaire contre laquelle le tubercule refoulé doit venir se souder.

Je me demande dès lors quels inconvénients aurait cette implantation vicieuse, et, faute de faits pour résoudre la question, je me contente de la poser.

On a proposé d'aviver préalablement les faces latérales du tubercule médian et les extrémités correspondantes du maxillaire. Mais cet avivement peut précisément ouvrir les bulbes dentaires, et la présence de ces cavités et de leur sécrétion ne peut-elle pas compromettre la réunion qu'on espère? Ces objections sont théoriques, il est vrai, mais cela prouve que les faits manquent pour y répondre, et qu'au jour actuel on ignore absolument si le procédé de Blandin a jamais complétement réussi, et si la consolidation de la pièce osseuse médiane a jamais été obtenue.

C'est là, au reste, l'histoire d'une foule d'opérations qui remplissent les livres, qui sont très-brillantes et très-ingénieuses à l'amphithéâtre, et sur lesquelles la science ne possède aucun renseignement certain.

M. Verneuil a vu une fois employer ce procédé, et l'essai n'a pas été de nature à le convaincre de son utilité. M. Broca, remplaçant Roux à l'Hôtel-Dieu, fit l'excision de la cloison. Une hémorrhagie assez intense survint; elle provenait de la lèvre postérieure de la section. La compression, l'application du perchlorure de fer furent impuissantes. M. Broca se détermina à enlever le tubercule, et put seulement alors arrêter l'écoulement sanguin. L'opération définitive fut ajournée; elle fut faite plus tard avec un succès à peu près complet; la restauration de la sous-cloison seule ne fut pas immédiatement obtenue. En pareil cas, l'ablation serait probablement ce qu'il y aurait de mieux à faire.

M. Guersant. Blandin n'a pratiqué son procédé qu'une ou deux fois; il a réussi dans un cas. L'excision de la cloison est préférable à la fracture du pédicule du tubercule et à l'ablation de celui-ci; car non-seulement on ne sacrifie pas, comme dans ce dernier procédé, une partie naturelle, mais on l'utilise même en la faisant servir de support aux sutures labiales que l'on pratique ultérieurement, et qui sont ainsi mieux protégées contre l'action de la langue.

M. Richet pense que la section se fait aisément avec des ciseaux. Déjà Blandin était d'un avis contraire, et M. Guersant a remarqué, de son côté, que les ciseaux pratiquaient très-mal surtout la section postérieure. On a parlé d'hémorrhagie; mais elle est précisément due à l'emploi des ciseaux; dans les deux derniers cas, en effet, l'emporte-pièce a été mis en usage, et cet accident ne s'est pas montré. Au reste, l'écoulement sanguin peut toujours être arrêté au moyen d'un stylet rougi à blanc, qu'il faut toujours tenir prêt pour cette occurrence.

M. Guersant a opéré déjà cinq fois par le procédé de Blandin. Trois enfants sont morts assez rapidement; deux autres ont succombé, mais longtemps après, à des affections étrangères. Chez ces deux derniers, il a pu voir les sutures se réunir; mais il a remarqué qu'on éprouve de grandes difficultés à maintenir le lobule entre les maxillaires et à obtenir la soudure entre ces pièces séparées.

M. Huguier a observé plusieurs cas de bec-de-lièvre compliqués analogues à ceux que l'on vient de citer. Dans deux cas qu'il a opérés, il s'est contenté de briser le pédicule avec des pinces analogues à celles dont se servent les treillageurs. Ce procédé a l'avantage de ne point exposer à l'hémorrhagie. Il a revu les enfants très-longtemps après l'opération; le résultat était très-satisfaisant.

M. Richet est de l'avis de M. Guersant en ce qui concerne l'utilité de faire l'opération en deux temps. Il se proposait bien d'en agir ainsi, mais la mort rapide des enfants après le premier temps l'a empêché d'exécuter le second. M. Guersant accuse la section avec les ciseaux d'avoir produit l'hémorrhagie, que l'emporte-pièce préviendrait, au contraire. Mais si on s'en rapporte à la manière dont ces deux instruments divisent les tissus, c'est bien plutôt cet emporte-pièce qui, théoriquement, devrait laisser les vaisseaux béants.

Mais, dans tous les cas, M. Guersant a opéré cinq enfants, et, en résumé, tous les cinq sont morts plus ou moins rapidement. Il n'y a pas un succès à opposer à cette série malheureuse. Il faut convenir que ce résultat n'est ni favorable à l'opération ni propre à encourager de nouvelles tentatives.

M. Guersant. Les deux enfants chez lesquels l'opération a été faite en plusieurs temps ont survécu pendant plusieurs mois, et peuvent être considérés comme ayant guéri de l'opération elle-même. Comptant procéder de la même manière, il a voulu précisément montrer l'enfant à la Société avant d'agir.

M. Broca ignore si les faits de Blandin ont été publiés; mais il se rappelle avoir entendu dire à ce chirurgien qu'il avait revu un de ses malades très longtemps après l'opération, et que le tubercule médian n'était pas encore solide. Ce renseignement l'a beaucoup embarrassé dans un cas soumis à ses soins, et auquel M. Verneuil vient de faire allusion. Il chercha vainement, de son côté, des documents certains sur le procédé de Blandin, dont l'excellence ne lui était pas démontrée. Il songea aussi à la fracture du pédicule, conseillée par M. Gensoul. Mais il y renonça à cause de la résistance très-considérable du vomer. En effet, quoi qu'en vienne de dire M. Huguier, cette fracture ne doit pas toujours être facile. Dans le cas en question, l'hypertrophie osseuse de la cloison était si prononcée, que lorsque M. Broca tenta de faire la section, il ne put réussir avec des ciseaux courbes ordinaires, et ne put l'achever, non sans peine, qu'à l'aide de très-gros ciseaux que M. Charrière avait apportés.

Chaque section fut très-pénible; mais dès qu'elles furent faites, un double jet de sang jaillit des artères de la cloison. On fit le tamponnement; on employa le perchlorure de fer; le sang coula moins fort, mais ne s'arrêta pas complétement. M. Broca pensa alors à refouler le tubercule en arrière pour comprimer directement l'une contre l'autre les deux surfaces saignantes. Une nouvelle difficulté surgit. La cloison était tellement forte et épaisse, que malgré l'excision qui y avait été pratiquée, le tubercule ne pouvait être refoulé en arrière. On fit inutilement des pesées très fortes, et on fut obligé de fracturer le pédicule. Lorsqu'enfin le tubercule fut refoulé en arrière, M. Broca s'aperçut qu'il dépassait encore beaucoup les os maxillaires et ne pouvait être enclavé dans leur intervalle. Il aurait fallu exciser la cloison dans une plus grande étendue; mais tout cela avait été long, le sang coulait toujours. L'extirpation du tubercule incisif parut plus sûre, plus expéditive : elle fut pratiquée. Il fut alors facile d'arrêter l'hémorrhagie.

L'écoulement sanguin fut beaucoup plus malaisé à tarir à la face profonde du petit lambeau cutané qui recouvrait le tubercule incisif et se continuait avec le lobule du nez. Les applications froides, la compression exercée avec deux doigts furent impuissantes; il fallut recourir au perchlorure de fer. Il n'y avait pas lieu de tenter la réunion de surfaces cautérisées par cet agent, et la fin de l'opération dut être remise à une autre séance. C'est ce qui fut fait avec succès quelques jours plus tard.

M. Denonvilliers. Les questions de médecine opératoire qui viennent d'être agitées ont certainement un grand intérêt; mais elles sont subordonnées à celle-ci: convient-il d'opérer à l'âge de l'enfant qui vient d'être présenté? Les faits semblent répondre par la négative. M. Guersant, en effet, opère cinq enfants; trois meurent rapidement, deux autres survivent, mais succombent au bout d'un certain temps. La mort, d'après M. Guersant, ne doit pas être attribuée à l'opération; alors c'est l'âge des sujets qui en est la cause, et alors il faut s'abstenir d'opérer et attendre plus tard. Cette expectation était autrefois adoptée par M. Guersant; car M. Denonvilliers ayant été consulté il y a deux ans, ainsi que M. Danyau, sur l'opportunité d'opérer un enfant très jeune affecté d'un bec-de-lièvre compliqué, ces deux chirurgiens répondirent qu'il fallait attendre que l'enfant fût plus développé. M. Denonvilliers suivit le conseil et s'abstint. Un autre chirurgien intervint; il fut plus hardi; il opéra et échoua.

A cette époque, MM. Guersant, Danyau et lui-même pensaient que pour peu que le bec-de-lièvre fût compliqué, il ne fallait pas l'opérer chez des enfants très jeunes. M. Denonvilliers désire savoir ce qui a conduit M. Guersant à modifier son opinion.

M. Guersant n'a pas changé sa manière de voir. Quand le bec-de-lièvre est simple, il convient de l'opérer de très bonne heure. Quand il est compliqué, quel que soit l'âge, il ne faut espérer que des succès exceptionnels. Depuis deux ou trois ans cependant il s'est demandé si on pourrait tenter dans le très-bas âge la cure du bec-de-lièvre compliqué. Il a échoué d'abord; mais ayant obtenu depuis deux succès, il s'est cru autorisé à faire de nouvelles tentatives.

M. Huguier. Des deux enfants qu'il a cités, l'un avait quatre ans, l'autre deux ans. C'est peut-être à cette circonstance d'âge qu'on doit attribuer le succès.

M. Richet. En résumé, les objections contre le procédé de Blandin persistent; car jusqu'à présent son efficacité ne s'appuie que sur un seul fait tiré des souvenirs de M. Broca, qui s'en rapporte lui-même à une citation de Blandin.

M. Gosselin. Il est évident qu'on n'a pas de faits suffisants pour juger ce procédé, sa valeur opératoire, sa gravité. Il paraît que beaucoup d'opérés en meurent; cependant, tous les cas ne sont pas aussi funestes. Ainsi, M. Debrou répéta, en 1841, l'opération de Blandin, en y ajoutant l'avivement latéral du tubercule et des maxillaires. La guérison eut lieu; l'enfant doit avoir aujourd'hui quinze à seize ans; mais il paraît que le tubercule n'est pas solide et vacille encore. Il n'est sorti que deux incisives, qui sont dirigées en avant d'une manière disgracieuse. Malgré ce succès, M. Gosselin a entendu M. Debrou regretter de n'avoir pas fait autrefois l'extirpation du tubercule. Cela prouve peu en faveur du procédé.

M. Morel-Lavallée a publié dans le *Bulletin de thérapeutique* deux cas de succès par le procédé de Blandin; mais les malades n'ont pas été suivis. Pour sa part, il n'a opéré à l'hôpital qu'un cas de bec-de-lièvre, et l'enfant est mort quelque temps après dans un état de langueur. Depuis cette époque, il s'est abstenu; il a bien rencontré d'autres cas, mais il possède les pièces conservées dans l'alcool, car les enfants ont succombé sans qu'aucune opération leur ait été faite, probablement sous l'influence des mauvaises conditions hygiéniques de l'hôpital.

M. Denonvilliers. La conservation du tubercule incisif doit encore inspirer une crainte relative à la forme que conservera le nez. Si, en effet, on conserve pour restaurer la lèvre la portion charnue qui recouvre le tubercule incisif, il arrivera, dans certains cas, que le nez sera attiré en arrière, aplati, très difforme. Si, au contraire, on résèque l'os intermaxillaire, la languette charnue sous-jacente servira à reformer la sous-cloison. C'est ainsi que procédait Dupuytren, et il obtenait de beaux résultats. La forme du nez était au moins rétablie.

M. Guersant a vu Dupuytren opérer trois ou quatre fois : tantôt il enlevait le tubercule incisif, tantôt il le conservait, suivant les variétés anatomiques; il n'avait pas de règle fixe à cet égard.

M. Gosselin a vu un malade de soixante ans autrefois opéré par Dupuytren. Le résultat était réellement très beau. Ce cas lui avait fait penser que si de tels succès étaient communs, il conviendrait d'exciser toujours le tubercule.

M. Broca pense qu'un des avantages de l'opération hâtive est de prévenir la difformité de la face, l'aplatissement du nez, l'écartement des os maxillaires. En agissant de bonne heure, on se prépare incontestablement des résultats plus brillants. Il montrera un malade qui justifie cette manière de voir.

— La Société procède au vote pour l'élection de M. le professeur W. Sands Cox, doyen du Collége royal des chirurgiens de Birmingham. M. Sands Cox, ayant réuni l'unanimité des suffrages, est nommé membre correspondant.

— M. Richet montre un homme atteint d'une ancienne luxation traumatique complète du poignet. Il donnera l'observation complète.

— M. Huguier montre un cancer de la glande mammaire chez l'homme. Il existait une grande quantité de ganglions cancéreux dans l'aisselle.

M. Larrey a eu occasion de voir deux ou trois cas de cancer mammaire chez de vieux soldats, et chez l'un d'eux surtout la dégénérescence squirrheuse offrait la plus grande analogie avec la pièce anatomique présentée par M. Huguier. Ces faits ont été indiqués dans une thèse de M. Robelin sur les *maladies du sein chez l'homme*, thèse que M. Velpeau a mentionnée plusieurs fois dans son *Traité des maladies du sein*.

— M. Huguier présente également les deux pieds d'un même sujet; l'un a subi l'amputation de Chopart, et l'autre l'extirpation de plusieurs os.

L'observation et les dissections dont M. Verneuil se charge seront publiées.

— La séance est levée à six heures moins un quart.

Le secrétaire de la Société : A. Verneuil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le conseil d'administration de l'Université de Bruxelles vient de nommer MM. Hauchamps, Thiry, Pigeolet et Rossignol professeurs ordinaires à la Faculté de médecine.

M. Crocq, chef des travaux anatomiques, a été nommé professeur extraordinaire.

M. H. Guillery, prosecteur adjoint, a été chargé, en remplacement de M. Rossignol, de la conservation des pièces anatomiques.

(Presse médicale belge.)

— Le conseil d'administration des hospices de Bruxelles, de concert avec l'administration de l'Université, vient de réorganiser les cours de clinique sur une vaste échelle, de manière que toutes les parties de la science médicale puissent avoir leur enseignement pratique.

Ont été nommés professeurs de clinique à l'hôpital Saint-Pierre : 1° M. Victor Uytterhœven, pour les maladies internes; 2° M. le baron Seutin, pour les maladies chirurgicales; 3° M. Thiry, pour les affections syphilitiques et cutanées; 4° M. Is. Henriette, pour les maladies des enfants.

A l'hôpital Saint-Jean : 1° M. Graux, pour les maladies internes; 2° M. Deroubaix, pour les maladies chirurgicales et l'ophthalmologie.

A la Maternité : M. Van Huevel reste chargé de la clinique des accouchements au grand hospice; M. Crocq est chargé d'une clinique spéciale sur les maladies cancéreuses.

A l'hôpital militaire : M. Lebeau continuera sa clinique des maladies internes. *(Ibid.)*

— Un jeune médecin, dont le dévouement pendant la dernière épidémie de choléra avait été au-dessus de tout éloge, M. le docteur J.-B. Maréchal (de la Côte-d'Or), auteur d'une thèse assez remarquable et honoré de plusieurs médailles, vient d'entrer en religion dans la maison des Lazaristes de Montpellier. M. Maréchal, à l'expiration de ses études théologiques, a, nous assure-t-on, le dessein de partir en mission pour les plus lointaines contrées, afin d'y prêcher l'Evangile, et, chemin faisant, d'y exercer gratuitement la médecine et la chirurgie.

— Nous lisons dans le numéro du 30 octobre dernier du *Mercurio del Vapor*, journal de Valparaiso, l'article suivant, relatif à plusieurs cas d'extrême longévité observés dans la république du Chili :

« Le directeur du bureau central de statistique donne les renseignements suivants sur neuf personnes qui jouissent actuellement, dans la république, de la plus grande longévité :

A Talea, José-Maria Bustos, âgé de 133 ans.

A Quillota, Augustin Romero, âgé de 121 ans.

A Mélipilla, Bartola Allende, âgée de 120 ans.

A Coelemu, Josepha Garcia, âgée de 120 ans.

A Santiago, Augustina Norato, âgée de 120 ans.

A Santa-Rosa de los Andes, Juan-Antonio Celedon, âgé de 121 ans, veuf, et nouvellement marié avec une femme de 98 ans.

A San-Fernando, Maria de la Cruz Sandobal, âgée de 120 ans, actuellement mariée en secondes noces.

A Santa-Rosa de los Andes, Clara Tapia, deux fois mariée, âgée de 118 ans.

Au Parral, Remijio Mandureira, célibataire, âgé de 118 ans. »

De si nombreux exemples de longévité dans un pays qui compte à peine un million et demi d'habitants semblent venir à propos à l'appui des idées séduisantes émises par M. Flourens dans son ouvrage sur la vie humaine. Ils prouvent du moins que sous un beau climat, avec des mœurs pures, une vie simple et frugale, l'homme peut prolonger de beaucoup son existence, dont M. Flourens a fixé, comme on le sait, la durée ordinaire à un siècle au moins.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Cartier, d'Arles (Bouches-du-Rhône); *Études sur les corps étrangers des articulations.*

Petit, de Saint-Saturnin (Vaucluse); *Des vomissements pendant la grossesse.*

Pineau, de Vire (Calvados); *Du mal de Pott au point de vue de son diagnostic et de son traitement.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux memes conditions qu'à Paris.

Agenda médical pour 1856, à l'usage des médecins, pharmaciens et vétérinaires, contenant : 1° un Memento du praticien pour l'emploi des médicaments dangereux, des principales formules, officinales et magistrales, et des agents nouveaux, par le Dr Alph. Cazenave, médecin de l'hôpital St-Louis, etc.; 2° la Revue annuelle des travaux académiques, par le Dr A. Foucart; 3° un Résumé pratique des eaux minérales, par M. Constantin James; 4° l'Extrait du décret impérial en date du 22 août 1854, sur le régime dans les Facultés et Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie en France. Plus, un calendrier à deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires de Paris et des environs; le service médical de la maison de l'Empereur; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins inspecteurs des eaux minérales; les maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et Ecoles préparatoires de médecine de France, avec le nom de MM. les professeurs; l'Ecole de pharmacie, l'Ecole vétérinaire d'Alfort; l'Académie de médecine, la Société de chirurgie et autres Sociétés; le Conseil d'hygiène publique et de salubrité, et les commissions d'hygiène; la liste des poisons et contre-poisons, avec l'indication des secours à administrer aux noyés et asphyxiés; la liste par ordre alphabétique des substances actives et toxiques qui ne doivent pas être délivrées sans ordonnance du médecin; les chemins de fer, avec le nom des stations où ils s'arrêtent; le tableau des rues de Paris, etc. Format in-18 de 430 pages, dont 190 de calendrier et 240 de renseignements utiles. — Prix, broché : 1 fr. 75 c. à Paris, et 2 fr. 50 c. *franco* par la poste; divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille : 3 fr. 50 c. *franco* par la poste. Prix, relié, suivant le luxe des reliures : de 3 à 9 fr. — Paris, chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine, 23. — *Nota.* Les exemplaires reliés ne pouvant être expédiés par la poste, MM. les médecins sont priés de les faire demander par l'intermédiaire des libraires de leur localité.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 JANVIER 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

Après une discussion qui n'a pas duré moins de trois mois, et qui a occupé environ douze séances, l'Académie a repris le cours de ses travaux habituels. Un rapport de M. Ségalas sur quelques observations intéressantes de lithotritie, communiquées à l'Académie par un de ses correspondants, M. le docteur Cazenave (de Bordeaux), et une lecture de M. Delpech, ont fait les principaux frais de cette séance.

Le travail de M. Delpech intéresse au même titre la pathologie et l'hygiène publique.

Il s'agit des effets pathologiques produits par la manipulation du caoutchouc. L'industrie du caoutchouc, qui a pris depuis peu un si grand développement, donne lieu à des accidents que plusieurs médecins ont déjà eu l'occasion d'observer, mais qui n'ont encore été décrits nulle part d'une manière complète. L'objet de la lecture de M. Delpech est de les faire connaître.

L'agent qui paraît exclusivement produire les accidents est le sulfure de carbone, qui a remplacé partout les dissolvants précédemment en usage. L'effet de l'absorption de cet agent par les voies respiratoires est un véritable empoisonnement.

Les deux faits que rapporte M. Delpech démontrent suffisamment l'action spéciale du sulfure de carbone. Les principaux caractères de cette intoxication sont décrits dans les conclusions du mémoire, que nous reproduisons dans le compte rendu.

Mais M. Delpech ne s'est pas borné à signaler le mal; il s'est attaché aussi à rechercher les moyens propres à le prévenir, ou au moins à en atténuer les effets. Cette dernière partie de son travail se recommande particulièrement aux comités d'hygiène chargés d'éclairer l'administration sur tout ce qui concerne ces grandes questions de salubrité. Nous espérons que la commission à laquelle le bureau a renvoyé le mémoire de M. Delpech nous fournira l'occasion de reprendre avec plus de développement cet intéressant sujet.

Au commencement de la séance, M. H. Larrey a payé un pieux devoir envers la mémoire de l'un des correspondants de l'Académie, qu'un événement *inexplicable* (c'est le mot dont s'est servi M. Larrey) a enlevé récemment à la science et à ses amis.

L'Académie, sur le rapport de la commission des onze, a déclaré deux vacances dans la section de pharmacie et dans la section de physique et chimie médicales. — Dr Brochin.

HOPITAL MILITAIRE DU ROULE — M. BONNAFONT.

Tumeur blanche du coude gauche ayant nécessité l'amputation du bras. — Réflexions sur le premier pansement après les amputations, ainsi que sur les anesthésiques.

Le nommé Dubernat, gendarme d'élite, est entré à l'hôpital du Roule atteint d'un engorgement de l'avant-bras et du coude gauches, dont l'origine remontait déjà à quelque temps.

A notre premier examen, nous trouvâmes l'extrémité inférieure de l'humérus très gonflée, au point que la distance entre l'épicondyle et l'épitrochlée était augmentée au moins d'un tiers. L'engorgement s'étendait depuis le coude jusqu'à l'extrémité des doigts et était accompagnée d'une vive douleur.. L'avant-bras, porté fortement dans la pronation, ne pouvait dans cette position supporter le plus léger changement.

Le membre ayant été placé sur des coussins convenablement disposés, nous fîmes appliquer 30 sangsues sur la région du coude, puis des cataplasmes émollients recouvrant tout l'avant-bras.

Trois jours après, nouvelle application de sangsues au nombre de 20, ce qui ne diminua sensiblement ni l'engorgement ni la douleur, qui était toujours vive et pulsative dans la région épicondylo-olécranienne; la fièvre, l'inappétence existaient toujours; un malaise général se faisait sentir.

Des résultats aussi négatifs nous engagèrent à soumettre le membre à un autre mode de traitement, et nous nous décidâmes à employer les irrigations continues d'eau froide, pour lesquelles nous procédons de la manière suivante :

Une fontaine en tôle étant fixée au mur à la tête du lit du malade, un tuyau conducteur élastique, long de 1 mètre 50 centimètres, est fixé au robinet par un petit tube très-étroit et se termine par un autre tube à ouverture capillaire, que l'on adapte directement au-dessus de la partie malade au cerceau qui sert à la protéger. C'est par ce tuyau conducteur que l'eau se dirige de la fontaine sur le membre affecté et ne vient y tomber que goutte à goutte, selon la recommandation de M. Baudens, ou par un filet excessivement ténu, que l'on peut encore rendre plus petit en introduisant dans l'orifice capillaire de l'extrémité terminale de *notre tuyau élastique* une paille du diamètre de cet orifice.

Une toile cirée, qui a préalablement été placée sous le membre, est repliée sur ses bords latéraux de manière à recevoir toute l'eau et à la déverser dans un vase placé à côté du lit.

Par ce procédé, l'irrigation peut durer longtemps; le malade peut être complétement recouvert, grâce à la flexibilité du conducteur, qui est facilement caché par les couvertures, et aucune partie du lit n'est exposée à être mouillée par le liquide, qui, disons-le de suite, est employé à la température ordinaire.

Sous l'influence de cette médication, un mieux sensible eut bientôt lieu. Il nous sembla même, deux ou trois jours après, que l'engorgement était moindre; aussi persistâmes-nous dans cette voie pendant douze jours et douze nuits sans interruption. Au bout de ce temps l'engorgement était à peu près le même, mais la douleur et la chaleur offraient une notable amélioration; la fièvre, qui n'avait jamais complétement disparu, était beaucoup moins intense, et le malade pouvait prendre et supporter quelques aliments légers.

Ajoutons que dès le début de la maladie, en raison du tempérament lymphatique du sujet et de la nature de sa maladie, nous l'avions soumis à l'usage de l'iodure de potassium, prescrit d'abord à la dose de 1 gramme, et portée insensiblement jusqu'à 5 grammes par jour.

A cette époque, le malade ayant commencé à tousser, et s'étant plaint de douleurs erratiques à la poitrine, nous crûmes prudent de suspendre les irrigations froides et de leur substituer des cataplasmes émollients et des bains de bras. Mais sous l'influence de ce nouveau traitement la douleur du coude ne tarda pas à reprendre de l'acuité, à priver notre patient de tout sommeil; c'est pourquoi nous dûmes, non-seulement de mon plein gré, mais encore sur les instances du malade, en revenir trois jours après aux irrigations continues d'eau froide. Cette fois, nous l'avouons à regret, elles ne produisirent pas tout le bien que nous en attendions, car la douleur se calma très-peu, et l'engorgement continua à faire des progrès, surtout au niveau de l'articulation, où le toucher fit bientôt reconnaître un point très-fluctuant.

Le cas devenait très-épineux, et de l'avis d'un confrère que nous avions consulté, il était de nature à entraîner l'amputation du membre. Désirant cependant épuiser toutes les ressources de l'art avant d'en venir à cette extrémité, nous essayâmes le bandage inamovible que M. Crocq (de Bruxelles) dit employer avec succès contre ces affections. Ne pouvant toutefois nous résoudre à enfermer le membre dans un étui solide, avec une fluctuation aussi manifeste que celle qui existait, nous nous décidâmes auparavant à faire une petite ponction avec un bistouri à lame pointue et très-étroite; mais cette ponction, prolongée jusque sur l'humérus, ne donna issue qu'à un peu de sérosité présentant quelques stries de pus blanchâtre. Nous mîmes un peu de sparadrap sur l'ouverture, et nous nous déterminâmes enfin à l'application d'un bandage dextriné depuis l'extrémité des doigts jusqu'au tiers supérieur du bras. Deux jours après la douleur était moindre, la fièvre avait diminué, le malade pouvait légèrement remuer les doigts.

Satisfait de ce résultat, nous l'engageâmes à se lever, en ayant soin toutefois de maintenir son bras dans une écharpe. Pendant huit ou dix jours, Dubernat put se promener quotidiennement deux ou trois heures, se sentant, disait-il, beaucoup mieux. Mais il arriva ici ce qu'il arrive toutes les fois qu'on applique le bandage dextriné sur une région tuméfiée : à mesure que l'engorgement diminua, l'appareil cessa de comprimer; il se desserra, et il fallait ou fendre le bandage à la manière de M. Crocq, ou en appliquer un nouveau.

Cependant, malgré cette amélioration apparente, le malade se plaignait beaucoup d'une douleur au-dessous de la région olécrânienne, ce qui nous engagea à prendre ce dernier parti.

L'appareil ayant donc été enlevé, nous pûmes constater une grande diminution dans l'engorgement de l'avant-bras et du bras, mais le coude offrait une fluctuation très-manifeste au point déjà ponctionné. Ce point était très-tendu et très-douloureux au toucher. Une nouvelle ponction exploratrice donna issue à une quantité assez considérable d'un pus fétide, blanchâtre, entraînant avec lui des paquets de tissu cellulaire dégénéré. Le foyer ayant été vidé autant que possible, l'ouverture fut recouverte d'un petit morceau de sparadrap. Une nouvelle application du bandage dextriné fut faite, en suivant exactement les indications de M. Crocq, c'est-à-dire en plaçant au pli du bras, ainsi qu'au coude, deux attelles en carton trempées dans la dextrine, afin de donner dans cette région surtout, plus de consistance à l'appareil, et de rendre ainsi l'immobilité de l'articulation plus complète.

Pendant les quatre ou cinq jours qui suivirent cette application, le malade éprouva un soulagement tel que, le bras soutenu avec une écharpe, il put rester levé quatre ou cinq heures par jour. Mais bientôt les douleurs recommencèrent et se compliquèrent de mouvements fébriles avec paroxysmes tous les soirs. Craignant alors un commencement de résorption purulente, nous administrâmes le sulfate de quinine à la dose de 5 décigrammes par jour, et afin de favoriser la sortie du pus qui suintait à travers les pièces de l'appareil, nous y fîmes une petite ouverture correspondant à celle de l'abcès. La suppuration était moins fétide qu'au commencement, mais les grumeaux blanchâtres et consistants qu'elle entraînait avec elle révélaient, à n'en pas douter, la désorganisation de l'articulation. Depuis ce moment le pus ne fit que devenir plus abondant, et la douleur qui se manifesta dans tout le membre nous obligea à enlever l'appareil dextriné, dont la compression gênait le malade. Sous l'influence de l'aggravation des accidents locaux, la fièvre prit aussi un caractère plus grave et devint continue; il se déclara en même temps de la toux, des douleurs partielles sur le thorax, de la dyspnée et des sueurs abondantes toutes les nuits.

Inquiet de l'apparition de tous ces symptômes qui faisaient craindre une réaction funeste sur les organes de la respiration, nous avons réclamé l'avis de nos confrères de l'hôpital, de MM. Boudin, médecin en chef; Abeille, médecin-major; France et Armand, aides-majors, etc. Leur opinion fut unanime ; ils pensèrent que l'amputation seule pouvait sauver le malade d'un danger imminent.

Cette opération devait être faite sans doute dans des conditions très-mauvaises, à cause de l'affaiblissement du sujet d'une part; d'autre part à cause de l'état des poumons, qui, à l'auscultation, faisaient présumer un commencement de tuberculisation à leur partie supérieure. Mais, d'un autre côté, si le membre malade n'était pas amputé, la fièvre hectique ne tarderait pas à amener une issue fatale.

Nous acceptâmes avec d'autant plus d'empressement l'avis de nos confrères, que depuis plusieurs jours nous pressentions la nécessité d'en venir à ce moyen extrême.

L'amputation fut pratiquée le lendemain 23 mars.

Tout étant convenablement préparé, le malade fut donc soumis aux inhalations éthérées, et au bout de douze minutes une insensibilité convenable permit de commencer l'opération. Celle-ci n'offrit rien de particulier, mais il n'en fut pas de même du pansement de la plaie. Bien que nous eussions pris toutes nos précautions pour la ligature des artères, il nous sembla pourtant qu'une petite branche musculaire nous avait échappé, et, quoique le moignon, après quelques instants d'attente, ne présentât plus d'écoulement sanguin, nous n'osâmes pas réunir immédiatement les lèvres de la plaie, sauf à y procéder deux ou trois heures après, si après ce laps de temps aucune hémorrhagie ne s'était produite.

Nous nous contentâmes donc, afin de neutraliser la contraction des muscles et le retrait de la peau en haut, d'appliquer une bande roulée de haut en bas, pendant qu'un aide ramenait mollement les chairs dans le même sens.

Le malade fut ensuite couché dans son lit, le moignon appliqué sur des coussins et laissé entièrement au contact de l'air.

Au bout d'une heure, rien de nouveau ; deux heures après, l'absence de toute hémorrhagie nous décida, le membre laissé dans la même position, à appliquer quelques bandelettes sur la plaie pour en rapprocher légèrement les bords, et ce ne fut qu'à trois heures du soir que le pansement fut complété par les moyens ordinaires.

Notre malade guérit en peu de temps et n'eut pas à se repentir de s'être soumis à cette opération.

On remarquera que nous n'avons pas employé les sutures ; c'est que depuis longtemps nous les avons proscrites de nos opérations ; en voici les raisons :

A l'époque où M. le professeur Serres (de Montpellier) proclamait dans un ouvrage remarquable les avantages de la réunion immédiate, elle fut généralement adoptée, malgré la résistance que lui opposèrent d'autres praticiens non moins recommandables, qui prédisaient déjà tous les inconvénients qui pourraient en résulter. Ami du professeur de Montpellier, je devins moi-même, après l'avoir vu à l'œuvre, grand partisan de sa méthode, et me promis de l'employer en Afrique; mais des accidents qui suivirent certaines amputations et qui furent uniquement occasionnés par la réunion immédiate des plaies, nous engagèrent depuis à être moins exclusif dans l'application de ce mode de pansement.

Quand les bords de la plaie sont réunis par plusieurs points de suture, M. le professeur Serres et ses adeptes recommandent, en effet, de ne renouveler le premier pansement que le quatrième ou cinquième jour ; c'est pour avoir été trop fidèle à ce principe que nous avons observé les accidents en question. En effet, quelques

précautions que l'on prenne pour lier tous les vaisseaux après une amputation, il se fait toujours une exsudation soit capillaire, soit veineuse ou toute autre, assez considérable pour inonder les pièces de l'appareil.

Eh bien! lorsque la réunion est trop exactement faite, la matière plastique qui s'interpose entre les lèvres du moignon se produit chez les individus d'une constitution sèche et très-sanguine assez rapidement pour empêcher la sortie du suintement qui se fait à l'intérieur du moignon. Lorsque cela arrive, et je l'ai observé deux ou trois fois, la partie du linge qui est appliquée immédiatement sur la plaie se dessèche et forme une coque imperméable. D'un autre côté, tout le suintement, continuant à se faire dans l'intérieur du moignon, tend à isoler celui-ci de la surface interne des lambeaux. Dès lors s'établit une compression de ce dernier, d'une part par la collection purulente intérieure et de l'autre par la coque imperméable formée des pièces de l'appareil, qui l'empêche de céder aux efforts de cette collection.

Tout cela se passe sans que le malade éprouve de douleur et sans que son état général soit en rien altéré. Si, dans ces conditions, vous laissez écouler quatre ou cinq jours sans lever l'appareil et sans donner issue aux matières retenues dans le moignon, ce laps de temps aura suffi pour provoquer la gangrène d'une grande partie des lambeaux, surtout si, comme dans les amputations de la jambe, ces lambeaux ne sont formés que par la peau et le tissu cellulaire. C'est donc après avoir deux ou trois fois remarqué un pareil accident, que nous prîmes la résolution de lever le premier appareil d'une amputation quelconque, que des points de suture aient été ou non employés, vingt-quatre heures après l'opération, et de laisser ensuite entre les pansements suivants un intervalle proportionné à la quantité de suppuration fournie par la plaie.

Quant au premier pansement, nous ne serions pas éloigné d'adopter le principe de quelques grands maîtres tels que Dupuytren, Lisfranc et Boyer, qui, après toute opération de ce genre, laissaient écouler un intervalle de quelques heures avant de procéder à la réunion de la plaie. Ils donnaient pour cela des raisons que tout le monde connaît, et auxquelles notre expérience nous fait accorder depuis quelques années une grande valeur.

Avant de terminer, nous devons donner quelques explications sur les motifs qui nous font préférer les inhalations d'éther à celles du chloroforme dans les grandes opérations. Ce sujet est grave, et mérite de fixer sérieusement l'attention des praticiens.

A peine introduit dans la pratique chirurgicale, le chloroforme y a excité, par ses merveilleuses propriétés anesthésinantes, un enthousiasme auquel nous avons le regret de ne pouvoir nous associer. En effet, depuis quelques années seulement qu'on l'emploie, il a produit assez d'accidents et a paru assez dangereux pour mettre en émoi les chirurgiens de tous les pays, et pour leur faire chercher les moyens propres non pas à régulariser l'administration du chloroforme, mais bien à parer aux accidents qu'il peut produire. Une foule de travaux ont déjà paru sur ce sujet, et tous sont d'accord pour reconnaître les dangers de son administration et la nécessité de trouver un moyen capable de les conjurer. Bon nombre d'expériences ont été faites à ce sujet. Mais malheureusement, comme toutes les recherches qui ont pour but de dévoiler un phénomène physiologique quelconque, ces expériences n'ont pu être faites que sur des animaux. Or, il faut bien se tenir en garde sur les conséquences à déduire de ces expériences faites sur des êtres occupant un degré plus ou moins inférieur dans l'échelle animale, et dont l'organisation est loin d'être aussi compliquée que celle de l'homme. Il est d'ailleurs facile de s'assurer de la justesse de notre observation en comparant les éléments constitutifs du sang de l'homme avec ceux du sang des animaux. Cette différence dans la composition du sang doit nécessairement entraîner des différences dans la sensibilité ainsi que dans les propriétés générales et particulières de tout l'organisme.

Il est un fait constant, c'est que, de l'aveu de tous les chirurgiens, le chloroforme est un agent éminemment dangereux, et qui peut produire la mort très promptement si on ne se hâte d'en combattre les accidents.

Eh bien, je dis que si une personne étrangère à notre art lisait tous les travaux écrits sur cette matière, et connaissait les efforts tentés par les praticiens pour trouver des antidotes contre les accidents si subtils et si menaçants du chloroforme, elle y trouverait certainement plus de motifs de condamner le chloroforme que d'en faire l'apologie.

Je comprends l'emploi d'un remède, si actif qu'il puisse être, quand son action doit avoir pour but la guérison ou au moins la modification d'un état morbide quelconque; mais avant de l'employer, je veux être bien certain du dosage de ce médicament, afin de pouvoir en augmenter ou en diminuer la dose selon les phénomènes produits. En supposant encore que malgré toute la prudence et toute la circonspection du praticien, il survienne des accidents, je trouverai son excuse dans la gravité du mal et dans l'espoir que faisait naître en lui l'administration d'un agent dont les propriétés avaient été déjà proclamées par nos maîtres. Je n'admets l'emploi d'un médicament qu'à ces conditions.

Le chloroforme se trouve-t-il dans cette catégorie? Non, sans doute; car il n'est pas employé comme remède, mais bien comme un agent salutaire qui vient diminuer les douleurs inséparables de toute opération. Par cela seul qu'il n'est pas remède, il ne peut pas y avoir nécessité à l'employer, alors surtout qu'il peut être si fatal aux malades. Et puis, de l'aveu même de M. Soubeiran, son inventeur, il n'est pas possible d'apprécier son degré d'intensité; quelques soins que l'on prenne pour sa préparation. Les praticiens qui emploient le plus cet agent avouent aussi qu'il est plus difficile encore de reconnaître d'avance l'idiosyncrasie des malades et le degré de tolérance qu'ils opposeront à l'action du chloroforme, dont les accidents se manifestent, quand ils doivent se produire, bien avant d'avoir produit le degré d'insensibilité qu'on désire obtenir.

« Ce n'est jamais chez les malades saturés de chloroforme que la mort a lieu, a dit M. Robert à la Société de chirurgie; la mort ne survient jamais par le fait de l'action graduelle et successive de l'anesthésie. Quand elle arrive, c'est avant toute résolution, avant l'insensibilité; c'est tout d'un coup dès les premières inhalations, et avant même la production des effets de la première période. » Eh bien! entre ces deux inconnus, d'une importance majeure, il y a un abîme dans lequel je crains d'engager ma responsabilité et, plus encore, d'y faire tomber mes opérés.

Je sais bien que le chloroforme est passé maintenant dans la pratique, et que les malades eux-mêmes en réclament le plus souvent l'usage; je sais aussi qu'à la Société de chirurgie, où cette question a été agitée et soumise à une discussion sérieuse, le savant rapporteur, M. Robert, a dit qu'il en était du chloroforme comme des chemins de fer, que malgré les accidents survenus sur ces derniers on ne s'en servait pas moins; de même que malgré les dangers du chloroforme, ce dernier resterait dans la pratique. Permettez-moi de dire que cette comparaison ne me paraît pas juste, attendu que tout voyageur qui veut se transporter d'un point à un autre n'a d'autre alternative que de rester chez lui ou de prendre la voie ferrée, puisqu'il n'y a pas pour lui d'autre moyen de communication. Mais établissez à côté du chemin de fer un autre moyen de communiquer, vous verrez que bien des voyageurs préféreront encore les anciens véhicules comme leur offrant plus de sécurité et moins de danger. Il en serait du chloroforme comme du chemin de fer, si vous pouviez le remplacer par un agent moins actif, par conséquent moins dangereux et qui atteindrait le même résultat. Ce moyen, vous le connaissez tous; c'est celui qui a précédé le chloroforme et qui aurait dû défendre mieux qu'il ne l'a fait son droit d'aînesse.

Avant que le chloroforme fût connu, l'éther avait produit le même degré d'anesthésie et soulevé un enthousiasme au moins égal, et s'il a été détrôné, ce n'est pas qu'on ait eu à lui reprocher cette série d'accidents que le chloroforme a produits, et qui ont éveillé plusieurs fois la sollicitude des magistrats.

C'est donc pour éviter ces déplorables résultats que je voudrais voir l'éther reprendre son rang et remplacer à son tour le chloroforme.

En effet, quand je vois quels soins il faut prendre dans son administration, quelle surveillance il faut exercer pendant son action, et quelle célérité il faut mettre pour parer aux accidents qui peuvent si facilement et si promptement survenir, je me demande comment les chirurgiens, à moins d'avoir une habileté rare et une immense confiance en eux-mêmes, sont assez hardis pour oser confondre les préoccupations que donne toujours la pratique d'une opération grave avec les dangers des inhalations chloroformiques. Je sais bien que dans nos grands établissements l'opérateur est entouré d'aides intelligents qui se préoccupent pour lui du chloroforme; d'en régulariser les effets et d'en signaler les accidents dès leur apparition. Je comprends que le chloroforme puisse être employé dans de pareilles conditions. Mais tous les opérateurs sont loin de se trouver dans des conditions aussi satisfaisantes; la plupart du temps ils ont des aides peu expérimentés et peu susceptibles d'alléger leur responsabilité. Dans ces cas, il faudra donc que le chirurgien, après avoir chloroformé son malade tout en faisant l'opération, se préoccupe à la fois et de celle-ci et des effets de l'anesthésie.

Plutôt que de mettre le praticien dans une position aussi critique, ne vaut-il pas mieux renoncer aux agents anesthésiques, ou employer du moins celui qui aura le moins de chance de danger?

Si j'entre dans ces détails, c'est parce que je me suis trouvé dans les conditions que je viens d'énoncer, et parce que d'autres praticiens en province m'ont tenu le même langage. On dit, je le sais, que l'éther agit plus lentement, que ses effets ne sont pas aussi constants; je l'accorde sans peine; mais j'aime encore mieux rester quelques minutes de plus, et attendre patiemment les effets de l'éther plutôt que de m'exposer à voir le malade foudroyé par une syncope, qui donne toujours de sérieuses craintes et ajoute à la perplexité de l'opération.

Quant à moi, j'ai depuis dix ans pratiqué bon nombre d'opérations plus ou moins graves, plus ou moins longues, entre autres cinq amputations de cuisses, six amputations de jambe, une amputation calcanéo-astragalienne, opération longue et difficile, eh bien, je dois avouer que dans ces cas, quoique l'anesthésie ait dû être prolongée jusqu'à vingt-cinq minutes, l'éther ne m'a jamais fait défaut, et que l'insensibilité a été aussi complète qu'elle l'eût été par le chloroforme.

Enfin, pour ceux qui s'étonneraient encore de cette prédilection, un mot suffira pour faire comprendre pourquoi j'ai banni le chloroforme de ma pratique: en 1849, je traitai à l'hôpital d'Arras les fièvres intermittentes par les anesthésiques; j'employai l'éther sur les deux premiers malades; sur le troisième, je le remplaçai par le chloroforme, qui ici n'offrit rien de remarquable et qui produisit ses effets très-lentement en provoquant une grande agitation. Sur le quatrième, le même chloroforme, administré presque immédiatement après le troisième, provoqua, presque à la première ou à la seconde inspiration, une syncope foudroyante de laquelle le malade ne revint qu'après beaucoup de temps, beaucoup de soins, et non sans une grande préoccupation de ma part. Je fus, comme on doit le comprendre, très étonné de la manière dont la même qualité de chloroforme avait agi sur les deux sujets, si lentement sur le premier et si activement sur le second. Dès ce moment, je considérai le chloroforme comme un agent dangereux; tandis que l'éther, que j'administrais tous les jours à trois ou quatre malades pendant un mois, n'a jamais provoqué aucun symptôme qui ait pu me donner la plus légère crainte d'un danger.

Ces résultats ont été d'ailleurs conformes à l'opinion exprimée plus tard par M. Jobert (de Lamballe) dans le remarquable travail qu'il a lu à l'Académie des sciences le 20 juin 1853. « L'éther, dit » ce savant praticien, ne peut produire que difficilement la mort » pendant l'expérience (ou l'opération); mais il n'en est pas ainsi » du chloroforme, qui peut faire cesser la vie instantanément, » lorsque le malade n'est pas suffisamment surveillé ou que la ma» nœuvre inspiratoire n'est pas bien exécutée. »

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR UNE ÉPIDÉMIE DE VARIOLE.

Par M. le Dr CORLIEU (de Charly), médecin de la Direction des nourrices.

Sydenham, Huxam, Tissot (*Lettre à de Haller*), et tous les auteurs qui ont écrit sur la variole, ont regardé comme presque constante et avantageuse l'apparition d'une salivation abondante, à laquelle succédait la tuméfaction des pieds et des mains. Ce double phénomène n'a pas été aussi fréquent que le disent ces auteurs, dans une épidémie de variole qui a sévi au commencement de 1855 dans plusieurs communes du département de l'Aisne, où j'ai été appelé à donner des soins à plus de soixante varioleux.

Je ne m'arrêterai ici que sur quelques points principaux, dignes spécialement de fixer l'attention, passant sous silence ceux qui sont connus de tous les observateurs.

Salivation. — Pour le médecin anglais, c'est l'émonctoire dont se sert la nature pour se débarrasser de la matière morbide. J'affirme ne pas l'avoir observée aussi invariablement que le dit Sydenham; elle a souvent manqué, et sa présence ou son absence n'ont nullement influencé la terminaison de la maladie. Elle était constante lorsqu'il y avait des pustules dans la bouche. Chez les deux seuls malades que je perdis, il y avait salivation et tuméfaction considérables.

Tuméfaction; examen des urines. — Elle était en rapport avec la quantité des pustules, et existait au cou, aux pieds et aux mains.

Chez un des premiers varioleux que je soignai, homme d'une trentaine d'années, vacciné dans son enfance, la tuméfaction avait remplacé la salivation, et était considérable. Je songeai à traiter les urines par l'acide nitrique et par la chaleur; elles étaient très-fortement albumineuses. C'était au onzième jour. La présence de l'albumine dans les urines, jointe à un gonflement extraordinaire, dans un cas de variole confluente, chez un sujet fort, pléthorique, délirant, m'effraya. Mon pronostic n'était point favorable. Deux jours après l'albumine avait notablement diminué; les symptômes graves disparurent insensiblement, la suppuration s'effectua très-régulièrement, et le malade en fut quitte pour une convalescence un peu longue, durant laquelle survinrent sept à huit abcès aux bras et aux jambes.

Le fait était nouveau pour moi; aucun auteur, que je sache, ne signale la présence de l'albumine dans l'urine des varioleux, pas même le docteur James Millar, qui a publié à Londres, en 1850, un traité *ex professo* sur les maladies du rein (*On desease of kidney*). J'ai poursuivi mes recherches cliniques dans ce sens; elles ont été infructueuses, quel que fût l'état du malade, quelle que fût l'époque de la maladie, quelle que dût être sa terminaison. Il n'y eut donc là qu'une simple coïncidence.

De tous les malades que je soignai, deux jeunes gens, de vingt à vingt-cinq ans — non vaccinés — succombèrent, le premier à une laryngo-bronchite, le second à la suite de symptômes cérébraux. Chez ces deux malades, il y avait eu cependant succession régulière de salivation et de tuméfaction. Les urines n'étaient point albumineuses.

Influence de la variole sur la grossesse. — Une seule des femmes que j'ai traitées était grosse; elle pensait l'être de sept mois et demi environ. Les symptômes cérébraux étaient assez intenses, l'éruption confluente. Elle accoucha pendant sa convalescence, par conséquent *avant terme*, d'un enfant vivant qui n'offrait aucune pustule variolique ni autre. La mère guérit parfaitement, mais l'enfant mourut après quelques jours.

Dans ces cas le pronostic est généralement grave pour la femme, qui, d'après M. Serres, avorte et succombe 23 fois sur 27.

Durée de l'incubation. — Le praticien de campagne, ainsi que l'a démontré le docteur Gendron dans ses *Recherches sur les épidémies des petites localités*, est plus que tout autre en mesure de suivre pas à pas la marche de l'épidémie, d'étudier son origine, etc... C'est ce que je me suis efforcé de faire pour celle qui m'occupe en ce moment.

Stoll et Boerhaave fixent de cinq à six jours la durée de l'incubation. D'après mes observations, elle fut d'une quinzaine de jours.

Dans les premiers jours de décembre, M. Mas..., cultivateur, habitant une ferme située à l'écart, sur une montagne, à 3 ou 4 kilomètres de Nogent-l'Artaud, *dont elle est séparée par des bois*,

visita son ami M. Br..., habitant ce bourg, et atteint d'une variole très-confluente. Le 22 décembre, M. Mas... éprouvait les premiers symptômes de la variole. L'incubation avait été chez lui de quinze à dix-huit jours.

Vers le milieu de janvier, M. Sal..., cultivateur, habitant une ferme isolée, à deux kilomètres environ de celle de M. Mas..., alla voir celui-ci. Le 31 janvier, M. Sal... me fit appeler; il avait les premiers symptômes d'une variole qui fut grave, très-confluente, avec menace d'asphyxie : il guérit. L'incubation fut encore d'une quinzaine de jours.

Je pourrais d'ailleurs citer plusieurs cas analogues; j'ai pris les deux précédents à cause de la situation isolée des deux fermes.

Formes de la maladie. — Je dois dire, en commençant, que j'ai observé à peu près autant de variole que de varioloïde.

On a écrit que la variole *discrète* n'amène pas la *confluente*, etc...; pour moi, j'ai cru remarquer :

1° Que la variole engendre la variole et la varioloïde;

2° Que la nature de la forme de l'éruption est modifiée selon le tempérament ou quelques idiosyncrasies.

J. Huxam distinguait dans la variole trois formes principales :

1° Inflammatoire;

2° Lente nerveuse;

3° Adynamique.

J'y ajoute une quatrième, qui est la forme *bilieuse*, et une cinquième que j'appellerai *simple*, c'est-à-dire sans prédominance d'aucun symptôme.

La première, la quatrième et la cinquième sont les seules que j'aie vues.

La surabondance du sang détermine la forme inflammatoire; l'acrimonie des humeurs détermine la forme bilieuse, etc., etc.

Ceci est important pour le traitement.

TRAITEMENT. — A. *Prophylactif.* — Je n'entrerai dans aucune discussion à propos de la *revaccination*, qui est, d'après mes observations, un point essentiel. Je ne m'appuie que sur des faits. « On monte des faits aux axiomes, dit Bacon, puis on redescend des axiomes à la pratique. »

Ouvrons un ouvrage quelconque de médecine; à l'article *Variole*, nous lisons : « La variole est une maladie appartenant plus particulièrement à l'*enfance*. »

De tous les malades que j'ai soignés, aucun n'avait moins de 16 ans; trois seulement avaient de 50 à 60 ans. Tous, à l'exception de deux, avaient été vaccinés. Tous les enfants furent épargnés.

Que conclure de ce qui précède?

C'est que chez les enfants, le virus vaccin, ayant encore toute sa puissance, les mit à l'abri de la variole. Il n'en fut pas de même pour les adultes, chez qui le virus vaccin avait perdu son énergie. Tout le monde sait que, de 1799 à 1816, la variole respecta les sujets vaccinés, et que ce ne fut qu'après ce laps de temps, c'est-à-dire après une période de quinze ans environ, que la variole commença à se manifester chez les sujets inoculés. Nous connaissons tous aussi le résultat des revaccinations de l'armée prussienne.

Donc la vaccine n'est que temporairement préservatrice.

Dans cette conviction, j'ai conseillé les revaccinations, qui furent faites en masse. Que cette seconde inoculation, contre-épreuve de celle pratiquée dans l'enfance, réussît ou non, aucun des sujets revaccinés n'eut la maladie.

B. *Curatif.* — Les sujets forts, pléthoriques, se sont généralement bien trouvés d'une émission sanguine générale ou locale (saugsues à l'anus) au début de la maladie. Elle calmait parfois fort promptement les symptômes cérébraux et facilitait l'éruption. J'ai conseillé quelquefois avec succès les sangsues aux apophyses mastoïdes, ou sur les parties latérales du cou, lorsque dans la fièvre secondaire il y avait difficulté de déglutition ou imminence de laryngite.

La *dyspnée* a été quelquefois heureusement combattue à l'aide d'un purgatif, ou mieux, d'un éméto-cathartique et de cataplasmes sinapisés à la base de la poitrine; traitement analogue à celui qu'emploie M. le docteur Foucart pour combattre la constriction épigastrique dans la suette.

A la campagne, où les bains sont peu mis en usage, il est bon, dès le début, de laver doucement le corps du malade avec des éponges imbibées d'eau chaude vinaigrée ou savonneuse. Ce moyen si simple favorise admirablement l'éruption.

Opiacés. — Dans l'épidémie de 1855, j'ai cru observer qu'ils ne méritaient ni l'amour tout paternel de Sydenham ni le blâme que Tissot a semblé vouloir déverser sur eux en les accusant de gêner les sécrétions et d'être par ce moyen un obstacle à la salivation. J'administrais, pour tâcher de mettre un terme aux longues insomnies, un mélange de sirop de morphine et de fleur d'oranger (60 grammes du premier et 10 grammes du second), à la dose de deux cuillerées à soupe le soir, à une heure d'intervalle. Les malades s'en trouvaient généralement bien.

Purgatifs. — Bons au début. J'ai dû y revenir plusieurs fois dans le courant de la maladie pour combattre la constipation opiniâtre. Une ou deux cuillerées d'huile de ricin suffisaient. Je me suis vu souvent forcé d'avoir recours à un nouveau purgatif à la fin de la maladie. L'eau de Sedlitz était généralement indiquée.

Révulsifs. — Bons au début; inutiles ou nuisibles plus tard.

Les autres moyens qui découlent des indications sont trop connus des praticiens pour nous y arrêter. Terminons en recommandant, comme l'a fait Sydenham, au risque, dit-il, de sa réputation, de ne pas trop couvrir les malades. Rappelons-nous l'histoire de la morte de l'Hippocrate anglais, laquelle ressuscita quand on la mit sur une table de marbre pour l'ensevelir.

Il ne m'a jamais été permis d'enrayer l'avortement des pustules, à cause du préjugé trop enraciné dans l'esprit des gens étrangers à l'art de guérir.

Analogie de la variole avec la fièvre typhoïde. — Des hommes de talent et d'imagination ont cru ou voulu voir de l'analogie entre la variole et la fièvre typhoïde, qu'ils ont appelée *variole interne*.

Ces maladies sont loin d'être identiques. S'il en était ainsi, l'une mettrait à l'abri de l'autre, puisque fièvre typhoïde et variole sont deux maladies que l'on n'a généralement qu'une fois.

Dans le courant de l'été, succombèrent à la fièvre typhoïde adynamique deux jeunes et forts sujets. Le premier, vacciné dans son enfance, ayant eu, en février, une variole semi-confluente; le second ayant été revacciné avec succès au mois de mars.

La variole, pas plus que la revaccination, ne met donc pas à l'abri de la fièvre typhoïde. S'il en était ainsi, la prophylaxie de la dothiénentérie serait connue, ce qui, malheureusement, est encore un problème pour nous.

OBSERVATION D'UNE FRACTURE COMPOSÉE DE LA JAMBE

traitée par le bandage plâtré bivalve.

Par le docteur MATHIJSEN, chirurgien-major dans l'armée néerlandaise.

Dans ma première brochure sur le *bandage plâtré* (mai 1852) ainsi que dans la seconde édition publiée en 1854, je fis observer, et l'expérience l'a démontré, que le bandage plâtré, dans son application pratique, est susceptible de modifications infinies, selon les exigences des lésions traumatiques.

Le bandage inamovible à bande plâtrée, rendu amovible par la section subséquente, suffit sans doute, dans la plupart des cas, au chirurgien lorsqu'il faut maintenir immobile dans une position donnée une partie fracturée; je suis convaincu que, dans toute lésion chirurgicale où le principal élément curatif consiste dans l'immobilisation des parties blessées, la bande plâtrée, qui se prête merveilleusement à la volonté du chirurgien, suffira pour atteindre le but qu'il se propose.

Il en est autrement lorsqu'il s'agit de fractures accompagnées de contusion des parties molles, au point qu'il est à prévoir que la section ultérieure du bandage au moyen de gros ciseaux pourra devenir douloureuse ou nuisible au blessé, et qu'il est urgent que les parties lésées ne soient pas soustraites à la vue du chirurgien, afin qu'il puisse suivre la marche de la lésion et appliquer les topiques que les circonstances pourront rendre utiles ou nécessaires.

Récemment encore il se présenta un cas de ce genre dans ma pratique : *Fracture composée de la jambe, compliquée de forte contusion des parties molles et tendance au déplacement des os brisés.*

Je jugeai qu'ici le bandage bivalve était indiqué. L'appareil bivalve décrit dans ma brochure, laissant à la partie antérieure du membre un intervalle d'un à deux travers de doigt, ne permit point une contention parfaite, que j'estimai ici de toute nécessité, afin de prévenir la déviation des os fracturés. J'appliquai l'appareil dont la description suit, lequel, tout en donnant un accès facile aux parties malades, procura une parfaite contention circulaire.

Lors des manœuvres, le 20 avril 1855, le dragon Otto (Albert) sauta un fossé son cheval étant au galop. Le cheval broncha et tomba sur un terrain inégal et pierreux. Tout le poids de l'animal pesa sur la jambe gauche du cavalier et lui occasionna la fracture de ce membre.

Le blessé fut immédiatement transporté à l'hôpital, et après avoir examiné le membre, je constatai une fracture du tibia dans son tiers inférieur, tandis que le péroné était cassé à quatre travers de doigt plus haut. La fracture du tibia était oblique de haut en bas et d'avant en arrière, avec déplacement du fragment inférieur. Il existait une plaie superficielle et une forte contusion des parties molles. Il y eut peu de gonflement.

Je plaçai sur un coussin recouvert d'une alèze quatorze bandelettes plâtrées en forme de bandage de Scultet. Ces bandelettes étaient larges de 6 à 7 centimètres, et assez longues pour entourer le membre une fois et demie (1). La paroi postérieure du bandage fut renforcée par cinq ou six bandelettes plâtrées longitudinales, le recouvrant en partie (2). Sur ces bandelettes plâtrées je posai une couche de bandelettes non plâtrées, assez longues pour s'entre-couvrir au-devant du membre et de la largeur d'une main.

Le membre étant placé sur cet appareil, on opéra l'extension, la contre-extension et la coaptation; les parties lésées furent recouvertes d'un linge fin enduit de cérat. Les bandelettes non plâtrées étant appliquées, je recouvris la moitié antérieure du membre de deux bandelettes de coton mince, non plâtrées, plus larges en haut et plus étroites en bas, coupées dans le sens de la courbure de la jambe; les bords libres se couvraient sur le devant du membre de la largeur de quelques lignes. Ces deux bandelettes devaient empêcher l'agglutination des bandelettes plâtrées avec les bandelettes non plâtrées (3).

Un aide tenait d'une main une sonde cannelée sur le devant du membre; de l'autre, il était muni d'une paire de ciseaux ordinaires.

(1) Il est inutile de dire que le nombre des bandelettes doit varier selon l'épaissenr et la solidité du coton, ainsi que la quantité de plâtre dont les bandelettes sont imprégnées.

(2) Voir ma brochure sur le *bandage plâtré*, 2e édition, p. 30, fig. 3 et 4.

(3) Plusieurs fois, dans le but d'expérimenter cet appareil, je me suis servi avec le même succès de papier blanc fin, non collé, au lieu de bandelettes de coton. L'un et l'autre empêchent l'agglutination des denx couches de bandelettes. Le papier a cet avantage sur le coton, qu'il n'est pas nécessaire de le diviser préalablement sur le devant du membre comme on doit le faire pour le coton, puisque le papier se déchire lorsqu'on écarte les valves du bandage.

Je mouillai la première bandelette plâtrée; l'un des chefs fut appliqué au membre. Cette bandelette couvrit la partie cannelée de la sonde, sur laquelle je la tins fixée. L'aide glissa la branche la plus étroite des ciseaux dans la cannelure de la sonde, au-dessous de la bandelette plâtrée, et il la coupa par des petits traits. L'autre chef de la bandelette plâtrée fut mouillé, puis appliqué et coupé de la même manière sur la sonde cannelée. Je continuai ainsi jusqu'à ce que toutes les bandelettes plâtrées fussent appliquées (1).

Aussitôt que le plâtre eut acquis la dureté nécessaire et que l'extension et la contre-extension purent être abandonnées, le pied fut rendu immobile par l'application de quelques bandelettes plâtrées qui furent attachées sur le bandage déjà appliqué.

Le lendemain j'ouvris le bandage avec la plus grande facilité; et après avoir appliqué les topiques nécessaires, je le rendis de nouveau inamovible par l'application de quelques bandelettes plâtrées autour de la coque.

Cinq semaines après, la guérison était parfaite, sans raccourcissement et sans difformité du membre.

L'homme de l'art comprendra tout l'avantage de cette modification. En procédant comme je viens de l'indiquer, on parvient à la section du bandage sans que le malade en soit incommodé; et ainsi on est à même d'examiner les parties blessées, même immédiatement après l'application du bandage. Les bandelettes non plâtrées posées directement sur le membre se détachent et se réappliquent séparément, et permettent d'entretenir tel degré de contention des parties molles que l'on jugera nécessaire. Ce bandage, bien qu'il soit amovible, est rendu inamovible et exerce une compression circulaire parfaite par l'addition de quelques bandelettes plâtrées appliquées autour de la coque. Les instruments nécessaires pour sectionner les bandelettes sont simples et se trouvent sous la main de tout praticien.

UN CAS D'ABCÈS TRÈS REMARQUABLE

sous le rapport thérapeutique.

Par M. le docteur DELARUE (de Bergerac).

Cette observation a été recueillie sur moi-même; la voici dans tous ses détails :

Agé de quarante-cinq ans, je suis d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une constitution délicate, peu robuste.

Ma santé habituelle ne laisse cependant pas trop à désirer; les règles de l'hygiène, strictement respectées, suffisent à son entretien.

Vers la fin du mois de juillet dernier, à la suite de longues courses à cheval par un ciel brûlant, par un temps chargé d'électricité, un phlegmon se déclara chez moi aux environs de l'anus, en avant et à droite.

Ayant atteint localement et sympathiquement un grand développement inflammatoire, malgré l'usage hâtif et persévérant des antiphlogistiques, aidés du repos et de la diète, l'enflure, d'un volume comparable à un gros œuf de poule, offrit, le 11 août, une maturité avancée, une fluctuation considérable.

Quoique l'emploi de l'instrument tranchant me semblât en ce moment très-impérieusement indiqué, selon les préceptes d'une saine pratique, je voulus néanmoins m'y soustraire, tant j'appréhendais l'incision.

Dans le but d'activer alors sans violence l'ouverture naturelle de l'abcès, je songeai à un bain de siége émollient (nous en avions déjà pris plusieurs autres d'une durée ordinaire), cette fois bien longtemps prolongé.

Ce moyen, trompant mes espérances, fut pour moi l'occasion d'une heureuse surprise.

Resté dans le bain pendant douze heures consécutives, nous constatâmes le phénomène suivant, qu'avait précédé un calme sensible : par toute l'enveloppe libre du mal, principalement par les points les plus amincis, la suppuration, mêlée de sang, se répandit doucement et progressivement au dehors à partir de la cinquième heure jusqu'à la douzième inclusivement, bien que la peau, soumise en cet endroit à un examen sévère, ne présentât dans son épaisseur aucune solution de continuité.

La tumeur ainsi réduite des deux tiers était au sortir de l'eau consistante, indolore, presque entièrement vide.

Entraînant la chute encore aujourd'hui persistante des poils qui la couvraient, elle ne tarda pas sans nouveau bain prolongé à disparaître complétement, après avoir été passagèrement pendant quelques jours comme arrosée à sa partie interne d'un léger fluide purulent.

Au commencement de septembre, je pouvais avec toute facilité remonter à cheval.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 janvier 1856. — Présidence de M. BUSSY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies. — M. le ministre du commerce transmet :

1° Cinq rapports sur une épidémie de suette et de choléra qui a régné dans plusieurs communes du département des Landes;

2° Un rapport de M. Billot, médecin des épidémies, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans la commune de Rey (Jura);

3° Un rapport de M. Dauvin, sur une épidémie de fièvre typhoïde dans les communes de Wael et Willemain (commission des épidémies);

(1) Après avoir conpé une bandelette plâtrée, on soulève la sonde cannelée pour s'assurer qu'il ne reste pas de brides non divisées, et avec une main mouillée on presse un peu les bords des bandelettes coupées pour les rendre nnis. On pourra aussi laisser de distance à distance, ou, si on le préfère, à chaque bandelette, une bride étroite de 1 ou 2 lignes à son bord inférieur, afin de mieux maintenir l'action contentive du bandage et d'éviter l'application des bandelettes transversales pour soutenir les valves. Lorsqu'on veut ouvrir le bandage, on n'a qu'à couper ces brides.

4° Un rapport de M. Autellet, sur une épidémie de choléra dans l'arrondissement de Civray (Vienne). (Commission du choléra.)

Eaux minérales. — 5° Un rapport de M. le docteur Puisaye, médecin inspecteur-adjoint des eaux minérales d'Enghien, pour l'année 1854 (commission des eaux minérales);

6° Le même médecin transmet un rapport sur le choléra qui a régné à Enghien pendant le cours de la même année. (Commission du choléra.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Débridement de l'anneau dans les hernies. — M. le docteur H. Laforgue, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Joseph de la Grave, à Toulouse, adresse un mémoire sur le débridement à l'anneau interne dans les hernies inguinales. (Commissaires : MM. Laugier, Larrey.)

Existence de l'éléphantiasis des Arabes au Brésil. — M. Gibert, à l'occasion de la correspondance, communique une lettre de M. d'Aquino de Fonseca. Cette lettre comprend deux objets : le premier est relatif à un nouveau spécifique du choléra ; c'est le jus de citron que l'auteur préconise sous ce titre. Le second est relatif à l'existence de l'éléphantiasis arabe au Brésil. Suivant M. d'Aquino de Fonseca, l'éléphantiasis des Arabes s'observerait toujours au Brésil, contrairement à l'assertion de M. Dacosta, qui tendrait à faire croire que cette maladie y avait été remplacée par l'hydrocèle.

— M. Davenne fait hommage à l'Académie, au nom de l'administration qu'il dirige :

1° Du rapport sur le service des aliénés du département de la Seine pour l'année 1854 ;

2° Du rapport sur la situation du service des enfants trouvés pour le même département et pour la même année ;

3° D'un mémoire sur les principaux résultats du traitement des malades à domicile pendant l'année 1854 ;

4° Enfin, du rapport sur l'épidémie cholérique de 1853-1854 dans les établissements dépendant de l'administration générale de l'assistance publique de la ville de Paris, rédigé par M. H. Blondel, inspecteur de l'administration de l'assistance.

M. le président remercie M. Davenne au nom de l'Académie.

— M. le président annonce à l'Académie la nouvelle perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Martin-Solon.

— M. Larrey donne lecture d'une notice nécrologique sur le docteur Ernest Cloquet, médecin du shah de Perse, mort récemment à Téhéran.

RAPPORTS.

Vacances. — M. Depaul, au nom de la commission des onze, propose à l'Académie d'affecter les deux vacances qui ont été déclarées : la première à la section de pharmacie ; la seconde à la section de physique et chimie médicales. — L'Académie adopte.

Remèdes secrets. — M. Robinet lit, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, plusieurs rapports dont les conclusions négatives sont adoptées.

Lithotritie. — M. Ségalas fait un rapport verbal sur un travail communiqué à l'Académie par M. le docteur Cazenave, correspondant à Bordeaux. Le mémoire de M. Cazenave consiste en trois observations de lithotritie pratiquée avec succès, la première sur un médecin âgé de 76 ans, la deuxième sur un autre médecin âgé de 45 ans, et la troisième, plus la taille bilatérale, sur un enfant âgé de 8 ans. Chacune de ces observations renferme quelques particularités intéressantes que M. le rapporteur résume en ces termes :

La première observation témoigne de la facilité de la lithotritie dans un âge avancé quand les pierres sont petites et sans complication, et du succès complet dont cette opération peut être suivie lorsque, comme ici, elle est bien faite. On y voit aussi un exemple de l'influence heureuse que le nitrate d'argent exerce sur les inflammations chroniques de la membrane muqueuse de la vessie.

La seconde observation prouve une fois de plus que les pierres chatonnées peuvent, dans certains cas, être détruites par la lithotritie. Réunie à la précédente, elle montre, en outre, qu'à Bordeaux, comme à Paris, comme à Lyon, comme à Toulouse, comme à Amiens, les médecins qui ont la pierre ne balancent pas entre la taille et la lithotritie, qu'ils donnent la préférence à celle-ci et repoussent le bistouri.

La troisième observation montre que la lithotritie peut offrir de grandes difficultés chez les enfants, et que, dans le cas de calcul chatonné, ces difficultés peuvent être telles que le chirurgien soit obligé de recourir à la taille, et de faire preuve de beaucoup d'adresse et de sang-froid pour conduire celle-ci à bonne fin.

Elle fait voir combien les moyens anesthésiques sont parfois d'une application difficile. Elle fait ressortir un fait que M. le rapporteur a souvent constaté, savoir, que les enfants les plus indociles cessent de l'être dès qu'ils sont assujettis et qu'ils sentent qu'on est bien résolu à agir.

Dans leur ensemble, ajoute M. le rapporteur, ces trois observations prouvent que l'auteur suit avec zèle les progrès de l'art, qu'il s'empresse de les utiliser pour ses malades, et qu'il a obtenu pour ses travaux la plus flatteuse récompense que puisse ambitionner un homme de notre profession, la confiance de ses confrères.

M. le rapporteur propose à l'Académie de remercier M. Cazenave de sa communication et de l'inviter à continuer de lui faire part des faits curieux de sa pratique.

M. Velpeau pense qu'il n'y a pas lieu à voter des conclusions, l'auteur du mémoire étant correspondant ; mais il propose le renvoi du travail au comité de publication. (L'Académie adopte.)

LECTURE.

Accidents produits par l'inhalation du sulfure de carbone. — M. Delpech lit une note sur les accidents que développe chez les ouvriers en caoutchouc l'inhalation du sulfure de carbone en vapeur.

Des faits énoncés dans ce travail il résulte :

1° Que les ouvriers en caoutchouc sont soumis à de graves accidents, qui consistent :

A. Dans des troubles divers de la digestion : anorexie, nausées, vomissements, diarrhée, constipation ;

B. Dans une modification profonde de l'intelligence : hébétude, perte de la mémoire, mobilité extrême, violences inexpliquées ;

C. Dans une altération des plus sérieuses des fonctions du système nerveux : céphalalgie, vertiges; troubles de la vue, de l'ouïe; impuissance; paralysies variées, surtout du mouvement.

2° Que l'observation des fonctions dévolues à ceux des ouvriers qui deviennent malades, et les expériences faites sur les animaux qui subissent comme l'homme cette influence, suivie chez eux des mêmes accidents, permettent de les attribuer à l'inhalation du sulfure de carbone en vapeur.

3° Qu'il y a lieu de rechercher les moyens les plus propres à en préserver les ouvriers, et de provoquer sur ce point la publication de règlements d'hygiène publique.

(Le mémoire de M. Delpech est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Michel Lévy, Grisolle et Bouchardat.)

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 septembre. — Présidence de M. le professeur Dubois.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

Le numéro du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* du mois d'août.

Choléra. — M. Foucart. Dans la séance dernière, quelques-uns de nos confrères ont rapporté divers cas de choléra, dont plusieurs s'étaient terminés par la mort. Je saisis cette occasion pour signaler à la Société trois nouveaux cas qui se sont présentés dans ma pratique dans le cours du mois dernier ; tous les trois ont encore eu une terminaison funeste.

M. Dupertuis cite quelques cas survenus surtout chez des enfants. Ces jeunes malades présentent une diarrhée qui n'offre pas les caractères d'une diarrhée ordinaire; c'est plutôt une diarrhée sanguine, une véritable dyssenterie. L'affection semble occuper plus spécialement et même uniquement le gros intestin.

M. Ramon signale également la fréquence de la dyssenterie chez les jeunes sujets. Cette affection ne lui a pas semblé offrir un danger imminent; cependant, lorsque l'on ne parvient pas à l'arrêter, il n'est pas rare de la voir déterminer des accidents graves, surtout des convulsions internes, qui ne sont pas toujours sans danger.

Douches utérines dans l'accouchement. — M. Terrier présente un rapport sur une brochure et un manuscrit adressés à la Société par M. Xavier Bourgeois, de Tourcoing (Nord), à l'effet d'obtenir le titre de membre correspondant.

1° La brochure, intitulée *Douches utérines dans l'accouchement*, a pour but d'étendre les applications de la douche utérine, préconisée par M. le professeur Dubois, d'après Kiwisch (de Wurtzbourg). L'auteur ajoute deux observations nouvelles de succès obtenu dans les cas de rétrécissement du bassin, à celles déjà publiées par M. le professeur Dubois. Il a aussi employé heureusement le même moyen dans deux cas de suspension des douleurs, pour les réveiller et hâter la délivrance, et dans un cas de ralentissement du travail, préférant ce procédé à l'emploi du seigle ergoté; dans deux cas de contractions spasmodiques, pour régulariser les contractions; dans quatre cas de rigidité du col, et dans un cas d'hémorrhagie avec inertie de l'utérus.

Son procédé, d'après Kiwisch, est simplifié de la manière suivante : l'opérateur peut se servir d'un simple clyso-pompe, la femme étant couchée sur le bas du lit, en face de l'opérateur. La canule est introduite de la main droite et dirigée par l'indicateur de la main gauche sur le col, où il la maintient pendant toute la durée de l'injection, qui varie de quinze à trente minutes, pendant lesquelles on injecte de 6 à 8 litres d'eau élevée à la température de 35° à 45° centigrades; on répète l'injection à sept ou huit heures d'intervalle jusqu'à ce qu'elle sollicite convenablement les contractions utérines, qui habituellement ne se font pas attendre beaucoup, même dans les cas d'accouchement artificiel avant terme.

2° Le manuscrit joint à cette brochure a pour titre : *Etudes sur l'inanition*. L'auteur confirme par de nombreuses expériences sur les chiens, les chats, lapins et cochons d'Inde les assertions émises par Chossat, et développées dans les *Leçons de physiologie* du professeur Bérard.

L'auteur cherche dans ce mémoire à appliquer à la thérapeutique les notions diagnostiques et les déductions hygiéniques résultant de ses expériences sur l'inanition.

Si le but de l'auteur n'a pu être complétement atteint, son mémoire, digne en tous points de l'attention des praticiens, mérite surtout des éloges pour les soins qu'il met dans la description des précautions à prendre pour amener les organes digestifs à réagir sur les aliments après une trop longue abstinence. Dans le cas d'inanition, l'auteur insiste sur la nécessité d'entretenir une chaleur artificielle suffisante pour l'accomplissement de la digestion et sur l'alimentation progressive. La progression alimentaire doit porter :

1° Sur la nature des aliments ;

2° Sur leur quantité ;

3° Enfin sur l'intervalle à mettre entre chaque repas.

Telle est en quelques lignes la substance des mémoires adressés par M. Bourgeois; ils révèlent un observateur distingué ; aussi je propose à la Société de l'admettre honorablement au nombre des membres correspondants et de l'inviter à continuer ses expériences.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

En conséquence, M. Xavier Bourgeois est nommé membre correspondant.

Hépatite ; diphthérite. — M. Caron. Je demande à appeler l'attention des membres de la Société sur un cas qui, je crois, présente un intérêt réel et n'est pas sans quelque difficulté.

Obs. — Une jeune fille de vingt et un ans offrait tous les symptômes d'une hépatite, contre laquelle a été dirigé un traitement antiphlogistique énergique. Ce traitement avait produit un peu d'amélioration, lorsque soudain les déjections alvines se supprimèrent ; il survint des vomissements bilieux. L'emploi de la glace, des frictions n'amenèrent aucun bon résultat. Une nouvelle application de sangsues eut lieu sur le point douloureux, elle fut suivie d'une légère amélioration ; mais il se déclara des symptômes diphthéritiques prononcés, dont rien ne put triompher. La langue se couvrit rapidement d'un enduit membraneux, et tous les symptômes s'aggravèrent. M. le professeur Rayer fut appelé, et conseilla l'usage du quinquina, qui a modéré un peu les accidents; mais je n'ai pu encore obtenir le rétablissement des selles.

Glace après l'opération de la cataracte. — M. Magne communique à la Société un travail ayant pour but de démontrer les heureux effets de la glace appliquée sur l'œil immédiatement après l'opération de la cataracte par abaissement.

Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

1° La glace appliquée sur l'œil immédiatement après l'opération de la cataracte par abaissement, et renouvelée sans interruption pendant trois fois vingt-quatre heures, prévient l'inflammation consécutive.

2° La glace, en pareil cas, contribue au rétablissement de la vision d'une manière beaucoup plus efficace que les autres médications jusqu'ici employées.

3° La glace, en s'opposant aux suites inflammatoires, avance singulièrement l'époque à laquelle l'opéré peut faire usage de son œil.

Pupille artificielle. — Permettez-moi maintenant, ajoute M. Magne, de vous parler d'un insuccès qui est survenu dans les circonstances suivantes : J'avais à pratiquer l'opération de la pupille artificielle chez un homme âgé de soixante-douze ans. L'incision de la cornée donna issue à une humeur aqueuse analogue à de l'eau pure, et dès que j'eus saisi l'iris pour tailler le lambeau, une petite déchirure s'opérant dans les adhérences de l'ancienne pupille, je vis se précipiter une certaine quantité du corps vitré dilué, et la coque oculaire présenta une dépression considérable. Je me gardai bien de pratiquer mon incision ; je fis le pansement comme d'habitude, et recouvris l'œil d'un sachet de glace pendant trois jours. Le troisième jour, l'œil avait repris son volume normal ; la vision ne sera pas rétablie, mais nous avons pu du moins échapper à la fonte de l'œil.

M. Guersant. Je remarque que M. Magne a cherché à prévenir les accidents plutôt qu'à les combattre au moyen de la glace, et il y est parvenu ; c'est là ce que je vois arriver constamment. Ainsi, à l'hôpital, j'opère la cataracte par abaissement, puis j'applique la glace et tout est prévenu ; jamais il ne survient d'accidents.

Hydrocèle ; accident pendant l'opération. — M. Caron. Puisque nous sommes sur le chapitre des accidents, je demande la permission d'en faire connaître un qui m'est survenu tout récemment.

Pendant que je faisais la ponction dans un cas d'hydrocèle, le malade, craignant la douleur, fait un mouvement en arrière ; mon injection n'ayant pas été arrêtée assez promptement, le liquide pénétra dans le tissu du scrotum, et le lendemain je trouvai un emphysème prononcé. Des onctions et des applications de cataplasmes ne purent faire diminuer le gonflement, qui persistait depuis quatre jours, lorsque, le malade ayant pris un bain, l'ouverture se rouvrit, et il s'en échappa une grande quantité de liquide séro-purulent avec de l'air, et dès ce moment la diminution marcha rapidement.

M. Ramon demande s'il n'est pas venu à l'idée à M. Caron ou s'il n'a pas jugé à propos de pratiquer des mouchetures sur le scrotum.

M. Caron répond en avoir fait sur la verge seulement.

M. Dupertuis. Je puis signaler un accident à peu près de même nature que celui rapporté par M. Caron. Depuis quelque temps, je donnais des soins à un malade qui se sondait avec facilité jusqu'à ces derniers jours qu'il a tout à coup éprouvé de la difficulté lorsqu'il a voulu arriver à un certain point avec la sonde; j'étais parvenu à le sonder moi-même, mais avec assez de difficulté; je lui avais alors conseillé de garder la sonde jusqu'au lendemain ; à cet effet, je l'avais fixée à l'aide d'un fil contre le suspensoir ; le lendemain, je trouvais une infiltration à la verge et au scrotum sans pouvoir me l'expliquer.

M. Guersant. Je réponds d'abord à l'observation de M. Caron, et lui demande s'il n'a pas eu l'idée d'avoir recours à une incision, qui m'eût semblée plus propre à amener l'amélioration et surtout à éviter la gangrène.

Quant à M. Dupertuis, l'introduction de la sonde opérée avec difficulté a pu causer un déchirement dans le canal, et cela suffit pour rendre compte du gonflement dont il a été témoin.

M. Dupertuis répond que ce n'était pas une infiltration urinaire, mais bien une infiltration d'air.

Le secrétaire annuel, Dr Vergne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le *Moniteur* contient la liste des personnes qui, par décret du 26 décembre, ont été autorisées à accepter et à porter différentes décorations d'ordres étrangers. Nous y remarquons les noms de plusieurs de nos confrères; savoir, MM. :

Le docteur Thierry Valdajou, membre du conseil municipal de Paris, chevalier de l'ordre de Léopold (Belgique) ;

Cazenave, médecin adjoint de l'asile des aliénés de Pau, chevalier de l'ordre d'Isabelle la Catholique (Espagne);

Guyon, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées, commandeur de l'ordre de Saint-Grégoire le Grand (Etats pontificaux);

Ribat, chirurgien auxiliaire de la marine, chevalier de l'ordre de Notre-Dame de la Conception de Villa-Viçosa (Portugal);

Deville, docteur en médecine, chevalier de l'ordre du Christ (Portugal);

Aucourt, docteur en médecine, *idem*.

Malapert, médecin principal, ordre de Medjidié, 4e classe.

Perrin, médecin aide-major au 1er chasseurs d'Afrique, ordre de Medjidié, 5e classe.

Erratum. — Dans l'article *Etude sur les sens*, page 22, colonne 2, au lieu de *connu*, lisez *comme*.

La Sorbe.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 8. — SAMEDI 19 JANVIER 1856.

(29e ANNÉE.)

N° 8. — SAMEDI 19 JANVIER 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 JANVIER 1856.

EXERCICE DE LA MÉDECINE.

Des dispositions nouvelles du décret du 21 août 1854 et de la circulaire du 17 novembre 1855.

Nous avons reçu depuis quelque temps un nombre assez considérable de lettres de docteurs en médecine et d'officiers de santé, lesquels nous demandent quelques éclaircissements sur différents points qui leur paraissent obscurs ou insuffisamment expliqués dans le décret du 21 août 1854, et dans la circulaire ministérielle du 17 novembre dernier.

Plusieurs de ces lettres contiennent des questions ou identiques ou analogues. Nous allons brièvement en mettre la substance sous les yeux de nos lecteurs, en les faisant suivre des réponses qui nous semblent leur devoir être faites. Nous supprimons, bien entendu, tout nom propre et toute indication de localité.

1° Un préfet a-t-il le droit de valider d'une manière définitive, pour un département autre que celui de la Seine, un diplôme d'officier de santé obtenu en 1821 devant le jury du département de la Seine, et ne portant d'autre indication que celle-ci : *Jury médical de la Seine ?* — A-t-on le droit de poursuivre, pour exercice illégal de la médecine, un officier de santé exerçant dans ces conditions en vertu d'un diplôme ainsi libellé ?

R. Aucune loi, aucune ordonnance, aucun règlement ne donne à un fonctionnaire, quel qu'il soit, le droit de valider un diplôme d'officier de santé pour un autre département que celui pour lequel il a été obtenu. Le ministre de l'instruction publique ne peut le faire, à plus forte raison un préfet.

D'où il suit que l'on peut parfaitement poursuivre pour exercice illégal de la médecine un officier de santé exerçant dans ces conditions, et que sa condamnation ne fait pas le moindre doute.

Une preuve à l'appui de ce que nous avançons est le fait suivant, dont nous garantissons l'authenticité :

M. de Salvandy, ministre de l'instruction publique dans les dernières années du règne de Louis-Philippe, avait autorisé indûment un officier de santé à exercer dans un département autre que le département de la Seine, où il avait été reçu. En dépit de l'autorisation ministérielle, le procureur du roi dirigea des poursuites contre le praticien, qui fut condamné.

2° Un officier de santé ayant obtenu du ministre, il y a quinze ou vingt ans, l'autorisation de subir ses examens devant le jury de la Seine pour pratiquer dans un autre département, peut-il légalement exercer dans ce département, en l'état actuel de la jurisprudence et aux termes de la circulaire ministérielle précitée ?

Evidemment non. Autrefois, ces autorisations, bien qu'illégales, ont pu être tolérées ; aujourd'hui, elles ne le sont plus. La circulaire ministérielle dont nous parlons est formelle : « Tout praticien, y est-il dit, doit être muni d'un diplôme, et ce diplôme, pour être valable, doit spécifier expressément le département pour lequel il a été conféré. Si par la circulaire du 2 février dernier, j'ai cru devoir autoriser transitoirement, pour ménager des droits acquis et dignes d'intérêt, à valider des diplômes où cette condition essentielle avait été négligée, *cette mesure transitoire a cessé d'être applicable* dès que les praticiens ont pu être appelés devant les jurys d'examen pour conquérir un nouveau titre. »

3° Un officier de santé reçu dans un département et voulant exercer dans un autre, obligé par conséquent de se présenter devant un autre jury, sera-t-il obligé de prendre de nouveau des inscriptions ?

Devra-t-il subir ses examens devant l'école secondaire du département nouveau où il veut se fixer, ou pourra-t-il se présenter devant une des trois Facultés ?

Enfin le montant de ses examens ne sera-t-il que de 250 francs, comme par le passé ?

Quant à la première partie de la question, nous répondrons : *Non ;* évidemment il n'est pas dans les intentions de la loi de faire peser deux fois sur le même individu les mêmes frais de scolarité.

L'Ecole devant laquelle il devra subir ses examens sera celle dans le ressort de laquelle il se trouve et non une des trois Facultés.

Enfin le montant des frais s'élevera à 420 francs, répartis comme suit :

Examens (comme autrefois).	200
Trois certificats d'aptitude (à 40 fr. chaque).	120
Diplôme.	100

Dr A. Foucart.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Atrophie unilatérale du cervelet, de la moelle allongée et de la moelle épinière, consécutive à la destruction de l'un des hémisphères du cerveau.

« Dans les atrophies partielles ou unilatérales de l'encéphale, toutes les fois que le cervelet et la moelle s'atrophient consécutivement au cerveau, cette altération intéresse l'hémisphère cérébelleux gauche et le côté gauche de la moelle si, au cerveau, elle occupe l'hémisphère droit, *et vice versâ.* »

Telle est la proposition que M. le docteur Ed. Turner a développée dans la thèse inaugurale qu'il vient de soutenir tout récemment. Cette proposition est appuyée sur des faits cliniques intéressants, qui jettent un jour nouveau sur la solidarité pathologique existant entre les diverses parties de l'encéphale.

Le premier fait qui a fixé l'attention de M. Turner sur cette atrophie consécutive est l'observation d'une jeune femme de vingt-deux ans appartenant à une famille d'épileptiques et d'hystériques, épileptique elle-même, et admise comme telle dans le service de M. Lelut, à la Salpêtrière. Elle présentait une hémiplégie gauche avec rétraction et atrophie des extrémités, main-bot cubito-palmaire, pied-bot varo-équin, cécité complète, intelligence obtuse. La moitié gauche du tronc présentait aussi une atrophie notable.

Cette malade ayant succombé à une phthisie tuberculeuse, voici ce que révéla l'autopsie. (Nous ne mentionnerons que ce qui est relatif à l'état des centres nerveux.)

Le lobe antérieur de l'hémisphère droit était atrophié dans toutes ses parties. Il était revenu sur lui-même; ses circonvolutions, ratatinées, étaient moitié plus petites que celles du côté opposé. Le lobe moyen et la partie voisine du lobe postérieur présentaient en haut et en dehors une destruction considérable.

La moelle allongée était atrophiée du même côté. Le pédoncule cérébral droit était très-notablement plus petit que le gauche. Le tubercule maxillaire droit était d'un tiers plus petit que celui du côté opposé. La protubérance annulaire n'offrait plus de saillie prononcée à droite. Au bulbe, la pyramide antérieure de ce côté était réduite à la moitié de son volume normal.

Après l'entre-croisement des pyramides, l'atrophie de la moelle allongée se prolongeait dans le côté opposé de la moelle épinière. Elle portait principalement sur la partie interne et postérieure du cordon antéro-latéral opposé à la lésion cérébrale.

Enfin, le cervelet présentait une atrophie notable dans tout son lobe gauche, c'est-à-dire du même côté que la moelle et du côté opposé à la lésion du cerveau.

Chez une femme de quatre-vingt-deux ans, depuis longtemps hémiplégique, et qui présentait une atrophie du côté gauche du corps avec déformation caractéristique du pied et de la main, l'autopsie montra une atrophie du côté *droit* du cerveau et de la moelle allongée et du côté *gauche* du cervelet et de la moelle épinière.

Frappé de ces deux faits, M. Turner a dépouillé les divers recueils d'observations cliniques et d'anatomie pathologique pour voir s'il en trouverait d'analogues, et il y a trouvé effectivement un certain nombre de cas tout à fait semblables, où l'on retrouve presque constamment ce contraste de l'atrophie du cerveau d'un

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur l'angine couenneuse, par M. F. FIÉVÉE DE JEUMONT.

Il y a dans la littérature médicale deux classes d'écrivains. Les uns aiment à s'ériger en précepteurs de l'art, ils font et refont sans cesse la science avec les idées d'autrui auxquelles ils ajoutent les leurs, quand ils en ont ; ceux-là composent de gros livres. Les autres, plus modestes, pratiquent ce que les maîtres enseignent ; ils voient des malades, ils les conseillent, ils les traitent, et s'ils rencontrent sur leur chemin un fait nouveau, si la réflexion ou la fortune leur découvre un traitement, un moyen utile, ils prennent la plume pour en faire jouir leurs confrères, après quoi ils reviennent paisiblement aux devoirs de la profession : ceux-ci n'écrivent que de minces brochures ou de courts mémoires. M. Fiévée a pris place volontairement parmi ces derniers par ses travaux sur le choléra, sur la fièvre typhoïde, la goutte, l'usage de la flanelle, les maladies de la luette, et aujourd'hui par sa notice sur l'angine couenneuse.

L'occasion de cette nouvelle publication est l'épidémie même qui a régné à Paris en 1855. Il n'y a pas, dit-on, d'épidémie qui ne présente quelque chose de particulier qui en fait le génie ; celle dont nous parlons diffère de toutes les autres, en ce qu'une maladie, qui d'ordinaire n'atteint que l'enfance, franchit cet âge et s'attaqua jusqu'à la vieillesse. M. Fiévée s'explique cette hardiesse par des considérations toutes physiologiques. Les vieillards, dit-il, sont, comme les enfants, sujets aux affections catarrhales : ici la vie des membranes muqueuses est en excès et domine celle de la peau ; là la peau, devenue par le progrès des ans presque entièrement imperméable à la transpiration, est suppléée dans ses fonctions par ces mêmes membranes.

Au reste, dans quelque condition de l'économie que se produise l'angine couenneuse, elle constitue une maladie à part, une maladie *sui generis*, comme on dit dans l'Ecole ; elle n'a rien de commun avec l'angine purement inflammatoire que le siége. Et pour consacrer cette différence par le langage, M. Fiévée l'appelle indistinctement *gangreneuse*, quoiqu'il n'y ait pas toujours gangrène, ou *septique*, pour indiquer l'impureté de son origine.

Parmi ses caractères, M. Fiévée ne paraît pas oublier la faculté qu'elle a de se transmettre par contagion. C'est cependant une chose grave, de déclarer une maladie contagieuse. Au seul nom de contagion, on a vu des âmes pusillanimes fuir à toutes jambes les lieux infectés ; de sorte que si l'exemple eût été généralement suivi, les malades délaissés auraient manqué des soins les plus nécessaires à leur état. Montaigne, le sceptique Montaigne, a donné ce triste spectacle en 1585, pendant la peste qui ravagea la ville de Bordeaux, où tout devait le retenir, car il était le chef de l'édilité ; mais la peur n'écoute rien. D'un autre côté, si la science se tait, si elle cache la vérité, elle répond des malheurs qui attendent ceux qui s'exposent sans défense au danger. Dans cette alternative, le seul côté digne du médecin est de déclarer franchement ce que pense, ce qu'enseigne la science. C'est ainsi que l'a compris M. Fiévée.

Il décrit, il peint à grands traits, à la manière des grands maîtres, l'angine couenneuse depuis son invasion jusqu'à sa dernière période. Malheureusement elle s'introduit quelquefois furtivement de manière à tromper la vigilance la plus attentive. Le médecin s'éclaire alors du génie de la constitution. Il n'y a pas d'hésitation possible à la vue d'*une sorte d'éruption reliée par une matière muqueuse qui tapisse les parois de la luette et des tonsilles.*

Il n'est plus temps d'écarter les causes ou d'y soustraire le malade en les déplaçant ; la maladie est là avec toutes ses conséquences, tous ses dangers ; heureuse la main qui saura les conjurer ! Favoriser l'action de la peau, tenir les extrémités chaudes, faire des frictions ammoniacales autour du cou et le long de la colonne, tout cela peut avoir son utilité, mais tout cela n'est qu'accessoire : il faut cautériser promptement et profondément ; on manquerait le but si on ne faisait qu'effleurer la fausse membrane ; il faut l'atteindre dans toute son épaisseur. M. Fiévée se sert de la pierre infernale soit sèche, soit en dissolution concentrée, et il en seconde l'effet par l'hydrochlorate d'antimoine, tant il est convaincu que, hors la cautérisation, il n'y a point de salut pour les malades. Sur la foi d'un raisonnement tout chimique, on a proposé récemment un traitement nouveau ; on a dit : les fausses membranes sont de nature acide, les alcalis neutralisent les acides ; il faut donc porter les alcalis sur ces membranes, et dans ce dessein on a proposé le bicarbonate de potasse ou de soude. C'est sans doute une idée ; M. Fiévée ne la rejette pas, mais il a trop à cœur la santé de ses clients pour s'y fier : il attend les leçons de l'expérience.

Partout où les fausses membranes s'introduisent, il les poursuit avec les caustiques ; ont-elles pénétré dans les fosses nasales ? il faut faire des insufflations répétées avec l'alun privé de son eau de cristallisation, c'est-à-dire avec l'alun calciné.

C'est surtout dans la thérapeutique que se voient la puissance de l'art et l'habileté de l'artiste. Soutenu par une foi ardente, M. Fiévée ne désespère jamais des ressources de la science ni du salut des malades ; tel était aussi M. Récamier.

Mais jusqu'ici il n'a parlé que du traitement local ; à la vérité, c'est l'essentiel ; il faut avant tout prévenir l'asphyxie, toujours imminente dans cette maladie. Mais M. Fiévée n'oublie pas que l'angine couenneuse a des racines plus profondes dans l'économie ; il soutient donc l'effet des topiques par les moyens internes les plus actifs. Ici il se livre à une savante discussion sur l'action de l'émétique suivant la dose à laquelle on le prescrit ; mais nous ne pouvons le suivre dans ces détails ; nous n'avons pas la prétention qu'une simple analyse comme celle-ci tienne lieu de l'ouvrage ; nous serions bien heureux si elle pouvait inspirer le désir de le lire. Plus un auteur est riche d'idées, plus il est sobre de paroles, et plus il est difficile d'en donner un juste aperçu : telle est la position que M. Fiévée a faite à ses critiques. BOUSQUET.

côté et de l'atrophie du cervelet et de la moelle du côté opposé.

Isolés, ces faits n'avaient jusque-là fixé que très imparfaitement l'attention des observateurs; mais réunis, ils ont paru avec raison à M. Turner constituer une relation pathologique dont il pouvait devenir intéressant d'étudier par la suite la signification anatomique et physiologique.

Au point de vue pathologique, qui doit nous occuper plus spécialement ici, voici quelques-uns des points qui sont sortis de l'étude de ces faits.

Tantôt, dit M. Turner, cette atrophie est tellement manifeste et produit entre les deux lobes cérébelleux une telle asymétrie qu'elle ne peut se dissimuler même à l'observateur le moins attentif. La moitié du cervelet qui en est atteinte présente une diminution de tous ses diamètres à la fois, à la différence de l'hémisphère cérébral qui peut n'avoir subi d'altération que dans des points isolés. Ce décroissement uniforme de l'un des lobes cérébelleux lui paraît suffire pour faire prévoir qu'ici l'atrophie ne s'est pas produite primitivement comme conséquence d'une lésion propre à la pulpe cérébelleuse, mais qu'au contraire elle est le résultat de l'altération éprouvée par le cerveau.

En même temps qu'il subit une diminution marquée de son volume, le lobe cérébelleux altéré offre encore à des degrés divers une augmentation de sa consistance. Cette induration est quelquefois assez prononcée pour faire croire par contraste à un ramollissement du lobe cérébelleux sain.

Sur le fait de l'atrophie croisée du cerveau et du cervelet, l'analyse des observations consignées dans les recueils de la science montre une concordance constante avec les faits que M. Turner a observés. Mais il n'en est pas tout à fait ainsi en ce qui concerne l'atrophie de la moelle. Soit que dans les faits antérieurs cette relation ait échappé à l'attention des observateurs, soit qu'en réalité elle se présente d'une manière moins constante, toujours est-il que la proposition n'est appuyée jusqu'ici que sur quatre faits, les deux dont nous venons de rapporter les circonstances les plus saillantes, et deux autres observations. L'une, recueillie par M. Turner lui-même, montre une atrophie encéphalique unilatérale, destruction ou atrophie d'une portion de l'hémisphère gauche du cerveau, avec une atrophie consécutive de la moelle allongée et de la moelle épinière, sur une jeune fille de dix-huit ans, épileptique, et qui avait présenté pendant la vie une hémiplégie droite, avec atrophie et rétraction des extrémités. L'autre, recueillie par M. Parrot, interne des hôpitaux, est un cas d'atrophie du lobe postérieur de l'hémisphère gauche du cerveau, avec atrophie consécutive de la moelle allongée, chez un jeune sujet de seize ans, qui avait eu une hémiplégie droite avec atrophie considérable et rétraction des membres.

Ces faits, en même temps qu'ils révèlent une solidarité intéressante au point de vue pathologique, tendent également à jeter quelque jour sur des questions d'anatomie et de physiologie qui ont jusqu'ici mis à l'épreuve la patience et la sagacité des anatomistes. On peut tirer de ces recherches des renseignements sur les voies de transmission des mouvements volontaires. On comprendrait mieux, en effet, après l'analyse de ces faits pathologiques, ce fait que les physiologistes admettent généralement aujourd'hui, d'après des inductions théoriques plutôt que d'après une démonstration anatomique, que le cerveau transmet aux membres le principe des mouvements volontaires à l'aide des fibres qui forment l'étage inférieur de la moelle allongée.

Mais ce n'est pas le lieu de discuter ici des questions de physiologie. Qu'il nous suffise pour le moment de prendre acte des faits pathologiques intéressants constatés par M. Turner. L'attention des anatomo-pathologistes une fois fixée sur ce point, des faits ultérieurs ne pourront manquer de nous apprendre ce qu'il faudra définitivement penser de la proposition formulée par notre confrère et des déductions pratiques et physiologiques qui en découlent.

Fistule urétrale dans la région pénienne datant de vingt et un ans. — Autoplastie par déplacement. — Réunion du lambeau, à l'exception d'un point cicatrisé par seconde intention.

Parmi les perfectionnements que M. le professeur Jobert (de Lamballe) a apportés dans les procédés opératoires destinés à réparer les pertes de substance de l'urètre, l'un des plus heureux et des plus importants est la suppression de la boutonnière. Cette boutonnière, que quelques opérateurs ont considérée comme indispensable pour le succès de l'opération, non-seulement M. Jobert en a démontré l'inutilité, mais il a fait voir encore qu'elle constituait dans quelques cas une complication grave dont il n'était pas toujours facile de se débarrasser.

Une autre condition dont M. Jobert a également fait ressortir l'importance, c'est le choix du lambeau. Après avoir éprouvé par expérience les divers inconvénients que présentaient les lambeaux empruntés au prépuce, à la région pubienne ou inguinale, les uns trop minces ou trop courts, les autres exigeant des tractions susceptibles de compromettre l'adhésion, il a fixé son choix sur la région scrotale. Outre que les tissus empruntés à cette région ont l'épaisseur et la souplesse convenables, et qu'ils peuvent être ramenés sans effort sur le siége de la perte de substance (il s'agit des fistules péniennes sus-scrotales), ils ont encore l'avantage d'être abondamment pourvus de lymphe plastique.

Aux faits consignés dans le *Traité de chirurgie plastique* et qui justifient pleinement ces deux indications, nous joindrons la relation de l'observation suivante qui vient encore les corroborer.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est un homme âgé de trente ans, d'une constitution robuste, d'une taille au-dessus de la moyenne, fortement musclé. Il raconte qu'à l'âge de sept ans il fut pris d'une incontinence nocturne d'urine.

Cette infirmité étant devenue pour lui une cause incessante de réprimandes et de mauvais traitements de la part de ses parents, il résolut d'y remédier, et, pour atteindre ce but, il eut l'idée de se serrer fortement la verge avec une ficelle, de manière à empêcher l'écoulement involontaire de l'urine. Il garda cette ligature quinze jours; mais bientôt l'extrémité de la verge située au-devant du lien se tuméfia, et le gonflement devint tel que la ligature était perdue au milieu des tissus œdématiés. Il avoua alors à ses parents ce qu'il avait fait. La mère coupa le fil avec un canif, et ce serait pendant cette petite opération, au dire du malade, que l'urètre aurait été blessé. Mais il est beaucoup plus naturel de penser que la fistule a été le résultat de l'ulcération produite par l'action prolongée de cette ligature.

Quoi qu'il en soit, depuis cette époque le malade a toujours perdu les urines et par le méat urinaire et par les parties fistuleuses en même temps, mais beaucoup plus abondamment par cette dernière voie que par la voie naturelle. Le jet d'urine qui a lieu par la fistule est bifurqué; il est séparé en deux filets, dont l'un est dirigé en avant et l'autre en arrière. Le jet qui se fait par le méat urinaire est à peu près normal, seulement il est beaucoup moins considérable que dans l'état habituel.

Les fonctions génitales n'ont été nullement influencées par cette infirmité. Pendant l'éjaculation, le sperme s'écoule également et par la fistule et par le méat urinaire.

Il y a trois ans, le malade ayant contracté une blennorrhagie, remarqua que le pus sortait également par la fistule et par le méat urinaire. Depuis cette époque, il n'a jamais entièrement guéri de sa blennorrhagie; la suppuration diminuait à peu près tous les mois d'une manière périodique; mais sitôt que cet homme se livrait à quelque excès de table ou de femmes, elle reparaissait plus abondante que jamais, et aujourd'hui encore, en pressant l'urètre d'avant en arrière dans tout son trajet, on fait suinter par la fistule quelques gouttelettes d'un liquide purulent. En continuant la pression, on peut le faire suinter même par le méat urinaire.

Le 15 août dernier, M. Jobert constate les phénomènes suivants:

A la face inférieure du pénis, à peu près à égale distance de l'extrémité du gland et de la racine du scrotum sur la ligne médiane, on trouve une ulcération ayant à peu près les dimensions d'une pièce de 20 centimes. Cette ulcération comprend la peau et le tissu cellulaire sous-jacent. Au centre même de cette petite plaie se trouve un orifice excessivement petit, arrondi, et du volume de deux têtes d'épingle; ce pertuis fait communiquer le canal de l'urètre avec l'intérieur, car si l'on introduit par cet orifice un petit stylet, on le fait arriver jusque dans l'intérieur de ce canal. A cette hauteur du pénis se trouve une ligne de tissu inodulaire qui entoure toute la base, et qui est le résultat de la cicatrisation de l'ulcère formé par la ligature.

M. Jobert pratique le 25 août l'opération de la manière suivante:

Toute la circonférence de l'ulcération que nous venons de décrire est ravivée, ainsi que le pourtour de la fistule, ce qui donne à la plaie une étendue considérable. Puis l'opérateur taille un lambeau triangulaire à la base de la verge, au moyen de deux incisions latérales se réunissant à la partie antérieure; entre les deux incisions était compris le lambeau dont la base était située en arrière et le sommet en avant. Il fait glisser alors le lambeau d'arrière en avant de manière à lui faire recouvrir et la plaie et la fistule urétrale, et à l'aide de points de suture entrecoupés il réunit le lambeau à la peau voisine du pénis. Deux artérioles qui avaient donné pendant l'opé-ration furent liées; l'hémorrhagie fut complétement arrêtée, condition indispensable pour le succès de la réunion. Une sonde fut introduite à demeure dans la vessie. Un linge cératé, une compresse et une bande tout autour de la verge composèrent le pansement.

Le lendemain, pas d'accidents généraux. L'urine, ainsi que le pus blennorrhagique, se sont également écoulés par la sonde. La réunion paraît déjà commencée. On remarque seulement un léger écartement au sommet du lambeau. Les bourses sont tenues relevées à l'aide d'un petit coussin, et une nouvelle sonde est introduite dans la vessie. L'urine s'écoule par la sonde.

Le surlendemain, 27 août, un peu de suppuration sur les parties latérales du lambeau. Pansement renouvelé matin et soir. Une nouvelle sonde est introduite dans la vessie. Du pus s'écoule en abondance par l'orifice de l'urètre, et vient suinter autour de la sonde. Etat général toujours excellent.

Les 28 et 29, même état; même pansement. La sonde est toujours laissée à demeure. La suppuration est diminuée. Il existe trois ulcérations: une au sommet du lambeau, les deux autres sur les parties latérales.

Le 30, tous les fils sont coupés. La plus grande partie du lambeau est réunie. Un peu de suppuration. Continuation du pansement et de la sonde.

Le 1er septembre, le malade a cru remarquer l'écoulement de quelques gouttes d'urine par la fistule. Rien de semblable n'a été constaté pendant le pansement.

Le 2, les linges du pansement sont tout imprégnés de pus et de liquide qui ressemble à de l'urine. Les pansements sont toujours renouvelés matin et soir.

Du 3 au 5 inclusivement, suppuration toujours abondante aux deux plaies latérales. La sonde est toujours à demeure dans la vessie et laisse écouler l'urine. Du pus s'écoule toujours en abondance par le méat urinaire. On aperçoit un peu à gauche de la ligne médiane du pénis un petit point fistuleux par où suinte du pus. Il sort en grande abondance lorsqu'on comprime les parties latérales.

Le 6, cautérisation du pertuis fistuleux à l'aide du crayon de nitrate d'argent très-finement taillé. Nouvelle cautérisation le jour suivant. Les plaies suppurent moins.

Le 8, continuation du pansement. La sonde est toujours laissée à demeure. Même état.

La petite fistule est comprimée par des bandelettes agglutinatives, et en quelques séances on en obtient l'oblitération.

Depuis sa sortie de l'hôpital, le malade est revenu voir M. Jobert. Il n'existait plus alors de trace de fistule. Le lambeau était parfaitement réuni aux parties environnantes, et on n'apercevait plus qu'une cicatrice demi-circulaire à convexité antérieure et à concavité scrotale.

Fracture comminutive de l'extrémité tibio-tarsienne de la jambe, suivie de guérison rapide.

Tous les cas de fracture comminutive de l'extrémité tibio-tarsienne de la jambe ne nécessitent pas toujours l'amputation du membre. Voici un exemple d'une fracture de ce genre assez grave, suivie de guérison rapide, qui nous est communiqué par M. le docteur Ancelon, chirurgien de l'hôpital de Dieuze (Meurthe), et qui emprunte un intérêt particulier à la récente discussion de la Société de chirurgie sur ce sujet.

Marguerite V..., âgée de vingt-sept ans, forte et sanguine, fille de peine en service dans une ferme de Jelocourt, est entrée à l'hôpital de Dieuze, le 8 août 1854, pour une fracture du tibia droit.

Elle raconte que le matin même, une demi-heure avant son arrivée, elle était sur l'échafaud d'une grange. Lorsqu'elle voulut descendre, en mettant le pied sur le premier échelon d'une échelle qui glissa, elle tomba d'une hauteur de 4 mètres environ, le membre étant demeuré dans une forte extension. Le pied, en touchant le sol, se trouva pris entre le mur et un des montants de l'échelle, de manière à être relevé et violemment fléchi sur le tibia; la partie externe et postérieure du talon porta sur le sol. Le corps entier, suivant l'impulsion première, dut s'affaisser violemment.

Toute l'articulation tibio-tarsienne est tuméfiée; M. Ancelon constate l'existence d'une contusion à l'angle externe et postérieur du talon. Les deux malléoles paraissent divergentes, avec déplacement du pied en dehors et en bas.

La malléole interne, mobile et crépitante, forme un éclat à peu près triangulaire, de cinq centimètres de hauteur environ; une autre esquille, un peu moins mobile, d'environ trois centimètres de hauteur, est formée aux dépens de la partie antérieure du rebord inférieur du tibia; rien n'indique qu'il y ait une lésion osseuse postérieure. Le péroné est fracturé à la réunion de son quart inférieur avec les trois quarts supérieurs; peut-être, à en juger par sa mobilité et une certaine crépitation profonde, a-t-il emporté avec lui une portion du bord externe du tibia, comme dans la fracture décrite par A. Cooper.

La crépitation, la mobilité relative des esquilles, comparaison faite de l'une et de l'autre articulation tibio-tarsienne, firent diagnostiquer par M. Ancelon une fracture comminutive intra et extra-capsulaire. Tibia: un fragment supérieur, deux fragments inférieurs et peut-être trois; péroné: un fragment supérieur et un autre inférieur.

Il était probable que cette fracture compliquée s'était opérée en deux temps: 1° la malléole interne et l'esquille antérieure ont dû céder aux efforts de l'astragale, arc-bouté contre les bords antérieur et interne de la cavité articulaire du tibia; 2° l'inflexion latérale du pied, au moment où le sujet a dû perdre la verticale pour s'affaisser sur le sol, a nécessairement amené la fracture du péroné, sans doute déjà préparée par le premier temps, s'il existe en effet un fragment du bord inférieur et externe du tibia.

La malade fut largement saignée, son pied méthodiquement enveloppé d'une bande; et sa jambe blessée immédiatement placée dans un appareil de Scultet et parfaitement immobilisée, fut soumise à un arrosement continu d'eau blanche pendant quatorze jours. On n'a cessé l'arrosement qu'après avoir vu la bande du pied se relâcher sous l'influence de la résolution inflammatoire. La consolidation eut lieu en trente-cinq jours.

Après avoir marché pendant un mois et demi à l'aide de béquilles, la fille V... a repris ses travaux sans éprouver beaucoup de gêne du côté de l'extrémité articulaire fracturée. On remarquait seulement, en comparant l'articulation droite à la gauche, une légère augmentation de volume dans celle-là, et de légères saillies longitudinales formées par les différents cals limitent les fragments réunis du tibia.

« Ne nous hâtons pas d'amputer; pansons d'abord avec soin, car souvent *Dieu guârit!* » Telle est la conclusion de M. Ancelon.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

De la dyspepsie muqueuse (1).

Il est peu de maladies dont la curation repose sur des principes

(1) Fin. — Voir les numéros du 18 décembre 1855 et 10 janvier 1856.

rationnels aussi bien établis que les dyspepsies muqueuses. Les indications thérapeutiques principales se déduisent de la nature de la diacrise gastro-intestinale qui constitue la lésion primitive et originelle de ces maladies, et des modifications que cette condition morbide peut recevoir aux différents degrés de l'état pathologique. Le choix des moyens thérapeutiques est principalement déterminé par l'appréciation de leur action directe sur le tube digestif.

Lorsque les dyspepsies muqueuses sont d'une intensité modérée, comme elles ne déterminent pas d'accidents graves et se terminent d'elles-mêmes dès qu'on soustrait le malade à l'influence des causes qui peuvent les entretenir, la thérapeutique rationnelle la plus sage consiste dans l'abstention de tout médicament actif. Le régime est la partie la plus importante de cette médication expectante. Les aliments doivent être donnés en très-petite quantité, et même, si la dyspepsie muqueuse est intense, il faut les interdire complétement. Le degré de l'anorexie sert de règle pour diriger leur administration. Les substances alimentaires liquides, telles que les bouillons légers préparés par la décoction des viandes de jeunes animaux, ou mieux encore par l'infusion des viandes d'animaux adultes, comme le bouillon de poule, l'infusion de chair de bœuf maigre, sont les mieux supportés. On les aromatise et on les acidule avec des légumes frais, et l'expérience prouve qu'ils conviennent d'autant mieux, disposés de cette sorte, que l'anorexie des malades leur inspire surtout de la répugnance pour les substances animales.

Quand la dyspepsie est peu intense, ou lorsqu'elle est en voie de diminution, on peut donner des aliments plus substantiels et en plus grande quantité : les légumes frais cuits, les fruits cuits, les viandes blanches grillées et rôties. Les aliments gras, huileux, butyreux, répugnent souvent, et fatiguent en général les organes digestifs.

Pendant le cours de la maladie, lorsque l'on ne peut donner que des aliments liquides, il est le plus souvent inutile de prescrire d'autres boissons que les tisanes, qui conviennent pour émousser le contact nuisible des saburres et pour modérer l'irritabilité de la muqueuse gastro-intestinale; mais quand les malades peuvent supporter avec facilité quelques aliments solides, il devient nécessaire d'y joindre l'ingestion de boissons destinées à favoriser la chymification et l'absorption des molécules alimentaires. Dans tous ces cas, l'eau pure nous a toujours paru très-bien appropriée; seulement, au déclin de la dyspepsie, et lorsqu'elle tend à se prolonger, cette boisson devient souvent trop peu stimulante. L'eau vineuse est alors ce qu'il y a de préférable.

La température des aliments et des boissons est d'une grande importance. Outre qu'elle appète davantage aux malades, la température froide, abaissée parfois jusqu'au degré de glace, suffit souvent pour rendre aux fonctions digestives toute leur activité.

L'influence de l'humidité doit être évitée avec le plus grand soin par ceux qui sont affectés de maladies saburrales, sous peine de voir l'action de cette cause provoquer une exaspération immédiate. Les commotions morales, les passions tristes agissent également d'une manière assez fâcheuse; elles produisent souvent des épiphénomènes nerveux intenses, tels que les douleurs cardialgiques, les coliques, la diarrhée dyssentérique.

Les travaux manuels sont difficiles; la faiblesse générale et le sentiment de courbature qu'éprouvent les malades ne leur permet pas de s'y livrer. Les travaux intellectuels sont plus nuisibles encore; quels qu'ils soient, ils ne font qu'aggraver la dyspepsie. Le plus souvent, ils augmentent la céphalalgie et les vertiges. Ces observations imposent au médecin l'obligation de prescrire comme moyen de régime le repos, et surtout le soin de ne prendre part à aucun travail du corps et de l'esprit.

Pour combattre les embarras gastro-intestinaux, on ne doit se déterminer à prescrire les évacuants des premières voies que lorsque les signes de phlogose gastro-intestinale sont nuls, ou qu'après qu'on les a atténués ou même fait disparaître par une médication délayante et quelquefois antiphlogistique. Les anciens exprimaient dans le langage de leur temps cette indication, qui se rapporte au moment convenable pour l'administration des évacuants, en disant qu'il ne fallait évacuer que lorsque la matière était devenue mobile, ou que lorsque la maladie avait dépassé sa période de crudité, et était arrivée à sa période de coction.

Les émétiques agissent sur l'appareil gastro-intestinal en expulsant par la bouche les matières contenues dans l'estomac et dans le duodénum; ils impriment aux mouvements péristaltiques du tube digestif, en les intervertissant d'abord et en les accélérant ensuite, une activité qui empêche la stase des produits de la sécrétion intra-intestinale; ils modifient brusquement les sécrétions hépatiques et pancréatiques, comme on le voit pour les excrétions séro-muqueuses et bilieuses qu'ils occasionnent. Tous ces effets sont éminemment propres à débarrasser les premières voies et à modifier l'état pathologique dont elles sont le siége. Nous administrons avec hardiesse les émétiques et les éméto-cathartiques toutes les fois que les symptômes d'embarras gastrique sont très prononcés; nous n'avons presque jamais eu occasion de nous en repentir.

Les purgatifs sont indiqués pour déterminer l'expulsion par les selles des matières contenues dans les intestins. Ceux qui ne peuvent être digérés ou entièrement absorbés doivent parcourir successivement toute la longueur du tube intestinal, et exercer par conséquent leur action topique sur presque toute la surface muqueuse si étendue des premières voies. Cette considération nous semble devoir faire, en général, préférer à l'emploi des purgatifs celui des substances émétiques, toutes les fois que l'on peut concevoir la crainte d'exaspérer l'irritabilité du tube intestinal.

Dans quelques cas, rares à la vérité, mais assez graves pour devoir être spécialement signalés, la turgescence diacritique est assez vive, la phlogose de la muqueuse digestive assez prononcée, et l'état général des malades assez voisin d'un état inflammatoire, pour motiver une médication antiphlogistique active qui doit précéder l'emploi des évacuants et même se combiner avec eux.

Lorsque les sujets affectés de dyspepsie muqueuse sont dans un état de pléthore évident, ou bien si, indépendamment des symptômes les plus communs, on observe une soif ardente, une rougeur vive de la muqueuse linguale et buccale, une propension à la sécheresse de la langue, une épigastralgie intense, des nausées et des vomissements fréquents, de la tension des hypocondres, de la rénitence de l'abdomen, des douleurs tormineuses, des épreintes, etc., une émission sanguine générale ou des émissions locales sont indiquées et doivent être pratiquées de prime abord. Ces moyens sont quelquefois suivis d'une telle atténuation des accidents qu'il suffit ensuite d'une médication expectante pour que la maladie arrive à une heureuse terminaison.

La manifestation de quelques accidents nerveux provoqués soit par la dyspepsie elle-même, soit par les douleurs inhérentes à l'état morbide du tube digestif, soit par l'ébranlement déterminé chez les sujets irritables par les émétiques ou les éméto-cathartiques, entraîne facilement les jeunes médecins qui n'ont pas acquis par expérience la certitude du peu d'inconvénients de ces accidents nerveux à insister sur les antispasmodiques, et surtout sur les opiacés. On est d'autant plus porté à le faire que ces médicaments procurent presque toujours un état de calme immédiat dont les malades s'applaudissent, parce que les douleurs cardialgiques, les coliques et surtout le ténesme se suspendent. Il faut se méfier de cette amélioration apparente; elle entraîne une augmentation d'intensité de l'affection saburrale, et elle lui imprime une marche chronique et un caractère rebelle. Malgré la suspension des douleurs, l'anorexie persiste et devient même plus marquée, la langue reste fuligineuse, la faiblesse et le sentiment de courbature augmentent, les vertiges deviennent plus fréquents, les éructations nidoreuses continuent, le ventre est comme bouffi et à demi météorisé; c'est que les sédatifs antispasmodiques, et surtout les narcotiques sont nuisibles dans les dyspepsies. Ils augmentent l'anorexie, affaiblissent l'action du tube digestif, et suspendent le travail de la coction gastro-intestinale qui doit s'accomplir sur toutes les substances ingérées.

L'administration des émétiques est presque toujours immédiatement indiquée dans ce cas; il est même alors nécessaire d'y recourir avec plus d'activité qu'il n'aurait fallu le faire sans les fâcheux effets de la médication narcotique.

La terminaison imparfaite des dyspepsies muqueuses qui se montre par un état valétudinaire tout particulier est souvent le résultat d'une médication mal conçue; l'emploi des délayants et des antiphlogistiques trop prolongé ou appliqué mal à propos, l'administration intempestive des sédatifs et des narcotiques, l'omission des évacuants sont les causes les plus fréquentes de cette conversion en un état morbide chronique.

Dans les dyspepsies muqueuses chroniques, il ne suffit pas de s'en tenir aux évacuants des premières voies, même en réitérant l'administration de ces agents thérapeutiques; ils resteraient sans effet si l'on n'y joignait des moyens propres à modifier d'une manière continue l'action sécrétoire des cryptes mucipares. Les médicaments amers et toniques et même quelquefois les stimulants sont alors indiqués.

Nous prescrivons d'abord des émétiques ou des éméto-cathartiques, pour la composition desquels nous préférons l'ipécacuanha au tartre stibié à cause de ses effets toniques sur le tube digestif; nous y associons fréquemment pour les mêmes motifs la rhubarbe, ou le jalap, ou le séné; l'effet évacuant obtenu, nous faisons administrer une tisane amère et aromatique légère, que nous rendons même quelquefois laxative, surtout si l'état morbide dure déjà depuis un certain temps. Cette tisane est tantôt une infusion de quinquina et de rhubarbe, tantôt une infusion de têtes de camomille romaine, rendue laxative avec la crème de tartre soluble ou avec le sirop de fleurs de pêcher, ou avec le sirop de chicorée composé; il suffit assez souvent de quelques jours de l'usage de ces moyens pour rétablir le malade.

Cependant si ce résultat n'est pas obtenu, contre notre attente, nous revenons à la prescription d'un émétique ou d'un éméto-cathartique pour peu que l'anorexie persiste, que la langue conserve sa couche saburrale et que les digestions restent difficiles. Si, au contraire, l'anorexie a cessé, si la maladie n'est plus caractérisée que par des coliques obtuses, des borborygmes, un certain degré de tension de l'abdomen vers les flancs, des selles liquides et stercorales, nous préférons les purgatifs, et nous les choisissons parmi les substances amères ou aromatiques, dont nous augmentons souvent l'effet par les sels cathartiques. L'infusion de feuilles de séné avec addition de sulfate de soude, édulcorée avec le sirop de fleurs de pêcher, nous fournit le plus souvent un apozème purgatif dont nous obtenons les meilleurs effets. Les purgatifs huileux, dont on fait aujourd'hui un si grand usage, sont presque toujours inutiles et souvent nuisibles dans ces cas; ils sont difficilement supportés par l'estomac, et ils augmentent souvent la dyspepsie muqueuse.

Pour assurer les bons résultats de cette médication, il faut la prolonger pendant un certain temps, comme deux ou trois semaines, en séparant l'administration de chaque moyen thérapeutique par quelques jours de repos.

Chez les enfants, et même chez les jeunes sujets qui n'ont pas dépassé la puberté, l'irritabilité du tube digestif est grande, son appareil vasculaire capillaire est très riche, on ne doit recourir qu'avec réserve aux évacuants actifs éméto-cathartiques. Il vaut mieux persévérer pendant un temps plus long dans l'usage de la médication expectante, dût la maladie se prolonger davantage, que de se trop hâter de prescrire les évacuants. Lorsque l'on se détermine à le faire, et qu'il est indiqué de réitérer l'administration de ces moyens, il faut toujours agir après un assez grand intervalle pour ne pas s'exposer à provoquer une trop vive irritation gastro-intestinale. D'un autre côté, il faut se rappeler aussi que chez les jeunes sujets, quand on peut craindre que le tube digestif n'ait contracté un état de phlogose, il y a souvent de l'inconvénient à se hâter de soumettre le malade aux émissions sanguines. Les déperditions de sang à cet âge dépassent aisément le but, et sont presque toujours difficilement réparées, d'autant plus que le dérangement des fonctions digestives tarit la source principale de la réparation des forces. Mieux vaut presque toujours, chez les enfants, attendre la cessation de l'irritation gastro-intestinale par l'emploi d'une médication expectante qui ne comprend que l'administration des délayants, que de vouloir arriver rapidement au but par des émissions sanguines.

Chez les vieillards, les évacuants présentent quelques dangers, moins par l'irritation gastro-intestinale, qu'elle provoque rarement, que par la déperdition des forces qui arrive toujours à un haut degré. Cet état d'adynamie vient s'ajouter à celui qui résulte de la dyspepsie muqueuse elle-même; il met quelquefois promptement les jours du malade en péril. Il est plus prudent, quand on a à traiter des sujets avancés en âge, de s'en tenir à la prescription des boissons acidules tant que la maladie conserve sa forme aiguë et un certain degré d'intensité. On y joint ensuite des boissons légèrement vineuses, aromatiques ou amères, dont on augmente progressivement l'activité. Chez beaucoup de vieillards bien conservés on se rapproche de la méthode curative qui convient aux adultes dans la force de l'âge, comme on se trouve souvent obligé de s'imposer toutes les précautions qui conviennent aux vieillards chez des sujets de l'âge moyen de la vie, qui, par leur constitution détériorée, se rapprochent des conditions de la sénilité.

L'irritabilité extrême du système nerveux, particulière à quelques sujets, fréquente surtout chez les jeunes femmes, impose souvent une certaine réserve dans l'administration des vomitifs; c'est au point que les secousses convulsives du vomissement et les douleurs cardialgiques que provoque le médicament déterminent chez eux de véritables convulsions générales, suivies de lipothymies, ou au moins d'un état de faiblesse qui va jusqu'à donner des inquiétudes.

L'observation clinique prouve que les résultats nuisibles des vomissements sont plus facilement produits par des émétiques donnés à trop faible dose, que lorsqu'on agit par des doses trop élevées. Les efforts insuffisants de vomissement, les nausées réitérées sans résultat, ébranlent bien plus sûrement et avec plus de force le système nerveux que ne le font des efforts de vomissement rapidement provoqués, rapidement efficaces. Nous avons si souvent observé ces résultats, que nous n'hésitons pas, quand nous croyons qu'il est indiqué, de faire vomir des malades doués d'une irritabilité nerveuse exagérée, à administrer tout d'un coup une assez haute dose d'émétique; par exemple, comme 10 à 15 centigrammes de tartre stibié, ou 1 gramme de poudre d'ipécacuanha en une seule prise, pour avoir de promptes évacuations. On modère ensuite les efforts de vomissement en faisant donner à la fois une grande quantité de liquide aqueux dès qu'ils se manifestent.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

sur le traitement de la syphilis constitutionnelle par le mercure et l'iodure de potassium.

Par M. le docteur H. MONTANIER.

Il est inutile d'établir ici que la vérole confirmée ne peut être guérie que par les préparations mercurielles et iodurées; il n'est pas de médecin instruit qui ne s'en soit maintes fois convaincu.

Aussi n'est-ce point de cela qu'il s'agit, et je n'ai pas pris la plume pour prouver que les seuls médicaments réellement antisyphilitiques sont le mercure et l'iodure de potassium; je veux établir qu'il ne s'agit pas seulement de connaître les noms de ces médicaments pour savoir les manier convenablement, et que l'on ne doit pas toujours inévitablement guérir la vérole parce qu'on aura fait prendre au malade, sans méthode et sans jugement, une plus ou moins forte dose de préparations antisyphilitiques : je veux surtout essayer de donner quelques règles pour l'emploi de ces préparations.

Il ne suffit pas de savoir qu'il existe des chancres, des bubons, des syphilides, des iritis, des exostoses, etc.; il faut savoir les reconnaître. Il ne faut pas appeler chancre toute ulcération siégeant aux parties génitales, et savoir retrouver celui-ci dans une ulcération siégeant sur tout autre point du corps (1); il ne faut point traiter par des bains sulfureux et le sirop antiscorbutique certaines prétendues dartres qui ne sont autre chose que des syphilides pus-

(1) Une tendance malheureuse du médecin incomplétement versé dans l'étude de la syphilis est de voir des chancres dans toutes les ulcérations qui siégent aux parties génitales, et, d'un autre côté, de ne plus songer au chancre ou de ne pas le reconnaître dès qu'il siége ailleurs.

tulo-crustacées, et donner de l'opium ou du sulfate de quinine à de pauvres diables qui ont des douleurs ostéocopes et non point des névralgies.

Eh bien ! j'ose affirmer, et c'est pour cela surtout que j'écris ce travail, que, le diagnostic même étant bien posé, un très grand nombre de médecins ne savent pas traiter convenablement les affections syphilitiques. La plupart s'imaginent que le terme de vérole est le corrélatif de mercure et d'iodure de potassium ; cela est vrai sans doute, mais ils se gardent bien d'aller plus loin, et rien n'est moins varié que leur arsenal antisyphilitique. Celui-ci a adopté les pilules de Dupuytren et n'en sort pas, cet autre n'a jamais employé que la liqueur de Van-Swieten ; un dernier, plus jeune généralement, ne connaît que les pilules de proto-iodure, et ni les uns ni les autres ne prennent la peine de varier des formules qu'ils trouvent toutes faites dans les formulaires. Sans doute on peut guérir et on guérit un très grand nombre de véroles par l'une ou l'autre de ces préparations, mais il en est qui y sont réfractaires ; dans ces cas le médecin, complétement dérouté, s'en prend à la nature maligne du mal, et ne songe pas à accuser son peu d'expérience. Il faut en effet savoir varier selon les cas les préparations mercurielles, s'en servir tour à tour et les rejeter tour à tour aussi pour y revenir plus tard ; ne pas se lasser, ne pas se décourager trop vite et être convaincu, malgré qu'on en eût dit, que *la vérole, sauf des cas d'une rareté excessive, ne saurait jamais être absolument réfractaire à une médication bien dirigée.*

Ceci dit, nous allons entrer plus profondément dans notre sujet.

§ Ier. — *On peut dire, en général, que le mercure est le spécifique des accidents secondaires, et l'iodure de potassium le spécifique des accidents tertiaires.* — Jusqu'à ces derniers temps, on ne traitait tous les accidents de la vérole indistinctement que par les préparations mercurielles ; on ne connaissait même pas l'iode en thérapeutique, et s'il entrait dans quelques préparations (l'éponge brûlée, par exemple), les médecins et les chimistes n'en ignoraient pas moins sa présence. Aussi, les praticiens trouvaient-ils bon nombre d'accidents syphilitiques réfractaires au traitement le mieux dirigé. D'un autre côté, beaucoup d'accidents réellement syphilitiques étaient rangés parmi les engorgements simples ou les affections cancéreuses ; aussi faisait-on des opérations sanglantes, des amputations, alors qu'un traitement interne eût été complétement efficace. Que de testicules, que d'engorgements ganglionnaires prétendus cancéreux qui n'étaient que des testicules et des engorgements syphilitiques ! Ce sont là, sans doute, des vérités banales, mais qu'il est bon de rappeler de temps en temps ; aujourd'hui surtout, que certains praticiens tendent à renverser l'ordre des faits et à intervertir, sur je ne sais quelles données, le traitement de la syphilis.

Quelques auteurs, en effet, disent et écrivent aujourd'hui que le mercure doit être exclusivement réservé au traitement des accidents tertiaires, et l'iodure de potassium aux accidents secondaires. Évidemment, ce sont là des erreurs appuyées sur un petit nombre de faits bien observés, je le crois, qui ne sauraient détruire tous ceux, par milliers, parfaitement observés jusqu'à ce jour. Je maintiens, pour mon compte, que l'iodure de potassium ne peut rien contre les accidents secondaires, et que plusieurs accidents tertiaires ne sont nullement influencés par le mercure. Sans doute ce dernier métal peut être parfaitement actif contre certains accidents tertiaires et les guérir presque aussi bien que l'iodure de potassium ; mais cela n'est vrai que pour quelques-uns et non point pour tous. Comment donc a-t-on observé, pour dire que les syphilides se trouvent mieux de l'iode que du mercure ? Quand donc a-t-on guéri le testicule syphilitique et les exostoses, par exemple, mieux par le mercure que par l'iode ? Pour moi, je n'ai jamais observé aucun fait dans ce sens-là.

Tous les praticiens savent qu'on range parmi les accidents secondaires les *affections syphilitiques de la peau*, ou *syphilides*, les *plaques muqueuses*, *l'alopécie*, *l'onyxis*, *l'iritis*, *certaines ulcérations de la gorge*. Il est un autre accident, *l'induration*, qui doit être rangé également dans cette classe, aussi bien l'induration sous-chancreuse que l'induration ganglionnaire. Je me suis beaucoup appesanti sur ce point dans mon *Traité des maladies vénériennes*, et c'est une opinion aujourd'hui assez généralement reçue, que la syphilis constitutionnelle commence à l'induration du chancre ou des ganglions. C'est effectivement là l'expression vraie des faits : dès qu'il y a induration du chancre ou des ganglions, il y a syphilis constitutionnelle ; et si on reste spectateur inactif, les accidents ultérieurs *doivent* se développer plus tard. A peine existe-t-il quelques dissidences légères sur ce point, et ces dissidences, les voici : je n'ai jamais vu l'induration ganglionnaire qu'elle n'ait été d'abord précédée d'induration sous-chancreuse ; tout au plus dans quelques cas m'a-t-il semblé que ces deux phénomènes se développaient simultanément. Aussi ai-je écrit que la vérole débutait avec l'induration sous-chancreuse, et que celle-ci en était la première manifestation obligée. (*Traité des maladies vénériennes*, p. 185 et suiv.) Quelques auteurs, parmi lesquels je citerai mon honorable confrère M. le docteur Cullerier, qui est assurément un des meilleurs observateurs de ces divers phénomènes, prétendent avoir observé l'induration ganglionnaire sans induration sous-chancreuse antérieure ou simultanée. Mais M. Cullerier pense, comme moi, que l'induration ou chancreuse ou ganglionnaire est le début obligé, dans presque tous les cas, de la syphilis constitutionnelle, et doit être considérée comme le premier des accidents secondaires. On voit que la différence est bien légère, et ne porte en aucune façon sur un point capital.

Pour en revenir aux accidents secondaires que nous venons d'énumérer, nous n'hésitons pas à affirmer que le seul traitement qui leur convient est le mercure. L'iodure de potassium n'a pas de prise contre eux, et si la plupart d'entre eux disparaissent pendant que le malade prend les préparations d'iode, c'est uniquement parce qu'ils n'ont tous qu'une durée limitée ; mais nous affirmons aussi qu'ils ne tardent pas à reparaître sous une autre forme.

Le praticien doit savoir encore que ce n'est pas impunément qu'il aurait recours à un traitement inefficace, car il laisserait le mal faire des progrès fâcheux et la constitution se détériorer de plus en plus, de telle façon que la manifestation suivante serait incontestablement plus grave que celle qui l'aurait précédée. Enfin, parmi ces accidents secondaires, il en est un, *l'iritis*, contre lequel on ne saurait trop se hâter de recourir aux mercuriaux, même de façon à amener une prompte salivation, sous peine d'occasionner au malade la perte d'un organe aussi important que celui de la vision.

On range parmi les accidents tertiaires l'*orchite syphilitique* ou *testicule vénérien*, la *dégénérescence fibro-plastique des muscles*, les *tumeurs gommeuses* et les *affections syphilitiques des os, douleurs ostéocopes, périostoses, exostoses, ostéites*, etc., etc.

Le traitement de ces accidents est moins uniforme que celui des accidents secondaires ; en thèse générale, on peut dire que leur spécifique est l'iodure de potassium. Mais le mercure est loin d'être sans prise contre eux. Quelques-uns de ces accidents peuvent être parfaitement guéris par les préparations hydrargyriques : tels sont les gommes ; d'autres ne sont presque pas influencés par elles : tels sont les exostoses, les douleurs ostéocopes. Mais, dans tous les cas, l'iodure de potassium est beaucoup plus actif et beaucoup plus prompt dans son action.

Nous sommes si bien convaincu que le mercure peut agir contre les accidents tertiaires que jamais nous ne donnons l'iodure de potassium sans l'associer au mercure ; mais nous allons revenir sur ce point. Il s'agit d'ailleurs uniquement de lire les anciens auteurs pour se convaincre surabondamment qu'ils guérissaient avec le mercure un grand nombre de ces accidents dits aujourd'hui tertiaires, mais c'était avec beaucoup de peine et à l'aide d'un traitement fort long, et je n'hésite pas à penser que ce qui les obligeait à être si sévères dans leur traitement, si minutieux, si rigoureux, c'est justement la difficulté qu'ils éprouvaient à guérir par le mercure la plupart des accidents dits aujourd'hui tertiaires. Aussi ne comprendrions-nous pas qu'aujourd'hui, pour le plaisir d'innover ou plutôt de rétrograder, on abandonnât de gaieté de cœur un médicament excellent pour le remplacer par un moins bon, et qu'on voulût retourner une proposition surabondamment démontrée dans les deux termes suivants : *Les accidents secondaires de la syphilis sont guéris par les mercuriaux, les accidents tertiaires par l'iodure de potassium.*

(*La suite à un prochain numéro.*)

LIMONADE OXALICO-MARTIALE

contre les fièvres périodiques.

Depuis plusieurs années, le docteur Gamberini emploie avec succès, à l'hôpital Sainte-Ursule, à Bologne, contre les fièvres intermittentes, un remède aussi simple qu'économique, dont voici la formule :

Sulfate de fer	1 gr. 30
Acide oxalique	0 gr. 30
Eau distillée	1500
Sucre blanc	45

Mélangez.

De ce mélange résulte, d'après Vogel, un oxalate d'oxyde et d'oxydule de fer de couleur jaune et presque insoluble dans l'eau.

Cette dose doit être prise en plusieurs fois pendant l'apyrexie, et répétée ensuite chaque jour. Il faut avoir soin d'agiter le liquide avant de s'en servir.

Malgré le goût ferrugineux prononcé de cette limonade, l'auteur assure que les malades s'y habituent en général très-facilement. On peut aller jusqu'à doubler la dose du sulfate de fer pour les individus robustes et qui supportent bien le remède. S'il s'agit de malades pauvres, on substitue l'eau de pluie ou de citerne à l'eau distillée.

L'auteur ayant communiqué cette formule à quelques collègues exerçant dans des localités marécageuses, ceux-ci en ont obtenu les résultats les plus avantageux, même dans des circonstances où l'administration réitérée du sulfate de quinine n'avait eu aucun succès. (*Bull. dell Scienze med.*)

INTRODUCTION D'UN HARICOT DANS LA TRACHÉE-ARTÈRE.

Trachéotomie. — Guérison.

Par M. le Dr Iszenard.

Déjà depuis plusieurs années Roux avait appelé l'attention sur la marche des symptômes provoqués par l'introduction d'un haricot dans la trachée ; plus tard M. le professeur Nélaton a formulé d'une manière plus nette les diverses phases de cet accident. A peine est-il besoin de rappeler que c'est généralement vers le troisième ou le quatrième jour que la suffocation devient assez grave pour que les personnes non prévenues jugent l'opération de la trachéotomie nécessaire ; quelquefois même, à cette époque, les symptômes surviennent avec une telle intensité, que l'enfant succombe très-rapidement. Nous rapportons l'observation suivante, qui vient confirmer complétement cette doctrine.

Une enfant, âgée de sept ans, avala brusquement un haricot qu'elle s'amusait à recevoir dans sa bouche après l'avoir jeté en l'air. Il se déclare aussitôt des accès de suffocation, qui se calment d'eux-mêmes au bout d'une demi-heure. Ce calme dure quatre jours.

Le cinquième jour, il survient une toux comme croupale ; on croit à une bronchite commençante. Dans l'après-midi du même jour, la suffocation devient imminente, et l'on entend distinctement dans la trachée le bruit de va-et-vient produit par le haricot.

Le septième jour, la figure est violacée, le pouls petit, déprimé, la peau froide ; l'enfant suffoquait. On se décide à pratiquer la trachéotomie. Bientôt le haricot vint se présenter à l'ouverture artificielle, et fut saisi avec des pinces et extrait.

Les suites de l'opération furent très simples, et la petite plaie, dont les bords furent affrontés avec des bandelettes de taffetas gommé, fut promptement cicatrisé.

La voix seule est restée encore enrouée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 16 janvier, l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon a été réorganisée de la manière suivante :

Professeurs titulaires. — Anatomie et physiologie, M. Paris ; pathologie externe et médecine opératoire, M. Brullet ; clinique externe, M. Vallée ; clinique interne, M. Salgues ; accouchements, maladies des femmes et des enfants, M. Lépine ; matière médicale et thérapeutique, M. Lavalle ; pharmacie et notions de toxicologie, M. Viallanes.

Professeurs adjoints. — Clinique externe, M. Chanut ; clinique interne, M. Morlot ; pathologie interne, M. Dugast.

Professeurs suppléants. — Pour les chaires de médecine proprement dite, M. Fortoul ; de chirurgie et d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants, M. Crouigneau ; d'anatomie et physiologie, M. Boucher ; de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie, M. Delarue.

M. Gruère fils est nommé chef des travaux anatomiques.

M. Lavalle, professeur de matière médicale et de thérapeutique, est nommé directeur de l'Ecole.

— Par décret du 12 janvier, M. le docteur Lesguillon, médecin aide-major, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— La Société de médecine de Lyon a procédé à l'élection d'un vice-président en remplacement de M. Th. Perrin, qui passe de droit à la présidence. M. Lecoq a été nommé au premier tour de scrutin et à l'unanimité. C'est la première fois qu'un membre de la section de médecine vétérinaire est chargé de représenter la Compagnie. L'élévation du caractère du nouvel élu, les services rendus à la science qu'il cultive avec succès et à l'école qu'il dirige avec une fermeté toute paternelle, la netteté de sa parole justifient un hommage qui s'adresse à la fois à l'homme, au savant et au fonctionnaire. — MM. Diday, secrétaire général ; Pasquier, archiviste ; Teissier, trésorier, n'étant pas arrivés au terme de leurs fonctions, continuent à faire partie du bureau.

— L'Académie des sciences et des lettres de Montpellier avait mis au concours, pour 1855, la question des *paralysies indépendantes de toute lésion appréciable des centres nerveux.* Elle vient de décider qu'il n'y avait pas lieu de décerner le prix de 500 francs ; mais elle a accordé, à titre d'encouragement, une médaille d'honneur en or à M. Macario, docteur en médecine à Lyon.

— La question de savoir si le médecin qui présente à l'officier de l'état civil un enfant nouveau-né est tenu de déclarer dans l'acte de naissance le nom de la mère, ou s'il peut refuser de faire cette déclaration en alléguant qu'il lui aurait été imposé de tenir ce nom secret, s'est de nouveau présentée devant la cour d'appel de Gand, par suite de l'appel interjeté par le ministère public contre un jugement du tribunal d'Ypres, qui avait donné raison au médecin. La cour de Gand, par un arrêt longuement motivé, vient de persister dans sa jurisprudence antérieure, qui donne tort aux médecins, et elle a condamné le prévenu à 50 fr. d'amende et aux dépens. C'est le cinquième arrêt que les cours de Belgique prononcent dans le même sens. — La cour de cassation française a adopté une jurisprudence contraire.

— L'Académie de médecine de Belgique, dans sa séance du 24 novembre dernier, a élevé à l'honorariat plusieurs de ses membres correspondants, savoir : MM. Simon, de Liége ; A. Uytterhoeven et Rieken, de Bruxelles ; Chélius, de Heidelberg ; Delafond et Renault, de l'Ecole vétérinaire d'Alfort ; Amussat et Jobert (de Lamballe), de Paris ; Forget, de Strasbourg. Dans la même séance, elle a nommé membre honoraire M. le docteur de Block, professeur émérite de l'Université de Gand ; et membres correspondants, MM. Depaire, pharmacien à Bruxelles ; Bribosia fils, docteur en médecine à Namur ; Maisonneuve et Sichel, de Paris.

— Le gouvernement sarde vient de promulguer un nouveau règlement pour le service sanitaire de la prostitution à Turin. M. le docteur Sperino est nommé inspecteur de ce service.

— Le concours pour l'internat dans les hôpitaux de Montpellier s'est terminé par la nomination de M. Pécholier.

— Le corps médical d'Avignon a fait récemment deux nouvelles pertes : MM. Martin, ancien maire de cette ville, et Deloulme, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu. M. Martin était fort connu à Avignon sous le nom de *Martin-Foire*, à cause des quatre foires dont, pendant son édilité, il avait doté l'ancienne résidence des papes.

M. R., à B., du Loiret. — Nous n'avons aucun renseignement particulier sur la place de médecin vacante à Saint-Verain (Nièvre) ; veuillez vous adresser au maire de cette commune.

Le Somm.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 9. — MARDI 22 JANVIER 1856. (29e ANNÉE.) N° 9. — MARDI 22 JANVIER 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries, et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 21 JANVIER 1856.

ENCORE UN MOT SUR LA QUESTION DE LA RÉVULSION ET DES EXUTOIRES.

L'absence complète de toute communication médicale à l'Académie des sciences nous crée pour aujourd'hui des loisirs que nous allons chercher à utiliser en revenant encore une fois sur la question de la révulsion et des exutoires, non pour émettre sur ce sujet des opinions et des vues qui nous soient propres, mais pour tâcher de dégager de ce long débat les quelques parcelles de lumière et de vérité qui en ont pu jaillir. Si l'on élague de cette discussion tout l'historique et toutes questions incidentes et collatérales, pour la réduire à ses termes les plus simples, et qu'on lui demande compte, en définitive, de ce qu'elle nous a appris, de ce qui en résulte d'utile pour la pratique, on se prend à regretter que tant de talent et d'éloquence aient été dépensés pour si peu de résultat. Cependant tout n'est pas perdu dans ces discussions; et alors même qu'elles ne jettent qu'un très-faible jour sur les questions qu'elles soulèvent, elles ont au moins cet avantage, d'appeler momentanément l'attention sur un point de la science, et de fournir à chacun l'occasion de mesurer l'étendue de ce qu'il sait et de ce qu'il ignore sur ce point.

Les faits de révulsion ont été mis en doute, la doctrine de la révulsion et de la dérivation a été contestée en principe et dans ses applications. Il serait fastidieux de répéter ici les faits et les arguments invoqués de part et d'autre pour ou contre cette thèse. Tous ceux qui ont suivi attentivement ces débats en auront certainement conclu avec nous que le fait de la révulsion est fondé sur des observations physiologiques et pathologiques dont le nombre et la vulgarité ne laissent en quelque sorte que l'embarras du choix; que la doctrine de la révulsion fondée sur ces faits, quelle que soit son origine et quelles que soient les différentes interprétations qu'elle a reçues dans les diverses phases historiques de la médecine, n'en est pas moins une des doctrines thérapeutiques les mieux établies et les plus fertiles en applications utiles. Il n'est peut-être pas un praticien qui ne continue, après cette discussion, à pratiquer, comme il le faisait avant, les divers procédés de la révulsion; peut-être même y aura-t-il puisé quelques motifs de plus de s'enhardir dans cette pratique.

Mais si, poussant un peu plus loin nos exigences, nous demandons à cette discussion une notion plus précise de la théorie de la révulsion, des indications plus nettes sur les phénomènes morbides qui réclament plus spécialement la révulsion, sur le moment le plus opportun pour y avoir recours, sur le choix des moyens les plus aptes à donner le résultat désiré; si nous lui demandons une définition et une distinction raisonnée de la révulsion et de la dérivation; sur tous ces points et une foule d'autres que nous pourrions citer, nous ne trouvons aucune lumière nouvelle, aucun précepte, aucun fait expérimental, rien, en un mot, qui soit capable de dissiper les incertitudes, de faire cesser l'hésitation où se trouve si souvent le médecin. En vain avons-nous fait appel aux souvenirs des praticiens les plus expérimentés de l'Académie; ils sont restés muets.

Eh bien, ce que l'Académie n'a point fait, ce que la discussion n'a pas même indiqué, c'est à la presse qu'il appartient de le faire. La discussion orale est close; mais l'enquête clinique, seule apte, en définitive, à résoudre ces questions, ne fait que commencer. La parole n'est plus aux orateurs, elle est désormais aux faits. C'est cette enquête que nous nous proposons d'entreprendre aujourd'hui, laissant de côté pour l'instant les discussions purement doctrinales.

Etablissons tout d'abord une distinction essentielle et qui ressort des débats mêmes. La révulsion extemporanée, la révulsion de l'état fluxionnaire dans la période initiale des maladies et dans les affections congestives ou inflammatoires à marche aiguë, n'est sérieusement pas mise en question; on peut hardiment dire qu'elle n'est contestée par personne, pas même par M. Malgaigne. C'est la révulsion permanente et opérée sur les points rapprochés du mal, — ou pour parler plus exactement, car c'est ici que les dénominations ont une valeur réelle et qu'il importe de ne pas les confondre, — c'est la dérivation qui est le point réel de la discussion. Ce n'est donc que sur les faits de cet ordre que nous croyons plus particulièrement utile d'insister.

Nous avons déjà rapporté quelques exemples qui militent en faveur de l'efficacité des exutoires à demeure, l'un des moyens les plus importants de cette méthode. Voici quelques faits nouveaux que nous soumettons également à l'appréciation de nos lecteurs.

M. Festat, médecin vétérinaire à Sainte-Foy (Gironde), nous communique ceux qui suivent :

Un homme, âgé d'une quarantaine d'années, était affecté depuis quatre ans d'une maladie du cerveau imparfaitement caractérisée, mais qui se traduisait par des tremblements continuels et si prononcés qu'on était obligé de le faire manger, et que, lorsqu'il était livré à lui-même, il faisait des chutes fréquentes; la parole était embarrassée et la voix saccadée, etc. (Tout porte à croire, d'après cette description très incomplète, qu'il s'agissait d'une affection choréique.) Divers moyens successivement employés, tels que saignées, sangsues, vésicatoires, purgatifs, bains de toute nature, s'étaient montrés inefficaces.

En 1848, d'après l'avis de M. le docteur Marchand (de Sainte-Foy), un *séton vétérinaire* fut placé à la nuque. Le trajet du séton marquait 16 centimètres et avait une mèche énorme. En six jours la suppuration fut abondante et louable. Un mois après le malade mangeait et pouvait boire tout seul; en deux mois il marchait assez bien, et sa voix était très-intelligible. Après quatre mois, il travaillait et s'occupait aux champs.

Au bout d'un an cet homme se croit guéri, et il supprime l'exutoire: nouveaux accidents aussi prononcés que les premiers, en moins de quatre mois. Deuxième séton énorme à la nuque, qui amène la même amélioration. On le laisse à demeure pendant dix-huit mois, sans que pas un des symptômes primitifs se reproduise. L'exutoire est supprimé de nouveau, et les accidents reparaissent un an après, mais d'une manière plus prononcée. Troisième séton à la nuque; nouvelle amélioration. L'exutoire est laissé pendant deux ans, et supprimé ensuite, avec les précautions d'usage.

Depuis cette époque, cet homme a joui d'une parfaite santé.

— En 1845, M. Festat est consulté pour un étalon de grand prix affecté d'une amaurose à droite. La maladie datait d'un mois et demi et avait été traitée par les vésicatoires, les purgatifs, l'azotate d'argent cristallisé, etc., sans procurer la moindre amélioration.

Il place deux grands sétons à l'encolure du côté malade et un trochisque à la joue. Un mois après, l'œil paraît guéri. On supprime les exutoires, et la maladie reparaît quinze jours après avec autant d'intensité que la première fois. On replace les sétons et le trochisque, qui cette fois amènent en deux mois une cure complète.

Autre fait. — En 1840, un bœuf de quatre ans, affecté de catarrhe nasal suraigu, lui est confié avec les symptômes suivants : la tête est énorme et triplée de volume, la vision abolie; la muqueuse nasale, violacée, est le siége d'un engorgement si intense que l'asphyxie est imminente.

On essaye de retirer du sang à la jugulaire, mais l'empâtement de l'encolure y met obstacle. M. Festat place un trochisque de sublimé corrosif et deux sétons énormes au fanon.

Douze heures après, il n'y a pas d'engorgement, et la mort est imminente soit par asphyxie, soit par gangrène. Il propose alors un grand moyen, qui est le révulsif le plus énergique que l'on connaisse : il pratique huit grandes incisions au fanon, et plonge dans chacune d'elles un cautère chauffé à blanc. Le lendemain matin, c'est-à-dire douze heures après cette opération, le fanon est le siége d'une tumeur qui ne mesure pas moins de 36 à 40 centimètres de diamètre. La tête, qui la veille au soir était monstrueuse, a diminué de moitié, et la jugulaire, à laquelle on n'avait pu retirer de sang, noyée qu'elle était dans un empâtement très prononcé, offre dès ce moment un accès facile.

Des scarifications profondes sont pratiquées sur la tumeur, qui donne écoulement à six litres de sérosité sanguinolente.

Bref, le bœuf, qui avait été menacé d'une mort certaine, était guéri six jours après.

M. le docteur E. Chauffard (d'Avignon) a communiqué à la *Gazette hebdomadaire* les faits suivants, qui apportent à l'appui de l'efficacité des exutoires un témoignage d'une grande valeur.

En 1851, 1852 et 1853, rapporte M. E. Chauffard, un grand nombre de militaires s'arrêtaient à l'hôpital d'Avignon, revenant d'Afrique, et renvoyés en France pour y trouver la guérison de fièvres intermittentes rebelles déclarées depuis quinze mois au moins. Tous présentaient à peu près le même tableau morbide : face pâle, terreuse, légèrement bouffie; peau d'un blanc mat, plombée, molle et sèche; yeux ternes, lèvres décolorées, pouls petit, ventre tuméfié, enflure du bas de la jambe et des pieds; enfin rate énorme, distendant l'hypocondre et le flanc gauche. Tous ces soldats étaient depuis un an, ou plus, en proie à des accès de fièvre soit quotidienne, soit tierce, bien qu'ils eussent consommé une énorme quantité de sulfate de quinine, qui n'avait fait que donner, chaque fois qu'ils en prenaient, un répit de quelques jours à la maladie.

M. Chauffard soumit ces malades à une médication tonique, basée principalement sur le fer et l'extrait de quinquina, l'usage abondant du lait, une bonne alimentation, le long repos au lit, et surtout le changement du climat et la soustraction des malades aux influences morbifiques qu'ils avaient subies jusque-là. Mais il n'en obtint point le résultat qu'il en avait attendu. La fièvre, dont il avait espéré conjurer ainsi le retour, revint avec la même opiniâtreté, et il ne survint aucune amélioration notable dans l'état général. Le quinquina jaune en poudre, administré suivant les préceptes des médecins du siècle dernier, à la dose d'une once, et graduellement augmentée pendant huit jours, n'eut pas plus de succès.

Enfin, après un certain temps de temporisation, convaincu que l'affection de la rate était la cause principale de ces retours de fièvre, et qu'elle dominait tous les autres symptômes, M. Chauffard eut l'idée de diriger exclusivement sa médication sur cet organe. Ayant limité le contour de la rate chez chaque malade, il fit placer sur cette région des cautères larges et profonds, au nombre de trois, quatre ou cinq, suivant les cas.

Dès que la suppuration commença à être établie, l'aspect des malades changea : les yeux reprirent de l'expression et de l'éclat; la peau recouvra peu à peu sa teinte brune et colorée; l'appétit se réveilla vivement; la fièvre s'éloigna de plus en plus.

En même temps que les accès devenaient plus rares, chacun était très-notablement diminué; une faible dose de sulfate de quinine l'enrayait alors solidement. Enfin, après un ou deux légers retours, la guérison définitive était établie, et plusieurs de ces malades quittèrent l'hôpital sans avoir eu de nouveaux accès depuis. La rate diminua progressivement de volume; plusieurs fois même elle avait repris entièrement, après deux ou trois mois, ses dimensions et sa position normales.

M. le docteur Rochard, que nous citions récemment à propos de la colique sèche, rapporte à cette occasion qu'étant à Madagascar, où les fièvres intermittentes sont aussi fréquentes et aussi rebelles qu'en Algérie, il a vu souvent chez les malades atteints de cette affection apparaître spontanément une éruption de boutons à base large et enflammée, qui ne tardent pas à s'abcéder, et se terminent en ulcères avec suppuration abondante et engorgement des tissus environnants. La partie inférieure de la jambe, un peu au-dessus des malléoles, est presque toujours le siége de ces ulcères, que les malades cherchent plutôt à entretenir qu'à tarir, convaincus qu'ils sont par une longue expérience, que ces ulcères sont un moyen par lequel la nature opère la guérison des fièvres intermittentes et empêche le gonflement anormal de la rate.

M. Rochard lui-même, pendant son séjour dans ce pays, ayant été atteint d'une fièvre intermittente grave sur laquelle le sulfate de quinine n'avait plus aucune prise, ne met pas en doute qu'il n'ait échappé à la mort que par le fait d'une forte éruption de boutons ulcéreux qui lui survint aussi vers la partie inférieure des jambes.

La question des exutoires a été étudiée également dans d'autres organes de la presse. Nous citerons entre autres un excellent travail de M. le docteur Marotte, qui, à une vaste érudition et une connaissance profonde des auteurs anciens, joint une expérience personnelle très-étendue, ce qui lui donne le droit d'avoir sur ce sujet une opinion motivée. Nous ne saurions mieux terminer aujourd'hui cette première collection de documents cliniques qu'en rapportant textuellement les conclusions de ce travail, qui nous paraissent résumer parfaitement ce point de thérapeutique :

1° Les exutoires constituent une médication chronique qui ne doit être opposée qu'à des affections chroniques;

2° Leur action physiologique met en jeu les propriétés vitales communes des tissus sur lesquels ils sont appliqués; elle n'a par conséquent rien de spécifique;

3° De là résulte cette conséquence, confirmée par l'expérience, que les exutoires ne peuvent rien sur les éléments spécifiques des maladies : ils ne peuvent que diminuer, enrayer ou anéantir un de leurs éléments communs, la fluxion;

4° Leur action thérapeutique est indirecte, et s'exerce en vertu de l'axiome pathologique consacré : *Duobus laboribus*, etc.;

5° Cette action thérapeutique est soumise aux lois générales de la révulsion et de la dérivation;

6° Les exutoires ne peuvent donc déplacer et guérir les fluxions produites et entretenues par une force plus puissante que la leur, et qui en reçoivent un caractère de généralité; telles les localisations diathésiques confluentes, etc.;

7° Ils ne peuvent ni déplacer ni guérir des fluxions pathologiques entretenues par des conditions locales de nature réfractaire;

8° En leur qualité d'affluxifs, produisant une fluxion fixe, ils peuvent créer une localisation artificielle et anticipée à certaines diathèses, et faire cesser ainsi des troubles dus à l'imminence morbide;

9° Ils dirigent et fixent souvent avec avantage, sur un point de

la peau où la fluxion est sans danger, les localisations de certaines diathèses qui avaient pris pour lieu d'élection des organes importants ;

10° Lorsque la fluxion est ou devient l'élément principal des affections chroniques, les exutoires peuvent suffire à la guérison ;

11° Lorsqu'il y a plusieurs éléments morbides à combattre, l'indication qu'ils remplissent est soumise aux conditions d'importance, de simultanéité, de succession qui régissent toutes les indications ;

12° L'opportunité et la durée de leur emploi sont subordonnées à l'opportunité et à la durée de l'état pathologique contre lequel ils sont dirigés. — Dr Brochin.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — M. P. Dubois.

De la rupture prématurée des membranes.

(Leçon recueillie et rédigée par M. le docteur Hippolyte Blot, chef de clinique.)

Dans l'état régulier des choses, quand les phénomènes du travail se succèdent normalement, les membranes s'engagent dans l'orifice de l'utérus au fur et à mesure qu'il se dilate, et elles ne se rompent que quand la dilatation de cet orifice a atteint sept ou huit centimètres de diamètre ; cela suppose que les membranes ont une certaine résistance, ce dont on peut d'ailleurs se convaincre facilement par le toucher au moment des contractions utérines. Cette résistance n'existe pas toujours à un degré suffisant, et vous venez d'en acquérir la preuve dans l'étude de la succession des phénomènes de l'accouchement chez la femme couchée au n° 33 *bis*. En effet, cette malade a eu ses règles pour la dernière fois le 2 mai 1855 ; elle n'aurait dû par conséquent accoucher que vers le 10 février 1856. Or elle s'est présentée à la clinique le 8 janvier à minuit et demi, ayant perdu des eaux depuis neuf heures du soir le même jour. Cet écoulement de liquide n'a été précédé ni suivi d'aucune douleur. Pouvait-il y avoir quelque doute sur la source du liquide écoulé ? Oui certainement. Et tout d'abord, précisément à cause de l'époque de la grossesse à laquelle cette femme était parvenue, on pouvait songer à une hydrorrhée. Le liquide pouvait venir de la surface interne de l'utérus dont les membranes se seraient décollées ; mais ce diagnostic n'a pas longtemps fixé notre attention, et l'examen complet de la malade nous a bientôt fait voir qu'il s'agissait bien là d'un écoulement de liquide amniotique. En effet, par le toucher vaginal on sentait la tête à nu, et en la soulevant on faisait immédiatement écouler du liquide offrant tous les caractères du liquide amniotique ; puis aussitôt qu'on laissait retomber la tête sur l'orifice, elle le bouchait de nouveau, et l'écoulement cessait. Cette manœuvre, répétée à plusieurs reprises, donnait toujours le même résultat. J'ajouterai, enfin, que pendant le travail il n'y a pas eu formation de la poche des eaux.

Il s'agissait donc bien ici d'une rupture prématurée des membranes. Sous quelle influence cette rupture s'est-elle opérée ? Il n'y avait eu ni effort d'aucune espèce, ni pression sur le ventre, ni chute, c'est-à-dire aucune des causes externes, aucune des violences capables de produire la rupture prématurée. La véritable cause de la rupture prématurée des membranes, en dehors des conditions précédemment citées, ne me paraît pas avoir été signalée par les auteurs qui se sont occupés de cette question ; la plupart d'entre eux admettent que ces sortes de ruptures, en apparence spontanées, sont dues à la distension des membranes par une trop grande quantité de liquide amniotique. Je ne pense pas que cela soit vrai, au moins pour la généralité des cas. Le plus souvent cette rupture prématurée des membranes se produit sous l'influence de contractions utérines indolores, dont les femmes n'ont pas la conscience. Mais ce qu'il faut bien savoir, et ce sur quoi je désire appeler particulièrement votre attention, c'est que les contractions utérines indolores ne peuvent ainsi rompre les membranes prématurément qu'à une condition, c'est qu'il existera dans celles-ci une disposition, une texture favorable à cette rupture. Cette disposition, c'est la *faiblesse* même des membranes, leur *minceur*, leur *fragilité* trop grande. Cet état particulier des membranes tenant à la constitution même de l'œuf, et celle-ci à l'état général de la femme, peut, par cela même, se reproduire plusieurs fois dans des grossesses successives. On voit quelques femmes chez lesquelles le liquide amniotique commence ainsi à s'écouler avant l'apparition des douleurs, et prématurément, dans une série de grossesses ; chez quelques-unes même cette rupture a lieu à une époque très-peu avancée, et devient alors une cause d'avortement, qui, pour le dire en passant, n'est pas signalée par les auteurs.

La malade qui a suggéré les réflexions précédentes n'a commencé à souffrir que vingt heures après la rupture des membranes. Il était difficile de dire exactement à quel moment les douleurs devaient survenir. Ce qui est vrai, c'est que rarement, dans ces circonstances, vingt-quatre heures se passent sans que les douleurs apparaissent ; mais cette limite peut-elle être franchie ? Sans aucun doute ; et il faut bien savoir qu'un temps beaucoup plus long peut se passer entre le moment où s'effectue la rupture des membranes et celui où apparaissent les premières douleurs. Deux, trois, quatre, cinq, dix et même quinze jours peuvent s'écouler, pendant lesquels les femmes perdent de temps en temps un peu d'eau. Il ne faut pas oublier cependant qu'un aussi long retard constitue l'exception. Ces exceptions se remarquent surtout chez les femmes qui ne sont pas encore parvenues au terme de la grossesse.

Notre malade est accouchée assez rapidement ; à partir du début des douleurs, il ne s'est passé seulement que trois heures jusqu'à la naissance de l'enfant. Ici, cela s'explique par une mollesse très-grande du col, qui cependant conservait une certaine épaisseur. Il arrive quelquefois qu'on trouve non-seulement le col ainsi plus ou moins épais, mais même avec une longueur vraiment considérable, presque complète. Cela tient à ce que, après l'écoulement d'une certaine quantité de liquide amniotique, le col, qui avait été effacé, revient sur lui-même, se *reforme*, pour ainsi dire, retombe sur lui-même faute du soutien qui le maintenait effacé. Dans des cas semblables, on pourrait croire que la terminaison du travail est encore éloignée, et il n'en est rien. Si les contractions reparaissent régulières et énergiques, le col s'efface de nouveau, la dilatation est promptement obtenue, et l'accouchement a lieu à un moment beaucoup plus prochain qu'on n'aurait pu le penser. Cette rapidité apparente dans le travail se comprend facilement par cela même que le col ayant été déjà effacé n'offre plus la résistance qu'il présente ordinairement ; il ne faut donc pas, dans ces cas, pronostiquer un travail long et difficile.

Ici, le travail a été facile et prompt, quoique les membranes se fussent rompues prématurément. Il ne faudrait pas croire qu'il en est toujours ainsi ; c'est le contraire qu'on observe habituellement ; et cela peut se comprendre assez bien si on cherche à pénétrer le mécanisme suivant lequel se fait normalement la dilatation de l'orifice utérin dans un accouchement régulier.

Dans l'état ordinaire des choses, l'orifice de l'utérus se dilate sous l'influence des contractions du corps, qui prend son point d'appui sur la masse qu'il contient, c'est-à-dire sur l'œuf tout entier ; il tend à le chasser au dehors en le poussant vers le col. C'est par ces contractions successives, dont l'effet est maintenu par la partie inférieure de l'œuf, intact d'abord, puis par le fœtus lui-même ensuite, que la dilatation se produit régulièrement. Quand, au contraire, les membranes se rompent prématurément, à chaque contraction une petite quantité de liquide s'écoule, le point d'appui à la dilatation du col fuit, manque, au moins en partie, en sorte que la première période du travail, la dilatation de l'orifice, reste languissante jusqu'à ce que les contractions s'appliquent sur le fœtus lui-même et le poussent d'une manière plus directe et plus immédiate vers l'orifice utérin.

L'enfant de cette femme est né vivant, et cela probablement à cause de la rapidité du travail ; les choses ne se passent pas toujours, à beaucoup près, d'une manière aussi heureuse, à cause de la gêne à la circulation fœto-placentaire qui résulte ordinairement de l'écoulement prématuré du liquide amniotique.

Dans ce cas, nous nous en sommes tenu à l'expectation, et c'est ce qu'on doit faire le plus souvent. Nous nous sommes contenté de conseiller la position horizontale pour éviter l'écoulement trop facile du liquide, la procidence possible du cordon et tous les accidents qui peuvent en être la conséquence. Si j'ai soin de vous parler de mon abstention, c'est qu'on pourrait être disposé à faire le contraire, en cherchant à provoquer et à activer les contractions utérines au moyen de l'ergot de seigle. Dans de semblables circonstances l'ergot peut être inutile et même le plus souvent dangereux ; en effet, il se peut que l'on ait affaire à une simple hydrorrhée, comme je l'ai observé en ville il n'y a pas bien longtemps. Une femme, enceinte de six mois, perdit tout d'un coup une assez notable quantité d'eau ; les contractions à la suite de cet écoulement ne se réveillèrent pas, et un de nos confrères, qui me fit appeler en consultation, proposa d'administrer l'ergot de seigle pour les faire naître et les entretenir. Je ne fus pas de cet avis, pensant, d'une part, qu'il n'était pas certain que les membranes fussent rompues, et, de l'autre, qu'en supposant cette rupture certaine les contractions se réveilleraient spontanément et avec un caractère meilleur que celui des contractions artificiellement produites par l'ergot. Je m'applaudis plus tard de cette détermination, car l'écoulement de liquide cessa bientôt, et cette dame alla sans autre accident jusqu'au terme de sa grossesse.

Il faut avoir ces faits présents à la mémoire et surtout ne pas oublier que, même dans le cas de rupture des membranes, l'ergot de seigle ne doit pas être donné, parce que la nature *rémittente* des contractions ergotées les rend au moins aussi dangereuses pour le fœtus que son séjour trop prolongé dans un utérus qui se contracte spontanément.

Il y a quelques mois à peine qu'une femme, couchée au n° 17, vous en a fourni une preuve évidente ; aussi en pareil cas, si l'on voulait faire quelque chose, ce qui vaudrait le mieux serait sans contredit les douches utérines, dont l'effet est de produire des contractions qu'on peut appeler *normales*, puisqu'elles sont, comme les contractions spontanées, séparées par des intervalles nettement marqués de repos et de relâchement complet de l'utérus.

URÉTROTOME CONDUCTEUR.

Par M. le Dr Boinet.

M. Boinet vient de présenter à la Société de chirurgie un nouvel urétrotome qu'il appelle *urétrotome conducteur*. Cet instrument est si simple, si commode qu'on peut facilement, instantanément couper et franchir tous les rétrécissements de l'urètre. Déjà M. Boinet l'a employé deux fois avec succès dans des rétrécissements difficiles et infranchissables. Pour s'en servir, on l'introduit jusqu'au point où siége le rétrécissement ; arrivé là, on pousse d'arrière en avant le mandrin renfermé dans la canule en cherchant à le faire pénétrer dans le rétrécissement ; sur ce mandrin, dont l'extrémité est flexible, arrondie en forme d'olive, on fait glisser une lame qui incise en deux sens à la fois, à droite et à gauche ou en avant et en arrière, le rétrécissement, suivant la position de l'urétrotome : il suffit d'imprimer plusieurs mouvements de va-et-vient à la tige porte-lame pour obtenir une incision complète. Avec cet instrument, le mandrin une fois introduit dans le rétrécissement, on est toujours sûr d'inciser le rétrécissement, de ne jamais s'égarer dans le canal de l'urètre, de ne pas s'exposer à de fausses routes et de ne jamais couper autre chose que le rétrécissement ; de telle façon qu'une main même inexpérimentée peut faire usage de cet urétrotome sans crainte aucune d'accidents.

Un dernier avantage de cet instrument, c'est de pouvoir agir promptement ; on peut, dans une seule séance, franchir tous les rétrécissements qui pourraient se rencontrer dans un urètre. Cet urétrotome me paraît donc avoir de nombreux avantages sur tous ceux qu'on a proposés jusqu'à ce jour.

Voici sa description :

Il est composé d'une canule légèrement courbe à son extrémité, sur laquelle est ajustée une olive à laquelle on peut faire exécuter un mouvement de rotation d'un quart de tour ; cette olive est fendue dans les trois quarts de sa longueur et renferme une lame dont la dimension est relative au volume de l'olive, bouton auquel est fixée la tige porte-lame, et à l'aide duquel on fait tourner l'olive en même temps que la lame, qu'on fait saillir en baissant le bouton d'arrière en avant. Les anneaux que porte la canule indiquent le sens de sa courbure, et le sens de la lame est indiqué par une échancrure pratiquée sur le bouton.

HERNIE DE L'ÉPIPLOON

prise pour une hernie du pancréas.

Nous recevons de notre jeune et honorable confrère M. le docteur Laborderie la lettre suivante, qui justifie pleinement les observations critiques de M. Verneuil, au sujet d'un cas présumé de hernie traumatique du pancréas :

Tout le monde peut se tromper, mais ce qui n'est pas permis, c'est l'erreur volontaire, c'est l'entêtement calculé. Dans la communication que je vous ai adressée dernièrement, il y avait deux choses : un fait et une explication. Le fait est une réalité, l'explication est une hypothèse ; je l'avais donnée comme telle. Je suis donc heureux qu'il me soit permis de pouvoir aujourd'hui rétablir la vérité.

A l'état frais, la portion herniée à travers la plaie abdominale ressemblait tellement par sa forme allongée, granuleuse et en grappe, par sa longueur, à la queue et au corps du pancréas, qu'une autre personne, compétente en pareille matière et présente à l'opération, s'y était trompée comme moi. L'erreur était d'autant plus facile que le liquide séreux et visqueux qui sortait pouvait parfaitement être pris pour du suc pancréatique véritable, et qu'il en est de cette glande comme de presque tous les organes abdominaux blessés ; ils ne présentent point de signes particuliers. Aujourd'hui j'ai pu vérifier sur la pièce durcie et macérée dans de l'alcool, et, je dois l'avouer, mon étonnement a cessé bien vite ; car la sortie du pancréas, en pareille circonstance, était pour moi aussi un phénomène inconnu et étonnant.

De même que M. Verneuil, j'avais compris la difficulté d'une pareille hernie ; mais nous sommes souvent poussés, quand même, dans le sentier que notre première impulsion nous a fait choisir. Heureux encore quand nous consentons à regarder derrière nous !

J'ai constaté dans cette vérification que c'est bien l'épiploon, en effet, qui a été enlevé, et non le pancréas, comme les apparences m'avaient porté à l'annoncer d'abord. A la loupe, je n'ai plus retrouvé ces granulations qui m'avaient trop frappé, tout en m'étonnant beaucoup, et il m'a été permis, par des tractions ménagées, de reconnaître la structure séreuse du péritoine, contenant dans ses mailles des bandelettes graisseuses.

Si ma communication perd quelque chose au point de vue de la curiosité et de la rareté, elle n'en reste pas moins une preuve utile opposée à l'opinion de quelques auteurs, et de Ruysch en particulier, qui pensent que la lésion de l'épiploon et du mésentère est toujours mortelle. D'un autre côté, ma rectification prouve, comme compensation, que les sens nous égarent bien souvent, et que l'amour de la vérité passe encore chez quelqu'un bien avant la susceptibilité. Je remercie donc M. Verneuil d'avoir bien voulu répondre à l'appel que je faisais aux lumières de mes confrères, et de m'avoir fourni le moyen de sortir de mon erreur.

MODE D'ADMINISTRATION DU PHOSPHATE DE CHAUX.

La plupart des médecins ont rejeté l'emploi du phosphate de chaux à cause de son insolubilité ; en effet, quand il est donné seul, il est à peu près inactif. D'après M. Kuchenmeister (de Zittau), il n'en est plus de même lorsque ce sel est uni au carbonate de la même base et qu'on leur ajoute un acide ; ils forment alors une combinaison soluble, et constituent un médicament vraiment utile. Voici les proportions que conseille l'auteur :

Carbonate de chaux.	8	grammes.
Phosphate de chaux.	4	—
Sucre de lait.	12	—

M. Kuchenmeister ajoute quelquefois le lactate de fer à la dose de 1 à 2 grammes, et il fait prendre trois pincées de cette poudre au début du repas. L'addition du carbonate au phosphate calcique, a pour but principal de favoriser la dissolution de ce dernier. Sous l'influence de l'acide lactique ou de l'acide chlorhydrique qui existe normalement dans les voies digestives, l'acide carbonique du carbonate calcique se dégage et rend une partie du carbonate soluble. Le sucre de lait est destiné à fournir de l'acide lactique. Enfin, l'auteur fait remarquer que, pour déterminer la solution du phosphate de chaux, il est nécessaire de le mettre en présence d'albuminates, ce qui arrive quand on l'administre avec les aliments.

(*Bull. de Thérap.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 janvier 1856. — Présidence de M. GOSSELIN.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. CHASSAIGNAC présente un malade affecté d'anévrisme artérioso-veineux du bras droit. La maladie date de dix ans. Il existe un sussurus très-prononcé. Le malade ne ressent qu'un peu de douleur et un peu de faiblesse dans le membre, et jusqu'à ce jour il a continué sa profession. Ce malade a été autrefois observé par M. Follin, qui a publié son observatino dans les Mémoires de la Société.

M. CLOQUET. La communication a lieu probablement entre l'artère humérale et une veine satellite profonde. La tumeur dès lors siége sous l'aponévrose, ce qui explique son développement minime et les accidents très légers dont elle s'accompagne. De plus, il est probable que l'orifice qui fait communiquer les deux vaisseaux est fort petit; car lorsque l'ouverture est plus grande, ordinairement les accidents sont beaucoup plus sérieux. M. Cloquet a pu s'en assurer dans le cas suivant, qu'il a rapporté dans une épreuve de concours, et qui a soulevé une discussion très-vive.

Un malade avait reçu un coup de couteau au bras; il en était résulté un anévrisme artérioso-veineux suivi d'un affaiblissement extrême dans les mouvements du membre. Dupuytren fit la ligature par la méthode de Hunter; des symptômes très graves survinrent et aboutirent à une sorte de gangrène sèche du membre. Richerand fit l'amputation, et enfin M. Cloquet disséqua le membre et constata une très-large ouverture de communication entre la veine et l'artère.

C'est d'après cette observation qu'il attaqua la pratique qui avait été suivie et condamna la ligature simple dans des cas semblables. On lui fit de grands reproches d'avoir publié ce fait, bien qu'alors, par discrétion, il n'eût pas fait connaître le nom du professeur qui avait commis la faute, ni celui du chirurgien qui, pour la réparer, avait été obligé de pratiquer l'opération.

Depuis ce moment toutefois, on insiste beaucoup sur la nécessité d'une double ligature et sur les inconvénients de la ligature simple.

Dans le cas actuel, M. Cloquet conseille à M. Chassaignac de ne point opérer; il pense qu'on pourrait se contenter d'une compression légère exercée avec un bracelet de caoutchouc. Si le traitement palliatif était insuffisant, on serait toujours à même d'opérer.

M. CHASSAIGNAC partage l'avis de M. Cloquet. Il pense que la communication a bien lieu, en effet, entre l'artère et les veines profondes; mais il croit constater que le frémissement se propage aussi dans les veines superficielles.

M. BROCA fait remarquer que les poils sont plus développés sur le membre atteint d'anévrisme que sur l'autre. Il a déjà eu l'occasion de faire la même remarque dans un autre cas.

M. HOUEL a vu dans le service de M. Nélaton deux malades atteints d'anévrismes artérioso-veineux qui ont été guéris sans opération sanglante. On a préalablement pratiqué la compression directe sur la tumeur, ce qui a eu pour résultat de ramener la maladie à l'état d'anévrisme simple. Celui-ci, à son tour, a été guéri par la compression indirecte. Il donne ces faits comme documents dans le cas où l'on voudrait intervenir dans le fait de M. Chassaignac.

— M. LARREY présente un blessé de Crimée qui a perdu la totalité du pénis et l'un des testicules par un coup de feu, et chez lequel une fistule vésico-rectale est survenue secondairement.

Les circonstances de cette blessure, ses conditions physiques et physiologiques, ainsi que les incertitudes de son traitement, sont autant de questions dignes d'être soumises au jugement de la Société.

M. Larrey en lira l'observation dans une prochaine séance.

M. CLOQUET pense que, relativement à la fistule recto-urétrale, on pourrait en obtenir la cicatrisation au moyen de la cautérisation; l'état du blessé en serait beaucoup amélioré.

— M. BROCA présente un jeune enfant de dix à douze ans, qui peut fournir un document pour la question du bec-de-lièvre compliqué. On a demandé, en effet, ce que devenait le tubercule incisif, et à quelle époque il fallait opérer. Chez ce sujet, le tubercule est solide et de niveau avec les os maxillaires; il sert à la mastication; il permet à l'enfant de mordre et de couper les aliments avec les incisives. Il est soutenu par la cloison médiane, qui est très-épaisse et très-résistante. Par malheur on ne sait pas ce qu'on lui a fait et comment il a été remis en place. L'enfant ni les parents n'ont pu fournir, à ce sujet, aucun renseignement certain.

Quant à l'utilité de l'opération hâtive, voici ce que ce fait apprend: l'enfant a subi une première opération en bas âge, puis une autre à l'âge de cinq ans. La première tentative n'a eu qu'une réussite partielle; il en a été de même de la seconde. D'un côté, la réunion a eu lieu à l'angle supérieur de la réunion; de l'autre côté, au contraire, c'est le point de suture inférieur qui a réussi. Il en est résulté la formation d'un pont cutané reconstituant le bord libre de la lèvre. Malgré ces échecs, les réunions partielles ont suffi pour arrêter la déformation de la face, l'aplatissement du nez, l'écartement des mâchoires, etc., de telle façon que tout en reconnaissant la gravité de l'opération hâtive dans les cas compliqués, on doit reconnaître qu'elle promet, quand elle réussit, de beaux résultats en bornant les progrès de la déformation souvent hideuse du visage.

Tout récemment, M. Broca a tenté d'achever la cure en opérant d'abord du côté où existe un pont cutané entre le lobule médian et la lèvre, pour rendre à celle-ci sa hauteur; il a pratiqué au milieu de ce pont, et parallèlement à ses bords, une incision horizontale comprenant toute l'épaisseur, puis il a rapproché de dessous en dedans, c'est-à-dire que la plaie horizontale a été transformée en une plaie verticale et maintenue ainsi par des points de suture. Ce mode a eu pour résultat de faire descendre très-notablement le bord libre et de le mettre à son niveau presque normal. Ce premier temps a réussi. M. Nélaton se propose d'achever prochainement l'opération en agissant de l'autre côté.

M. GUERSANT a voulu seulement fixer l'attention sur la saillie exagérée du tubercule incisif et sur les moyens d'y remédier. Or, le cas que M. Broca vient de présenter ne rentre peut-être pas dans cet ordre de faits. Chez son malade, en effet, le tubercule est à sa place; il est solide, il permet la mastication, mais on ignore comment on a agi sur lui, et si même on a agi. Rien ne prouve qu'à sa naissance il ait été proéminent et s'il avait la situation qu'il a maintenant. Il est clair qu'on n'a pas dû s'en préoccuper.

M. Broca ajoute que la face n'est point déformée, et il en fait honneur aux deux opérations qui ont été pratiquées dans le jeune âge. Mais d'abord ces deux opérations ont échoué; et puis comme on ignore dans quel état était la face avant ces tentatives, on ne peut dire si réellement elle était déformée, si elle le serait davantage en cas d'abstention, etc. Il en résulte que l'observation de M. Broca n'apporte pas beaucoup de lumière dans la discussion.

En résumé, les opérations hâtives pour le bec-de-lièvre compliqué sont très-graves et très-hasardeuses; la conservation du tubercule incisif doit être préférée à son ablation, parce qu'il conserve un soutien aux sutures labiales, et que ce soutien est indispensable. M. Guersant a fait au moins dix fois l'ablation du tubercule médian; les sutures labiales ont toujours échoué, jamais il n'a obtenu un seul succès.

M. MICHON. La discussion actuelle a soulevé deux questions distinctes; d'abord celle de l'époque de l'opération. Avant de dire que celle-ci est hâtive ou tardive, il faudrait préciser les dates. Est-elle hâtive quand elle est pratiquée aussitôt après la naissance, ou bien à douze, quatorze, quinze mois?

Si on opère un bec-de-lièvre compliqué immédiatement après la naissance, l'enfant peut être considéré comme sacrifié, et il n'y a aucune comparaison à établir entre le bec-de-lièvre simple et le bec-de-lièvre compliqué. Dans ce dernier cas, l'opération est très-longue, très-grave; l'enfant perd beaucoup de sang, c'est-à-dire beaucoup relativement à son âge. Le refoulement, l'ablation, la section du tubercule sont également graves; les sutures manquent de point d'appui quand la pièce médiane est enlevée, et alors elles échouent.

M. Michon a toujours refusé d'opérer les très-jeunes enfants, et il les renvoie à l'âge de quinze à dix-huit mois au moins. L'enfant d'un officier lui fut apporté peu de jours après la naissance; la mère ne voulait pas voir ce *petit monstre*. Il refusa d'opérer. Les parents, sans se faire connaître, firent admettre l'enfant à l'hôpital, dans le service de M. Guersant, qui se décida à intervenir; la mort survint trois jours après.

En résumé, on peut dire que l'opération est trop lourde pour les nouveau-nés; plus tard les chances sont tout autres. Le manuel; à la vérité, est un peu plus difficile; le vomer est plus dur, les bords plus écartés, la lèvre plus courte. Mais en revanche les tissus sont plus fermes, supportent mieux les sutures; la lèvre, plus épaisse, s'affronte mieux, et peut se passer de soutien. M. Michon a opéré deux fois dans ces conditions, à quinze mois et à deux ans, et avec succès. Le second enfant avait subi déjà une première tentative infructueuse.

La question du procédé est en communion intime avec celle de l'âge, mais il n'y a rien d'absolu pour le tubercule incisif. Dans certains cas il ne fait que peu ou pas de saillie; on peut le conserver. Au contraire, il est proéminent, si alors on le conserve en le refoulant, et qu'il n'y ait pas d'étoffe pour faire la sous-cloison, le nez est épaté, entraîné en arrière, comme Dupuytren l'a signalé, et la guérison augmente presque la difformité. Alors il est préférable de faire l'ablation de ce tubercule. M. Michon a procédé deux fois de cette façon, et avec succès. Dans un premier cas, sur une fille à l'âge de quinze mois, le succès fut complet, il n'y eut pas le moindre accident; l'enfant est même devenue une assez jolie personne. Dans le second cas, chez un enfant de deux ans, horrible à voir, le résultat a été assez heureux pour que le visage soit aujourd'hui plutôt agréable que disgracieux.

M. DENONVILLIERS. Aux diverses questions soulevées par la communication de M. Guersant s'est mêlée celle de l'époque où il convient d'opérer. Cette question préjudicielle mérite d'être dégagée et traitée avec le plus grand soin. A quel âge faut-il donc opérer? Mais comme la règle de conduite paraît devoir différer suivant que le bec-de-lièvre est simple ou compliqué, il faut d'abord s'entendre sur la définition de ces deux variétés.

Le bec-de-lièvre sera simple quand la lèvre sera divisée d'un seul ou des deux côtés à la fois, avec ou sans fissure du voile du palais et de la voûte palatine, à la condition seulement que le bord alvéolaire soit intact.

Le bec-de-lièvre, au contraire, sera compliqué, lorsque la division labiale uni ou bilatérale coïncidera avec une fissure simple ou double du bord de la mâchoire supérieure, avec ou sans proéminence du tubercule incisif, avec ou sans division de la voûte palatine ou du voile du palais.

Cette distinction établie, il convient encore de s'entendre sur l'âge. Les partisans de l'opération hâtive la pratiquent dans les premiers jours qui suivent la naissance; M. Michon choisit l'âge de quinze mois. Lorsqu'on adopte, au contraire, le principe de l'opération tardive, on la recule, avec les anciens auteurs et ceux du commencement de ce siècle, jusqu'à trois, quatre, cinq, six ans, et même plus tard.

Le problème a reçu à cette époque et depuis quinze ans deux solutions différentes, ce qui tient à ce qu'on s'est placé très-exclusivement à deux points de vue différents. Les uns, se préoccupant surtout des inconvénients qu'entraîne la lésion pour la nutrition de l'enfant, la régularité de ses traits, etc., etc., ont cru y voir l'indication d'opérer de bonne heure, de manière à pallier le plus tôt possible ces désavantages. Les autres ont préconisé la temporisation, à cause des dangers intrinsèques de l'opération faite sur des enfants trop jeunes, à cause des insuccès de la réunion, de la sensibilité des lésions, etc. Il eût été plus convenable de mettre les deux éléments dans la balance; de comparer d'un côté les dangers et les inconvénients de la lésion, et de l'autre les dangers et les mouvements de l'opération, et de juger après cet examen. C'est ce qui n'a pas été suffisamment fait. Quoi qu'il en soit, on semble assez d'accord aujourd'hui pour retarder l'opération dans les cas compliqués; et d'une autre part, depuis les travaux remarquables de MM. Bonfils (de Nancy) et P. Dubois, on penche pour l'opération hâtive dans les cas simples.

M. Denonvilliers n'a pu consulter le mémoire original de M. Bonfils, mais il a lu attentivement celui de M. P. Dubois, et malgré la prudence, la sagesse et la logique de cet auteur, ce travail peut devenir le sujet de quelques réflexions.

Ce mémoire repose sur sept observations: l'une est due à M. Depaul, les six autres à M. Dubois. Quatre fois ce chirurgien a opéré lui-même; les deux autres opérations ont été pratiquées par MM. Michon et Jobert. Tous ces cas ont donné des succès complets, malgré la facilité avec laquelle les sutures coupent et ulcèrent les parties molles chez les enfants. Cet accident, dont M. Dubois lui-même reconnaît la possibilité, ne s'est jamais montré. Or, un tel résultat est si beau, si exceptionnel, qu'on peut se demander s'il n'est pas l'effet d'une de ces séries heureuses comme en présentent toutes les opérations.

A la vérité, M. Dubois s'éloigne de la pratique commune en deux points auxquels il attache une grande importance, et qui ne sont peut-être pas sans influence sur la réussite. Il recommande:

1° De changer tous les jours les fils des sutures;

2° De ne point interrompre l'allaitement. Ces précautions, jointes à de grands soins dans les pansements, peuvent favoriser beaucoup le succès; mais on ne peut s'empêcher de remarquer combien les suites des opérations de M. Dubois sont différentes de ce qu'on observe même chez l'adulte. Les aiguilles, les sutures ont été laissées chez les nouveau-nés soixante-douze et quatre-vingt-dix-huit heures sans entamer la peau, sans ulcérer les points d'entrée et de sortie. Quand un séjour de cette durée entraîne presque indispensablement une suppuration qui laisse des traces très-prolongées, sinon indélébiles, cela n'est-il pas fait pour inspirer des doutes?

Dans deux des observations de M. Dubois, il y a eu hémorrhagie; du sang a été avalé; il a été vomi dans un cas, rejeté par l'anus dans l'autre. La guérison n'en a pas été empêchée sans doute. Cependant, cette proportion de deux hémorrhagies sur sept opérations mérite d'être notée, et peut-être qu'on ne serait pas aussi heureux dans tous les cas.

Autre remarque. Sur les sept observations, l'opéré de M. Depaul n'a pas été suivi; des six cas de M. Dubois, trois enfants venaient seulement d'être opérés depuis cinquante, vingt-deux, cinq jours, lorsque le mémoire a été publié. Chez les trois autres, les opérations remontaient à une époque plus éloignée, quatre ans, trois ans, un an. Or, de ces trois sujets, deux avaient succombé, l'un six mois, l'autre deux mois après l'opération; un seul survivait! Si on rapproche ces faits du document que nous fournissait M. Morel-Lavallée sur la mort précoce des enfants atteints de bec-de-lièvre, qu'ils soient opérés ou non, il y a là matière à réflexion. L'opéré de Blandin est mort de scarlatine deux mois après. Je connais deux familles dans lesquelles plusieurs enfants sont venus au monde avec des becs-de-lièvre. Dans la première, deux enfants sont morts d'assez bonne heure sans qu'on leur eût rien fait. Dans la seconde, trois enfants ont présenté la même difformité; les deux premiers ont succombé en bas âge sans être opérés; le troisième l'a été avec succès, mais il a péri six mois plus tard d'une affection intestinale.

Les enfants qui viennent au monde avec un bec-de-lièvre sont-ils donc plus exposés que les autres à succomber d'une manière précoce? Dupuytren avait déjà dit que l'opération hâtive augmente les chances de mortalité de la première enfance. M. P. Dubois convient de la valeur de l'objection; la prédisposition fâcheuse aux maladies graves des sujets atteints de cette difformité ne lui a pas échappé, et il se demande même si ce fait incontestable n'a pas pour cause première une imperfection organique profonde et insaisissable.

S'il en est ainsi, est-il sage d'opérer dès la naissance des enfants si évidemment menacés de la mort? Ne vaut-il pas mieux s'abstenir et laisser ces petits êtres se débattre librement contre les mauvaises chances qui pèsent sur eux? M. Dubois a compris jusqu'à un certain point cette nécessité, car il recommande de s'abstenir quand l'enfant est faible, quand il est né avant terme.

L'opération hâtive est donc passible d'objections réelles, ou au moins soulève quelques doutes. Mais cette opération est-elle donc d'une nécessité si pressante? Non, car tout le monde s'accorde à dire qu'un enfant bien soigné peut parfaitement vivre avec un bec-de-lièvre simple. Les deux raisons péremptoires qu'on invoque sont: 1° le vœu des familles; 2° l'heureuse influence de l'opération précoce pour remédier consécutivement à la difformité.

1° Il faut bien l'avouer, les parents pressent souvent le chirurgien, parce que bon nombre d'entre eux ont de la répulsion pour un enfant difforme, et que quelques-uns, sans le dire ouvertement, aiment mieux voir mourir cet enfant que d'avoir long-temps sous leurs yeux le spectacle de sa difformité. Cette circonstance ne saurait en aucun cas être regardée comme une indication, et un chirurgien sage et consciencieux ne doit pas céder à des motifs de cette nature.

2° Reste la difformité. « *Selon toutes apparences*, dit M. Dubois, les traces de l'opération seront d'autant moins visibles que l'opération aura été faite de meilleure heure. » Mais rien ne prouve cette assertion, présentée d'ailleurs avec réserve. On ne peut juger de sa valeur d'après les trois enfants qui avaient été opérés depuis cinquante, vingt-deux, cinq jours, et, pour qu'ils puissent servir à la démonstration, il aurait fallu les revoir à quinze ou vingt ans. Il ne paraît pas, au contraire, qu'il y ait d'inconvénient à attendre. Le fait que M. Broca a présenté le prouve, puisque la face n'est point difforme et que les opérations qui ont été pratiquées ont échoué, et que la dernière n'a été faite qu'à cinq ans.

Je doute d'ailleurs que les résultats de l'opération hâtive soient toujours très-satisfaisants. En effet, dans la crainte très-vive de l'hémorrhagie, M. P. Dubois recommande de ne pas détacher la partie profonde de la lèvre, et il sacrifie tout à cette crainte, jusqu'aux modifications récentes imaginées par M. Clémot et d'autres pour perfectionner le résultat.

Pourquoi donc, quand il n'y a pas urgence à opérer, se priver de ces ressources? Pourquoi tant se gêner? Pourquoi paralyser la médecine opératoire dans la crainte de perdre un peu de sang et se mettre ainsi dans l'impossibilité de faire ce qui peut être avantageux et même nécessaire? On s'expose ainsi volontairement à avoir un résultat moins brillant pour n'avoir pas attendu un moment plus opportun, plus favorable.

En résumé, dans les cas compliqués, l'opération hâtive serait réellement désirable et utile; mais ses dangers sont si grands, son succès si précaire qu'on est forcé d'y renoncer. Dans les cas simples, le succès est possible, les dangers sont moins grands; mais il y a des objections sérieuses à faire contre l'opération elle-même, et comme, d'un autre côté, il n'y a pas péril en la demeure et qu'on peut attendre sans rien compromettre, il y a à se demander si les premiers jours qui suivent

la naissance sont véritablement le moment le mieux choisi. Les résultats de M. P. Dubois sont certainement encourageants; mais il faut savoir s'ils sont constants, et si quelques revers, quelques insuccès ne viennent pas faire ombre au tableau, si surtout l'opération pouvait dans quelques cas amener la mort, n'y aurait-il pas lieu de réfléchir et de reculer le moment de l'opération?

M. Denonvilliers termine en faisant formellement appel à l'expérience et à la pratique de tous ses collègues, afin qu'il soit possible d'établir une proportion entre les cas heureux et ceux qui ont eu un résultat plus ou moins fâcheux.

M. Lenoir a eu occasion de pratiquer plusieurs fois l'opération du bec-de-lièvre simple dans les premiers temps de la vie, et toujours avec le plus grand succès; il est vrai que c'était dans la pratique civile, c'est-à-dire sur des enfants mieux soignés, mieux nourris et jouissant d'une hygiène plus convenable qu'à l'hôpital. Il a adopté complétement sur ce point la pratique de M. Paul Dubois; il a eu l'occasion de revoir à l'âge de trois ou quatre ans un des petits opérés de ce chirurgien, et le résultat était très-beau.

Dans sa pensée, l'opération hâtive donne des succès plus complets que l'opération différée; mais lorsque celle-ci est faite sur des enfants encore jeunes, il est vrai, comme l'a observé M. Dubois, qu'on ne doit pas la compliquer par des incisions, par des avivements particuliers. Mais à cet âge, les procédés ingénieux de MM. Clémot, Malgaigne, Mirault ne sont pas indispensables, car l'encoche n'est guère à craindre.

Pour les becs-de-lièvre compliqués, c'est tout autre chose. Après avoir obtenu de si beaux succès dans les cas simples, il était tentant d'opérer aussitôt après la naissance les cas compliqués; mais jamais M. Lenoir n'a réussi; la réunion manquait ou restait incomplète, ou bien encore les enfants mouraient; c'était à l'hôpital, il est vrai, et peut-être serait-on moins malheureux en ville. Toujours est-il que c'est un parti grave à prendre, et qu'aujourd'hui, si de nouveaux cas se représentaient, M. Lenoir reculerait devant la terrible alternative d'un insuccès opératoire ou d'un revers mortel.

Déjà deux fois des enfants lui ont été présentés il y a trois ou quatre ans environ; il a refusé l'opération, promettant de la faire plus tard; il a tenté toutefois de rétrécir la fissure palatine et de refouler le tubercule incisif avec un appareil à compression. Cette pratique est utile; la fente palatine, il est vrai, se rétrécit très-lentement, mais au moins elle ne s'élargit pas. Les enfants se nourrissent bien, et la temporisation n'a pas grand inconvénient. L'appareil n'est pas toujours en place; on ne l'applique que quelques heures par jour ou la nuit.

Dans l'opération du bec-de-lièvre simple, M. Lenoir n'attache pas beaucoup d'importance au changement du fil préconisé par M. Paul Dubois. Il laisse les sutures deux ou trois jours en place. Mais il recommande de laisser toujours auprès du petit opéré sa nourrice ou une garde, qui, dès que l'enfant crie, applique deux doigts sur les côtés de la suture pour prévenir son écartement et soulever les lèvres de la plaie. Cela dispense de tout autre bandage.

M. Danyau a opéré quatre enfants à l'hôpital en suivant à la lettre les préceptes de M. Paul Dubois; il attache également beaucoup d'importance au renouvellement des fils. Trois fois il a obtenu des résultats aussi beaux qu'on les puisse désirer; il n'a observé ni accidents, ni sections des lèvres de la plaie, ni hémorrhagies, car il ne croit pas qu'on puisse donner ce nom au léger écoulement de sang que M. Paul Dubois a noté deux fois dans ses opérations.

Cependant le quatrième cas a été un revers; l'enfant était cependant bien constitué et dans des conditions favorables. Néanmoins, la réunion fut incomplète; les points d'entrée et de sortie des épingles s'ulcérèrent; la désunion se fit d'abord au bord libre, puis à la superficie de la lèvre.

L'enfant mourut quelques heures après.

M. Guersant peut résumer de la manière suivante sa pratique depuis quatorze ans:

L'opération pour des becs-de-lièvre simples, faite d'après la méthode de M. P. Dubois, réussit toujours ou presque toujours immédiatement après la naissance, ou dans le cours de la première année; de la première à la sixième ou septième année, le succès constitue l'exception, sans doute à cause de l'indocilité des enfants et des efforts violents auxquels ils se livrent.

A sept ans, lorsque la raison commence à prévaloir et qu'on peut faire comprendre aux petits malades la nécessité du repos, ils recommencent à guérir.

Les mêmes particularités appartiennent au bec-de-lièvre double sans complication.

Le bec-de-lièvre compliqué est toujours très-grave à la naissance; lorsque l'on excise le tubercule, la mort ou l'insuccès sont la règle. A l'âge de deux ou trois ans, mêmes résultats.

En opérant dans les premiers temps de la vie par le procédé de Blandin, on peut réussir quelquefois.

M. Guersant reconnaît tous les dangers qui résultent de la longueur de l'opération, des douleurs, des hémorrhagies; aussi partage-t-il toutes les craintes de ses confrères relativement au pronostic des tentatives opératoires.

M. Marjolin. D'après ce qui vient d'être dit au sujet de l'opportunité de l'opération du bec-de-lièvre très peu de temps après la naissance dans les cas compliqués, il résulterait que, les suites étant presque toujours mortelles, il serait plus prudent d'attendre et de remettre l'opération à une époque plus éloignée.

En présence de ces faits, ne doit-on pas se demander si les résultats malheureux ne dépendent pas plus tôt du procédé opératoire? Pour ma part, je crois que c'est un point de la question qui mérite aussi d'être pris en grande considération; car, si on en vient à poser en principe que dans les cas de bec-de-lièvre avec division de la voûte palatine il faut s'abstenir constamment de l'opération, on se privera dans un certain nombre de cas des avantages qui résultent d'une opération faite de bonne heure, du rapprochement des bords de la voûte palatine. Il y a maintenant dix ans, j'ai opéré un jeune enfant âgé seulement de quelques semaines; il avait un bec-de-lièvre double avec division de la voûte palatine.

Je me contentai, dans cette opération, de disséquer les deux bords de la peau du tubercule médian et de le luxer ensuite en arrière. Les narines furent rapprochées au moyen d'une aiguille, de manière à favoriser autant que possible les adhérences entre toutes les parties avivées.

Aucun accident ne survint; seulement le peu de soin des parents, qui laissaient constamment l'enfant crier sans chercher à le calmer, fut peut-être la cause du succès incomplet que j'obtins. En effet, en retirant les épingles, je m'aperçus que sous la narine gauche il existait un point, peu étendu à la vérité, dans lequel il n'y avait eu aucune adhésion. J'engageai les parents à maintenir quelque temps encore après les joues rapprochées à l'aide d'une petite fronde afin de soutenir la cicatrice, et je perdis depuis de vue le petit malade. L'année dernière, j'ai eu occasion de revoir le jeune garçon; il m'a été ramené par ses parents, et alors j'ai pu constater que cette petite portion, qui ne s'était pas réunie, formait une encoche à peine sensible: il fallait une certaine attention pour s'en apercevoir. Mais ce qui était très appréciable, c'était le rapprochement des deux bords de la voûte palatine. L'enfant parlait assez bien, et je jugeai prudent de conseiller aux parents de ne rien faire faire pour combler le petit vide qui existait sous la narine.

J'ajouterai que dans les cas de bec-de-lièvre simples que j'ai opérés, soit en ville, soit à l'hôpital, sur six cas il y a eu moitié succès, moitié mort; mais il faut bien établir aussi la différence extrême qui existe entre les résultats qu'on obtient avec des soins intelligents, et les résultats malheureux qu'on observe trop souvent chez des enfants que nous voyons à l'hôpital et qui sont négligés par leurs parents.

Maintenant, bien que le fait ne se rapporte pas entièrement à la question, je crois devoir fixer l'attention de la Société sur le point suivant. Vous avez entendu M. Denonvilliers vous parler de familles dans lesquelles il avait observé plusieurs enfants ayant des becs-de-lièvre; tout récemment encore j'ai eu occasion d'observer à l'hôpital un jeune enfant affecté de bec-de-lièvre, aucun des membres de la famille ne présentait ce vice de conformation, et cependant c'était le deuxième enfant dont la mère accouchait atteint de cette difformité.

M. Legouest. M. Denonvilliers incline à penser que les enfants atteints de bec-de-lièvre sont presque condamnés à mourir, qu'on les opère ou qu'on ne les opère pas. Peut-on donner une explication satisfaisante de cette mortalité? L'opération hâte-t-elle ou retarde-t-elle cette terminaison?

M. Denonvilliers n'a pas d'interprétation certaine à fournir; il a rapporté l'hypothèse de M. P. Dubois, sans pouvoir l'infirmer ni la démontrer.

M. Chassaignac. La gravité du pronostic du bec-de-lièvre ne doit cependant pas être exagérée, car on voit un bon nombre d'enfants qui vivent avec cette difformité et qui résistent très-bien à l'opération.

— M. Denonvilliers présente plusieurs pièces pathologiques:

1° L'œsophage d'un homme qui, en plaisantant, avait avalé une pièce de cinq francs. Ce corps étranger resta dans l'œsophage, ulcéra ce conduit et perfora l'aorte dans le point où le vaisseau est en rapport avec le canal alimentaire. Le sujet succomba à un vomissement de sang.

Sur la pièce que M. Denonvilliers présente, la pièce de monnaie est encore partie dans l'œsophage, partie dans l'aorte; des caillots entourent la double perforation.

2° Deux tumeurs fibreuses parfaitement symétriques, et présentant la configuration d'un rein ou d'un haricot. Ces tumeurs ont 3 centimètres de longueur sur 2 centimètres environ de hauteur et d'épaisseur. Elles étaient appendues aux deux lobules des oreilles d'une jeune fille qui avait subi dans son enfance la perforation des lobules.

La peau est saine à la surface. La consistance des tumeurs est extrêmement considérable. M. Verneuil, qui en a fait l'examen anatomique, leur a trouvé une structure très-homogène. Elles étaient entièrement constituées par du tissu fibreux très-cohérent, très-dense, sans élément changeant.

— La séance est levée à six heures un quart.

Le secrétaire, Dr Arist. Verneuil.

TRAITEMENT DE L'ATONIE DE L'ESTOMAC

avec ou sans gastralgie.

M. le docteur Chicoyne assure qu'il, les plus beaux résultats des pilules suivantes:

Sous-nitrate de bismuth.	6gr,00
Extrait de quinquina.	6gr,00
Extrait thébaïque.	0gr,30
Sirop.	Q. S.

Pour trente bols.

On en prend deux par jour, chacun après le repas. Si l'amélioration, qui survient d'ordinaire assez vite, s'arrête, on augmente d'un ou deux bols par jour.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et très-honoré confrère,

Dans un des derniers numéros de la *Gazette des Hôpitaux*, à propos d'un nouveau procédé opératoire de circoncision, il est question de celui de mon oncle M. le docteur Ricord; mais comme la description n'est pas très-exacte, et qu'elle ne se trouve bien faite nulle part, je vous demande la permission de décrire ce procédé tel que M. Ricord l'emploie depuis un très-grand nombre d'années à l'hôpital du Midi et dans sa clientèle privée.

« Lorsqu'on veut pratiquer la circoncision, on trace avec une plume et de l'encre une ligne qui contourne le prépuce en suivant la coupe ovalaire de la base du gland et à 7 ou 8 millimètres de sa couronne, limitant ainsi d'une manière certaine toute l'étendue du prépuce qui doit être excisée.

» On passe ensuite, entre la partie supérieure du gland et le prépuce, une longue aiguille dont la pointe est recouverte d'une boule de cire enduite d'huile ou de cérat.

« Arrivé au cul-de-sac glando-préputial, sans s'inquiéter de la petite boule de cire, on traverse d'un seul trait toute l'épaisseur de la base du prépuce, pour fixer d'une manière invariable les deux feuillets sur un même plan.

» Cela fait, on passe une pince à pansement d'arrière en avant et obliquement de haut en bas, au-dessous de la pointe de l'aiguille, en appliquant ses branches sur la ligne tracée à l'encre, et de façon à rester toujours au-dessous de l'aiguille dans toute sa longueur.

» On rapproche alors assez fortement les branches de la pince, confiées à un aide; on saisit ensuite le pli ainsi formé par la portion du prépuce qu'on doit exciser, et à l'aide d'un bistouri droit glissé entre la pince et la longue aiguille qui embroche le prépuce, on coupe tout d'un seul trait, en rasant les branches de la pince.

» Il résulte de cette opération une plaie ovalaire formée par la peau et la muqueuse, coupée forcément à un même niveau.

» Après avoir eu le soin de tordre les petites artérioles, condition très-importante, on pratique la réunion au moyen de serres-fines, qu'il faut enlever six ou huit heures après l'opération.

» On obtient ainsi, le plus ordinairement, la réunion immédiate, et, dans tous les cas, il est impossible d'avoir un résultat plus régulier.

» Ce procédé si simple, si précis, d'une exécution si rapide et si facile, ne fait jamais courir la chance de remplacer une difformité par une autre difformité, comme cela a lieu dans les autres procédés, dont je me dispense de faire le parallèle. »

Agréez, etc. Dr Calvo, d.-m.-p.

Paris, le 18 janvier 1856.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Association des médecins de la Seine tiendra sa séance générale dimanche prochain, 27 du courant, à 2 heures précises, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine.

Nous ne saurions trop engager ceux de nos confrères de Paris et de la banlieue qui font partie de l'Association à assister à cette réunion.

— M. le docteur Gluge, professeur de physiologie et d'anatomie comparée, vient d'être nommé directeur de l'Académie des sciences de Bruxelles pour l'année 1856.

— M. le docteur Soulé père, ayant accompli ses six ans de titulariat, a cessé ses fonctions de médecin à l'hôpital Saint-André de Bordeaux; il est remplacé par M. le docteur Moussous.

— M. le docteur Gellie vient d'être nommé médecin titulaire des prisons de la même ville, et M. le docteur Burguet fils, médecin adjoint.

— A peine un journal cesse-t-il de paraître qu'il est remplacé par un autre. La *Gazette médicale de Toulouse* vient de mourir, et déjà l'on annonce la prochaine naissance de l'*Union médicale de la Gironde*. La ville de Bordeaux possède déjà un recueil mensuel estimé (le *Journal de médecine de Bordeaux*), qui compte plusieurs années d'existence.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM.:

Dunal, de Montpellier (Hérault); *De l'hémorrhagie produite par l'insertion du placenta sur le segment inférieur et le col de l'utérus.*

Portefaix, de Soubès (Hérault); *Essai sur le diagnostic différentiel des tumeurs de la fosse iliaque interne.*

Delluc, de Clermont-Dessus (Lot-et-Garonne); *Quelques considérations sur les fausses membranes à la surface des tissus muqueux.*

Quinemant, de Cognac (Charente); *Considérations sur les cas de pourriture d'hôpital observés à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi de Montpellier.*

Dufour, de Carcassonne (Aude); *Des tumeurs érectiles et de leur traitement.*

Allaman, de Saint-Tropez (Var); *De la meilleure manière d'interroger et d'examiner un malade.*

Rochas de La Tour, de Grenoble (Isère); *Considérations sur les âges critiques de la femme.*

Castela, de Lalles-d'Aude (Aude); *Quelques considérations sur les causes de l'avortement.*

De Fleury, de Ruffec (Charente); *Du choléra asiatique observé en mer Noire.*

Joyeux, des Vosges; *Considérations sur le goître.*

Galdon, de Villefranche (Aveyron); *Essai sur la pourriture d'hôpital observée à l'Hôtel-Dieu de Saint-Eloi de Montpellier.*

Nous tenons à la disposition de nos abonnés des volumes reliés de l'année 1855.

Ceux qui désirent avoir de suite leur collection reliée peuvent nous envoyer tous leurs numéros de l'année, et moyennant 2 francs — prix de la reliure — nous leur donnerons en échange le volume de 1855.

Ceux qui auraient perdu des numéros sont priés d'en faire la demande le plus tôt possible. Le prix est de 10 centimes, payables en timbres-poste. Les années antérieures à l'année courante se vendent 12 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, par M. P. Cazeaux, membre de l'Académie impériale de médecine, etc. Ouvrage adopté par le conseil de l'instruction publique, et placé, par décision ministérielle, au rang des livres classiques destinés aux élèves sages-femmes de la Maternité de Paris. Cinquième édition. Un volume grand in-8° de 65 feuilles, orné de 4 planches gravées sur acier et 136 planches intercalées dans le texte, dessinées par Léveillé, gravées sur bois par Badoureau. Prix: 11 fr. — Paris, chez F. Chamerot, rue du Jardinet, 13.

Le Gérant, ...

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 10. — JEUDI 24 JANVIER 1856. (29e ANNÉE.) N° 10. — JEUDI 24 JANVIER 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 23 JANVIER 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

Les rapports affluent. Quatre rapports sur les eaux minérales et trois sur divers objets ; en tout, sept rapports ; tel est le contingent de cette séance. De ces trois derniers, deux ont trait à des questions de thérapeutique intéressantes et qui ne sont pas sans quelque connexité. Il s'agit, en effet, dans le premier, du traitement de certaines affections convulsives par une combinaison pharmaceutique nouvelle, dans laquelle entrent les deux principes actifs des agents réputés antispasmodiques par excellence, la valériane et la belladone ; dans le second, d'une médication altérante également complexe, la médication bromo-iodurée, proposée pour le traitement de la manie chronique et de la paralysie générale. L'expérience n'est peut-être pas encore suffisante sur ces deux médications pour qu'on soit autorisé à les considérer comme des faits acquis ; mais les conclusions des deux rapporteurs sont de nature à encourager les auteurs dans la poursuite de leurs tentatives, et à faire espérer que la pratique en pourra tirer quelques avantages.

Le troisième rapport a trait à une question qui se place sur la limite commune de la médecine, de la littérature et de la morale ; aussi a-t-il vivement piqué l'attention de l'Académie.

Quelle relation y a-t-il entre les romans et les maladies ? Avec un peu de bonne volonté, et en s'aidant de la pensée de Térence : *Homo sum et nihil humani à me alienum puto*, M. Collineau, qui y était provoqué d'ailleurs par l'auteur du mémoire, a trouvé le moyen d'établir une relation immédiate entre ces deux choses, et de faire tomber sous la juridiction médicale une question qui au premier abord paraît purement littéraire et morale.

Cette intervention de la médecine en matière de morale n'est d'ailleurs pas nouvelle. Ajoutons qu'elle ne constitue nullement une usurpation de la part des médecins, et que si de tout temps, de leur propre initiative, et sans avoir reçu aucune mission spéciale à cet égard, ils ont cru de leur devoir d'apporter à l'hygiène, à la morale, le concours de leur savoir et de leur expérience, ce concours leur a été souvent demandé aussi par les moralistes les plus éminents. « Les vices moraux, a dit Joseph de Maistre, peuvent augmenter le nombre et l'intensité des maladies jusqu'à un point qu'il est impossible d'assigner ; et réciproquement le hideux empire du mal physique peut être resserré par la vertu jusqu'à des bornes qu'il est impossible de fixer. » Et beaucoup plus près de nous, le savant auteur de la *Philosophie morale*, M. Droz, ne dit-il pas formellement « qu'il appartient à la médecine de seconder la morale dans le grand œuvre de l'amélioration du sort des hommes ! »

Ces citations, sur lesquelles s'appuient l'auteur du mémoire et le rapporteur, suffiraient seules, au besoin, pour justifier le titre et l'objet du rapport, s'ils ne l'étaient d'avance par le nom même du rapporteur.

Laissons ces généralités pour aborder le fond du sujet. M. Delenda, médecin grec établi en France, paraît très peu partisan de la lecture des romans, s'il faut en juger par les quelques passages que M. le rapporteur a extraits de son mémoire : « Repoussez, s'écrie-t-il avec M. Cousin, repoussez cette littérature énervante, tour à tour grossière et raffinée, qui se complaît dans les misères de la nature humaine, qui caresse toutes nos faiblesses, qui fait la cour aux sens et à l'imagination, au lieu de parler à l'âme et d'élever la pensée. » Et comme si ce jugement de M. Cousin n'était pas assez sévère, M. Delenda renchérit encore en qualifiant le roman-feuilleton d'invention *diabolique* et profondément perverse, et les romans en général de livres blâmables et qui révoltent la conscience..... M. Delenda prétend, en outre, avoir fait des expériences sur des liseuses de romans, et avoir observé que leur pouls battait plus vite pendant la lecture de passages qui *caressaient leur faiblesse* et *faisaient la cour à leurs sens*.

M. le rapporteur, malgré les priviléges de son âge, n'a pas cru devoir se permettre de pareilles investigations sur ses clientes ; mais il s'est cru du moins le droit, que personne à coup sûr ne lui contestera, d'exprimer très-franchement et très-nettement son opinion sur la question soulevée par M. Delenda.

Indépendamment de l'exagération évidente des termes dont ce médecin s'est servi pour rendre sa pensée, n'y a-t-il pas exagération aussi dans le fond de cette pensée elle-même, toute revêtue qu'elle est du style et de l'autorité des penseurs éminents qu'il invoque à son aide ? C'est ce que M. Collineau nous paraît avoir démontré avec un grand sens.

Que l'amour exagéré de la lecture présente en soi des inconvénients pour l'esprit et pour la santé elle même, comme en ont toutes les préoccupations intellectuelles excessives, cela n'est pas douteux. L'abus des meilleures choses est souvent le pire des abus. Mais l'influence de certaines lectures, et en particulier des romans, dont il s'agit ici, sur les mœurs et sur l'hygiène, est-elle aussi funeste que le prétendent M. Delenda et les moralistes sur lesquels il s'appuie ? Sous le point de vue moral, cette influence fâcheuse est incontestable sans doute, mais elle est plus limitée, beaucoup plus restreinte que paraît le penser l'auteur du mémoire. D'ailleurs quelques termes de comparaison permettent de l'apprécier dans ses résultats les plus généraux. On peut les trouver, d'une part, dans le relâchement des mœurs et la licence du langage dans l'antiquité, où le roman n'existait point, comparés à nos mœurs et au style des écrivains de nos jours ; ou bien encore dans la comparaison de ces mêmes mœurs et des institutions sociales actuelles avec celles des temps d'ignorance, de fanatisme et de barbarie qui ont précédé l'imprimerie.

Quant à l'influence de ces sortes de lectures sur la santé, rien ne la démontre, d'une manière directe au moins, dans le mémoire en question.

« La lecture, dit M. Collineau, comme tout ce qui alimente l'imagination, doit être surveillée et convenablement dirigée, mais sans lui supposer cette extrême et périlleuse importance qu'y attache M. Delenda, parce qu'il en est des appétits de l'esprit comme de ceux du corps : ils varient suivant les individus, les instincts et les âges ; ils augmentent par la privation et s'éteignent par la jouissance ou même par les seuls changements que le temps apporte dans nos dispositions physiques et morales. » Comme le fait remarquer plus loin le rapporteur, les médecins, tout en signalant dans leurs ouvrages l'influence de certaines lectures sur la production des maladies nerveuses et mentales, ont observé que la forme de ces affections est, en premier lieu, dans le tempérament et dans les émotions qui troublent fortement ou d'une manière trop constante, trop prolongée le cours de la vie, bien plus que dans les exercices ordinaires de l'intelligence et de l'imagination. Ce que les romans peuvent contenir de mauvais n'agirait, d'après cette manière de voir, comme toute autre chose, que suivant les dispositions individuelles.

C'est peut-être faire la part de l'individu et du tempérament un peu large, à la décharge de ce que la stimulation intellectuelle peut avoir réellement de pernicieux en soi par la fausseté des idées qu'elle suscite ou par la séduction des fictions et des images qu'elle enfante.

Quoi qu'il en soit, nous croyons que M. Collineau se tient dans les sages limites du bon sens et de la vérité lorsqu'il dit que l'accusation portée contre ce genre de littérature, quelque juste qu'elle soit sous certains rapports, ne s'applique qu'à la moindre partie, et que c'est aussi sur la plus faible proportion des lecteurs qu'elle exerce sa funeste influence. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

De l'albuminurrhée, ou maladie de Bright.

Par une singulière coïncidence, plusieurs individus atteints d'affections différentes du rein, viennent d'entrer dans notre salle Saint-Charles. Bien que je me sois livré au lit du malade à une longue étude clinique de l'organe souffrant, j'ai l'intention de vous décrire l'histoire des trois maladies que nous avons en ce moment à traiter, savoir : l'albuminurrhée, ou maladie de Bright ; la saccharurrhée, ou diabète sucré, et l'hyperurrhée, ou diabète non sucré. L'albuminurrhée fera l'objet de cette leçon.

Historique. — Les écrits antiques sont de la plus grande pauvreté relativement à cette névropathie ; la découverte en est toute récente. M. le professeur Andral est le premier qui, en 1825, ait relaté l'existence d'un état granuleux des reins chez un hydropique. D'un autre côté, Cotugno, en 1770, avait constaté par l'ébullition la présence de l'albumine dans l'urine des hydropiques ; seulement il avait pensé que cette substance était puisée dans la sérosité épanchée. Mais ce fut Bright (*Exposit. of med.*, London, 1827) qui, rapprochant les faits de granulations rénales (analogues à celui qu'avait vu M. Andral) de ceux d'urine albumineuse observés par Cotugno, spécifia les caractères anatomiques principaux que présentent les reins dans les cas bien tranchés d'albuminurrhée, et publia des travaux de la plus haute importance sur ce sujet. Les résultats en furent confirmés par MM. Christison et Grégory (1829). M. Rayer (1834, *Gazette médicale*) et ses élèves, MM. Désir et Sabatier (1835) ne tardèrent pas à faire connaître en France les intéressantes recherches de Bright, et M. Rayer y ajouta des considérations de premier ordre sur la néphrite albumineuse et sur les diverses apparences que présentent les reins dans les cas d'albuminurrhée.

Examen nécroscopique. — Au moyen de la microscopie, M. Valentin a trouvé :

1° Que les canaux de la substance tubuleuse étaient vides ou remplis d'un liquide transparent ;

2° Que les tubes de la substance corticale contenaient une substance d'une couleur gris jaunâtre, qui permettait d'y voir de belles ramifications ;

3° Cette substance était formée de granulations irrégulières, variables en volume ; de petits corps moléculaires et de petites sphères jaunes. (Becquerel, *Séméiotique des urines*, page 462.)

Des organes autres que les reins présentent souvent, mais non constamment, à la suite de l'albuminurrhée, des lésions variées.

Le caractère fondamental de l'affection dite maladie de Bright est la présence de l'albumine dans l'urine. Cette présence peut y être constatée de diverses façons. L'inspection fait trouver ce liquide plus visqueux qu'à l'ordinaire. En tombant, il peut devenir légèrement mousseux ; en l'insufflant au moyen d'un tube, il est susceptible de former de grosses bulles, à la façon du savon (Tissot). A l'état aigu, l'urine albumineuse est quelquefois sanguinolente. La microscopie y fait découvrir des globules sanguins. Des tractus grisâtres, floconneux, altèrent souvent la transparence du liquide, et forment par la précipitation des sédiments médiocrement épais et présentant des lamelles d'apparence membraneuse, d'une couleur blanchâtre ou jaunâtre.

La chaleur à 80 degrés fait coaguler l'albumine de l'urine, qui offre un précipité blanc et floconneux d'autant plus abondant que les quantités de cette matière animale sont plus considérables.

L'urine est en général moins dense que dans l'état sain, où elle pèse, suivant Grégory, de 1,024 à 1,026, et suivant M. Rayer, à peu près 1,018. Dans l'albuminurrhée, sa densité serait seulement de 1,007 à 1,008 (Rayer).

L'odeur de l'urine albumineuse est, dit-on, quelquefois celle du petit-lait ou du bouillon.

Il y a diminution dans la quantité d'urée que contient le liquide formé par le rein, mais non pas absence de cette substance, ainsi qu'on l'avait d'abord pensé.

Les parties solides du sang sont diminuées ; ce fait résulte des recherches de Bostock (1829). Le sérum a perdu une notable proportion de l'albumine qu'il contient normalement (Christison, Martin-Solon, Andral, Gavarret et Becquerel.) Dans les premiers temps du mal, on a trouvé une augmentation de fibrine, et le sérum a été lactescent. (Christison.) C'est sans doute la sérosité opaline contenant de la fibrine en suspension, celle enfin qui caractérise l'hémite (Piorry, *Traité de méd. prat.*, t. II), dont il s'agit ici. Aussi, à l'état aigu et au début, le sang a souvent contenu de la couenne.

Symptômes. — Le début de la maladie de Bright est variable. A l'état aigu, les symptômes généraux sont ceux de la néphrite et même de l'hémite : frisson initial, puis chaleur, accélération du pouls. L'urine devient très-promptement sanguinolente et albumineuse. Ordinairement l'invasion est obscure, et le malade ne s'aperçoit de son état de souffrance que par un sentiment de faiblesse, par de la pâleur et surtout par de l'œdème. Dans un grand nombre de cas, ce sont ces derniers symptômes qui donnent l'éveil au médecin. Bien que l'existence de l'œdème, de l'hydropéritonie et des autres hydropisies soit extrêmement fréquente, ces affections ne sont pas constantes. Tantôt les hydropisies, dans l'albuminurrhée, persistent depuis les premiers temps jusqu'à la fin ; tantôt elles se montrent, puis disparaissent pour ne plus revenir ensuite. Presque toujours leur marche est irrégulière et leur début très-lent. Les conséquences de ces hydropisies sont une émaciation progressive, une anémie portée souvent très loin, un facies bouffi, une coloration blanchâtre de la peau, qui permettent au médecin de soupçonner l'apparition de la maladie.

En général, dans les cas où l'urine est albumineuse, l'appétit se conserve. Cependant Christison regarde la *dyspepsie* comme très fréquente. Au début, on a souvent noté les nausées et les vomissements. La soif, ainsi que dans les autres affections où le sang

éprouve en peu de temps de grandes pertes de sérosité, est plus ou moins vive. On a aussi admis comme assez commune la diarrhée séreuse. Rarement on observe de l'état fébrile, mais très-souvent des cardiopathies variées et des péricardies coexistent.

L'albuminurrhée ne doit pas être considérée comme une maladie unitaire et spéciale, mais bien comme un état pathologique qui se retrouve quelquefois à un faible degré dans les diverses anémies. Moins rarement il est lié à la néphrite; mais lorsqu'il présente de la durée et de l'intensité, il est en rapport avec des hétérotrophies néphriques, parmi lesquelles les granulations de la substance corticale sont les plus fréquentes.

Durée, terminaisons, pronostic. — Dans les cas aigus, l'albuminurrhée n'est pas, à beaucoup près, toujours suivie d'une terminaison fatale. Bright la regardait comme mortelle, parce qu'il y rattachait des lésions du rein incurables. Sabatier la croit susceptible de guérison dans un tiers des cas. M. Becquerel a vu guérir onze malades sur soixante-neuf. A l'état chronique, c'est-à-dire lorsque la lésion organique est profonde et consiste ordinairement dans une hétérotrophie néphrique, la terminaison est presque toujours mortelle. L'œdème, l'hydro-péritonie, l'anémie font des progrès de plus en plus grands, et la mort, après un temps plus ou moins long, vient mettre un terme à la souffrance des malades. L'augmentation dans la quantité de l'albumine (ce que n'admettait pas Christison, mais ce que pense M. Rayer), la diminution de plus en plus grande dans la densité de l'urine, sont des phénomènes propres à augmenter la gravité du pronostic.

Étiologie. — L'action brusque du froid humide et l'abus des boissons alcooliques sont les circonstances qui d'ordinaire président au développement de la néphrie albuminurrhéique.

Caractères diagnostiques. — La simple albuminurrhée se reconnaît par la constatation de l'albumine dans l'urine. Les symptômes d'une néphrie aiguë, joints à l'albuminurrhée, mettent sur la voie de la néphrie albuminurrhéique.

L'ancienneté de la maladie, des douleurs sourdes dans l'étendue de l'espace où le plessimètre circonscrit la figure des reins, des altérations dans le volume et dans la forme de ces organes, l'œdème, l'hydro-péritonie sans coïncidence de cardiopathie, la persistance de l'albuminurrhée sont les circonstances propres à dévoiler la néphrie albuminurrhéique, qui presque toujours n'est alors autre chose qu'une hétérotrophie du rein entièrement incurable.

Ajoutons que la présence dans l'urine de caillots, de globules sanguins, purulents ou mucoso-purulents (le tout examiné au moyen du microscope), et de plus les symptômes de l'hématurie, de la cysturite chronique caractérisent les cas dans lesquels l'albuminurrhée est symptomatique de ces états organo-pathologiques.

Traitement. — Il est possible, d'après certaines observations, qu'une albuminurrhée simple et peu prononcée soit liée à la constitution de l'individu qui présente ce symptôme, sans qu'il en résulte, du reste, aucun danger. Il n'y aurait en conséquence aucun traitement actif à faire.

Toutefois, il faudrait interroger cette personne avec le plus grand soin à l'effet de savoir si elle n'éprouve pas ou si elle n'a pas éprouvé quelque douleur dans la région rénale; on percuterait celle-ci avec la plus grande exactitude, et on rechercherait si les glandes urinaires sont ou non hypertrophiées.

S'agit-il d'une albuminurrhée développée pendant la grossesse? Il ne faut pas recourir à un traitement actif, qui pourrait avoir des inconvénients pour la mère et pour l'enfant, mais bien se rappeler que souvent après la parturition le fluide urinaire cesse de contenir de l'albumine.

Dans l'albuminurrhée simple, j'ai obtenu de très-bons effets en proscrivant les boissons et en faisant respirer un air chaud. Considérant que dans l'état organo-pathologique dont nous nous occupons le sérum perd beaucoup d'albumine, espérant que la dissolution de cette substance pourrait être absorbée, puisqu'il ne s'agit pas ici de globules ni de corps solides, j'ai donné par jour 100 à 150 grammes de blanc d'œuf étendu d'eau. Je supposais que le malade pourrait s'en trouver mieux et que les hydrorganies (hydropisies) deviendraient moins fréquentes. Or l'expérience m'a promptement fait voir qu'à la suite d'une telle médication aucun résultat favorable n'était observé.

Il n'en est pas de même de l'urée, que Fouquier et M. Ségalas avaient employée depuis longtemps dans d'autres affections. Les raisons qui me conduisirent à en faire usage furent les suivantes :

1° L'urée, séparée du sang par les reins, doit avoir une action sur cet organe;

2° L'urée se trouvant en moins grande quantité que d'ordinaire dans l'urine albumineuse, il est raisonnable de chercher à en rendre à ce liquide.

Ces vues théoriques ont été, dans trois cas, consacrées par la pratique. La dose de l'urée, prise en pilules ou autrement, a été d'un à cinq ou six grammes par jour. Ce médicament n'a produit aucun accident; loin de là, sous son influence l'urine est devenue infiniment moins albumineuse, et si peu, dans un de ces faits, qu'à peine se troublait-elle par l'addition de l'acide azotique. L'hydrethmie (œdème) et l'hydro-péritonie coexistantes diminuèrent ou se dissipèrent, et l'état général de santé devint de beaucoup meilleur. (Je ne sais pourquoi je n'ai pas depuis employé ce moyen; peut-être l'avais-je oublié.)

L'emploi des purgatifs qui donnent lieu à des selles aqueuses et abondantes peut être tenté dans les hydropisies consécutives à l'albuminurrhée, comme dans les hydrorganies produites par d'autres causes.

A la suite des pertes d'albumine par l'urine, une anémie ou une hydrémie plus ou moins intenses se déclarent, et le sang devient moins riche en globules et en fibrine. C'est le cas où le fer sous diverses formes est particulièrement indiqué. Dans l'albuminurrhée avec anémie, quel que soit l'état des reins (à part cependant les cas où des hémorrhagies ont abondamment lieu par cet organe), il est utile de donner des martiaux et de proportionner leur dose à l'état de détérioration de l'économie, et à la manière dont l'angibrome (tube digestif) les supporte. C'est dans les mêmes circonstances qu'il convient surtout d'avoir recours à un régime réparateur, composé de viandes grillées ou rôties, d'œufs, de poisson, de vin vieux en petite quantité. On peut encore ajouter des bains de vapeur pris d'une manière assidue, les frictions sèches, la respiration d'un air chaud. Le malade prendra le plus d'exercice possible, et évitera de rester trop longtemps de suite dans la même position, ce qui augmente l'œdème.

Je n'ai aucune confiance dans la curation de l'albuminurrhée par les médicaments que l'on dit être diurétiques ou diaphorétiques.

Il est évident, d'après notre manière de voir, que la néphrite peut avoir pour symptôme l'albuminurrhée, ce qui donne naissance à deux états pathologiques: 1° la phlegmasie des reins; 2° l'urine albumineuse. Deux indications sont alors à remplir: 1° remédier à la néphrite; 2° combattre l'albuminurrhée. Le traitement de cette dernière maladie vient d'être exposé. Nous n'avons donc qu'à combiner les médications particulières à chacun de ces états pour avoir la thérapeutique de la néphrie albuminurrhéique. C'est ici le cas d'insister sur les saignées générales et locales, dirigées vers la région lombaire; sur des cataplasmes, des bains, du repos, etc., en même temps que l'on cherche par des moyens appropriés à remédier à l'albuminurrhée. En somme, la véritable néphrite avec albuminurrhée, en tant que phlegmasie, ne peut réclamer d'autres traitements que la néphrite proprement dite.

(La suite à un prochain numéro.)

FAIT NOUVEAU

à l'appui des avantages des injections iodées dans les épanchements pleurétiques purulents à la suite de la thoracentèse.

Par M. le Dr Boinet.

(Communiqué à l'Académie des sciences dans la séance du 10 décembre 1855.)

Dans un mémoire que j'ai publié dans les *Archives générales de médecine* (mars 1853) et que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie des sciences pour les prix Montyon, j'ai fait connaître les avantages des injections iodées dans les épanchements pleurétiques purulents, et prouvé, par plusieurs succès obtenus dans des cas désespérés et regardés comme au-dessus des ressources de l'art, que ce nouveau mode de traitement était très-efficace là où tous les autres remèdes restaient impuissants. L'opinion que la thoracentèse dans les épanchements pleurétiques purulents était une opération grave, dangereuse, inutile et qui hâtait souvent la mort des malades, était si généralement admise dans les dernières années que tous, médecins et chirurgiens, abandonnaient à leur malheureux sort les malades atteints d'épanchements purulents pleurétiques et les laissaient succomber plutôt que de les opérer. Des faits nouveaux et déjà en assez grand nombre sont heureusement venus combattre cette opinion erronée, et depuis nos observations sur les avantages des injections iodées dans les épanchements de beaux succès ont été observés dans des cas regardés comme incurables.

L'efficacité des injections est donc désormais hors de doute dans les épanchements purulents des plèvres, à la suite de l'opération de l'empyème, et grâce à l'iode une maladie incurable aura disparu du cadre nosologique.

Mon but n'est pas de m'étendre ici sur les avantages de ces injections iodées dans les pleurésies purulentes; j'en ai traité longuement dans le mémoire que j'ai adressé à l'Académie et dans mon ouvrage intitulé *De l'iodothérapie* (1) ou de l'emploi médico-chirurgical de l'iode et de ses composés; mais j'ai voulu faire connaître un nouveau succès; il est d'autant plus intéressant qu'il a pour sujet la femme d'un de nos confrères, et qu'il a eu pour témoins un grand nombre de médecins, parmi lesquels nous comptons deux professeurs de la Faculté de médecine, MM. Chomel et Trousseau, qui ont donné des soins à la malade.

Voici cette observation :

Épanchement pleurétique considérable à la suite d'une pleurésie aiguë. Thoracentèse; liquide séreux. — Retour de l'épanchement; deuxième thoracentèse; liquide purulent. — Retour de l'épanchement. — Troisième thoracentèse; deux litres de pus verdâtre, puant. — Injections iodées. — Guérison.

Le sujet de cette observation est une dame de trente-quatre ans, d'une bonne constitution, exempte de tubercules, ayant toujours joui d'une bonne santé et mère de trois enfants.

Dans le courant de janvier 1855, vers le 17, à la suite d'un refroidissement, elle eut une pleurésie aiguë du côté droit, qui amena un épanchement considérable; tous les remèdes et même la thoracentèse furent impuissants à le faire disparaître, malgré les soins éclairés de MM. Chomel et Trousseau. La thoracentèse étant devenue nécessaire, elle donna issue à deux litres et demi d'un liquide séreux; il en résulta un soulagement marqué, mais malheureusement il ne fut que de très-courte durée; l'épanchement se reproduisit presque aussitôt. M. Trousseau fut obligé de pratiquer une nouvelle thoracentèse; mais cette fois le liquide avait changé de nature, il était devenu purulent. La médication la plus active ne put encore conjurer le retour de l'épanchement, et des symptômes graves d'oppression, de suffocation, de fièvre hectique, etc., étant venus mettre en danger la vie de la malade, une troisième thoracentèse devint urgente. L'épanchement remplissait toute la cavité droite de la poitrine.

C'est à cette époque, le 18 avril 1855, que M. le professeur Trousseau me fit appeler en consultation, désirant me confier le soin de cette malade, si je jugeais les injections iodées applicables et si je croyais qu'elles pussent avoir quelque chance de succès dans un cas aussi grave.

Me basant sur ce principe, que dans les cas désespérés l'on peut et l'on doit même employer les moyens qui, par eux-mêmes, ne doivent pas aggraver le mal, et fort des résultats inattendus et presque merveilleux que j'avais obtenus avec les injections iodées dans des cas analogues jugés incurables et où j'avais été obligé de m'écarter de la pratique généralement suivie, je n'hésitai pas, malgré la gravité de la maladie, ou plutôt à cause de cette gravité, à proposer la thoracentèse suivie des injections iodées. Je pratiquai cette opération en présence de M. Trousseau et de plusieurs autres confrères qui voulurent bien m'assister. Voici dans quel état se trouvait la malade :

Assise sur son séant dans son lit, elle avait la respiration très-gênée, une petite toux sèche, brève, continue, fatigante et sans expectoration. L'oppression était si considérable, que le moindre mouvement l'augmentait; elle ne dormait plus depuis longtemps; la face était jaune, pâle, amaigrie; les traits tirés, la faiblesse extrême; une fièvre très-intense la dévorait; le pouls était petit, fréquent; la peau sèche; elle avait eu plusieurs fois des frissons. L'appétit était nul, le dépérissement considérable. En un mot, tous les symptômes de la fièvre hectique existaient.

Le côté droit de la poitrine était bombé, plus développé que dans l'état normal; les espaces intercostaux étaient écartés, saillants; de la matité existait dans toute l'étendue de la poitrine jusque sous la clavicule, et en arrière jusqu'à la colonne vertébrale, si ce n'est en haut, vers le sommet de l'omoplate, où le son est un peu moins mat, et où on entendait un peu le bruit respiratoire, qui était nul dans tout le reste de ce côté de la poitrine.

En présence d'un état aussi grave, mon avis fut qu'il fallait agir sur-le-champ. Armé d'un gros trocart, de celui dont je me sers ordinairement pour opérer les kystes de l'ovaire, je fis une ponction dans l'endroit même où deux fois déjà M. le professeur Trousseau avait pénétré dans la poitrine, et retirai deux litres au moins de liquide purulent, verdâtre, fétide; puis, ayant remplacé pendant l'écoulement la canule du trocart par une sonde en gomme élastique, le pus étant entièrement écoulé, je fis plusieurs lavages avec de l'eau tiède, que j'injectai dans la cavité pleurale, et terminai par une injection iodée composée de parties égales de teinture d'iode et d'eau (50 grammes de chaque avec addition de 2 grammes d'iodure de potassium). Cette injection fut laissée dans la poitrine six ou sept minutes, puis s'écoula par la sonde, que je laissai à demeure après avoir pris soin de la fermer avec un fausset. Un bandage médiocrement serré fut placé autour de la poitrine, et la malade put se coucher sur le dos.

A mesure que la poitrine se vidait, Mme P... éprouvait un bien-être sensible; la respiration se faisait mieux et l'oppression diminuait. Dès le soir, la fièvre fut beaucoup moins intense, et le lendemain l'appétit s'annonçait déjà. La nuit qui suivit l'opération fut bonne, et la malade dormit, ce qui n'avait pas eu lieu depuis longtemps. L'opération fut parfaitement supportée, et l'injection iodée n'a pas été douloureuse, pas plus que celles qui furent pratiquées plus tard. Ces injections furent répétées quatre jours de suite, et puis tous les deux ou trois jours, tous les cinq ou six jours, et enfin à des époques plus éloignées, suivant la qualité de la matière de l'écoulement.

Au bout de huit jours, la sonde, qui était restée à demeure, fut remplacée par un clou en gomme élastique creux et à tête d'ivoire. Cette sonde fut débouchée pendant la première semaine d'abord trois fois par jour, le matin, à midi et le soir, afin de permettre au pus sécrété dans l'intervalle de chaque pansement, de sortir de la poitrine. Sa quantité était d'environ 75 à 80 grammes à chaque fois. Plus tard, la sonde ne fut plus débouchée que matin et soir, et enfin une seule fois dans les vingt-quatre heures. Chaque matin, le pus une fois écoulé, on faisait coup sur coup deux ou trois lavages avec de l'eau tiède simple ou légèrement chlorurée ou iodée, puis on rebouchait la sonde avec un fausset pour empêcher l'écoulement continuel du pus qui se formait de nouveau dans la cavité pleurale.

Pendant toutes ces injections, soit d'iode, soit d'eau tiède ou chlorurée, pas la moindre précaution n'a été prise pour empêcher l'air de pénétrer dans la poitrine.

Le clou dont je fais usage pour remplacer la sonde est un bout de sonde en gomme élastique long de 7 à 8 centimètres, et le même que celui dont je me sers pour certains kystes de l'ovaire. Il doit remplir exactement l'ouverture fistuleuse.

Quelques jours s'étaient à peine écoulés après cette opération et les injections, que la fièvre avait entièrement cessé, que le sommeil et l'appétit étaient revenus, que l'état général de la malade était sensiblement meilleur.

Au bout de quinze jours Mme P... put se lever, et une semaine après elle se promenait dans l'appartement. Dans les premiers jours de juin elle put sortir dans Paris. Toutes les fonctions s'exécutaient bien; les forces étaient revenues en partie, avec un certain embonpoint, et au mois de juillet elle était assez bien portante pour faire un voyage de plus de cent lieues pour aller à la campagne, où elle resta jusqu'au 20 septembre 1855.

Ce séjour hors Paris fut très favorable à sa santé, et ses règles, qui n'étaient pas venues depuis le début de la maladie, reparurent quelques jours avant son départ de la campagne, et ont repris leur régularité habituelle. Aujourd'hui, plus de sept mois après l'opération, Mme P... jouit d'une santé excellente; toutes les fonctions se font bien.

(1) Page 213, 1855.

Elle a pris de la force, de la fraîcheur, un peu d'embonpoint, et tous les jours elle fait pendant plusieurs heures de longues courses à pied sans trop se fatiguer. Elle peut monter plusieurs étages sans être trop essoufflée, et se coucher dans la position qui lui convient le mieux.

Le côté droit de la poitrine est rétréci, revenu sur lui-même, surtout en arrière. La colonne vertébrale offre une légère inflexion, dont la concavité est tournée du côté droit. Le poumon a repris en partie ses fonctions, et le bruit respiratoire s'entend parfaitement bien en arrière et en avant.

L'ouverture fistuleuse de la poitrine existe toujours. La malade fait de temps en temps une injection d'eau tiède par le clou en gomme élastique qui est toujours en place, et qu'elle a soin de changer chaque jour. Le fausset n'est plus ôté qu'une seule fois toutes les vingt-quatre heures pour laisser sortir le peu de liquide épais, semi-purulent, qui se forme encore (environ 15 à 20 grammes). Il arrive même souvent que cet écoulement n'a plus lieu que tous les deux ou troisjours, ce qui indique que la sécrétion du liquide est sur le point de se terminer, et se terminerait peut-être tout à fait si on enlevait la canule; mais la crainte de laisser un petit foyer purulent dans la plèvre m'a empêché jusqu'à ce jour de tenter l'oblitération de la fistule en ôtant le clou, qui entretient la dilatation; et, n'étaient les soins de propreté qu'exige cette fistule, la malade, qui n'en souffre en aucune façon, se croirait radicalement guérie.

Cette intéressante observation pourrait être l'objet de remarques nombreuses et très importantes; mais comme je les ai déjà faites dans le mémoire que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie et dans mon *Traité d'iodothérapie*, je me bornerai aux suivantes; c'est sur elles que repose tout le succès du traitement des épanchements pleurétiques purulents par les injections iodées.

En effet, le succès de la thoracentèse dans ces cas particuliers dépend bien moins de l'opération en elle-même que de certaines précautions qu'il faut prendre pendant et après l'opération, et surtout des soins consécutifs qu'elle exige, pour arriver à un bon résultat. Il en est de même pour les hydropisies enkystées de l'ovaire, pour les abcès par congestion, etc.; le succès tient moins à l'opération qu'aux soins consécutifs. Ainsi, dans la thoracentèse, se borner à vider la poitrine du pus qu'elle renferme, comme on le faisait autrefois et comme on le fait encore aujourd'hui; puis pratiquer une seule injection iodée sans laisser une sonde à demeure pour les répéter et empêcher le pus de s'accumuler de nouveau dans la plèvre, c'est faire une opération incomplète, inutile, dangereuse; c'est s'exposer à hâter la mort des malades. Je sais bon nombre de chirurgiens très habiles et très renommés qui ont perdu leurs opérés, faute d'avoir pris toutes les petites précautions que je recommande aussi bien pour la thoracentèse que pour les kystes de l'ovaire, les abcès par congestion. Pour obtenir des succès dans la thoracentèse pratiquée pour des épanchements purulents, il faut, la ponction une fois faite, remplacer la canule du trocart par une sonde en gomme élastique qu'on doit laisser à demeure. Les avantages de cette manière de faire sont:

1° De ne pas s'exposer à blesser la plèvre pulmonaire;

2° De pouvoir enfoncer cette sonde, qui est molle, flexible, aussi loin que possible et dans les parties les plus déclives du foyer purulent;

3° De pouvoir favoriser l'écoulement de la matière purulente au fur et à mesure de sa formation, et d'empêcher par conséquent la compression du poumon par une nouvelle quantité de pus; de permettre à la cavité continuellement débarrassée de la sécrétion de revenir sur elle-même, et au poumon de se dilater;

4° De pouvoir faire bien plus facilement qu'avec une canule métallique toutes les injections, tous les lavages convenables;

5° D'être en mesure de retirer sûrement, à l'aide d'une seringue, le pus ou les liquides injectés qui pourraient rester dans les parties les plus déclives, s'ils ne pouvaient s'écouler naturellement et d'eux-mêmes;

6° Enfin de pouvoir changer facilement cette sonde et de la boucher avec un fausset, non dans le but de s'opposer à l'introduction de l'air, qui n'est jamais à redouter après les injections iodées et les lavages répétés, mais pour empêcher l'écoulement continu du liquide sécrété dans la poitrine, liquide qui souillerait toutes les pièces du pansement et le lit des malades.

On conçoit aisément qu'en permettant au pus de s'écouler quand on veut, c'est-à-dire trois ou quatre fois par jour dans les premiers jours qui suivent la ponction, puis deux fois, une fois toutes les vingt-quatre heures; qu'en faisant des injections iodées dès que les qualités de ce pus deviennent mauvaises, et des lavages quotidiens pour l'empêcher de croupir dans quelques recoins, on puisse débarrasser les malades d'un liquide de mauvaise nature qui souvent les expose à tous les accidents de l'infection putride.

Toutes ces précautions minutieuses que nous venons d'énumérer sont de tous les instants, elles sont indispensables si l'on veut guérir; leur omission compromettra l'opération la mieux faite et la mieux indiquée: on ne saurait trop les recommander. Evidemment la malade dont je viens de rapporter l'observation leur doit sa guérison.

En terminant, je ferai encore remarquer combien est chimérique la crainte de l'introduction de l'air dans la poitrine à la suite de la thoracentèse dans les épanchements purulents, lorsque la cavité pleurale est soumise aux injections iodées faites convenablement et aux lavages journaliers. Je rappellerai enfin que, dans ces cas, un simple trocart est suffisant pour pratiquer l'opération, pourvu toutefois qu'il soit assez gros pour permettre l'introduction d'une sonde en gomme élastique (n[os] 8 ou 9) par sa canule.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

sur le traitement de la syphilis constitutionnelle par le mercure et l'iodure de potassium (1).

Par M. le docteur H. MONTANIER.

§ II. — *Association du mercure et de l'iodure de potassium.* — En général, on n'administre pas en même temps pour un seul accident bien déterminé les préparations mercurielles et iodées; on se contente de donner soit le mercure, soit l'iode isolément. M. Ricord a ainsi institué le traitement soit dans ses leçons orales, soit dans ses livres: pour les accidents franchement secondaires, le mercure; pour les accidents franchement tertiaires, l'iodure de potassium; pour les accidents dits de transition, qui tiennent un peu des premiers et un peu des seconds, il est bon de donner simultanément l'iodure de potassium et le mercure; ces accidents de transition sont surtout les tubercules profonds de la peau, le testicule vénérien, etc.

J'ai longtemps suivi cette méthode de traitement, et je l'ai abandonnée enfin pour plusieurs raisons que je vais exposer.

On sait combien sont fréquentes les récidives après un traitement mercuriel même parfaitement dirigé; le malade se croit guéri après une médication plus ou moins longue, vous le croyez guéri vous-même, vous vous en assurez même en l'envoyant prendre des bains sulfureux; puis, au bout de quelques mois, d'un an ou davantage, apparaît une nouvelle invasion syphilitique. Ces récidives, qui font le désespoir du malade et du médecin, m'ont beaucoup tourmenté dans le temps, et je me suis demandé s'il n'y aurait aucun moyen de les prévenir.

C'est alors que j'ai songé à faire prendre pendant quelque temps de l'iodure de potassium à la fin d'un traitement mercuriel dirigé soit contre l'induration sous chancreuse, soit contre tout autre accident secondaire. Ainsi, quand le malade a pris du mercure selon la méthode qui me paraît la plus convenable et pendant tout le temps que je juge nécessaire, je le soumets à l'usage de l'iodure de potassium pendant un mois environ et à la dose de 1 à 2 grammes par jour. Depuis que j'emploie cette méthode de traitement, c'est-à-dire depuis plus de trois ans, je n'ai pas encore eu un seul cas de récidive.

Dois-je ce résultat au hasard, ou bien au soin que j'apporte dans le traitement? le dois-je au temps très long que je lui consacre? le dois-je enfin à l'iodure de potassium? C'est ce que l'avenir seul m'apprendra (2).

Dans tous les cas, il n'y a aucun inconvénient, il y a même avantage à employer l'iodure de potassium à la fin d'un traitement mercuriel. Le mercure affaiblit considérablement l'organisme; à une certaine dose, l'iodure de potassium agit presque comme tonique et a la meilleure influence sur les voies digestives. Je continuerais encore à m'en servir comme correctif du mercure, quand même je ne croirais pas qu'il peut prévenir ou au moins éloigner les récidives.

D'ailleurs, aujourd'hui, un grand nombre de praticiens donnent ce mélange d'iode et de mercure sous forme d'iodure de mercure, et ce sel ne doit peut-être ses avantages incontestables qu'à sa composition. Mais il est évident que cette préparation contient trop peu d'iode pour agir efficacement dans le but que j'indique.

J'ai déjà dit que le véritable spécifique des accidents tertiaires est l'iodure de potassium; mais ici encore il est bon d'associer les deux médicaments anti-syphilitiques. Pour moi, il n'est plus douteux qu'en faisant prendre l'iodure de potassium seul le traitement est toujours plus long, et quelquefois même inefficace; tandis que si on fait précéder son usage par celui des préparations mercurielles, on guérit et plus vite et plus sûrement. Ainsi, quand un individu se présente à moi porteur d'accidents tertiaires (à moins qu'il ne s'agisse de guérir promptement des douleurs ostéocopes, auquel cas il faut immédiatement administrer l'iodure de potassium concurremment avec les préparations mercurielles), je commence toujours par lui faire prendre du mercure seul pendant environ quinze jours; puis, pendant trois semaines, je lui fais prendre le mercure le soir et l'iodure de potassium le matin; enfin alors je continue pendant tout le reste du traitement l'iodure de potassium seul. Je répète qu'en agissant ainsi il m'a toujours semblé que j'avais plus facilement prise contre les accidents tertiaires, et que la guérison était beaucoup plus rapide et plus sûre.

Quelques praticiens ont adopté cette méthode, mais seulement dans un cas bien déterminé; c'est lorsqu'un malade se présente porteur d'accidents tertiaires sans avoir déjà suivi un premier traitement par le mercure, ou n'ayant pris du mercure qu'à dose évidemment insuffisante. C'est là une faute, et, dans tous les cas indistinctement, il faut d'abord donner du mercure, à moins que les accidents tertiaires ne viennent à se développer pendant un traitement par les préparations hydrargyriques, ce que, pour mon compte, je n'ai jamais vu. Et encore, comme dans cette supposition il existerait tout à la fois des accidents secondaires et tertiaires, ce serait une raison de plus pour donner simultanément le mercure et l'iodure de potassium.

En résumé: dans le traitement des accidents secondaires, après le mercure, je donne l'iodure de potassium; — dans le traitement des accidents tertiaires (à moins de cas urgent), *j'administre du mercure avant de faire prendre l'iodure de potassium.*

§ III. — *Il faut tenir grand compte, dans le traitement de la vérole, de l'âge et du sexe du malade.* — Ces considérations d'âge, de sexe, de tempérament, si capitales en médecine, en général, le sont plus encore que partout ailleurs quand il s'agit du traitement de la vérole.

1° *Age.* — Je n'ai rien à changer à ce que M. Maisonneuve et moi disons à cet égard dans l'ouvrage déjà cité et que je copie textuellement:

« Il importe peu que la vérole soit congéniale ou acquise, soit au moment où l'enfant traverse les parties génitales externes, soit plus tard; mais il est important de diviser le traitement en deux points, suivant que les enfants sont encore à la mamelle, ou bien qu'ils ont été sevrés.

» A. *Enfants à la mamelle.* — Depuis Hippocrate, il était d'usage de donner à la nourrice le médicament qu'on ne voulait pas faire prendre directement au nourrisson, et l'on avait remarqué que l'effet curatif était le même. Ce mode de traitement a surtout un avantage immense dans les cas où il faudrait administrer de ces médicaments actifs qui pourraient influencer d'une manière fâcheuse l'estomac d'enfants encore aussi jeunes. C'est, en particulier, le cas des mercuriaux, que les enfants à la mamelle ne tolèrent qu'à la condition qu'ils soient administrés avec une extrême réserve, et contre lesquels leur organisme se révolte souvent, quelque précaution qu'on ait prise dans leur administration....

» On fait donc suivre à la nourrice un traitement mercuriel absolument comme si elle-même était infectée de vérole; on doit surveiller très-attentivement l'effet de la médication sur le nourrisson, et diminuer ou augmenter les doses suivant que celui-ci est bien ou mal influencé. Ainsi il n'est pas rare qu'il soit pris de coliques, d'un dévoiement quelquefois très-abondant, de fièvre, d'anorexie, etc.; ces accidents sont souvent produits par le mercure. Il faut interrompre aussitôt le traitement chez la nourrice, ou tout au moins diminuer la dose du médicament sous peine de voir le nourrisson dépérir lentement et enfin succomber. On comprend qu'il n'y a pas que le nourrisson à surveiller, et que l'attention du médecin doit aussi se porter journellement sur la nourrice.

» .... Mais, quand il s'agit d'une nourrice mercenaire en parfaite santé, on s'est demandé (au point de vue de la morale) s'il ne vaudrait pas mieux élever l'enfant avec le lait d'un animal à qui l'on administrerait le mercure... L'usage de faire absorber le mercure aux animaux remonte déjà assez loin.... Le lait de ces animaux est médicamenteux et agit absolument comme celui de la nourrice. Ce lait est aussi utilement employé chez les femmes débiles, très irritables, et surtout chez les femmes enceintes vérolées.

» Quoi qu'il en soit, si cette méthode de traitement par le lait de la femme ou des femelles des animaux réussit fréquemment, elle échoue aussi dans un assez bon nombre de cas; on voit tout de suite, en effet, combien il est difficile de doser le mercure que prend le petit malade; il est évident qu'à doses égales pour les mères les nourrissons seront bien loin d'absorber tous les mêmes proportions du médicament. La mère d'ailleurs ou la nourrice se dégoûte aisément d'un traitement ennuyeux, répugnant et où l'intérêt personnel ne la soutient pas directement, et il arrive fréquemment qu'elle ne veut plus prendre de mercure longtemps avant la guérison de l'enfant, laquelle est toujours longue à arriver. Il faut alors ou bien traiter en même temps la nourrice et le nourrisson pour agir plus promptement, ou bien le nourrisson seul.

» Comment administrera-t-on le mercure chez l'enfant? Sera-ce à l'intérieur? sera-ce à l'extérieur?

» Avec des précautions, les enfants supportent sans trop de peine les préparations mercurielles à l'intérieur, beaucoup toutefois en sont incommodés; aussi préférons-nous, et de beaucoup, l'usage externe du mercure. Nous n'aimons pas chez les enfants les frictions mercurielles, et nous donnons toujours la préférence aux bains de sublimé pour ceux qui sont à la mamelle.

Sublimé.	1 gramme.
Alcool.	Q. S.
Eau.	12,000 grammes.

» Si l'on donnait directement le mercure à l'intérieur, ce ne devrait être qu'avec la plus extrême prudence: ici, comme chez l'adulte, on s'adressera au proto-iodure ou au sublimé, mais à doses infiniment petites; on ne commencera jamais par donner plus de 1 milligramme, et il ne sera pas bon de porter la dose à plus de 3 milligrammes. On pourrait faire aussi usage du calomel, du mercure gommeux de Plenck, etc., etc.

» On fera bien d'aider et de mitiger tout à la fois l'action du mercure par des préparations de fer; le sirop d'iodure de fer est dans ce cas la meilleure.

» B. *Enfants sevrés.* — Nous avons peu de chose à dire à ce sujet; tout se borne à recommander aux praticiens d'être très-attentifs sur les doses et les effets des médicaments. Le proto-iodure, le sublimé, le calomel et le mercure doux seront toujours les préparations mercurielles préférées. De dix-huit mois à trois ans, on les donnera à la dose de 3 à 5 milligrammes dans les vingt-quatre

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 janvier.

(2) Comment dans ces cas agirait l'iodure de potassium? Serait-ce comme anti-syphilitique et spécifique, ou, en d'autres termes, agirait-il directement contre le virus et achèverait-il l'œuvre du mercure en chassant le virus du sang, ou tout au moins en le neutralisant pour toujours? N'agirait-il que comme *reconstituant*, et mettrait-il tout simplement l'économie en mesure de lutter plus efficacement contre une récidive future? — Quoique penchant pour la première hypothèse, j'avoue qu'il me serait bien difficile de me prononcer sur ce point. Je dirai seulement que comme médicament reconstituant la matière médicale en fournirait un grand nombre de préférables assurément, et qu'aucun toutefois ne m'a paru offrir les avantages de l'iodure de potassium au point de vue des récidives de la syphilis.

heures, et on augmentera cette quantité de 2 milligrammes pour chaque année de plus qu'aura l'enfant. Il arrive souvent que ceux-ci sont tellement faibles, leur santé est si altérée qu'ils ne peuvent pas prendre le mercure en nature à l'intérieur; on se trouvera bien de leur administrer ces laitages mercuriels dont nous avons parlé au précédent paragraphe. On pourra aussi avoir recours aux bains de sublimé avec de très-grands avantages.

» Chez les enfants, aussi bien chez ceux qui sont encore à la mamelle que chez ceux qui sont sevrés, la propreté et la chaleur sont deux circonstances qui aident puissamment à l'action du mercure. On devra leur faire prendre de temps en temps, et à intervalles assez rapprochés, des bains de propreté; on les couvrira de vêtements très-chauds, de manière à entretenir une légère moiteur.

» La vérole se guérit chez les enfants tantôt avec une rapidité extrême, tantôt avec une lenteur désespérante. En général, les enfants à la mamelle réclament un traitement de trois à six mois. La durée devient de moins en moins longue à proportion qu'ils avancent en âge; mais jusqu'à dix ou douze ans, la durée du traitement, en moyenne, est de deux à trois mois.

« Dans le plus grand nombre des cas, on est obligé d'associer au mercure les préparations toniques : le fer, le quinquina, une nourriture fortement substantielle, les bains aromatiques, les frictions sèches, l'exercice au soleil, etc. » (P. 305 et suiv.)

M. Cullerier, que nous aimons toujours à citer, à cause de son expérience et de son talent d'observation, ne partage pas notre opinion complétement sur le traitement des enfants syphilitiques. Il ne leur donne jamais les préparations hydrargyriques à l'intérieur; il leur fait faire des frictions avec l'onguent napolitain, et leur administre des bains de sublimé. Dans tous les cas, il regarde comme insuffisant le traitement par le lait des nourrices soumises à un traitement mercuriel.

Le médecin doit savoir qu'il n'a jamais à craindre la salivation mercurielle chez l'enfant qui n'a pas encore de dents, pas plus que chez l'adulte qui les aurait perdues toutes.

2° *Sexe.* — Nous n'avons pas à nous étendre sur les différences que le sexe doit apporter dans le traitement de la vérole : tout le monde sait que les doses doivent être généralement moins fortes pour les femmes, qui ne sont que des enfants un peu plus âgés, que pour les hommes. Cette règle générale s'applique parfaitement à notre sujet. Quand on soumettra une femme à un traitement anti-syphilitique, il faudra commencer par des doses très faibles pour sonder le terrain, et ne s'élever que lentement et peu à peu aux doses plus considérables; on devra choisir les préparations mercurielles les plus douces, celles que l'estomac supporte le plus aisément, et faire tout son possible pour éviter les accidents de la salivation, qui altèrent souvent très profondément la santé des femmes. J'ajouterai, enfin, qu'on ne doit pas interrompre le traitement aux époques menstruelles.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 janvier 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Deux rapports de MM. les docteurs Viard et Gueneau, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans plusieurs communes de l'arrondissement de Semur (Côte-d'Or). (Commission des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur Gaillard (de Poitiers), sur l'épidémie de choléra qui a régné à Charoux (Vienne) en 1855. (Commission du choléra.)

— M. le ministre de la marine transmet un mémoire intitulé *Histoire médicale du typhus qui a sévi sur les condamnés du bagne de Toulon du mois de mars au mois d'août* 1851, par M. le docteur Barrallier, médecin en chef de la marine à Toulon. (Commissaires : MM. Michel Lévy, Ferrus et Mélier.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Consolidation d'une fracture au moyen du vésicatoire. — M. le docteur Montrol, médecin des hôpitaux de Langres, adresse une observation relative à un cas de consolidation d'une fracture du tibia obtenue au moyen d'un vésicatoire appliqué sur l'endroit fracturé. (Commissaire : M. Robert.)

Néphrite produite par la brusque cessation de la rétention d'urine. — M. Le Roy-d'Etiolles adresse une note ayant pour titre : *De la néphrite produite par la brusque cessation de la rétention partielle d'urine existant depuis longtemps.*

Il arrive assez souvent que dans un âge avancé la vessie ne se vide qu'incomplétement, tantôt par suite de la diminution de la contractilité, plus souvent par l'effet du développement d'un obstacle mécanique au col de la vessie, tel que valvule, bourrelet, tumeur prostatique. Cette rétention partielle, méconnue pendant des mois, des années, va en augmentant pour l'ordinaire, et il arrive un moment où l'urine ne pouvant plus couler librement dans son réservoir naturel, reflue dans les uretères, les bassinets et les calices, qu'elle tient dans un état de macération anormale, dont finit par résulter l'inflammation que l'on a désignée par le mot pyélite.

La fréquence toujours croissante des besoins d'uriner et l'altération de l'urine finissent par éveiller l'attention. Le cathétérisme pratiqué après la miction naturelle, la sortie d'une quantité d'urine égale ou supérieure à celle qui avait été expulsée spontanément ne laissent pas de doute sur la rétention d'une portion de ce liquide. Il y a indication de suppléer par la répétition quotidienne du cathétérisme à l'insuffisance de l'évacuation naturelle, jusqu'à ce qu'un traitement approprié ait fait disparaître, s'il est possible, la cause de la rétention.

Tels sont les moyens de diagnostic et de traitement. Mais voici ce qui a lieu quelquefois, et ce que l'on ignore généralement :

La déplétion subite de la vessie, des uretères, des bassinets et des calices que détermine l'introduction de la sonde produit dans ces cavités l'effet du vide d'une ventouse, d'où résultent l'hyperhémie, l'inflammation, l'apoplexie rénale.

Cette conséquence funeste d'un traitement indispensable n'est pas heureusement très fréquente, car M. Le Roy-d'Etiolles dit ne l'avoir observée d'une manière franche et nette qu'une demi-douzaine de fois sur plus d'un millier de cathétérismes pratiqués dans les circonstances précitées; il ne tient pas compte, il est vrai, des cas plus nombreux dans lesquels cette opération a été pratiquée *in extremis*, pour ainsi dire, dans des circonstances où l'abondance du pus dans l'urine et la fièvre hectique dénotaient une altération profonde des organes et faisaient présager une mort inévitable.

M. Le Roy-d'Etiolles indique deux précautions pour mettre autant que possible le malade à l'abri de l'espèce de néphrite qu'il signale :

1° Faire usage d'une sonde de petit calibre qui fasse couler lentement l'urine;

2° Ne pas épuiser complétement l'urine pendant les premiers jours.

Ces précautions sont parfois insuffisantes, comme le prouve la narration d'un fait remarquable annexé au mémoire; mais du moins en les observant, dit M. Le Roy-d'Etiolles, on agit conformément aux règles de la prudence et de la bonne chirurgie. (Commissaires : MM. Amussat, Laugier.)

— MM. Wurtz, Regnault et Figuier écrivent pour demander à être inscrits sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de physique et de chimie médicales.

— MM. Poggiale, Gobley et Boudet annoncent qu'ils se portent candidats à la place vacante dans la section de pharmacie.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, lit les rapports suivants :

1° Un rapport sur l'eau minérale de Birmensdorff (Argovie).

L'analyse démontre que cette eau est presque identique à celle de Pullna, et analogue aussi à celle de Sedlitz. Ce sont les sulfates de magnésie et de soude qui en font la base et qui lui donnent ses principales propriétés purgatives.

Avant d'accorder ou de refuser l'autorisation d'introduire en France l'eau de Birmensdorff, la commission juge utile d'avoir de nouveaux éclaircissements et des documents plus précis sur les propriétés médicales de cette source. (Adopté.)

2° Un rapport sur une eau minérale découverte à Miers (Lot). Les résultats constatés par le rapporteur étant en contradiction avec ceux annoncés par le comité d'hygiène du Lot, la commission juge qu'il y a lieu de soumettre cette eau à de nouvelles analyses, et de s'assurer si la source dont il est question se trouve dans les conditions légales d'exploitation. (Adopté.)

3° Un rapport sur l'eau minérale de Sarcey (Rhône).

Il existe une assez grande analogie entre l'eau de Sarcey et celle de Charbonnières, à laquelle elle est même un peu supérieure par la proportion des principes ferrugineux. Les propriétés des eaux de Sarcey, déjà constatées d'ailleurs, s'expliquent par leur composition chimique.

La commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'autoriser l'exploitation demandée. (Adopté.)

4° Un rapport sur une eau minérale de deux sources naturelles du plan de Phazy, arrondissement d'Embrun (Hautes-Alpes).

Les essais faits dans le laboratoire de l'Académie indiquent que les eaux de ces deux sources sont salines, de la même nature et presque identiques dans leur composition.

Les sels qui les minéralisent comprennent principalement le chlorure de sodium, le bicarbonate terreux et le sulfate de chaux, de soude et de magnésie. Elles offrent de plus une grande ressemblance avec d'autres eaux déjà connues des Pyrénées, telles que celles d'Encausse, d'Aulus, etc.

La commission est d'avis de répondre au ministre qu'il y a lieu de régulariser l'exploitation de ces sources. (Adopté.)

Traitement des maladies convulsives par les principes actifs de la valériane et de la belladone. — M. Jolly lit un rapport sur un travail de M. Michéa, intitulé *Application des principes actifs de la valériane et de la belladone au traitement des maladies convulsives, et principalement de l'épilepsie, de l'hystérie et de la chorée.*

M. le rapporteur expose les recherches comparatives faites par M. Michéa dans le traitement de ces affections avec la poudre de valériane et de belladone, avec l'extrait des mêmes plantes, deux formes qui ne lui ont donné que des résultats négatifs ou incertains; puis il examine les faits d'amélioration ou de guérison complète que M. Michéa dit avoir obtenus dans plusieurs cas, notamment dans le cas d'épilepsie, par l'administration de la préparation qu'il désigne sous le nom de sel valérianique d'atropine, et qui résulte de l'association de l'acide valérianique et du principe actif de la belladone.

M. le rapporteur, considérant que les affections dont il s'agit sont susceptibles de guérir quelquefois spontanément ou temporairement, n'admet qu'avec réserve les conclusions de l'auteur, l'invite à tenter de nouveaux essais dans la même voie et à soumettre les résultats à l'Académie. Il propose de voter le dépôt du mémoire aux archives et des remercîments à l'auteur. (Adopté.)

Médication bromo-iodurée. — M. Bricheteau lit un rapport sur un mémoire de M. Lunier, intitulé *Recherches physiologiques et thérapeutiques sur la médication bromo-iodurée.*

La médication bromo-iodurée consiste dans la formule suivante :

Bromure de potassium.	1,20
Iodure de potassium.	0,80
Extrait de gentiane et sirop d'armoise. . .	Q. S.

Pour 40 pilules.

Ou bromo-iodure de fer dans les mêmes proportions.

M. Lunier reconnaît à chacun des agents qui entrent dans ces formules la propriété fondamentale de fluidifier le sang, de le rendre moins plastique, et de disposer les sujets qui en font usage aux congestions sanguines qui s'effectuent d'ordinaire sur les membranes muqueuses du nez, de l'œil, de l'intestin, de l'utérus même. D'un autre côté, l'action manifeste de l'iode sur les glandes salivaires l'a conduit, par voie d'analyse, à conclure que ce médicament agissait aussi sur le pancréas; qu'il activait la sécrétion du fluide pancréatique et facilitait la digestion des matières grasses, conformément aux résultats des expériences physiologiques de M. Cl. Bernard.

Se fondant sur ces deux ordres de considérations, M. Lunier a institué cette médication contre certains accidents des affections mentales chroniques. Il rapporte dans son mémoire treize observations de maladies mentales plus ou moins complexes.

Si dans ces observations, dit M. le rapporteur, l'action élective de la médication bromo-iodurée sur les fonctions digestives du pancréas ne sont pas clairement indiquées et parfaitement distinctes, en revanche on ne peut révoquer en doute sa puissante influence sur la digestion et la nutrition. Presque tous les sujets de ces observations atteints de manie chronique ou de la paralysie générale qui en est la suite, recouvrèrent assez promptement leur faculté digestive et leur embonpoint sous l'influence du remède préconisé par M. Lunier, qui, dans ces circonstances, a paru doué d'une propriété tonique et excitante. Plusieurs mélancoliques déjà convalescents, tombés dans une hypocondrie profonde, dans une complète inappétence et un grand dépérissement, virent renaître leur appétit et réparer leurs forces par l'usage des pilules bromo-iodurées, et finirent par recouvrer la santé dans l'espace d'environ deux mois.

Quelques-unes des observations de M. Lunier attestent également la vertu emménagogue de la médication bromo-iodurée, ainsi que la propriété qu'elle possède de provoquer des hémorrhagies nasales.

Ces expériences thérapeutiques, ajoute M. le rapporteur, ne sont pas sans doute assez nombreuses pour qu'on puisse en tirer des conclusions définitives; toutefois elles méritent d'appeler l'attention des praticiens par l'importance et la nouveauté des résultats obtenus dans le traitement de maladies si rebelles.

Les romans envisagés sous le rapport médical. — M. Collineau lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Delenda, ayant pour titre : *Un mot sur les romans envisagés sous le rapport médical.*

Nous ne reproduisons ici que les conclusions de ce rapport, renvoyant nos lecteurs plus haut pour les considérations qui les motivent.

D'après ces considérations, dit M. le rapporteur, il nous semble :

1° Que les mouvements intellectuels, insaisissables par tout autre moyen que par la pensée, sont, suivant l'usage qu'il sait en faire, ce que l'homme a de plus libre, de plus précieux, de plus utile et aussi de plus pernicieux;

2° Que, malgré les dangers incontestables des mauvaises publications, l'expérience acquise depuis des siècles prouve que les exercices de l'esprit sur tous les sujets sont évidemment favorables aux progrès de l'intelligence et de la civilisation, à l'amélioration des rapports sociaux et des mœurs; rappellent l'homme au sentiment de sa dignité, de ses droits et de ses devoirs; développent et justifient l'instinct et les principes religieux qui servent de base à la morale, à nos dernières consolations, à notre dernière espérance;

3° Que dans l'immense variété des mouvements intellectuels il y a des choix à faire; mais que l'influence de l'époque, du caractère individuel, du sexe, de l'âge et des vicissitudes de la vie se fera toujours sentir en premier lieu, — toutefois sans arrêter constamment le progrès et les aspirations de la pensée ou de l'âme, qui, par sa nature, tendra toujours, en définitive, vers le vrai, le bon et le bien;

4° Que l'on doit signaler des tendances intellectuelles, des paradoxes dangereux pour l'ordre social, les mœurs et la santé, mais que l'on ne peut proscrire d'une *manière absolue* aucune littérature, ni en général rien de ce qui, en exerçant la pensée, tend à développer l'intelligence. Si quelque chose peut soutenir et faire aimer la vertu, c'est le tableau du vice et de ses conséquences;

5° Que les avantages et les dangers de la lecture sont relatifs aux dispositions physiques et morales du lecteur, autant et plus qu'à la nature du sujet qui appelle son attention;

6° Que dès lors il est dans les attributions et du devoir du médecin d'indiquer aux chefs de famille le genre de lecture qu'il faut permettre et celui qu'il faut repousser, suivant le caractère et les dispositions particulières des individus;

7° Que sous ces rapports divers, la question dont il s'agit, proposée par M. Delenda et soutenue par les hommes éminents qu'il a cités, est beaucoup plus importante et plus médicale qu'on n'aurait pu le croire au premier aperçu;

8° Que sans avoir reçu aucune mission spéciale à cet égard, les médecins n'ont jamais manqué à ce que réclamaient de leur savoir et de leur expérience l'hygiène et la morale.

En conséquence, nous avons l'honneur de vous proposer le dépôt du mémoire de M. Delenda aux Archives, et des remercîments à l'auteur.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

M. le Président exprime, au nom du bureau, l'opinion que le rapport de M. Collineau, à raison de son étendue et du sujet qu'il traite, ne pourrait être inséré dans le *Bulletin* de l'Académie sans subir quelques modifications, pour lesquelles il aurait à s'entendre avec M. le secrétaire perpétuel.

Plusieurs membres, entre autres MM. Adelon et Larrey, s'élèvent contre cette proposition, et, pensant au contraire qu'on ne saurait donner trop de publicité à ce rapport, proposent de l'insérer dans le recueil des *Mémoires*.

Un membre propose le renvoi au comité de publication; mais d'après les explications données par M. le secrétaire perpétuel, et desquelles il résulte que le renvoi au comité de publication aurait pour effet la non-insertion du rapport dans le *Bulletin*, plusieurs voix s'élèvent pour demander que les choses suivent leur cours ordinaire.

L'Académie, consultée, décide que le rapport de M. Collineau sera intégralement inséré au *Bulletin*, conformément aux prescriptions du règlement.

— Il est cinq heures, la séance est levée.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 11. — SAMEDI 26 JANVIER 1856. (29e ANNÉE.) N° 11. — SAMEDI 26 JANVIER 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 25 JANVIER 1856.

EXERCICE DE LA MÉDECINE.

DES DISPOSITIONS NOUVELLES DU DÉCRET DU 21 AOUT 1854 et de la circulaire ministérielle du 17 novembre 1855.

Nous pensions en avoir fini avec les interprétations de ce décret ; mais nous avons reçu plusieurs lettres encore auxquelles nous croyons devoir répondre, parce qu'elles paraissent soulever des difficultés de nature à embarrasser ceux qui ne sont pas familiers avec l'étude des actes administratifs. Voici les faits.

1° Un officier de santé a été reçu en 1830 par le jury médical de la Seine pour exercer dans ce département ;

En 1833, il a été autorisé à passer de nouveau des examens devant le même jury, pour exercer dans le département de l'Aisne ;

Enfin, habitant une commune placée sur l'extrême limite de ce département, et voulant, sans s'exposer à des poursuites, pouvoir exercer également dans celui de Seine-et-Marne, il a été autorisé en 1852 par le préfet de ce dernier département à passer devant le jury de l'Aisne ses examens, pour exercer dans le département de Seine-et-Marne.

Il nous demande si sa position est régulière. Nous pouvons lui affirmer que si elle était légale il y a dix-huit mois, aujourd'hui, aux termes du décret du 21 août 1854 et de la circulaire de novembre 1855, il est en contravention ; car il exerce dans l'Aisne en vertu d'un diplôme obtenu devant le jury de la Seine, qui n'avait pas le droit de le lui donner, et dans Seine-et-Marne, en vertu d'un diplôme obtenu devant le jury de l'Aisne, qui n'avait pas droit non plus, à moins qu'il ne se trouvât dans le cas prévu par la loi (1), ce dont il n'est pas fait mention sur le diplôme.

Il ne peut sortir de sa position qu'en passant une quatrième fois ses examens devant l'Ecole secondaire d'Amiens pour le département de l'Aisne, et devant l'Ecole de Reims pour Seine-et-Marne, aux termes de l'arrêté du 23 décembre 1854, reproduit dans le numéro du 20 janvier 1855 de ce journal.

— 2° M. G..., de St-J. de B., nous adresse, pour un de ses confrères, une question à peu près pareille, et nous donne copie et du diplôme obtenu devant le jury de la Seine, et de l'autorisation ministérielle de 1845, qui permet à ce jury de recevoir le candidat pour le département de l'Aube.

L'autorisation est nulle de plein droit ; le ministre a outrepassé ses pouvoirs, et le confrère de M. G... doit passer de nouveau ses examens devant l'Ecole préparatoire dans le ressort de laquelle il se trouve.

En résumé, dans l'état actuel de la jurisprudence, la position d'un officier de santé sera régulière toutes les fois qu'il exercera dans un département en vertu d'un diplôme délivré par le jury médical de ce département, ou, à défaut de ce jury, pour cause d'insuffisance de candidats, par le jury du département *le plus voisin*.

Elle sera irrégulière toutes les fois qu'il exercera en vertu d'une autorisation ministérielle ou préfectorale, soit qu'il ait été autorisé à subir ses examens devant le jury d'un département pour exercer dans un autre (s'il n'est pas le plus voisin), soit qu'il ait été autorisé à exercer dans un département autre que celui devant le jury duquel il avait subi ses épreuves, et où il avait dû se fixer.

De là nécessité, dans ces deux derniers cas, de repasser de nouveau ses examens et d'obtenir un diplôme devant l'Ecole préparatoire dans la circonscription de laquelle il se trouve. — Dr A. FOUCART.

(1) « Lorsque le nombre des aspirants dans un département est de moins » de cinq, les préfets accordent à ceux qui leur ont témoigné l'intention de se » faire recevoir l'autorisation de se présenter *au jury le plus voisin.* »

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Algidité progressive des nouveau-nés.

Sous le nom d'*algidité progressive* des nouveau-nés, M. Hervieux désigne un état particulier complétement indépendant du sclérème, et caractérisé non-seulement par l'abaissement progressif de la température du corps, mais encore par le ralentissement simultané de la circulation et de la respiration. Tout le monde sait que la faculté de résister au froid n'est à aucune époque de la vie si faible et si limitée que chez les nouveau-nés, et que ces derniers, privés des soins multipliés qu'exige leur nouvelle existence, seraient inévitablement destinés à périr. On sait aussi que l'une des conséquences qu'entraîne pour les nouveau-nés la privation temporaire des précautions les plus indispensables contre les atteintes du froid est la production du sclérème ; mais on avait été moins frappé jusqu'ici du phénomène qui précède le sclérème et qui constitue déjà à lui seul un état pathologique grave, l'abaissement de la température.

La lésion de la caloricité n'est pas seulement le préliminaire du sclérème, elle constitue dans quelques cas par elle-même toute la maladie, sans se compliquer de l'induration du tissu cellulaire. C'est de cet état que M. Hervieux a entretenu récemment la Société médicale des hôpitaux.

L'histoire qu'il a tracée de cette affection est basée sur onze observations recueillies dans les divers services consacrés aux enfants malades ou nouveau-nés. Chez ces onze enfants, trois grandes fonctions, la circulation, la respiration et la calorification, ont subi une dépression progressive et simultanée.

Dans un temps donné, la température de ces jeunes sujets a baissé de 6, de 9, de 10, de 11 et même dans un cas de 13°. La période de temps dans laquelle s'est accompli l'abaissement progressif de la température a varié de trois à huit jours. Chez quelques-uns, trois jours ont suffi pour que le thermomètre descendît de 37 (chiffre normal) à 27, 25 et 24°.

Les résultats fournis par l'exploration du pouls se sont montrés en parfaite harmonie avec les résultats thermométriques : M. Hervieux a constaté que le chiffre des pulsations subissait simultanément une dépression progressive non moins sensible. Ce chiffre, qui dans les quinze premiers jours de la vie ne s'élève pas à moins de 120 à 130 par minute, est descendu à 80, 70, 60 et jusqu'à 40 dans l'espace de quelques jours. En perdant leur fréquence, les pulsations perdent aussi leur force et leur ampleur normales. Comme pour la température, il faut à la circulation de trois à huit jours pour arriver aux limites extrêmes qui viennent d'être indiquées.

Rien n'établit si bien, ainsi que le fait remarquer M. Hervieux, la relation intime qui existe entre ces deux termes : caloricité, circulation.

La respiration suit une même marche proportionnellement et progressivement décroissante.

La plupart de ces jeunes sujets étaient en même temps pâles, décolorés, réduits au marasme le plus complet, comme dans l'état que M. Hervieux a décrit sous le nom d'anémie des nouveau-nés.

Les lésions que l'autopsie a révélées chez les enfants qui ont succombé à l'algidité progressive sont peu nombreuses et peu importantes. Plusieurs fois on a trouvé le bord postérieur du poumon splénisé ou hépatisé. Dans quelques cas, il n'y avait que des noyaux d'induration disséminés. D'autres fois, il existait à la partie antérieure du poumon des bulles emphysémateuses en plus ou moins grand nombre ; dans un cas la plèvre viscérale présentait des taches noires, petites et très nombreuses, formées par des épanchements de sang noirâtre en partie coagulé.

Dans plusieurs cas, l'intestin a offert les lésions anatomiques qui caractérisent soit la gastro-entérite simple, soit l'entérite ulcéreuse ou folliculeuse des jeunes sujets anémiques. La plupart des tissus, et notamment l'encéphale et les intestins, étaient décolorés, exsangues.

Ces diverses lésions n'ont, comme on le voit, rien de caractéristique et qui se rattache d'une manière directe et spéciale à l'état qui nous occupe. La preuve qu'elles ne se lient point à cet état, c'est que chez plusieurs sujets on n'a constaté aucune lésion anatomique.

Les causes que M. Hervieux assigne à l'algidité progressive sont la faiblesse congénitale, l'insuffisance de l'alimentation et le décubitus prolongé dans la position horizontale.

La faiblesse congénitale n'est point une cause à proprement parler, mais une prédisposition. Quant aux deux autres causes, l'insuffisance de l'alimentation et le décubitus prolongé, c'est-à-dire l'immobilité, voici de quelle manière M. Hervieux en explique le mode d'action :

« Les nouveau-nés qu'on apporte dans les crèches et les hospices destinés aux enfants trouvés, dit-il, sont condamnés, par le nombre insuffisant des filles de service, à rester 22 heures au moins sur vingt-quatre couchés dans leurs berceaux. Or qui ne sait que le sommeil, l'immobilité et la position horizontale sont une triple cause de refroidissement ? En vain élevera-t-on la température de l'air ambiant, en vain étouffera-t-on l'enfant sous d'épaisses couvertures, la triple influence ne s'en exercera pas moins pour glacer ses extrémités et bientôt tout son corps.

» De plus, dans les établissements hospitaliers, les enfants nouveau-nés qui ne sont pas confiés aux nourrices sédentaires sont changés et allaités quatre fois par jour. Or ce nombre de repas, qui serait assurément très suffisant pour un adulte, ne saurait l'être pour un nouveau-né, quelle que soit d'ailleurs la quantité de lait qu'on administre chaque fois à l'enfant. Aux dangers de la position horizontale se joignent donc ceux de l'inanition, et l'on sait que chez les petits des mammifères qu'on éloigne de leur mère et qu'on prive de nourriture, le premier effet de cette abstinence forcée est d'abaisser la chaleur vitale. »

L'état que nous venons de décrire avec M. Hervieux constitue-t-il, comme le pense ce médecin, une affection spéciale, une véritable entité morbide parfaitement distincte ? et mérite-t-il à ce titre une place à part dans le cadre nosologique ? Si l'on considère les causes qui lui sont assignées, on ne trouve dans aucune d'elles rien qui soit de nature à donner lieu à un état morbide spécial, mais bien un concours de circonstances qui se résume dans l'absence des stimulants et des agents hygiéniques les plus essentiels à l'entretien de la vie. Aussi l'algidité progressive est-elle plutôt un effet physiologique de ces privations qu'un état morbide, à proprement parler. C'est, en un mot, un état analogue à l'inanition, ainsi que M. Hervieux l'a du reste très bien fait remarquer.

Quant à l'exactitude de cette étiologie, elle ne paraît pas contestable ; les faits énoncés par M. Hervieux trouvent à cet égard leur confirmation dans les résultats des expériences si connues d'Edwards et de Chossat sur les effets du refroidissement artificiel.

Les moyens de remédier à cet état sont, on le comprend, tout hygiéniques et administratifs (car c'est principalement dans les hôpitaux d'enfants que l'on rencontre l'algidité progressive). Augmenter dans ces établissements le nombre des gens de service et des nourrices sédentaires dans une proportion suffisante pour que chaque nouveau-né reçût tous les soins et toute l'alimentation nécessaire, en cela se résument les moyens de prévenir cet état et d'en arrêter les progrès lorsqu'il existe déjà.

Dans la pratique civile, où des cas de ce genre peuvent et ont dû nécessairement se rencontrer quelquefois, le médecin n'aurait d'autre conseil à donner que d'engager les mères ou les nourrices à multiplier des soins qu'il devrait être superflu de leur suggérer, et particulièrement à ne pas abandonner l'enfant seul dans son berceau, dans une immobilité absolue, durant la plus grande partie de la journée, ainsi que ne le font que trop souvent les nourrices mercenaires.

Cautérisation de la prostate. — Nouvel instrument.

Malgré les louables efforts de médecins distingués pour combattre la spermatorrhée par des remèdes internes, c'est encore la cautérisation de la surface prostatique, à laquelle aboutissent les canaux éjaculateurs, qui constitue le meilleur moyen. La belladone, le lupulin, la digitaline, etc., employés par MM. Trousseau, Brughmann, L. Corvisart et autres chez des malades pusillanimes, n'amènent en général qu'une amélioration passagère ; c'est le nitrate d'argent qui donne encore les meilleurs résultats.

C'est au professeur Lallemand que revient l'honneur d'avoir le premier pratiqué cette opération ; mais son procédé pèche par défaut de précision, et son porte-caustique présente quelques imperfections. M. le docteur Roux fils (de Brignolles) s'est proposé d'obvier à ces imperfections dans l'appareil instrumental et d'apporter la plus grande précision possible dans l'exécution de l'opération.

Afin de n'altérer en rien les observations critiques de M. Roux, ainsi que les considérations anatomiques sur lesquelles se fonde le procédé qu'il propose de substituer aux procédés en usage, nous le laisserons parler lui-même.

« Il est indispensable, dit Lallemand (*Des pertes séminales*, » t. III, p. 392), de sonder le malade pour prendre la longueur » exacte du canal ; — en retirant lentement la sonde pendant que » l'urine s'écoule, on voit le jet s'arrêter quand les ouvertures » placées à l'extrémité rentrent dans le canal ; — la verge étant » alors tendue, si l'on applique le pouce et l'indicateur sur l'in» strument au niveau du gland, on peut juger de la longueur du » canal par l'intervalle qui se trouve entre les doigts et les yeux » de la sonde ; il faut aussitôt transporter cette distance avec pré-

» cision sur le porte-caustique d'une manière invariable. Il suffit, » pour cela, d'appliquer les yeux de la sonde contre l'extrémité » olivaire du porte-caustique et de fixer (par une vis de pression) » au niveau des doigts un curseur mobile sur le tube. »

« Cette mensuration, d'après Lallemand, donne exactement la longueur de l'urètre ; nous pensons, au contraire, que par ce mode de procéder la mensuration n'est jamais bien précise.

» La connaissance exacte de la longueur du canal n'a pas une importance majeure au point de vue de la cautérisation d'un rétrécissement, puisque l'opération est toujours pratiquée à la profondeur où l'on a constaté l'obstacle ; mais pour cautériser le *verumontanum* seulement sans toucher avec le caustique aucun autre point, il faut être bien fixé sur la distance qui sépare cette éminence du méat. Or tous les chirurgiens savent combien il est difficile de mesurer exactement l'urètre ; c'est le point sur lequel les anatomistes ont le plus différé.

» Boyer et Sabatier lui donnent de 10 à 12 pouces.
» Cloquet. . . . . 7 1/2 à 11 »
» Ducamp et Bégin. . . . . 7 1/2 à 8 1/2
» MM. Amussat. . . . . . 7 » à 8 »
» M. Velpeau, jamais plus de. . . 6 1/2

» M. Malgaigne a écrit et professé que ce conduit n'atteint presque jamais 6 pouces, qu'il a de 5 1/2 à 6 pouces.

» Bien que les mesures prises sur le cadavre par M. Malgaigne soient exactes, elles ne s'accordent pourtant pas avec celles que l'on a trouvées sur le vivant. M. Reybard a plusieurs fois rencontré 6 pouces depuis le méat urinaire jusqu'à la région prostatique seulement ; Lallemand a fait la même observation. Pourtant l'opérateur n'ira pas donner cette longueur à son porte-caustique ; de crainte de noyer la cuvette dans la vessie dans le cas où la longueur totale n'aurait que 6 pouces.

» Mais, nous dira-t-on, si les difficultés de la mensuration exposent souvent à des erreurs quand il s'agit d'attribuer une longueur moyenne à l'urètre ; il n'en est pas de même par le procédé de Lallemand, où la cessation de l'écoulement d'urine permet de mesurer la distance de l'œil de la sonde au point que marque l'ongle de l'indicateur.

» Cela serait exact, en effet, si l'urètre gardait la même longueur ; mais de même que ce conduit est quelquefois plus long d'un pouce et demi sur le vivant que sur le cadavre (différence due pendant la vie à la présence du sang qui remplit les cellules des corps spongieux et érectiles du pénis), de même chez le vivant la longueur de cet organe varie d'un moment à l'autre ; le simple attouchement de la verge la met dans un léger état de turgescence et d'allongement. « L'irritation du canal par les sondes produit le » même effet en faisant affluer le sang dans le tissu érectile, de » telle sorte que, tout en restant flasque, le pénis n'en augmente » pas moins de volume et de longueur. » (Reybard, *Traité pratique des rétrécissements*, p. 5.)

« Lallemand avait bien senti que son mode de procéder était insuffisant, puisqu'il avait besoin, pour avoir la certitude de l'arrivée du porte-caustique dans la vessie, de la secousse perçue par la main au moment où le renflement olivaire franchissait le col :

« En retirant ensuite légèrement l'instrument, on éprouve quel» que résistance pour faire rentrer le renflement olivaire dans le » canal ; c'est alors seulement qu'on est certain que la cuvette char» gée de nitrate d'argent correspond à la surface de la prostate sur » laquelle viennent s'ouvrir les canaux éjaculateurs.

» L'opérateur n'a pas d'autre guide pour savoir quand le porte» caustique pénètre dans la vessie ; il peut bien juger que l'instru» ment arrive près du col en voyant le curseur approcher du gland ; » mais il a besoin qu'une sensation nette le lui apprenne d'une ma» nière positive. » (Lallemand, *loco citato.*)

» Il n'est pas difficile de comprendre que ce n'est qu'au prix d'une longue habitude qu'on peut obtenir la précision desirée ; et lorsqu'il s'agira de cautériser un malade chez lequel des pertes séminales anciennes et réitérées auront produit un délire maniaque, lorsque le chirurgien sera obligé d'opérer de vive force, comme le fit M. Amussat chez ce jurisconsulte dont l'observation est relatée dans la thèse de M. H. Kaula, les mouvements brusques du bassin permettront-ils la moindre précision dans les manœuvres. »

» Tel est le premier inconvénient de l'emploi de ce porte-caustique ; mais supposons pourtant que la verge soit *exactement* dans le même état d'allongement que pendant le cathétérisme, et que l'extrémité olivaire de l'instrument arrive juste au niveau du col de la vessie où se trouvaient les yeux de la sonde au moment où l'on a pris la mesure du canal. Le mouvement de retrait de la canule productrice, celui de propulsion imprimé involontairement au mandrin peuvent détruire la précision obtenue jusque-là par l'opérateur, qui n'agit plus qu'à tâtons.

» Nous savons bien que Lallemand cautérisait quelquefois non-seulement le *verumontanum*, mais encore le col vésical et même, dit-on, la vessie. Cette manœuvre, loin d'être innocente, est inutile lorsqu'il s'agit d'une simple spermatorrhée ou de l'impuissance virile, et qu'il n'existe point de catarrhe vésical.

» A ceux qui nous objecteront que tant de précision n'est pas d'une nécessité absolue, et qu'une cautérisation dépassant plus ou moins le *verumontanum* n'expose à aucun danger, nous conseillerons de méditer sur les causes des accès de fièvre urétrale après les opérations de ce genre.

» Ce qui prouve que c'était bien seulement la surface du mésolobe de la prostate que Lallemand voulait cautériser, c'est cette phrase : « De cette manière, le nitrate d'argent arrive à l'état sec » sur la surface de la prostate à laquelle aboutissent les canaux éja» culateurs. On est donc certain que leur orifice a été cautérisé » d'une manière assez énergique pour y produire une modification » durable. »

» D'autres objections peuvent encore être faites à cet instrument : le renflement sphérique qui termine la cuvette ferme exactement l'ouverture du tube ; mais la muqueuse, fortement appliquée sur la surface de la cuvette pendant la cautérisation, risque d'être pincée entre l'ouverture du tube et cette petite boule quand l'opérateur ferme l'instrument pour le retirer, de sorte qu'il en arrache alors quelques petits lambeaux. Ce défaut de l'instrument était trop grave pour qu'un chirurgien tel que Lallemand ne s'en aperçût pas. Il fit donc substituer à cette soupape une olive allongée dont le renflement devait éloigner la muqueuse quand on fermait l'instrument. Mais malgré cette modification, la muqueuse est encore souvent exposée. L'expérience nous a facilement appris qu'il s'agissait de trouver un instrument qui n'eût pas ces inconvénients et qui apportât une précision mathématique dans la manœuvre opératoire.

» Chacun sait qu'outre ses canalicules glanduleuses la portion prostatique de l'urètre présente sur la paroi postéro-inférieure la crête urétrale (*verumontanum*). Cette crête présente immédiatement à côté de l'orifice en goulot de l'*utriculus virilis*, à droite et à gauche, les orifices des canaux éjaculateurs, fentes d'un tiers de ligne de long, et qui se dirigent d'arrière en avant.

» C'est là le point qu'il s'agit de cautériser dans la spermatorrhée et dans l'impuissance ; c'est la partie moyenne de la région prostatique de l'urètre.

» La longueur de cette région est variable, suivant l'âge, les individus et le degré d'altération de la prostate.

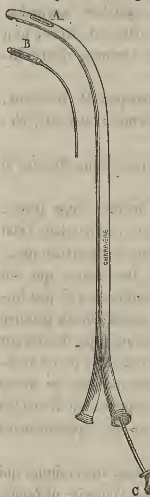
» Boyer lui accordait de. . . . . . 15 à 16 lignes.
» Ducamp et Blandin. . . . . . . 12 à 15 »
» Senn. . . . . 13 »
» Cloquet. . . . . 15 »
» M. Malgaigne. . . . . 6 à 10 »

» Mais il est évident que l'erreur sera bien plus petite dans la mensuration d'une aussi courte portion que dans celle du canal tout entier. C'est d'ailleurs dans cette région que la longueur varie le moins chez le même individu.

» Au reste, prenons la moyenne de ces chiffres, c'est-à-dire la mesure donnée par Senn : 13 lignes ; le *verumontanum* et les orifices des canaux éjaculateurs seront donc à 6 lignes, 6 lignes et demie (de 15 à 18 millimètres) de la valvule pylorique décrite par M. Amussat au col vésical. (Nous avons trouvé sur le cadavre 12 millimètres.)

» Si nous trouvons un instrument qui nous permette de réunir les deux temps du procédé de Lallemand, et de cautériser à une distance de 12 à 18 millimètres de l'orifice vésical, en prenant pour point de repère cet orifice même, nous aurons apporté une modification utile au procédé de Lallemand.

» Le porte-caustique que nous proposons se compose d'une sonde en argent de calibre ordinaire, cloisonnée dans le sens de sa longueur, et terminée par deux pavillons comme une sonde à double courant. La chambre située dans la concavité de l'algalie s'ouvre par un œil arrondi à l'extrémité de la courbure. A 10 millimètres du rebord postérieur de cet œil se trouve pratiquée, sur la convexité de la sonde, une ouverture longue de 10 millimètres, large de 1 et demi à 2 millimètres, qui communique avec la chambre située dans la convexité de l'instrument. A cette dernière ouverture répond une cuvette portée par un mandrin composé en partie d'une tige rigide et en partie d'un ressort en spirale, pour pouvoir s'adapter à la courbure de la sonde.



» Voici maintenant quel est le manuel opératoire : le mandrin étant repoussé dans la canule, de manière que la cuvette soit recouverte et protégée, l'opérateur introduit *lentement* l'instrument dans l'urètre. Au moment où le bec franchit la valvule pylorique, l'urine qui pénètre par l'œil de la chambre supérieure vient sortir par le pavillon correspondant, et donne l'assurance que l'on est juste à l'orifice de la vessie. Des mouvements de va-et-vient, en arrêtant et renouvelant l'écoulement d'urine, peuvent encore changer cette assurance en certitude. Alors, retirant plus ou moins le mandrin, on présente à l'orifice longitudinal de la chambre inférieure la totalité, les trois quarts, la moitié ou le quart de la cuvette chargée de nitrate d'argent. Différents degrés (de 3 millimètres) marqués sur l'extrémité du mandrin, permettent à l'œil du chirurgien de graduer à volonté la surface du caustique qu'il présente au *verumontanum*.

» Quand l'instrument doit être retiré, le chirurgien appuie le pouce sur le bouton qui termine le mandrin, et, prenant avec l'indicateur et le médius un point d'appui sur les anneaux de la sonde, il repousse la cuvette dans le fond de la canule et retire l'instrument, sans craindre de répandre ailleurs le nitrate d'argent.

» La cautérisation pratiquée de cette manière est rapide, facile, et d'une précision parfaite. »

Ce n'est point seulement pour le traitement de la spermatorrhée et de l'impuissance que le porte-caustique de M. Roux fils (de Brignolles) nous paraît appelé à rendre de grands services. Dans les inflammations chroniques de la prostate ; dans ces ulcérations si douloureuses du *verumontanum* dont Home a retracé l'histoire ; dans ces nombreuses variétés d'engorgements et de tumeurs si bien étudiées de nos jours par MM. Mercier, Leroy, etc., nous croyons aussi qu'il pourra faire éviter les opérations douloureuses que la longueur de l'ancien porte-caustique faisait conseiller par M. Vidal (de Cassis), afin d'arriver avec précision sur le siége de la maladie.

L'instrument dont nous donnons ci-dessus un dessin a été exécuté avec la plus grande habileté par M. Charrière fils, et a parfaitement rempli les vues de M. Roux.

Des hémorrhagies puerpérales ; de l'état anémique considéré comme contre-indication des manœuvres obstétricales.

Dans notre numéro du 22 décembre dernier, nous avons rapporté, d'après M. Legroux, quelques faits qui tendaient à établir que dans certains cas l'anémie produite par des pertes répétées pendant le travail de l'accouchement rendait dangereuses les manœuvres obstétricales pratiquées dans cette condition, et en contre-indiquait l'usage. En reproduisant ces faits et les déductions pratiques qu'en a tirées M. Legroux, nous pensions les avoir énoncés de manière à ne pas laisser d'équivoque sur leur portée réelle. Il ne s'agissait point de poser des préceptes et des prescriptions en opposition avec les préceptes et les prescriptions qui ont cours dans la science, mais de formuler les contre-indications qui résultaient de certains faits que M. Legroux avait eu l'occasion d'observer. C'était du moins ainsi que nous l'avions compris, et sous ces réserves que nous nous étions associé aux conclusions de notre savant confrère.

Cependant une lettre de notre honorable collaborateur M. le docteur Joux étant venue nous prouver que les propositions de M. Legroux avaient pu être interprétées différemment et dans un sens plus absolu, et partant considérées comme passibles de quelques objections, nous avons cru devoir provoquer sur ce sujet une explication qui ne laissât aucun doute dans l'esprit, et qui donnât aux faits que nous avons publiés leur signification exacte. M. Legroux a bien voulu répondre à cet appel. En mettant sous les yeux de nos lecteurs les objections présentées par M. Joux et la réponse qui y a été faite, nous croyons faire une chose utile pour nos lecteurs.

Voici la lettre de M. Joux :

« Le premier article de la *Gazette des Hôpitaux* du 22 décembre 1855 est intitulé *Des dangers de l'état anémique produit par des pertes répétées pendant le travail de l'accouchement, et de la gravité des manœuvres obstétricales pratiquées dans cette condition.*

» Après la relation de plusieurs cas d'hémorrhagies graves terminées par la mort, M. le docteur Legroux tire les conclusions suivantes :

» 1° Que l'anémie, même modérée, succédant à des hémorrhagies répétées, laisse les malades sous l'imminence d'une mort instantanée inopinée, qui appelle, par conséquent, toute la sollicitude de l'accoucheur ;

» 2° Que les moindres manœuvres obstétricales peuvent ajouter à cette débilitation une perturbation funeste, circonstance dont il faut tenir compte dans la détermination des indications.

» Ces réflexions ne nous paraissent pas devoir rester sans réponse, parce qu'elles conduiraient à des conséquences en désaccord avec les vrais principes de l'art des accouchements si elles étaient suivies à la lettre.

» Consultez les paragraphes 920, 923, 1,094 et l'esprit tout entier de l'immortel ouvrage de Baudelocque, vous les trouverez opposés à l'opinion de M. Legroux.

» Ces maximes passant sans contestation, auraient les effets les plus désastreux dans la *pratique solitaire*. L'accoucheur des campagnes, isolé et loin de tout secours, n'est déjà que trop porté à l'inactivité en présence des cas graves, et cela pour toutes sortes de raisons.

» Ne voit-on pas des femmes mourir, épuisées par des pertes utérines, alors qu'aucunes manœuvres chirurgicales n'ont été tentées !

» Est-il suffisamment prouvé, dans les cas indiqués par M. Legroux, que la mort ait été le résultat des moyens employés ? A la fin de l'automne, le moindre souffle du vent le plus doux sera-t-il accusé de la dépouille des bois ? Arrivée à l'extrême faiblesse, la femme meurt comme la feuille tombe.

» N'avons-nous pas, au contraire, souvent arraché à une mort certaine des femmes qui perdaient tout leur sang ?

» Dans ces cas graves, loin de s'abstenir, il faut avoir hâte de détourner la cause de mort ; seulement il convient de le faire avec promptitude, adresse et douceur.

» S'il m'est permis de faire, en traitant un sujet aussi grave, une comparaison légère, il faut imiter ce dentiste qui n'extirpe ni n'arrache les dents... mais les cueille.

» Puis, à l'exemple d'Ambroise Paré, s'en rapporter à la Providence !

» Les observations de M. le docteur Legroux doivent être prises en sérieuse considération, mais ne pas servir de règle ; elles constituent de rares exceptions réunies en faisceau par le simple effet du hasard. »

RÉPONSE DE M. LEGROUX :

« Je ne crois pas être en grande dissidence avec mon honorable contradicteur.

» En admettant, comme il le dit, que mes observations constituent de rares exceptions réunies en faisceau par le simple effet du hasard, elles ne doivent pas moins, suivant lui, être prises *en sérieuse considération.*

» Je n'ai rien demandé de plus en les faisant intervenir dans l'appréciation des indications opératoires.

» Le hasard, qui m'a plusieurs fois mis en rapport avec ces faits, peut les reproduire. Faudra-t-il opérer quand même ?

» Il y a des opérations de nécessité ; elles sont commandées, quelle que soit la faiblesse de la malade, par la résistance de l'hémorrhagie à tous les moyens coercitifs.

» Il y a des opérations d'opportunité, légitimées par l'insuffisance du travail normal, par la disposition convenable du conduit vulvo-utérin.

» Il y a contre-indication à la délivrance artificielle immédiate quand, l'hémorrhagie étant maîtrisée, la patiente est trop faible pour supporter une opération qui peut rompre le dernier fil qui la retient à la vie.

» Mais alors, et j'ai surtout insisté sur ce point, la malade ne doit pas être perdue de vue. Ses forces doivent être relevées par des cordiaux, des stimulants extérieurs ; la circulation favorisée par une position convenable du tronc et des membres ; les contractions utérines sollicitées par le seigle ergoté, afin d'amener une délivrance naturelle, préférable en ce cas à la délivrance artificielle, celle-ci réservée toutefois pour le moment où le retour des forces permettrait d'y recourir avec plus de chances de succès.

» La comparaison tirée de la chute des feuilles, si elle était complétement juste, serait plus favorable que contraire à la thèse que je soutiens.

» Si j'avais, en effet, à conserver des feuilles sur leur tige le même intérêt que nous avons à conserver la vie menacée d'une femme en travail, mon premier soin serait de les garantir contre le souffle du vent d'automne, en même temps je tâcherais de les ranimer en activant la séve de la plante qui les porte ; de même, avant de livrer une femme épuisée aux chances d'une opération qui pourrait souffler sur elle comme le vent sur des feuilles flétries, je commencerais par la ranimer afin de lui rendre les forces nécessaires pour supporter la secousse opératoire.

» La question ainsi posée, comme elle l'a été d'ailleurs dans le travail auquel il est fait allusion, j'espère me trouver à peu près d'accord avec l'honorable confrère qui a fait ses observations critiques sur cette partie du travail. Il est un point sur lequel je suis persuadé d'être en parfaite concordance, c'est le désir de servir la science et l'humanité. »

FRÉQUENCE DES ENTOZOAIRES EN ÉGYPTE.

Accidents qu'ils occasionnent.

Par M. le professeur GRIESINGER.

M. Griesinger, actuellement professeur de clinique médicale à l'Université wurtembergeoise de Tuebingen, autrefois directeur de l'Ecole de médecine du Caire en Egypte, a publié dans le journal allemand de son collègue M. Vierordt des notices médicales sur l'Egypte. Le dernier de ces mémoires contient de curieux détails sur des entozoaires qui sont fréquents dans ce pays et rares chez nous ; on y trouve également la description d'accidents sérieux, souvent mortels, que ces entozoaires peuvent occasionner.

M. Bilharz, collègue de M. Griesinger en Egypte, a enrichi la science de descriptions de nouveaux entozoaires jusqu'alors inconnus.

L'*Anchylostomum duodenale*, appartenant au genre des nématodes, décrit d'abord par M. Dubini (de Milan), avait été observé déjà en Egypte par M. Pruner. M. Bilharz le rencontra de nouveau en 1851 avec M. Griesinger dans les autopsies faites au Caire ; il existait parfois en grand nombre dans la partie supérieure de l'intestin grêle ; l'animal s'attache à la membrane musculeuse en traversant la membrane muqueuse ; la perte de substance s'étend jusque dans le tissu cellulaire, et quelquefois même on trouve l'animal gonflé, enfermé dans une petite cavité pleine de sang, au milieu du tissu cellulaire sous-muqueux.

La présence de l'*Anchylostomum duodenale* serait, suivant MM. Bilharz et Griesenger, la cause d'une maladie qui attaque toutes les classes de la société en Egypte, et que nos coofrères allemands nomment *chlorose d'Egypte*. Cette affection est d'une fréquence telle, que M. Griesinger estime que le quart de la population en est atteint. Les symptômes de cette affection sont ceux de l'anémie. Les téguments, la peau, les muqueuses pâlissent ; le pouls s'accélère ; les veines du cou deviennent le siége d'un bruit de souffle continu ; il s'y joint de l'affaiblissement et des accidents dyspeptiques. La marche de cette maladie peut être assez lente ; les accidents atteignent graduellement toute leur intensité, et les malades finissent par succomber.

Longtemps M. Griesinger chercha vainement dans les cadavres des sujets morts de la maladie une lésion quelconque ; enfin il parvint à rapporter à la présence de l'*Anchylostomum duodenale* la cause de ces accidents. Les symptômes anémiques sont dus aux hémorrhagies, peu considérables il est vrai, mais presque continues, que provoque la fixation de ces vers à la muqueuse de la partie supérieure du tube digestif.

M. Bilharz a aussi fixé son attention sur un hématozoaire curieux que l'on rencontre en Egypte : c'est le *Distomum hœmatobium*. Cet animal, qui a 3 à 4 lignes de long, a été trouvé par l'auteur dans le sang de la veine porte, des veines de l'intestin et des parois vésicales. Le médecin allemand a montré le rôle que jouait la présence de ces vers dans les parois du réservoir urinaire comme cause productrice de maladies de la vessie qui sont fréquentes au Caire, et qui se terminent par des cystites chroniques et par des épaississements partiels de la muqueuse vésicale.

Nous rappellerons en terminant que M. Bilharz a publié déjà antérieurement en Allemagne des détails intéressants sur une certaine forme de dysentérie d'Egypte causée par la présence d'une espèce particulière d'entozoaires.

(*Vierordt's Archiv fuer physiol. Heilk.*, et *Gaz. hebd.*)

DU SULFATE DE ZINC

comme moyen de combattre la constipation.

On ne trouve que trop souvent dans la pratique des cas de constipation rebelle, et l'emploi des purgatifs, auquel on est conduit tout naturellement, a pour résultat inévitable de rendre cette constipation de jour en jour plus difficile à vaincre. Il est des familles dans lesquelles cette disposition à la constipation est héréditaire, et il n'est pas rare en particulier d'observer des femmes chez lesquelles la constipation date presque de naissance, et réclame à mesure qu'elles avancent en âge des moyens de plus en plus énergiques. Chez quelques-unes de ces femmes, les purgatifs drastiques, même les plus forts, ne déterminent pas d'évacuations, et ce n'est qu'à force de lavements qu'elles parviennent, et encore après un long intervalle, à obtenir une véritable débâcle. Il paraîtrait, si l'on en croit M. Strong, qui en avait déjà parlé il y a quelques années, que le sulfate de zinc donné en pilules avec de la mie de pain (trois pilules de 0,25 chacune et de mie de pain quantité suffisante), immédiatement après le repas, pourrait rendre de véritables services dans les cas de ce genre. M. Baly, qui a repris les expériences de M. Strong, rapporte à ce sujet plusieurs faits intéressants.

(*The Lancet* et *Bull. de thérap.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 janvier 1856. — Présidence de M. GOSSELIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit la collection des divers ouvrages publiés par sir Benjamin Brodie.

De plus, les mémoires suivants, envoyés par M. le docteur Michel (de Strasbourg) :

Mémoire sur les luxations en arrière des phalanges des doigts ;
Essai sur la chirurgie de Strasbourg ;
Mémoire sur la rétractilité des tissus dans les amputations ; déductions qui en découlent pour le manuel opératoire.

— M. le docteur Sirus Pirondi, nommé membre correspondant, adresse une lettre de remercîments.

— M. Perret adresse deux exemplaires de sa thèse pour le prix Duval.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE BEC-DE-LIÈVRE.

M. DENONVILLIERS voudrait avoir des renseignements plus détaillés sur la pratique de M. Guersant. Dire qu'on obtient à tel âge beaucoup de succès, à tel autre plus d'insuccès, n'est pas suffisant. Il y a, en effet, des degrés dans la réussite, et on échoue de même plus ou moins complétement. Il faudrait savoir également si l'opération hâtive pour des cas simples a quelquefois occasionné la mort.

Pour les cas compliqués, les réussites ont-elles été complètes et la restauration de la face satisfaisante ? La mort s'en est-elle quelquefois suivie ?

M. Denonvilliers continue, du reste, l'appel qu'il a fait à ses collègues, et désire provoquer de nouveaux renseignements.

M. GUERSANT ne se rappelle pas avoir observé de morts pour les becs-de-lièvre simples opérés immédiatement après la naissance. Le succès a été constant ou à peu près, et le résultat très-beau. Il a échoué, au contraire, fréquemment dans les années suivantes, mais ne se rappelle pas davantage avoir perdu d'enfants de deux à sept ans.

Au contraire, dans les cas compliqués la mort est fréquente ; elle arrive tantôt après le premier, tantôt après le second temps ; elle survient souvent à la suite de convulsions ; mais souvent aussi les enfants s'éteignent lentement et sans accidents violents.

L'insuccès est la règle pour toutes les variétés de becs-de-lièvre compliquées ; mais on obtient quelquefois des succès incomplets, c'est-à-dire que la désunion ne s'opère que sur quelques points à la fois.

M. AD. RICHARD a opéré à la naissance et à l'hôpital deux becs-de-lièvre simples. L'un des enfants a parfaitement guéri, l'autre est mort le troisième jour. Il a eu occasion d'entretenir M. P. Dubois de ce sujet, et il tient de lui que depuis la publication de son mémoire, les nouveaux faits qu'il a recueillis en confirment complétement les conclusions. M. Dubois ne compte pas d'insuccès ; il ne tient plus autant qu'autrefois au changement des fils ; il croit moins à l'importance de ce précepte, et paraît même disposé à l'abandonner.

Il y a douze ans, M. Richard a vu mourir à l'Hôtel-Dieu deux enfants opérés de bec-de-lièvre simple, l'un au bout de douze jours, l'autre très-rapidement. La mère du second ne voulut pas différer, et pressa beaucoup le chirurgien.

M. DEMARQUAY, interpellé par M. Richet sur les résultats de la pratique de Blandin, déclare qu'il a suivi plusieurs enfants opérés par la résection de la cloison et le refoulement du tubercule, aucun d'eux n'a fourni de résultats satisfaisants ; au bout de cinq, six, douze mois même, le tubercule n'était pas consolidé, et il ne s'est pas consolidé plus tard. En résumé, cette méthode n'est pas avantageuse, et M. Demarquay n'y a jamais eu recours. Cependant, jamais il n'a vu d'hémorrhagies qu'on ne puisse arrêter. Blandin, au reste, ne reséquait qu'une petite portion de la cloison, et luxait ensuite le tubercule en arrière.

Dans les cas de bec-de-lièvre simple, Blandin avait d'abord suivi les préceptes de M. Dubois ; mais plus tard il les avait abandonnés pour revenir à l'opération pratiquée à l'âge de douze ou quinze mois.

C'est à deux ou trois ans qu'il opérait les cas compliqués, et toujours il a échoué, malgré les soins très-minutieux, les pansements très-bien faits qu'il mettait en usage et auxquels il tenait beaucoup. L'écartement de la voûte palatine nuisait surtout considérablement à la réussite.

M. Demarquay a employé une fois l'appareil à compression de Blandin : c'était à Saint-Louis, sur un enfant de dix-huit mois à deux ans. Les pelottes appliquées sur les joues rapprochent assez aisément les deux moitiés de la mâchoire supérieure. Au bout de deux ou trois mois, dans le cas précité, la fente palatine a été presque complétement effacée. M. Demarquay se propose d'opérer plus tard.

M. VERNEUIL pense qu'il serait utile de s'entendre sur ce qu'on appelle bec-de-lièvre compliqué. M. Denonvilliers, dans la dernière séance, en distinguant les cas simples des cas compliqués, a compris sous le premier chef tous ceux dans lesquels l'arcade alvéolaire était intacte, que le voile du palais et la voûte palatine fussent divisés ou non. D'un autre côté, M. Guersant, sans dire exactement ce qu'il comprend sous la dénomination de bec-de-lièvre compliqué, nous a annoncé que toutes ou presque toutes les tentatives qu'il avait faites contre les cas compliqués avaient échoué. Or, je trouve dans l'*Union médicale* (1853) un article très-intéressant de M. Henry, interne du service, dans lequel se trouvent relatées les leçons de M. Guersant et seize observations de becs-de-lièvre opérés en 1852. C'est là un document numérique très-important, et je constate sur ce nombre deux cas seulement de bec-de-lièvre simple, puis des cas beaucoup plus nombreux de fissure labiale avec division simple ou double de l'arcade alvéolaire avec isolement de l'os incisif, *mais sans saillie de ce dernier.* Voici des cas compliqués pour M. Denonvilliers, et cependant l'opération a plusieurs fois réussi à M. Guersant, comme s'il se fût agi de bec-de-lièvre très-simple. Au contraire, dès que l'os incisif faisait une légère saillie, et à plus forte raison lorsqu'il proéminait notablement, les insuccès survenaient. Serait-ce donc seulement cette saillie de l'os incisif qui constituerait la véritable complication, et la simple fissure de l'arcade alvéolaire n'aurait-elle pas d'influence fâcheuse sur les résultats de la suture ? En ce cas, les cas compliqués pour M. Denonvilliers ne le seraient plus pour M. Guersant. N'est-il pas nécessaire, en présence de ces faits, d'établir des catégories plus nombreuses pour faire cesser l'incertitude.

M. GUERSANT. Tout le monde est d'accord sur ce qu'il faut appeler bec-de-lièvre simple ; c'est celui qui est unilatéral, sans division de l'arcade alvéolaire. Tous les autres sont compliqués et la réussite est très-rare. Si M. Verneuil a vu le contraire sur un relevé de seize cas, c'est que le chiffre est trop faible et qu'il ne traduit pas les résultats généraux de la pratique de M. Guersant. L'opinion de ce dernier se fonde sur plus de deux cents cas recueillis en quatorze ans d'exercice.

M. VERNEUIL persiste à croire que, si en anatomie pathologique on s'entend sur la division du bec-de-lièvre en simple et compliqué, il n'en est pas de même au point de vue chirurgical, et qu'il faudrait, pour juger sainement la gravité et les chances de réussite de l'opération, faire au moins les catégories suivantes :

Bec-de-lièvre simple unilatéral ;
— simple bilatéral ;
— compliqué avec saillie du tubercule incisif ;
— compliqué sans saillie de ce tubercule.

M. CLOQUET a vu opérer deux enfants en bas âge pour des becs-de-lièvre simples : le premier un mois, le second huit mois après la naissance ; tous deux succombèrent, l'un à une gangrène de la bouche, l'autre à une sorte de muguet. Il a opéré pour sa part un bec-de-lièvre simple à quinze mois ; l'enfant mourut également. D'un autre côté, ayant suivi longtemps la pratique d'Ant. Dubois, il a constaté que ce chirurgien était très-heureux dans ce genre d'opération, et que jamais la mort ne survenait. A. Dubois, à la vérité, opérait très-rarement avant l'âge de cinq ans ; le plus souvent, il agissait plus tardivement encore.

M. FORGET rappelle que la discussion du bec-de-lièvre compliqué a déjà été soulevée dans le sein de la Société ; plusieurs membres y ont pris part, et les *Bulletins* renferment un tableau statistique portant sur 14 cas, sur lesquels on constate 12 insuccès. Dans cette occasion, M. Demarquay a cité deux faits dans lesquels l'application de l'appareil à compression de Blandin avait amené la gangrène des joues au niveau des pelotes.

M. DEMARQUAY se rappelle, en effet, un de ces cas. L'appareil avait été trop serré et amena des accidents sérieux ; des eschares se formèrent, mais elles restèrent circonscrites ; lorsqu'elles furent détachées et que les plaies furent cicatrisées, il restait à peine trace de la perte de substance.

M. GOSSELIN. Je suis un de ceux qui, après la dernière séance, ont exprimé, en causant avec M. Denonvilliers, des opinions un peu différentes de celles qui avaient été exposées devant la Société. Je crois donc devoir répondre à l'appel de notre collègue en rapportant ici les faits dont j'ai été témoin et les impressions qu'ils m'ont laissées. Je ne m'occuperai, conformément au désir de M. Denonvilliers, que du bec-de-lièvre unilatéral et simple.

Mes propres opérations chez les enfants à la mamelle sont au nombre de six : trois ont été faites dans la première semaine après la naissance, et les trois autres à cinq et six mois. Des trois premiers, que j'ai opérés à l'hôpital Cochin, deux sont morts du septième au dixième jour après avoir eu des convulsions ; le troisième, que j'avais opéré à l'hôpital des Cliniques, a eu la lèvre coupée par les fils et une désunion complète.

A côté de ces faits, je puis en placer deux autres dans lesquels l'opération a été faite également dans la première semaine par M. Roux, et que j'ai eu l'occasion de voir à l'Hôtel-Dieu. L'un des enfants est mort aussi de convulsions, et l'autre a eu une perte de substance à la lèvre et un défaut de réunion.

Chez les trois enfants que j'ai opérés à cinq et six mois, qui tous trois étaient assez forts et avaient une bonne nourrice, je n'ai eu ni

accident ni mort. Deux ont parfaitement guéri, et le résultat, que je constate de temps en temps, s'améliore chaque année. Sur le troisième, il y a eu d'abord réunion; mais au commencement du cinquième jour tout s'est désuni à la suite de cris de l'enfant, provoqués peut-être par l'appareil contentif que j'avais cru devoir appliquer. Je dois ajouter que la réunion s'est faite secondairement de haut en bas, et qu'il a fini par ne plus rester qu'une encoche.

La première impression que m'ont laissée ces faits est donc que la mort a lieu plus facilement à la suite de l'opération faite immédiatement après la naissance qu'à la suite de l'opération faite à six mois, et qu'il fallait établir à cet égard une distinction qui n'a pas été assez faite jusqu'à présent.

Je suis donc partisan de l'opération chez l'enfant à la mamelle; mais aujourd'hui je ne la conseillerais pas avant cinq ou six mois, c'est-à-dire avant l'époque où l'on peut espérer que l'enfant a des chances de vie, avant que sa constitution soit faite aux milieux et au genre de nourriture auxquels il est soumis. Je tiendrais surtout à ce qu'il eût une bonne nourrice et fût depuis longtemps accoutumé à son lait.

Pour les soins à prendre à la suite de l'opération, les faits dont j'ai été témoin m'ont encore laissé les impressions suivantes :

1° Il importe que le fil soit changé tous les jours. J'ai voulu quelquefois me soustraire à cette précaution, et il m'est arrivé ce qui est arrivé à d'autres, savoir : que la peau serrée entre le fil et les épingles s'est coupée, ulcérée, gangrenée, et qu'ainsi ou bien une inflammation suppurative avec désunion s'est montrée, ou bien les solutions de continuité ont laissé des cicatrices difformes. Aujourd'hui, je change le fil tant afin de laisser libres un moment les portions de peau qui ont été comprimées, que pour interposer dans le sillon formé par le premier fil, entre la peau et le second fil, une petite couche de coton, qui diminue la pression de la peau.

2° Le changement du fil tous les jours permet de voir si la peau s'ulcère sur le trajet et par les ouvertures des épingles, et de retirer la première au bout de quarante-huit heures, de vingt-quatre heures s'il le faut, celle au niveau de laquelle l'ulcération s'est faite le plus vite.

3° Je tiens à ce que l'enfant soit bien nourri et dans de bonnes conditions hygiéniques.

4° Lorsque tous les moyens de réunion sont enlevés, je me préoccupe d'empêcher l'enfant de crier. Pour cela, je me garde bien aujourd'hui de placer sur les lèvres des bandelettes de diachylon, ni aucun bandage qui irrite l'enfant et le fasse crier. Je ne crains même pas de lui donner de très-petites doses de sirop diacode avec les précautions que cet âge réclame pour l'emploi des opiacés.

M. Denonvilliers. On ne devrait entendre par bec-de-lièvre simple que celui qui est unilatéral et qui n'est accompagné d'aucune difformité des os maxillaires. M. P. Dubois comprend dans la même catégorie des cas plus complexes, pourvu toutefois que la division soit unique et que le bord alvéolaire soit intact. On pourrait peut-être ranger encore parmi les cas simples ceux dans lesquels ce rebord alvéolaire est divisé, à la condition qu'aucune des pièces ne fasse saillie au delà des autres. Au reste, la remarque de M. Verneuil est juste, en cela que la complication n'est pas caractérisée de la même manière en anatomie pathologique et en médecine opératoire.

M. Denonvilliers examine ensuite l'origine de la doctrine actuellement en honneur. On avait adopté autrefois le principe de l'opération tardive pour le bec-de-lièvre simple. Survient un mémoire fait avec soin, émanant d'un chirurgien sage et prudent, et renfermant des observations peu nombreuses, il est vrai, mais toujours accompagnées de succès. Aussitôt l'opinion change; tout le monde est entraîné, tout le monde opère le bec-de-lièvre simple immédiatement après la naissance. Cependant il se produit des faits nouveaux; chacun apporte le résultat de sa pratique, et on apprend des choses tout à fait imprévues :

M. Danyau : 4 opérations ; 3 succès, 1 mort.

M. Richard : 2 opérations; 1 succès, 1 mort. Il se souvient avoir vu à l'Hôtel-Dieu deux autres revers à peu de jours d'intervalle.

M. Gosselin : 3 opérations ; 1 insuccès, 2 morts.

M. Cloquet a vu opérer deux enfants très jeunes, qui ont succombé; il a perdu lui-même un enfant de quinze mois qu'il avait opéré pour un bec-de-lièvre très simple.

Un professeur de l'Ecole a vu périr pendant le cours même de l'opération un enfant très-jeune.

Roux a perdu au moins deux enfants dans ces conditions.

Blandin, après avoir suivi quelque temps la méthode de M. P. Dubois, y avait complétement renoncé plus tard.

M. Cloquet nous citait la pratique d'Antoine Dubois comme très-heureuse, et ce chirurgien opérait tardivement les cas simples.

M. Guersant n'a pas perdu d'opérés dans les premiers jours de la naissance, pour des cas simples; mais pour les becs-de-lièvre compliqués la mort est presque la règle. M. Michon est du même avis.

Cet examen, comme on le voit, est fort instructif. Il signale plus de dix cas mortels sur un nombre assez restreint d'opérations ; il montre que l'opération hâtive est, dans tous les cas, beaucoup plus dangereuse qu'on ne pourrait le supposer.

M. Denonvilliers, déjà très-surpris de ce que M. Dubois n'avait jamais observé ni sections des lèvres de la plaie par les sutures, ni ulcérations, ni suppuration sur le trajet des aiguilles, s'est renseigné auprès de ses collègues MM. Nélaton, Velpeau, Laugier; tous ont été unanimes pour reconnaître la fréquence de ces accidents non-seulement chez les très-jeunes enfants, mais encore chez les adultes. M. Denonvilliers lui-même, qui a pratiqué un très-grand nombre de réunions et de sutures sur la face chez des sujets de tous les âges, a toujours vu les épingles entamer la peau, leur trajet s'ulcérer et suppurer toutes les fois qu'elles restaient plus de trois jours en place ; quelquefois il y avait section complète et gangrène plus ou moins étendue des lambeaux. Ces accidents se montraient surtout quand les parties réunies étaient isolées en forme de pont ; mais ils survenaient aussi quand bien même les parties molles étaient appliquées, soutenues et exemptes de tout tiraillement. Il a donc pris le parti d'enlever les moyens d'union de très-bonne heure, au bout de 12, 24, 36 heures environ, et s'en est fort bien trouvé.

La discussion a également montré qu'il existe peu d'accord entre les chirurgiens sur l'époque la plus favorable pour l'opération ; tandis que les uns (MM. Lenoir, Danyau) opèrent dans les quelques jours qui suivent la naissance, M. Gosselin attend le sixième mois, M. Michon diffère jusqu'à quinze ou dix-huit mois, M. Guersant établit trois périodes. Diverses considérations doivent entrer en ligne de compte pour opter entre ces diverses opinions. L'âge, en effet, est un élément très-complexe qui comprend l'état de la constitution, les habitudes, le mode de vie. On invoque souvent en faveur de la réunion une prétendue vitalité plus considérable, dit-on, chez les très-jeunes enfants ; les tissus sont plus tendres, plus vasculaires. Mais loin d'être favorables, ces conditions paraissent nuisibles à M. Denonvilliers ; elles favorisent en effet la section des lèvres de la plaie et l'hémorrhagie, c'est-à-dire deux accidents très-sérieux et très-propres à faire manquer l'agglutination des parties divisées.

Quant à la plus grande tendance à la réunion chez les enfants, elle est admise par tout le monde, il est vrai ; mais elle n'est nullement démontrée, ou du moins rien ne prouve qu'elle diminue avec l'âge. La face est le terrain par excellence de la réunion immédiate ; elle y réussit aussi bien chez les vieillards que chez les adultes, chez ceux-ci que chez les enfants et les nouveau-nés. Il n'y a donc pas lieu de l'invoquer en faveur de l'opération hâtive, et on peut, sans s'en préoccuper, remettre celle-ci à une époque où les autres conditions seront plus favorables.

Les cris, l'agitation des enfants ont une assez grande importance. On obtient, il est vrai, plus aisément la tranquillité dans les premiers jours de la vie ; mais il en est de même au sixième ou au septième mois. On peut donc sans inconvénient attendre jusque-là, comme le propose M. Gosselin.

Pour les soins consécutifs, ils sont les mêmes à tous les âges, et ils n'ont pas à entrer dans la balance.

Les procédés opératoires ont plus de poids ; nous avons déjà vu que M. Dubois desserrait ses sutures, renouvelait les fils tous les jours, précautions auxquelles il doit peut-être de pouvoir laisser impunément les aiguilles trois et quatre jours en place. Il serait préférable sans doute de ne point introduire de corps étrangers dans les plaies elles-mêmes et d'employer le procédé que M. Denonvilliers mentionnait récemment, procédé qui consiste à placer les fils à une certaine distance des lèvres saignantes et parallèlement à ces lèvres, puis à les lier sur des plaques de caoutchouc placées sur les deux faces de la lèvre.

M. Nélaton, de son côté, a très-heureusement modifié l'avivement, et considérant que la sécabilité des tissus est très à craindre chez l'enfant naissant, il ne laisse les aiguilles que douze heures en place, et il incline même à croire que dans certains cas on pourrait s'en passer.

En résumé :

1° Il ne faut pas opérer les becs-de-lièvre, même les plus simples, immédiatement après la naissance, parce que les enfants sont encore trop faibles; parce que les tissus sont trop mous; que l'hémorrhagie est à craindre, et qu'enfin les enfants sont exposés à mourir dans les premiers mois. L'opération hâtive n'est justifiée que par la beauté des résultats, qui n'est pas suffisamment prouvée.

2° Il faut attendre jusqu'au sixième mois, ou environ, parce que les tissus sont plus fermes, moins sécables, moins vasculaires; les enfants sont plus forts d'ailleurs, et ils ont déjà échappé aux premières chances de la mortalité.

3° Il faut autant que possible adopter le procédé de M. Nélaton, ou au moins le principe de laisser très-peu de temps en place les moyens d'union.

Si cet âge est passé, il faut remettre l'opération à une époque beaucoup plus éloignée, soit vers six ou sept ans.

Les chiffres exacts manquent encore pour savoir quelle est précisément l'époque la plus favorable; mais les faits et les raisonnements qui se sont produits dans la discussion actuelle légitiment jusqu'à nouvel ordre les conclusions précédentes.

M. Guersant n'a que deux remarques à faire :

1° Il est vrai que l'opération hâtive a plusieurs fois causé la mort; mais cela ne vient-il pas du mode d'alimentation auquel les enfants étaient soumis? Ce régime, en effet, est très-funeste aux jeunes opérés, et M. Guersant ne consent à opérer les nouveau-nés que lorsque la mère prend l'engagement de les allaiter elle-même. Il serait intéressant de relever les cas où l'issue de l'opération a été funeste, et de savoir si les enfants avaient subi l'allaitement artificiel.

2° M. Denonvilliers, en parlant du manuel opératoire, a beaucoup vanté le procédé de M. Nélaton à l'exclusion de tous les autres; il a omis de parler de la suture élastique de M. Rigal (de Gaillac), que pour sa part il a souvent employée, et dont il se trouve très-bien.

M. Guersant s'applaudit d'avoir soulevé la discussion, car en ce qui touche le bec-de-lièvre compliqué, son opinion était incertaine. Il n'opérera l'enfant qu'il a présenté que vers six ou sept mois. Cet âge, en effet, lui paraît favorable, ne serait-ce qu'en raison du nombre très-considérable des enfants qui succombent spontanément dans les premiers mois qui suivent la naissance.

M. Cloquet. Tout le monde a observé les ulcérations, les sections causées par les sutures, et dont vient de parler M. Denonvilliers. Pour y remédier, M. Cloquet a depuis longtemps l'habitude, non pas de changer les fils, mais au contraire de retirer les épingles de bonne heure, et de laisser les fils agglutinés en place un ou deux jours de plus. Ces fils protégent la plaie et empêchent l'écartement des tissus réunis.

M. Gosselin. M. Guersant, en parlant de la nécessité de l'allaitement naturel, a soulevé une question très-importante. Deux des malades que j'ai perdus étaient précisément nourris au biberon. C'est encore là une des causes qui plaident en faveur de l'opération pratiquée à six mois. A cette époque, en effet, l'enfant est habitué à sa nourriture; on sait si le lait qu'il prend l'alimente convenablement; il a échappé aux premières chances de la mortalité.

Quant au procédé de M. Nélaton, il est certainement très-utile. Par malheur il n'est applicable que dans des cas exceptionnels. Il présente deux avantages.

1° Il fournit à la partie inférieure une sorte de point de suture naturel. Or, l'expérience démontre, dans les opérations ordinaires, que si la réunion n'est pas complète primitivement, et que le point de suture inférieur réussisse, la réunion secondaire peut se compléter d'elle-même sans le secours de l'art.

2° Le prolongement saillant que fournit l'avivement de M. Nélaton doit être réséqué plus tard. On peut donc sans inconvénient y maintenir les sutures plus longtemps qu'à la partie supérieure. Dans un cas, M. Gosselin a laissé l'épingle cinq jours en place sur cet appendice, qui alors s'est détaché de lui-même.

Jusqu'à ce jour les causes de la mort après l'opération restent incertaines. On ne peut guère en accuser la douleur, car elle se calme vite; ni les convulsions qui pourraient en être l'effet, puisque ces convulsions n'apparaissent que tardivement, vers le troisième, le quatrième, et même le cinquième jour. D'ailleurs, douleur et convulsions peuvent manquer, et les enfants s'éteignent lentement, ou succombent à la suite d'entérite. M. Gosselin propose de cette mort une explication, qu'il reconnaît hypothétique, à la vérité. Il remarque que les enfants avalent du sang, de la lymphe plastique, du pus, de la salive altérée, soit au moment de l'opération, soit plus tard en tetant leur plaie. Ces liquides, introduits dans le tube digestif, causent l'entérite et une sorte d'intoxication. Il regarde donc comme un perfectionnement l'emploi des petits appareils mis en usage par MM. Goyrand et Broca pour empêcher les enfants de sucer la plaie avec la langue.

M. Denonvilliers tient de M. Nélaton que son procédé est applicable beaucoup plus souvent qu'on ne le pense. Quant aux deux désavantages que M. Gosselin lui reconnaît, M. Denonvilliers est d'un avis opposé. Loin de chercher à détruire le petit prolongement qui dépasse la lèvre, il faut s'efforcer de le conserver comme point réuni naturellement dans le cas où les sutures supérieures manqueraient.

Il ne faut d'ailleurs pas se préoccuper beaucoup de la difformité causée par ce prolongement. M. Denonvilliers ayant employé une fois le procédé de M. Nélaton, fut dans les premiers temps choqué de l'espèce de trompe qui restait appendue au bord libre de la lèvre. Il se proposait de la réséquer; mais ayant différé cette section, il vit peu à peu la saillie diminuer, s'effacer, et enfin disparaître complétement.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire de la Société, Dr A. Verneuil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêtés du 15 janvier, M. Pouzin, professeur de chimie organique et toxicologique, est nommé directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier en remplacement de M. Duportal.

M. Planchon, docteur en médecine et docteur ès sciences, pharmacien de 1re classe, est chargé du cours d'histoire naturelle et de botanique à la même Ecole.

— Par arrêtés du 14 janvier, M. Coste, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, est nommé directeur de ladite Ecole en remplacement de M. Sus, dont la démission est acceptée.

M. Béchet, professeur adjoint à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, est nommé professeur titulaire de pathologie externe et de médecine opératoire;

M. Demange, professeur adjoint à la même Ecole, y est nommé professeur titulaire de pathologie interne.

— Par arrêté du 15 janvier, M. Farge, professeur d'histoire naturelle et directeur de l'Ecole préparatoire à l'enseignement supérieur des lettres et des sciences d'Angers, est chargé en outre des fonctions de secrétaire agent comptable près de ladite Ecole.

— Par arrêté du 19 janvier, M. Bœckel est nommé prosecteur près la Faculté de médecine de Strasbourg.

— L'Académie des sciences tiendra sa séance publique annuelle le lundi 28 de ce mois. M. Flourens y lira l'éloge de l'illustre géologue M. Léopold de Buch.

— Nous rappelons à nos lecteurs que l'Association des médecins du département de la Seine tiendra sa séance générale demain dimanche, à deux heures précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. P. Dubois.

— M. le docteur A. Legrand vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Clermont-Ferrand.

— La Faculté de Montpellier, appelée à donner son avis sur la demande faite au ministre par M. le docteur Goffres, médecin principal et agrégé libre de cette Faculté, de rentrer en exercice, a émis un vote favorable à cette pétition. Elle a pris cette décision en raison des circonstances exceptionnelles dans lesquelles s'est trouvé M. Goffres, qui, pour des motifs de service militaire, n'a pu faire son temps d'exercice, et à cause des travaux scientifiques de ce médecin.

— M. le docteur Chambers, depuis longtemps médecin particulier de la reine d'Angleterre, vient de mourir.

— M. le docteur Haindl, directeur du grand hôpital de Vienne, vient d'être emporté par le choléra à l'âge de 52 ans.

— Nous devons faire deux rectifications à notre article de mardi dernier, intitulé *Encore un mot sur la question de la révulsion et des exutoires*.

Le nom du médecin vétérinaire dont nous avons rapporté quelques observations est Festal, et non Festat. En second lieu, nous avons attribué à M. Jules Rochard, chirurgien en chef de la marine impériale à Brest, les citations que nous avons faites d'un article qui est de M. Rochard, ancien chirurgien de la marine impériale, médecin adjoint de la prison des Madelonnettes, etc., et résidant à Paris.

Nous tenons à la disposition de nos abonnés des volumes reliés de l'année 1855.

Ceux qui désirent avoir de suite leur collection reliée peuvent nous envoyer tous leurs numéros de l'année, et moyennant 2 francs — prix de la reliure — nous leur donnerons en échange le volume de 1855.

Ceux qui auraient perdu des numéros sont priés d'en faire la demande le plus tôt possible. Le prix est de 10 centimes, payables en timbres-poste. Les années antérieures à l'année courante se vendent 12 francs.

Le Solda.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 28 JANVIER 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

Il y a vingt-cinq ans environ, M. Cruveilhier a décrit dans une des premières livraisons de son grand ouvrage d'*Anatomie pathologique* l'ulcère simple de l'estomac comme maladie spéciale. Cette lésion n'avait certainement pas été complétement méconnue jusque-là; mais elle avait été souvent confondue avec certaines affections organiques de ce viscère, et en particulier avec l'ulcération cancéreuse; et il est plus que probable que cette confusion est faite encore quelquefois aujourd'hui. C'était donc une première démonstration utile à faire que celle de l'existence d'un ulcère simple, indépendant de toute affection cancéreuse; mais M. Cruveilhier a pensé qu'il ne suffisait pas d'avoir établi l'existence de l'ulcère simple de l'estomac comme maladie spéciale et de lui avoir assigné sa place d'une manière définitive dans le cadre nosologique : il lui a paru utile, pour prévenir désormais de trop fréquentes erreurs de diagnostic, d'étudier et de faire connaître l'ensemble des caractères propres à faire distinguer cet ulcère de toute autre affection occupant le même siége. Il s'est proposé, en conséquence, d'étudier successivement les caractères anatomiques qui établissent son existence comme espèce morbide; les caractères de physiologie pathologique qui établissent la possibilité de reconnaître cette lésion au lit du malade, et enfin les caractères thérapeutiques qui établissent sa curabilité et sa tendance naturelle à la guérison.

L'objet du mémoire que M. Cruveilhier a lu dans cette séance est de faire connaître la première série de ces caractères, les caractères anatomiques. On en trouvera l'exposé complet dans le compte rendu. Nous attendrons que les deux autres parties de cet important travail aient été publiées pour en faire connaître l'ensemble et en apprécier la portée pratique.

M. Brown-Séquard a communiqué dans cette même séance les résultats curieux de ses recherches expérimentales sur la production d'une affection épileptiforme à la suite de lésions de la moelle épinière. Les phénomènes convulsifs que M. Brown-Séquard a constatés après la section de diverses portions de la moelle sont-ils, comme il le pense, assez semblables à l'épilepsie pour pouvoir conclure du rapport établi par ces expériences entre la lésion provoquée de la moelle et les convulsions épileptiformes, à un rapport analogue entre l'épilepsie réelle et une lésion spontanée de cet organe? La coexistence assez fréquente signalée par plusieurs auteurs de l'épilepsie et d'altérations de la moelle épinière, donnerait sans doute quelque poids à cette opinion; mais la description des phénomènes convulsifs observés à la suite de ces expériences ne nous paraît pas suffisante pour justifier une conclusion formelle à cet égard; tout au plus peut-on en déduire une analogie. Les faits signalés par M. Brown-Séquard, alors même qu'ils n'auraient pas la portée qu'il leur attribue sous ce rapport, n'en sont pas moins encore très-dignes d'intérêt. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

De l'anémie et de la chlorose (1).

TRAITEMENT DE L'ANÉMIE ET DE LA CHLOROSE.

I. *Anémie.* — Le traitement de l'anémie n'est pas aussi simple qu'on pourrait le croire *à priori*. Il est aisé de s'en convaincre en songeant aux nombreuses circonstances et aux états morbides très-divers que l'anémie vient compliquer, et à la suite desquels elle se développe. On peut toutefois poser à cet égard quelques règles générales; c'est ce que nous allons essayer de faire. On doit établir une triple distinction :

1° La diminution des globules; l'anémie est le seul phénomène persistant, toute trace de sa cause productrice a disparu.

2° L'anémie est encore seule; mais les maladies ou les causes qui l'ont produite ont laissé quelques traces dans l'organisme, et en particulier une grande susceptibilité des organes précédemment atteints.

3° La maladie qui a produit l'anémie existe encore.

Avant d'examiner ces trois cas, il faut établir, en règle générale, que, lorsqu'on a à combattre une anémie, la première chose à faire c'est de détruire la cause productrice.

Ainsi, s'agit-il d'une circonstance hygiénique, telle qu'un vice dans l'alimentation, le défaut d'air, de lumière, etc..... il est incontestable que tant que les individus y resteront exposés aucun traitement ne saurait réussir, parce que la cause, se renouvelant sans cesse, reproduirait la diminution des globules à mesure qu'on les réparerait par des agents convenables. La première chose à faire est donc de soustraire la cause.

Quant aux maladies qui ont produit l'anémie, c'est à elles qu'il faut d'abord s'adresser, sans s'occuper autrement de l'anémie que comme d'une contre-indication formelle à certaines médications. Vouloir combattre une anémie tandis que la maladie qui l'a produite existe encore, c'est s'exposer à voir rester ses efforts sans succès.

Voyons maintenant les trois cas :

1° L'anémie est le seul phénomène restant, la cause productrice a disparu.

En pareil cas, il suffit presque toujours d'un simple traitement hygiénique; les globules se refont seuls sous son influence, et dans l'immense majorité des cas l'emploi des médicaments est parfaitement inutile.

Ce traitement hygiénique consiste dans l'emploi des moyens suivants :

L'habitation à la campagne, dans un lieu sec, aéré, sain, peu humide; la lumière solaire directe. Si on ne peut remplir ces conditions, on s'en rapprochera autant que possible.

L'exercice modéré et sans fatigue; plus tard, s'il y a possibilité de le faire, l'exercice à cheval.

Une alimentation saine, une nourriture substantielle, facilement digestible, et consistant surtout en bouillons, potages gras, viandes rôties; des vins généreux mélangés à l'eau.

Si on trouve que l'anémie tarde trop à disparaître, on emploiera le traitement pharmaceutique que j'indiquerai en parlant de la chlorose, et particulièrement le quinquina et le fer. Constatons seulement un fait : c'est que dans les anémies symptomatiques, et qui sont la suite de maladies très diverses, le fer sous ses différentes formes réussit beaucoup moins bien que dans la chlorose.

2° L'anémie est le seul phénomène morbide; la cause productrice a disparu, mais il reste une grande susceptibilité.

Les moyens hygiéniques que nous avons indiqués doivent être seuls employés, et encore avec beaucoup plus de réserve que dans le cas précédent; il faut beaucoup de temps et beaucoup de prudence.

Quant aux préparations de fer et de quinquina, elles réussissent encore beaucoup moins bien que dans le cas précédent, et si on se décide à y avoir recours, elles doivent être employées à de faibles doses et avec beaucoup de précautions.

3° La cause productrice existe encore.

Ici l'indication est formelle. A moins que l'anémie ne soit profonde, l'organisme fortement altéré et la débilité extrême, c'est la maladie qu'il faut traiter et non l'anémie symptomatique. Cette dernière, toutefois, pèsera d'un grand poids dans la balance; elle s'opposera à toute thérapeutique ayant pour objet une déperdition de liquide, telle que des émissions sanguines, des purgatifs un peu énergiques. Si on est obligé d'y avoir recours, il faudra les employer avec beaucoup de ménagement.

Dans les cas de diminution considérable des globules et d'anémie profonde, il faudra, nonobstant les maladies primitives, employer quelques préparations de fer et de quinquina. Il faut cependant faire une exception; lorsque l'anémie est la suite soit de phlegmasies chroniques de l'utérus, soit d'hémorrhagies utérines abondantes, il faut, autant que possible, essayer de la combattre sans employer les préparations ferrugineuses, attendu que chez un certain nombre de femmes elles congestionnent l'utérus, exaspèrent la phlegmasie chronique, ou font reparaître les hémorrhagies.

II. *Chlorose.* — La première chose à faire dans la chlorose, de même que dans l'anémie, est la soustraction de la cause présumée lui avoir donné naissance. Sans doute cette cause est la plupart du temps inconnue, mais il faut au moins essayer de faire disparaître les influences qui peuvent avoir favorisé son développement ou au moins l'entretenir.

Les moyens hygiéniques viennent ensuite en première ligne; ce sont tous ceux que nous avons indiqués en parlant de l'anémie. L'alimentation, l'habitation dans un lieu convenable, les vêtements de laine sur la peau, un exercice convenable, etc., etc.

Mais, en même temps que ces indications, il y en a d'autres, car seuls tous ces moyens échoueraient dans la plupart des cas de chlorose. Ce sont les moyens que nous allons successivement examiner.

Fer. — Une première question se présente : Le fer est-il indispensable dans le traitement de la chlorose? Cette question mérite d'être examinée avec soin.

Fœdisch, le premier, et depuis beaucoup de médecins pensent que le fer n'est pas indispensable pour reconstituer les globules du sang. Il agirait seulement comme tonique sur la membrane muqueuse de l'estomac, favoriserait la digestion et l'assimilation, et ne produirait ainsi la guérison de la chlorose que par cette voie indirecte.

On peut répondre à cela :

1° Que beaucoup de chlorotiques mangent très-bien, digèrent très-bien et ne guérissent pas spontanément;

2° Que les guérisons spontanées ne sont pas niables, mais qu'elles se font souvent attendre très-longtemps, et en pareil cas elles sont dues au fer qui est contenu dans les aliments;

3° Enfin, qu'il est des exemples de guérisons extrêmement rapides de chlorose obtenues à l'aide du fer, et qu'on n'avait jamais obtenues avec autant de promptitude par les seuls moyens hygiéniques. Nous considérons donc, en conséquence, le fer comme exerçant une action reconstituante spéciale sur les globules du sang.

Ceci admis, quelle est la préparation de fer qu'il faut employer de préférence?

C'est une question que les beaux travaux de M. Mialhe et ceux de M. Quevenne permettent de discuter, et dans l'examen desquels on peut, grâce à leurs recherches, apporter une grande précision.

Nous adopterons l'ordre suivant :

1° Toutes les préparations de fer peuvent-elles reconstituer les globules? Non. Le cyanure double de potassium et de fer, d'une part, et, de l'autre, le sulfo-cyanure de potassium et de fer ne jouissent pas de cette propriété. Ces préparations, introduites dans l'organisme, sont éliminées par les urines. Ce qui n'a pas lieu, du moins de la même manière, pour les autres préparations ferrugineuses. M. Mialhe, et je crois qu'il a raison, explique ainsi ce résultat : Les préparations une fois absorbées, dit-il, ne sont pas décomposables par les alcalis du sang, condition indispensable pour que les préparations ferrugineuses jouissent du pouvoir reconstitutif.

En deuxième lieu, nous rangerons toutes les préparations ferrugineuses très-astringentes, ou même caustiques, comme le perchlorure de fer : il est évident qu'en raison de leur action locale, elles ne sauraient être employées.

2° Parmi toutes les préparations ferrugineuses conseillées, quelle est ou quelles sont celles qui doivent être employées?

Ici les recherches de M. Quevenne et celles de M. Mialhe vont nous servir de guide.

Des préparations de protoxyde et des préparations de peroxyde de fer. — Pour beaucoup de médecins, et en particulier pour M. Bouchardat, les préparations de protoxyde sont les seules qui jouissent des pouvoirs reconstitutifs. On doit à M. Mialhe d'avoir démontré d'une manière irrécusable que toutes les préparations de protoxyde et de peroxyde, donnant naissance dans l'organisme à des composés ferrugineux susceptibles d'être décomposés par les alcalis du sang, sont également propres à reconstituer les globules.

On ne peut dire si dans l'organisme les composés de protoxyde passent à l'état de peroxyde ou si les composés de peroxyde passent à l'état de protoxyde pour jouir de cette propriété reconstitutive; peu importe. Le seul fait évident est l'action égale des uns et des autres, action égale que la loi de M. Mialhe formule parfaitement et qui est si rigoureusement exacte.

3° Des préparations insolubles et des préparations solubles.

A. *Préparations insolubles.* — Elles sont nombreuses; ce sont les suivantes :

Fer réduit par l'hydrogène, limaille de fer, sous-carbonate de fer; pilules de Vallet (carbonate de protoxyde de fer), pilules de Blaud (carbonate ferroso-ferrique); éthiops martial (oxyde ferroso-ferrique); safran de mars apéritif (peroxyde de fer anhydre); cyanure ferroso-ferrique (bleu de Prusse), surtout celui du commerce, qui contient de l'oxyde de fer.

Voici ce qui arrive à tous ces composés. Les recherches de M. Quevenne relativement au fer réduit ont beaucoup éclairé la question, de même que pour tous les autres composés insolubles.

Ces préparations, introduites dans l'estomac, sont attaquées par les acides du suc gastrique, et il se forme une petite, une très-petite quantité de sel soluble de fer. Sont-ce des chlorures ou des lactates? La question n'a pas été élucidée.

La partie non transformée passe dans l'intestin grêle, puis dans le gros intestin, s'y mêle aux matières fécales, et est éliminée au dehors. Quant à la partie soluble (sel soluble de fer), elle est absorbée et portée dans le sang, où elle jouit du pouvoir reconstitutif. D'après M. Mialhe, elle agit en étant décomposée par les alcalis du sang, et l'oxyde de fer, entrant dans des combinaisons inconnues et mystérieuses, amène la reconstitution des globules. Nous ne pouvons l'affirmer, et ce qui se passe dans cette circonstance restera probablement toujours un mystère.

De toutes ces préparations, le fer réduit par l'hydrogène est, d'après les recherches de M. Quevenne, celui qui laisse absorber le plus de

(1) Fin. — Voir les numéros des 8, 10 et 15 janvier.

fer et qui agit le mieux. Nous consentons à admettre cette conclusion, car les expériences de M. Quevenne sont très-bien et très-consciencieusement faites.

Les préparations insolubles, qui du reste, à l'exception peut-être du bleu de Prusse, sont toutes bonnes, ont cependant cet inconvénient sérieux de ne pouvoir être actives qu'à l'instant où du suc gastrique existe dans l'estomac, c'est-à-dire à l'instant des repas. Administrées en dehors, ce sont des préparations tout à fait inutiles. Elles s'administrent à une dose de 1 à 2 grammes dans les vingt-quatre heures, et peuvent se donner soit en nature, soit en pilules.

Préparations solubles. — Les unes sont à base de protoxyde; ce sont le citrate de protoxyde de fer; le tartrate de protoxyde de fer; le lactate de protoxyde de fer; le sulfate de protoxyde de fer; le proto-iodure de fer. Les préparations à base de peroxyde de fer sont le citrate de peroxyde de fer; le tartrate de peroxyde de fer; le tannate de peroxyde de fer; le tartrate ferrico-potassique (tartrate de peroxyde de fer et de protoxyde de potassium).

Toutes ces préparations sont bonnes, et elles doivent leur action à leur solubilité.

Voici, d'après les recherches de M. Mialhe, aussi bien que d'après celles de M. Quevenne, ce qui se passe dans leur emploi :

Le sel soluble introduit dans l'estomac est immédiatement décomposé en partie par les matières animales organiques qu'il y trouve. La partie précipitée et combinée avec la matière organique passe dans les intestins grêles, et de là dans le gros intestin, où elle se mêle aux excréments, pour être éliminés avec eux. La partie des sels solubles non décomposée est absorbée et passe dans le sang, où elle subit l'influence des alcalis, comme dans le cas précédent.

L'avantage de ces préparations solubles est d'agir en dehors de la digestion, et sans qu'il soit besoin que du suc gastrique se trouve dans l'estomac.

Elles s'administrent à la dose de 1 à 2 grammes, et peuvent être données sous forme de sirop, de dragées, de pastilles, de pilules, etc.

De toutes ces préparations, il en est une qui possède une supériorité très-grande, et on doit à M. Mialhe de l'avoir démontrée d'une manière incontestable; c'est le tartrate ferrico-potassique.

Voici ses avantages, reconnus même par M. Quevenne, qui toutefois plaçait au-dessus le fer réduit par l'hydrogène, dont il était l'auteur :

1° Le tartrate ferrico-potassique est soluble. C'est lui qu'on peut administrer à la plus haute dose, car d'après M. Quevenne il faut aller jusqu'à 5 à 7 grammes de ce sel pour produire des effets morbides, tandis que pour produire les mêmes effets il ne fallait, d'après le même expérimentateur, que les doses suivantes des sels ci-dessous :

Fer réduit, 1 à 2 grammes; proto-carbonate, 2 grammes; sulfate de fer, 2 grammes; lactate de fer, 3 grammes. C'est donc le tartrate ferrico-potassique qui est supporté par l'économie à la dose la plus considérable.

2° Le tartrate ferrico-potassique est celui qui précipite le moins par les matières organiques du tube digestif.

3° Il a la saveur peu forte.

4° La partie précipitée dans l'estomac et passée dans l'intestin grêle se trouve en présence d'alcalis qui le revivifient et permettent ainsi à une nouvelle partie de ce sel revivifié d'être absorbée à la partie supérieure de l'intestin grêle. C'est le seul sel de fer qui jouisse de cette propriété, et c'est là surtout ce qui fait sa grande supériorité; car tous les autres, sans exception, une fois passés dans les intestins grêles, sont des corps inertes. Le tartrate ferrico-potassique s'administre sous plusieurs formes. En sirop, qui n'a pas un goût très-désagréable. Chaque 30 grammes de sirop en contient 1 gramme; c'est la dose qu'il faut prendre en un jour. En pilules, chaque pilule contient 0,25 centigrammes de tartrate. On pourrait en faire toute autre préparation.

Une bonne préparation est une eau ferrée au tartrate ferrico-potassique, en dissolvant 1 gramme de tartrate dans une bouteille d'eau.

Une autre excellente préparation est la réunion dans la même formule de l'iodure de potassium et du tartrate ferrico-potassique. On en fait un sirop iodo-ferré ou une eau iodo-ferrée, dont M. Mialhe a donné d'excellentes formules. Je renvoie à son ouvrage pour toutes ces formules.

Un mot cependant sur le sirop d'iodure de fer. On doit à M. Mialhe la démonstration d'un fait curieux, c'est que l'iodure de fer n'agit uniquement que par son fer et nullement par son iode. L'iodure de fer, en pénétrant dans le sang, se décompose par les alcalis de ce liquide; le fer y reste, et l'iode forme un iodure alcalin qui est éliminé par les urines.

En résumé, je conclus en conseillant formellement la substitution du tartrate ferrico-potassique à toutes les autres préparations de fer, dont cependant je ne veux pas contester l'efficacité; je crois seulement cette dernière supérieure pour les raisons que j'en ai données.

On doit observer que, bien que les diverses préparations de fer guérissent dans l'immense majorité des cas la chlorose, cependant il n'en est pas toujours ainsi, et il y a des cas rebelles. En pareille circonstance, il ne faut pas employer le médicament avec trop de persistance. Il faut, au contraire, en suspendre de temps en temps l'emploi pour y revenir ensuite; il n'en réussit que mieux après.

Toutes les fois qu'il existe, dans la chlorose, des symptômes prédominants, tels que gastralgie, céphalalgie, etc., on peut simultanément combattre ces symptômes; mais le traitement accidentel ne doit pas empêcher le traitement fondamental de la chlorose, c'est-à-dire l'emploi du fer.

Pour les complications de la chlorose, deux circonstances doivent, non pas empêcher complétement, mais rendre extrêmement réservé dans l'emploi des ferrugineux; ce sont, premièrement, le développement d'un mouvement fébrile; en second lieu, le développement d'une tuberculisation des poumons. On se trouve, en général, très bien d'employer en même temps que le fer les préparations de quinquina.

Le sirop et le vin de quinquina sont les modes les plus simples de les administrer, et ces préparations suffisent presque toujours pour les chlorotiques.

Les bains de mer, les eaux ferrugineuses et le traitement hydrothérapique simple, sont trois moyens excellents, et qui contribuent puissamment à la guérison de la chlorose.

La manière d'administrer ce traitement hydrothérapique est importante. Le traitement que je conseille ici consiste dans les douches froides, simples; on en administre deux à la fois, une en pluie sur tout le corps, et une en jet, qu'on promène successivement sur toutes les parties du corps. Leur durée doit être de deux à cinq minutes au plus. Les malades, essuyés avec soin et rapidement habillés, doivent immédiatement faire une course à pied.

Les voyages sont un des meilleurs adjuvants du traitement de la chlorose. Enfin, on a conseillé le mariage. S'il a réussi dans quelques cas, les succès ne sont pas assez certains pour qu'on puisse préconiser ce moyen dans des circonstances où d'autres raisons s'y opposeraient. Il peut aider à la guérison de la chlorose, en employant toutefois la série des agents thérapeutiques dont nous avons parlé.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Manuel opératoire de l'ablation des tumeurs par l'écrasement linéaire.

La première question à se poser lorsqu'il s'agit du manuel opératoire est celle-ci : La tumeur doit-elle être préalablement pédiculisée au moyen d'une ligature, ou bien peut-on se passer de cette préparation?

On comprend en effet que, parmi les tumeurs qui peuvent être attaquées par l'écrasement linéaire, il en est qui se présentent naturellement avec un pédicule sur lequel la chaîne de l'écraseur peut être directement appliquée sans aucune disposition préalable. De ce nombre sont certains lipômes pédiculés, certains polypes, quelques végétations, et ces myriades de petites tumeurs cutanées appendues à la surface du derme par une espèce de prolongement caudal plus ou moins rétréci.

D'autres tumeurs, au contraire, ne présentent pas naturellement un pédicule, et il est indispensable de leur en créer un par le secours de l'art préalablement à l'application de l'écraseur.

Telles sont certaines tumeurs hémorrhoïdales latérales; telles sont encore certaines tumeurs sessiles siégeant à la surface de la peau.

Pour pédiculiser une tumeur qu'on va soumettre à l'action de l'écrasement linéaire, on peut recourir soit à une ligature simple, soit à l'emploi d'un serre-nœud ordinaire, celui de Levret, par exemple. Une fois que la tumeur est pédiculisée d'une manière quelconque, on applique la chaîne de l'écraseur sur le lieu même de la ligature. Afin que cette dernière ne soit pas entraînée dans la gaîne, où sa présence pourrait gêner le mouvement de la chaîne, on peut diviser le fil aussitôt que l'écraseur est en place.

Ici se présente une autre question : La tumeur peut-elle être séparée par une seule application de l'écraseur, ou bien doit-elle être enlevée par deux applications séparées? Voici le *modus faciendi.*

En général, nous avons dit qu'il ne fallait point attaquer avec l'écraseur une masse de tissus trop épaisse, particulièrement quand il entre du tissu cutané dans la composition du pédicule. Toutes les fois donc que la partie par laquelle la tumeur se relie au reste du corps est d'une grande épaisseur, il faut faire la section en deux temps et n'attaquer du même coup qu'une moitié du pédicule.

Comment cela doit-il se faire? Rien de plus simple : on prend une aiguille droite un peu large, et l'on perce d'outre en outre le pédicule de la tumeur. Cette aiguille porte un fil qui lui-même est attaché à l'une des extrémités de la chaîne. On fait passer cette dernière, entraînée qu'elle est par le fil, dans la voie que le fil a tracée. On sépare ainsi le pédicule de la tumeur en deux moitiés, et l'on fait la section de l'une des moitiés du pédicule.

Si pourtant, dans le but d'abréger l'opération, on voulait que les deux moitiés fussent attaquées simultanément et tombassent ensemble, on passerait au moyen du procédé qui vient d'être indiqué la chaîne d'un second écraseur pour agir sur la seconde moitié de la tumeur. La constriction pourrait alors marcher en même temps sur un côté et sur l'autre, à la condition que la manœuvre opératoire fût exécutée pour une des moitiés par le chirurgien et pour l'autre par un de ses aides.

Les manœuvres au moyen desquelles on peut pédiculiser les tumeurs sont variables. Tantôt on peut saisir avec les doigts la tumeur, de manière à tirailler les parties qui servent de pédicule et à les entourer au moyen d'une ligature.

Tantôt on introduit l'indicateur de la main droite, quelquefois l'indicateur et le médius dans une cavité muqueuse. On ramène la tumeur en se servant d'un ou de plusieurs doigts, en manière de crochets. Le doigt indicateur de la main gauche fait contre-appui au dehors, et une anse de fil jetée sur les doigts qui pressent la racine de la tumeur au dedans et au dehors est glissée sur la face dorsale des ongles, et serrée ensuite de manière à pédiculiser la tumeur. Dans les cas où la peau paraît devoir faire éprouver une grande résistance, comme on n'a pas, en définitive, à redouter la section des vaisseaux cutanés comme cause d'hémorrhagie, on pourrait très bien inciser préalablement la peau sur le pourtour du pédicule, en ne dépassant pas l'épaisseur de cette membrane. On réunirait ainsi, pour tel ou tel cas particulier, les avantages de l'écrasement aux facilités de la section faite avec le bistouri.

C'est alors qu'on applique la chaîne à écrasement, en soulevant les cliquets et en tirant à soi le manche des crémaillères; on applique d'emblée, et sans aucun mouvement de levier, l'instrument sur la partie pédiculisée. On met en jeu le mouvement alternatif destiné à faire avancer dans l'intérieur de la gaîne les maillons de la chaînette; une minute pour chaque maillon est le plus long espace de temps qu'on doive exiger pour être en mesure contre toute éventualité d'hémorrhagie.

Dans les cas où l'expérience a appris que l'on ne court aucun danger sous ce rapport, on peut mettre pour l'entrée de chaque chaînon une demi-minute et même moins encore, ce qu'il est facile d'apprécier au moyen de la montre à secondes.

Si l'épaisseur et la résistance des parties comprises dans l'anneau que forme la chaîne font prévoir que l'on serait exposé à briser l'instrument, il faut appliquer un écraseur plus puissant que le premier, ou bien on peut, ainsi que nous l'avons fait pour un bourrelet hémorrhoïdal, détruire sur place, et au moyen du fer rouge, tout ce qui a été limité par l'application de la chaîne. L'écraseur a, dans ce cas, cet avantage qu'il permet d'attirer la tumeur plus au dehors et qu'il facilite l'application du fer rouge en diminuant les chances de la cautérisation circonvoisine. On pourrait enfin, en désespoir de cause, séparer avec l'instrument tranchant les tissus compris par la ligature métallique, bien sûr qu'on serait de n'avoir point à craindre d'hémorrhagie, grâce à la constriction exercée par la chaîne de l'écraseur.

Après cette section, faite au moyen du bistouri ou des ciseaux, on pourrait laisser l'écraseur en place pendant un temps plus ou moins long, ou, pour plus de prudence encore, on pourrait ne faire intervenir l'instrument tranchant que quand la constriction aurait déjà duré un certain temps.

Une précaution bonne à prendre consiste à tremper l'instrument préalablement dans l'huile pour faciliter le glissement des chaînons les uns sur les autres, et de la chaîne en totalité sur les bords de la canule de l'écraseur.

On doit apporter un soin particulier au nettoyage de l'instrument chaque fois qu'on vient de s'en servir, afin de prévenir l'oxydation de la chaîne. Si on a eu le soin d'enduire l'écraseur d'un corps gras avant l'opération, cette oxydation se fait moins facilement. Dans tous les cas, après avoir opéré, on doit retirer complétement les crémaillères et la chaîne de l'intérieur de la canule, les bien essuyer et nettoyer la canule elle-même, car tous les instruments à gaîne s'oxydent et s'altèrent beaucoup moins par le mauvais entretien des tiges d'acier que par le défaut de nettoyage de l'intérieur des canules. On peut se servir à cet effet d'un écouvillon disposé *ad hoc.* Dans le cas où l'on n'aurait pas ce dernier instrument, on peut, en chauffant la canule à la flamme d'une bougie ou en la passant sur un feu vif, la préserver très promptement de toute humidité. Du reste, une boîte à écrasement linéaire doit toujours renfermer plusieurs instruments et plusieurs chaînes de rechange.

Elle doit également être munie d'un de ces écraseurs de très grande force que j'appelle *écraseurs de réserve.*

En général, avant de commencer l'opération, on doit avoir prévu, d'une manière très approximative il est vrai, le degré de résistance qu'on pourra éprouver, et dès lors on prendra un écraseur dont la puissance sera proportionnée à la résistance à vaincre. Dans l'espèce de calcul qu'on peut faire à cet égard, il faut toujours se diriger dans le sens d'une puissance bien supérieure à la résistance. En un mot, entre deux erreurs d'appréciation, il vaut mieux tomber dans celle qui consiste à avoir un instrument trop fort que dans l'écueil contraire.

Dans tous les cas, on doit s'imposer pour règle, quelle que soit la résistance à vaincre, de ne jamais faire agir l'instrument avec assez de force pour le briser, cette rupture pouvant exposer à des accidents inflammatoires violents. C'est du moins ce qui a eu lieu dans un cas où M. Robert, ayant brisé un écraseur en opérant une tumeur hémorrhoïdale chez un vieillard, fut obligé de terminer l'opération avec le bistouri et vit survenir une inflammation phlegmoneuse de l'intestin.

Nous terminerons en rappelant que l'écrasement linéaire a été appliqué avec succès dans les cas suivants :

1° Cancer de la langue;
2° Tumeurs hémorrhoïdales;
3° Chute du rectum;
4° Polypes du rectum;
5° Fistules à l'anus;
6° Polypes utérins;
7° Esthiomène des grandes lèvres;
8° Circoncision;
9° Tumeurs pédiculées de la peau;
10° Enucléation des tumeurs dans les hypertrophies ganglionnaires.

— La nouvelle méthode imaginée par M. Chassaignac nous semble appelée à rendre des services réels, principalement pour l'ablation des tumeurs très-vasculaires et de celles qui ne sont pas recouvertes par la peau, comme les hémorrhoïdes, les cancers de la langue, etc.

L'écraseur serait encore utile dans des cas analogues à celui que nous avons récemment observé. Il s'agissait d'une hernie étranglée. Après la réduction de l'intestin, il restait une quantité considérable d'épiploon induré et adhérent aux parois du sac. Lorsque tous les accidents inhérents à l'étranglement et à l'opération elle-même furent passés, nous obtînmes la gangrène de la tumeur en étranglant sa base avec une ligature qui fut serrée tous les deux ou trois jours. Nul doute que l'écraseur, qui n'existait pas encore, eût permis de traiter le malade plus activement.

Mais nous pensons que M. Chassaignac s'est trop hâté de généraliser sa méthode; que la section de la peau sera toujours un obstacle à l'écrasement d'un certain nombre de tumeurs; que l'écraseur ne sera jamais substitué avantageusement au bistouri quand la nature de la tumeur est telle qu'une hémorrhagie n'est pas à craindre, et qu'enfin l'écrasement doit être proscrit lorsque tous les efforts du chirurgien

doivent tendre surtout à enlever une tumeur cancéreuse et les nombreux prolongements qu'elle envoie quelquefois dans les tissus sains.

Dr A. Jamain.

SUR LE MODE D'ACTION DE L'ÉTHER, DU CHLOROFORME, et, en général, des substances anesthésiques.

Par M. le docteur F. Boucard.

Lorsque l'éther et le chloroforme furent présentés comme anesthésiques, ils obtinrent un succès dont retentit l'Europe entière. Quoi de plus merveilleux, au premier abord, que de pouvoir à volonté suspendre la sensibilité, suspendre les mouvements volontaires, et les rappeler ensuite comme par une sorte de résurrection ! De toutes parts arrivaient les récits d'expériences entreprises; les opérations chirurgicales devenaient plus faciles pour l'opérateur, la douleur disparaissait pour l'opéré.

Le premier sentiment d'admiration satisfait, on en vint aux explications. Comment agissaient ces merveilleuses substances? D'où leur venait cette importante propriété? Deux interprétations bien tranchées se présentèrent :

L'action directe sur le système nerveux;

L'action directe et primitive sur le sang.

Chacune a ses partisans distingués, et ce point de thérapeutique reste encore en litige. Cherchons, par une discussion impartiale, à faire ressortir la vérité en la dégageant de l'erreur.

Un habile anatomiste, M. Serres, met des nerfs à découvert et les soumet à l'action de l'éther liquide; il obtient :

D'une part, l'abolition immédiate de la sensibilité, non-seulement dans les points soumis à l'action directe du liquide, mais encore dans les radiations qui émergent des nerfs au-dessous de ces points;

D'autre part, la perte de contractilité des muscles auxquels les nerfs se distribuent.

Un physiologiste très-distingué, M. Longet, au lieu d'employer l'éther liquide, met en usage la vapeur d'éther; il voit les nerfs dénudés perdre momentanément, sous l'influence de cette vapeur, la propriété d'entretenir la sensibilité et la contractilité.

Plusieurs savants, MM. Coze (de Strasbourg), Black et Ragski, supposant toujours l'action des anesthésiques sur le système nerveux, la réduisent à une sorte de compression mécanique : les anesthésiques, substances très-volatiles, se trouvant à une température assez élevée dans la circulation, seraient là en majeure partie sous forme de gaz; le gaz, doué de tension, irait exercer une pression sur les centres nerveux, et cette pression déterminerait l'anesthésie, comme il arrive dans la compression cérébrale.

Un chirurgien éminent, M. Jobert (de Lamballe), prend les animaux anesthésiés; il les soumet à l'action des courants électriques, constate des résultats heureux et conclut que, l'électricité agissant d'une manière directe sur le système nerveux, l'anesthésie doit, elle aussi, avoir exercé une action directe sur le même système.

D'après les faits qui précèdent, personne ne doute que les phénomènes de l'anesthésie ne soient dus à une action directe des anesthésiques sur le système nerveux. L'opinion est généralement acceptée et partout professée.

Cependant un habile chimiste, M. Édouard Robin, expérimentait en silence et consignait, dans des travaux adressés à l'Académie des sciences (1), le fruit de ses belles recherches. Toutes concouraient à rendre compte des résultats obtenus. A des données plus ou moins hypothétiques elles substituaient une ingénieuse et savante théorie, donnant une explication toute simple du mode d'action des anesthésiques, permettant d'en découvrir facilement de nouveaux, et présentant les applications les plus importantes au traitement des maladies nerveuses, des maladies inflammatoires, et au mode d'action des poisons.

Pour lui, plus d'action directe des anesthésiques sur le système nerveux; l'action tout entière s'exerce sur le sang, et c'est le sang modifié, qui, modifiant l'action nerveuse, détermine l'anesthésie.

Voici comment. Partant de ses recherches sur la conservation des matières animales mortes et sur les fermentations en général, il fait voir :

Que, *contrairement à ce qu'on avait admis,* la putréfaction consiste essentiellement, *et du commencement à la fin,* en une combustion lente des matières organisées, opérée par l'oxygène humide;

Que l'activité de la putréfaction de ces matières est régie par l'activité de la combustion lente dont elles sont le siége;

Que, d'après les plus illustres chimistes, la respiration consiste en une combustion incessante exercée dans le sang par l'oxygène humide; en sorte que la combustion lente, destructive après la mort, devient, pendant la vie, nécessaire à l'entretien de l'activité;

Que, d'après ses recherches particulières, il en est, quant au rôle de l'oxygène, de la respiration des végétaux comme de celle des animaux (2);

Qu'enfin, dans l'ensemble des animaux, dans l'ensemble des végétaux, il existe, aussi d'après ses recherches, un rapport parfaitement manifeste entre l'activité des phénomènes de la vie et l'activité de la respiration (1), c'est-à-dire de la combustion lente effectuée dans les fluides de l'économie animale.

« Ainsi donc, dit M. Robin, constamment nécessaire à la naissance et à l'activité de la vie, la combustion lente devient, après la mort, constamment nécessaire à la naissance et à l'activité de la putréfaction. Si pendant la vie la combustion est entièrement bienfaisante, c'est qu'elle s'exerce sur des parties qui se renouvellent, et par suite qui offrent à son action un aliment toujours nouveau, toujours suffisant. Ces parties protégent le reste de l'organisme contre la combustion qui l'atteindrait bientôt, et la chaleur ou le fluide nerveux qu'elle développe devient l'agent qui met en jeu la machine organisée, la force qui l'anime, le principe de sa vie.

» Après la mort, outre que la combustion n'est plus la même que pendant la vie, l'action s'opère sur des parties qui ne se renouvellent plus : la combustion, au lieu de rester limitée, envahit le mécanisme entier; elle en opère la désorganisation, la transformation générale, qu'on nomme putréfaction.

» D'ailleurs, par son activité plus ou moins grande, la combustion lente régit constamment l'activité plus ou moins grande et des phénomènes de la vie et des phénomènes de la putréfaction. En sorte que, soit dans leur naissance, soit dans leur activité, la vie, comme la putréfaction, exigent constamment la combustion lente et lui sont constamment subordonnées.

» Empêcher après la mort la combustion lente des matières organisées, c'est les soustraire à toute altération putride; empêcher pendant la vie la combustion lente des fluides, c'est déterminer la mort par une sorte d'asphyxie. D'une autre manière, ce qui conserve après la mort tue pendant la vie. Ralentir après la mort la combustion lente des matières organisées, c'est ralentir leur désorganisation; ralentir pendant la vie la combustion lente qui s'effectue dans les fluides, c'est diminuer la sensibilité, diminuer la contractilité et ralentir tous les phénomènes de la vie.

« En un mot, ajoute M. Ed. Robin, toutes les substances qui, après la mort, protégent les matières organisées contre la putréfaction, contre la combustion lente, exercent contre cette combustion la même protection pendant la vie, et sont, à haute dose, des poisons faisant mourir par asphyxie; à dose compatible avec la vie, des modérateurs de son activité, c'est-à-dire des sédatifs, tant dans les névroses que dans les maladies inflammatoires. »

Or, ces règles montrent que l'éther, le chloroforme et tous les anesthésiques analogues appartiennent à la grande classe des antiputrides. La conservation n'a pas lieu seulement dans les substances prises à l'état liquide, elle s'opère par l'intermédiaire de l'eau, comme aussi dans des vases d'une capacité considérable où une petite quantité de liquide répand ses vapeurs.

Voilà donc les antispasmodiques rangés dans la grande classe des antipudrides: partant, on l'a vu, dans la grande classe des agents qui, protecteurs contre la combustion lente, conservent les matières organisées après la mort, modèrent ou interrompent l'exercice de la respiration pendant la vie, et par là deviennent, suivant la dose, *anesthésiques* dans les opérations chirurgicales, *sédatifs* dans les névroses et les maladies inflammatoires, enfin *toxiques*, faisant mourir par asphyxie.

Que l'on considère soit les phénomènes produits par les anesthésiques employés à haute dose pendant la vie, soit la mort qu'ils déterminent, on trouve essentiellement les caractères de l'asphyxie.

Comme dans l'asphyxie, la sensibilité et la contractilité s'affaiblissent graduellement et finissent par disparaître.

Les précautions exigées par l'emploi des anesthésiques, les moyens de remédier à leurs effets funestes, sont ce qu'ils seraient si ces agents déterminaient une asphyxie.

Conformément à ce qui arrive dans l'asphyxie, les animaux des différentes classes résistent d'autant plus fortement à l'action des anesthésiques que leur circulation et leur respiration présentent moins d'activité.

Dans une même classe, les petites espèces résistent moins que les grandes.

Dans les classes différentes, plus la respiration est active, plus aussi la mort est rapide. Les oiseaux sont anesthésiés plus promptement que les mammifères, et les mammifères plus promptement que les reptiles.

En toute classe, chaque individu offre d'autant moins de résistance à la mort que son hématose avait plus d'activité au commencement de l'expérience, et que celle-ci est plus rapidement conduite.

Comme dans l'asphyxie, le système veineux est, à la mort, gorgé d'un sang plus ou moins noir.

Comme dans l'asphyxie, le sang est généralement fluide; comme dans l'asphyxie, le cœur est l'*ultimum moriens.*

Comme dans l'asphyxie par la foudre, par l'acide cyanhydrique à dose un peu élevée, par les agents, en un mot, qui modèrent ou arrêtent la combustion lente, on voit la sensibilité et la contractilité disparaître plus rapidement que dans la plupart des genres de mort dus à des causes non toxiques.

Et ce qui prouve bien que tous ces effets sont dus primitivement à une protection exercée contre les phénomènes de combustion lente, c'est que non-seulement le sang d'un animal anesthésié résiste à la putréfaction plus longtemps que le sang normal, mais qu'il en est de même du cadavre entier, quand la mort est produite par un anesthésique pris à dose un peu forte pendant la vie.

Que dire maintenant de l'action directe attribuée aux anesthésiques sur les nerfs? Que répondre aux observations rassemblées pour l'établir?

A M. Serres, M. Édouard Robin répond : L'éther liquide exerce, il est vrai, une action directe sur les nerfs, mais, vous l'avez reconnu vous-même, elle n'est point passagère comme celle qui caractérise l'éthérisation; elle s'est, en général, montrée permanente.

A tous ceux qui attribuent le pouvoir anesthésique à une action directe, passagère ou non, produite sur les nerfs, soit par les anesthésiques liquides, soit par leurs vapeurs, il répond encore : Les nerfs contiennent du sang; c'est par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins contenus dans le névrilème qu'est modifiée l'action nerveuse.

Il ajoute : Si l'anesthésie résulte d'une action directe sur les nerfs, elle cessera d'être produite sur les animaux auxquels on n'accorde plus de système nerveux; elle n'aura pas lieu sur les végétaux, et l'expérience montre que, comme il arriverait si les anesthésiques apportaient une opposition aux phénomènes de combustion lente nécessaires à la vie et dans les animaux et dans les végétaux, ces agents exercent leur action et sur les animaux de toute classe, et même sur les végétaux.

A ceux qui voient dans l'anesthésie une compression mécanique des centres nerveux, il répond : Si les phénomènes avaient lieu par suite de compression,

1° Une turgescence générale apparaîtrait dans l'anesthésie confirmée; c'est l'inverse qu'on observe.

2° Plus les anesthésiques seraient volatils, plus aussi ils pourraient promptement exercer la compression nécessaire à l'apparition des phénomènes; et là encore l'inverse s'est présenté. C'est ainsi que l'éther, beaucoup plus volatil que le chloroforme, est beaucoup moins actif.

A ceux enfin qui, par suite des bons résultats que leur a fournis l'électricité, admettent une action directe sur le système nerveux, il répond : L'utilité des courants électriques n'est pas plus grande dans l'anesthésie que dans l'asphyxie; et puisque l'asphyxie, qui dépend évidemment d'une action directe sur l'hématose, est avantageusement traitée par le galvanisme, il n'y a aucunement lieu de conclure que l'anesthésie n'est pas due à une cause analogue.

Le fait semble donc incontestable; on ne saurait apporter de preuves à l'appui de la prétendue action directe et fugitive des anesthésiques sur le système nerveux; tout, au contraire, concourt à montrer qu'une action directe est exercée par ces agents sur le fluide sanguin, et que c'est ce fluide, en voie de combustion ralentie, qui, comme dans l'asphyxie ordinaire, arrive à produire la perte de sensibilité et de contractilité constituant l'anesthésie.

Telle est la doctrine sur laquelle j'ai cru devoir attirer l'attention de mes confrères. Je l'ai fait avec d'autant plus de confiance, que la théorie de M. Ed. Robin, citée depuis longtemps par M. le professeur Bérard (1), vient d'être complétement adoptée par M. Mialhe.

Dans l'ouvrage qu'il vient de publier (*Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique*, p. 29), M. Mialhe dit : « Le chloroforme, l'éther sulfurique n'ont rien de vénéneux par eux-mêmes; dès qu'ils sont introduits dans le torrent circulatoire ils déplacent l'oxygène du sang, *arrêtent la combustion*, et suspendent la vie plus ou moins longtemps. » Ces paroles, on le voit, résument la partie des doctrines thérapeutiques de M. Ed. Robin qui concernent les anesthésiques par inspiration.

DES DIVERSES LÉGISLATIONS relatives à l'âge du discernement chez les enfants.

M. le docteur Vingtrinier (de Rouen) vient de publier un curieux mémoire ayant pour titre : *Des enfants dans les prisons et devant la justice.* On y trouve les documents suivants sur l'âge du discernement chez les enfants; ils montrent combien les lois de chaque nation ont varié à ce sujet.

Dans le droit romain, au-dessous de dix ans et demi, l'enfant était déclaré *voli non capax;* à quatorze ans et au-dessus, il pouvait encourir toutes les peines, et même la *peine capitale.*

Dans le code autrichien, tous les délits d'un enfant au-dessous de onze à quatorze ans sont considérés comme infraction de simple police; à quatorze ans cesse toute protection particulière.

La loi brésilienne admet présomption d'innocence jusqu'à quatorze ans.

A la Louisiane, au-dessous de dix ans, l'enfant ne peut être poursuivi, et, de dix à quinze, il y a lieu de décider s'il y a eu discernement.

L'antique loi des Bourguignons (*loi Gombette*) paraît avoir fixé à quinze ans l'âge du *discernement civil,* car à l'article 3, titre 87, on lit que tous les actes commis avant cet âge étaient attaquables pendant quinze ans.

La loi anglaise actuelle n'admet d'incapacité absolue que jusqu'à l'âge de sept ans. Des enfants de dix, neuf et huit ans ont été condamnés à mort.

En France, sous le règne de saint Louis, les enfants à quatorze ans accusés d'un délit étaient, suivant l'ordonnance de 1628, condamnés au fouet ou payaient une légère amende. Au-dessous de quatorze ans, l'amende était de 20 à 40 livres; on y ajoutait quelquefois l'emprisonne-

(1) Voir *Mode d'action des anesthésiques par inspiration; moyens de prévoir quels agents peuvent en jouer le rôle, d'en composer de nouveaux et de modifier leurs propriétés suivant les indications,* par M. Édouard Robin. Paris, 1852, chez J.-B. Baillière.

(2) Voir *Rôle de l'oxygène dans la respiration et la vie des végétaux, et dans la statique des engrais,* etc. Paris, chez J.-B. Baillière.

(1) Voir, d'une part, le mémoire inséré dans la *Revue scientifique,* t. XXXVI, p. 97; d'autre part, l'opuscule intitulé *Rôle de l'oxygène dans la respiration et la vie des végétaux.*

(1) *Cours de physiologie,* t. III, p. 434.

ment de six à huit jours. Plus tard, et pour les cas les plus graves, ils étaient condamnés à l'exposition, qui consistait en une suspension sous les aisselles (supplice auquel succomba en 1772 le frère du fameux Cartouche).

Aujourd'hui, pour toute espèce de crime, pour toute espèce de délit, les tribunaux ou les cours d'assises appliquent la même loi et la même peine dans le cas de *délit* grave ou minime, comme dans les cas de crime, après avoir déclaré les enfants *coupables du fait*, mais *sans discernement;* alors les enfants sont dits *acquittés*. Cet acquittement leur épargne la condamnation, mais ils sont retenus dans une maison de correction pour y être élevés jusqu'à vingt ans aux frais de l'administration. (*Ann. méd.-psychol.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 janvier 1856. — Présidence de M. BINET.

Ulcère simple de l'estomac. — M. Cruveilhier lit la première partie d'un mémoire sur l'ulcère simple de l'estomac, maladie généralement confondue dans la pratique, suivant l'auteur, avec le cancer de cet organe, quelquefois avec la gastralgie ou avec diverses formes de la gastrite chronique.

« Cette maladie, dont l'anatomie pathologique pouvait seule donner la détermination, je l'ai désignée, dit M. Cruveilhier, sous le nom d'*ulcère simple* ou d'*ulcère chronique simple de l'estomac*, pour indiquer, d'une part, sa nature, ou plutôt sa forme ulcéreuse et sa marche généralement chronique; d'une autre part, sa curabilité, sa bénignité, par opposition avec l'incurabilité, la malignité de l'ulcère cancéreux de l'estomac. »

M. Cruveilhier ne traite dans cette première partie de son travail que des caractères anatomiques de l'ulcère simple de l'estomac. Voici en quels termes il les décrit :

« Anatomiquement considéré, l'ulcère simple de l'estomac consiste dans une perte de substance ordinairement circulaire, à bords indurés, coupés à pic ou en talus, à fond grisâtre et également induré, de dimension variable, depuis quelques millimètres jusqu'à plusieurs centimètres de diamètre.

» Presque toujours solitaire, l'ulcère simple de l'estomac occupe ordinairement soit la paroi postérieure, soit la petite courbure de cet organe. Il est en général plus rapproché de l'extrémité pylorique que de l'extrémité cardiaque.

» L'ulcère simple de l'estomac s'étend en surface; mais en même temps il creuse en profondeur, et lorsqu'il a triomphé de la résistance que la tunique fibreuse oppose à son envahissement, la tunique musculeuse d'abord, puis la tunique péritonéale, ne tardent pas à être usées par le travail ulcératif; d'où la perforation de l'estomac et la mort par épanchement dans le péritoine des gaz et des matières alimentaires, à moins que des adhérences salutaires ne préviennent les effets de la perforation.

» L'ulcère chronique simple de l'estomac ne présente qu'une similitude grossière avec l'ulcère cancéreux, avec lequel cependant il a presque toujours été confondu. La base qui le supporte n'offre aucun des attributs ni du cancer squirreux ni du cancer encéphaloïde. La meilleure preuve, d'ailleurs, que l'ulcère chronique simple n'est pas cancéreux, c'est sa *curabilité*. Cette curabilité, c'est encore l'anatomie pathologique qui l'a démontrée en faisant connaître les caractères des cicatrices de ces ulcères, qui ont été souvent considérées comme appartenant au cancer squirreux.

» *Caractères des cicatrices des ulcères chroniques simples de l'estomac.* — Ces cicatrices sont toutes fibreuses et constituées par une couche plus ou moins épaisse de tissu fibreux de nouvelle formation. Jamais ces cicatrices ne présentent le moindre caractère du tissu des membranes muqueuses. La membrane muqueuse de l'estomac se termine abruptement à la circonférence de la perte de substance sous la forme d'un bourrelet circulaire.

» La cicatrisation des pertes de substance de l'estomac, de même que celle de la peau, se fait par un double mécanisme : 1° par le rapprochement des bords de la solution de continuité; 2° par la production de toutes pièces d'un tissu cicatriciel.

» Il n'est pas rare de voir l'ulcère simple de l'estomac, après avoir détruit successivement toutes les tuniques de l'estomac, franchir les limites de cet organe, dont la perte de substance est alors remplacée par les organes environnants, avec lesquels la surface péritonéale de l'estomac avait préalablement contracté les adhérences les plus intimes. Non-seulement les viscères qui avoisinent l'estomac réparent les brèches qu'il a subies par l'ulcération, mais encore, devenus partie constituante de cet organe, ils finissent par participer au travail d'ulcération.

» *De l'ulcération consécutive des cicatrices de l'ulcère simple de l'estomac.* — Au point de vue fort important sous lequel les cicatrices de l'estomac doivent être envisagées, c'est celui de la facilité avec laquelle elles deviennent le siége d'un travail ulcéreux consécutif, et alors reparaissent tous les symptômes morbides de l'ulcère simple; de là ces récidives que j'ai vues se reproduire un an, deux ans, cinq ans, huit ans et même davantage après une guérison qui paraissait définitive, et si le traitement le plus sévère ne vient mettre un terme à ce travail d'ulcération, les malades peuvent succomber soit à la perforation de l'estomac, soit à une hémorrhagie.

» La perforation, l'hémorrhagie, voilà les deux grands accidents, les deux grands dangers auxquels expose l'ulcère simple de l'estomac, et ce double danger survit à la cicatrisation la plus parfaite de l'ulcère. L'une et l'autre peuvent se produire primitivement, c'est-à-dire pendant le travail primitif de l'ulcération, ou consécutivement, c'est-à-dire après la formation de la cicatrice.

» 1° *De la perforation spontanée de l'estomac dans l'ulcère simple de cet organe.* — L'ulcère simple me paraît la cause la plus fréquente des perforations spontanées de l'estomac. En compulsant les principales observations qui ont été publiées sur ce sujet, il m'a été facile de reconnaître dans les détails de l'autopsie tous les caractères de l'ulcère simple aigu ou chronique de l'estomac. Or les accidents rapidement mortels qui sont la suite de la perforation de l'estomac survenant brusquement, quelquefois immédiatement après l'ingestion d'aliments ou de boissons, la question d'empoisonnement a été soulevée un assez grand nombre de fois. Il n'est pas rare de voir la perforation survenir consécutivement, c'est-à-dire après la cicatrisation complète de l'estomac : je crois même pouvoir affirmer que les perforations consécutives de l'estomac sont beaucoup plus fréquentes que les perforations primitives. Je regarde, en outre, comme démontrée cette proposition que la perforation spontanée de l'estomac s'observe incomparablement plus souvent dans l'ulcère simple aigu ou chronique que dans l'ulcère cancéreux de l'estomac.

» 2° *De l'hémorrhagie dans l'ulcère simple de l'estomac.* — L'hémorrhagie de l'estomac, de même que sa perforation, est tantôt primitive, tantôt consécutive. On pourra diviser les gastrorrhagies en faibles, en moyennes et en foudroyantes. L'hémorrhagie faible est presque inévitable dans l'ulcère simple de l'estomac jusqu'à la formation de la cicatrice. En examinant sous une couche d'eau limpide la surface de cet ulcère, on verra sur cette surface de petits vaisseaux érodés et coupés à pic, dont les uns sont obstrués par des caillots solides, dont les autres sont obstrués par des caillots mous, qui se détachent avec la plus grande facilité. C'est par ces derniers vaisseaux qu'ont lieu les hémorrhagies quotidiennes, dont le produit se mêlant aux aliments donne lieu soit à des selles noires, soit à des vomissements noirs, qui seront très-souvent le premier symptôme révélateur de la maladie.

» Mais il arrive quelquefois que l'ulcère simple, rencontrant pour ainsi dire sur son passage une grosse artère, l'entame, la perfore, et alors, si un caillot obstruant d'une grande solidité ne prévient pas l'issue du sang au dehors, il en résulte des vomissements aussi bien que des déjections sanglantes plus ou moins considérables, suivant le calibre du vaisseau, d'où la mort par hémorrhagie, et l'hémorrhagie peut-être foudroyante.

» La source la plus ordinaire des gastrorrhagies graves et surtout des gastrorrhagies foudroyantes, c'est la lésion de l'artère splénique. J'ai vu aussi une hémorrhagie mortelle produite par la perforation de l'artère coronaire stomachique.

» Tels sont les caractères anatomiques de l'ulcère simple de l'estomac.

Conclusions. — « 1° Il existe une maladie de l'estomac qui est anatomiquement caractérisée par un ulcère simple de cet organe;

» 2° Cette maladie, ou plutôt cette lésion, qui me paraît assez fréquente, est essentiellement différente de l'ulcère cancéreux de l'estomac, avec lequel elle est encore tous les jours confondue dans la pratique;

» 3° En opposition avec le cancer de l'estomac qui suit facilement sa marche envahissante et destructive, et qui, dans l'état actuel de la science, est marqué au sceau de l'incurabilité la plus radicale, l'ulcère simple de l'estomac tend essentiellement à la guérison;

» 4° L'ulcère simple de l'estomac est susceptible d'une cicatrisation parfaite, et cette cicatrisation se fait, non à l'aide d'une membrane muqueuse accidentelle, mais bien à l'aide de la production d'un tissu fibreux, très-résistant, très-dense, qui diffère essentiellement du cancer squirrheux avec lequel il avait été confondu;

» 5° Lorsque l'ulcère simple, après avoir détruit toutes les tuniques de l'estomac, a franchi les limites de cet organe, la perte des substances est réparée par les organes environnants que recouvre un tissu cicatriciel et qui finissent eux-mêmes quelquefois par participer au travail d'ulcération;

» 6° La gravité de l'ulcère simple de l'estomac survit en quelque sorte à sa guérison, attendu que la cicatrice de cet ulcère est souvent le siége d'un travail d'ulcération consécutif qui renouvelle tous les accidents de la maladie;

» 7° L'ulcère simple de l'estomac est une des causes les plus fréquentes des vomissements noires et des déjections noires, est la cause plus ordinaire de la mort par gastrorrhagie avec ou sans hématémèse;

» 8° L'ulcère simple de l'estomac est la cause la plus ordinaire de la mort par perforation spontanée de cet organe;

» 9° Les deux grands accidents de l'ulcère simple de l'estomac, savoir, l'hémorrhagie et la perforation, ont plus souvent lieu *consécutivement*, c'est-à-dire par l'ulcération de la cicatrice, que primitivement, c'est-à-dire pendant la formation de l'ulcère. »

Production d'une affection convulsive épileptiforme, à la suite de lésions de la moelle épinière. — M. Brown-Séquard lit un travail ayant pour titre : *Recherches expérimentales sur la production d'une affection convulsive épileptiforme, à la suite de lésions de la moelle épinière.*

Voici en quels termes l'auteur expose le résultat de ses recherches sur ce sujet :

« I. J'ai trouvé que toutes les lésions que je vais énumérer peuvent produire cette affection convulsive :

» 1° Section transversale complète ou presque complète d'une moitié latérale de la moelle épinière;

» 2° Section transversale simultanée des cordons postérieurs, des cornes grises postérieures et d'une partie des cordons latéraux;

» 3° Section transversale des cordons postérieurs seuls;

» 4° Section transversale des cordons latéraux;

» 5° Section transversale des cordons antérieurs;

» 6° Section transversale de la moelle épinière tout entière dans les régions dorsale ou lombaire;

» 7° Piqûre de la moelle épinière.

» De toutes ces lésions, celles qui ont le plus d'efficacité pour produire l'affection convulsive que j'ai étudiée, sont la première et la seconde. La première surtout, à savoir, la section d'une moitié latérale de la moelle, produit constamment cette maladie chez les animaux qui survivent plus de trois ou quatre semaines à l'opération. L'intensité et la fréquence des accès convulsifs, après cette lésion, sont beaucoup plus grandes qu'après toute autre lésion de la moelle épinière.

» II. De toute la partie de la moelle étendue entre son extrémité caudale et le milieu de la région dorsale, c'est la portion comprise entre la septième ou la huitième vertèbre dorsale et la troisième lombaire, dont les lésions produisent le plus souvent cette maladie convulsive. En arrière de cette portion de la moelle, les lésions paraissent être de moins en moins capables de produire cette affection à mesure qu'elles sont faites plus près de l'extrémité caudale de ce centre nerveux.

» III. L'époque d'apparition de cette affection se trouve presque toujours dans la troisième semaine après l'opération. Dans quelques cas, j'ai vu le premier accès survenir vers la fin de la première semaine.

» IV. Les parties du corps où se montrent les convulsions varient suivant le siége de la lésion. Lorsque celle-ci se trouve au niveau des dernières vertèbres dorsales ou des premières lombaires, et qu'elle consiste dans la section d'une moitié latérale de la moelle, les convulsions ont lieu dans toutes les parties du corps, à l'exception du membre postérieur du côté où la section a été faite. Si la lésion consiste dans la section des deux cordons postérieurs, les convulsions ont lieu partout. Si la lésion consiste dans la section, soit des cordons antérieurs, soit des cordons latéraux, soit de la totalité de la moelle, les convulsions n'ont lieu, en général, que dans les parties non paralysées. Cependant quelquefois les parties paralysées se convulsent aussi, mais c'est un spasme tonique qui s'y montre, et non des convulsions cloniques comme dans les parties non paralysées.

» V. Les convulsions ont lieu quelquefois sans excitation extérieure; mais on peut, en général, les provoquer très-aisément par certaines excitations. De toutes les parties du corps, il n'en est qu'une qui, lorsqu'on l'irrite, occasionne un accès. Cette partie consiste seulement dans un des côtés de la face, dans les cas où la lésion n'existe que sur une moitié latérale de la moelle. Quand la lésion existe sur les deux moitiés latérales de cet organe, l'irritation des deux moitiés de la face peut causer un accès.

» Le degré d'irritation nécessaire pour causer un accès varie beaucoup; quelquefois il suffit de souffler sur la face ou de la toucher aussi légèrement que possible; d'autres fois, il faut pincer très-fortement, ou brûler, ou galvaniser la face.

» VI. En général, on peut produire l'accès par un autre moyen; il suffit d'empêcher l'animal de respirer pendant un temps très-court. Chez un animal à l'état de santé, une asphyxie soudaine et complète produit des convulsions au bout d'une minute et demie ou de deux minutes. Chez un animal atteint de l'affection convulsive dont je m'occupe, l'asphyxie produit l'accès au bout de dix à trente secondes, et il dure assez longtemps, dès qu'il a commencé, bien qu'on permette à l'animal de respirer, tandis que chez un animal non malade, les convulsions cessent presque aussitôt quand on lui permet de respirer.

» *Conclusions.* — Des faits rapportés dans ce mémoire, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

» 1° Des lésions variées de la moelle épinière peuvent produire, chez les mammifères, une affection convulsive ayant beaucoup d'analogie avec l'épilepsie. Il semble, en conséquence, que chez l'homme ce n'est pas seulement par une simple coïncidence qu'on a rencontré des altérations de la moelle épinière chez les épileptiques;

» 2° Des lésions de la moelle épinière peuvent produire un changement tel dans la vitalité du nerf trijumeau ou de la partie de l'encéphale où ce nerf aboutit, que l'excitation des ramifications de ce nerf à la face occasionne des convulsions. De plus, la moitié droite de la moelle épinière a cette influence sur le nerf trijumeau ou l'encéphale du côté droit, et la moitié gauche de la moelle sur l'une ou l'autre de ces parties du côté gauche. »

Appareil pour les fractures des membres. — M. Velpeau présente à l'Académie, au nom de l'auteur, M. Carret, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chambéry, une note imprimée sur un appareil nouveau pour le traitement des fractures des membres.

Rien n'est plus simple et moins dispendieux que cet appareil; il se compose d'une feuille de carton ramolli pour emboîter le membre et de quelques tours de bande pour fixer le carton pendant sa dessiccation. En se durcissant, le carton s'amincit, se moule sur les parties et s'y colle, en les régularisant. Par son *retrait*, il exerce une légère compression permanente, en même temps qu'il devient inflexible et inamovible. Si une expérience plus longue et plus variée n'y fait découvrir aucun inconvénient sérieux et vient à confirmer de tels avantages, l'appareil de M. Carret devra certainement être admis comme un perfectionnement utile des bandages inamovibles, pourtant déjà si simples, employés aujourd'hui dans le traitement des diverses fractures des membres.

— M. Velpeau dépose en outre sur le bureau un ouvrage de M. Pettenkofer, professeur à l'université de Munich. Dans ce travail, l'auteur résume toutes ses recherches sur la marche du choléra là où il a pu le suivre, et sur les rapports de ce fléau avec la constitution géologique des localités qu'il a envahies.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décision du 19 janvier, les concours pour la nomination d'un certain nombre de chirurgiens de marine qui doivent s'ouvrir le 1er avril prochain auront pour objet :

A Brest. — 5 places de chirurgien de 1re classe, dont une pour la Guyane; 9 de chirurgien de 2e classe; 9 de chirurgien de 3e classe, dont une pour la Martinique et deux pour le Sénégal.

A Toulon. — 2 places de chirurgien de 1re classe, dont une pour Mayotte; 7 de chirurgien de 2e classe, dont une pour la Guadeloupe et une pour le Sénégal; 7 de chirurgien de 3e classe.

A Rochefort. — 2 places de chirurgien de 1re classe; 3 de chirurgien de 2e classe, dont une pour le Sénégal; 3 de chirurgien de 3e classe, dont une pour le Sénégal.

— La *commission administrative* des hôpitaux et hospices civils de Marseille vient de décider qu'à l'avenir le personnel médical attaché aux établissements hospitaliers de cette ville se recrutera par la voie du concours.

Le premier s'ouvrira probablement au mois de mai prochain pour un certain nombre de places de médecins et de chirurgiens agrégés.

— Par suite du petit nombre de malades, les médecins civils de Montpellier qui avaient été chargés du service à l'hôpital temporaire de la Citadelle, ont cessé leurs fonctions. L'autorité militaire a adressé à ce sujet à la Faculté une lettre remplie de justes éloges pour le zèle et le savoir pratique dont MM. les professeurs et agrégés ont fait preuve dans leurs différents services.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 30 JANVIER 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

Avant et après un rapport de M. Bouchardat sur un appareil distillatoire qui intéresse spécialement les membres de la section de pharmacie et les pharmaciens en général, l'Académie a entendu deux lectures qui ont également captivé son attention. La première, de M. Poggiale, candidat à l'une des places actuellement vacantes, a pour sujet l'action des alcalis sur le sucre dans l'économie animale. La deuxième, de M. Blache, est relative à une question de pathologie neuve et encore peu connue, la leucémie, affection dont il a communiqué un exemple remarquable à l'Académie. Nous réservons les réflexions auxquelles ce sujet peut donner lieu pour le moment où il nous sera possible de faire connaître les principales circonstances de ce fait.

La question de chimie physiologique qui fait l'objet du mémoire de M. Poggiale est l'une de celles qui ont le privilége d'occuper au plus haut point l'attention des savants. Cela se conçoit aisément. Indépendamment de son immense intérêt physiologique, cette question touche aussi de très-près à des problèmes de pathologie et de thérapeutique d'une grande importance. Nos lecteurs nous sauront-ils gré de compléter ici, en faisant ressortir les conclusions principales de ce travail, l'analyse nécessairement incomplète du compte rendu.

Tout le monde sait, depuis les travaux de M. Cl. Bernard, que le sucre de l'économie, soit qu'on le suppose fourni par les aliments ou formé par le foie, ne se rencontre jamais, à l'état normal, dans les sécrétions naturelles; il disparaît dans l'économie pour y remplir (c'est la théorie admise aujourd'hui) des fonctions de calorification. L'oxygène de l'air respiré se combine, suivant la plupart des chimistes, avec l'hydrogène et le carbone, pour former de l'eau et de l'acide carbonique.

Quelques chimistes, en outre, admettent que le concours des carbonates alcalins est nécessaire pour la destruction du sucre; et supposant, comme conséquence, que dans le diabète le passage du sucre dans les urines est dû au défaut d'alcalinité du sang, cette dernière théorie a pour point de départ les réactions du glucose avec les alcalis en dehors de l'organisme.

Or, comme cette théorie de la destruction du sucre par les alcalis se rattache à une affection extrêmement grave, le diabète, et aux moyens thérapeutiques qui ont été proposés pour la combattre, il devenait très-intéressant de vérifier ce fait. C'est le but que s'est proposé M. Poggiale en instituant les expériences rapportées dans son mémoire.

Il a fait nourrir des animaux, tantôt avec de la viande, tantôt avec des aliments féculents ou sucrés additionnés de bicarbonate de soude, de manière à rendre les urines très-alcalines. Dans chaque expérience, il a déterminé avec soin la proportion de sucre du sang recueilli dans diverses parties de l'économie.

De ces expériences il est résulté ces faits intéressants au double point de vue qui nous occupe, savoir : que la transformation du sucre en eau et en acide carbonique n'est pas favorisée dans l'économie, comme on l'a cru, par la présence d'une proportion considérable de l'alcali. On voit, en effet, en comparant les résultats de ces nouvelles expériences avec ceux que M. Poggiale a consignés dans son travail sur l'origine du sucre dans l'économie animale et avec d'autres obtenus par divers observateurs, que le sang des animaux nourris à la viande, avec ou sans bi-carbonate de soude, contient sensiblement la même quantité de sucre.

Les alcalis du sang ne favorisent pas davantage l'oxydation du sucre.

Les alcalis sont donc sans influence sur la transformation du sucre dans l'économie, et leur présence dans le sang et dans les urines est compatible avec celle du glucose. Telle est la conclusion générale qui ressort de ces expériences.

Cette conclusion est, ainsi que nous l'avons dit, d'une grande importance pour l'intelligence des phénomènes qui se passent dans le diabète et pour les applications thérapeutiques qu'on en peut déduire. Elle infirme l'opinion qui attribuait un rôle essentiel aux alcalis dans les transformations physiologiques du sucre et dans les phénomènes pathologiques de la glucosurie, considérée, dans cette théorie, comme la conséquence de leur absence ou de leur insuffisance, et elle réduit ainsi à néant l'indication thérapeutique formulée d'après cette vue, et qui consistait à introduire dans l'économie les alcalis qui lui manquaient.

On peut y trouver, au contraire, une confirmation des recherches de MM. Lehmann et Bouchardat, qui ont vu que la quantité d'alcali n'était ni augmentée ni diminuée dans le diabète, et un appui au moins indirect pour l'opinion de MM. Bernard et Reynoso, qui considèrent le diabète comme dû à une oxydation incomplète du sucre déterminée par une lésion du système nerveux. — Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. GUERSANT.

Chute du rectum.

Cette affection est commune chez les enfants; elle est digne d'attirer l'attention du clinicien en raison de sa persistance dans certains cas et des phénomènes particuliers qui l'accompagnent alors, ainsi que du traitement qui lui convient le mieux dans ces circonstances.

Le nom de chute du rectum n'est pas irréprochable, car ce n'est ni la totalité de cette portion de l'intestin, ni toutes les membranes qui font procidence, mais seulement la membrane muqueuse qui, unie à la tunique musculeuse par un tissu cellulaire très-lâche, est poussée au dehors à travers l'ouverture anale.

La période de la vie où l'on observe le plus souvent une telle affection est de deux à quatre ans; non pas qu'elle ne puisse exister avant, ou que s'étant établie à cet âge, elle ne se prolonge jusqu'à six ou sept. Il existe dans le service (salle Saint-Côme) un garçon de sept ans qui a une chute du rectum depuis quatre ans.

D'une manière générale, on peut dire que toutes les causes qui portent les enfants à faire des efforts de défécation répétés tendent à produire la maladie qui nous occupe; aussi est-elle souvent due à des affections du rectum, du pourtour de l'anus, de la vessie quelquefois; en un mot, elle est favorisée par toutes les causes de ténesme. Il n'est donc pas surprenant de la voir survenir à la suite de diarrhées prolongées, qui généralement s'accompagnent d'un relâchement de la muqueuse. Par contre, on l'observe en coïncidence avec une constipation habituelle opiniâtre qui nécessite de fréquents efforts de défécation.

Mais au-dessus de ces causes, dont l'action est locale, il en existe une plus générale, qui exerce une grande influence sur la production de la chute du rectum, et fournit la clef d'une des principales indications : je veux parler de l'état d'affaiblissement, de débilité des enfants. Ceux chez lesquels elle survient sont presque tous pâles, lymphatiques, sans énergie musculaire; leurs muqueuses sont décolorées. Aussi, une des premières indications est-elle de soumettre les petits malades à un traitement tonique sous le double rapport de l'hygiène et de la thérapeutique.

Quelle qu'en soit la cause, la chute de la muqueuse rectale présente toujours la même apparence. C'est un bourrelet d'un demi-centimètre, quelquefois 4 ou 5 centimètres de long, rouge violacé, quelquefois un peu sanguinolent à la surface, recouvert de mucosités, présentant des érosions dans certains cas. A sa partie la plus déclive se voit un enfoncement infundibuliforme. Quant à la base, si on le contourne, on trouve qu'elle est serrée dans le cas où la chute n'a eu lieu qu'un petit nombre de fois, et alors la réduction est assez difficile; si, au contraire, la chute date de loin et est habituelle, la base n'est point serrée, et la réduction du bourrelet se fait avec une très-grande facilité. Si bien qu'étant connus le degré de constriction et le plus ou moins de facilité de la réduction, on peut sans renseignements juger de l'âge et de la fréquence de la procidence. La fréquence de la chute du rectum finit par produire un phénomène qui à son tour la favorise singulièrement et tend à éterniser la durée de l'affection, je veux parler d'un véritable état de paralysie du sphincter externe qui laisse l'anus béant et offre constamment un passage facile à la muqueuse; je signale ici cette paralysie comme étant la conséquence de la chute du rectum, bien que peut-être elle soit primitive, surtout chez les sujets débilités. Dans tous les cas elle est constante lorsque l'affection s'est répétée fréquemment; l'anus de ces enfants est alors infundibuliforme, et l'on peut y introduire plusieurs doigts sans éprouver aucune sensation de constriction, état suffisant pour expliquer la facilité avec laquelle la muqueuse descend et est remontée à travers ce passage privé de son obturateur naturel.

Le diagnostic de la chute du rectum est facile d'après ce que nous avons dit, et s'il fallait la différencier d'une autre affection, on ne trouverait guère à lui comparer que l'invagination du côlon descendant avec procidence au dehors; cette affection est rare. Elle consiste dans un renversement de toutes les tuniques intestinales à travers le rectum, dans lequel on peut pénétrer assez profondément en dehors du pédicule de la tumeur, entre ce pédicule et le pourtour de l'orifice anal, sans être arrêté en ce point comme on le serait dans le cas d'une chute du rectum.

Pronostic. — D'une manière générale, on peut dire que le pronostic n'est pas grave, en ce sens que cette affection ne compromet pas la vie des petits malades, mais elle peut durer plus ou moins longtemps; elle entraîne alors avec elle des inconvénients graves. Ainsi la chute du rectum produite par la débilitation extrême, chez des individus constipés ou affectés de diarrhée très-[illegible], peut, ... mation de la muqueuse et la sphacèle par places ou en totalité. On a vu des cas où le bourrelet est tombé, et une cicatrice s'est produite; mais pendant tout ce temps les enfants se débilitent encore, leur constitution s'altère, et la procidence du rectum, sans être la cause directe de la mort, peut y conduire par une voie détournée.

Traitement. — Il faut d'abord chercher à faire disparaître la cause soit locale, soit générale, et en même temps agir sur la muqueuse elle-même à l'aide de topiques astringents. Dans un certain nombre de cas, il ne sera pas besoin d'autres ressources pour triompher du mal; dans un grand nombre d'autres ces moyens resteront insuffisants, et il faudra recourir, comme nous le pratiquons avec un succès presque constant, à l'emploi du cautère actuel.

Dans l'antiquité déjà on employait ce moyen, mais on l'appliquait sur toute la tumeur; ce qui est loin de notre manière de faire. Nous nous servons d'un petit cautère conique semblable à celui qu'on emploie pour la cautérisation des alvéoles, et après avoir rentré la muqueuse déplacée, nous cautérisons sur quatre points du pourtour de l'anus, suivant les diamètres antéro-postérieur et transversal à la réunion de la muqueuse et de la peau, en pénétrant jusqu'au sphincter de l'anus. L'enfant est à jeun. On doit vider le rectum avant l'opération, et on met en usage le chloroforme.

Dès le jour de l'opération, quelquefois la muqueuse cesse de sortir, mais assez souvent il faut six à sept jours, ou plus, avant que ce résultat soit obtenu. Mais ce n'est qu'une question de quelques jours de plus ou de moins, car il est à peu près certain.

Comment expliquer l'action des cautérisations? Atteignent-elles leur but en produisant un rétrécissement du pourtour de l'anus à l'aide de cicatrices? Ce n'est guère croyable, car l'action est trop prompte. De plus, Dupuytren, par son procédé, qui consistait à enlever des languettes de muqueuse tout autour de cet orifice, ne guérissait pas la chute du rectum. Nous l'avons mis en usage sans succès.

Nous croyons, et même nous pouvons affirmer que la cautérisation agit en rendant aux fibres du sphincter leur puissance contractile. Et en effet, si l'on cherche à introduire le doigt, au lieu de pénétrer comme avant l'opération, sans aucune difficulté dans le rectum, il éprouve une résistance très-marquée.

Un ancien interne du service, M. Duchaussoy, se fondant sur cette donnée, pensa que l'application d'une substance vésicante à la marge de l'anus réveillerait également la contractilité; mais ce moyen ne répondit pas à son attente. Il employa aussi l'électricité, qui réussit, mais après un assez grand nombre de séances. Il reste donc démontré qu'on guérit la chute du rectum en rendant au sphincter sa puissance contractile, quelquefois par les toniques

généraux, mais plus rarement et plus promptement par la cautérisation pratiquée comme on le fait journellement à l'hôpital des Enfants.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Cours de séméiotique cutanée, suivi de leçons théoriques et pratiques sur la scrofule et les teignes (1).

Après vous avoir montré l'ensemble des caractères qui distinguent la scrofule, je dois vous faire connaître les différentes formes sous lesquelles on la voit se produire, et les aspects divers et quelquefois trompeurs qu'elle peut revêtir. Ainsi, une ou plusieurs périodes peuvent manquer; la maladie est tantôt bénigne, tantôt maligne. Certain phénomène peut prédominer et donner une physionomie particulière à la maladie. Aussi les auteurs ont-ils reconnu, de tout temps, la nécessité d'admettre plusieurs formes de la scrofule.

Le docteur Milcent, auteur d'une excellente monographie sur la scrofule, reconnaît avec Sauvages une scrofule vulgaire, une bénigne et une maligne; il ajoute la forme fixe primitive.

Pour moi, je réduirai toutes les manifestations si variées de la scrofule à sept formes principales :

1° La *scrofule régulière et complète*, dans laquelle les périodes se succèdent dans l'ordre précédemment indiqué. Cette forme n'est pas la plus fréquente.

2° La *scrofule incomplète*. C'est la forme vulgaire des auteurs; elle est très-commune, et nous offrira plusieurs variétés à considérer.

3° La *scrofule bénigne*, qui doit son nom au peu de gravité des phénomènes dont elle se compose.

4° La *scrofule maligne*, dont le nom seul vous fait comprendre toute la gravité.

5° La *scrofule fixe primitive*, qui semble localisée dès le début.

6° La *scrofule ulcérative* ou *phagédénique*.

7° Et enfin, la *scrofule larvée*, si souvent méconnue.

PREMIÈRE FORME. — *Scrofule irrégulière et complète*. — Elle présente ordinairement un degré moyen dans la gravité des accidents qui la constituent. Un exemple vous fera comprendre ce que j'entends par-là.

Un enfant est tourmenté pendant les premières années de sa vie par des pseudo-teignes, des eczémas rebelles qui ne cèdent pas aux moyens ordinaires de traitement. Les croûtes persistent, l'inflammation s'étend aux bulbes pileux. Enfin, au bout de plusieurs mois, de plusieurs années, les croûtes se détachent pour ne plus se reproduire, laissant les surfaces jadis enflammées complétement [illegible] Pendant ce temps, les gang- lymphatiques du cou se sont engorgés sympathiquement.

A la suite de ces accidents, vers l'âge de sept à huit ans, on voit se manifester des ophthalmies qui suivent régulièrement leurs périodes. Ces ophthalmies laissent, comme traces de leur passage, des taies sur la cornée.

Cependant, les ganglions cervicaux sont restés dans l'état d'engorgement dont nous parlions tout à l'heure; ils forment sur l'un des côtés du cou ou des deux côtés des tumeurs plus ou moins volumineuses. Cet état persiste pendant un temps variable; puis l'inflammation s'empare des tumeurs; il se forme des abcès auxquels succèdent ces ulcérations fistuleuses que nous avons mentionnées dans notre dernière leçon. Enfin, de nouvelles poussées déterminent l'engorgement des ganglions axillaires ou des ganglions situés en arrière de la clavicule et du sternum. Après la guérison des ulcérations scrofuleuses, on voit des cicatrices plus ou moins déprimées et apparentes.

Ces divers accidents nous conduisent à la puberté, époque où se présente souvent un temps d'arrêt qui fait croire à la guérison. Mais vers l'âge de dix-sept ou dix-huit ans, on voit survenir aux ailes du nez, autour des lèvres, etc., des groupes de tubercules rougeâtres, luisants, etc.; c'est le *lupus*. Ce lupus, qui persiste souvent pendant très-longtemps, peut quelquefois disparaître. Mais à cette époque de la vie, c'est-à-dire vers dix-huit, vingt ou vingt-cinq ans, de nouveaux accidents viennent souvent se montrer sur la scène : ce sont des engorgements articulaires, des tumeurs blanches, des ostéites, affectant plus particulièrement les os de la main, de l'avant-bras ou du pied; puis le sujet peut guérir et rester tranquille pendant un temps quelquefois fort long, jusqu'à l'âge de quarante ou cinquante ans. Alors de nouveaux désordres vont se manifester. Chez l'un des tubercules se développeront dans le poumon, ou bien, déjà préexistants, ils feront explosion, et les phénomènes de la phthisie apparaîtront. Chez un autre, c'est du côté du ventre qu'auront lieu les déterminations morbides : il surviendra des tumeurs dans le mésentère, dans le tissu du foie, des hydropisies, etc., et le long intervalle qui s'est écoulé entre les accidents précités et ceux qui se manifestent alors auront fait perdre de vue la liaison qui les rattache les uns aux autres. L'origine commune sera méconnue et l'identité de nature incomprise. C'est ce qui se passe tous les jours sous les yeux des médecins sans qu'ils puissent s'en rendre compte.

DEUXIÈME FORME. — *Scrofule incomplète* (vulgaire). — C'est assurément celle qui se présente le plus souvent à l'observation : elle est d'une moyenne gravité. Nous pouvons en reconnaître plusieurs variétés.

Ici des ophthalmies ont ouvert la scène; à ces ophthalmies, et sans ganglites intermédiaires, a succédé le *lupus*; ailleurs ce sont encore les ophthalmies qui se sont manifestées les premières; puis ont apparu des engorgements écrouelleux; ceux-ci même ont pu manquer; mais enfin le phénomène principal c'est l'apparition de tumeurs blanches, d'ostéites. Dans d'autres cas, la première et la seconde périodes font défaut; c'est la troisième qui se montre d'emblée; des caries s'emparent de certaines parties de l'appareil osseux, mais plus spécialement des parties qui constituent le squelette de la main ou du pied, et bientôt on voit survenir les signes de la tuberculisation pulmonaire. Enfin, on peut observer seulement les accidents de la seconde et de la troisième périodes, et particulièrement le *lupus*, ou bien la scrofule osseuse plus ou moins profonde, plus ou moins multipliée.

TROISIÈME FORME. — *Scrofule bénigne*. — Elle est caractérisée par le plus faible degré des accidents de la première période. Quelques éruptions de gourmes, des ophthalmies plus ou moins répétées, avec ou sans engorgement glandulaire. Ces accidents peuvent exister simultanément ou ne se montrer que d'une manière successive.

Nous devons encore considérer comme appartenant à la scrofule bénigne des cas dans lesquels se montrent quelques-uns des accidents propres aux différentes périodes, mais promptement arrêtés dans leur cours et notablement atténués dans leurs manifestations.

QUATRIÈME FORME. — *Scrofule maligne*. — C'est le degré le plus élevé et le plus grave des affections qui constituent la scrofule. Cette gravité peut exister pour tous les accidents des différentes périodes, qui se montrent alors avec une intensité insolite; mais elle est surtout reconnaissable par sa tendance aux tuberculisations viscérales, aux dégénérations de diverse nature, à l'association des différents éléments morbides. Cette fâcheuse disposition ne légitime que trop la distinction que nous établissons ici.

CINQUIÈME FORME. — *Scrofule phagédénique*. — La tendance à l'ulcération est commune à toutes les variétés de la scrofule; mais elle existe quelquefois à un degré exagéré, de manière à constituer une forme à part. Du reste, cette disposition peut se rencontrer dans les différentes formes déjà établies. Il ne faut pas confondre le phagédénisme scrofuleux avec la pourriture d'hôpital, qui est contagieuse, tandis que l'autre ne l'est pas. C'est là, notez-le bien, le caractère distinctif de la forme qui nous occupe. Le phagédénisme apparaît dès le début. On le trouve souvent réuni à la scrofule fixe primitive dont nous allons parler.

SIXIÈME FORME. — *Scrofule fixe primitive*. — Ici la maladie n'est accusée que par une seule affection qui se montre au début et persiste pendant tout le cours de la maladie. Tantôt c'est une ophthalmie, tantôt un *lupus*; ailleurs une tumeur blanche; souvent même le début de l'affection particulière coïncide avec une cause extérieure. Ainsi, par exemple, une tumeur blanche bien manifestement scrofuleuse se développera à l'occasion d'une entorse ou d'une contusion. C'est ici que se montrent souvent les accidents du phagédénisme.

SEPTIÈME FORME. — *Scrofule larvée*. — Elle emprunte l'appareil symptomatique d'une autre maladie. Ainsi, elle pourra revêtir l'apparence d'une phlegmasie, d'une phthisie, d'une fièvre typhoïde. Il faut considérer la méningite granuleuse comme une forme larvée de la scrofule; nous devons en dire autant de la péritonite tuberculeuse.

La diathèse tuberculeuse générale n'est autre chose qu'une forme larvée de la maladie qui nous occupe.

Pour compléter le tableau symptomatologique de la scrofule, il faudrait maintenant faire l'histoire particulière de chaque affection scrofuleuse; mais cette description m'entraînerait bien au delà des limites que je me suis prescrites cette année. J'espère pouvoir l'année prochaine donner à cet intéressant sujet tous les développements qu'il comporte.

Toutefois, je ne puis me dispenser de vous dire quelques mots des accidents les plus ordinaires et les plus importants de la scrofule.

Prenons-les dans l'ordre de leur apparition :

1° *Des gourmes* (scrofulides superficielles). — Aux gourmes se rattachent toutes les affections que Mahon jeune a décrites sous les noms de *crasse laiteuse* et de *crasse membraneuse* (*crasta lactea*, *crasta membranacea*), quand ces croûtes sont tenaces, persistantes, que l'irritation sous-jacente se propage aux glandes sébacées, et qu'à leur chute il reste une dépilation, une calvitie partielle plus ou moins permanente.

Je rattache aux gourmes les *achores*. Ce n'est, dit-on, ni un eczéma, ni un impétigo, ni un eczema impetiginodes. La vésicule est plus grosse que dans l'eczema impetiginodes, elle l'est moins que dans l'impétigo. Quelle subtile distinction! Non, ce n'est pas dans les dimensions des vésicules que vous trouverez les véritables caractères distinctifs des achores (*tinea faciei, porrigo larvalis, tinea muciflua*). Ces caractères se trouvent dans la nature des produits sécrétés, dans les excoriations, les *gerçures*, les ulcérations qui accompagnent l'éruption vésiculo-pustuleuse quand elle existe, ulcérations qu'il faut moins rapporter aux grattages qu'à l'action ulcérative de la maladie; ou encore dans l'irritation sympathique transmise aux ganglions cervicaux, dans la propagation de l'irritation aux follicules pileux : d'où la chute des cheveux, la rareté de la chevelure et la calvitie partielle. Il ne faut pas croire, comme on l'a dit bien à tort, que les cheveux repoussent constamment; la calvitie est très souvent permanente.

Les produits sécrétés dans les gourmes muqueuses sont visqueux, épais, caséux, d'une odeur fade, collent les cheveux et forment des croûtes, des enduits crustacés très-adhérents. Alibert les comparait, non sans quelques raisons, à des croûtes de pain enduites de miel.

On a dit que les achores étaient toujours accompagnés d'une démangeaison vive. Cela n'est pas exact, et prouve que l'on a confondu l'eczéma avec la pseudo-teigne muqueuse. Cette dernière n'est accompagnée d'un violent prurit que quand elle se complique de poux qui pullulent sous les croûtes.

Les achores se montrent, en général, dans l'âge le plus tendre. Ils peuvent s'étendre graduellement de la tête aux oreilles, derrière le pavillon, où ils déterminent un suintement abondant; à la face, sur les joues et le front, et même sur toutes les parties du corps. Les ganglions sous-occipitaux, sous-maxillaires s'engorgent sympathiquement.

La *gourme granulée* (impetigo granulata) est encore une des formes sous lesquelles la scrofule primitive peut s'offrir au cuir chevelu; mais il ne faut pas oublier que le plus souvent cette prétendue gourme est le résultat de la malpropreté, de l'irritation produite par la vermine et l'action des ongles, et n'est alors, à proprement parler, qu'une affection traumatique ou parasitaire.

Les gourmes ne se montrent pas toutes à la même époque de la vie. Les premières sont les crasses laiteuse ou membraneuse, qui débutent quelquefois pendant la vie intra-utérine et se développent sur les enfants à la mamelle. De l'âge de dix-huit mois à deux ou trois ans survient la teigne muqueuse; quant à la granulée, elle arrive en général un peu plus tard.

2° *De l'ophthalmie*. — L'ophthalmie est sans contredit le symptôme le plus grave et l'un des plus constants de la scrofule primitive. Elle existe dans les deux tiers des cas. M. Lebert a donné la proportion d'un cinquième, qui n'est pas assez élevée d'après mes observations. Dans des notes qui m'ont été fournies par M. Beaugrand, sur un total de 270 scrofuleux, résultant de relevés faits à l'hôpital Saint-Louis à différentes époques, la proportion serait seulement de 14, ou à peu près un vingtième. Mais il faut remarquer que ces relevés ont été faits sur des malades âgés de plus de quinze ans, et que l'ophthalmie est un symptôme de la scrofule primitive, qui, en général, n'existe déjà plus sur les malades que l'on reçoit à l'hôpital Saint-Louis.

C'est de cinq à dix ans que se montre le plus souvent l'ophthalmie scrofuleuse, quelquefois beaucoup plus tôt, d'autres fois plus tard. Cette affection est fort sujette à récidiver, et ses récidives peuvent avoir lieu dans les périodes subséquentes de la scrofule.

L'ophthalmie scrofuleuse débute le plus souvent par le bord libre des paupières; elle se propage aux follicules ciliaires. Les cils s'atrophient, tombent et repoussent partiellement, fins et décolorés; ils se dévient, se dirigent du côté de l'œil et irritent la conjonctive. Les paupières sont chassieuses; il se forme des croûtes, des ulcérations. La blépharite scrofuleuse est souvent accompagnée d'orgelet, de tumeur et de fistule lacrymales.

Mais l'inflammation ne se borne pas aux paupières; elle gagne la surface du globe oculaire. La conjonctive devient rouge, boursouflée, granuleuse, quelquefois couverte de véritables végétations. Le malade couché au n° 20 du pavillon Gabrielle vous en offre un remarquable exemple. L'inflammation s'étend sur la cornée, qui devient opaque, s'ulcère et se perfore quelquefois, perforation suivie de la procidence de l'iris. Dans quelques circonstances, du pus se forme dans la chambre antérieure de l'œil.

En général, l'ophthalmie scrofuleuse est accompagnée de douleurs vives, de larmoiement et de photophobie. Sa marche est très-irrégulière et paroxystique : sa durée n'a rien de fixe.

L'ophthalmie scrofuleuse est-elle spécifique? Non, si par affection spécifique on veut entendre une affection caractérisée par un produit morbide spécial; oui, sans aucun doute, si l'on veut simplement désigner par là une inflammation caractéristique de la scrofule, distincte par son siége, sa ténacité, sa marche, ses récidives et sa tendance à produire l'épaississement et l'ulcération des tissus.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Suite. — Voir les nos des 26, 28 juillet; 21 août; 4, 22 septembre; 20 novembre et 1er décembre.

UNE RÉFORME A FAIRE

dans la partie médicamenteuse de la trousse du chirurgien;

Par M. MAUNOURY, chirurgien de l'hôpital de Chartres.

Sydenham disait que le médecin devait avoir constamment sur lui une lancette et de l'opium, et qu'avec cet instrument et ce seul médicament on pouvait faire la médecine.

Le chirurgien de nos jours semble avoir suivi ce précepte, en portant dans sa trousse un médicament qui est le crayon de nitrate d'argent.

Avec ce médicament, il réprime les granulations, des blépharites et des conjonctivites chroniques, les albugo de la cornée, les aphthes, les ulcérations des gencives scorbutiques, les amygdalites aiguës et chroniques, les angines couenneuses, les chancres aigus et rongeants et les chancres anciens indurés; les ulcérations, les végétations fongueuses et les indurations chroniques du col; les

fissures de l'anus, les plaies à bourgeons trop mous et trop luxuriants, les ulcères calleux, scrofuleux, scorbutiques, cancéreux, etc.; les surfaces qui sont le siége d'hémorrhagie. Comme le chirurgien a constamment son crayon sous la main, il en use et il en abuse.

Pourquoi cet usage immodéré et quelquefois inconséquent de la pierre infernale?

Son peu d'altérabilité, comparée à beaucoup d'autres caustiques, sa consistance, la facilité qu'on trouve à en graduer les effets, la promptitude avec laquelle elle agit, la douleur faible et peu durable qu'excite son application; enfin, sa propriété non absorbable et son action bornée aux parties qui en sont touchées, sont les avantages qui justifient la préférence thérapeutique qu'on lui accorde dans les cas les plus divers et pour les indications les plus opposées.

Mais le nitrate d'argent a l'inconvénient d'être fragile et dur, de noircir les linges de pansement, d'altérer rapidement son étui, de faire saigner les tissus infiltrés de sang et éminemment vasculaires; enfin, *il ne cautérise pas*, il a pour seul but de modifier légèrement la vitalité des surfaces ulcérées.

Après avoir étudié l'action des caustiques sur nos tissus et avoir adopté la division physiologique des caustiques, en *caustiques coagulants* et en *caustiques fluidifiants*, je pense qu'il y a une réforme à introduire dans la trousse du chirurgien, et qu'il est indispensable d'y ajouter les deux types principaux :

1° Le chlorure de zinc, type du caustique hémostatique ou coagulant; 2° la potasse, type du caustique fluidifiant.

Il s'agissait, pour adopter l'emploi de ces deux caustiques puissants — le chlorure de zinc et la potasse —, de les rendre portatifs, à l'instar du crayon de nitrate d'argent.

Bien des essais ont été tentés dans ce but et n'ont abouti qu'à des résultats imparfaits.

Je suis parvenu, avec le concours de M. Robiquet, pharmacien, en associant la gutta-percha à ces caustiques, à leur donner la forme et la consistance nécessaires pour les renfermer dans un étui; je suis parvenu à faciliter et à régulariser l'action de ces caustiques en permettant leur exsudation à travers les pores de la gutta-percha.

Dorénavant on ne cautérisera plus les végétations fongueuses et saignantes de la même manière et avec le même caustique que le chancre induré; on ne touchera plus avec le même crayon la blépharite granuleuse et l'albugo de la cornée.

Dans les tissus indurés par suite du dépôt d'albumine, il faut se servir du caustique à la potasse pour fluidifier ce tissu durci.

Dans les végétations molles et fongueuses, s'il s'agit de réprimer ces chairs vasculaires et de coaguler l'albumine, c'est au chlorure de zinc qu'on doit recourir.

Conclusions. — 1° Il est important que la trousse du chirurgien soit pourvue de deux étuis *porte-caustiques*, l'un pour un caustique coagulant et l'autre pour un caustique fluidifiant;

2° Que le caustique coagulant soit un crayon au chlorure de zinc et le caustique fluidifiant un crayon à la potasse;

3° Ces deux caustiques déliquescents peuvent se mêler à la gutta-percha sans s'altérer, et se conserver intacts pendant longtemps;

4° L'usage de ces deux caustiques viendra remplacer dans la plupart des cas et d'une manière avantageuse celui du nitrate d'argent.

DE LA GLYCÉRINE

dans le traitement de la gale.

Nos lecteurs connaissent les modifications si importantes que M. Bazin d'abord et M. Hardy ensuite ont fait subir au traitement de la gale. M. le docteur Bourguignon a voulu, lui aussi, apporter une nouvelle modification au traitement de cette maladie, et il a tout naturellement songé à la glycérine.

Le nouveau topique qu'il a composé, d'une odeur agréable, moins douloureux que la pommade d'Helmerich, opère, après une seule friction générale non précédée de friction au savon, une guérison définitive. Sa formule est la suivante :

Jaunes d'œufs.	n° 2
Essence de lavande.	5 grammes
— de citron.	5 —
— de menthe.	5 —
— de girofle.	3 —
— de cannelle.	3 —
Gomme adragante.	2 —
Soufre bien broyé.	100 —
Glycérine.	200 —
	323 grammes.

Soit, en y comprenant les jaunes d'œufs, environ 350 grammes.

Mêlez intimement les essences aux jaunes d'œufs, ajoutez la gomme adragante, développez complétement le mucilage, puis versez par petites portions la glycérine et le soufre.

Puisque la glycérine l'emportait par ses avantages sur l'axonge sans coûter plus cher, il était rationnel d'en essayer l'emploi dans la préparation de la pommade des hôpitaux, et de constater l'efficacité de ce nouveau topique. C'est ce qu'a fait M. Bourguignon; il a soumis un grand nombre de malades au traitement par la pommade d'Helmerich ainsi modifiée, et a obtenu des guérisons aussi promptes et aussi définitives qu'avec le topique aux essences.

La formule de la pommade d'Helmerich à la glycérine est la suivante :

Gomme adragante.	1 gramme
Sous-carbonate de potasse. . . .	50 —
Soufre bien broyé.	100 —
Glycérine.	200 —
Essences de lavande, citron, menthe, girofle, cannelle; de chaque. . .	1 —
	356 grammes.

Faites un mucilage avec la gomme adragante et 30 grammes de glycérine, ajoutez le carbonate de potasse, mêlez jusqu'à dissolution, puis versez le soufre et la glycérine par petites portions. Aromatisez.

Cette nouvelle pommade d'Helmerich reviendrait, d'après l'estimation qu'en a faite M. Soubeiran, au même prix que la pommade en usage dans les hôpitaux, soit à 70 centimes les 350 grammes nécessaires à la guérison.

Ce topique, malgré l'augmentation notable du sous-carbonate de potasse et du soufre, est moins douloureux que la pommade sulfuro-alcaline, et il a sur cette dernière l'avantage de ne plus altérer les vêtements et d'avoir une odeur agréable.

Des enfants ont été traités à l'hôpital Sainte-Eugénie par les deux topiques formulés, comme des adultes l'avaient été à l'hôpital Saint-Louis.

M. Bourguignon pense que le traitement doit comprendre un bain simple ou savonneux pour les individus dont le corps n'est point dans un état de propreté convenable, puis deux frictions générales d'une demi-heure faites à douze heures d'intervalle, et suivies vingt-quatre heures après la dernière friction d'un bain de propreté non savonneux, la glycérine étant soluble dans l'eau. Pour les personnes qui veulent vaquer à leurs occupations journalières et tenir secret le traitement qui leur est imposé, il faut une friction le soir au moment du coucher, un bain le matin au lever, une seconde friction le soir du second jour, puis un second bain le surlendemain matin : soit deux frictions et deux bains en alternant à vingt-quatre heures d'intervalle, en commençant par la friction. Ce mode permet aux malades de n'être soumis à l'action du topique que pendant deux nuits consécutives, et de ne porter le jour aucune trace de médication.

Deux frictions sont conseillées, attendu que les malades, livrés à eux-mêmes, négligent trop facilement la recommandation qui leur est faite de se frictionner suivant une certaine méthode; il en est ainsi dans certains hôpitaux privés d'un personnel qui surveille le traitement, et voire même pour quelques médecins, qui oublient la nécessité de faire frictionner les mains vingt fois plus que les bras, par exemple; car sur cent parasites, quatre-vingts sont aux mains et vingt seulement aux parties génitales ou sur les autres régions du corps.

Les 350 grammes que donnent les formules suffisent aux deux frictions; la première doit absorber 200 grammes et la seconde 150 grammes.

— A l'occasion de ce traitement, communiqué à la Société de médecine, M. Vleminckx, président de l'Académie de médecine de Belgique, a publié une lettre dans laquelle il s'étonne que quelques médecins, et en particulier M. Bourguignon, demandent encore deux jours pour le traitement de la gale. C'est, suivant lui, *deux heures* seulement qui sont nécessaires; et cette conviction repose, pour lui, sur une expérience de plusieurs années. La méthode dont il fait usage, et dont l'emploi est généralisé dans toute l'armée belge, est la friction générale avec le savon noir; en même temps il soumet les vêtements des malades ou à une très-haute température (75 à 85° cent.) pendant une demi-heure, ou à la soufrure, ou à un dégagement de chlore pendant deux heures.

Depuis que l'on met ce traitement en usage, les salles de galeux sont supprimées dans les hôpitaux militaires et dans les infirmeries des prisons.

Voici la formule du traitement réglementaire prescrit pour l'armée :

1° Friction d'une demi-heure sur tout le corps, avec la quantité prescrite de savon noir;

2° Immédiatement après, bain simple d'une demi-heure, dans lequel les frictions sont continuées;

3° Au sortir du bain, frictions générales pendant une demi-heure avec le sulfure calcaire;

4° Lavage de tout le corps à l'eau tiède.

RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS DANS L'ÉTAT DE GESTATION.

Irréductibilité du déplacement. Mort du produit de la conception; élimination spontanée d'une partie de ses débris par le rectum. Guérison.

Par M. A. Guichard, médecin adjoint à l'Hôtel-Dieu de Troyes.

Une dame, dont la grossesse remontait à deux mois, fut affectée d'une rétroversion utérine. Douleurs vives, rétention des fèces et de l'urine. On essaye de réduire l'organe. La malade est placée au bord de son lit, sur les genoux, le siége élevé et soutenu par des aides. « Un doigt de la main gauche, introduit dans les voies génitales, atteint le col de l'utérus qui se trouve au-dessus de la branche horizontale du pubis; deux doigts de la main droite, introduits avec précaution dans le rectum, vont s'appuyer sur le bas-fond de l'utérus qu'on perçoit facilement à travers la paroi intestinale. Je m'efforce, par les manœuvres combinées qu'on fait en pareil cas, de réduire l'utérus; je n'obtiens rien. J'emploie la force, je ne réussis pas davantage. » Cette tentative infructueuse fut suivie, dans la soirée, de vomissements et de douleurs excessives; le facies était grippé, le pouls petit, défaillant. Un traitement convenable enraya ces symptômes; mais la malade conserva l'utérus rétroversé.

Un mois plus tard, vers la fin d'avril, il se déclara quelques douleurs suivies de l'évacuation d'un liquide semblable à celui de l'amnios, puis tout travail s'arrêta.

Vers la fin de juin, la pression sur l'anus avait diminué; l'abdomen paraissait moins développé. Evidemment la matrice avait cessé de s'accroître.

En août et septembre survient une diarrhée presque incoercible, qui se prolongea six semaines, puis elle cesse et est remplacée par un flux utérin très-fétide, ichoreux, qui dura huit jours. Après ces accidents, la malade put se remettre assez bien pour vaquer à ses occupations domestiques.

Au mois de décembre, après un effort fait en levant les bras au-dessus de sa tête, cette femme éprouva aussitôt une pesanteur anale et un ténesme pressant. Elle rend alors du pus avec un petit os; celui-ci fut suivi quelques jours plus tard de l'expulsion d'un coronal, d'une moitié de la mâchoire inférieure et d'un humérus. Après ces accidents, la guérison fut complète, et celle-ci ne s'était pas démentie depuis deux ans et demi.

CAS D'HYDROCÉPHALE EXTERNE

traité par des ponctions répétées et par le séton.

Par M. J. Grantham.

Nous rapprochons les deux faits suivants, qui montrent une fois de plus combien sont graves les opérations pratiquées pour des cas d'hydrocéphalie, et combien peu il faut compter sur les améliorations qui suivent l'opération.

Un enfant de sept mois, dont la tête était très-grosse, fut présenté à M. Grantham. On avait employé la compression et les contre-irritants, afin de diminuer le volume de la tête et de provoquer l'absorption. Cela fut inutile. M. Grantham pratiqua d'abord des ponctions fréquentes, ne tirant pas plus d'une ou deux onces de liquide dans chaque opération.

Après sept ponctions, voyant que le liquide se reformait chaque fois et que la tête ne diminuait pas de volume, l'auteur introduisit un séton sur le côté gauche du sinus longitudinal pour obtenir un écoulement graduel du liquide et pour exciter aussi l'inflammation de l'arachnoïde; ce qu'il obtint en effet : le liquide cessa de se former; la tête sembla diminuer de volume et les os du crâne parurent se rapprocher. Il retira alors le séton, et bien que la tête fût encore bien plus grosse qu'à l'état normal, il espérait cependant, s'il ne survenait pas de convulsions, que l'enfant pourrait être guéri, en supposant vraie la première opinion qu'il s'était formée, c'est-à-dire qu'il eût affaire à un cas d'hydrocéphale externe.

Le deuxième jour, après avoir retiré le séton, des spasmes se déclarèrent dans les pieds et dans les mains; la face se décolora, l'enfant dépérit; des convulsions survinrent, et le troisième jour l'enfant mourut.

A l'autopsie, il n'existait plus de liquide dans la membrane arachnoïde; la pie-mère était privée de sang, le cerveau et le cervelet étaient complétement atrophiés, les ventricules latéraux remplis d'un liquide pâle.

— Dans le second cas, qui appartient à M. Brown, le liquide se renouvelant toujours malgré les ponctions, ce chirurgien introduisit un séton à travers les membranes du cerveau. Au bout de trente-six heures, tremblement des muscles et menace de convulsions. Au bout de quarante-huit heures, l'enfant refusant la nourriture et la stupeur se déclarant, on retire le séton. Tous les symptômes cessèrent; la tête avait diminué beaucoup de volume et resta ainsi pendant quelques jours.

On se flattait d'obtenir la guérison, mais deux ou trois jours après des signes évidents de sécrétion nouvelle se manifestèrent, et douze jours après on ponctionna la tête pour la dernière fois. L'enfant mourut.

A l'autopsie, on reconnut que le liquide existait dans les ventricules du cerveau. L'auteur pense que, s'il eût existé seulement dans les membranes du cerveau, les chances de succès auraient été bien plus grandes.

OBLITÉRATION COMPLÈTE

par adhérence des parois du vagin chez une femme âgée.

Par M. Saurel.

Ce fait, fort bien observé et raconté par M. le docteur Saurel, offre un vif intérêt pour la pathologie des membranes muqueuses, et présente une nouvelle variété de ces oblitérations vaginales complètes dont la science offre peu d'exemples authentiquement constatés.

Obs. — En examinant une femme de soixante et un ans, qui était venue pour le consulter sur une irritation des voies urinaires, M. Saurel reconnut que le vagin ne subsistait, chez elle, que dans l'étendue de quelques lignes. Au delà, les parois antérieure et postérieure de ce conduit adhéraient ensemble, non d'une manière régulière, mais comme si on l'eût intercepté au moyen d'un lien circulaire. Ni le doigt ni une sonde, même très-ténue, ne purent découvrir le moindre passage pour pénétrer plus avant.

Aucune inflammation apparente, aucune douleur durant ces manœuvres n'indiquaient une altération de date récente.

Cette femme a eu sept enfants, le dernier il y a dix-neuf ans. Son mari, homme des plus salaces, lui a communiqué un chancre il y a vingt-sept ans, et depuis lors plusieurs blennorrhagies. Il n'a jamais cessé d'avoir des rapports avec elle. Il est donc très-probable que c'est sous l'influence de phlegmasies réitérées et de distensions incessantes que la muqueuse est devenue le siége de modifications pathologiques

qui lui ont permis de se prêter à un travail d'agglutination réciproque de ses parois.

En poussant le doigt avec une certaine force dans le cul-de-sac vaginal, M. Saurel put déchirer quelques-unes de ces adhérences, et il provoqua un léger écoulement sanguin. Il aurait pu, en persévérant, espérer de rétablir la perméabilité du canal ; mais, vu l'âge de la malade, qui d'ailleurs n'en faisait point la demande, il ne jugea pas à propos de donner suite à ce projet.

(*Revue thérapeutique du Midi.*)

CURE RADICALE D'UNE ÉNORME HYDROCÈLE.

Par M. GRASSI.

Paolo di Georgio, cordonnier, âgé de trente ans, présentait une grosse tumeur scrotale de 18 pouces de diamètre de travers environ et s'étendant jusqu'au niveau des genoux. Sa surface, excoriée dans certains endroits, avait un certain degré d'élasticité avec sentiment de fluctuation ; elle n'offrait pas de transparence. Le pénis était entièrement caché. On ne pouvait sentir le testicule à travers les parois épaissies de la tumeur. M. Grassi diagnostiqua sans difficulté une hydrocèle, et prenant en considération toutes les circonstances du cas, il résolut de faire une opération semblable à celle qu'il avait souvent pratiquée auparavant dans des cas d'éléphantiasis du scrotum.

Afin de reconnaître la position des testicules et d'éviter de les blesser, il évacua d'abord le liquide; il en sortit quinze livres de sérosité limpide. On reconnut que les testicules se trouvaient tout près des anneaux inguinaux. L'injection iodée, qu'on essaya d'abord, n'eut aucun résultat, le fluide s'étant reproduit bientôt après.

Le docteur Grassi fit alors l'opération suivante :

Le patient fut placé comme pour l'opération de la lithotomie. Avec un bistouri à double tranchant, il forma deux lambeaux chacun de 3 pouces environ, l'un à droite, l'autre à gauche de la tumeur, en partant de la racine du pénis vers le périnée. Un lambeau triangulaire fut taillé à la racine du périnée, et la masse fut enlevée par un coup de bistouri.

Cela fut fait en une minute et demie. Deux petites artères seulement exigèrent la ligature. Les testicules furent alors visibles. Le droit était un peu atrophié. Les lambeaux furent rapprochés et réunis par dix à douze sutures; des emplâtres et des compresses furent appliqués, et le tout soutenu par un suspensoir.

Au bout de quarante-huit heures, une grande partie de la plaie était réunie par première intention. Le douzième jour la dernière ligature tomba, et trente-trois jours après le malade était déclaré guéri. Le vingt-cinquième jour même, dit le docteur Grassi, le malade « *fu in grado di soddisfacere ai piaceri matrimoniali.* » La partie enlevée pesait huit livres.

(*Medical Times and Gazette.*)

ULCÈRES..

Onguent à la chaux de Spender et bandage roulé.

M. Paterson rapporte qu'il a observé 125 cas d'ulcères chroniques non spécifiques de la jambe, qui ont été traités avec l'onguent à la chaux de Spender et le bandage roulé ; la guérison a été rapide et parfaite.

La formule qu'il préfère est celle-ci :

Chaux préparée.	1	kilogramme.
Saindoux frais.	150	grammes.
Huile d'olive.	45	—

Après avoir fait chauffer l'huile et le saindoux, on ajoute graduellement la chaux réduite en poudre fine. Une fois l'onguent et le bandage roulé placés, on abandonne le tout jusqu'à ce que la cicatrice soit formée.

(*The medical Examiner.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 janvier 1856. — Présidence de M. BUSSY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies. — M. le ministre du commerce transmet :

1° Le rapport final de M. Dusouil sur une épidémie de choléra qui a régné dans l'arrondissement de Melle (Deux-Sèvres) en 1854 (commission du choléra);

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Lozère en 1854 ;

3° Les rapports des médecins des épidémies pour les arrondissements de Lyon et de Villefranche sur les épidémies qui ont régné en 1854 dans ces arrondissements ;

4° Une notice de M. le docteur Valat (de Montpellier) sur une épidémie de choléra qui a sévi à Autun (Saône-et-Loire) en octobre 1855 (commission des épidémies) ;

5° Une note de M. le docteur Fiévet, ex-médecin militaire, sur un mode de traitement qu'il emploie contre le choléra ;

Fièvres intermittentes. — 6° Un mémoire sur le traitement des fièvres intermittentes par M. Roubaud, médecin à Visan (Vaucluse) [commission des remèdes secrets et nouveaux] ;

Eaux minérales. — 7° Une demande d'avis sur la source des Dames, située à Casset, près Vichy ;

8° Une demande semblable relative à l'exploitation de trois sources minérales situées à Barbazan (Haute-Garonne). [Commission des eaux minérales.]

— Le même ministre informe l'Académie que, conformément aux conclusions du rapport adoptées dans les séances des 20 et 24 novembre 1855, il met à la disposition de l'Académie cinq médailles d'argent et cinq médailles de bronze pour les médecins qui se sont le plus distingués dans le service des épidémies de 1854.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Candidatures. — MM. Grassi, Robiquet et Langlais demandent à être inscrits sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de chimie et de physique médicales. (Renvoi à la section.)

— L'Académie reçoit une lettre qui lui annonce la mort de M. le docteur Rétif, correspondant à Sens.

RAPPORT.

Appareil concentrateur. — M. Bouchardat lit, au nom d'une commission, un rapport sur un mémoire de M. Laurent, pharmacien, sur la préparation de divers médicaments à l'aide d'un nouvel appareil pour la concentration dans le vide, présenté par MM. Laurent et Egrot fils, constructeur.

Cet appareil est particulièrement utilisé pour la préparation des extraits, des eaux distillées, des alcoolats, et pour la rectification et la purification des alcools. On en obtient aussi sous forme d'extrait les dissolutions extractives aqueuses qui forment la base des sirops préparés avec ces liqueurs extractives. Enfin cet appareil sert également pour la fabrication des eaux distillées, etc.

Dans la conviction que l'appareil de MM. Laurent et Egrot pourra être utile aux pharmaciens, la commission propose de remercier M. Laurent de son intéressante communication. (Adopté.)

LECTURES.

Action des alcalis sur le sucre dans l'économie animale. — M. Poggiale lit un mémoire ayant pour titre : *Action des alcalis sur le sucre dans l'économie animale.*

Le sang étant toujours alcalin, on a supposé que dans l'organisme, comme en dehors de l'économie, le glucose est détruit par les alcalis, et que, lorsque la proportion de ceux-ci n'est pas suffisante, il apparaît dans les urines et cause le diabète.

La théorie de la destruction du sucre par les alcalis se rattachant à une affection extrêmement grave, le diabète, et aux moyens thérapeutiques qui ont été proposés pour la combattre, M. Poggiale a institué une série d'expériences pour vérifier ce fait, qui aurait une haute importance s'il était exact.

Il a fait de nombreuses expériences sur les animaux nourris tantôt avec de la viande, tantôt avec des aliments féculents ou sucrés additionnés de bicarbonate de soude, de manière à rendre les urines très-alcalines. Dans chaque expérience il a déterminé avec soin la proportion de sucre contenue dans le foie et dans le sang recueilli dans diverses parties de l'économie.

M. Bernard a démontré par de nombreuses expériences que la digestion exerce une grande influence sur la production du sucre dans le foie et sur la proportion de ce principe dans les diverses parties de l'organisme. On pouvait prévoir, d'après les oscillations physiologiques de ce phénomène, si bien étudiées par M. Bernard, que le sang des animaux soumis à l'action du bicarbonate de soude, recueilli longtemps après le repas, fournirait beaucoup moins de sucre. C'est ce que la première série d'expériences instituées par M. Poggiale a confirmé.

La deuxième série d'expériences démontre que le sucre peut exister dans le sang et dans les urines, même en présence des alcalis; elles font voir également, comme M. Bernard l'avait déjà prouvé, que le foie et le sang des animaux nourris avec des matières féculentes ou sucrées ont donné des proportions de sucre qui s'éloignent peu les unes des autres. Il n'existe donc pas de rapport direct, comme on l'a cru, entre la nature des aliments et la quantité de sucre contenue dans l'organisme.

De la troisième série d'expériences il résulte que les alcalis du sang ne favorisent pas l'oxydation du sucre.

Enfin, une quatrième série permet d'affirmer que dans le laboratoire comme dans l'organisme, les carbonates alcalins n'agissent pas sur le glucose, et qu'il faut élever la température du mélange à 95 degrés pour que l'action ait lieu.

Application des expériences précédentes au diabète. — Suivant quelques observateurs, si le sang perd par une cause quelconque ses propriétés alcalines, le sucre, n'étant pas brûlé, passe dans les urines : d'où l'indication thérapeutique de rétablir l'état normal des liquides animaux en introduisant dans l'organisme les alcalis qui lui manquent. Les faits consignés dans ce mémoire ne nous permettent pas, ajoute M. Poggiale, d'adopter cette théorie, qui ne repose que sur des analogies. Nous avons vu, en effet, dans les nombreuses expériences que nous avons exécutées qu'en augmentant considérablement l'alcalinité du sang le sucre ne diminue pas, et que la proportion de ce principe peut s'élever à 7 pour 1,000 dans les urines alcalines, lorsqu'on nourrit les animaux avec des aliments féculents ou sucrés additionnés de bicarbonate de soude.

Nous avons démontré aussi, avec MM. Bernard et Lehmann, qu'en injectant dans la veine jugulaire d'un lapin une solution de sucre et de bicarbonate de soude, on retrouve dans les urines autant de sucre que lorsque l'injection se fait avec une dissolution sucrée seulement. Enfin, nous avons prouvé par des faits irrécusables que, même en dehors de l'économie animale, les carbonates alcalins n'agissent pas sur le glucose au-dessous de 95°, et qu'à cette température il éprouve si lentement les métamorphoses qui le convertissent en eau et en acide carbonique qu'on trouve encore dans la liqueur beaucoup de sucre après une ébullition longtemps prolongée.

Ainsi, en admettant que l'action des carbonates alcalins sur le glucose soit dans l'organisme analogue à celle qui s'opère dans le laboratoire, que cette action soit dans les deux cas soumise aux mêmes lois chimiques, il résulte de mes expériences qu'elle ne peut pas s'effectuer dans le sang dont la température ne dépasse pas 37°.

Les recherches de MM. Lehmann et Bouchardat sur le sang des diabétiques et de MM. Bernard et Reynoso sur la production du diabète artificiel donnent un puissant appui à cette conclusion. Dans les expériences de ces physiologistes, la quantité d'alcali n'est ni augmentée ni diminuée, et le glucose ne passe pas dans les urines par l'insuffisance des carbonates alcalins. Ce phénomène est dû plutôt à une oxydation incomplète du sucre déterminée par une lésion du système nerveux.

Leucémie. — M. Blache lit un travail sur la leucémie, et rapporte un fait de leucémie splénique, à forme hémorrhagique, qu'il a eu l'occasion d'observer récemment dans son service. (Nous publierons un extrait de cette observation dans un prochain numéro.)

Après quelques observations faites à ce sujet par MM. Caventou, Lecanu, Gibert et Guérard, et sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir, l'Académie se forme en comité secret à quatre heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Auguste Millet, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Tours, vient d'être nommé chevalier de l'ordre de Léopold de Belgique.

— M. Fuchs, professeur de clinique médicale à Gœttingue, et auteur de deux grands ouvrages sur la pathologie interne et sur la dermatologie, vient de mourir dans cette ville. Ceux qui ont connu le savant professeur, soit personnellement, soit par ses ouvrages, regretteront avec nous une mort aussi prématurée. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

— Le sixième prix triennal de trois cents livres (7,500 fr.), fondé par sir Astley Cooper, sera décerné à l'auteur du meilleur essai ou traité *sur la structure et les fonctions de la glande thyroïde.*

La condition exprimée par le testateur est « que les mémoires écrits en vue d'obtenir ce prix contiendront des expériences et des observations originales inédites, et qu'ils seront, autant que le sujet le comportera, illustrés par des pièces anatomiques et des dessins, lesquels appartiendront au musée de l'hôpital de Guy, et deviendront, comme l'ouvrage lui-même, la propriété exclusive dudit hôpital.

Ces mémoires, écrits en anglais, ou, s'ils sont écrits en une autre langue, accompagnés d'une traduction anglaise, devront être envoyés, avant le 1er janvier 1859, à l'adresse des médecins et chirurgiens de l'hôpital de Guy, à Londres. Ils devront porter une devise, et être accompagnés d'un pli cacheté contenant le nom et l'adresse de l'auteur. Ceux qui n'auront pas obtenu le prix, ainsi que les pièces anatomiques et les dessins, resteront déposés au musée de l'hôpital de Guy jusqu'à ce qu'ils soient été réclamés par leurs auteurs.

— La librairie de J.-G. Calve, à Prague, est chargée d'offrir un prix de la valeur de 1,400 francs pour le meilleur mémoire examinant d'une manière critique et raisonnée une série de propositions sur la cause, la nature, le traitement, les préservatifs du *choléra* et sur l'acclimatement progressif du choléra-miasme, tirées d'un ouvrage (publié en allemand) par M. le docteur C.-J. Heidler, médecin des eaux de Marienbad. Cet ouvrage est intitulé *Versuches eines neuen empirischen Begründung der Cholera-Wissenschaft* (Essai de fonder une nouvelle science du choléra, basée sur l'empirisme).

Les médecins ou savants qui voudront concourir pour ce prix trouveront un programme détaillé indiquant les propositions en question et les conditions plus particulières du prix à ladite librairie.

Les mémoires, écrits en français, anglais, allemand ou italien, doivent être adressés avant la fin du mois de juillet 1856.

— Dans un des derniers numéros de 1855 a été publié un article où il était dit que les eaux du mont Dore transportées ne produisaient aucun résultat avantageux. M. Brosson, concessionnaire de ces eaux, nous adresse une réclamation que nous nous faisons un plaisir d'accueillir, et nous prie de rectifier ce que cette opinion a d'inexact. Nombre de personnes, nous dit-il, ont fait avec profit un usage exclusif des eaux du mont Dore transportées, surtout contre les affections catarrhales des bronches.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Beroud, né à Lyon (Rhône) ; *De la névralgie dorso-intercostale.*

Ledo, né à Sault-Chevreuil (Manche) ; *De l'expectoration dans la pneumonie.*

Boscredon, né à Castel-Sarrazin (Tarn-et-Garonne) ; *Hémorrhagie méningée spinale.*

Charrier, né à Paris (Seine) ; *De la fièvre puerpérale ; épidémie observée en 1854 à la Maternité de Paris.*

Bruneau, né à Marmande (Lot-et-Garonne) ; *Des fistules urinaires urétrales chez l'homme.*

Vermont, né à Mont-Saint-Vincent (Saône-et-Loire) ; *Recherches pour servir à l'étude de quelques tumeurs des doigts.*

Bucquoy, né à Péronne (Somme) ; *Du purpura hemorrhagica idiopathique ou maladie tachetée hémorrhagique de Werlhoff.*

Frémineau, né à Paris (Seine) ; *Propositions médicales.*

Robin, né à Gevrey-Chambertin (Côte-d'Or) ; *De la chlorose.*

Fayel-Deslongrais, né à Caen (Calvados) ; *N'a pas la syphilis qui veut ! Comment et pourquoi ?*

Turner, né à Saint-Amand-de-Nouère (Charente) ; *De l'atrophie partielle ou unilatérale du cervelet, de la moelle allongée et de la moelle épinière, consécutive aux destructions avec atrophie des hémisphères du cerveau.*

Judée, né à Rennes (Ille-et-Vilaine) ; *Du délire aigu.*

Tertrais, né à Château-Gontier (Mayenne) ; *De l'anémie.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez Aug. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères. Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique, par le docteur A. RACIBORSKI. — Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

De la kératite et de ses suites, par M. le docteur CASTORANI, chef de clinique du dispensaire ophthalmologique de M. Desmarres. Un volume in-8° de 156 pages. Prix : 3 fr. — Paris, chez Germer Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Esculape et Thémis, ou les Dentistes au dix-neuvième siècle ; par HÉNOQUE, docteur en médecine de la Faculté de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, etc., médecin-dentiste. Brochure in-8°. Prix : 1 fr. — Chez Coulon-Pineau, libraire, au Palais-Royal, et chez l'auteur, rue Saint-Honoré, 361.

Le Gérant,
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladie de la moelle (induration générale avec ramollissement partiel dans l'espace compris entre la troisième et la sixième vertèbre dorsale) qui ne s'est révélée pendant la vie que par une paralysie du mouvement des membres supérieurs.

M. Laboulbène a communiqué à la Société médicale des hôpitaux une observation très-curieuse d'induration générale de la moelle avec ramollissement partiel de la région dorsale, qu'il a recueillie dans le service de M. Rayer, à la Charité. Cette observation soulève une foule de points qui se rattachent à l'histoire encore si obscure de la pathologie et de la physiologie de la moelle. Il nous suffira d'en reproduire ici les principaux traits pour justifier les considérations qui suivront.

Un homme âgé de quarante-quatre ans, d'une constitution robuste et d'une grande force musculaire, issu d'une famille dans laquelle il n'y a aucune maladie héréditaire, et ayant toujours vécu dans de bonnes conditions hygiéniques, s'aperçut, il y a une douzaine d'années, après des excès de travail répétés et des veilles prolongées qu'il perdait l'appétit. Sa force musculaire, très-grande jusque-là, commença à décliner.

Il éprouva peu après des maux de reins, les urines étaient quelquefois difficilement rendues, les aliments pesaient sur l'estomac pendant cinq ou six heures après le repas et il les vomissait quelquefois indigérés. Continuant néanmoins à travailler, il éprouva par la suite, à diverses reprises, quelques douleurs dans la région lombaire, des crampes dans les jambes; le sommeil devint léger, moins prolongé. Il était souvent réveillé par des fourmillements sous la plante des pieds. Enfin il éprouva des douleurs de tête avec affaiblissement de la mémoire.

Cinq ou six années après ces débuts, en 1849, il entra à la Maison de santé pour une affection caractérisée par des douleurs de tête, des migraines, un affaiblissement de la mémoire, des douleurs dans les jambes, parfois accompagnées de crampes, de la constipation et de temps en temps de difficultés à rendre ses urines. Il sortit au bout de peu de temps très-amélioré, bien qu'il ne lui eût été fait aucune médication active.

Deux ans plus tard, en août et septembre 1851, il ressentit un peu d'affaiblissement dans le bras droit. Cet état dura pendant tout l'hiver de 1851-1852; puis la force revint dans ce membre d'une manière à peu près complète dans le courant de l'été.

En octobre 1853, nouvel affaiblissement du membre thoracique droit, croissant à mesure que le froid devenait plus intense. Bientôt le bras gauche s'affaiblit à son tour.

Au 1er janvier 1854, la paralysie des deux bras devint tout à fait évidente. Le malade ne pouvait plus les remuer volontairement; ils étaient le siége de fourmillements et de crampes. Les jambes s'affaiblirent aussi, mais pas au point de ne pouvoir exécuter des mouvements volontaires. C'est alors qu'il commença à s'aliter. Il se manifesta aussi à cette époque un peu de dysphagie.

Cet état persistant, du moins en ce qui concerne la paralysie des membres supérieurs, cet homme se présenta à la Charité le 15 mars de cette même année (1854). Voici l'état qui fut constaté à cette époque :

Les deux membres immobilisés et pendant le long du tronc sont atrophiés. Lorsqu'on les soulève, ils retombent sans opposer la moindre résistance. Tous les muscles de l'épaule sont notablement atrophiés. Les muscles thoraciques ne paraissent pas avoir diminué de volume, non plus que ceux des membres inférieurs.

L'exploration électrique fournit les renseignements suivants :

Les deux deltoïdes ne présentent plus qu'une mince couche musculaire, se contractant à peine sous l'influence de l'électricité.

Les muscles du bras, mous, flasques, d'un petit volume, sans relief, sont contractiles des deux côtés.

Les muscles de l'avant-bras, atrophiés surtout dans leur partie postérieure et externe, ne se contractent pas dans ces deux dernières régions sous l'influence du courant électrique le plus fort.

Les inter-osseux de la main sont généralement atrophiés, ainsi que les muscles des éminences thénar et hypothénar.

Les deux mains sont pendantes comme celles des malades atteints de paralysie saturnine. Les doigts sont dans une demi-flexion habituelle, mais sans contracture; ils ne peuvent s'étendre complétement. La flexion est possible, mais elle se fait avec très-peu de force.

La flexion et l'extension de l'avant-bras ont lieu, mais incomplétement.

Les mouvements des membres inférieurs sont libres et étendus comme à l'état normal.

Il n'y a ni abolition ni diminution de la sensibilité dans aucun point du corps, pas plus aux membres supérieurs qu'ailleurs.

On porte pour diagnostic : *affection de la moelle épinière*, sans oser préciser la nature ni le siége exact du mal.

Le malade est traité par l'application du galvanisme, les bains sulfureux et l'iodure de potassium à l'intérieur.

Sous l'influence de ces moyens, et plus particulièrement du galvanisme, qui seul a été employé d'une manière régulière et continue, il survient une amélioration marquée. Les muscles des bras se contractent de mieux en mieux sous l'influence de l'excitation électrique, et au bout de quelque temps le malade peut exécuter volontairement des mouvements qui étaient auparavant impossibles.

Cette amélioration allant croissant, le malade sort de l'hôpital vers le milieu du mois de juin, mais pour y entrer de nouveau quatre mois après, le 16 octobre. Depuis dix jours, il lui était survenu des douleurs et des fourmillements le long de la colonne vertébrale.

Vers la fin de ce mois, le malade s'est considérablement affaibli; il éprouve de la faiblesse dans les membres inférieurs; il peut néanmoins se soutenir et marcher; les membres supérieurs sont tout à fait immobiles; la sensibilité est toujours intacte partout. L'appétit se perd. La respiration devient fréquente et gênée sans que l'auscultation révèle aucune lésion du poumon ni du cœur. Le pouls est plein, fréquent et mou.

Le 2 novembre, la respiration s'embarrasse de plus en plus, et le malade succombe le 3 à trois heures du matin. Il avait pu marcher, en se faisant aider, jusqu'au 1er novembre dans la soirée, c'est-à-dire l'avant-veille de sa mort.

A l'autopsie, on trouve le tissu de la moelle très-manifestement induré depuis la moelle allongée jusqu'au niveau de la troisième vertèbre dorsale, et depuis la sixième dorsale jusqu'à la queue de cheval. L'axe rachidien était aussi un peu hypertrophié. Comparé à l'axe rachidien d'un sujet de même taille, il a été trouvé un peu plus volumineux.

Le tissu propre de la moelle était lisse, luisant à la coupe, peu vasculaire, dur, difficile à écraser. La substance grise était ellemême un peu plus ferme que celle de la moelle, qui servait de terme de comparaison; sa coloration était normale. Les racines antérieures et postérieures n'avaient subi aucune altération.

Dans l'espace compris entre la troisième et la sixième vertèbres dorsales, le tissu nerveux médullaire était ramolli, pultacé, ressemblant à une bouillie blanchâtre, un peu rosée, un peu piquetée en quelques points. Sous l'eau, la majeure partie se détachait et formait une émulsion grossière. Mais ce genre d'altération paraissait borné à la substance blanche; la substance grise avait conservé sa consistance normale, elle restait cohérente sous l'eau.

Les nerfs des membres supérieurs, disséqués avec soin, n'ont montré aucune altération appréciable ni à l'œil nu ni au microscope.

Les muscles des bras atrophiés ne renfermaient point de graisse dans leurs faisceaux.

Le cerveau, ainsi que les autres viscères, n'ont offert aucune trace de lésion.

Nous avons dit que cette observation soulevait plusieurs questions intéressantes; elle soulève, en effet, des questions de pathologie, de physiologie et de thérapeutique. Nous allons rapidement passer en revue les diverses considérations auxquelles elle peut donner lieu.

Nous constaterons d'abord, avec M. Laboulbène, que sous le point de vue anatomo-pathologique les résultats de cette autopsie accroissent encore l'obscurité qui règne sur la pathologie de la moelle. L'hypertrophie est-elle primitive, c'est-à-dire résulte-t-elle d'un travail propre d'induration, ou bien l'induration n'est-elle que le résultat d'un ramollissement antérieur, son mode particulier d'é-

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle, précédé d'un *Précis sur l'hygiène et l'éducation physique des jeunes enfants;* par M. le docteur E. BOUCHUT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie (1).

Lorsqu'un ouvrage arrive dans un très-court espace de temps à sa troisième édition, il n'aurait réellement pas besoin d'être analysé et apprécié; l'éloquence du succès devrait suffire. Mais de nombreux changements survenus, d'importantes additions et un remaniement presque complet venant à faire d'un livre très-connu un livre nouveau, il appartient au compte rendu d'esquisser les traits les plus saillants de cette primeur bibliographique.

Les maladies des enfants à la mamelle sont, en général, à peine étudiées, et rien n'explique comment il peut se faire que l'enseignement officiel ne traite qu'accessoirement les questions relatives aux nouveau-nés. C'est un grand tort; car, interrogez les médecins un peu répandus, ils vous diront tous que le tiers de leur clientèle se compose d'enfants. Il est d'autant plus nécessaire d'étudier les maladies spéciales dont sont atteints ces petits êtres, que, très riches en pathologie, ils ont encore en partage, outre le tribut morbide qui leur est inhérent, un grand nombre d'affections d'adultes et de vieillards.

La science, à cet endroit, est d'une désespérante stérilité, vous disent fièrement certains esprits forts, espérant, par cette excuse, sortir d'embarras. D'abord, c'est une erreur, et j'espère bien le prouver dans un instant; mais alors même qu'il en serait ainsi, cela légitimerait-il votre insouciance? En médecine, quand quelque chose est à faire, chacun doit se mettre à l'œuvre et apporter à la construction de l'édifice sa part contributive. Lorsque tous les matériaux sont fournis par l'observation et l'expérience, ils passent par deux tamis : la presse et la tribune académique. Là ils sont examinés, pesés, discutés, et du choc des idées jaillit la lumière. Il n'est personne qui, en pareil cas, doive s'abstenir.

Parmi les nombreuses publications qui viennent chaque jour enrichir nos bibliothèques, un livre s'est particulièrement fait distinguer, à cause de sa grande utilité pratique, c'est le *Traité des maladies des nouveau-nés*.

Observateur soigneux, travailleur infatigable, M. Bouchut, ancien interne de M. le professeur Trousseau, a su très-bien mettre à profit les précieux enseignements de son habile maître; aussi, en s'engageant dans la spécialité des affections de la première enfance, pouvait-il compter d'avance sur un légitime succès, qui ne lui a point fait défaut. Placé aujourd'hui à la tête d'un important service d'enfants, il invoque à juste titre sa propre expérience, et son livre témoigne du progrès qu'il a fait faire à cette partie de la science.

L'ouvrage de M. le docteur Bouchut peut se diviser en trois parties bien distinctes :

1° L'hygiène et l'éducation physique de la première enfance;

2° La pathologie générale de ce même âge;

3° La pathologie médico-chirurgicale.

L'auteur envisage avec une attention très-scrupuleuse toutes les précautions à prendre pendant la grossesse dans l'intérêt des enfants, puis il énumère les soins qu'il convient de leur donner après la naissance, aborde ensuite l'épineuse question de l'allaitement (maternel, par les nourrices ou artificiel), mentionne les belles recherches sur le lait de MM. Becquerel et Vernois, et décrit, avec une minutie du plus grand intérêt, tout ce qui a rapport aux habitudes, à l'exercice, au sommeil, aux vêtements et à la toilette des enfants.

D'après l'auteur, l'enfant doit être présenté au sein de sa mère dès les premières heures qui suivent l'accouchement, et c'est là, suivant M. Bouchut, un précepte d'une considérable importance. A moins de circonstances spéciales, telle qu'une maladie grave de la mère et de la nourrice, l'allaitement ne doit pas être interrompu avant l'âge de douze ou de dix-huit mois. Ce serait vouloir porter un grave préjudice à l'enfant que de le sevrer trop tôt; d'abord parce que son développement éprouve un moment d'arrêt, ensuite parce que ses organes ne sont pas assez habitués à l'excitation des aliments qu'on pourra lui donner, sans qu'il en résulte des accidents plus ou moins sérieux; enfin, parce que, au moment de l'évolution dentaire, le sein est une grande consolation pour les enfants, qui s'y attachent avec ardeur, et y trouvent un grand soulagement à leur souffrance. Il faut attendre que le travail de la dentition soit fort avancé ou presque terminé; par conséquent, l'époque du sevrage doit être fixée à l'âge de douze ou de dix-huit mois.

Il nous a semblé que M. Bouchut n'avait point suffisamment insisté sur les immenses avantages de l'allaitement par la mère. « Point de » mère, point d'enfant. Entre eux les devoirs sont réciproques, et, » s'ils sont mal remplis d'un côté, ils seront négligés de l'autre. » Ces paroles du philosophe de Genève donnent beaucoup à penser, quand on voit de nos jours tant de jeunes femmes, nourrices excellentes, abandonner à des mains mercenaires une tâche si fertile en jouissances. A ce propos, il me revient en mémoire ce fait observé par Sœmmering et rapporté par M. le professeur Andral dans ses leçons orales : c'est que le lait d'une femme qui nourrissait sans inconvénient ses pro-

(1) Paris, J.-B. Baillière. 3e édition, 1855.

volution, peut-être l'expression d'un effort naturel de guérison? Questions qu'on ne peut que poser sans les résoudre, et sur lesquelles M. Laboulbène a gardé une réserve que nous approuvons.

Mais une question plus embarrassante encore est celle-ci : est-ce par l'induration de la moelle qu'il faut chercher à expliquer la paralysie des membres supérieurs? Mais dans ce cas, pourquoi les membres inférieurs étaient-ils intacts, l'induration occupant toute la portion inférieure de la moelle? Est-ce dans le ramollissement de la moelle qu'il faut chercher la cause de cette paralysie? Cela serait admissible si ce ramollissement avait eu son siége dans la région cervicale. Mais comment s'expliquer la paralysie des membres supérieurs par un ramollissement qui siége entre les troisième et sixième vertèbres dorsales?

D'un autre côté, comment se rendre compte par les lésions constatées de la mort rapide de cet homme, dont les fonctions générales, quelques jours avant, étaient toutes intactes, et de la gêne extrême de la respiration, qui a précédé et amené ce résultat fatal? Incertitude et obscurité sur tous les points.

Malgré cette incertitude et cette obscurité, ou plutôt à cause d'elles, le fait n'en est pas moins intéressant, ne fût-ce que pour nous apprendre à nous défier de nos connaissances sur cette partie encore si peu avancée de la pathologie.

Sous le point de vue physiologique, cette observation donne quelques résultats un peu plus satisfaisants, en ce qu'ils tendraient à confirmer une proposition récemment émise par un de nos plus habiles expérimentateurs. On connaît les expériences à l'aide desquelles M. Brown-Séquard a établi que la sensibilité n'était point transmise au cerveau par les cordons postérieurs de la moelle, comme on l'avait cru jusqu'ici, mais bien par la substance grise. Or, dans le fait que nous venons de rapporter, et où l'on a vu la sensibilité constamment intacte pendant toute la durée de la maladie, la substance grise a été trouvée saine, la substance blanche étant seule altérée dans toute son épaisseur et dans toutes ses parties. Ajoutons que ce n'est pas seulement la sensibilité générale qui a été reconnue intacte, mais la sensibilité dans tous ses modes et avec toutes ses modifications, c'est-à-dire la sensibilité tactile, la sensibilité au chatouillement, à la douleur, la sensation de température, de pesanteur, etc., ainsi que cela résulte des explorations faites et rapportées avec un soin extrême par M. Laboulbène.

Une deuxième question ressortait naturellement de cette observation. M. Laboulbène l'a soulevée et examinée avec beaucoup de sagacité, quoique très-brièvement. Ce malade aurait-il pu guérir et par quel moyen?

Dans la pensée que le ramollissement dorsal pourrait n'avoir été qu'un des phénomènes ultimes de la maladie et que c'est à cette lésion d'origine récente qu'a été due la mort, M. Laboulbène, considérant l'amélioration survenue pendant le traitement, incline à croire que, nonobstant l'induration de la moelle, il eût été possible d'entretenir chez ce sujet l'amélioration obtenue, et de l'accroître même au point de récupérer la liberté des mouvements altérés en nourrissant en quelque sorte par l'excitation électrique les muscles atrophiés.

De la vératrine dans la pneumonie et le rhumatisme articulaire aigu.

La communication des essais thérapeutiques tentés sous nos yeux a ce double avantage de tenir nos lecteurs au courant de ce qui se passe dans les hôpitaux de Paris, et de provoquer en retour, de leur part, le résultat de leur expérience personnelle, qui, soit qu'il confirme ou qu'il infirme les premiers essais, apporte toujours un contingent utile pour la solution de ces questions essentiellement pratiques.

Depuis la publication des premières recherches sur l'action thérapeutique de la vératrine, nous avons eu déjà l'occasion de faire connaître les résultats constatés par plusieurs de nos confrères des départements sur ce point. Nous trouvons aujourd'hui dans les comptes rendus des travaux d'une société médicale des faits qui prouvent avec quel empressement nos confrères cherchent en général à fixer leur opinion.

M. le docteur Trapenard a communiqué à la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat la relation de trois observations qui nous paraissent offrir de l'intérêt sous ce rapport.

La première est relative à un cas de pneumonie.

Un sujet âgé de douze ans ayant été exposé à l'action prolongée du vent du nord, fut pris dans la matinée du jour suivant de frissons intenses, bientôt suivis d'une chaleur fébrile très-prononcée et de céphalalgie. Un premier médecin appelé, ne constatant encore rien à l'auscultation, fait appliquer trois sangsues au-dessus de chaque clavicule, plutôt en vue de la céphalalgie que de quelques râles muqueux peu importants.

Mais deux jours après M. Trapenard, adjoint à son confrère, constate, avec les symptômes fébriles généraux ci-dessus énoncés, une respiration très-fréquente, un peu de toux, peu d'expectoration, mais une douleur au côté gauche de la poitrine. L'auscultation fait reconnaître du râle crépitant au-dessus du sein du même côté, très-serré en arrière, au tiers moyen du poumon; souffle bronchique; bronchophonie aux fosses sus et sous-épineuses; respiration à peu près normale au sommet et à la base du poumon.

En raison de l'âge et de l'état dynamique du malade et aussi de la période de l'affection, on vit là une indication de l'emploi de la vératrine. Cependant, la science n'étant pas définitivement fixée sur la valeur de ce médicament, on crut prudent de lui associer d'autres moyens reconnus utiles, et l'on formula : une pilule de vératrine à 5 milligrammes (méthode de M. Piedagnel); deux vésicatoires, l'un en avant, l'autre en arrière du côté malade; looch kermétisé à 20 centigrammes (dont la moitié seulement a été prise); tisane pectorale gommée.

Le lendemain, même état. — Deux pilules.

Le troisième jour, les pilules ont été suivies deux heures après leur ingestion de malaises, d'étouffements et d'un vomissement peu abondant; point de selles. Du reste, l'amélioration est considérable : long sommeil, nuit tranquille, plus de bronchophonie, râle crépitant léger, peu étendu vers le milieu du poumon en arrière; pouls à 84. — Une pilule.

Le quatrième jour, mêmes phénomènes à la suite de la pilule. Plus de râle crépitant, râles muqueux disséminés, appétit. — Une pilule le soir.

Le cinquième jour, la convalescence est complète.

Le même praticien a eu recours à la vératrine dans deux cas de rhumatisme aigu, poly-articulaire.

Le premier de ces deux sujets est une jeune fille de vingt et un ans, chlorotique, ayant eu une première atteinte de rhumatisme aigu dans son enfance. Elle avait des douleurs vives aux deux genoux, aux deux pieds, au poignet droit, avec rougeur, gonflement et fièvre intense.

Après avoir été mise successivement et sans aucun résultat à l'usage de la teinture d'aconit, puis de deux saignées, de l'emploi topique du collodion (ce dernier moyen avait diminué les douleurs d'une manière notable, mais sans diminuer en rien l'état fébrile), M. Trapenard lui administra la vératrine, d'après la méthode ci-dessus indiquée.

Dès le deuxième jour, le pouls de 130 tomba à 100; le quatrième jour, il n'était plus qu'à 88-90.

En raison de la faiblesse de la malade, des malaises et des hauts de cœur que procura l'ingestion de la vératrine, M. Trapenard crut prudent de ne pas dépasser trois pilules par jour. A plusieurs reprises il en fit diminuer et même suspendre l'administration. Dans ce dernier cas, le pouls s'éleva chaque fois rapidement de 20 à 30 pulsations, et retomba quand on revint à la vératrine. Cependant, comme au fond la maladie ne s'amendait pas, on renonça à cette médication après une dizaine de jours, pour recourir à l'opium et au sulfate de quinine associés à haute dose. Une légère amélioration se prononça; les nuits devinrent meilleures et la fièvre moins intense. L'usage du collodion, auquel revenait le bénéfice de la diminution dans les douleurs, fut continué avec le même succès pendant plus d'un mois.

Enfin, après plus de sept semaines de souffrances, pendant lesquelles toutes les articulations, jusqu'à celles des clavicules, ont été prises et reprises tour à tour, sans que le plus léger bruit de souffle se soit manifesté vers le cœur, l'état aigu cessa peu à peu et fit place à un empâtement articulaire général, assez douloureux pour rendre tout mouvement extrêmement difficile. Ce ne fut qu'après deux mois de durée, et après l'usage des diurétiques, de l'eau de Vichy coupée, de quelques laxatifs et, vers la fin, de bains de vapeur aromatiques, que cet empâtement se dissipa enfin complétement.

Dans le deuxième fait, la vératrine a eu à peu près les mêmes effets. Continuée pendant dix jours à raison de deux à trois pilules par jour, elle n'a eu d'autre résultat qu'une sédation remarquable du pouls, mais sans aucune influence sur l'intensité des douleurs et sur leur durée.

Si dans le cas de pneumonie il y a eu peut-être une influence un peu plus marquée et plus directe, on ne saurait en conclure non plus rigoureusement que l'amélioration et la guérison rapide qui l'a suivie soit due exclusivement à cet égard, si l'on tient compte de la part qu'ont dû avoir dans ce résultat les moyens concurremment mis en usage.

Ces faits tels quels nous ont paru utiles à faire connaître.

DU MODE D'ACTION DE LA DIGITALE

dans les affections organiques du cœur.

Par M. le docteur A. Foucart.

Le plus grand nombre des praticiens actuels regardent la digitale comme un sédatif puissant de l'organe central de la circulation, comme jouissant au plus haut degré de la propriété de calmer, d'enrayer ou de ralentir les mouvements du cœur; c'est, en un mot, pour la grande majorité des médecins, l'hyposthénisant le plus puissant de l'appareil circulatoire.

Cette opinion, nous l'avons entendu combattre par M. Beau, auquel la science doit de si beaux travaux sur les maladies du cœur, et de si ingénieuses théories sur une foule de questions encore obscures de la physiologie. Tout au contraire de ce que l'on admet généralement, M. Beau regarde la digitale comme l'excitant, le stimulant du cœur. Avant d'entrer dans le détail des raisons qui ont suggéré à cet habile médecin cette manière de voir, qui, au premier abord, paraît si étrange, si paradoxale, disons un mot de l'interprétation qu'il donne des troubles produits par les affections organiques du cœur.

Pour M. Beau, les symptômes qui accompagnent les altérations organiques du cœur et de ses valvules, à savoir : l'injection de la face, la bouffissure des paupières, le gonflement des veines jugulaires externes, la petitesse du pouls artériel, la dyspnée, les palpitations, les congestions, les hydropisies, tous ces symptômes, disons-nous, constituent l'*asystolie*, c'est-à-dire un état qui reconnaît pour cause une insuffisance de systole, un défaut de contraction ventriculaire assez énergique pour vaincre les obstacles qui s'opposent au cours du sang.

Eu égard à cette manière d'envisager les phénomènes produits, ce n'est plus à des sédatifs, à des calmants qu'il faut recourir pour les faire cesser. Lorsque l'asystolie est portée au plus haut degré, le cœur cesse de se contracter et le malade meurt. Si lorsque l'asystolie existe à un moindre degré, on employait un hyposthé-

---

pres enfants, donnait des convulsions aux autres. Et, d'un autre côté, n'est-il pas aussi contre les lois de la nature de tarir artificiellement une source qu'elle a créée? Nous devons obéir aux lois naturelles, mais en nous efforçant de rendre cette obéissance intelligente et de la subordonner toujours aux modifications diverses que la civilisation a pu introduire dans nos conditions d'existence.

Il est nécessaire que le médecin qui s'est adonné au traitement des maladies de la première enfance soit doué d'une rare perspicacité, car comment s'entendra-t-il avec son petit malade? La chétive créature, dont la durée de la vie ne se compte qu'avec des semaines ou des mois, semble n'avoir besoin que de nourriture et de sommeil; son intelligence soulève péniblement le voile épais qui la recouvre encore; ses yeux, cherchant à se mettre en contact avec les objets extérieurs, reposent avec fixité sur l'un d'eux une vacillante lueur; la parole, ce puissant moyen de communication, fait défaut. Le praticien à l'œil exercé et sagace, a bientôt vaincu ces difficultés, plus apparentes que réelles de sa tâche, car lorsqu'il examine un enfant qui souffre il n'a presque que faire du langage articulé; il lui est d'ailleurs insuffisant. Avant la parole, Dieu a donné à l'enfant un langage que les philosophes appellent langage naturel; c'est le langage des signes. Il faut le connaître, le cultiver en artiste, pour éviter de commettre les plus graves erreurs. En présence d'un personnage muet, c'est le coup d'œil qui doit guider dans l'application des ressources thérapeutiques.

Chez l'enfant, pour être le sage interprète de son langage naturel, il faut étudier sa physionomie, ses traits, ses yeux, ses gestes, son cri et son attitude; si l'on joint à cela, d'une part, l'observation de certains caractères tirés de l'état d'agitation ou de calme, et, de l'autre, les résultats de l'inspection de quelques signes extérieurs importants, tels que l'examen du pouls, de la bouche, du ventre, des produits de sécrétion, vomissements, selles, etc., on aura toutes les indications suffisantes pour bien juger de la plupart des maladies de l'enfance.

M. le docteur Bouchut, dans la seconde partie de son ouvrage, a abordé la description des précieuses notions de pathologie générale dont il vient d'être parlé, et c'est avec une certaine vigueur de style et de raisonnement qu'il dépeint la physionomie morbide et qu'au point de vue séméiotique il en scrute les plus légères modifications.

La critique a été sévère envers ceux qui ont cherché à lire sur la physionomie ce qui se cache au fond de l'âme, et cependant le langage naturel n'est inintelligible que pour ceux qui ne veulent pas faire d'efforts pour le comprendre. Les ouvrages d'Hippocrate, de Galien, d'Avicenne, de Boerrhaave renferment beaucoup de documents précieux relatifs aux altérations de la physionomie dans les maladies de l'adulte; mais ils ne contiennent qu'un petit nombre d'observations applicables aux enfants. M. Bouchut n'en a donc que plus de mérite d'avoir si heureusement groupé les signes extérieurs qui traduisent un état pathologique.

Voici, par exemple, un enfant atteint d'une affection aiguë des méninges ou du cerveau : il joint à *son cri* une altération des traits fort évidente. Tantôt c'est une paupière qui ne peut se lever, et laisse l'œil entr'ouvert; ou bien c'est le nez dont une narine reste abaissée; d'autres fois, c'est la bouche dont une commissure offre une déviation considérable; tantôt enfin c'est du strabisme, des convulsions de la face, etc.

Dans la pneumonie, l'examen des narines suffit souvent pour indiquer son existence, et l'altération des traits qui l'accompagne est un de ses meilleurs caractères. A chaque inspiration, les narines se dilatent avec un effort considérable, les sourcils se rapprochent, et quelquefois, mais c'est à une période très-avancée, les lèvres s'écartent pour faciliter la respiration.

L'entéro-colite aiguë est accompagnée par une évidente et prompte déformation des traits. Dans le court espace d'une nuit, la face devient blême et maigrit, les lèvres se décolorent, le nez se pince, les joues tombent, les yeux s'excavent, perdent leur éclat et s'entourent d'un sillon sous-orbitaire profondément creusé. Quoi de plus caractéristique et de plus spécial à la fois! Il n'est aucune maladie qui offre de tels signes.

Hâtons-nous d'arriver à la pathologie spéciale de la première enfance, car c'est sur cette troisième et dernière partie que l'auteur a fait porter, dans cette nouvelle édition, les plus importants remaniements. — Les maladies de poitrine, et notamment la phthisie pulmonaire du nouveau-né, sont décrites avec un soin extrême. Ainsi que le fait observer M. Bouchut, on aurait une très-fausse idée de la phthisie des jeunes enfants, si l'on croyait pouvoir se la représenter comme un diminutif ou une réduction de la phthisie des adultes; il n'y a que la terminaison par la mort qui puisse l'en rapprocher.

La phthisie des enfants présente plusieurs formes anatomiques distinctes qui se réunissent quelquefois : la phthisie granuleuse dont le caractère est la présence de *granulations fibro-plastiques*, et quelquefois, mais très rarement, de *granulations épidermiques*, et la phthisie tuberculeuse dont le *tubercule* est le principal élément. L'auteur du *Traité pratique* en revient ainsi à restaurer les travaux de Bayle, un instant éclipsés par le génie de Laënnec, qui a prématurément réuni deux produits de nature un peu différente et qui doivent encore rester séparés.

Une affection très-commune chez les enfants à la mamelle, et dont la cause et la nature sont souvent fort difficiles à apprécier, c'est la diarrhée. Elle se présente, en effet, sous les formes les plus diverses : tantôt elle résulte de troubles fonctionnels sécrétoires de la muqueuse

nisant du cœur, on augmenterait les accidents et l'on déterminerait la mort.

Or, on les calme, ces accidents, en employant la digitale. Donc, suivant M. Beau, la digitale n'est pas le sédatif, mais bien le stimulant du cœur; il communique à l'organe une force nouvelle, il lui donne, qu'on nous passe le mot, un *coup de fouet;* il augmente sa force de contraction. C'est là ce qui fait cesser immédiatement les accidents.

Si, dans une affection du cœur avec asystolie, le pouls, par exemple, est petit, irrégulier, à 120 par minute, et que l'on donne la digitale, le pouls tombe de 120 à 60 ; mais ce qu'elles perdent en fréquence, les pulsations le regagnent en volume; le pouls était petit, il devient fort; irrégulier, il devient régulier; c'est, dit M. Beau, qu'avant l'administration de la digitale le cœur se contractait incomplétement et n'envoyait dans les artères que des fractions d'ondées très-petites, fréquentes et irrégulières ; maintenant il se contracte à fond, chasse des ondées complètes, régulières, partant beaucoup moins fréquentes.

En même temps, les veines jugulaires reviennent à l'état normal, la face cesse d'être bouffie, etc. Enfin tous les symptômes d'asystolie diminuent, parce que la circulation cardiaque n'est plus enrayée. De cette succession de phénomènes, M. Beau tire cette conclusion, que le ralentissement du pouls, au lieu de prouver une action sédative de la digitale, démontre au contraire ses propriétés stimulantes spéciales.

Ce qui prouve encore, suivant lui, que la disparition des palpitations dans les maladies graves du cœur n'est pas l'effet d'une action sédative ni affaiblissante de la digitale, c'est que les palpitations dites nerveuses de la chlorose, par exemple, ne sont nullement amendées par ce médicament. La digitale n'agit pas dans les palpitations nerveuses, parce que celles-ci ne sont pas liées à l'asystolie, et que c'est seulement en faisant disparaître l'insuffisance de contraction du ventricule qu'elle les dissipe dans les maladies graves du cœur.

La digitale est donc un tonique spécial du cœur : c'est, suivant son expression, le quinquina du cœur.

M. Beau l'administre, en général, sous forme d'infusion, 0,20 de feuilles dans une tasse d'eau bouillante, infusées pendant dix à quinze minutes. Une tasse de cette infusion sera prise le matin par le malade à jeun.

Il seconde cette médication par une hygiène tonique et réparative, une alimentation substantielle, etc. Il proscrit les saignées, qui diminuent, il est vrai, momentanément les phénomènes de congestion, mais augmentent peu à peu l'asystolie, enlèvent au cœur sa force de contraction, déjà trop faible; l'intensité de l'asystolie croît avec le nombre des saignées, et le cœur finit par tomber dans une impuissance absolue de contraction.

L'expérience clinique vient corroborer ces données rationnelles ; elle montre les symptômes des maladies du cœur devenant plus intenses à mesure que l'on enlève du sang, et cela arrive ainsi d'une manière fatale, malgré les courts soulagements qui suivent immédiatement les émissions sanguines.

M. Beau ne proscrit pas cependant d'une manière absolue la saignée générale dans les affections organiques du cœur avec asystolie ; on peut l'employer exceptionnellement dans les cas où l'on est appelé près d'un malade dont la suffocation est imminente. On pratique alors une légère émission sanguine, qui fait gagner du temps, et permet d'administrer la digitale et d'attendre son action.

(*France médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 janvier 1856. — Présidence de M. Gosselin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Chassaignac présente un homme qui a eu la main droite brûlée. Cette brûlure, survenue dans les premiers âges de la vie, a détruit tous les doigts; les métacarpiens ont été conservés. Cet homme, qui exerce l'état de palfrenier, est parvenu à utiliser son moignon : le premier métacarpien est devenu assez mobile pour venir s'opposer au cinquième métacarpien et saisir les objets les plus minces, tels qu'une épingle.

M. Larrey se rappelle avoir vu à Paris, sur la voie publique, il y a une quinzaine d'années, une jeune femme mutilée des deux mains par suite d'une brûlure qui avait détruit tous les doigts, en ménageant les métacarpiens. Ceux-ci, protégés par la peau et par la cicatrice de chaque moignon, avaient acquis assez d'agilité, assez d'adresse pour permettre à cette pauvre femme de saisir, de manier même divers objets très-ténus, comme des aiguilles à coudre ou à tricoter, et de pourvoir à sa subsistance en offrant son ouvrage à la commisération des passants.

Quelques membres de la Société ont également souvenir de ce fait, comparable à celui que M. Chassalgnac vient de présenter.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. Larrey donne lecture de l'observation suivante; le malade qui en fait l'objet avait été présenté dans une précédente séance.

Mutilation des organes génitaux par un éclat d'obus compliquée de deux autres blessures et d'une fistule vésico-rectale. — J'ai eu l'honneur de présenter à la Société dans l'avant-dernière séance un blessé de Crimée qui a perdu la totalité du pénis et l'un des testicules par un coup de feu, et chez lequel une fistule vésico-rectale est survenue secondairement.

L'intérêt que ce cas compliqué me semblait offrir m'a décidé à en rédiger l'observation d'une manière plus complète que je n'ai pu le faire dans un simple exposé verbal, afin d'en donner lecture à la Société (1).

Le nommé C..., gendarme de la garde impériale, atteint déjà d'un coup de feu à la cuisse droite et d'un coup de baïonnette à la fesse du même côté, ramenait un prisonnier russe vers la tranchée, lorsqu'en se retournant pour s'assurer de lui, il se sent frappé aux parties génitales par un éclat d'obus. La douleur instantanée, agissant comme une commotion vive, lui fait perdre connaissance. Il revient à lui, et, à côté de ses vêtements déchirés, ensanglantés, il voit que son pénis a été entièrement détaché ; il essaye en vain de se relever, et ne se traîne qu'avec peine jusqu'à la tranchée, où il s'évanouit encore en perdant beaucoup de sang. Les premiers secours de la chirurgie ne peuvent lui être donnés que plusieurs heures après sa blessure, et lorsque l'hémorrhagie s'est arrêtée.

On constate alors vers le côté gauche des bourses une large plaie étendue à la face interne et supérieure de la cuisse jusqu'à la région inguinale correspondante, et empiétant même par en haut sur le pubis droit, tandis que par en bas elle intéresse le périnée jusqu'au-devant de l'anus, en se rapprochant d'une seconde plaie étroite et profonde produite par un coup de baïonnette. Une troisième blessure résulte d'un coup de feu par une balle qui a entamé la cuisse sans pénétration au tiers moyen de sa face interne.

Quant à l'éclat d'obus, il a emporté la totalité de la verge à sa racine, ainsi que le testicule gauche, dont le cordon s'est rétracté dans l'aine.

Le testicule droit subsiste, mais tout à fait dénudé, faisant hernie dans la plaie à travers la cloison déchirée du dartos, et maintenu seulement par le cordon intact. On conserve cet organe après quelque hésitation à le sacrifier. Il n'y a point de fracture au bassin.

Le blessé a uriné sans effort avant même de recevoir les premiers secours, mais toutes les tentatives pour introduire une sonde dans la vessie échouent complétement; l'orifice de l'urètre, rétracté sous le pubis, ne peut même être retrouvé au milieu des lambeaux attrits et tuméfiés de la plaie. On se contente de la régulariser autant que possible; le testicule est remis à peu près en place et soutenu par l'appareil du pansement, qui ménage une sorte d'hiatus pour l'écoulement d'ailleurs volontaire de l'urine.

La réaction est peu prononcée, si ce n'est pendant un seul jour, avec fièvre et délire, suivi d'une exaltation morale assez vive; mais aussitôt après le calme survient; le blessé souffre peu, et il est évacué sur Constantinople, où on essaye encore de le sonder à diverses reprises sans y réussir.

La plaie, en voie de suppuration, est envahie par la pourriture d'hôpital, qui détruit une nouvelle portion des tissus, résiste à divers traitements et cède à l'application du cautère actuel.

La cicatrisation s'établit enfin au bout de cinq mois, et, lorsqu'elle est à peu près complète, le pauvre mutilé arrive en France. Après s'être arrêté à Marseille, sans pouvoir encore être sondé, il entre au Val-de-Grâce provisoirement en octobre et définitivement en décembre 1855, dans notre division de clinique, où nous l'examinons plusieurs fois. Voici l'état des parties mises à découvert par l'écartement des cuisses :

La bourse droite existe seule; elle est close, assez développée, se portant à gauche, et contenant un testicule sain, assez ferme et non atrophié. Nul vestige de la verge, même à sa racine sous le pubis; point d'orifice urétral extérieur ou appréciable, ni trace du raphée, qui a été détruit avec le reste du scrotum et le testicule gauche. Mais la portion conservée des bourses, étant renversée à droite, fait voir en dedans et sur la ligne médiane une sorte de cul-de-sac infundibuliforme, allongé verticalement, bordé d'un côté par l'enveloppe tégumentaire, de l'autre par un repli de la cicatrice, recouvert dans le milieu par une pseudo-membrane muqueuse, d'un aspect rougeâtre, humide à sa surface, et aboutissant sous le pubis à une anfractuosité irrégulière, d'où s'écoule l'urine par un pertuis tellement étroit, sinueux et serré que les bougies les plus fines n'y pénètrent qu'à demi et en provoquant de la douleur.

L'ensemble de ces parties représente assez bien dans la position indiquée une apparence d'hermaphrodisme (1).

Voilà pour l'état physique du blessé, dont les conditions physiologiques offrent aussi de l'intérêt. Indiquons-les sommairement.

Il n'a jamais eu de rétention d'urine, malgré l'étroitesse extrême de l'orifice vésical de l'urètre et malgré l'impossibilité absolue du cathétérisme, mais sans doute à cause des adhérences qui empêchent l'oblitération complète de cet orifice. Il urine cependant à volonté, si ce n'est sous l'influence du froid, qui semble agir sur le col de la vessie et déterminer une incontinence momentanée. L'urine coule par suintement et non par jet.

Mais une complication secondaire bien fâcheuse est survenue. C'est une fistule vésico-rectale, paraissant dépendre d'une érosion consécutive plutôt que d'une perforation primitive de la vessie, et qui, étant d'ailleurs assez étroite, ne semble pas remonter à une grande hauteur.

Quant au seul testicule restant, loin de s'atrophier, il offre un volume et une consistance notables, en provoquant des désirs, des excitations pénibles, et parfois même des pollutions nocturnes trop reconnaissables pour le malheureux mutilé, qui a femme et enfant.

Ajoutons que cet homme, précédemment plein de courage et d'énergie, est devenu depuis sa blessure craintif et timide ; son caractère était décidé, il est irrésolu ; il avait l'esprit calme, il est agité; il éprouve de fréquentes insomnies, et alors de la tristesse, de la douleur, ou bien il montre une excitabilité nerveuse et une loquacité incessantes. Sa constitution physique semble elle-même se transformer et offrir déjà quelques-uns des attributs de la femme assignés aux castrats.

Telle est la situation de ce malheureux. Que faut-il faire ou tenter pour la modifier, sinon l'améliorer ?

Convient-il d'inciser, de débrider le pertuis urétral, inaccessible jusqu'ici aux plus petites bougies, pour parvenir dans la vessie et y fixer une sonde, non-seulement afin d'élargir l'orifice urinaire, mais encore afin de faciliter la cicatrisation de la fistule vésico-rectale ? Mais n'est-il pas à craindre que cette opération, assez difficile d'exécution, ne soit incertaine dans son but, soit en détruisant des adhérences qui seules peut-être ont facilité la filtration de l'urine, soit en provoquant une inflammation oblitérante du conduit urétral ?

Y aurait-il une opération d'autoplastie à essayer, avec une portion de la peau restante du scrotum ? Moins encore sans doute, puisqu'il ne subsiste pas de moignon du pénis pour point d'appui, ni même vestige de cet organe.

Ne semble-t-il pas plus rationnel de recourir seulement à un moyen palliatif de cette triste infirmité, si surtout l'incontinence d'urine devient plus fréquente, ou si la fistule vésico-rectale persiste en même

(1) Cette observation a été recueillie en même temps par un stagiaire du Val-de-Grâce, M. Thémoin, pour sa thèse *sur les plaies de la région scrotale.*

(1) Un dessin fort bien fait par M. le docteur Sarazin, aide-major du Val-de-Grâce, est présenté en même temps que le malade à la Société.

---

intestinale sans altération organique de son tissu, et tantôt, au contraire, elle relève d'une altération anatomique de cette membrane. Dans le premier cas, c'est un flux, ou un catarrhe de l'intestin ; dans le second, c'est le symptôme d'une inflammation aiguë ou chronique des voies digestives. Il importe qu'on sache distinguer entre elles ces variétés, afin de n'être pas exposé à commettre les plus graves erreurs de thérapeutique.

L'auteur du *Traité pratique* a exposé un bon nombre de vues neuves et de considérations intéressantes sur l'étiologie des convulsions. Elles s'expliquent en effet par la susceptibilité si exquise de l'encéphale à un âge où les sensations, quelles qu'elles puissent être, sont nouvelles et par cette raison dangereuses, si elles sont un peu fortes. La nature des convulsions les sépare tout naturellement en deux catégories bien distinctes. Dans la première se trouvent les convulsions qui ne s'expliquent que par une excitation vive de la fibre nerveuse du cerveau sans lésion appréciable de cet organe. Le médecin de Sainte-Eugénie les décrit sous le nom de convulsions *essentielles*, *sympathiques* ou *d'éclampsie*. Les convulsions symptomatiques forment la seconde catégorie ; ce sont celles qui résultent de la même excitation nerveuse produite par une altération matérielle de l'organe encéphalique.

M. Bouchut a consacré près de quarante pages de son livre à l'exposé d'une affection fort intéressante, la syphilis infantile. Maladie générale, spécifique, engendrée par un virus qui s'attaque aux lois de la nutrition et de la vie, qui les domine, et se manifeste au dehors ou dans l'intérieur des viscères par des lésions locales, presque toujours les mêmes, la syphilis est infiniment moins bien connue chez les nouveau-nés que chez les adultes, et la différence d'âge amène une telle diversité dans la forme extérieure, dans la marche et le développement de l'affection, qu'il en résulte beaucoup d'obscurité dans le diagnostic. On n'y retrouve plus, comme chez l'adulte, ces lois trop tôt formulées par Hunter et par M. Ricord, tant pour la syphilis primitive que pour la syphilis constitutionnelle, et contre lesquelles protestent journellement ceux qui se livrent à l'étude des malades.

La vérole des nouveau-nés exige une étude spéciale, et c'est pour l'avoir négligée que les oracles modernes de la syphilis se sont si malheureusement trompés dans les doctrines qu'ils ont émises. Cette maladie est décrite par M. Bouchut de main de maître; nous y renvoyons nos lecteurs, nous déclarant incompétent à en donner une idée dans le cadre trop restreint de cette rapide analyse.

Signalons encore l'histoire de la péritonite aiguë des enfants à la mamelle, dont la coïncidence avec les épidémies de fièvre puerpérale, lorsqu'elle n'est pas secondaire et due à la coexistence de quelques lésions des viscères abdominaux, est une circonstance digne d'être notée ; l'histoire de quelques maladies du foie également propres à cet âge ; celle de la néphrite albumineuse, rare à cette époque de la vie, mais dont M. Bouchut cite cependant quelques exemples observés par MM. Rayer, Noël et Grisolle, ainsi qu'une observation unique de diabète sucré sur un sujet d'un an ; l'histoire des maladies du cœur, qui ne sont généralement reconnaissables qu'à l'autopsie, et une sorte d'esquisse des caractères différentiels que présentent chez l'enfant le choléra-morbus et la dyssenterie.

Une importante modification de cette édition est celle qui consiste à avoir considérablement élargi le cadre nosologique et à y avoir fait entrer un grand nombre d'affections chirurgicales communes au premier âge.

Nous mentionnerons parmi ces dernières quelques-uns des vices de conformation qui, par le traitement qu'ils réclament, tiennent autant de la chirurgie que de la médecine proprement dite, telles que l'encéphalocèle, le céphalœmatome épicrânien et intracrânien, l'hydrorachis, le bec-de-lièvre, etc.; des lésions purement chirurgicales, telles que les polypes du rectum, la fissure anale, les maladies articulaires, les fractures, etc.

M. Bouchut a conservé dans cet ouvrage la forme dogmatique des deux premières éditions, de manière à indiquer rapidement et avec plus de clarté les connaissances et les préceptes que l'on doit rencontrer dans un livre de pratique. Partout il a commencé la description des maladies par l'étude des causes avant d'indiquer leurs résultats anatomiques et dynamiques, c'est-à-dire les *lésions* et les *symptômes*. De cette exposition méthodique, conforme aux actes secrets de la nature, résulte une netteté plus grande dans la description des phénomènes morbides, qui se trouvent ainsi groupés dans l'ordre de leur apparition. Cela a permis à l'auteur de signaler avec soin et pour chaque maladie les indications particulières fournies par l'étude des symptômes, et d'établir le traitement sur une base toute rationnelle. Puisque nous venons de prononcer le mot *traitement*, n'oublions pas en terminant d'apprendre à nos lecteurs que M. Bouchut fait suivre son *Traité pratique* d'un formulaire extrêmement commode et simplifié des médicaments à administrer dans les maladies de la première enfance avec la façon dont il convient d'en faire usage. « Le remède n'est rien, » la médication est tout, et le mode d'administration principalement a » quelque chose de sacramentel, » disait récemment M. le professeur Trousseau dans son amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu.

D'après tout ce qui précède, il est aisé de prédire à ce nouveau livre de M. le docteur Bouchut un aussi grand, un aussi légitime succès qu'à ses devanciers.

H. Legrand du Saulle.

temps ? Ce moyen ne serait autre qu'un appareil conducteur ou tube à réservoir adapté à la région sous-pubienne et caché sous les vêtements ? M. Charrière s'occupe d'en confectionner un tout exprès.

Une indication plus rationnelle, sinon plus applicable, serait de parvenir à oblitérer la fistule vésico-rectale, soit par la cautérisation, comme nous l'a conseillé M. Cloquet, soit par l'anaplastie ; mais le résultat de cette opération ne serait-il pas compromis par les difficultés mêmes de rétablir le cours urétral de l'urine à l'aide d'une sonde ?

Une complication d'ailleurs existe à l'orifice anal. Un rétrécissement fibreux à peu près annulaire est survenu par la cicatrisation de la plaie de la fesse, dont la direction se portait même vers la cloison recto-vésicale, et le tissu inodulaire peu extensible est devenu si douloureux qu'il ne se prête pas à l'introduction du spéculum ani ordinaire.

Pour suppléer à cet instrument, à celui même de M. Barthélemy (sorte de cône échancré sur sa paroi), je me sers d'une pince à polypes, dont les branches écartées distendent le rétrécissement et permettent d'apprécier l'état des parties situées au-dessus (1). Nous reconnaissons ainsi sur la ligne médiane de la paroi recto-vésicale, à peu de distance du sphincter (2 centimètres environ), un orifice étroit, mamelonné, d'où l'urine suinte seulement par gouttelettes ou s'écoule un peu plus abondamment, selon que la miction n'a pas lieu ou se reproduit.

Une dernière question se présente : Faut-il conserver le testicule, qui non-seulement est devenu inutile, mais encore provoque parfois de pénibles excitations érotiques chez ce malheureux mutilé, plus à plaindre peut-être que s'il avait subi une castration complète? Je n'hésiterai pas à lui proposer le sacrifice du seul organe sexuel qui lui reste, s'il ne devait s'habituer peu à peu à sa triste situation, comme nous sommes à même de le constater déjà, et si à la longue l'atrophie testiculaire ne devait en être la conséquence.

Je rendrai compte ultérieurement à la Société du résultat définitif de cette observation.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Ambroise Mordret (du Mans) adresse deux observations de céphalotripsie et considérations sur le choix qu'il convient de faire entre le sacrifice de l'enfant et l'opération césarienne dans les cas d'angustie pelvienne. (Commission : MM. Lenoir, Richet et Danyau).

— La Société reçoit les ouvrages suivants :

Observation d'un bec-de-lièvre double très-compliqué opéré avec succès par un nouveau mode opératoire, par M. Bonnafont ;

Considérations sur les plaies de la région scrotale (thèse inaugurale adressée pour le prix Duval), par M. le docteur Thémoin.

RAPPORTS.

Tumeur cartilagineuse du testicule. — M. GIRALDÈS communique le rapport suivant :

Vous m'avez chargé plusieurs fois de vous rendre compte, de vous signaler les travaux importants, les observations rares insérées dans les *Transactions* de la Société royale médico-chirurgicale de Londres.

Vous avez accueilli avec faveur ce genre de communications, lorsque surtout elles avaient trait à des faits de nature à modifier quelques points de pratique, ou d'ajouter de nouveaux éléments à nos connaissances en pathologie.

Vous vous rappelez qu'en 1852 j'ai soumis à votre appréciation un travail de M. Bellingham (de Dublin), sur le traitement des anévrismes poplités par la compression de l'artère à distance; vous avez pu apprécier la valeur des faits importants qui doivent encourager les chirurgiens à essayer cette méthode. Je vous ai également exposé le résumé du travail de M. John Marshall sur l'application de la cautérisation électrique au traitement des fistules profondes et à l'ablation de certaines tumeurs. A cette époque, le cautère électrique, quoique en germe dans le *Traité de l'électricité* de M. Becquerel, malgré les efforts de M. Jules Regnault, était à peine connu parmi nous. Pour mieux faire ressortir l'opportunité de ce genre de rapports, ai-je besoin de rappeler à votre souvenir le résumé du travail statistique de M. Robert Lee sur les extirpations ovariennes, et les recherches curieuses de M. Curling sur les kystes du testicule?

D'après ces précédents, je viens vous faire connaître aujourd'hui les faits importants consignés dans le dernier volume des *Medico-chirurgical Transactions*. Au nombre des travaux consignés dans ce volume, nous rencontrons une observation curieuse, unique peut-être, intéressante à plus d'un égard, et de nature à jeter quelque lumière sur un point important de pathologie générale. Cette observation a été exposée et étudiée avec le plus grand soin par un des observateurs les plus habiles de Londres, le professeur James Paget. Il s'agit d'un enchondrome du testicule, des vaisseaux lymphatiques du cordon spermatique, et généralisé au poumon.

La question des tumeurs cartilagineuses du testicule, des enchondromes du testicule, n'a été le sujet d'aucune étude clinique ; malgré les nombreux exemples connus aujourd'hui, c'est à peine si dans la seconde édition de son livre M. Curling consacre trois pages aux enchondromes, et encore sont-elles en entier remplies par le résumé de l'observation dont nous allons parler. Rien donc d'étonnant que les auteurs classiques les plus récents, que les monographies de Ramsden, Astley Cooper et Curling (1re édition) gardent le silence sur cette question.

C'est dans le travail de Muller sur le cancer, publié vers 1839, qu'on trouve la première indication des enchondromes du testicule. Plus tard, en 1850, dans l'article TESTICULE (*Cyclopœdia of anatomy*, etc., partie XXXVIII), M. Curling cite des cas d'enchondromes trouvés dans les kystes de l'organe. Nosictanky, Bœring, Virchow, Ganugée Fergusson, Hancoch, Lawrence, etc., etc., ont fait connaître des tumeurs de cette espèce. Mais c'est surtout à John Quenette et Jaber Hogg que la science est redevable d'une étude plus complète de cette espèce pathologique. Le premier de ces observateurs en a décrit et fait dessiner un bel exemple dans le tome Ier du *Catalogue de la série histologique du musée du Collége royal des chirurgiens de l'Angleterre*.

Depuis quelque temps, et notamment depuis que les chirurgiens portent plus de soin dans l'étude anatomique des tumeurs du testicule, on a vu apparaître nombre de tumeurs cartilagineuses; quelques-unes même, chose curieuse, ont été trouvées dans quelques musées, où elles étaient rangées sous un autre nom. Certaines avaient posé comme spécimens, et avaient été données comme types de préparations cancéreuses. C'est ainsi que la pièce anatomique dessinée dans la planche X, figure 2, de l'atlas du *Traité sur les maladies du testicule*, par sir Astley Cooper, est citée comme un exemple de cancer squirrheux. Cette pièce est, au contraire, d'après les investigations minutieuses de M. William Adams, un magnifique exemple d'enchondrome du testicule.

Combien ne faut-il pas être réservé à accepter des conclusions déduites de faits mal déterminés ou qui n'ont pas été soumis au contrôle sévère d'une observation rigoureuse.

Je reviens à l'observation de M. Paget.

Cette observation a pour sujet un homme de trente-sept ans, ouvrier dans un chantier, et chez lequel une tumeur s'est développée, d'abord sans cause connue, dans le testicule droit. A la suite d'une contusion violente de cet organe, elle fit des progrès, gagna même le cordon et atteignit un volume assez grand; elle mesurait sept pouces de circonférence.

Le malade fut opéré par M. Shey ; il guérit de l'opération et quitta l'hôpital en apparence débarrassé de la maladie. Il y rentra trois semaines après, dans un déplorable état de maigreur et de faiblesse, respirant péniblement. Il succomba subitement trois semaines après sa rentrée.

L'examen de la tumeur après l'opération et l'examen du corps permirent de constater que la masse morbide était constituée par du cartilage qui avait pris en grande partie la place du tissu glandulaire, que les vaisseaux lymphatiques du cordon étaient dilatés et remplis par des masses de cartilages contre-moulées dans leur cavité et enveloppées d'un matière molle, formée de cellules à noyaux très-allongés ; que de l'anneau inguinal interne on pouvait suivre dans le trajet des vaisseaux spermatiques deux lymphatiques dilatées, remplies également par du cartilage et se terminant dans une tumeur placée au bas de la veine cave inférieure, constituée par de la matière cartilagineuse, de la substance glandulaire et par des lacunes remplies d'un liquide ayant la composition de la lymphe. Cette tumeur, en contact immédiat avec la veine cave, avait détruit ses parois, pénétré dans sa cavité, et baignait par quelques points dans le sang veineux. Le reste de la veine cave, ainsi que les organes environnants, sont sains. Le poumon est le seul viscère atteint profondément par la maladie; son volume et son poids sont augmentés; il pèse onze livres et demie. Cet organe est farci de tubercules cartilagineux ; on les trouve surtout dans la direction de l'artère pulmonaire, dont ils détruisent les parois pour faire brèche dans quelques points dans la cavité du vaisseau. L'examen du sang ne donne aucun renseignement particulier.

L'étude minutieuse de cette production morbide ne permet de constater autre chose que des éléments du tissu cartilagineux et des cellules très-allongées. Nulle part, aucune trace d'élément cancéreux.

Ainsi, une tumeur non cancéreuse envahit et détruit l'organe principal de l'hématose, s'y développe comme si un germe avait été, porté par la circulation, déposé dans le tissu du poumon, y acquiert des proportions telles que la mort en a été la conséquence; c'est, sans contredit, un fait important qui doit être enregistré avec soin par tous ceux qui, dans leurs études scientifiques, adoptent la devise de la Société de chirurgie: *Vérité dans la science.*

— M. MICHON fait un rapport sur un mémoire présenté par M. Drouineau (de la Rochelle). A la suite de ce rapport, M. Drouineau est nommé membre correspondant de la Société.

(Nous donnerons ce travail et ce rapport dans un prochain numéro.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. VERNEUIL expose les résultats de la dissection à laquelle il s'est livré sur les deux moignons qui avaient été présentés dans une séance précédente par M. Huguier.

Les deux pièces seront déposées au musée Dupuytren, et les observations seront publiées dans le *Bulletin*.

COMITÉ SECRET.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret pour discuter une proposition relative au règlement.

Une commission composée de MM. Larrey, Giraldès, Morel-Lavallée, Broca et Gosselin, devra examiner la proposition et faire un rapport à la Société.

Le secrétaire, E. LABORIE.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Traitement de la chute du rectum.

Nous recevons sur ce sujet la lettre suivante, de M. le docteur Duchaussoy.

Monsieur le Rédacteur,

Votre numéro du 31 janvier donne un compte rendu d'une leçon clinique de M. Guersant sur la chute du rectum, dans lequel il s'est glissé une erreur. Il y est dit que j'ai essayé en vain les vésicatoires au périnée contre la chute du rectum. La pensée de mon très-honorable maître n'a sans doute pas été fidèlement reproduite, car l'enfant est sortie guérie de son service, et cela après qu'une autre méthode de traitement eut été employée sans succès. En outre, il ne s'agissait pas ici de vésicatoires simples, mais bien de vésicatoires saupoudrés de strychnine. C'est l'enfant dont il est question dans mon premier mémoire sur ce sujet (*Archives générales de médecine*, 1853).

Quant au traitement par l'électricité, il m'a donné de brillants résultats, et sans qu'il demandât un grand nombre de séances, comme on pourrait le croire d'après l'article auquel je fais allusion.

Du reste, les trois procédés que j'ai proposés : strychnine, faradisation, cautérisation à l'aide d'instruments déliés ne sont que des déductions du rôle que j'ai attribué au sphincter dans la production de la chute du rectum, et chacun d'eux peut trouver son indication particulière, comme j'espère le faire voir plus tard. Il ne faut donc en rejeter aucun. C'est pour cela que je tenais à relever ces inexactitudes, qui eussent pu détourner les praticiens d'expérimenter les procédés d'une méthode à la fois plus simple et plus sûre que celle de nos devanciers.

Agréez, etc. Dr DUCHAUSSOY.

Paris, 1er février 1856.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêtés du 24 janvier, M. Azam, professeur suppléant de la chaire d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de Bordeaux, est nommé professeur suppléant pour la chaire de chirurgie, d'accouchement, de maladies des femmes et des enfants à ladite Ecole, en remplacement de M. Rousset, appelé à d'autres fonctions;

M. Plumeau est nommé professeur suppléant pour la chaire d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Azam;

M. Segay est nommé chef des travaux anatomiques à ladite Ecole en remplacement de M. Oré, qui reste exclusivement chargé des fonctions de professeur adjoint;

M. Morisson, professeur adjoint de pathologie chirurgicale à l'Ecole préparatoire de Lille, est nommé professeur titulaire du même enseignement à ladite Ecole;

M. Marchand est nommé professeur titulaire de médecine légale à l'Ecole préparatoire de Toulouse, en remplacement de M. Caussé, démissionnaire.

— C'est lundi prochain, 4 février, que s'ouvrira à Strasbourg le concours pour un nombre indéterminé d'emplois de médecins et de pharmaciens stagiaires à l'Ecole du Val-de-Grâce.

Un concours semblable aura lieu le 18 à Montpellier, et le 3 mars à Paris.

Les conditions d'admission à ces concours se trouvent dans notre numéro du 4 août 1855.

— Dimanche dernier a eu lieu, sous la présidence de M. P. Dubois, la séance annuelle de l'Association des médecins du département de la Seine. Le secrétaire général, M. Cabanellas, a raconté les bienfaits déjà répandus par cette utile institution, et les belles perspectives qui lui sont ouvertes par les ressources toujours croissantes de l'association. Il résulte du compte rendu du trésorier, M. le docteur Vosseur, que le total des recettes, pour l'année 1855, a été de 17,549 fr. 90 c. Les rentes perpétuelles s'élèvent déjà au chiffre de 5,105 fr.

— L'administration de la guerre a entrepris récemment des essais de la plus haute importance. Il s'agit de l'application d'un procédé pour guérir la morve et le farcin.

Un vétérinaire de Marseille, M. Favre, prétend avoir résolu depuis plusieurs années déjà ce difficile problème. Une longue pratique lui a révélé le secret de guérir en vingt-cinq jours tous les chevaux morveux ou farcineux dans la première période. Il lui suffit de trois ou quatre mois pour remettre complétement sur pied des animaux qui ont atteint les derniers termes de la maladie.

Après avoir longuement expérimenté sa méthode, il a voulu faire jouir le pays de sa belle découverte. Il s'est rendu à Paris, et sous le patronage de M. le général Daumas, le savant auteur des *Chevaux du Sahara*, M. le ministre de la guerre a mis à sa disposition les chevaux de deux cuirassiers de la garde atteints de la morve et dont l'abattage avait été résolu. C'est le 9 octobre dernier que les expériences ont commencé.

Le traitement suivi, malgré une température froide, humide, circonstance très-défavorable, a produit une complète guérison. Les deux chevaux, condamnés par tous les hommes de l'art, vont reprendre leur service.

Le 25 octobre, cinq autres bêtes malades du farcin, appartenant toujours aux cuirassiers de la garde, ont également été confiées à M. Favre. Ces chevaux, disait l'infirmier-major, étaient arrivés à un tel degré de pourriture et de putréfaction, qu'il était impossible de s'en approcher sans se boucher hermétiquement les narines. Trois ont déjà repris leur service, et les autres sont en voie de guérison complète.

M. Favre ne nous donne point encore la formule de sa méthode, ni ses moyens thérapeutiques. Seulement, il paraît que ses remèdes sont simples et peu coûteux, puisque avec dix francs il assure qu'il peut guérir un cheval douteux et même au premier degré de la morve.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Marcé, né à Paris (Seine) ; *Des kystes spermatiques.*

Mello de Souza, né à Minas (Brésil); *Considérations sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques du nitrate d'argent.*

Oxamendi, né à Matanzas (île de Cuba); *De l'emploi des purgatifs en médecine.*

Saladin, né à Saint-Didier (Ardèche); *Choix d'une nourrice.*

Montozon, né à Valence (Drôme) ; *De l'heureux emploi de la teinture d'iode dans le traitement de la dyssenterie chronique.*

Petit, né à Lille (Nord) ; *L'œil est divisé en trois parties.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité d'anatomie pathologique générale, par M. J. CRUVEILHIER, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie impériale de médecine, président perpétuel de la Société anatomique. Tome III, in-8°. Prix : 9 fr. Prix des tomes I, II, III : 26 fr. — Paris, 1849-1856, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Cours de physiologie comparée. De l'Ontologie, ou étude des êtres. Leçons professées au Muséum d'histoire naturelle par M. FLOURENS, recueillies et rédigées par M. Charles ROUX, revues par le professeur. Un volume in-8° de 184 pages. Prix : 3 fr. 50 c. — Chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

(1) C'est le même moyen que j'emploie, ou une simple pince à anneaux, pour explorer les cavités étroites, telles que le conduit auditif ou les fosses nasales.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 15. — MARDI 5 FÉVRIER 1856. (29e ANNÉE.) N° 15. — MARDI 5 FÉVRIER 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 FÉVRIER 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie des sciences a tenu le 28 janvier dernier sa séance publique annuelle sous la présidence de M. Regnault. Le programme de cette séance consistait dans la proclamation des prix décernés pour l'année 1855 et la lecture de l'éloge historique de Léopold de Buch par M. Flourens. Cet éloge a tous les mérites et toutes les qualités que l'on est habitué à trouver dans les œuvres de M. Flourens, et son succès n'a dû lui laisser rien à desirer.

Nos lecteurs trouveront dans le compte rendu de la séance les noms des lauréats et des auteurs récompensés dans l'ordre des sciences médicales et physiologiques. Nous allons donner ici un court aperçu sur les travaux qui ont été l'objet d'une distinction spéciale de la part de l'Académie.

On remarquera tout d'abord que le nombre des auteurs qui ont obtenu une distinction et la valeur des récompenses sont comparativement moindres que les années précédentes. Aucun prix n'a été donné pour les travaux de médecine et de chirurgie, l'Académie n'a accordé que des récompenses. Quant à la physiologie, elle n'a distingué qu'un seul travail, auquel, il est vrai, elle a décerné le prix.

Nous ne rechercherons pas la cause de cette pénurie de travaux ou de cette parcimonie de la part de l'Académie ; nous nous bornons à constater le fait.

Le travail qui a remporté le prix de physiologie expérimentale est le mémoire de M. Brown-Séquard sur la transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière. Nos lecteurs connaissent déjà les expériences de cet habile expérimentateur et les résultats remarquables auxquels il est arrivé. Il serait superflu d'entrer dans de nouveaux détails sur ce sujet ; nous nous bornerons donc à constater que la commission a considéré ces résultats comme acquis à la science, et qu'elle lui a accordé le prix de physiologie expérimentale pour avoir résolu d'une manière très-satisfaisante la question qu'il s'était proposé de traiter, savoir : que la transmission des impressions sensitives s'opère par la substance grise médullaire, et pour avoir émis sur cette propagation de la sensibilité à la substance grise centrale de la moelle des vues nouvelles qui prouvent que ce phénomène est plus compliqué qu'on ne l'avait supposé jusqu'ici.

Parmi les travaux récompensés en médecine et en chirurgie, l'anatomie et la physiologie occupent encore une assez large place. Nous y voyons d'abord les recherches de M. Hannover (de Copenhague) sur l'œil, recherches qui, suivant les termes du rapport, ont puissamment contribué à avancer nos connaissances sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de cet organe. On y trouve, en effet, des résultats qui rectifient diverses opinions erronées sur la structure microscopique de la rétine et une connaissance beaucoup plus exacte de la structure du corps vitré.

La commission, en proposant de décerner une récompense à M. Lehmann pour son *Traité de chimie physiologique*, a signalé cet ouvrage comme se distinguant de tous ceux qui l'ont précédé par le rapprochement que l'auteur a constamment cherché à établir entre les analyses chimiques et les conditions physiologiques exactes dans lesquelles elles étaient effectuées ; précaution indispensable en effet et sans laquelle les résultats des analyses chimiques seraient sans cesse discordants, si l'on considère que l'on agit sur des fluides animaux qui changent et se modifient à chaque instant en circulant dans l'économie.

Les recherches de M. Dareste sur les circonvolutions cérébrales, dont nous avons donné dans le temps quelques aperçus, ont été également jugées dignes d'une récompense.

Nous arrivons à des travaux qui touchent plus directement à la médecine pratique, les travaux de pathologie interne et externe et de thérapeutique.

La commission a fixé son attention sur un travail de M. Beau intitulé *Etudes analytiques de physiologie et de pathologie sur l'appareil spléno-hépatique*. M. Beau a pris pour point de départ physiologique de son travail les expériences bien connues sur l'absorption des substances alimentaires par la veine porte, qui prouvent que les matières absorbées doivent nécessairement traverser le foie. Pendant l'état de santé, le passage de ces substances solubles alimentaires ou autres à travers le foie se fait sans être accompagné d'aucune sensation spéciale. Mais dans certains états morbides, M. Beau pense que le foie peut acquérir une susceptibilité spéciale, et qu'alors ce passage des substances dans le foie peut être accompagné de douleurs vives survenant dans la région du foie au moment de la digestion : d'où des douleurs hépatiques (hépatalgie) qui peuvent plus ou moins simuler la colique hépatique due à la présence des calculs biliaires, avec laquelle il serait cependant important de ne pas les confondre. C'est pour avoir éclairé par des observations cliniques ce point d'étiologie encore si obscur des maladies du foie, et particulièrement celle des coliques hépatiques que l'Académie a décerné une récompense à M. Beau.

Une distinction semblable a été accordée à M. Béraud, auteur d'un *Mémoire sur l'anatomie et la pathologie des voies lacrymales*, dans lequel l'auteur a signalé et décrit deux ordres de glandes du sac lacrymal et les valvules du conduit lacrymo-nasal. Parmi celles-ci, il en est une dont la description a fixé particulièrement l'attention de l'Académie à cause de son importance relativement à l'opération du cathétérisme du canal nasal par les narines : c'est une valvule située à l'orifice inférieur du canal lacrymo-nasal. M. Béraud, s'appuyant sur les dissections d'anatomie normale et pathologique, croit pouvoir établir, en outre, qu'il faut admettre quatre espèces de tumeurs lacrymales différentes par leurs symptômes et réclamant chacune un traitement également différent.

Dans un travail *sur la chloro-anémie des femmes enceintes*, M. Cazeaux a établi que les troubles de la circulation qu'on observe dans la grossesse, et qui sont généralement rapportés à un état de pléthore, peuvent aussi être dus à un état du sang en quelque sorte opposé, c'est-à-dire à la chloro-anémie. Il a même été conduit par ses observations à considérer cette dernière cause des troubles fonctionnels de la circulation chez les femmes enceintes comme la plus fréquente. Cette opinion est appuyée sur l'examen chimique, qui a montré la diminution des globules du sang dans ce cas et sur les bons effets de la médication tonique. L'Académie a également récompensé l'auteur de ce travail pour avoir mis en lumière ce point intéressant de la pathologie des femmes enceintes.

Parmi les nombreux ouvrages relatifs à des questions de thérapeutique médicale soumis à l'examen de la commission pour le concours de cette année, un seul a paru à la commission digne d'une récompense, comme ayant réalisé une application heureuse des connaissances physiologiques à la thérapeutique ; c'est le travail de M. Corvisart *sur l'action thérapeutique de la pepsine*. On sait que M. Corvisart a cherché à établir qu'on pourrait traiter avec succès certaines affections de l'estomac, dans lesquelles la digestion est troublée ou suspendue, par l'emploi de la pepsine préparée artificiellement avec la caillette du veau ou du mouton.

La commission lui a particulièrement reconnu le mérite d'avoir prouvé par des expériences et des faits l'efficacité d'un mode de traitement dont l'idée avait déjà été conçue et la réalisation préparée par plusieurs physiologistes, et de l'avoir introduit dans la pratique. Nous reviendrons prochainement sur cette question pleine d'intérêt et d'avenir.

L'hygiène publique et la physique médicale qui en est un des auxiliaires les plus utiles, ont eu aussi leur part de distinctions. Ainsi l'Académie a accordé des récompenses à M. Tardieu, auteur du *Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité*, où sont résumés et coordonnés d'après une critique juste et intelligente, ainsi que le déclare la commission, les immenses matériaux disséminés dans les recueils périodiques, et qui renferme en outre un certain nombre d'observations importantes propres à l'auteur ; à M. Bouquet pour son *Histoire chimique des eaux minérales et thermales de Vichy, Cusset, Hauterive*, etc. ; à M. Foissac pour son *Traité de la météorologie dans ses rapports avec la science de l'homme, et principalement avec la médecine et l'hygiène publique*.

Enfin, dans l'ordre des travaux envoyés au concours pour les prix relatifs aux arts insalubres, où les sciences médicales interviennent souvent avec fruit et avec succès, nous n'avons trouvé pour cette année qu'un seul travail que nous puissions revendiquer comme étant des nôtres ; c'est le mémoire de MM. Boutron et Boudet sur le moyen de déterminer la proportion des sels à base de chaux et de magnésie dans les eaux de sources et de rivières au moyen d'une liqueur savonneuse titrée.

Ainsi qu'on vient de le voir, tous les travaux couronnés ou récompensés ont plus ou moins manifestement le caractère que l'Académie des sciences désire trouver dans les communications qui lui sont faites et qu'elle s'engage plus particulièrement à encourager. Ce caractère, c'est l'application à la médecine et à la thérapeutique des connaissances acquises en anatomie, en physiologie, en physique ou en chimie, ou des progrès réalisés dans l'une de ces sciences, surtout quand ces progrès s'appliquent utilement à

FRAGMENTS INÉDITS SUR LA BLENNORRHAGIE (1).

Extraits du chant II (SYMPTÔMES).

Par M. le docteur Aug. CORLIEU (de Charly).

Aussitôt que du mal l'aiguillon apparaît,
L'organe endolori ~~s'offre sous d'autres traits.~~
n'a plus le même attrait.
On observe un prurit à cette période,
Voluptueux d'abord, mais bientôt incommode,
Qui, changeant en huit jours *et d'état et de nom*,
Amène un flux blanchâtre, une vive cuisson.
Les lèvres du méat, rouges, tuméfiées,
Sont par le mucopus l'une à l'autre accolées.
Si le doigt par hasard pressé au niveau du gland,
Un liquide visqueux sort et coule en bavant.
L'urine, dont le jet en tournant s'éparpille,
Brûle comme un fer chaud, pique comme une aiguille.
Le pénis irrité par l'inflammation,
Sur lui-même courbé reste en érection.
Quelquefois il survient une fièvre brûlante,
La perte du sommeil, une douleur cuisante,
Qui partant du méat parcourt tout le bassin :
Mais jamais la douleur n'osa franchir le rein.
Pendant un certain temps cet état peut s'accroître ;
Mais en un mois souvent on le voit disparaître.
Ce temps suffit au mal pour accomplir son cours,
Et l'on sent les douleurs s'amoindrir tous les jours.
Mais d'autres fois le mal passe à l'état chronique ;
Il reste un suintement au blanc d'œuf identique,
Tout à fait indolent, n'existant qu'au matin,
Lorsqu'un doigt imprudent presse au-dessous du frein.
Au traitement souvent ce flux est réfractaire ;
Le peuple l'a nommé la *goutte militaire*.
Ce que le médecin avec soin doit saisir,
C'est la source du mal ; il peut y parvenir.
Quand Ricord veut savoir si la blennorrhagie
A dans la syphilis sa généalogie,
Il prend une lancette essuyée avec soin,
L'humecte de mucus : alors, devant témoin,
Sur le fémur il fait une étroite piqûre,
Qui du fléau bientôt dévoile la nature.
Sous un verre de montre artistement fixé,
Il enferme aussitôt le mucus déplacé.
Est-il syphilitique ? Il survient un ulcère
Qui bientôt disparaît par un léger cautère.
Alors on sait du mal jusqu'au point de départ.
Des soins rationnels sont donnés sans retard.
L'inoculation, s'il n'est qu'inflammatoire,
N'a pas de résultat, le fait est péremptoire ;
Et le malade, heureux de sa bénignité,
N'a rien à redouter pour sa postérité.
C'est en vain qu'à Paris une école ennemie,
Ayant ses partisans même à l'Académie,
Cherche à nous démontrer par des faits observés
Que ta doctrine est fausse et tes cas controuvés.
Ne t'avons-nous pas vu, Ricord, parmi tes salles,
Renverser par des faits ces écoles rivales,

(1) Le langage prosaïque nous a paru généralement suffire pour exprimer tous les faits et toutes les idées que nous avons mission de transmettre à nos lecteurs. Heureux si nous avons toujours pu le faire avec une clarté suffisante et en termes grammaticalement irréprochables. Cependant quelques médecins, se rappelant sans doute l'étroite parenté qui lie l'origine de la médecine à celle de la poésie, se sont essayés, avec plus ou moins de succès, à revêtir les choses de notre profession des splendeurs du langage des poëtes. Les plus anciens d'entre nos lecteurs peuvent se rappeler encore que le rhythme et la rime ne gâtaient rien à la verve satirique qui prenait jadis ses ébats dans les petites colonnettes du feuilleton. Cet exemple nous a enhardi à accueillir cette petite pièce de vers sur un sujet qui a toujours eu le privilége d'inspirer les médecins rimeurs. Si quelques-uns, par considération pour la gravité des sujets qui doivent plus particulièrement nous préoccuper ici, et par respect de leur propre dignité, trouvaient la licence un peu trop grande, nous leur demanderions grâce en invoquant les tolérances que comporte ce jour.

l'art de guérir. On ne saurait trop louer assurément cette direction imprimée aux travaux de la médecine, que l'Académie cherche par là à rapprocher tous les jours de plus en plus de la certitude des sciences physiques. Cette voie de progrès n'est cependant pas la seule. En dehors des expérimentations et des applications physiologiques ou chimiques et physiques, l'observation pure et simple de la nature, telle que la faisaient les anciens, enrichit aussi journellement la médecine de faits importants pour l'histoire des maladies et utiles pour leur traitement. Pourquoi ces acquisitions, qui, pour n'avoir pas peut-être le cachet scientifique que l'Académie aime à trouver dans les travaux qu'elle récompense, n'en ont pas moins cependant leur mérite et leur utilité, n'auraient-elles pas aussi leur part des munificences académiques? Nous avons vu, non sans quelque regret, mettre hors de concours plusieurs ouvrages de ce genre et qui avaient à nos yeux, outre leur valeur intrinsèque, le mérite, assurément digne de considération, d'avoir été faits et écrits en quelque sorte sous le feu des cruelles épidémies que nous venons de traverser.

Nous serions heureux que l'Académie voulût bien à l'avenir avoir égard à ces quelques observations. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert (de Lamballe).

Fistule vésico-vaginale survenue à la suite d'un accouchement laborieux. — Autoplastie par glissement. — Réunion complète le dixième jour après l'opération. — Incontinence d'urine produite par l'absence de tonicité du col de la vessie.

La femme Adèle Lepreux, âgée de trente-trois ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 18 avril 1855, salle Saint-Maurice, n° 25.

Cette femme, d'un tempérament lymphatique, au teint jaune, peu coloré, aux chairs molles, d'une taille un peu au-dessous de la moyenne, n'a jamais été malade jusqu'à l'âge de dix-huit ans. Elle n'a jamais présenté d'accidents de scrofule. A dix-huit ans, elle fut atteinte d'une maladie fébrile qui la retint au lit pendant cinq semaines, et dont il est impossible de spécifier la nature.

Son père a vécu jusqu'à un âge avancé; sa mère est morte à l'âge de quarante-cinq ans, d'une fluxion de poitrine, après avoir eu quatorze enfants, qui tous sont venus naturellement et vivants.

Ce n'est donc pas à un vice héréditaire qu'on peut attribuer les accidents qui ont été chez cette femme l'origine de la lésion dont il va être question.

Quant aux précédents qui concernent l'état de ses fonctions génératrices, voici en quoi ils consistent :

Elle commença à être réglée à l'âge de treize ans et demi; ses menstrues se sont établies sans difficulté, et depuis cette époque jusqu'à sa grossesse elles sont toujours venues avec la plus grande régularité. Elles étaient peu abondantes, et duraient trois jours. Pendant les deux premiers jours de cet écoulement menstruel, la malade éprouvait toujours des douleurs assez vives dans la région lombaire et abdominale, douleurs qu'elle compare à des coliques; elles étaient intermittentes. Le troisième jour, en même temps que les règles diminuaient, les douleurs disparaissaient. Elle n'a jamais eu, avant sa grossesse, d'écoulement leucorrhéique.

Il y a trois ans environ elle vint se fixer à Paris, sans que ce changement de localité amenât aucun dérangement dans sa santé ni dans les fonctions de la menstruation, lorsque vers le 20 juin de l'année 1854 ses règles se suspendirent; elle était enceinte.

Pendant toute la durée de sa grossesse elle a toujours été souffrante. Dans les premiers mois elle était en proie à des vomissements qui la firent beaucoup souffrir. Elle ne pouvait presque rien manger. Elle éprouvait en outre des coliques très-vives, surtout dans la région lombaire, et vers la fin les douleurs devinrent assez violentes pour l'empêcher de marcher. Elle a constamment perdu en blanc.

Dès le cinquième mois le ventre avait acquis un volume considérable, ce qui la faisait paraître beaucoup plus avancée qu'elle n'était réellement.

Dans les six dernières semaines, elle eut un œdème général; les pieds commencèrent d'abord à se tuméfier, puis les jambes, les cuisses, les membres supérieurs et jusqu'au visage même.

Les premières douleurs de l'enfantement apparurent vers quatre heures de la nuit du jeudi au vendredi, mais elles étaient peu vives; elles augmentèrent peu à peu d'intensité, et dans la nuit du vendredi 22 mars au samedi 23, vers minuit, elles avaient pris le caractère de véritables douleurs expulsives. Elle était assistée par une sage-femme, qui, après l'avoir touchée, crut à une grossesse gémellaire.

Comme l'accouchement n'avançait pas et que les douleurs étaient incessantes, la sage-femme se décida à demander l'assistance d'un médecin, qui appliqua le forceps, mais sans résultat.

La tête était au passage, et elle demeura dans cette position jusqu'à neuf heures du matin; les douleurs se calmèrent, et on fut obligé d'administrer du seigle ergoté.

A neuf heures l'enfant fut expulsé naturellement, mais sans vie. Sa mort paraissait remonter à quelques heures seulement.

La délivrance se fit sans accidents, sans hémorrhagie.

L'enfant offrait un volume considérable.

Dans les deux premiers jours qui suivirent l'accouchement, la malade éprouva l'envie d'uriner, et la miction était facile; mais le troisième jour elle ne put uriner, à cause de la cuisson extrême qu'elle ressentait dans les organes génitaux externes. On fut obligé de la sonder. Cette opération dut être répétée pendant cinq jours consécutifs; puis elle recommença à uriner comme auparavant.

Mais le quatorzième jour après l'accouchement, elle s'est aperçue qu'elle mouillait ses draps et qu'elle n'éprouvait plus le besoin de rendre ses urines.

Depuis cette époque, les urines ne passent plus par le méat urinaire, mais elles s'écoulent en totalité par le vagin; l'écoulement redouble au moindre mouvement.

Lorsque la malade va à la garde-robe elle souffre horriblement, et ne peut y aller qu'à l'aide de lavements purgatifs.

D'après ce qu'on vient de lire, il est facile de se rendre compte de la production de cette fistule vésico-vaginale.

La tête du fœtus, qui est restée cinq à six heures à la vulve, a exercé une compression vigoureuse sur la cloison vaginale. Une eschare en a été le résultat inévitable. Cette eschare est tombée après quatorze jours, comme il est dit plus haut, et une communication s'est faite entre le vagin et la vessie, communication qui empêche les urines de suivre leur cours normal et les force à faire issue par le vagin.

Ce qui rend cette opinion encore plus probable, c'est que dans les deux premiers jours la malade ne perdit qu'un peu en rouge; la fièvre de lait fut très-légère. Mais huit jours après les couches, il sortit par la vulve un liquide roussâtre, mêlé de détritus organiques qui répandaient une odeur infecte; cet écoulement ne dura que deux ou trois jours, et fut arrêté par des injections répétées dans le vagin.

État des parties le jour de l'entrée de la malade à l'hôpital. — Erythème des petites et des grandes lèvres. Rougeur très-foncée et érythémateuse du pourtour de la vulve. Pus et muco-pus en grande quantité dans le vagin. Ulcération très-étendue; membrane de nouvelle formation le long de la fourchette, se prolongeant à l'intérieur du vagin à droite et à gauche comme une membrane diphthéritique. Résultat de la chute d'une eschare, la membrane s'avance en arrière le long de la paroi du vagin. Le col de l'utérus est fendillé en quelques points. Le bulbe est rouge, enflammé, et présente une membrane semblable à l'autre; perte de substance qui envahit le corps propre du bulbe. L'orifice de l'urètre est enflammé et irrité. A l'union du bulbe avec le vagin, il existe une ouverture globuleuse dont le grand diamètre est transversal, le petit dirigé d'avant en arrière. On peut faire pénétrer le doigt indicateur dans la vessie.

On a soin, quelques jours avant l'opération, de cautériser les surfaces ulcérées avec le nitrate acide de mercure.

La malade s'acclimate quelques jours à l'hôpital, et l'opération est pratiquée le 7 mai de la manière suivante :

La malade est placée dans la position ordinaire; la cloison recto-vaginale est abaissée à l'aide du spéculum univalve, les lèvres de la vulve écartées à l'aide de leviers. M. Jobert procède immédiatement à l'avivement. A l'aide du bistouri et des pinces à dents, il enlève une bandelette de tous les tissus qui forment la circonférence de l'ouverture fistuleuse. Une fois l'avivement terminé, la fistule a une ouverture beaucoup plus considérable; mais les lèvres de la plaie sont saignantes. M. Jobert applique ensuite trois points de suture entrecoupés, suivant son procédé ordinaire; les aiguilles sont enfoncées d'arrière en avant. Puis le chirurgien pratique sur les parois du vagin deux incisions latérales destinées à favoriser le glissement. Des injections froides sont faites, et un tampon d'amadou est introduit dans le vagin. La malade est replacée dans son lit; une sonde est établie à demeure dans la vessie. Le soir, la sonde coule bien; la malade est dans un état très-satisfaisant, elle ne se plaint que d'un peu de sensibilité dans le ventre.

Le 8 mai, le ventre est un peu douloureux à la pression. Le tampon d'amadou est enlevé, l'urine coule bien par la sonde, elle est mélangée à un peu de sang.

Le 9, l'urine s'écoule toujours bien par la sonde; état général excellent.

Les jours suivants, il ne se passe rien de particulier. L'état de la malade est le même. La sonde donne toujours un facile écoulement à l'urine; rien ne passe par la fistule.

Le 13 mai, sixième jour après l'opération, M. Jobert enlève deux points de suture, et il remarque que les lèvres de la plaie sont parfaitement cicatrisées. Les incisions latérales marchent également vers la cicatrisation.

Le dernier point de suture est enlevé le dixième jour, et le douzième jour, à l'examen des parties, on reconnaît l'oblitération complète de la fistule et la réunion des plaies faites sur les parties latérales; seulement celles-ci sont encore rouges. Il y a encore une légère ulcération au niveau de la fourchette, qui est cependant bien améliorée, et que l'on cautérise avec le nitrate acide de mercure.

La sonde a été encore longtemps laissée à demeure, et, lorsqu'on l'a enlevée, la malade s'est encore plainte de perdre ses urines; elle les perd encore maintenant, mais jamais lorsqu'elle est couchée et tranquille. Cet accident n'a lieu que lorsqu'elle se lève ou qu'elle se livre à quelque effort.

Ajoutons qu'il a été facile de constater que l'urine ne s'écoule plus par la fistule, qui est entièrement oblitérée, mais par le méat urinaire. En effet, si l'on fait tousser la malade, on voit aussitôt l'urine suinter par l'urètre.

La fistule est donc complétement guérie; seulement la vessie, et surtout le col vésical, n'ont pu recouvrer encore leur tonicité normale et retenir parfaitement les urines; aussi, dès que la malade fait quelque mouvement, celle-ci s'écoule involontairement. Il est probable que le temps fera justice de cet accident.

Fistule vésico-utéro-vaginale.

Louise Dubos, âgée de vingt-six ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 12 août 1855, salle Saint-Maurice, n° 31.

Cette femme, d'une assez petite taille, d'une constitution lymphatique, dit n'avoir jamais eu de maladie sérieuse. Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de dix-sept ans. Ses menstrues apparurent sans aucune difficulté et sans apporter aucun dérangement dans sa santé. Elles ont toujours été régulières depuis.

Mariée à l'âge de dix-neuf ans, deux ans après elle devint enceinte pour la première fois; sa grossesse présente quelques particularités dignes de remarque : ainsi ses menstrues apparurent jusqu'au septième mois de sa grossesse, mais elles étaient moins abondantes que dans l'état de vacuité de l'utérus et ne duraient qu'une huitaine de jours. Ses seins prirent aussi des dimensions peu ordinaires; le lait s'écoulait naturellement au sixième mois de la grossesse.

Elle accoucha à terme, seulement l'accouchement fut très-laborieux; les douleurs de l'enfantement durèrent soixante-huit heures, et pendant les quarante-huit premières elles furent excessivement fortes. L'accoucheur appela un de ses collègues en consultation, et l'application du forceps fut décidée. Les médecins attribuèrent la difficulté de l'accouchement à l'étroitesse du bassin et aux dimensions peu ordinaires de la tête du fœtus. Au bout de cinq minutes, l'expulsion de l'enfant fut opérée. Il est venu vivant, mais il mourut au bout de dix-huit jours dans des convulsions. Il était très-volumineux.

Les suites de couches ne présentèrent rien de particulier; la fièvre de lait exista à peine, et trois jours après un accouchement aussi pénible cette femme put se lever et vaquer aux occupations de son ménage.

Elle devint enceinte pour la deuxième fois à la fin de l'année 1851, et elle accoucha au mois d'août 1852. Cette fois la grossesse fut absolument semblable à la première, mais l'accouchement se fit très-vite et très-facilement. La malade n'eut même pas le temps d'appeler son médecin, et elle accoucha dans la cour de sa maison, où elle était occupée à travailler. L'enfant est venu mort-né et paraissait à terme.

Le 10 septembre 1853, elle est accouchée pour la troisième fois; sa grossesse a été fort difficile; ses menstrues n'apparurent que jusqu'au

---

Quand deux cents auditeurs, de toutes nations,
Après toi contrôlaient tes observations,
Alors que nous offrant tes lits en bon confrère,
Tu disais à chacun : Contemple et délibère!
Ce temps est loin déjà; de nombreux cheveux blancs
Ont modéré chez moi la fougue du printemps,
Et, rassis aujourd'hui, je suis heureux de dire
Qu'au *grand livre* avec toi je voudrais encor lire!
Comment donc ce fléau, fruit d'un juste courroux,
En notre siècle est-il si commun parmi nous?
A des motifs divers il doit son origine :
Tels que bière, calculs, rétention d'urine,
Rapports immodérés, mauvais tempéraments,
Excès dans la boisson ou dans les aliments.
On peut voir que Moïse, en son saint Lévitique,
Proscrivait les rapports pendant le temps critique.
Cependant on doit dire, avec quelque raison
(Et chaque jour les faits nous servent de leçon),
Que le fléau n'a point d'origine plus sûre
Qu'un imprudent commerce avec la femme impure.
. . . .
Quand il veut dénommer un si cuisant supplice,
Le vulgaire ignorant l'appelle *chaudepisse;*
Pour un fidèle époux, pour un heureux amant,
Le mot est plus bénin : c'est un *échauffement;*
Le savant l'appela, dans la pathologie,
Du nom de gonorrhée ou de *blennorrhagie;*
D'*urétrite* parfois. Ce mot est plus heureux,
Convient mieux à l'esprit d'un docteur pointilleux.
. . . .

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Laffont, né à Toulouse (Haute-Garonne); *De l'abus de l'hérédité ou pathogénie.*

Leclaire aîné, né à Vannes (Morbihan); *Des marais; des miasmes paludéens.*

Dutems, né à Flavy-le-Martel (Aisne); *Sur l'étiologie de la tuberculisation pulmonaire et l'hygiène des personnes prédisposées à cette affection.*

Lépine, né à Dijon (Côte-d'Or); *Essai sur la régénération osseuse.*

Boulet, né à Ornas (Doubs); *Du vomissement sous le rapport du pronostic et du diagnostic dans les maladies.*

Boureau, né à Marray (Indre-et-Loire); *De l'emphysème primitif ou spontané dans les fractures des membres.*

Cartaya, né à Santa-Anna, près la Havane (île de Cuba); *De l'inflammation et des ulcérations du col de l'utérus chez les femmes vierges et chez les femmes non vierges, et en dehors de l'état de grossesse.*

Lacuire, né à Montmerle (Ain); *Du tissu érectile; appareils érectiles chez la femme.*

Roux, né à Givet (Ardennes); *De la hernie ombilicale.*

Thémoin, né à Rostrenen (Côtes-du-Nord); *Quelques considérations sur les plaies de la région scrotale.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent; A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères. — Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Étude sur les eaux minérales de Nauheim, par M. A. Rotureau, docteur en médecine, membre titulaire de la Société d'hydrologie médicale de Paris, avec considérations et analyses chimiques, par M. Ad. Chatin, professeur à l'École supérieure de pharmacie, membre de l'Académie impériale de médecine, chevalier de la Légion d'honneur. — Un volume in-12. Prix : 2 fr. 50 c. Paris, chez Labé, place de l'École-de-Médecine.

Traité élémentaire de pathologie interne, par MM. A. Hardy et J. Béhier. Ouvrage adopté par le conseil de l'instruction publique. — La deuxième partie, contenant les Congestions, les Hydropisies et les Névroses, vient de paraître. Prix : 2 fr. 50 c. — L'ouvrage se composera de 4 forts vol. in-8°; le prix des trois premiers volumes publiés est de 23 fr. — Nota. Le tome Ier, contenant la Pathologie générale et la Séméiologie, se vend séparément 7 fr. 50 c. — Paris, Chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine.

troisième mois, et il fallut lui pratiquer trois saignées consécutives. Elle devint sujette à des nausées suivies rarement de vomissements, à des céphalalgies opiniâtres, des étourdissements qui la faisaient tomber sans connaissance.

L'accouchement cependant se fit à terme comme les autres, mais il présenta de grandes difficultés. Cette femme est restée quarante-huit heures dans les douleurs de l'enfantement; malgré cinq paquets de seigle ergoté, l'accouchement ne put se terminer; il fallut encore avoir recours au forceps. Quelques minutes après, la malade fut délivrée. La suite de couches fut on ne peut plus favorable; la malade dès le lendemain même se leva pour faire son lit, et le surlendemain elle reprit ses travaux habituels. Elle urinait aussi bien que d'habitude, seulement les urines étaient beaucoup plus abondantes que dans l'état normal. Dix jours après ses couches, elle s'aperçut qu'elle perdait sous elle; depuis elle n'a jamais pu uriner naturellement; qu'elle fût couchée ou levée, l'urine s'écoulait toujours par la fistule; elle était obligée de garnir le lit.

Malgré des demandes réitérées, cette femme, avant que l'opération dont nous allons rapporter les détails fût pratiquée, a toujours prétendu qu'elle n'avait encore subi aucune opération; mais, celle-ci une fois faite, elle s'est décidée à avouer que, le 16 décembre 1853, elle avait subi une première opération par le ravivement et la suture. Les fils furent coupés le deuxième jour, et la malade garda la sonde pendant trois semaines.

Mais cette première opération ne fut suivie d'aucun résultat. Quoiqu'elle eût été cautérisée au nitrate d'argent presque tous les huit jours pendant trois mois et deux fois seulement au fer rouge, la fistule persista toujours, et la malade sortit de l'hôpital sans avoir obtenu aucune amélioration dans sa position. Elle retourna dans son pays pour rétablir sa santé affaiblie par plusieurs diarrhées.

En 1854, elle rentra de nouveau à l'hôpital, où elle fut opérée pour la seconde fois par le ravivement et la suture; les fils furent coupés le troisième ou quatrième jour; les septième et huitième jours, les urines ont encore coulé par le vagin; elle a été cautérisée alors au nitrate d'argent et deux fois au fer rouge. On retira la sonde au bout de cinq semaines, mais la malade ne fut pas guérie; son état fut un peu amélioré; elle ne perdait plus ses urines qu'en marchant; couchée, elle ne mouillait pas ses draps, et assise même elle pouvait garder assez longtemps ses urines.

Elle sort de l'hôpital le 2 janvier 1855. Après être restée trois mois dans un autre hôpital comme infirmière, elle alla dans son pays. Elle revint à Paris le 8 août 1855, et c'est alors qu'elle entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Jobert (de Lamballe), le 14 août 1855. La malade, examinée, était dans l'état suivant:

La cloison recto-vaginale fortement abaissée à l'aide d'un spéculum univalve et les lèvres écartées avec des leviers, voici ce que l'on peut constater:

1° Les parties génitales externes sont érythémateuses; quelques ulcérations légères; follicules développés sur les grandes lèvres;

2° L'urètre est un peu rétréci;

3° Le vagin renferme une certaine quantité d'urine trouble;

4° Sur la paroi antérieure du vagin et dans les environs de la fistule, on aperçoit quelques plaques albumineuses, qui sont immédiatement cautérisées avec le nitrate d'argent;

5° La distance qui sépare le méat urinaire de la fistule mesure 2 centimètres;

6° On rencontre sur la ligne médiane une fente allongée, infundibuliforme, creusée dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, et s'étendant jusqu'à l'intérieur du conduit utérin;

7° L'insertion du vagin au col de l'utérus n'existe plus; la fistule a 3 centimètres de longueur; elle est située complétement sur la ligne médiane; deux sondes adossées l'une à l'autre peuvent y pénétrer.

La malade est préparée pendant quelques jours par des purgatifs, des bains, des injections émollientes.

L'opération est pratiquée le samedi 18 août de la manière suivante:

La cloison recto-vaginale étant déprimée et les grandes lèvres écartées comme dans l'observation précédente, et l'intérieur du vagin parfaitement mis à nu, l'urine, qui se trouve en grande quantité dans l'intérieur du vagin, est absorbée avec des pinceaux; puis, avec deux pinces de Museux, l'opérateur attire fortement en avant les restes du col de l'utérus. On voit alors parfaitement que la lèvre antérieure du museau de tanche fait partie de la fistule.

M. Jobert, avec un bistouri long, excise tout le pourtour de la fistule, en comprenant dans l'incision cette portion du museau de tanche, et de manière à ne laisser aucun point du périmètre de la fistule sans être ravivé. La fistule se trouve ainsi considérablement agrandie. Il passe alors d'avant en arrière trois points de suture entrecoupés, qui sont également espacés, puis il débride en faisant deux incisions sur les parties latérales du bassin, jusque sur les côtés du bulbe de l'urètre. Enfin, il en pratique une troisième verticale dans l'épaisseur de la lèvre postérieure du col, pour relâcher la suture.

Une artère de la cloison et une artère du col ont fourni du sang. La suture a arrêté l'écoulement fourni par celle de la cloison, et un tampon d'agaric, celui qui vient du museau de tanche.

On introduit un tampon dans le vagin pour arrêter l'hémorrhagie, et la malade est replacée dans son lit. Une sonde est mise à demeure dans la vessie et laisse facilement écouler l'urine.

A quatre heures, la malade éprouva un peu de sensibilité à la partie inférieure de l'abdomen et dans les organes génitaux externes. L'état général est, du reste, excellent. Pas de fièvre, pas de chaleur à la peau; ni nausées ni vomissements. L'urine s'écoule facilement par la sonde.

Le 19, la douleur abdominale est un peu augmentée. La sonde ne s'est pas bouchée. Les urines sont chargées de sang. Etat général toujours bon.

Le 20, la sonde s'est bouchée pendant la nuit. L'interne de garde n'a pu sonder la malade. Une nouvelle sonde est introduite le matin même par M. Jobert, et laisse sortir une grande quantité d'urine. Pas de fièvre. La douleur abdominale a disparu.

Les 21, 22, 23, rien de nouveau. La sonde se bouche parfois et est immédiatement remplacée. L'orifice de l'urètre est placé très-bas, et on le découvre assez difficilement.

Le 24, les trois fils sont coupés. La réunion paraît complète. Le vagin est sec; seulement un peu de muco-pus se trouve dans le fond; il ne reçoit rien par la fistule. Bien que la sonde eût été bouchée dans la matinée, il n'est point sorti d'urine par la fistule. Par le cathétérisme, on a évacué une grande quantité d'urine. Les urines contenaient un peu de mucosités qui restaient au fond de l'urinal.

Les plaies faites pour le débridement latéral et antérieur sont à peu près cicatrisées.

Le 25, même état; introduction d'une nouvelle sonde.

Le 26, la malade est examinée. Un peu de mucos-pus au fond du vagin. On voit, à gauche, une petite ulcération que l'on cautérise avec le crayon de nitrate d'argent. Une petite gouttelette d'urine s'écoule après la cautérisation. La sonde est supprimée. Dans la matinée, la malade a uriné et éprouvé le besoin de le faire trois fois dans la journée et deux fois dans la nuit. Elle ne perd pas sous elle.

Le 27, elle éprouve le besoin d'uriner, et elle urine cinq ou six fois par jour. Elle se lève, et lorsqu'elle marche, elle ne perd en aucune manière.

Le 28, on procède à un nouvel examen de la malade.

Le bassin est dans l'état normal. La cloison vésico-vaginale est un peu plus courte que dans l'état normal. Du bulbe au fond du vagin il y a près de 5 centimètres.

Sur la cloison vésico-vaginale, on voit de petites plicatures, léger enfoncement résultat de l'application des fils. Aucune fissure, aucune rigole anormale. Pas d'urine dans le bassin. Le méat urinaire est dans l'état normal; le bulbe un peu déprimé. L'urètre est un peu douloureux. Les organes génitaux externes sont parfaitement secs; et maintenant la malade est complétement guérie de son infirmité; qu'elle se lève et qu'elle marche, elle ne perd plus une goutte d'urine.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

sur le traitement de la syphilis constitutionnelle par le mercure et l'iodure de potassium (1).

Par M. le docteur H. MONTANIER.

§ IV. *Traitement proprement dit. — Accidents secondaires. Traitement mercuriel.*

1° *Durée.* — Quelle doit être la durée du traitement par le mercure? Cette question a été longtemps débattue, et aujourd'hui encore la plupart des médecins n'ont pas de notions précises sur le temps qu'ils doivent consacrer au traitement de la syphilis; ils s'en rapportent beaucoup plus au hasard qu'à l'expérience. Et d'abord, le traitement ne doit jamais se mesurer ni par le nombre de jours ni par le poids du mercure absorbé. Tel malade peut être guéri en six semaines, tel autre seulement en six mois; chez tel individu il suffit de doses très-faibles de mercure, chez tel autre il en faut de beaucoup plus considérables. En général, on doit continuer l'usage du médicament pendant un temps très-long; le médecin ne saurait jamais trop insister auprès de son malade pour lui faire continuer le traitement.

Voici quelques considérations qui peuvent guider le médecin et lui permettre d'apprécier quelle doit être la durée du traitement. Ces considérations se déduisent du symptôme que l'on a à combattre. Ainsi, je suppose que l'on ait à diriger un traitement contre l'induration sous-chancreuse ou ganglionnaire; il est absolument indispensable: 1° de faire prendre du mercure jusqu'à ce que toute trace d'induration ait complétement disparu; 2° de continuer encore les préparations hydrargyriques pendant la moitié du temps qu'il aura fallu pour faire disparaître l'induration. Ainsi je suppose que l'induration ait disparu après soixante jours de traitement; il faudra que le malade continue à prendre du mercure pendant trente jours au moins. On se conduira de même pour tout autre accident qu'on aura à combattre: syphilides, ulcérations secondaires, etc.; puis on fera prendre pendant un mois environ de l'iodure de potassium.

2° *Salivation.* — Est-il nécessaire de provoquer la salivation, et ne peut-on espérer guérir la vérole que lorsque le malade a salivé? Cette opinion était celle des premiers médecins qui ont eu à traiter la syphilis; ils cherchaient par tous les moyens possibles à provoquer une salivation plus ou moins abondante, et estimaient que la maladie ne pouvait pas être guérie sans cela. C'est ce qui fait dire plusieurs fois à Sydenham que le mercure ne peut pas être considéré comme un spécifique de l'affection syphilitique, puisqu'il ne saurait guérir celle-ci s'il ne provoque d'abord la salivation. D'où l'on pourrait se croire en droit de conclure que tout sylagogue serait un antisyphilitique aussi certain que le mercure. On finit pourtant par s'apercevoir que ces idées n'étaient pas exactes, et que la vérole pouvait très-bien être guérie par le mercure, même alors qu'il ne provoque pas la salivation. De là une nouvelle méthode de traitement, dite par *extinction*.

De ce que nous guérissons la vérole sans provoquer la salivation, il n'en faudrait pas conclure cependant que les anciens avaient tort de la provoquer. Il y a, sous le rapport de l'intensité, une différence considérable entre la vérole telle que nous la voyons généralement aujourd'hui et la vérole du XVe et du XVIe siècle. Sans doute c'est bien la même maladie, ce sont bien les mêmes symptômes; mais quelle différence dans la gravité! Nous avons même quelque peine aujourd'hui à comprendre les horribles descriptions de Hutten, de Jacques Cataneo, de Fracastor, de Musa, etc. Ces symptômes épouvantables, ces accidents affreux de la vérole de ce temps-là, nous ne les voyons plus aujourd'hui que considérablement modifiés et amendés. De temps en temps, toutefois, il nous est encore donné d'observer quelques-uns de ces cas qui, par leur gravité exceptionnelle, nous ramènent à la vérole du XVIe siècle et nous prouvent l'affreuse vérité des descriptions en quelque sorte daguerréotypées de nos anciens auteurs.

Eh bien! ces cas exceptionnels par leur gravité se trouvent encore aujourd'hui très-bien de la salivation, et ce n'est guère que de cette façon qu'on peut espérer de les guérir: d'où nous pouvons conclure, sans rien forcer, que l'ancienne vérole ne pouvait guérir qu'à l'aide de la salivation, et que ce n'est qu'après une certaine période de temps qu'on a pu y renoncer.

Quoi qu'il en soit, aujourd'hui on ne fait et on ne doit faire saliver le malade que dans quelques cas exceptionnels. En dehors de ces cas, voici la méthode à laquelle on doit avoir recours:

En général, il est bon, avant de commencer l'usage des préparations hydrargyriques, de purger légèrement le malade et de lui faire prendre un ou deux bains de propreté. En agissant ainsi, on a pour but de rendre l'absorption intestinale et l'exhalation cutanée plus actives; puis on administre le mercure à l'intérieur. Quelle que soit la préparation à laquelle le médecin donne la préférence (et nous reviendrons plus loin sur ce point), il doit toujours agir avec la plus attentive circonspection; il faut d'abord qu'il tâte le terrain sur lequel il va agir. Tel individu, en effet, supporte très-bien les mercuriaux, tel autre les tolère très-mal et, chez lui, à la moindre dose, on voit survenir des coliques, de la diarrhée, l'inflammation buccale, la salivation, tout autant d'accidents qu'il faut soigneusement éviter, sauf les indications exceptionnelles. On doit donc commencer par des doses très-faibles d'abord, que l'on augmentera progressivement, mais avec une certaine lenteur. Chaque fois que le médecin croira pouvoir augmenter les doses, il interrogera très-attentivement l'état des voies digestives. Il est bon, dans le traitement, d'obtenir, outre l'effet général, l'effet local suivant: une légère rougeur des gencives, un goût légèrement métallique à la bouche, une haleine un peu plus forte qu'à l'état normal. Ces divers symptômes indiquent que le mercure agit efficacement, mais il ne faut pas dépasser ces limites. Dès que survient la salivation, il faut immédiatement diminuer la dose de mercure et même, si on le juge nécessaire, l'interrompre pendant quelques jours, pour la reprendre ensuite, mais à doses faibles, que l'on recommencera à élever progressivement. On agira absolument de même à l'égard de la diarrhée, phénomène malheureusement assez fréquent et toujours nuisible.

Dans les cas exceptionnels où l'on croit devoir provoquer la salivation, c'est-à-dire dans quelques iritis et dans ces véroles très-graves contre lesquelles échoue le traitement ordinaire, il faut encore agir avec une très-grande circonspection, et prendre bien garde de ne pas dépasser le but. Il faut savoir que le mercure peut produire les accidents les plus terribles du côté de la bouche. Ainsi, la salivation est quelquefois d'une abondance réellement incroyable, et elle affaiblit considérablement les malades. Indépendamment de cette salivation, d'autres accidents ne tardent pas à se manifester, si le médecin, par un moyen ou par un autre, n'y porte pas remède. Ainsi, les dents se déchaussent peu à peu; elles vacillent dans leurs alvéoles; les joues, les gencives, la langue se fendillent, s'excorient et deviennent le siége d'ulcérations nombreuses assez semblables aux ulcérations syphilitiques. La langue se tuméfie de plus en plus; elle arrive aux dents, les déborde quelquefois et vient faire hernie hors de la bouche. Toute la face est tuméfiée; le gonflement gagne les glandes sous-maxillaires et parotides, en même temps que les ganglions voisins, qui deviennent douloureux. Certains malades se plaignent de souffrir à la gorge, dans les oreilles; ils ne peuvent ni parler ni entendre. Dans quelques cas, très rares à la vérité, les joues se gangrènent, les os maxillaires se nécrosent; il en résulte des ulcérations énormes très-difficiles à guérir. Dans quelques circonstances enfin, les malades, de plus en plus affaiblis, meurent dans le marasme.

On voit par là combien il est important de surveiller la salivation, afin de pouvoir la modérer dès qu'elle tend à devenir trop abondante ou que l'inflammation buccale menace de se terminer d'une manière fâcheuse. En d'autres termes, il importe que le médecin soit toujours maître d'un pareil accident.

Le plus souvent, à la vérité, même sans traitement, par la cessation seule du mercure, la salivation diminue, se tarit, les ulcérations se détergent et guérissent, et tout rentre dans l'ordre. Mais dans d'autres cas, les choses ne se passent pas aussi bien, et le médecin a à intervenir.

Plusieurs moyens ont été indiqués pour atteindre ce but.

On est à peu près d'accord aujourd'hui sur le point suivant, savoir: que dans la stomatite mercurielle, ce ne sont pas les glandes salivaires qui sont primitivement affectées; on reconnaît généralement, et c'est notre opinion, que, bornée d'abord à la muqueuse buccale, l'irritation ne se propage que secondairement aux glandes salivaires, en suivant leurs conduits excréteurs. Dans le traitement de cet accident, on doit donc avoir beaucoup moins en vue les glandes salivaires elles-mêmes que la muqueuse gingivale.

Un excellent moyen pour combattre l'inflammation buccale consiste dans la cautérisation légère des gencives par l'acide chlorhydrique fumant. Il faut la faire avec beaucoup de précautions, en promenant légèrement et vite un pinceau sur les gencives, qu'on essuye immédiatement avec un linge très-fin et très-doux. Il est de la plus haute importance de ne pas toucher les dents avec l'acide, car l'émail en serait altéré. Certains praticiens, redoutant ce dernier inconvénient, préféreront peut-être le moyen suivant, qui con-

(1) Suite. — Voir les numéros des 19 et 24 janvier.

siste à promener plusieurs fois par jour, sur les gencives, le doigt chargé de poudre d'alun ; moyen presque aussi efficace que le précédent. D'ailleurs, on pourra en même temps avoir recours aux révulsifs, tant sur la peau que sur le tube digestif, et même ceux antiphlogistiques. — Si le mal arrivait jusqu'à la nécrose des os, on ne se comporterait pas ici autrement que dans les cas ordinaires de nécrose. — Dans certains cas, il faudra cautériser les ulcérations des parties molles, soit avec le nitrate d'argent, soit avec l'acide nitrique mono-hydraté, soit même avec le fer rouge. Quand il y aura gangrène, jamais, on le comprend de reste, avec le nitrate acide de mercure.

Il y a quelques mois, MM. Blache et Herpin (de Genève) ont beaucoup préconisé, contre la stomatite mercurielle, le chlorate de potasse à l'intérieur. On donne ce médicament à la dose de 1 à 4 grammes par jour, et même davantage, dans la tisane ou dans un julep. Ces médecins se louent beaucoup de ce médicament, qui nous a parfaitement réussi dans deux ou trois cas où nous l'avons employé depuis peu.

3° *Frictions mercurielles.* — Pendant longtemps les frictions mercurielles ont constitué l'unique traitement de la vérole. De nos jours elles sont à peu près complétement abandonnées. Nous n'avons nulle envie de les remettre en honneur.

Comme traitement général, les frictions mercurielles ne valent ni mieux ni moins que le traitement à l'intérieur, et elles ont l'inconvénient très-grave de salir le linge du malade, d'occasionner, en été surtout, une odeur insupportable, d'importuner enfin le patient au point de le dégoûter de tout traitement. En outre, par les frictions, on sait toujours beaucoup moins ce que l'on fait que par l'administration du mercure à l'intérieur. Aussi, avons-nous complétement banni de notre pratique particulière l'usage de cette médication, si ce n'est dans le cas où les voies digestives sont dans un tel état qu'il est absolument impossible d'administrer le mercure par la bouche. Dans ce cas, il faut bien recourir aux frictions et surveiller très-attentivement la bouche; car, toutes choses égales d'ailleurs, nous avons pu nous assurer que les frictions provoquent la salivation plus facilement que le mercure pris à l'intérieur selon la méthode ordinaire.

4° *Fumigations.* — Les fumigations mercurielles sont à peu près complétement abandonnées aujourd'hui, et à tort, selon nous. Non pas que nous pensions qu'il faille en faire une méthode générale de traitement, mais c'est un excellent moyen dont il faut savoir user dans quelques circonstances, et principalement dans les syphilis invétérées et qui ont résisté à tous les autres moyens de traitement. Elles trouvent surtout leur emploi dans les ulcérations cutanées qui sont la conséquence de certaines formes graves de syphilides. Récamier, qui en faisait un fréquent usage, se servait de préférence du cinabre et du proto-iodure hydrargyrique. Le malade, assis sur une chaise de paille, était enveloppé jusqu'au cou d'une couverture de laine qui pendait jusqu'à terre. On introduisait ensuite sous la chaise une pelle de foyer rougie au feu, et sur cette pelle on projetait de cinq en cinq minutes un paquet de

Cinabre en poudre.	1 gramme.
Proto-iodure de mercure. . . .	0,50

La fumigation durait ordinairement de vingt-cinq à trente minutes.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 janvier 1856. — Présidence de M. Binet.

La séance s'ouvre par la proclamation des prix décernés et des sujets de prix proposés.

Prix décernés dans l'ordre des sciences physiques.

Prix de physiologie expérimentale pour l'année 1855. — Le prix de physiologie expérimentale pour 1855 a été décerné à M. Brown-Séquard, pour ses *recherches sur la transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière.*

Prix relatifs aux arts insalubres. — Un prix de 2,000 fr. a été accordé à MM. Boutron et Boudet, pour leur moyen de déterminer la proportion des sels à base de chaux et de magnésie dans les eaux des sources et des rivières au moyen d'une liqueur savonneuse titrée.

Prix de médecine et de chirurgie. (Fondation Montyon.) — L'Académie a accordé dix récompenses, savoir :

1° Une récompense de 1,500 fr. à M. Hannover, pour l'ensemble de ses recherches sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de l'œil;

2° Une récompense de 1,500 fr. à M. Lehmann, pour son traité de chimie physiologique;

3° Une récompense de 1,500 fr. à M. Bouquet, pour son mémoire sur l'analyse des eaux du bassin hydrologique de Vichy;

4° Une récompense de 1,500 fr. à M. Beau, pour ses études analytiques de physiologie et de pathologie sur l'appareil spléno-hépatique;

5° Une récompense de 1,500 fr. à M. Corvisart, pour ses recherches sur l'action thérapeutique de la pepsine;

6° Une récompense de 1,500 fr. à M. Béraud, pour ses recherches d'anatomie et de pathologie sur les voies lacrymales;

7° Une récompense de 1,000 fr. à M. Cazeaux, pour son mémoire sur la chloro-anémie des femmes enceintes;

8° Une récompense de 1,000 fr. à M. Dareste, pour son travail sur les circonvolutions cérébrales;

9° Une récompense de 1,000 fr. à M. Tardieu, pour son ouvrage sur l'hygiène publique et la salubrité;

10° Une récompense de 1,000 fr. à M. Foissac, pour son Traité de la météorologie dans ses rapports avec la science de l'homme, et principalement avec la médecine et l'hygiène publique.

Prix proposés.

Programme du prix Bréant. — 1° Pour remporter le prix de 100,000 francs, il faudra :

« Trouver une médication qui guérisse le choléra asiatique dans » l'immense majorité des cas; »

Ou

« Indiquer d'une manière incontestable les causes du choléra asia- » tique, de manière qu'en amenant la suppression de ces causes on » fasse cesser l'épidémie; »

Ou enfin,

« Découvrir une prophylaxie certaine et aussi évidente que l'est, par » exemple, celle de la vaccine pour la variole. »

2° Pour obtenir le prix annuel de 5,000 francs, il faudra :

« Par des procédés rigoureux, avoir démontré dans l'atmosphère » l'existence de matières pouvant jouer un rôle dans la production ou » la propagation des maladies épidémiques. »

Dans le cas où les conditions précédentes n'auraient pas été remplies, le prix annuel de 5,000 francs pourra, aux termes du testament, être accordé à celui qui aura trouvé le moyen de guérir radicalement les dartres, ou qui aura éclairé leur étiologie.

Les mémoires destinés au concours pour le prix du legs Bréant devront porter ostensiblement le nom de l'auteur. Ils devront être déposés *francs de port* au secrétariat de l'Institut.

Les prix annuels qui seront décernés jusqu'au moment où le prix de 100,000 francs aura été obtenu, seront décernés chaque année dans la séance publique. Le jugement de la commission portera exclusivement sur les mémoires qui auront été reçus du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 octobre. — Présidence de M. le professeur Dubois.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— La correspondance comprend :

1° Le numéro de septembre du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

2° Le compte rendu des travaux de la Société impériale de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse, 1854. (M. Dupertuis.)

3° Un numéro du *Recueil des travaux de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire.*

— M. Thore, membre titulaire, assez gravement indisposé depuis quelque temps, demande à échanger son titre contre celui de membre honoraire.

Sur la proposition de M. Foucart, secrétaire général, la Société décide par acclamation que le titre de membre honoraire sera accordé à M. Thore; que de plus une lettre lui sera adressée, dans laquelle seront consignés les regrets de la Société de perdre la coopération active de M. Thore, ainsi que l'espoir qu'il continuera, dès qu'il sera rétabli, à assister aux séances et à prendre part à ses travaux.

Communications.

M. Caron annonce le décès de la jeune malade dont il avait entretenu la Société dans la dernière séance. Cette malade, comme on doit se le rappeler, était atteinte d'une affection du foie, qu'étaient venus compliquer des symptômes d'une diphthérite intense, et que M. Rayer, appelé en consultation, avait déclarée menacée d'une mort imminente.

— M. Dupertuis, de son côté, annonce l'amélioration survenue chez le malade atteint d'infiltration des organes génitaux. Tout l'autorise à compter sur une guérison prochaine.

Traitement de la diphthérite. — M. Pertus, à l'occasion de la malade de M. Caron, chez laquelle, avec les symptômes de diphthérite, était survenue une constipation opiniâtre, croit devoir rappeler les bons résultats qu'il a obtenus, dans des cas analogues, de l'emploi du calomel alternant avec le sulfate acide d'alumine, l'un et l'autre à très-petites doses.

M. Caron répond avoir eu recours aux insufflations de calomel et d'alun dans la bouche, mais n'en avoir obtenu aucun succès.

M. Chalut pense que la meilleure méthode d'administrer ces deux substances est celle qui consiste à donner de deux en deux heures, et alternativement, 1 décigramme de calomel et 1 décigramme d'alun. C'est ainsi qu'a procédé M. Miquel (d'Amboise), et c'est ce mode d'administration qui lui a paru le plus puissant et le plus efficace.

M. Pertus pense que dans ce cas l'alun est donné pour contre-balancer l'action du calomel.

M. Picard préfère agir localement, et non médiatement. S'appuyant sur l'opinion de M. le professeur Trousseau, il croit que l'action du calomel employé à l'intérieur est simplement purgative, et ne voit pas ce que pourrait faire l'alun, si ce n'est de modérer la diarrhée. Mais alors on détruirait donc d'un côté l'effet qu'on chercherait à obtenir de l'autre.

M. Picard ajoute ne pas bien comprendre l'utilité d'une pareille méthode, et persiste à croire que ces deux agents exercent une action purement locale.

M. Foucart pense que la méthode indiquée et préconisée par M. Miquel est bien évidemment dirigée dans le sens d'une action médiate interne. Cette méthode a été considérée comme telle par tous les praticiens, et jugée de la manière la plus favorable; tandis que dans le cas où l'on croit devoir recourir à l'action locale simplement ou à la cautérisation, on s'adresse de préférence à la solution d'azotate d'argent, et souvent au crayon lui-même.

Choléra. — M. Ramon a eu occasion de donner des soins à un malade présentant les symptômes du choléra sans suppression du pouls ni des urines, sans cyanose ni refroidissement, mais ayant une diarrhée et des vomissements caractéristiques, accompagnés de crampes et de décomposition de la face. Tous ces symptômes ont cédé aux lavements astringents de ratanhia, à l'eau de riz, etc. Mais le malade est resté frappé d'une surdité presque complète, et qui se dissipera probablement.

A cette occasion, ajoute M. Ramon, je me rappelle un fait assez singulier. En 1849, un enfant de huit à neuf ans, sourd au point de ne pas entendre un coup de canon, ayant été pris du choléra, vit sa surdité disparaître complétement dès la première atteinte de la maladie.

M. Vergne voit tout simplement dans les deux faits rapportés par M. Ramon l'effet d'une action perturbatrice du système nerveux.

M. Pertus pense qu'en effet un trouble nerveux d'une certaine gravité peut produire des résultats remarquables. Ainsi une cuisinière, qui de temps en temps se trouvait affectée d'une surdité très-prononcée, vit son infirmité disparaître à la suite d'un vomitif (émétique) qui lui avait été donné pour une affection autre que sa surdité.

M. Foucart croit que dans ce cas la surdité tenait peut-être à quelque obstacle mécanique qu'une violente secousse aurait suffi pour faire disparaître.

Rapport.

Homœopathie. — M. Ramon donne lecture d'un rapport sur une brochure envoyée à la Société par la Société impériale de médecine de Marseille, ayant pour titre : *Rapport sur un ouvrage de M. Chargé, intitulé « l'Homœopathie et ses détracteurs à propos du choléra de 1854, » par M. le docteur Sauvel.*

M. Chargé, médecin homœopathe, piqué probablement de ce que ses *succès* avaient passé inaperçus et voulant à tout prix pouvoir se poser en homme persécuté, s'est tourné du côté de la Société impériale de médecine de Marseille et lui a adressé la brochure dont nous avons donné le titre plus haut.

La Société ayant jugé que le travail de M. Chargé renfermait des erreurs nombreuses et que les faits y étaient présentés sous une forme capable de porter atteinte à l'honorabilité de ses membres, a cru ne pas devoir garder le silence, et elle l'a confié, pour l'examiner, à une commission (de MM. les docteurs Devilleneuve, Beullac, Martin, Guiraud, Sauvel) dont M. Sauvel a été nommé rapporteur.

La brochure de M. Chargé se compose de 250 pages d'impression, dont 50 seulement pour la science; le reste, c'est-à-dire les 4/5, pour l'exposition des succès de l'auteur, lesquels sont appuyés de certificats de guérisons, de lettres de reconnaissance et d'admiration, etc., etc.

Je ne crois pas nécessaire, dit M. Ramon, d'entrer dans l'examen approfondi et minutieux du travail de M. Sauvel; je demande la permission d'en faire connaître immédiatement et simplement les conclusions qui ont été prises à l'unanimité par cette commission et adoptées par la Société également à l'unanimité moins une voix.

M. Sauvel propose :

1° Que la Société impériale de médecine de Marseille donne le démenti le plus formel aux assertions émises dans le travail de M. Chargé, et relatives à sa conduite pendant le choléra de 1854;

2° Que le rapport de la commission soit inséré en entier dans le procès-verbal des séances de la Société;

3° Qu'il soit publié dans le compte rendu annuel de ses travaux;

4° Enfin, qu'il soit communiqué aux divers journaux et aux diverses Sociétés de médecine.

Votre rapporteur, messieurs, ajoute M. Ramon, propose qu'il soit adressé une lettre de remerciments à la Société de médecine de Marseille; lettre dans laquelle sera exprimé le plein assentiment de la Société de médecine pratique de Paris aux conclusions énoncées dans l'intéressant rapport de M. le docteur Sauvel.

M. Vergne. Je crois que la lettre du docteur Bouquet, du 15 septembre, et celle en réponse du docteur Chargé, en date du 24 du même mois, l'une et l'autre insérées dans la *Gazette de Hôpitaux*, peuvent et doivent nous dispenser de toute discussion sur la nature et la valeur des faits allégués par le médecin homœopathe de Marseille. Je propose donc d'adopter purement et simplement les conclusions de M. Ramon.

Ces conclusions mises aux voix sont adoptées à l'unanimité.

Rapport.

M. Terrier rend compte en quelques mots d'un petite brochure ayant pour titre : *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 2e série, n° 14.

Ce bulletin se compose de nombreuses observations, qui toutes présentent un intérêt réel. Il en est une surtout qui mérite de fixer l'attention des praticiens. Il s'agit de la communication de M. Legroux sur le traitement du sclérème des nouveau-nés. Ce traitement consiste dans une espèce de massage méthodique tendant à faire refluer les liquides des extrémités vers le centre, et en une pression alternative sur le ventre et sur la poitrine pour favoriser les mouvements respiratoires. Ces manœuvres produisent les résultats les plus efficaces pourvu qu'ils soient continués jusqu'à ce que les tissus deviennent plus souples, moins résistants, la coloration de la peau moins violette, le cri de l'enfant plus fort. Ce moyen est renouvelé au besoin dans la journée; on fait teter l'enfant si c'est possible, et on lui fait prendre un ou deux bains aromatiques chauds.

Le secrétaire annuel : Dr Vergne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Empereur fait construire au midi du bois de Vincennes un hospice de convalescence pour les ouvriers; il commence à s'élever au-dessus du sol.

— La Société médico-pratique décernera en décembre 1857 un prix de 500 fr. au meilleur mémoire sur la question suivante : « Du mode » d'action des principaux purgatifs employés en médecine, et des in- » dications tirées de la spécialité d'action propre à chacun d'eux. » — Les mémoires devront être adressés avant le 1er juillet 1857, à M. Martin, agent de la Société à l'hôtel de ville de Paris.

— On se préoccupe, dit-on, à Londres, ainsi qu'à Paris et en Allemagne, du futur congrès médical qui doit avoir lieu en septembre 1856. Le but principal de ce congrès, auquel seraient invitées à prendre part toutes les notabilités médicales du globe, serait l'extinction sinon complète, du moins partielle, des maladies qui déciment le plus fréquemment les classes ouvrières. Le projet de ce congrès, annoncé de tous côtés, a été démenti récemment par les journaux anglais.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 16. — JEUDI 7 FÉVRIER 1856. (29e ANNÉE.) N° 16. — JEUDI 7 FÉVRIER 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 FÉVRIER 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Gobley, l'un des candidats à la place vacante dans la section de pharmacie, a lu la première partie d'un travail dont le but est la recherche des éléments toxiques des diverses espèces de champignons vénéneux. Afin d'avoir un terme de comparaison qui permît d'établir les différences chimiques qui séparent les champignons comestibles des champignons vénéneux, M. Gobley a commencé par faire l'analyse des champignons de couche. Tel est l'objet de cette première lecture, dont on pourra prendre une idée par la lecture des conclusions insérées dans le compte rendu. Ce n'est là encore que le préliminaire de recherches qui ne peuvent manquer d'offrir un grand intérêt, si, comme l'auteur nous le fait espérer, il parvient, par voie d'élimination, à isoler l'agent toxique des champignons et à en éprouver directement les effets sur des animaux.

L'Académie a entendu ensuite un mémoire de M. Langlois, pharmacien en chef des Invalides, sur le rôle de l'acide carbonique en présence des alcalis végétaux. Il ne nous a malheureusement pas été possible de consulter le manuscrit de l'auteur; nous le regrettons d'autant plus, qu'à en juger par les quelques passages que nous avons pu entendre, les recherches de M. Langlois sont susceptibles de conduire à d'utiles applications pharmaceutiques.

Entre ces deux lectures, M. Thomas, correspondant de l'Académie, qui s'est donné la mission de poursuivre une sorte d'enquête sur les principales questions relatives au choléra, a communiqué quelques-uns des faits et des résultats qu'il a constatés pendant un voyage en Italie et en Orient, où il a suivi les diverses phases de la dernière épidémie. Il a déduit de ces faits deux conclusions qui sont très-sujettes à contestation : l'une sur la non-contagion du choléra, et l'autre sur la conservation des fonctions d'absorbantes pendant la période algide de la maladie.

Ces trois lectures et une série de rapports sur des eaux minérales ont suffi à peine à occuper la moitié de la séance. En vain M. le président a épuisé la liste des candidats inscrits, aucun d'eux n'a répondu à cet appel. Académiciens et lecteurs semblaient s'être donné le mot pour s'octroyer un demi-congé de circonstance. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Cours de séméiotique cutanée, suivi de leçons théoriques et pratiques sur la scrofule et les teignes (1).

3° *Des engorgements ganglionnaires.* — L'écrouelle vient après l'ophthalmie dans l'ordre ordinaire de la succession des accidents scrofuleux. C'est une affection des plus communes, qui de tous temps a été regardée comme le type de la scrofule. M. Lebert ayant constaté la présence du tubercule dans le plus grand nombre des engorgements des glandes lymphatiques, en a conclu que l'écrouelle n'était pas de la scrofule, qu'elle était une variété de la diathèse tuberculeuse. On voit que M. Lebert est de l'école de Laënnec, qui, n'ayant trouvé que du tubercule dans les poumons des scrofuleux, était parti de ce fait pour nier la phthisie scrofuleuse. En prenant ainsi la lésion pour la maladie, le célèbre auteur de l'auscultation médiate ne pouvait admettre, et n'admettait en effet qu'une seule espèce de phthisie : la phthisie tuberculeuse.

(1) Fin. — Voir les nos des 26, 28 juillet; 21 août; 4, 22 septembre; 20 novembre, 1er décembre 1855, et 31 janvier 1856.

D'après les relevés statistiques de M. Lebert, la scrofule serait au tubercule dans la proportion de 5 à 2, d'où il résulterait que sur 7 scrofuleux il n'y aurait pas 2 écrouelleux. Ce rapport ne me paraît pas applicable aux malades de l'hôpital Saint-Louis. Peut-être existe-t-il une différence entre la Suisse et la France. Tandis qu'en Suisse la scrofule sans tubercules serait de beaucoup la plus fréquente, en France, au contraire, la scrofule avec tubercules serait la plus commune. Sur 270 scrofuleux, M. Beaugrand a compté 108 écrouelleux, et encore ce dernier chiffre ne comprend-il pas les malades guéris depuis un temps plus ou moins long de la scrofule ganglionnaire à l'époque où il en a fait le recensement.

L'écrouelle se montre particulièrement sur les régions où abondent les ganglions lymphatiques : le cou, l'aisselle, les régions inguinales; d'un seul côté ou des deux côtés à la fois.

L'engorgement ganglionnaire est unique ou multiple. Dans quelques cas assez rares tout le système ganglionnaire semble pris en même temps; des tumeurs bosselées, arrondies, dures, volumineuses existent simultanément sur les parties latérales du cou, sous les aisselles, dans les régions inguinales. Vous avez pu voir à l'une de nos dernières consultations un homme d'une quarantaine d'années qui avait ainsi un engorgement général bien remarquable de tout le système ganglionnaire.

Lorsque la scrofule ganglionnaire est ainsi généralisée, elle peut être primitive; mais c'est le cas le plus rare. Le plus souvent l'engorgement ganglionnaire a son point de départ dans une scrofulide du premier âge, la gourme, la stomatite, l'ophthalmie, etc.

3° *Lupus. Dartre rongeante. Esthiomène. Scrofule cutanée.* (Scrofulides profondes.) — La scrofule secondaire est spécialement caractérisée par le lupus et la scrofule cutanée proprement dite, deux affections que le plus grand nombre des dermatologistes ont confondues entre elles. Dans l'excellent ouvrage de M. Rayer, dans la *Dermatologie* de M. Baumès (de Lyon), vous trouverez une description séparée du lupus et de la scrofule cutanée; mais le diagnostic de ces deux affections n'y est pas suffisamment établi, et le lupus est considéré comme une entité morbide, tandis qu'il n'est, en définitive, comme la scrofule cutanée, qu'un produit de la diathèse scrofuleuse.

Mon très-honorable collègue M. Devergie, dans son *Traité pratique des maladies de la peau*, a consacré un chapitre spécial à la description du lupus, dont il admet deux variétés : le lupus tuberculeux et le lupus ulcéreux. A la première variété se rapporte principalement le lupus, ou la dartre rongeante des auteurs; à la seconde variété, la scrofule cutanée proprement dite. M. Devergie n'a pas, comme les auteurs qui l'ont précédé, méconnu l'origine scrofuleuse de la dartre rongeante. Aussi semble-t-il tout d'abord que sa description du lupus doive embrasser toutes les manifestations scrofuleuses de la peau, et ce n'est pas sans quelque étonnement que l'on voit intitulé le chapitre qui suit, *De la scrofule cutanée*. Mais il faut savoir que par cette expression notre collègue entend désigner seulement une lésion *métisse* qui participerait tout à la fois de la scrofule et de la syphilis.

Le lupus et la scrofule cutanée proprement dite sont deux formes différentes de la manifestation scrofuleuse sur le tégument externe. Ce n'est pas sans raison que quelques auteurs, M. Rayer entre autres, ont donné dans leurs ouvrages une description à part de ces deux affections. Je dis que ce sont deux affections, et non deux périodes, l'une ulcéreuse et l'autre non ulcéreuse de la même affection. Je reconnais cependant, avec M. Devergie, que le travail ulcératif appartient plutôt à la scrofule cutanée qu'au lupus tuberculeux.

En quoi donc ces deux affections diffèrent-elles l'une de l'autre? Dans le lupus, on trouve constamment au début l'élément fibro-plastique; dans la scrofule cutanée, on ne trouve que les éléments ordinaires du travail inflammatoire. Il y a donc dans la première forme un produit morbide spécial qui n'existe pas dans la seconde.

Ce produit spécial apparaît, au début, sous la forme de petits tubercules d'un rouge fauve ou couleur sucre d'orge, durs, rénitents, élastiques, du volume d'un pois à une petite noisette (lupus tuberculeux), ou de granulations miliaires, interpapillaires, plus sensibles au toucher qu'à la vue, accompagnées de congestion tégumentaire (lupus érythémateux).

En même temps que se développe ce produit morbide, les tissus sous-jacents s'hypertrophient et donnent quelquefois l'aspect éléphantiasique aux parties qui en sont le siége. C'est un travail morbide tout à fait analogue à celui qui se produit dans la formation des plaques kéloïdiennes, qui ne sont autre chose qu'une manifestation plus rare de la scrofule cutanée, ou encore dans les articulations atteintes de tumeurs blanches; c'est toujours le développement du même élément morbide, le tissu fibro-plastique.

Le lupus a deux modes de terminaison, l'exfoliation et l'ulcération. Les tubercules ou les granulations fibro-plastiques se recouvrent de squammes épidermiques, s'affaissent et disparaissent en laissant à leur place des cicatrices ineffaçables, comme celles de la brûlure au troisième degré. La peau, dans ces cas, est quelquefois excessivement amincie, et les organes sous-jacents, comme le nez et les oreilles, semblent réduits à leur charpente cartilagineuse ou osseuse. Le lupus est guéri quand de nouvelles productions tuberculeuses ne se font plus sur les confins de la cicatrice.

Mais au lieu de s'exfolier, le tubercule fibro-plastique peut se ramollir, puis se couvrir d'une croûte épaisse dont la chute sera suivie d'un ulcère qui fera chaque jour de nouveaux progrès.

La scrofule cutanée débute par un élément inflammatoire commun du tissu de la peau, vésicule, bulle ou pustule. Le plus ordinairement, ce sont de petits tubercules inflammatoires, bientôt pustuleux au sommet, quelquefois isolés, plus souvent réunis en groupes. Les pustules se crèvent, et le pus, en se desséchant, forme des croûtes brunâtres ou noirâtres dont le détachement est suivi d'ulcères qui se recouvrent de granulations ou de végétations fongueuses, et d'où s'écoule une sanie plus ou moins ichoreuse.

La scrofule cutanée présente plus souvent encore que le lupus une tendance à l'ulcération et à la destruction des tissus sous-jacents; mais ce qu'il y a de bien remarquable, c'est qu'elle n'amène point, comme le lupus rongeant, le ramollissement et la destruction du tissu osseux lui-même. Le plus souvent la surface osseuse est pour la scrofule cutanée une barrière infranchissable, et, après la guérison, on voit des cicatrices, enfoncées, adhérentes aux os, qui pourraient en imposer pour des cicatrices consécutives aux caries osseuses.

La scrofule cutanée ne doit pas être confondue non plus avec le véritable tubercule de la peau, affection rare, qui constitue l'une des variétés les plus intéressantes du molluscum. J'en ai observé un cas bien remarquable, dont j'ai fait prendre le dessin avant et après la guérison.

Le lupus et la scrofule cutanée sont des affections très-communes; mais on se tromperait étrangement si l'on jugeait de leur proportion relative par le nombre de celles qui se rencontrent journellement à l'hôpital Saint-Louis. Tous les lupus arrivent à ce hôpital, tandis que la scrofule osseuse et articulaire encombre les hôpitaux d'enfants et beaucoup de services chirurgicaux des hôpitaux de Paris.

Les scrofulides profondes s'observent sur toutes les régions du corps. Elles sont plus communes à la face que partout ailleurs. Ordinairement elles se localisent sur un point, mais on les voit assez souvent occuper simultanément la face, le tronc et les membres.

Elles s'accompagnent, comme les scrofulides superficielles, de l'engorgement lymphatique des ganglions voisins, de collections purulentes dans le tissu cellulaire sous-cutané et sous-aponévrotique, et quelquefois, au bout d'un temps plus ou moins long, de périostite et même de carie des os.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. — M. DROUINEAU (de la Rochelle).

Observation de lithotritie et d'extraction d'une épingle double à cheveux qui avait servi de noyau à un calcul de 70 millimètres sur 30 (1).

Mlle L....., jeune fille âgée de neuf ans et demi, fut prise, à la suite d'une cholérine assez sérieuse, d'envies fréquentes d'uriner qui devinrent de plus en plus pénibles et douloureuses. Quelque temps après, les urines laissèrent déposer un mucus épais, signe caractéristique d'un catarrhe vésical. Des soins et des moyens appropriés ne purent amender cette affection vésicale, qui s'aggravait chaque jour davantage. Bientôt la nécessité d'une exploration avec la sonde fut jugée nécessaire.

L'extrême indocilité de cette enfant rendit le cathétérisme difficile; mais la sonde constata aussitôt la présence dans la vessie d'un calcul que je crus de petite dimension, car il y avait à peine quatre à cinq mois que les premiers symptômes s'étaient manifestés. Je pris donc la résolution de l'opérer par le broiement.

Le 14 août 1851, je fis, avec l'assistance du docteur Sauvé, une première séance d'exploration et de broiement; mais il fallut, à cause

(1) Cette observation et les suivantes ont été lues à la Société de chirurgie dans la séance du 23 janvier.

de l'indocilité de cette jeune fille, recourir au chloroforme. Deux grammes répandus sur une petite éponge trouée et entourée d'un mouchoir en forme de godet, et qu'on fit respirer pendant huit à dix minutes, ont suffi pour plonger cette enfant dans un état de demi-insensibilité qui me permit de sonder facilement, d'injecter la vessie, qui reçut six onces d'injection.

Un petit brise-pierre fut introduit très-facilement, mais il ne put prendre le calcul, qui me parut très-volumineux. J'employai immédiatement un brise-pierre à cuillers pour adulte, et je saisis une pierre de 30 millimètres qui était friable, car je pus l'écraser plusieurs fois par la pression seule de la vis. Le détritus obtenu dans l'instrument était de couleur blanchâtre et à gros grains. L'enfant rendit presque aussitôt une assez grande quantité de petits fragments de même couleur.

Aucun accident n'étant survenu, le 17, trois jours après, je pus faire une deuxième séance, toujours à l'aide du chloroforme, et facilement saisir et broyer le calcul de 30 millimètres et des fragments de plus petite dimension pendant dix minutes environ.

Tous les trois ou quatre jours je pratiquai la lithotritie à cette jeune enfant, dont l'indocilité nécessita encore l'emploi du chloroforme. Chaque séance donnait un résultat aussi heureux qu'abondant, et j'étais arrivé à la dixième, lorsqu'il se présenta au méat urinaire un gros fragment que je pus extraire avec une petite pince à pansement; il portait un sillon noir très-caractérisé. L'examen de ce fragment et des autres, que j'avais obtenus en grande quantité, me donna la certitude que ce calcul avait pour noyau un corps étranger.

C'est alors seulement que, vaincue par l'évidence, cette enfant avoua qu'une autre jeune fille, dans un jeu d'enfant, lui avait introduit une épingle double à cheveux dont elle me montra la dimension.

La grande quantité de matière calcaire déjà obtenue me donna à penser que cette épingle devait être, après dix séances de broiement, en grande partie dépouillée de la matière calcaire.

J'écrivis aussitôt à M. Le Roy, qui avait présenté à l'Académie des sciences un instrument pour extraire les corps étrangers tombés dans la vessie, et qui eut l'obligeance de me faire parvenir par M. Mathieu, son fabricant d'instruments, une pince à extraction à deux branches droites, munie d'une tige qui fait basculer très-facilement le corps étranger et lui donne une direction parallèle aux branches quand on est assez heureux pour le saisir.

Cet instrument très-ingénieux était d'une trop forte dimension chez cette enfant, son introduction a été très-difficile et sa manœuvre douloureuse; je ne pus saisir l'épingle, elle était encore trop volumineuse par son encroûtement calcaire.

Quelques jours après, je reçus de M. Mathieu, qui sut que j'avais à faire l'extraction d'une épingle double à cheveux, un nouvel instrument de son invention pour l'extraction de la vessie des corps étrangers de cette nature. Il se compose d'une canule renfermant une tige munie à son extrémité d'un petit crochet mousse parfaitement fait, et à l'autre d'une vis à écrou qui dans son mouvement fait rentrer dans l'intérieur de la canule et la tige et le fil de fer saisi par le crochet.

Cet instrument, aussi simple qu'ingénieux, avait parfaitement réussi dans les différents essais que j'ai faits avant de l'employer pour ma malade.

Lorsque j'en fis l'application, son introduction fut très facile, sans douleur; après quelques tentatives seulement, je pris l'épingle dans le crochet, et, en faisant mouvoir l'écrou, j'éprouvai une assez forte résistance qui céda brusquement. Je retirai l'instrument; il était en partie bouché de matière calcaire, et la moitié d'une des branches de l'épingle était dans l'intérieur de la canule.

Après l'avoir nettoyé, je l'introduisis de nouveau, et je parvins assez rapidement à saisir l'épingle dans le crochet; mais après avoir tourné quelque temps l'écrou et avoir obtenu une très-forte résistance, elle céda et tomba dans la vessie: je retirai l'extrémité de la canule toute déformée. Je le renvoyai immédiatement à M. Mathieu pour le faire réparer, et, malgré son extrême obligeance à m'être agréable, l'instrument resta un mois à me revenir par une erreur d'adresse.

Impatient de terminer cette opération, de délivrer entièrement ma jeune malade, je tentai de me servir pour cette extraction d'un brise-pierre modifié par M. Civiale, à cuillers peu profondes et presque lisses. Après avoir fait une injection dans la vessie, je fis pénétrer facilement le brise-pierre, et après quelques recherches, je saisis d'abord le corps étranger par la partie moyenne; mais avec toute précaution possible je ne pus l'obtenir. Je plaçai l'instrument ainsi chargé au milieu de la vessie, je l'appuyai sur le bas-fond, je l'ouvris un peu avec soin, sans abandonner entièrement l'épingle; je fis exécuter à l'instrument un peu ouvert quelques mouvements de latéralité, et je parvins ou j'eus le bonheur de la saisir par son extrémité arrondie, mais un peu obliquement. Après m'être assuré que je ne tenais que l'épingle, je procédai à son extraction, n'exerçant qu'une très légère pression; je pris mon instrument par le milieu de sa tige, et je sentis, par la petite résistance que me présenta sa sortie, que l'épingle se redressa et prit la direction des branches; mais arrivé au méat urinaire, l'instrument abandonna l'épingle assez en dehors pour être prise avec des pinces.

Quelques jours après, je fis, sans être obligé d'employer le chloroforme, une séance d'exploration qui confirma la délivrance complète du calcul et la guérison assurée de cette jeune fille.

De ce fait chirurgical, assez intéressant pour être exposé avec quelques détails, j'ai pu tirer quelques considérations pratiques dignes de remarque:

Le séjour de ce corps étranger à pointes aiguës dans la vessie pendant plus de six mois, sans manifester d'accidents graves; son encroûtement tellement rapide que, dans l'espace de moins d'un an, il forma une pierre de 70 millimètres sur 30; son extraction complète avec un simple lithotriteur à cuiller; la facilité de la lithotritie chez les jeunes filles, puissamment aidée par l'effet du chloroforme, qui fut employé pendant dix séances consécutives à des doses de plus en plus élevées et sans aucun accident.

Cependant, si j'avais connu la nature du corps étranger qui a servi de noyau à cette pierre, je n'aurais pas tenté la lithotritie, j'aurais préféré la taille sus-pubienne. Aujourd'hui je me félicite de l'avoir ignorée, puisque, à l'aide d'un lithotriteur, je suis parvenu à écraser une pierre aussi volumineuse et à extraire un corps étranger qui par sa forme et sa nature devait présenter beaucoup de difficultés.

Quoique les instruments de M. Mathieu n'aient point réussi dans cette circonstance, ils rendront, je pense, de grands services: le premier, un peu trop gros, convient spécialement pour les fragments de sonde tombés dans la vessie; le second aurait parfaitement et rapidement retiré l'épingle si elle n'avait pas été si fortement encroûtée.

Observation d'extraction d'un fragment de sonde de gomme qui, s'étant brisée en plusieurs morceaux pendant l'introduction, tomba dans la vessie.

M. Gézeron de Laleu, vieillard de soixante-quinze ans, fut pris au mois de décembre 1847 d'une rétention d'urine fort grave pendant quelques jours, compliquée de catarrhe vésical, qui amena une distension énorme de la vessie. La paralysie de cet organe nécessita l'usage continu de la sonde. Sous l'influence d'un traitement bien suivi par les injections avec le baume de copahu, le catarrhe vésical se dissipa, la vessie reprit peu à peu ses fonctions; mais, toujours paresseuse, elle exigeait souvent l'usage de la sonde, que le malade, quoique très-âgé, s'introduisait lui-même d'une main tremblante avec autant de hardiesse que de force.

Au mois de janvier 1853, M. Gézeron, éprouvant le besoin d'uriner, fut forcé de se servir de la sonde. Il en prit une qu'il avait achetée chez un pharmacien depuis quelque temps. Mais dans l'introduction, que le malade fit avec sa brusquerie ordinaire, la sonde se rompit en trois fragments, dont l'un, inférieur, tomba dans la vessie, un autre, supérieur, fut retiré de l'urètre par le malade; le moyen resta dans la partie moyenne du canal.

M. le docteur Jousseaume, appelé aussitôt, vint chez moi, et me pria de lui prêter une petite pince à trois branches pour faire l'extraction d'un fragment de sonde qui était encore dans l'urètre.

Ce médecin réussit facilement à l'attirer au dehors à l'aide de cet instrument, mais il reconnut par sa longueur et par sa forme que l'extrémité de la sonde était tombée dans la vessie. Il vint me chercher aussitôt; nous fîmes ensemble d'abord l'examen des parties de la sonde qui avaient été extraites, et nous jugeâmes que celle qui était dans la vessie devait avoir 8 à 10 centimètres.

Le malade placé sur le rebord de son lit, le bassin élevé par un fort coussin, j'explorai avec soin le canal de l'urètre avec une sonde d'argent, et j'arrivai jusque dans la vessie sans rencontrer le corps étranger. Pour faire cesser la rétention d'urine, qui fatiguait beaucoup le malade, j'évacuai l'urine. Pendant cette évacuation, je sentis facilement le fragment qui venait heurter ma sonde. Une injection d'eau chaude fut faite, et j'introduisis d'abord un lithotriteur avec une pince à trois branches armée d'un simple foret.

Je ne pus avec cet instrument saisir le corps étranger, qui par sa grande légèreté et mobilité se tenait à la surface du liquide et fuyait la pince au moindre mouvement.

Je pris alors le brise-pierre à coulisse courbe et à cuillers peu profondes, dont je m'étais servi avec succès pour l'extraction de l'épingle double à cheveux; cet instrument introduit, je sentis le fragment à l'extrémité de mon instrument; j'en écartai les branches avec soin et lenteur, et je parvins à le saisir. La sensation que j'avais éprouvée en les rapprochant avec la même précaution, l'écartement des branches obtenu, la mobilité de l'instrument dans la vessie m'en donnèrent la certitude. Sans exercer de pression, saisissant mon instrument par la partie moyenne des branches, je tentai de le retirer; arrivé au col, la résistance que j'éprouvai m'engagea à faire remonter un peu avec le pouce la branche mâle pour diminuer la pression. Le fragment, qui avait été saisi par une de ses extrémités dans une direction oblique, changea de position, vint se loger dans la cuiller parallèlement aux branches, et put dès lors sortir avec facilité et sans douleur.

Ce malade, malgré son grand âge, n'éprouva aucune indisposition de cette opération, qui a eu un aussi heureux résultat.

Observation d'hydro-néphrose avec pyélite calculeuse (Rayer).

Carteau, tailleur, âgé de cinquante-deux ans, d'une forte constitution, jouissant d'une très-bonne santé, n'ayant jamais rendu de graviers avec ses urines, éprouvait depuis quelques jours seulement des douleurs lombaires. Il s'aperçut qu'il n'avait pas uriné depuis plus de trente-six heures, lorsqu'il me fit demander, le 26 mars 1853, pour le sonder.

A l'examen du ventre, je ne trouvai ni tumeur ni matité dans la région hypogastrique. Je pensai que la vessie contenait peu d'urine; mais l'introduction de la sonde n'en fit sortir aucune goutte. La vessie reçut une injection d'eau chaude, qu'elle rendit avec jet. Le malade n'avait point de fièvre; son pouls était dur, mais lent; point de douleurs dans l'abdomen à la pression. Il conservait un calme et une sérénité vraiment extraordinaires. Ce symptôme grave d'anurie dans son réservoir fixa mon attention, et je dirigeai ma médication sur les reins, que je crus engorgés, et la persistance des symptômes pendant plusieurs jours, malgré les moyens employés, tels que saignées, sangsues, bains, ventouses, etc., me donna la pensée que les accidents étaient dus à un gravier engagé dans l'urètre et qu'il devait n'exister chez ce malade qu'un seul rein.

Bientôt le développement d'une tumeur dans le flanc droit, qui augmenta chaque jour, vint confirmer mon diagnostic. La fièvre urineuse se manifesta avec oppression, délire, hoquet, et une exhalation d'une odeur urineuse par la peau et la respiration; le malade succomba au quinzième jour de l'invasion de la maladie.

L'autopsie fut faite en présence de MM. les docteurs Sauvé et Jousseaume, qui, appelés en consultation, avaient observé les symptômes qu'avait présentés ce malade.

A l'ouverture de l'abdomen, nous vîmes une tumeur énorme qui remplissait toute la région lombaire droite formée par le rein fortement distendu par un liquide.

La vessie était flasque et entièrement vide, et l'uretère droit, d'une dimension ordinaire, ne contenait point d'urine; seulement on sentit facilement que plusieurs graviers, à 3 centimètres de son extrémité supérieure, étaient arrêtés dans son intérieur.

Dans la région lombaire gauche, malgré nos recherches les plus attentionnées, nous ne trouvâmes pas le rein gauche; l'uretère existait seulement à l'état rudimentaire et sous la forme d'un petit filet dur, arrondi.

Nous enlevâmes avec autant de soins que possible ces organes, et cependant l'urètre fut coupé dans la dissection vers la partie moyenne. La vessie étant ouverte, la muqueuse, parfaitement saine, ne contenait point une seule goutte d'urine; l'orifice inférieur de l'uretère droit, de dimension ordinaire, laissa pénétrer dans son intérieur un petit stylet. A gauche, il existait une légère dépression ovalaire qui donnait la forme de l'orifice inférieur de l'uretère gauche. Mais celui-ci était entièrement obstrué; le stylet n'a pu y pénétrer malgré nos tentatives réitérées.

Le rein, dont le tissu nous a paru sain, fut ensuite coupé dans toute l'étendue de son bord supérieur, et il s'en écoula près de 250 grammes d'une urine épaisse, blanchâtre, d'une odeur fétide. Nous trouvâmes alors une grande quantité de sable rouge et de petits graviers de même couleur qui remplissaient en partie les calices. A 3 centimètres du rein, nous reconnûmes dans l'uretère la présence de deux graviers de la grosseur d'un pois et de forme irrégulière, qui bouchaient exactement ce conduit, qu'il fallut inciser pour les recueillir.

L'absence de l'urine dans la vessie, la tumeur qui s'est développée dans le flanc droit et les symptômes de résorption urineuse que nous a offerts ce malade avaient évidemment pour cause l'obstruction de l'uretère, et cette obstruction devait être produite par des graviers, puisqu'elle a été subite.

Tel est le raisonnement qui nous a permis de porter d'avance un diagnostic que l'examen des organes est venu confirmer.

Cette affection est tellement rare que M. Rayer, dans son excellent ouvrage sur les maladies des reins, en cite seulement quelques cas sous la dénomination de hydro-néphrose.

Qu'il me soit permis de rapprocher de ce fait malheureux un autre qui fera comprendre combien l'absorption de l'urine peut rapidement donner la mort.

M. D... (de la Rochelle), homme d'une forte constitution, d'une cinquantaine d'années, atteint d'affection calculeuse depuis longtemps, fut sondé par M. le docteur V..., son médecin ordinaire, qui l'engagea souvent à se faire opérer.

Mais comme il rendait fréquemment des graviers, il refusa les conseils de son médecin, préféra suivre ceux d'un pharmacien qui se disait son ami, qui lui persuada que toute opération était très-dangereuse et inutile, puisqu'il rendrait les pierres par morceaux s'il prenait du bicarbonate de soude.

Ayant le canal de l'urètre assez large, il rendait à la vérité assez souvent des graviers, même assez gros. Mais en l'absence de M. V..., son médecin, un petit calcul s'engagea dans la région prostatique. Il crut pouvoir le faire sortir à l'aide de ses doigts par une pression extérieure. Pendant plus de quarante-huit heures il persista dans sa tentative; mais la rétention d'urine persistant, il me fit demander.

Je trouvai le calcul arrêté à 8 centimètres du méat, la verge fortement tuméfiée et la muqueuse urétrale formant un bourrelet au-devant du calcul.

Je fis quelques tentatives d'extraction, aidé par mon confrère le docteur Jousseaume; mais le gonflement de la verge et les symptômes de l'absorption de l'urine, qui était retenue dans la vessie depuis trois jours, me décidèrent à appeler en consultation MM. Sauvé et Jousseaume, qui pensèrent comme moi que la taille urétrale était de première nécessité pour faire cesser la rétention d'urine.

Cette petite opération fut très-facile.

La verge maintenue droite par un aide, j'introduisis un cathéter droit jusqu'au gravier, sur lequel je fis l'incision de la peau et du canal. Je saisis facilement avec une pince à pansement un petit calcul de la grosseur d'une noisette. La rétention d'urine persistait. Une sonde d'argent, introduite immédiatement, repoussa une pierre qui bouchait le col vésical, et donna issue alors à de l'urine épaisse, rougeâtre d'abord, puis blanchâtre, et nous reconnûmes que cet organe était pour ainsi dire rempli de pierres assez volumineuses et de diverses dimensions. J'étais obligé de les déplacer pour faire sortir l'urine.

Le soir même le malade, qui avait déjà eu la fièvre très-forte, fut pris d'un étouffement avec délire, et exhalait une odeur urineuse remarquable.

Malgré une médication énergique, les symptômes augmentèrent à un tel point que la mort arriva le lendemain.

Ces deux faits prouvent évidemment que la rétention de l'urine, soit dans l'organe sécréteur, soit dans son réservoir, détermine, par la résorption, des accidents tellement graves, qu'une mort rapide en est le résultat.

Le deuxième malade a été victime de son imprudence à vouloir extraire ce gravier en le faisant cheminer de force à l'aide des doigts dans l'urètre; il a causé une obstruction qui n'a pas permis de faire le cathétérisme à temps pour faire cesser la rétention d'urine dans la vessie, dont le col était bouché par de petites pierres sans doute fragmentées. Je dis fragmentées, car les petits graviers qu'avait déjà rendus ce malade sont dignes d'être examinés avec soin. Ils sont en effet fragmentés; ils n'ont point la forme ordinaire: ils présentent des coques, des segments; on les croirait morcelés par un instrument. Mais non, ce malade faisait usage de bicarbonate de soude à haute dose, et était persuadé par son ami qu'il rendrait toutes ses pierres par ce seul moyen.

Cette fragmentation apparente est-elle due à l'action du bicarbonate de soude, ou dépend-elle d'une exfoliation des graviers?

DES COLIQUES SÈCHES,

dites des pays chauds.

Par M. le docteur Desjardins (du Havre).

J'ai suivi avec attention les observations insérées dans la *Gazette des Hôpitaux*, concernant les coliques sèches, dites *des pays chauds*. Ayant observé cette maladie pendant plusieurs épidémies, et donné des soins à beaucoup de marins qui en étaient affectés,

j'ai pensé qu'il était utile de répondre à l'appel que l'on avait fait relativement à cette question.

Je n'examinerai pas si la dénomination de coliques sèches *des pays chauds* caractérise exactement une affection observée plus souvent dans le nord de l'Europe que dans les régions équatoriales. C'est dans le Nord, et par des médecins normands, que les grandes épidémies de colique sèche ont été observées et décrites. Huxam l'observe en Angleterre, et la désigne par le nom de colique du Devonshire, l'attribuant aux acides contenus dans le cidre, lorsque les pommes sont abondantes. Citois, médecin à Poitiers, fait, en 1639, l'historique des épidémies qu'il a observées, et désigne cette maladie sous le nom de colique du Poitou. Bonté, médecin à Coutances, et Lepecq de la Clôture, médecin à Rouen, consignent dans d'excellentes monographies les meilleures observations résultant de leurs recherches pendant les grandes épidémies qui ont régné en Normandie. Enfin Luzusiaga l'observe à Madrid, où notre illustre médecin militaire le baron Larrey et ses savants collègues MM. Ribes et Lherminier, la trouvent exerçant ses ravages sur notre armée en 1808, dans le nord de l'Espagne. Elle sévit avec violence dans les Antilles françaises pendant les années 1826 et 1827, où elle a reçu le nom populaire de *la girafe*. Elle régna épidémiquement au Havre, où je l'ai observée pendant l'année 1817. Elle y fut excessivement répandue et très-meurtrière; elle laissa sur les muscles des membres thoraciques des paralysies fort longues et fort difficiles à guérir. Cette épidémie, qui dura pendant tout l'hiver et le printemps de l'année, me donna l'occasion de soigner beaucoup de malades et d'observer qu'elle affectait rarement un seul individu de la même famille ou dans la même habitation; qu'enfin chez quelques personnes les douleurs semblaient être incitatives.

Des observations répétées, et le peu de succès des moyens usités et les mieux appropriés aux symptômes, quoique suivis avec persévérance, me firent penser que cette affection tenait à des causes locales, et qu'elle présentait les caractères d'une endémie. Fortifié dans cette opinion par des résultats satisfaisants, je fis transporter plusieurs malades à la campagne, et je fus à même de constater avec certitude que l'éloignement du foyer épidémique était le moyen le plus favorable, et celui qui soulageait le plus vite les malades.

Les descriptions des épidémies observées dans les contrées du Nord et toutes celles rapportées par nos confrères de la marine tendent à fortifier l'opinion que le plomb n'est pour rien dans l'apparition de cette maladie. Sa ressemblance avec la colique saturnine et l'identité des symptômes entre ces deux affections pouvaient facilement faire varier le jugement des observateurs, et faire croire que l'introduction du plomb ou de ses préparations dans l'économie était la seule cause de la maladie; tandis qu'en réalité elle paraît tenir à des circonstances atmosphériques, qu'il n'est pas plus facile d'apprécier que celles sous l'influence desquelles viennent se développer les épidémies observées depuis quelques années.

Cette affection semble, par la nature des accidents qu'elle présente, appartenir particulièrement à l'ordre des névroses. Quelques-uns de nos confrères de la marine lui ont assigné les ganglions du grand sympathique, les nerfs rachidiens et du cerveau comme siége habituel et principal; quelques autopsies encore peu nombreuses tendent à confirmer cette opinion: on a rencontré souvent les ganglions du grand sympathique à l'état cartilagineux et la tunique musculaire du tube intestinal réduite à un état d'atrophie considérable.

Un fait que je dois consigner ici, et que je livre à l'appréciation de nos confrères de la marine, c'est qu'elle est plus fréquemment observée dans les pays chauds depuis la paix de 1815 et depuis la navigation à la vapeur. De 1805 à 1811, aucun des médecins de l'Inde, où elle a stationné pendant cinq ou six ans, n'a fait mention de cette maladie.

Cependant nous avons visité Madagascar dans toutes les saisons; nous y avons séjourné et été exposé à toutes les vicissitudes atmosphériques, sans avoir observé un cas de colique sèche pendant de bien longues et bien pénibles croisières. Dans les Maldives, sous des pluies continuelles et durant plus d'un mois, avec des variations barométriques considérables, nous n'avons rien observé qui ressemblât à cette affection. Mêmes résultats dans nos longues croisières des golfes Persique et du Bengale, et dans nos relâches à Sumatra et dans les îles de la Sonde, malgré les privations et la nature des aliments dont nous étions forcés de faire usage. Après ces dures et pénibles croisières, nous rentrions à l'île de France avec de nombreuses pertes occasionnées par la dyssenterie et les fièvres ataxiques et typhoïdes; nous étions tous affectés plus ou moins de scorbut; mais pas un des médecins de la division n'a eu l'occasion d'observer les coliques sèches, maintenant si fréquentes à bord des bâtiments de l'Etat.

L'augmentation des voyages et l'introduction de certains usages sur les navires de guerre, la quantité et la qualité de certains aliments introduits dans la ration du matelot, plus abondante et meilleure qu'à notre époque, ne permettent guère de soupçonner la cause des coliques sèches dans l'alimentation en usage à bord des bâtiments de l'Etat; l'introduction de la vapeur dans la marine, en produisant de très-grandes différences entre les températures de l'intérieur du navire et celle du pont, ne pourrait-elle pas avoir quelque influence sur les causes de cette affection? Je livre cette observation à l'examen de nos confrères de la marine, plus aptes à prononcer sur cette question que les médecins étrangers à la navigation.

L'introduction des appareils distillatoires à bord des bâtiments du commerce peut-elle exercer une influence capable d'expliquer la fréquence des coliques sèches sur les équipages soumis à l'usage de l'eau de mer distillée? Cette question me paraît encore assez peu examinée; j'ai analysé, avec un pharmacien distingué par ses connaissances chimiques, de l'eau provenant de ces appareils: nous y avons constaté la présence de sels de cuivre et de plomb; mais il est juste de constater que nous avons opéré sur de l'eau provenant d'appareils neufs, fonctionnant pour la première fois. Les résultats ne peuvent être les mêmes à bord des navires de guerre, où l'eau est conservée dans des caisses de fer. Les appareils distillatoires peuvent y être considérés comme des moyens auxiliaires destinés à servir dans des cas urgents.

Cependant, il pourrait résulter de nos observations qu'il serait nécessaire d'exiger que les serpentins et les récipients des appareils de distillation fussent en fer plutôt qu'en cuivre ou en étain, ce dernier pouvant ne pas être très-pur.

OBSERVATION D'INVERSION DE L'UTÉRUS.

Par M. le docteur L. HAMON.

Dans la nuit du 14 au 15 novembre dernier, je fus appelé auprès de Mme O... pour lui donner mes soins. Elle était heureusement accouchée la nuit précédente, et accusait depuis quelques heures de violentes douleurs abdominales.

L'utérus était volumineux et douloureux à la pression, ainsi que toute la région hypogastrique. J'avais affaire à une métro-péritonite puerpérale; le traitement fut institué en conséquence et couronné de succès.

Le 6 décembre, je fus de nouveau appelé auprès de la malade, affectée d'une hémorrhagie utérine abondante. L'exploration m'eut bientôt décelé la cause de cette perte à une époque déjà si éloignée de l'accouchement. L'utérus était inversé au deuxième degré. Voici, en effet, l'état dans lequel je trouvai la malade:

Pouls petit et fréquent; quelques ténesmes viscéraux.

Le palper abdominal ne décèle la présence d'aucune tumeur hypogastrique. Introduit dans la cavité vaginale, l'index rencontre l'utérus à 4 ou 5 centimètres environ de l'orifice vulvaire; le col de cet organe, largement ouvert, circonscrit une surface légèrement convexe, chagrinée, présentant un diamètre de 0,02 à 0,03. La réduction tentée sans aucun résultat, j'appliquai incontinent le tampon en cerf-volant. — Seigle ergoté, essence de térébenthine à l'intérieur; boissons froides; frictions stimulantes hypogastriques; élévation relative du bassin.

Le 7, je retire le tampon pour m'assurer de l'état des parties et renouveler un pansement qui exhalait une odeur infecte. Au fond de la cavité vaginale, quelques caillots sanguins que je me gardai bien d'extraire. Application d'un second tampon. — Traitement, *ut suprà*.

Le 9, l'hémorrhagie ne s'est point reproduite. On perçoit à l'hypogastre l'utérus, dont le fond est aplati et les angles irrégulièrement bosselés. Le diamètre de son orifice vaginal ne semble pas rétréci. — Nouvelle application du tampon.

Le 11, utérus un peu moins perceptible à l'hypogastre. L'hémorrhagie, nonobstant le tamponnement, s'est reproduite. Même état du côté du fond de l'organe. La titillation de l'anneau utérin provoquant sa rétraction et une diminution notable de son diamètre, je résolus de tenter de ce moyen, puisque le tamponnement ne donnait lieu à aucun résultat satisfaisant. Je conseillai donc des titillations fréquentes, des injections astringentes et irritantes, etc.

Le 13, j'apprends le matin qu'une abondante hémorrhagie s'est effectuée dans la nuit. Il fallait bien reconnaître l'inefficacité des moyens jusqu'alors employés. La malade était anémiée; tout me faisait redouter une catastrophe imminente. Ce fut alors que je résolus de mettre à exécution un projet auquel je songeais depuis plusieurs jours. Je me transportai auprès de la malade décidé à recourir à la cautérisation du fond de l'utérus au moyen du caustique de M. Rivaillé. Je n'eus pas besoin de pratiquer cette opération. Voici, en effet, dans quel état je trouvai la malade:

Depuis cinq à six heures elle éprouvait de violentes coliques. L'utérus était perceptible à l'hypogastre. J'éprouvai une grande difficulté à introduire le doigt dans la cavité vaginale; cette difficulté, je m'en aperçus bientôt, tenait à une énorme accumulation dans le rectum de matières stercorales d'une dureté extrême (je crois que la malade n'avait pas été une seule fois à la garde-robe depuis son accouchement). Les lèvres du museau de tanche étaient en rapport; toutefois il était facile de pénétrer dans la cavité de l'utérus.

Les fèces, accumulées dans le rectum, constituant un tampon parfait, avaient refoulé l'utérus en avant et en haut et refermé son orifice vaginal.

Je me gardai bien de céder aux instances de la malade et d'user de la curette. Je l'exhortai au contraire, dans l'intérêt de son salut, à patienter le plus longtemps possible. Elle eut le courage de se soumettre à ce conseil. Ce ne fut qu'au bout de douze heures que fut effectuée cette nouvelle délivrance.

Le 16, le col était parfaitement fermé. Tout accident du côté de l'utérus était désormais conjuré.

Aujourd'hui, 2 janvier, la malade ne nous donne lieu à d'autres inquiétudes que celles qui résultent de son état d'épuisement complet. L'organisme ruiné pourra-t-il achever son œuvre de conservation? C'est à peine si j'ose l'espérer en ce moment. J'éprouve même le regret de n'avoir point tenté en temps opportun la cautérisation du fond de l'utérus. Cette opération, pratiquée de manière à n'intéresser qu'une portion des parois utérines, eût eu, je crois, pour premier effet d'obturer un certain nombre d'orifices vasculaires et de déterminer secondairement la rétraction de l'organe gestateur. En agissant avec plus de hardiesse, peut-être eussé-je été assez heureux pour conserver les jours d'une jeune femme, d'une mère de famille.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 février 1856. — Présidence de M. BUSSY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Eaux minérales. — M. le ministre du commerce transmet:

1° Un rapport de M. le docteur Silve, médecin inspecteur des eaux minérales de Digne (Basses-Alpes), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854.

2° Un rapport de M. le docteur Peyrocave, médecin inspecteur des eaux minérales de Barbotan (Gard), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1853.

3° Une demande d'analyse des eaux minérales de Digne.

4° Une demande de M. le docteur Chopelet, tendant à obtenir l'autorisation d'exploiter une source d'eau minérale découverte par lui à Vrécourt (Vosges).

5° Une demande semblable du sieur Renault, pour une source minérale dans la commune de Kouts-Basse (Moselle). (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Hydrophobie. — MM. les docteurs Warin et Puel adressent une observation d'un cas d'hydrophobie rabique. (Commissaires: MM. Renault et Jolly.)

Épidémies. — M. le docteur Lalagade (d'Albi) adresse un mémoire sur une épidémie de rougeole qui a régné à Albi et dans les environs depuis le mois de mars jusqu'au mois d'août 1855. (Commissions de vaccine et des épidémies.)

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. Henry lit, au nom de la commission des eaux minérales, quatre rapports officiels:

1° Sur l'eau minérale de deux nouvelles sources découvertes à Vittel, près Contrexeville (Vosges).

D'après M. le rapporteur, ces deux sources, dont l'une est magnésienne et l'autre ferrugineuse bicarbonatée, justifient par leur nature chimique les propriétés médicales qu'on leur a reconnues depuis longtemps à Vittel et dans les environs.

La commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter ces deux sources. (Adopté.)

2° Sur une source minérale découverte à Vals (Ardèche). Les principes minéralisateurs de cette nouvelle source, qui est de la même nature que les sources *Marquise* et *Camase*, depuis longtemps connues et exploitées, sont principalement l'acide carbonique et les bicarbonates alcalins et terreux associés à quelques autres sels et à des traces d'un principe arsenical. Cette nouvelle source paraissant peu abondante et le bourg de Vals étant déjà riche en sources du même genre, la commission a jugé qu'il n'y avait pas urgence pour le pays à son exploitation, et propose de répondre qu'il n'y a pas opportunité à accorder l'autorisation demandée. (Adopté.)

3° Sur l'eau minérale de Vaugnières, canton d'Aurel (Drôme).

L'eau de Vaugnières est également une eau acidule gazeuse bicarbonatée, calcaire, ferrugineuse, et elle renferme, en outre, de l'iode en proportions notables. Elle offre une analogie de composition avec des eaux du département de la Drôme déjà autorisées. La commission propose de répondre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter comme eau minérale la source en question, sous les conditions d'aménagement et de travaux nécessaires. (Adopté.)

4° Sur les eaux-mères de la saline de Salins. Ces eaux représentent en grande partie la composition de l'eau de la mer. Le chlorure de sodium et le bromure s'y trouvent répartis abondamment et dans une proportion qui s'élève à cinq fois au moins celle de la susdite eau. La commission pense qu'il sera facile, à l'aide de *coupages* rationnels, d'avoir des bains gradués suivant l'indication du médecin et en les appropriant aux besoins de chaque malade. Elle propose, en conséquence, de répondre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter les eaux mères de la saline de Salins en bains minéraux pour l'usage médical. (Adopté.)

LECTURES.

Analyse des champignons comestibles. — M. Gobley lit la première partie d'un mémoire ayant pour titre: *Recherches chimiques sur les champignons vénéneux*. Cette première partie traite de l'analyse du champignon comestible de couches.

L'objet principal de ce premier travail, en faisant connaître la composition des champignons alimentaires, est d'avoir un terme de comparaison pour établir les différences chimiques qui séparent ces champignons des diverses espèces de champignons vénéneux dont il se propose de poursuivre l'étude.

Voici les conclusions de ce premier travail:

1° Le champignon comestible renferme 90,50 0/0 d'eau;

2° Il contient de l'albumine;

3° La fibre végétale est formée, comme celle des autres végétaux, par la cellulose et la fungine. La fungine ne peut être considérée comme un principe immédiat, et c'est à l'albumine qu'elle retient que sont dues les propriétés particulières qu'on lui a reconnues.

4° La matière grasse du champignon comestible se compose d'oléine, de margarine et d'une substance particulière, *agaricine*, solide et cristallisée, remarquable par son point de fusion élevé et par sa propriété de n'être pas altérée par les alcalis caustiques; c'est à cette dernière substance que Braconnot et Vauquelin ont donné le nom d'adipocire;

5° La matière sucrée, cristallisée ne constitue pas un sucre particulier; elle n'est pas susceptible de fermenter et n'est autre chose que de la mannite;

6° Le champignon de couche renferme une forte proportion de matières extractives azotées, les unes solubles dans l'eau et dans l'alcool, les autres solubles dans l'eau et insolubles dans l'alcool;

7° Il contient du chlorure de sodium et de potassium, du phosphate de potasse, de la potasse unie probablement aux acides malique, citrique et fumarique, du chlorhydrate d'ammoniaque, du phosphate et du carbonate de chaux. (Commissaires: MM. Grisolle, Guérard et Chevallier.)

Choléra. — M. Thomas lit un travail intitulé *Détails sommaires*

d'un voyage médical en Italie et en Orient pendant les mois de septembre et octobre 1855.

Des observations qu'il a faites pendant ce voyage et des renseignements qu'il a recueillis auprès des médecins des diverses localités qu'il a parcourues, M. Thomas a tiré des déductions relatives à la question de l'absorption pendant la période algide du choléra et à la question de la contagion. Il en conclut que l'absorption cutanée est conservée chez les cholériques pendant la période algide et que le choléra n'est point contagieux.

Rôle de l'acide carbonique en présence des alcalis végétaux. — M. Langlois lit un mémoire ayant pour titre : *Du rôle de l'acide carbonique en présence des alcalis végétaux.*

Renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. M. Lévy, Boullay et Gaultier de Claubry.

— M. le président appelle successivement plusieurs personnes inscrites pour des lectures; aucune d'elles ne répondant à l'appel, la séance est levée à quatre heures.

RECTIFICATION DU COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

Valérianate d'atropine. — Quelques erreurs se sont glissées dans la rédaction de notre compte rendu de l'Académie à l'occasion du rapport lu, dans la séance du 22 janvier, par M. Jolly sur un travail de M. le docteur Michéa intitulé *Du valérianate d'atropine dans le traitement de quelques maladies convulsives.*

Nous rétablissons aujourd'hui textuellement les conclusions du rapport de M. Jolly.

« En attendant que l'avenir confirme les succès obtenus par M. le docteur Michéa à l'aide du valérianate d'atropine dans le traitement de l'asthme spasmodique, de la chorée et de l'épilepsie en particulier, il est permis de penser que cette nouvelle médication mérite une juste préférence sur beaucoup d'autres substances antispasmodiques; qu'elle doit être préférée à la valériane et à la belladone, dont elle s'assure les principes actifs en raison de la fixité même de ces principes, de la facilité de les doser et de la sûreté de leurs effets pharmacologiques; que les faits d'observation qui leur donnent déjà un témoignage favorable d'expérience méritent surtout d'être pris en considération.

» En conséquence, nous proposons à l'Académie de renvoyer le travail de M. Michéa au comité de publication, d'adresser des remerciments à l'auteur, et de l'engager à poursuivre ses intéressantes recherches. »

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

RAPPORT.

Vous avez chargé MM. Denonvilliers, Guersant et moi, de vous rendre compte d'un mémoire présenté à la Société par M. Drouineau (de la Rochelle). Ce mémoire est relatif à plusieurs cas de maladies des voies urinaires. Il se compose de quatre observations propres à l'auteur (1). Elles sont accompagnées de réflexions et de corollaires qui ajoutent au mérite que ces observations offrent déjà par elles-mêmes. Je vais les analyser brièvement.

Dans la première, il s'agit d'une petite fille de neuf ans, fort irritable et indocile, que des douleurs de vessie, des envies continuelles d'uriner, du catarrhe vésical mirent dans la nécessité d'être explorée par le cathétérisme. On ne put y parvenir qu'au moyen du chloroforme. L'existence d'un calcul fut immédiatement reconnue, et la résolution prise de débarrasser l'enfant par le broiement. Le calcul présentait 70 millimètres de dimension, sur 30. Sa friabilité était très-grande; il était composé de phosphate calcaire.

Dix séances à trois ou quatre jours d'intervalle furent consacrées à l'opération. Chaque fois l'intervention du chloroforme fut nécessaire. A la dixième séance, un gros fragment qui s'était arrêté au méat urinaire put être retiré en entier; il présentait un sillon noir très-prononcé. Cette circonstance appela l'attention du chirurgien. L'examen de fragments sortis antérieurement lui donna la certitude que ce calcul avait pour noyau un corps étranger. Alors seulement, et vaincue par l'évidence, l'enfant avoua qu'une autre jeune fille lui avait introduit, en manière de jeu, une épingle double à cheveu. Elle en montra les dimensions.

Après dix séances fructueuses, l'épingle, dépouillée en grande partie de la matière calcaire, restait dans la vessie. Dix mois s'étaient écoulés depuis l'introduction du corps étranger, quatre depuis l'apparition des accidents intenses. Il restait à M. Drouineau à achever la partie la plus délicate de son entreprise; je veux dire l'extraction de l'épingle. Après s'être procuré l'instrument ingénieux de M. Le Roy-d'Etiolles, dont les dimensions se trouvaient trop considérables pour l'urètre de l'enfant, M. Drouineau se servit d'un instrument imaginé *ad hoc* par M. Mathieu. Une première tentative amena la moitié d'une des branches de l'épingle, qui se rompit. L'instrument fut mis hors de service dans une deuxième épreuve, et l'épingle saisie était retombée dans la vessie. Pressé de terminer cette opération et de débarrasser entièrement l'enfant, M. Drouineau se servit alors d'un brise-pierre à cuillers peu profondes et presque lisses; il eut le bonheur de saisir sans beaucoup de difficultés l'épingle par sa partie recourbée et de l'extraire. Quelques jours après, il put s'assurer que la vessie était complétement débarrassée.

Cette observation ne manque pas d'intérêt. Ce n'est pas cependant que les faits d'épingles introduites dans la vessie de filles de tous les âges, et ayant servi de noyau à des incrustations calcaires, soient très-rares : la science en abonde. On peut même dire qu'ils se ressemblent tous ou à peu près. La matière des épingles, selon les pays, la forme que leur a donnée la mode, constituent presque seules les nuances de ces faits nombreux. Il n'est pas jusqu'aux opérations proposées ou mises en usage pour débarrasser les malades, qui n'aient entre elles les plus grandes analogies; on va même jusqu'à retrouver le broiement de ces concrétions calcaires, opéré dans la vessie à l'aide de tenettes de volume varié, et suivi de l'extraction de l'épingle.

Ce qui différencie surtout l'observation de M. Drouineau de la plupart de celles déjà connues, c'est l'âge peu avancé de la jeune fille, l'étroitesse grande de l'urètre eu égard surtout au volume considérable de la pierre. C'est l'emploi constant et gradué dans sa force chaque fois, du chloroforme pendant dix séances consécutives. Ce n'est pas que je pense que le chloroforme soit d'une grande utilité dans la lithotritie en général. Je crois, au contraire, qu'il priverait des renseignements que peut donner un malade attentif sur les mouvements de l'instrument dans la vessie; je pense que l'absence de ces renseignements et de ceux que peut fournir la sensibilité de la vessie exposent davantage le chirurgien à des manœuvres intempestives et à pincer la vessie. Mais dans le cas actuel, quels renseignements attendre d'un enfant dont on ne peut ni faire cesser les cris ni contenir les mouvements désordonnés.

Dans ces conditions, le chloroforme est un puissant sinon indispensable auxiliaire. En appliquant la lithotritie à ce cas, M. Drouineau a prouvé une fois de plus, que sans cesser de rendre aux inventeurs et aux promoteurs de la lithotritie la part de gloire et d'honneur qui leur revient dans cette conquête de la chirurgie moderne, cette opération est à son tour, comme la taille à une autre époque, tombée dans le domaine commun; qu'elle doit être, comme elle l'est de fait, pour tous les chirurgiens, une opération régulière, usuelle et de tous les jours.

Je regrette, à côté de l'éloge mérité, d'être obligé de faire une remarque critique; elle est rendue nécessaire par le passage suivant du mémoire de M. Drouineau :

» Cependant, si j'avais connu la nature du corps étranger qui a servi » de noyau à cette pierre, je n'aurais pas tenté la lithotritie, j'aurais » préféré la taille sus-pubienne; aujourd'hui, je me félicite de l'avoir » ignoré, etc. »

Il me semble que l'auteur du mémoire, s'il eût agi ainsi, aurait fait trop bon marché de son habileté personnelle; qu'il aurait par trop oublié les services rendus par la lithotritie dans les cas analogues et les instruments spéciaux dont il a pu se passer, mais qui ne diminuent pas moins les difficultés. En dehors de la lithotritie, je ne vois pas d'ailleurs suffisamment les motifs de la prédilection pour la taille sus-pubienne, opération difficile, incertaine, dangereuse, et qui a été mortelle précisément dans des cas de ce genre, quand, en regard, on peut voir que par des opérations plus imparfaites que la lithotritie, on est parvenu à débarrasser des malades et à les sauver.

La deuxième observation a pour objet un vieillard de soixante-quinze ans, chez lequel M. Drouineau retira un fragment de sonde élastique de mauvaise qualité qui s'était brisée en plusieurs morceaux, et dont un des fragments était tombé dans la vessie. Le chirurgien se servit du brise-pierre à coulisse courbe et à cuillers peu profondes dont il s'était servi avec succès dans le cas précédent. L'extraction du corps étranger fut faite avec facilité, et le malade n'éprouva aucun accident.

La troisième observation, intitulée *Hydro-néphrose avec pyélite calculeuse*, est intéressante pas sa rareté et remarquable par la précision et la justesse du diagnostic porté. Elle diffère essentiellement des deux précédentes; elle met en relief les inductions de l'homme de science, mais elle démontre en même temps, pour les cas analogues, l'impuissance, j'ai presque dit l'inutilité de l'art.

Il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, d'une forte constitution, qui n'a jamais rendu de graviers, mais qui depuis quelques jours seulement est travaillé de douleurs lombaires. Il s'aperçoit qu'il n'a pas uriné depuis trente-six heures, et fait demander son chirurgien. Le malade était calme, sans fièvre, sans douleur de l'abdomen. Il n'y avait ni tumeur ni matité à l'hypogastre. M. Drouineau pensa que la vessie contenait peu d'urine; l'introduction de la sonde n'en fit pas sortir une goutte. La vessie reçut une injection et la rendit avec jet. L'absence d'urine dans la vessie fit penser que le siége du mal était dans les reins; le développement subit, la persistance des symptômes pendant plusieurs jours, malgré un traitement énergique, fit penser qu'ils étaient dûs à un gravier engagé dans l'urètre, et qu'il ne devait exister chez ce malade qu'un seul rein. Bientôt une tumeur se développe dans le flanc droit, la fièvre urineuse se manifeste, et le malade succombe le quinzième jour de l'invasion de la maladie.

L'autopsie fit voir la vessie complétement vide; l'uretère droit du volume ordinaire; deux graviers arrêtés dans son intérieur, à 3 centimètres de son extrémité supérieure, en bouchaient exactement l'ouverture.

Toute la région lombaire droite était occupée par une énorme tumeur fortement distendue par 250 grammes d'une urine épaisse, blanchâtre, fétide. Du sable rouge et de petits graviers remplissaient en partie les calices. La substance du rein était saine.

Dans la région lombaire gauche pas de rein. L'uretère existait seulement à l'état rudimentaire et sous la forme d'un petit filet dur, arrondi.

La vessie ne contenait pas d'urine. L'orifice de l'uretère droit, de dimension ordinaire, laissa pénétrer un stylet. Une dépression ovalaire marquait la place de l'uretère gauche. Le stylet ne put pénétrer, malgré des tentatives réitérées.

Cette curieuse observation est d'autant plus intéressante que l'autopsie a pu être faite. Elle laisse cependant quelque chose à désirer L'existence d'un seul rein diagnostiquée pendant la vie est une déduction heureuse mais très-hardie des symptômes observés. Serait-elle logique dans tous les cas? L'existence d'un rein unique et la présence de la tumeur dans une des régions normales indiquent plutôt l'atrophie d'un des deux organes sécréteurs que l'absence congéniale. Il a peut-être manqué à M. Drouineau des renseignements sur une maladie antérieure qui aurait détruit le rein gauche et n'aurait laissé que des vestiges de l'uretère.

Dans la quatrième observation, il s'agit d'un homme robuste d'une cinquantaine d'années, atteint depuis longtemps d'affection calculeuse, et qui rendait en abondance des fragments de calcul. Cette circonstance fut la cause qui empêcha le malade de se soumettre à une opération chirurgicale. Un pharmacien de ses amis le traitait par le bicarbonate de soude à dose assez élevée. Un fragment s'étant arrêté dans l'urètre, il en résulta une rétention grave d'urine, pour laquelle M. Drouineau fut appelé à pratiquer la boutonnière. La vessie était pleine de calculs, la fièvre urineuse continue, et le malade succomba vingt-quatre heures après l'opération.

Les deux circonstances qui ont le plus frappé M. Drouineau sont les effets toxiques de la résorption de l'urine et la fragmentation des calculs. A cette occasion, il se demande si cette fragmentation est due à l'action du bicarbonate de soude, ou si elle dépend d'une exfoliation des graviers.

M. Drouineau n'a été appelé qu'accidentellement auprès de ce malade; il n'a pu l'observer que pendant quelques heures, dans la période terminale de la maladie et de la vie. L'autopsie cadavérique n'a point été faite. Dans ces conditions, l'observation devait manquer et manque de plusieurs détails qui seraient indispensables pour résoudre les questions posées. La composition chimique habituelle des urines, par exemple, la nature des calculs. Sans contester l'influence du bicarbonate de soude sur certains calculs, il paraît plus probable qu'il s'agissait ici d'un de ces cas dans lesquels les urines étant devenues alcalines dans la vessie, les calculs qu'elle contenait ont été, par cette action de l'urine, pris de la fragmentation spontanée.

Le travail de M. Drouineau contient des faits curieux, dont plusieurs sont fort rares; ils démontrent que chirurgien joint à une instruction solide une habileté de praticien remarquable. M. Drouineau est chirurgien adjoint des hospices civils de la Rochelle, et médecin adjoint de l'asile des aliénés de Lafont. Votre commission a l'honneur de vous proposer :

1° La publication de son travail dans vos Bulletins;

2° L'admission de cet honorable confrère comme membre correspondant de la Société de chirurgie.

La Faculté de médecine de Montpellier vient de perdre un de ses membres les plus distingués : M. le professeur Estor vient de succomber, à l'âge de soixante ans, aux suites d'une affection rhumatique goutteuse générale qui depuis longues années le tenait cloué sur son fauteuil à demi perclus, comme notre malheureux Martin Solon. M. Estor, dont les débuts dans l'enseignement avaient été extrêmement brillants, a rendu de très-grands services à de nombreuses générations médicales par les cours privés qu'il a faits pendant de longues années, et avec un succès soutenu, avant qu'il fût appelé à siéger à la Faculté comme professeur titulaire. M. Estor ne s'est pas borné à ces succès d'enseignement. Il jouissait comme praticien d'une juste et légitime réputation, et il eût acquis certainement dans cette voie la haute position qu'il méritait sans les obstacles qu'y apporta la maladie. Il a écrit aussi plusieurs ouvrages, entre autres un *Cours d'anatomie médicale*, qui était le reflet de son fructueux enseignement oral et que le public et la presse ont accueilli dans le temps avec une grande faveur; une traduction du *Traité des plaies* de John Bell avec des notes, un *Essai sur les lésions traumatiques en général*, un *Tableau des progrès récents de la chirurgie* (en 1844), et un grand nombre de brochures et d'opuscules sur plusieurs questions de pathologie chirurgicale. Tout récemment encore il venait de publier une brochure in-8° de plus de 200 pages intitulée *De la simplification en chirurgie*, ouvrage où l'on trouve avec des connaissances profondes de l'histoire et des progrès récents de la chirurgie l'empreinte de cet esprit philosophique que l'on doit presque toujours s'attendre à rencontrer dans les œuvres sorties de cette école.

Le but principal et avoué de cette brochure, très-propre à donner une idée de l'enseignement de M. Estor, était de continuer, mais en sens inverse, l'œuvre de Guy de Chauliac, c'est-à-dire de transporter la médecine dans la chirurgie.

La mort de M. Estor est une véritable perte pour l'Ecole de Montpellier; elle laisse vacante la chaire de médecine opératoire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Dans notre numéro de samedi dernier nous avons annoncé que l'administration de la guerre avait entrepris des essais pour l'application du procédé de M. Fabre, vétérinaire à Marseille, qui, suivant son auteur, guérissait presque infailliblement les chevaux atteints de la morve et du farcin.

Le *Moniteur* d'aujourd'hui contient dans sa partie non officielle l'article suivant :

« M. Fabre a annoncé des cas de guérison de morve et de farcin obtenue sur des chevaux de cuirassiers de la garde impériale. Aucune amélioration ne s'est encore produite et ne se produira, selon toute probabilité, dans l'état des deux chevaux morveux soumis depuis quatre mois au traitement indiqué par M. Fabre. Des cinq farcineux, trois, chez lesquels la maladie ne présentait pas un haut degré d'intensité, sont rentrés dans les rangs, il est vrai, mais les deux autres sont encore à l'infirmerie, et le farcin s'est en outre compliqué de la morve sur l'un des malades.

» Le succès de M. Fabre est donc malheureusement loin d'être encore justifié. »

— M. le docteur Botta, consul de France à Jérusalem, vient d'envoyer au jardin des plantes deux femelles adultes d'une espèce intermédiaire entre l'onagre et l'hémione, d'une part, et du cheval d'autre part. Le Muséum n'avait jamais possédé cet animal, pas même en squelette.

— M. le docteur Durand-Fardel commencera un cours public et gratuit sur les *eaux minérales*, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, aujourd'hui jeudi 7 février, à sept heures du soir, et le continuera les jeudi et samedi de chaque semaine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères. Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Histoire de la médecine grecque depuis Esculape jusqu'à Hippocrate exclusivement, par M. Houdart, docteur en médecine de la Faculté de Paris, 1856. Un volume in-8° de 320 pages. Prix : 6 fr. — Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

(1) Voir plus haut ces observations.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 17. — SAMEDI 9 FÉVRIER 1856. (29e ANNÉE.) N° 17. — SAMEDI 9 FÉVRIER 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 8 FÉVRIER 1856.

RÉQUISITIONS DES MÉDECINS. — LEURS DROITS.

Nous avons reçu, le 29 janvier dernier, d'un de nos confrères qui habite le département de la Haute-Saône, une lettre de laquelle nous extrayons les passages suivants :

« ..... Un des rédacteurs de la *Gazette des Hôpitaux* pourrait-il être l'interprète, le défenseur des médecins de ce département, principalement de notre arrondissement, qui n'ont pas été payés des honoraires dus par les communes pour les soins donnés par eux pendant l'épidémie de 1854?

» Défense a été faite aux médecins de poursuivre judiciairement les communes. Ceux qui, comme moi, ont voulu poursuivre les particuliers en ont été pour leurs frais.

» C'est ainsi qu'il m'a fallu débourser 300 fr. pour en obtenir 200 dans une commune.

» Dans une autre, j'en ai été pour tous les frais.

» Il n'y a dans le corps médical de l'arrondissement qu'un cri d'indignation..... Le danger passé, les conseils municipaux nous ont envoyés..... promener.

» A G., où les trois quarts des médecins sont morts, et dans huit autres communes environnantes où j'ai exercé, j'ai vu 2,300 et quelques malades en trois mois et demi ; c'est une perte de plus de dix mille francs, très-sensible pour le médecin qui n'a que ses honoraires pour vivre. Le département a bien emprunté cent huit mille francs pour solder les frais du choléra ; mais la plupart des médecins n'ont pas touché un sou de cette somme.

» Ne serait-ce pas servir l'intérêt du corps médical que d'appeler l'attention du ministre sur un pareil oubli, en insérant quelques lignes d'observation à ce sujet ?...... »

Nous avions attendu jusqu'à ce moment pour répondre à notre honorable correspondant, parce que nous savions que la commission générale de l'Association des médecins de la Seine devait intervenir dans le débat. Elle s'en est occupée en effet dans sa dernière séance, et elle a pris une importante résolution.

Voici les faits qui ont motivé la délibération de la commission :

Le docteur Andreux (de Bar-le-Duc) a été requis par le maire de cette ville, pendant l'épidémie de 1854, de donner ses soins aux cholériques indigents, dans un quartier éloigné du centre de ses occupations et de sa clientèle. L'épidémie passée, il a adressé au maire une demande de 910 francs d'honoraires. Le maire a rejeté cette demande, et le conseil municipal a alloué à titre *d'indemnité*, à M. Andreux, une somme de 300 francs, que celui-ci a refusé d'accepter. Notre confrère a de plus intenté au maire un procès, dans lequel le tribunal de Bar-le-Duc a rendu le 12 décembre dernier le jugement ci-dessous :

Le tribunal de Bar-le-Duc, après délibéré ;

Attendu que, le choléra s'étant manifesté dans la ville de Bar-le-Duc le 1er août 1854, le maire a, par arrêté du même mois, requis les médecins de donner leurs secours aux cholériques dans les circonscriptions qui ont été assignées à chacun d'eux, et appelé un certain nombre de citoyens à veiller de jour et de nuit à ce que les soins nécessaires fussent assurés aux malades ;

Attendu que Eugène Andreux, l'un des médecins requis, réclame aujourd'hui à la ville de Bar-le-Duc une somme de 910 francs pour honoraires des soins donnés par lui aux cholériques indigents d'après cette réquisition ;

Attendu que la loi du 24 août 1790 confie à la diligence de l'autorité municipale le soin de prévenir par des précautions convenables et celui de faire cesser par la distribution de secours nécessaires les accidents et fléaux calamiteux, tels que les épidémies ;

Attendu que l'article 471 du Code pénal punit d'amende ceux qui contreviennent aux règlements légalement faits par l'autorité municipale, en vertu de la loi précitée, et que l'article 475 du même Code indique spécialement qu'une peine doit atteindre ceux qui refusent de prêter le secours dont ils auront été requis dans les circonstances d'accidents, inondations, incendies ou autres calamités ;

Attendu que, si la loi frappe d'une peine ceux qui refusent d'obéir aux réquisitions de l'autorité municipale, elle n'établit nulle part que celui qui se sera conformé à ces réquisitions aura droit à un salaire, à une indemnité ;

Attendu que le silence de la loi est d'autant plus remarquable que, lorsqu'elle exige le sacrifice de quelques intérêts privés à l'intérêt public, elle dispose, soit comme dans l'article 545 du Code Napoléon et dans la loi d'expropriation de 1841, que le sacrifice ne devra être fait qu'après juste et préalable indemnité, ou comme dans le tarif des dépens en matière criminelle, que les médecins ou autres personnes requis pour le service de la justice criminelle recevront une indemnité qu'elle détermine à l'avance ;

Attendu que la ville de Bar-le-Duc s'est trouvée en 1832, comme en 1854, frappée par une épidémie de choléra, que les médecins et les citoyens requis en 1832 de prêter leur secours et de donner leurs soins aux malades n'ont reçu aucune rémunération ;

Qu'ainsi dans le silence de la loi, silence qui a fortifié encore l'autorité des précédents, la demande d'Eugène Andreux, qui est contestée par la ville de Bar-le-Duc, manque d'une base légale, et que la réquisition du maire ne crée au demandeur aucun droit à une indemnité contre la ville ;

Attendu que la ville de Bar-le-Duc déclare offrir à Eugène Andreux une somme de 300 francs, le tribunal donne acte à la ville de Bar-le-Duc de ce qu'elle offre à payer à Eugène Andreux une somme de 300 francs, déboute celui-ci de sa demande et le condamne aux dépens, liquidés à la somme de 30 fr. 63 c., non compris le coût, enregistrement et signification du présent jugement.

M. Andreux a fait appel de ce jugement, et l'Association, frappée de la gravité des questions soulevées, a décidé, sur l'avis conforme de Me Paillard de Villeneuve, son conseil, qu'elle soutiendrait à ses frais, et par le ministère de Me Béchard, qui l'a déjà plusieurs fois assistée en pareille circonstance, le recours en cassation.

Nous avons déjà, dans un article inséré dans ce journal (30 juin 1855), examiné la question du droit de réquisition exercé par l'autorité sur un médecin.

A cette question s'en joint aujourd'hui une non moins sérieuse, celle de la gratuité des soins donnés par le médecin en vertu d'une réquisition administrative.

Notre correspondant comprendra facilement qu'en cet état de choses, et l'affaire étant pendante devant la Cour impériale (un jugement absolument contraire à celui de Bar-le-Duc a été rendu par le tribunal de Montmédy), nous devons attendre la décision de la Cour d'appel.

Nul ne peut douter que, comme l'a dit M. le secrétaire général de l'Association, la commission générale ne fasse son devoir, et nous ajouterons, ne le fasse jusqu'au bout. — Dr A. FOUCART.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la leucémie et de la confusion qui a été faite entre cette affection et les faits de sang blanc.

Nous avons rapporté il y a quelques semaines (n° 150 de 155) une observation de leucémie recueillie par M. Bonfils dans le service de M. Hervez de Chégoin à l'hôpital Lariboisière. Nous avons à cette occasion rappelé en peu de mots ce que l'on entend par ces dénominations de leucémie, de leucocytémie, qui ont été définitivement acceptées dans la science. Cependant, malgré les publications déjà assez nombreuses dont cet état pathologique a été l'objet depuis quelques années, beaucoup de médecins paraissent ignorer encore la véritable acception de ces dénominations et se faire une idée fausse ou incomplète de l'état morbide qu'elles représentent. Une circonstance toute récente est venue nous prouver que dans les hautes régions médicales même on était encore peu familiarisé avec ces faits. M. Blache ayant communiqué à l'Académie une nouvelle observation très-intéressante de leucémie, plusieurs membres ont fait voir, par les questions et les objections qu'ils ont faites à ce sujet, qu'ils confondaient cet état avec une altération toute différente. Nous croyons, en conséquence, faire une chose utile en exposant ici le plus brièvement possible l'état actuel de la science sur ce point.

Commençons d'abord, avant de dire ce que c'est que la leucémie, par dire ce qu'elle n'est point, en dégageant la question des éléments de confusion qui y ont été un moment introduits.

On a décrit à diverses époques un état particulier du sang qui, au sortir de la veine, avait une teinte blanchâtre le faisant ressembler plus ou moins à un liquide laiteux.

M. Bérard rapporte plusieurs exemples authentiques de ces faits de *sang blanc* dans le IIIe volume de sa *Physiologie*. Dans un de ces cas, observé par le docteur Fion, il s'agit d'un homme qui avait la respiration gênée ; on le saigne. La surprise des spectateurs fut grande lorsqu'ils virent sortir de la veine un sang blanc comme du lait. Le sang, analysé par M. Lecanu, contenait en matières grasses la quantité énorme de 117 millièmes. Dans un autre cas rapporté par M. Caventou, le sang de la saignée était également blanc, laiteux et seulement parsemé de globules de matière colorante ; mais ils n'y étaient pas en quantité suffisante pour altérer la couleur blanche du fluide. MM. Chatin et Sandras ont publié dans la *Gazette des Hôpitaux* (1849, n° 72) un fait tout à fait semblable. Après la coagulation du sang, le sérum ressemblait à un émulsion rendue un peu fauve par quelques globules sanguins en suspension. Dans ce dernier cas, l'examen microscopique fit découvrir dans ce sérum une grande quantité de petits globules gras, très-semblables à ceux du lait. Enfin, l'analyse chimique montra que sur 100 grammes de sérum il y avait 6 grammes 50 centigrammes de matières grasses.

Dans ces faits, et un grand nombre d'autres analogues, M. Bérard n'hésite pas à attribuer la couleur blanche du sang à une accumulation de matières grasses dans ce liquide. Dans quelques-uns, il est vrai, la proportion de graisse indiquée n'était pas suffisante pour donner la couleur du lait à un sang qui aurait contenu, comme à l'état normal, de 130 à 140 millièmes de globules colorés en rouge ; mais dans ces cas aussi, et c'est en particulier ce qui a été constaté dans l'analyse faite par M. Lecanu, il n'y avait que des traces de matière colorante. De sorte que cet état du sang serait un état complexe, dans lequel le défaut de matière colorante jouerait un rôle aussi grand que l'augmentation de la graisse.

Tels sont, en particulier, les faits qui ont été rappelés récemment à l'Académie de médecine à l'occasion de la communication de M. Blache. Mais il est aisé de voir par ce simple énoncé que ces faits diffèrent essentiellement et de l'observation de M. Blache, que nous publions plus loin, et de celle que nous avons publiée récemment, ainsi que de tous les cas publiés jusqu'ici sous le nom de leucémie. Ils n'en diffèrent pas seulement par le simple aspect extérieur du sang, qui conserve dans la leucémie son apparence normale, mais encore par la nature de la lésion, qui n'a rien de semblable dans l'un et l'autre cas, et surtout par l'ensemble des symptômes qui s'y rattachent.

Ainsi, tandis que dans tous les faits de sang blanc rapportés par les auteurs, les malades se sont tous plus ou moins rapidement rétablis, et le phénomène accidentel de la coloration blanche du sang s'est lui-même dissipé, il n'en est pas de même de la leucémie, qui, ainsi qu'on peut le voir par les observations précitées, se traduit par un ensemble de phénomènes pathologiques d'une extrême gravité et se termine par la mort.

Qu'est-ce donc en définitive que la leucémie ? C'est ce qu'il nous reste à exposer.

En 1845, le docteur Virchow publiait dans un journal allemand un mémoire dans lequel il faisait connaître une nouvelle altération du sang, consistant dans une augmentation considérable de la quantité des globules blancs, et établissait la nature de cette altération et sa relation avec l'engorgement chronique de la rate. La même coïncidence de l'hypertrophie de la rate avec une altération spéciale du sang était constatée peu de temps après par Fuller, médecin de l'hôpital Saint-Georges de Londres, et plusieurs faits du même genre furent observés vers la même époque par plusieurs auteurs anglais. Mais c'est surtout aux travaux de MM. Virchow, Vogel et Bennet (d'Edimbourg) que l'on doit la connaissance de cette affection. En voici en peu de mots la description générale, que nous empruntons à un excellent travail publié sur ce sujet par M. Leudet, dans la *Gazette médicale de Paris*.

« Toujours la leucémie se rencontre sur un sujet offrant simultanément ou isolément un développement morbide des glandes suivantes : rate, foie, ganglions lymphatiques.

» Parmi les antécédents, on a toujours noté l'absence de fièvres intermittentes. (On verra plus bas qu'il n'en est pas toujours ainsi.)

» Les symptômes se divisent en trois groupes : ceux du début, ceux de la période d'augmentation, ceux de la maladie confirmée. Les premiers sont locaux ; le développement de l'organe glandulaire se fait isolément, sans troubles sympathiques dans les autres organes ; puis surviennent des phénomènes de cachexie, caractérisée par un affaiblissement général des forces, des accidents de chlorose, bruits de souffle vasculaires, hémorrhagies par les membranes muqueuses, dyspnée plus ou moins grande, et enfin la terminaison fatale survient par l'intestin. »

« On ne doit pas s'attendre, ajoute M. Leudet, à retrouver dans chaque cas séparément l'ensemble de ces symptômes morbides, mais on suit toujours les divers ordres de symptômes qui viennent d'être signalés. »

M. Virchow a établi à cet égard une distinction fondée sur les

variétés présentées par les différentes observations recueillies jusqu'ici. Il admet une première catégorie, dans laquelle la maladie est toujours *fébrile*, et la fièvre prend le caractère hectique; le malade meurt dans le marasme. Les troubles de la digestion et de la respiration ont lieu ordinairement de bonne heure. La disposition à la diarrhée est interrompue par des accès de constipation. La dyspnée peut être portée à un tel degré qu'elle ne s'explique plus par des désordres musculaires ou pulmonaires, et qu'elle semble plutôt dépendre directement de la constitution intime du sang.

Dans une seconde catégorie, il range les faits qui semblent traduire une diathèse hémorrhagique, et dans lesquels les malades succombent ou aux progrès de l'anémie ou à l'apoplexie. Les premières observations n'avaient trait qu'à des malades épuisés par les épistaxis; mais plus récemment on a rapporté une série de faits où la vie s'est terminée brusquement par une apoplexie cérébrale. M. Virchow signale des faits où les hémorrhagies externes ont été elles-mêmes si considérables, qu'elles sont devenues immédiatement mortelles.

Quant à l'altération du sang, qui constitue sinon l'origine et le point de départ de tous ces phénomènes, du moins le caractère anatomo-pathologique le plus essentiel de cette maladie, ce qui lui a fait donner le nom qu'elle porte, elle consiste, ainsi que nous l'avons déjà dit en rapportant l'observation de M. Bonfils, en une prédominance considérable des globules blancs du sang sur les globules rouges.

Mais si c'est là la lésion principale, celle du moins qui a le plus frappé l'attention des observateurs, il en est d'autres qui paraissent lui être plus ou moins immédiatement liées, et qui dans l'opinion de quelques auteurs, de M. Virchow en particulier, lui seraient même antérieures, l'altération du sang n'en étant dans ce cas que l'effet consécutif. C'est assez dire l'importance de ces lésions dans l'histoire anatomo-pathologique de cette maladie.

Voici, d'après un travail tout récemment publié par M. Virchow et traduit dans le dernier cahier des *Archives générales de médecine*, en quoi consistent ces lésions. Elles ont principalement pour siége les ganglions lymphatiques, la rate et le foie :

« Les ganglions se tuméfient lentement, mais par saccades, sans entraîner des désordres apparents dans les parties dont ils reçoivent leurs vaisseaux. Les glandes n'offrent ordinairement dans leur structure qu'une simple augmentation de leurs éléments normaux. A l'extérieur, elles paraissent molles, sans élasticité; on y perçoit une sorte de fluctuation indécise; leur surface est assez lisse, parfois brillante, et d'une couleur qui varie du blanc au jaune ou au gris. Lorsqu'on a pratiqué une coupe, on trouve la portion corticale épaissie, et le tissu caverneux du hile également plus développé. La partie corticale est plus homogène, grise ou d'un blanc rougeâtre; on y distingue avec peine la division normale des follicules; le parenchyme est mou, friable, et laisse suinter un liquide laiteux....

» Les lésions de la rate sont beaucoup plus complexes. Quant au développement de la tumeur, les symptômes et la marche sont les mêmes. On retrouve là encore une marche chronique et insidieuse dont les premières périodes durent souvent des années, échappent à l'examen. Parfois la maladie procède par accès qui s'accompagnent souvent de fièvre et de douleur; plus tard, la douleur spontanée, ou à la pression, et la fièvre deviennent continues. »

A l'autopsie, « la rate est presque toujours très-augmentée de volume; son poids atteint souvent de 3 à 5 et 7 livres, c'est-à-dire qu'il est douze ou quinze fois plus élevé qu'à l'état normal. On trouve aussi dans la plupart des cas des signes manifestes de périsplénite; la capsule est presque toujours épaissie, plus opaque, plus laiteuse, parsemée de taches de pigment et d'épaississements occupant des surfaces plus ou moins étendues, rondes, inodulaires en apparence, demi-cartilagineuses. Il existe en même temps des adhérences avec les parties voisines, particulièrement avec le diaphragme et le tissu rétro-péritonéal; l'organe semble avoir augmenté de poids spécifique, il a plus de résistance, et à la section le tissu paraît le plus souvent exsangue; il est d'une coloration d'un rouge plus pâle ou plus jaunâtre, quelquefois plus brunâtre. La surface de section est lisse, relativement sèche et homogène. Les gros vaisseaux seulement paraissent avoir un plus large calibre et restent béants. Les follicules sont petits, souvent mal limités, et par suite indistincts. La pulpe est d'une abondance excessive, parfois très-résistante, presque élastique, difficile à déchirer. L'étude microscopique montre partout les éléments normaux, seulement plus abondants et plus condensés; la substance intermédiaire aux cellules de la pulpe est plus considérable et plus solide.»

» Il est rare que ces lésions se maintiennent dans ces limites. Le plus souvent on rencontre, surtout vers la surface, des foyers plus ou moins étendus, qui se détachent du reste du tissu par leur coloration d'un rouge plus intense; plus tard, la rougeur prend un aspect de plus en plus hémorrhagique. Le foyer, qui d'abord était de niveau avec la surface, se creuse à mesure qu'on l'observe à une époque plus éloignée; il est plus compacte et plus sec. La couleur passe peu à peu d'un rouge foncé au jaune ou au gris sale; la masse devient comme caséeuse ou tuberculeuse, et à la longue elle finit par se transformer en une sorte de cicatrice jaune-orange, ou verdâtre, ou rouge. L'examen microscopique fait reconnaître les éléments normaux de la rate ratatinés et en voie de dissolution.»

Enfin, le foie est souvent hypertrophié et altéré de diverses manières. M. Virchow l'a vu parsemé de petits points blancs du volume d'un lobule hépatique, et qui paraissaient s'être substitués aux lobules. Cependant, cette dernière lésion ne paraît pas constante. Il en est de même de celle des ganglions lymphatiques. Ainsi, dans l'observation communiquée à la Société de biologie par MM. Charcot et Robin, il n'existait ni hypertrophie du foie ni altération des ganglions lymphatiques. De toutes ces lésions, l'altération du sang et celle de la rate paraissent seules constantes.

Tel est le rapide aperçu de l'ensemble des phénomènes symptomatiques, anatomo-pathologiques et microscopiques sur lesquels l'attention des médecins est en ce moment vivement sollicitée. L'intérêt qui s'attache à cette maladie n'est pas purement scientifique. Ce n'est pas seulement au point de vue nosologique ou anatomo-pathologique qu'elle mérite l'attention des médecins; elle est digne aussi de toute leur sollicitude au point de vue pratique. Il s'agit, en effet, ainsi qu'on peut le voir par ce rapide aperçu, d'une affection excessivement grave qui n'est pas très-rare, puisque depuis peu d'années qu'elle s'est révélée à l'esprit investigateur de quelques observateurs, on en compte déjà plus d'une vingtaine de cas recueillis en Allemagne et en Angleterre; et qu'en France, où elle n'a été connue que beaucoup plus tard, on en peut citer déjà cinq ou six exemples, y compris celui que nous rapportons aujourd'hui. Ce nombre serait probablement beaucoup plus élevé si l'on y pouvait joindre tous les cas qui ont dû passer inaperçus.

Maintenant que cette affection paraît bien déterminée symptomatiquement et anatomiquement, que son histoire est, suivant les expressions de M. Virchow, « plus avancée que beaucoup de maladies décrites par les médecins de Cos », il importe d'en étudier l'étiologie, de chercher à remonter au delà des causes prochaines auxquelles les auteurs qui s'en sont spécialement occupés ont cru devoir attribuer la série des phénomènes morbides constatés, et d'étendre l'enquête à la recherche des causes éloignées qui peuvent concourir à sa production. Il s'agira surtout de chercher à instituer un traitement, soit en se guidant d'après les indications rationnelles déduites de la connaissance des lésions primitives, soit par des tâtonnements empiriques.

Tous les cas authentiquement connus jusqu'ici se sont terminés par la mort, à l'exception d'un seul, rapporté par le docteur Addinel Hewson, et dans lequel les symptômes morbides disparurent, dit ce médecin, en près de deux mois par un traitement au moyen du quinquina, du fer et des pilules mercurielles.

Mais, ainsi que le fait remarquer avec raison M. Leudet, dans une note insérée dans la *Gazette hebdomadaire de médecine*, à laquelle nous empruntons quelques-uns de ces détails, il est permis de douter que cette guérison se soit maintenue, si l'on considère que, d'après l'aveu de l'auteur lui-même, l'altération du sang n'avait pas complétement disparu, et les corpuscules blancs demeuraient toujours un peu en excès relativement aux globules rouges.

Nous n'avons pas tout dit sur ce point, tant s'en faut. L'Académie a laissé passer sans discussion sérieuse l'intéressante observation de M. Blache, qui est le sujet et l'occasion de ces réflexions; mais il n'en est pas de même à la Société de médecine des hôpitaux, qui a mis cette question à son ordre du jour. Si, comme il y a lieu de l'espérer, il ressort de la discussion quelques faits et quelques éclaircissements nouveaux, nous saisirons cette occasion pour y revenir.

Affection utérine interne datant depuis longtemps; soulagement immédiat après l'application de la curette.

Nos lecteurs n'ont pas perdu le souvenir de la discussion vive et animée que provoqua à l'Académie de médecine la communication des faits invoqués par l'habile et savant praticien si prématurément et si malheureusement enlevé à la science, Valleix, à l'appui de la méthode de redressement utérin à laquelle il a attaché son nom. On se rappelle qu'après de vifs et de longs débats dans lesquels ces faits furent analysés et discutés de point en point, il en ressortit en définitive cette conclusion : que si l'usage du redresseur utérin ne remplissait pas toujours le but qu'on s'en proposait, c'est-à-dire le redressement de l'utérus dévié, il avait en revanche une action difficile peut-être à définir, mais dont l'heureuse influence dans plusieurs affections utérines, même diverses, ne paraissait pas contestable. Les heureux changements survenus immédiatement après l'application de la sonde utérine chez des femmes jusque-là en proie à de vives et incessantes douleurs et au malaise général qui en est inséparable, attestés par plusieurs praticiens dignes de foi pour les avoir maintes fois constatés, nous firent dire à cette époque que le cathétérisme utérin pourrait bien modifier l'état nerveux morbide spécial qui constitue à lui seul un certain nombre de ces affections utérines, de la même manière, à peu près, qu'un topique irritant modifie ou détruit certaines douleurs névralgiques.

Ce que nous disions de la sonde de Simpson et de celle de Valleix peut également s'appliquer à la curette de Récamier. Si la curette a quelquefois aussi amené d'heureux changements, ce n'est sans doute pas toujours en enlevant les fongosités de la cavité utérine. Témoin le fait suivant qui s'est passé ces jours derniers dans le service de M. Nélaton à la Clinique.

Une femme est entrée à l'hôpital se plaignant d'éprouver depuis très-longtemps des douleurs dans la région utérine et dans les parties voisines, dans les cuisses et les aines. Elle n'avait d'ailleurs aucun écoulement vaginal. Le toucher et l'inspection au spéculum ne firent constater aucune lésion appréciable du col, qui présentait toutes les apparences d'une intégrité parfaite; il n'y avait ni abaissement ni déviation dans aucun sens. M. Nélaton, en présence de tous ces signes négatifs, soupçonnant une affection interne de l'utérus, eut l'idée d'introduire dans la cavité de cet organe la curette de Récamier, plutôt comme moyen d'exploration que d'après une indication bien définie.

L'orifice utérin étant *extrêmement étroit*, l'instrument ne put y pénétrer; M. Nélaton prit alors une curette de très-petite dimension, avec laquelle il put franchir sans trop de difficulté l'orifice et pénétrer jusque dans l'intérieur de la cavité utérine. L'instrument fut promené légèrement autour de cette cavité, de manière à en pratiquer l'abrasion; mais on reconnut, en le retirant, qu'il n'avait amené avec lui aucune de ces fongosités qu'on s'était attendu à y trouver. Cette opération ne produisit d'ailleurs qu'une médiocre douleur; mais ce qu'il y eut de plus remarquable, c'est que, malgré les résultats à peu près nuls de cette tentative d'*abrasion*, la malade n'en éprouva pas moins un grand soulagement qui s'est maintenu depuis.

Cette amélioration, loin de surprendre M. Nélaton, ne fit que confirmer ce qu'il avait déjà eu l'occasion de constater plusieurs fois, et ce qu'il avait même prévu dans cette circonstance. Il avait annoncé, en effet, aux élèves que, bien que la curette n'eût point amené de fongosités, il n'en surviendrait pas moins un amendement sensible dans l'état de la malade. C'est, ainsi qu'on vient de le voir, ce qui a eu lieu effectivement.

M. Nélaton est disposé à s'expliquer ce résultat par la dilatation du col utérin. On a pu remarquer, par la relation succincte que nous venons de faire de l'état de cette malade, que l'orifice utérin était extrêmement étroit, puisqu'une curette de dimension moyenne n'avait pu y être introduite. Ce rétrécissement de l'orifice de l'utérus donnerait lieu dans ce cas, pense M. Nélaton, à une rétention de ces mucosités filantes sécrétées par la muqueuse utérine dans certains états pathologiques de cet organe, et dont l'issue, lorsqu'elle a lieu naturellement, est ordinairement suivie de soulagement. Est-ce de cette manière qu'aurait agi la curette dans le fait en question, ou bien est-ce en vertu de cette modification de l'état nerveux de l'organe dont nous parlions tout à l'heure? Si l'on considère qu'ici l'utérus ne contenait ni matière fongueuse ni liquide muqueux filant, et que la curette a été retirée à sec ou à peu près, on incline plus naturellement à admettre cette dernière hypothèse.

Quoi qu'il en soit de cette explication, la petite curette n'aurait dans tous les cas agi autrement dans cette circonstance que comme l'eût fait un simple cathéter ou la tige de Simpson ou de Valleix.

Il nous a paru utile de signaler ce fait, qui peut contribuer pour sa faible part à éclairer un peu cette question encore si obscure des affections utérines, et fournir à l'occasion quelques indications utiles aux praticiens placés en présence des nombreuses difficultés qu'elles suscitent.

Tubercule volumineux du cerveau et du cervelet.

M. le docteur Vigès (de Caen) nous transmet l'observation suivante, qui, malgré la lacune regrettable que laisse l'absence d'examen de la moelle, n'en est pas moins intéressante pour l'histoire de la tuberculisation des centres nerveux :

Marie-Alexandrine V..., âgée de cinq ans, née de parents d'une bonne constitution, mais ayant cependant perdu une tante du côté paternel de phthisie pulmonaire, est prise à l'âge de deux ans d'une fièvre intermittente qui dure un an, malgré l'administration répétée de doses assez fortes de sulfate de quinine. Pendant la durée de cette fièvre, l'enfant se plaignait de fréquents maux de tête, se continuant souvent pendant l'intervalle des accès; elle avait en plus une chute du rectum.

Vers le milieu de juillet 1854, la fièvre et le mal de tête cédèrent; le rectum ne sortit plus; l'enfant paraissait bien portante, lorsque tout à coup, le 12 août suivant, elle fut prise d'un accès convulsif qui dura environ une heure, puis elle reprit sa gaieté ordinaire.

Mais trois mois après, il s'en manifesta un plus long que le premier. Plusieurs accès se succédèrent ainsi en se rapprochant de plus en plus, lorsque, vers le commencement de juillet 1855, il en survint un qui dura neuf heures.

A partir de ce moment, les crises devinrent plus fréquentes; elles apparurent toutes les semaines, quelquefois plusieurs jours de suite. La céphalalgie devint intense; l'enfant commença à traîner la jambe droite.

Deux mois après survint une paraplégie complète; peu à peu la paralysie gagna les membres inférieurs. Cependant la vessie et le rectum continuèrent à faire leurs fonctions; la sensibilité et tous les organes des sens restèrent intacts, excepté l'ouïe du côté droit, qui fut perdue trois mois avant la mort. L'intelligence a persisté, même pendant les plus violents maux de tête; elle n'était absente que pendant les accidents convulsifs. Indépendamment de tous ces symptômes morbides du côté du cerveau, il en existait d'autres du côté de la poitrine, qui dénotaient une tuberculisation très-avancée des poumons.

Enfin l'enfant, toujours en pleine connaissance, meurt le 3 décembre 1855.

Les parents ayant permis d'en faire l'autopsie, M. Vigès y procède le 4, en présence de son père et de M. Desprets, étudiant en médecine. Voici quel a été le résultat de l'examen nécroscopique :

La tête est très-volumineuse; la fontanelle occipito-pariétale existe encore; les os sont très-minces et se laissent couper par le scalpel. Les méninges ne présentent pas de granulations tuberculeuses; elles ne sont pas adhérentes au cerveau. Le lobe gauche du cerveau est plus volumineux que le droit, il n'est pas ramolli;

mais son ventricule latéral est rempli d'une quantité considérable de liquide, environ 200 à 250 grammes. Le lobe droit présente l'aspect d'une masse molle, sans consistance; à son sommet se trouvent cinq tubercules de la grosseur d'une noix et plusieurs autres plus petits. Au-dessous de ces tubercules s'en trouve un plus volumineux, ayant la grosseur d'un petit œuf de poule et étant à l'état de ramollissement. Le ventricule latéral a presque entièrement disparu.

Le lobe gauche du cervelet est peu volumineux, mais cependant ne présente rien d'anormal. Le lobe droit, au contraire, est volumineux; il est ramolli, jaunâtre; il renferme un tubercule sphérique, dont la plus grande circonférence a 14 centimètres, la plus petite 12; ce tubercule est très-dur, fendu, et présente dans son centre un commencement de ramollissement.

La protubérance annulaire, le bulbe rachidien ne présentent rien d'anormal. Quant à la moelle, elle n'a pu être examinée, les parents n'ayant pas permis de poursuivre plus loin la nécropsie.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BLACHE.

Hypertrophie de la rate suite de fièvres intermittentes. — Hypertrophie du foie. — Purpura hémorrhagique. — Leucémie.

(Observation recueillie par M. ISAMBERT, interne du service.)

Le 26 octobre 1855 est entré, au n° 22 de la salle Saint-Jean, un enfant de treize ans, Léon Tesnier. Il est grand et dans un état de maigreur et de pâleur excessif. Il se plaint d'une diminution très-grande de ses forces et de douleurs dans le ventre; il y a une quinzaine de jours qu'il est sorti d'un des services de l'hôpital des Enfants se croyant guéri; mais depuis quelques jours il est dans l'impossibilité de travailler; il n'a, dit-il, pas de fièvre. Il rapporte qu'il est à Paris depuis trois mois, que dans son pays (la Touraine) il a eu longtemps les fièvres, mais que depuis qu'il habite Paris il ne s'en est nullement ressenti.

Le ventre est gros, sans aucune trace d'ascite. Par la palpation et la percussion, on constate une hypertrophie considérable de la rate et du foie. Les jambes ne sont point enflées, mais de larges ecchymoses existent autour des malléoles. La partie antérieure de la poitrine est criblée de petites taches d'un rouge assez vif, les unes larges comme des piqûres de puces, les autres comme une lentille, qui sont évidemment des taches de purpura. Au niveau du mamelon, deux petites ecchymoses. Rien sur tout le reste de la surface cutanée.

La poitrine résonne bien, mais on entend des râles muqueux disséminés en différents points et plus abondants à la base des deux poumons. L'enfant tousse un peu; il n'a jamais craché de sang.

Les battements du cœur sont normaux. L'auscultation des vaisseaux du cou ne fait entendre aucun bruit de souffle.

La peau est sans chaleur; le pouls régulier, sans fréquence.

L'enfant est soumis à un régime tonique et analeptique (tisane amère; fer réduit, 10 centigrammes; vin de quinquina, 60 grammes. Nourriture substantielle).

Pendant quinze jours, il ne se fait aucun changement dans son état; toujours même pâleur; les forces ne reviennent pas ou du moins augmentent peu; les taches persistent.

Le 10 novembre, il est pris brusquement d'anasarque; les membres supérieurs et inférieurs sont œdématiés; les yeux bouffis, les paupières gonflées; la cavité abdominale présente un commencement d'ascite et les urines sont fortement albumineuses, mais claires, limpides, et sans aucune trace de sang.

Le 11 et le 12, l'anasarque diminue.

Le 13, aucun signe d'ascite; les membres ne présentent presque plus d'œdème, les urines ne contiennent plus d'albumine.

Le 15, les paupières sont ecchymosées, les conjonctives oculaires le sont aussi jusqu'au pourtour de la cornée.

Les jours suivants, les ecchymoses pâlissent, mais le sang se résorbe lentement. Rien dans les urines.

Le 22, l'épanchement sanguin sous-conjonctival se reproduit; les paupières sont aussi infiltrées de sang; on aurait pu croire que le jeune malade avait reçu un coup violent sur les yeux. Il se plaint d'étourdissements et de douleurs de tête; la vue est conservée; toux fréquente, râles abondants; un peu moins de son à droite et en arrière; fièvre.

Le 25, nouvel épanchement sous-conjonctival; épistaxis légère, moins de fièvre.

Le 26, l'épistaxis se reproduit, mais toujours peu abondante.

Les jours suivants, l'enfant s'affaiblit, les ecchymoses palpébrales deviennent complétement noires.

Le 1er décembre, le foie a notablement augmenté de volume; les taches purpurines persistent au-devant de la poitrine.

Dans le but d'étudier l'état du sang, on fait une piqûre légère et on en retire 6 grammes environ.

Le 4, même état; le petit malade, qui a gardé le lit pendant quelques jours, se lève; le pouls est petit; il y a un peu de surdité.

Le 5, à trois heures du matin, vomissements bilieux abondants et coma profond.

A sept heures, nouveaux vomissements.

A huit heures, coma persistant, insensibilité, résolution des membres, râle trachéal; pouls fort, plus développé qu'il ne l'a jamais été (96 pulsations); trente-six respirations. — Saignée de 50 grammes.

Mort à dix heures du matin.

Autopsie quarante-six heures après la mort.

Habitude extérieure. — Rigidité cadavérique; bouffissure assez notable des joues; ecchymoses des paupières. Les taches purpurines persistent.

Cavités encéphaliques et rachidienne. — Pas d'épanchement dans l'arachnoïde cérébrale.

Les espaces sous-arachnoïdiens sont pleins d'une sérosité trouble, rougeâtre, analogue au sérum du sang recueilli dans la saignée faite avant la mort; la pie-mère est infiltrée d'une sérosité de même apparence.

A la face inférieure du cerveau, rien à noter; les lobes cérébraux présentent une teinte opaline légère.

Les deux ventricules latéraux contiennent chacun un caillot allongé, recouvrant, sans les pénétrer, les plexus choroïdiens, qui sont pâles, mais intacts.

Les caillots sont mous, diffluents, comme le caillot de la saignée, d'une teinte lie-de-vin, qui devient bientôt d'un beau rouge au contact de l'air.

La cavité des ventricules est remplie de sérosité; on y trouve quelques tractus pseudo-membraneux étendus au travers.

Les caillots se prolongent, en avant, dans le ventricule médian par le trou de Monro; très-dilatés en arrière, ils descendent vers l'étage inférieur et l'*ergot* de Morand, qui en est rempli.

Dans l'étage inférieur, le long de la corne d'Ammon, on ne trouve que de la sérosité louche sans caillot.

Le ventricule latéral gauche présente aussi à noter une petite apoplexie capillaire de la substance blanche en dehors du corps strié.

Dans le ventricule médian, le caillot est situé au-dessous de la toile choroïdienne et se prolonge dans l'aqueduc de Sylvius.

Dans la paroi gauche, on trouve une petite apoplexie capillaire peu profonde, large comme une lentille.

La paroi droite est beaucoup plus désorganisée; l'épanchement a détruit la partie inférieure, sans pénétrer d'ailleurs dans la couche optique à une profondeur de plus de 3 à 4 millimètres.

L'aqueduc de Sylvius est occupé par un caillot allongé, cylindrique, qui se continue avec le caillot du quatrième ventricule et le remplit tout entier; il occupe le sillon postérieur de la moelle allongée.

Les parois du quatrième ventricule, le cervelet et la moelle allongée sont sains; il en est de même de la protubérance et de tout le reste de l'encéphale.

La cavité rachidienne et la moelle n'offrent aucune altération depuis le trou occipital jusqu'à la troisième vertèbre dorsale; mais, à partir de celle-ci jusqu'au sacrum, on trouve une hémorrhagie méningée et des caillots siégeant entre la dure-mère et les arcs vertébraux.

Pas d'épanchement dans l'espace sous-arachnoïdien.

Pas de lésion appréciable dans la moelle.

Cavité thoracique. — Le tissu cellulaire sous-sternal est infiltré de sang. Pas d'épanchement dans les plèvres. Quelques adhérences du poumon à gauche. A droite, quelques tractus pseudo-membraneux sans importance.

Devant la trachée se trouve un corps glanduleux, fortement congestionné, qui, d'après sa position, son apparence, ne peut être que le thymus, malgré l'âge du sujet.

Les troncs veineux, notamment le tronc brachio-céphalique gauche, sont fortement distendus.

Le péricarde est rempli d'une sérosité sanguinolente.

La surface du cœur est pâle; on y remarque quelques ecchymoses ponctuées. Le cœur est dilaté; sa longueur, depuis l'extrémité supérieure jusqu'à la pointe, est de 128 millimètres; sa largeur, à la base, est de 124. Son poids absolu (vide de caillots) est de 218 grammes.

Le ventricule droit contient un caillot diffluent, peu volumineux; les orifices sont libres. Le ventricule gauche renferme aussi un caillot peu considérable. Pas de lésion des orifices.

Les poumons n'offrent rien de remarquable à l'extérieur. Leur surface est rose. Légère congestion à la base, avec coloration rouge à la coupe.

Abdomen. — Pas d'épanchement dans le péritoine; ses parois présentent des ecchymoses sous-péritonéales.

Le foie, énormément hypertrophié, descend jusqu'au cœcum à droite, et son lobe gauche touche la rate.

La rate remonte jusqu'à la quatrième côte; en bas elle s'étend à deux travers de doigt de la crête iliaque. Son poids absolu est de 626 grammes.

Diamètre vertical.	224	millimètres
— transversal.	164	—
Épaisseur.	30	—

Elle est d'une couleur rose et devient d'un rose vif au contact de l'air.

A la coupe, elle est d'un rouge lie-de-vin pâle; le tissu en est ferme, mais très friable; il donne à la pression une boue splénique abondante.

Le mésentère offre une vaste ecchymose sous-péritonéale; c'est une infiltration sanguine considérable du tissu cellulaire.

Les glandes mésentériques sont à l'état normal.

Le foie est d'un volume énorme; il présente les dimensions suivantes:

Diamètre antéro-postérieur.	318	millimètres.
— transverse.	49	—
Epaisseur.	69	—
Poids absolu.	2 kilogr. 491	gram.

Il est d'une teinte rose pâle; à la coupe, d'une coloration d'un gris rougeâtre, analogue à celui de la rate. Sa consistance est molle. L'aspect n'est point granuleux. Par l'écrasement, il se réduit en une sorte de boue comparable à la boue splénique.

La veine porte laisse écouler une grande quantité de sang boueux d'un brun rougeâtre.

Les reins, enveloppés d'un tissu cellulaire fortement ecchymosé, sont hypertrophiés.

	DROIT.	GAUCHE.
Poids.	188 grammes.	197 grammes.
Diamètre vertical. . . .	142 millimètres.	140 millimètres.
transverse. . .	84 —	84 —
Epaisseur.	24 —	27 —

Ils sont ecchymosés à la surface; ces ecchymoses ont une profondeur de 2 à 3 millimètres.

La substance corticale est pâle, peu distincte de la substance tubuleuse.

Autour des calices et du bassinet, sous la muqueuse, on trouve des épanchements sanguins assez considérables.

La cavité des calices et du bassinet ne contient que de l'urine.

La vessie, fortement distendue par l'urine, présente de larges marbrures ecchymotiques siégeant sous le péritoine; l'urine qui y est contenue est troublée, s'éclaircit par la chaleur, et l'acide nitrique n'y détermine aucun précipité.

La muqueuse vésicale est ecchymosée dans toute son étendue, sans apparence d'arborisations.

L'estomac n'offre rien à noter. Il en est de même de l'œsophage.

Les intestins ne présentent rien de particulier à l'extérieur; à l'intérieur, on trouve dans le duodénum de la bile; dans le jéjunum et l'iléon, des mucosités blanchâtres, et sept à huit gros ascarides lombricoïdes. Matières fécales dans le gros intestin. La muqueuse est pâle et présente seulement quelques points de piqueté rose peu prononcé.

Les plaques de Peyer, pâles et blafardes, sont notablement tuméfiées.

Orbite et œil. — La conjonctive palpébrale ne présente pas d'infiltration. Les ecchymoses si remarquables des paupières étaient sous-cutanées. Pas d'épanchement au fond de l'orbite. Sous la conjonctive oculaire et tout autour de la cornée, il y a une ecchymose. Rien dans les milieux de l'œil ni dans leurs enveloppes.

L'examen microscopique et chimique du sang des deux saignées a été fait par MM. Ch. Robin et Isambert. En voici le résultat:

1° Le sang était d'une couleur lie-de-vin analogue à la boue splénique et se coagulant lentement. Le caillot était mou, diffluent.

2° Le sérum contenait un grand nombre de granulations graisseuses qui lui donnaient une teinte laiteuse. Le sérum du sang défibriné donnait, par le repos, une couche crémeuse qui venait surnager sur les globules.

3° Les globules rouges étaient deux fois moins nombreux que les globules blancs.

Ce n'étaient pas les globules blancs, ou *leucocytes* proprement dites, dont la proportion avait augmenté, mais bien les *globulines*, qui sont aux leucocytes ce que les noyaux libres sont aux cellules en général. Ils étaient aux leucocytes dans le rapport de 80 à 1; de sorte qu'au lieu d'avoir, comme à l'ordinaire, à chercher les globules blancs, les globulines au milieu des globules rouges, c'étaient les globules rouges qu'on était obligé de rechercher.

L'analyse chimique a montré:

1° Une augmentation notable de la proportion d'eau;

2° Une diminution notable des matériaux solides du sérum;

3° Une diminution plus notable encore des globules rouges;

4° Une augmentation considérable des matières grasses;

5° Une diminution de la fibrine dans la première saignée.

Dans la deuxième saignée, la fibrine offrait une dissociation telle de ses molécules, qu'elle ne s'est pas réunie en *masse*, mais qu'elle s'est précipitée sous la forme de *petits grumeaux* qu'il a été impossible de recueillir assez exactement pour en déterminer le chiffre.

NOTE SUR UN COMPOSÉ DE GAÏAC TRÈS-EFFICACE,

Par M. RIGHINI.

La résine artificielle de gaïac est, d'après les expériences que j'ai faites sur le même bois, une préparation très-active; on y rencontre des principes qui, selon moi, ont une très-grande influence sur l'organisme humain; c'est pourquoi je me suis décidé à préparer un extrait renfermant les produits immédiats qui se développent lorsqu'ils sont soumis à l'action d'un véhicule convenable.

Extrait alcoolique de gaïac. — On prend de la râpure de bois de gaïac pulvérisée grossièrement, 600 grammes; alcool pur à 36° de l'ar. B., 3,750 grammes; on fait digérer dans une marmite autoclave pendant vingt-quatre heures, en excitant de temps en temps le liquide à la digestion moyennant la chaleur portée à un degré qui en détermine l'ébullition. Ensuite on ramasse le liquide, qui tient en solution les principes du gaïac, sur un linge bien mince; on presse la masse sous un pressoir et on la verse dans un récipient. Après quelque temps, on sépare par décantation le liquide clair du dépôt de râpure qui peut s'y être formé, et on le verse dans un alambic de cuivre étamé, et au bain-marie on extrait à peu près 3,450 grammes d'alcool. On retire du feu le récipient, on enlève la résine, qui se trouve sous la forme d'une masse visqueuse, et on l'emploie de la manière suivante. Le liquide, d'une couleur de café au lait, d'une odeur semblable à la vanille, et résultant de la réunion du principe âcre oléeux mêlé à la gomme et à un peu d'extrait, s'évapore dans l'appareil jusqu'à la réduction d'environ 150 grammes de liquide; ensuite on réduit en poudre la résine, et on l'unit au liquide en l'agitant jusqu'à ce qu'il s'en soit formé un seul corps. Alors on verse l'extrait alcoolique sur un plat de faïence, et par le refroidissement on a une substance résineuse, dure, se cassant en écailles, de l'odeur aromatique de la vanille, et se réduisant très-facilement en poudre.

Cet extrait est, de toutes les préparations de gaïac, la plus active. On en fait un sirop qui se mélange aux émulsions gommeuses, à la tisane de salsepareille, etc. (*Répert. de pharm.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 janvier 1856. — Présidence de M. GOSSELIN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Mordret (du Mans) écrit pour obtenir le titre de membre correspondant. A l'appui de sa candidature, il adresse une série de mémoires imprimés. Ces divers mémoires sont renvoyés à la commission chargée du rapport.

— La Société reçoit en outre les ouvrages suivants:

Étude sur les eaux minérales de Nauheim, par M. Rotureau.

Du traitement de la grenouillette par la méthode des injections, par M. Richard.

De la kératite et de ses suites, par M. Castorani.

De la pathologie et de la thérapeutique dans quelques paralysies, par M. le docteur Ross.

Sur la désarticulation de la mâchoire inférieure.

Considérations sur la pupille artificielle, par M. le docteur Aug. Rothmund.

— M. LARREY fait hommage à la Société d'une partie de la collection de la *Revue médico-chirurgicale*, publiée sous la direction de M. Malgaigne.

— M. MARJOLIN fait hommage à la Société de plusieurs monographies chirurgicales françaises et étrangères.

M. LE PRÉSIDENT remercie au nom de la Société.

LECTURE.

M. DESORMEAUX lit un mémoire de M. le docteur Rambert, médecin des hospices de Châteaudun. (Ce travail, intitulé *Mémoire sur la pelvimétrie, et moyen simple de la pratiquer*, est renvoyé à une commission composée de MM. Desormeaux, Laborie et Cazeaux.)

COMMUNICATION.

Considérations sur le séton. — M. BOUVIER fait la communication suivante :

Messieurs, la Société de chirurgie, et plus récemment l'Académie de médecine ont examiné et discuté longuement la question relative à l'emploi du séton; aussi n'ai-je pas l'intention de vous soumettre de nouvelles observations sur ce point de pratique. La communication que j'ai l'honneur de vous faire est relative à un point qui m'a paru neuf et tout à fait digne d'intérêt.

En lisant dans tous les traités de chirurgie ce qui est relatif au manuel opératoire pour l'application du séton à la nuque, on voit que les auteurs se bornent à dire que le pli étant fait à la peau, on passe à la base de ce pli, et sous la peau, un bistouri ou une aiguille, qui doivent ouvrir un passage à la mèche ou l'entraîner à sa suite, pour la *glisser sous la peau.*

C'est là précisément ce qui m'a paru une erreur. Je pense, en effet, que dans les trois quarts des cas la mèche n'est pas sous la peau, mais bien sous une couche plus ou moins épaisse de muscles.

Un seul auteur paraît avoir eu connaissance de cette particularité. On lit en effet dans Duret, lorsqu'il donne la description du séton à la nuque, que la mèche est passée sous les muscles.

Marc-Aurèle Séverin blâme fort cette indication, qu'il attribue à une erreur de rédaction, et n'admet pas que la mèche dépasse la région sous-cutanée.

Permettez-moi de vous rappeler l'histoire d'un malade qui mourut de tétanos à la suite d'une application de séton à la nuque. Blandin, qui fit l'autopsie, vit que la mèche avait été glissée dans l'épaisseur des muscles, et, suivant ce chirurgien, les accidents avaient dû être causés par ce seul fait.

Je partage sur ce point l'opinion de Blandin. Mais je pense, en outre, qu'il en est presque toujours de même quant à la lésion des muscles.

Pour justifier mon appréciation, je me suis livré à plusieurs expériences sur des cadavres. Sur trois adultes, j'ai deux fois entamé le trapèze et le splénius; une seule fois la mèche est restée sous-cutanée, et le cadavre présentait un état général d'infiltration.

La même expérience, répétée sur des cadavres d'enfants, m'a constamment offert la lésion des muscles.

M. Guersant, qui a bien voulu opérer devant moi, a de même passé la mèche sous le trapèze.

MM. Ludovic et Dumay ont assisté aux premières expériences.

Les conséquences du fait que je signale me paraissent tout à fait importantes.

L'application du séton présente en effet, quant à ses suites, des variétés nombreuses. Ainsi quelquefois cette opération ne détermine aucune douleur; quelquefois, au contraire, les malades ont de la fièvre, des spasmes qui peuvent aller jusqu'au tétanos, des douleurs d'une excessive vivacité, et enfin des phlegmons graves.

Il m'a semblé que ces accidents se développaient dans une proportion relative au degré de profondeur et à la largeur du séton.

Ainsi un séton peu large, de 3 centimètres sur les enfants, de 3 à 4 centimètres sur les adultes, par exemple, reste sous-cutané, et alors pas d'accidents, pas de fièvre ni de douleur.

Si, au contraire, le séton passe sous une plus large surface de peau, constamment on entame les couches profondes, et dès lors on comprend qu'une mèche conduite à travers les fibres musculaires les irrite, peut donner lieu à des contractions incessantes, peut en outre léser des filets nerveux assez considérables. Ajoutons que pour beaucoup d'auteurs la lésion des fibres aponévrotiques présente une certaine gravité.

Le précepte pratique qui découle de ces faits est que le chirurgien qui aura appliqué un large séton devra surveiller son malade avec la plus grande attention. Si dans cette même région on applique le séton verticalement, ce qui ne se fait presque jamais, on n'entame que quelques fibres du ligament cervical, et on ne peut blesser les fibres musculaires, puisqu'elles manquent sur la ligne médiane.

En résumé, le séton large présentant de la gravité, ne vaudrait-il pas mieux l'appliquer moins large; et si on craignait de développer trop d'irritation en réservant les sétons plus larges pour les cas dans lesquels on a besoin d'une forte révulsion, on pourrait encore, si on tenait à l'appliquer large, l'introduire sans faire de pli à la peau, en suivant la pratique usitée dans la ténotomie.

Il est encore un fait pratique que je dois signaler.

Les mèches, de volume semblable, produisent des effets bien différents si elles sont situées plus ou moins profondément. Ainsi, pour produire une irritation vive, il suffit d'employer une mèche même très-fine, à la condition de la faire passer sous les muscles. Il est inutile d'ajouter que la nature de la mèche peut aussi rendre cette irritation bien plus vive.

M. CLOQUET. Les faits signalés par M. Bouvier me semblent intéressants; ils paraissent en effet prouver que les muscles peuvent être lésés dans l'introduction du séton à la nuque faite suivant les règles habituelles, et je suis porté à croire, comme notre collègue, que les sétons sous-musculaires sont ceux qui déterminent de si vives douleurs et des accidents quelquefois fort graves. On sait, en effet, combien des mèches, même très-ténues, placées dans des trajets fistuleux sont douloureusement supportées lorsqu'elles traversent des masses musculaires. J'ai vu un fait qui semble du même ordre que celui de Blandin. Un malade placé dans un service de médecine pour y être traité d'une affection des poumons, fut pris d'accidents nerveux graves et de tétanos à la suite d'une application de séton sur la paroi de la poitrine; la mort survint, et à l'autopsie on reconnut qu'une partie du grand pectoral avait été traversée par la mèche du séton.

Mais je ne partage pas l'opinion de M. Bouvier sur la fréquence de la lésion musculaire dans l'application du séton à la nuque; et en s'entourant des précautions convenables, précautions qui devront être encore plus grandes, je suis convaincu que les muscles, dans la grande majorité des cas, devront être respectés. En outre, ajoutons que les expériences de M. Bouvier, étant faites seulement sur le cadavre, ne sauraient donner une idée bien exacte de ce qui doit arriver sur le vivant. La contractilité musculaire doit rendre la lésion bien moins probable dans ces derniers cas.

M. Bouvier a soulevé une question intéressante de pratique, il faudra en tirer parti. Ainsi le chirurgien, en appliquant un séton, veut souvent déterminer une révulsion par la douleur; on pourrait alors produire l'effet voulu par l'introduction d'une mèche très-fine passée sous les muscles.

M. GUERSANT. Avant d'avoir suivi les expériences de M. Bouvier et avant de les avoir répétées, j'avais dès longtemps reconnu que les sétons produisaient sur les malades des effets très-variables quant aux complications. Ainsi à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Dupuytren, qui en faisait un grand usage, j'avais vu quelquefois cette petite opération être suivie de très-violentes douleurs.

A l'hôpital des Enfants j'avais fait les mêmes remarques, et surtout à la suite de larges sétons; aussi avais-je renoncé à ce genre d'exutoire pour le remplacer par des applications de caustique de Vienne, qui en résumé sont bien moins douloureuses, produisent de très-bons effets révulsifs, et ne laissent que des cicatrices unies, blanches et très-peu apparentes, lorsque l'on a le soin de bien réprimer les bourgeons charnus qui se développent sur les plaies.

J'avoue que les faits signalés par M. Bouvier ont encore augmenté ma répulsion pour le séton.

M. VERNEUIL. Le côté anatomique doit d'abord fixer l'attention. Tout le monde connaît les difficultés que l'on rencontre dans la dissection du trapèze, très-adhérent au tissu cellulo-fibreux sous-cutané; cette particularité rend très-admissible l'opinion émise par M. Bouvier sur la lésion habituelle de ce muscle. Mais il faut ajouter que cette lésion ne peut porter que sur des parties insignifiantes; car vers la région médiane les fibres du trapèze sont très-minces et tout à fait aponévrotiques, et M. Bouvier sait mieux que personne combien sont peu graves les blessures faites sous la peau aux parties aponévrotiques et tendineuses. Les accidents signalés, et surtout la douleur, s'expliquent bien mieux en les attribuant à la lésion des nerfs assez volumineux qui émanent des branches postérieures et qui traversent le trapèze pour se rendre à la peau. Le bistouri doit souvent les rencontrer et les blesser; si l'instrument passe entre eux sans les léser, alors l'opération n'est peut-être suivie d'aucune douleur.

M. MARJOLIN. Depuis la communication de M. Bouvier, j'ai bien souvent appliqué des sétons en me servant, suivant son procédé, d'une aiguille bien tranchante entraînant un fil très-fin. Je suis convaincu que dans la plupart des cas suivis d'accidents, la cause en doit être attribuée à la petitesse des ouvertures, qui sont insuffisantes pour les mèches assez volumineuses que l'on emploie d'ordinaire. J'ai vu dans un cas un phlegmon survenir à la suite de l'application d'un séton faite suivant les règles habituelles; aussi ai-je tout à fait renoncé à ce genre de séton pour m'en tenir à la mèche filiforme, qui s'applique vite et bien sans déterminer d'accidents consécutifs.

Je dois dire cependant que, même avec cette forme de mèche, la douleur est variable, nulle quelquefois; elle est, dans d'autres cas, assez vive.

J'ai l'habitude, pour conjurer les accidents, de faire le pansement avec des compresses imbibées d'eau froide.

Le caustique de Vienne est aussi d'une excellente application; mais je ne pense pas, comme M. Guersant, qu'il puisse, dans tous les cas, remplacer le séton, qui se met avec beaucoup plus de facilité et qui peut être plus souvent renouvelé.

M. CHASSAIGNAC. Sans avoir mis de séton à la nuque comme moyen révulsif, je dois dire que j'ai fait un grand usage de cet exutoire comme moyen évacuatif. J'ai dans mon service actuellement plus de quarante sétons. Sur plusieurs malades, le trajet se fait à travers des masses musculaires considérables, et je n'ai jamais eu d'accidents. Cela tient bien certainement à la nature du corps étranger que j'emploie; ce sont des sondes molles et trouées en caoutchouc vulcanisé. J'ai suivi dans cette pratique la voie tracée par M. Cloquet; seulement notre collègue se servait de sondes dures. On sait qu'il en avait surtout préconisé l'emploi dans les abcès mammaires profonds.

M. CLOQUET. On sait combien les corps étrangers produisent des effets différents suivant leur nature.

Ainsi, les corps métalliques sont parfaitement supportés. Une aiguille, par exemple, introduite dans les voies digestives, traverse les tissus les plus délicats sans déterminer d'accidents, tandis qu'une arête de poisson provoque presque constamment une inflammation suppurative si elle se fixe sur un point de l'économie. Le verre jouit de la même innocuité. J'en ai extrait un morceau fixé depuis quatre à cinq mois dans le poignet; il n'avait, par sa présence, déterminé aucune espèce d'inflammation.

M. BOUVIER. M. Larrey s'élève contre la généralisation que mes expériences m'ont fait établir quant à la lésion des muscles. Je maintiens cette manière de voir jusqu'à preuve du contraire. M. Cloquet pense, de son côté, qu'avec de l'attention on doit éviter les muscles. Je n'accepte pas sans preuve cette appréciation de notre savant collègue, et les observations anatomiques de M. Verneuil donnent encore plus de poids à mon opinion. Aussi je persiste à penser que chez les enfants tout séton de plus de 4 centimètres de largeur, et chez les adultes, tout séton de plus de 5 centimètres doit intéresser le trapèze. M. Guersant a dit que cette lésion musculaire, presque inévitable, doit faire abandonner ce mode d'exutoire. Mais je dirai, pour répondre à notre collègue, que le séton, même sous-musculaire, peut offrir de véritables avantages, et que dans tous les cas où je l'ai employé je n'ai point observé d'accidents graves; seulement on devra surveiller attentivement les malades sur lesquels on l'appliquera.

La matière qui devra être mise en usage pour remplacer la mèche ordinaire, devra surtout être choisie avec discernement; elle a, en effet, comme l'a fait observer M. Chassaignac, une très-grande importance par la variété des effets produits suivant la nature de sa composition et de sa forme. Les métaux, comme le dit M. Cloquet, sont admirablement bien supportés. Rien n'est plus commode et plus facile à supporter qu'un séton métallique fin et flexible, seulement il donne peu de suppuration.

M. LARREY revient à l'objection déjà présentée de la différence du séton appliqué sur le vivant ou sur le cadavre. Il rappelle en outre que depuis bien des années il avait eu recours aux sondes laissées à demeure dans la plaie.

(Nous donnerons la fin de cette séance dans un prochain numéro.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour deux places de médecin du Bureau central s'ouvrira à Paris le 5 mars prochain.

— Par arrêté du 31 janvier, M. le docteur Leviez est nommé de nouveau, pour une période de trois ans, chef des travaux anatomiques de l'Ecole préparatoire d'Arras.

— La séance publique annuelle de la Société de médecine de Lyon a eu lieu le 28 janvier, au milieu d'une affluence considérable. Après le compte rendu de la commission de vaccine, des rapports ont été lus par MM. Teissier et Diday sur les prix de physiologie pathologique et d'hygiène.

La question pour le prix de physiologie pathologique était ainsi conçue : « Déterminer l'influence que les récentes découvertes chimiques » et physiologiques relatives aux fonctions des organes digestifs doi» vent exercer sur la pathologie et la thérapeutique de ces organes. »

Le prix était une médaille d'or de 300 fr. — La Société a décerné les récompenses suivantes :

1° Une médaille d'or de 200 fr. à MM. Berne et Delore, médecins à Lyon; 2° une première mention honorable à l'auteur du mémoire n° 2, portant une épigraphe tirée de la *Thérapeutique des maladies articulaires*; 3° une deuxième mention honorable à l'auteur du mémoire n° 3, portant cette épigraphe : *La nutrition, c'est la vie.* — Les auteurs de ces mémoires ne se sont pas fait connaître.

La question pour le prix d'hygiène était la suivante : « Rédiger, pour » les ouvriers de Lyon, un opuscule où ils puissent trouver les notions » qu'il leur importe le plus de posséder sur leurs intérêts hygiéniques » et sanitaires. »

Le prix était une médaille d'or de 500 fr. — La Société a donné un premier prix (médaille d'or de 300 fr.) à M. le docteur Fonteret; un deuxième prix (médaille d'or de 200 francs) et le titre de membre correspondant à M. le docteur Ebrard, médecin à Bourg-en-Bresse. — Deux mentions honorables *ex æquo* à M. le docteur Juttet, et à l'auteur du mémoire n° 7, portant cette épigraphe : « *L'hygiène fera disparaître* » *la plupart des maladies.* » L'auteur ne s'est pas fait connaître.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Walther, de Rochefort (Charente-Inférieure); *Quelques mots sur la fièvre jaune.*

Guigon, de Vauvert (Gard); *Essai sur l'hémorrhagie utérine après la délivrance.*

Cabanes, de Castillon (Ariége); *Quelques considérations sur l'étiologie et le traitement du choléra épidémique.*

Bonnetat, de Labastide-de-Seron (Ariége); *Essai sur la convalescence et les soins qu'elle réclame.*

Albert; *Quelques mots sur la suette miliaire.*

Boissat-Mazerat, de Bourdeilles (Dordogne); *Quelques considérations sur la suette miliaire épidémique.*

Gallerand, de Croisic (Loire-Inférieure); *De la méthode oblique-elliptique dans les amputations.*

Anglade, de Villepinte (Aude); *Quelques considérations sur la formation du cal.*

Borin, de Valsonne (Rhône); *De la chlorose.*

Colson, de Toulon (Var); *Rapport médical sur les maladies qui ont régné sur l'établissement pénitentiaire de l'Ilet-la-Mère (Guyane française).*

Tameau, de Faux (Dordogne); *Des maladies simulées au point de vue du recrutement.*

Devie, de Peyrouse (Aveyron); *De la nostalgie ou mal du pays.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Considérations sur l'observation médicale en général. Analyse, synthèse et inductions cliniques : vitalisme, organicisme, empirisme, éclectisme, et leurs applications pratiques, par M. le docteur MATTEI. Brochure in-8° de 48 pages compactes. Prix : 1 fr. 25 c. Dans toutes les librairies médicales.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière, par E. CHASSAIGNAC, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode opératoire pour leur ablation, in-8°, avec 8 figures intercalées dans le texte.

Leçons sur la trachéotomie, in-8°, avec 8 figures intercalées dans le texte. Prix de chaque partie, 2 fr.

SOUS PRESSE : *Leçons sur l'écrasement linéaire.* Paris, J.-B. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 18. — MARDI 12 FÉVRIER 1856. (29e ANNÉE.) N° 18. — MARDI 12 FÉVRIER 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 11 FÉVRIER 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a reçu dans cette séance de nombreuses communications médicales. Nous signalerons particulièrement ici la note lue par M. Serres, sur les Touariks ; la relation d'un cas de chéiloplastie pratiquée avec succès par M. Sédillot (de Strasbourg), à l'aide d'un nouveau procédé, pour réparer une perte considérable de la lèvre inférieure ; les expériences de MM. Orfila et Rigout sur l'empoisonnement par le phosphore; les observations de MM. Bourguignon et Delafond sur un nouvel acarus du cheval et sur la transmission de la gale du cheval à l'homme ; l'observation recueillie sur lui-même par M. Letellier, sur l'action des vapeurs d'essence de térébenthine ; enfin, l'intéressante communication de M. A. Becquerel sur la fièvre typhoïde des lièvres.

D'après les renseignements fournis à M. Serres par M. le Dr Guyon, sur les Touariks ou Touaregs, cette tribu africaine, très-peu connue jusqu'ici, paraîtrait avoir des liens de parenté assez étroits avec les Berbères ou Kabyles, dont ils ne diffèrent que par la coloration de la peau et la petitesse de leurs extrémités. On trouve dans cette courte relation deux circonstances remarquables ; l'une au point de vue des usages hygiéniques et prophylactiques de ces tribus, et l'autre sous le point de vue médical ou pathologique proprement dit. La première est l'usage de l'inoculation; la seconde, l'extrême fréquence d'une maladie qui n'a point été signalée jusqu'à présent dans les tribus voisines mieux connues, le dragonneau, ou ver de Messine. Cette dernière circonstance est intéressante, ainsi que le fait remarquer M. Serres, comme un nouvel exemple de la spécialité des maladies qui affectent de préférence telle race ou telle variété d'hommes.

Parmi les résultats des expériences faites par MM. Orfila et Rigout sur l'empoisonnement par le phosphore, il en est deux surtout qui méritent d'être signalés comme importants au point de vue médico-légal, c'est la conservation du phosphore à l'état libre dans les organes, longtemps encore après la mort, et la facilité avec laquelle le sulfure de carbone dissout et sépare le phosphore des parties qui peuvent en masquer les propriétés. Un autre fait non moins utile à connaître, et qui ressort également de ces expériences, est la différence qui existe, pour les propriétés toxiques, entre le phosphore amorphe, si peu vénéneux qu'on a pu en donner à plusieurs reprises jusqu'à 36 grammes sans résultat, et le phosphore ordinaire, qui, à la dose de 2 grammes, a suffi pour tuer un chien en moins de vingt-quatre heures.

Les notes de MM. Bourguignon et Delafond sur le nouvel acarus du cheval, de M. Letellier sur les effets de l'absorption de l'essence de térébenthine, et de M. H. Green sur une application thérapeutique nouvelle de l'acide sulfureux, n'ont besoin d'aucun commentaire. Les extraits insérés dans le *Compte rendu* sont suffisamment explicites. Quant à la curieuse relation d'une épidémie de fièvre typhoïde observée par M. Becquerel sur les lièvres, nous avons cru devoir la mettre textuellement sous les yeux de nos lecteurs.

Dr Brochin.

DU DÉVELOPPEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE chez les animaux (lièvres).

Mémoire lu à l'Académie des sciences dans la séance du 4 février 1856, par M. A. BECQUEREL, médecin de la Pitié, agrégé de la Faculté.)

L'étude des maladies susceptibles de se transmettre des animaux à l'homme, ou tout au moins des maladies communes aux animaux et à l'espèce humaine présente encore de nombreuses lacunes. Aussi doit-on profiter avec soin de toutes les occasions qui se présentent de l'enrichir de nouvelles observations. C'est à ce titre que je crois devoir faire connaître les faits suivants, qui me semblent extrêmement intéressants sous le point de vue de la pathologie comparée.

A neuf lieues de Paris, et comme centre d'une vaste propriété, se trouve, à une certaine élévation au-dessus du niveau de la Seine, un château. Ce château est entouré d'un parc clos de murs et d'une étendue de 200 arpents à peu près, situé en amphithéâtre sur le bord de la rivière, et garni de grands arbres. Dans ce parc se trouve une réserve de chasse composée d'une grande quantité de lièvres et de lapins. Ces derniers n'occupent que des points déterminés et circonscrits de ce parc, où du reste il ne règne aucun excès d'humidité.

Il y a deux mois à peu près, ayant eu occasion de me trouver chez les propriétaires de cette terre et d'y chasser, on me fit connaître les particularités suivantes, qui attirèrent vivement mon attention.

Le parc contenait une centaine de lièvres, qu'on ne chassait que rarement, et qu'on réservait plutôt pour l'agrément que pour l'usage. Depuis quatre ans on voyait des lièvres fatigués se traînant avec peine, et quelques jours après on les trouvait morts dans les allées. Cet automne la mortalité de ces animaux augmenta tellement, qu'on estime que le nombre de ceux qui restent ne dépasse pas vingt. Les lièvres qu'on trouvait ainsi morts étaient maigres, efflanqués, et avaient le ventre ballonné, volumineux. Il est donc mort à peu près soixante-dix à quatre-vingts lièvres depuis quatre années.

Les propriétaires du parc, peu satisfaits de pareils résultats, me demandèrent mon avis. Je priai qu'on m'envoyât quelques-uns de ces lièvres trouvés morts.

Quelques jours après je reçus un de ces animaux. J'en pratiquai l'autopsie, et voici quel fut le résultat de mon examen :

Ce lièvre était très-maigre; ses muscles, bien développés, mais flasques. Le ventre était tuméfié, développé, et contrastait d'une manière singulière avec l'amaigrissement du reste du corps de l'animal.

La poitrine ayant été ouverte avec le plus grand soin, on incisa le péricarde; il était rempli de caillots de sang rouge, noirâtre, peu consistants, et assez analogues à une gelée de groseilles très-foncée et peu consistante. Aucune sérosité claire et transparente. Un filet d'eau ayant enlevé les caillots, on ne tarda pas à reconnaître que ce sang était sorti d'une déchirure spontanée du cœur. Cette déchirure existait à l'extrémité inférieure et antérieure du ventricule gauche. Elle offrait trois prolongements sous forme d'étoile, et le tissu qui en constituait les bords était légèrement ramolli, surtout quand on le comparait au tissu des autres parties du cœur.

Le reste de cet organe était sain, et ne présentait absolument aucune altération.

Le poumon gauche est infiltré de sang à sa partie postérieure, et surtout dans le lobe inférieur. Des caillots semblables à ceux qui existaient dans le péricarde existent aussi dans les intervalles des lobes pulmonaires, sans aucune sérosité transparente, et avec les mêmes caractères que les précédents.

Le poumon droit présente une infiltration sanguine analogue, mais beaucoup plus considérable. Il existe à la partie postérieure et supérieure du lobe inférieur une déchirure étoilée, large, et composée de quatre ou cinq tranchées assez profondes, qui correspondent au point où l'apoplexie sanguine est la plus considérable et a le plus notablement ramolli le tissu pulmonaire. Toutes les parties du poumon infiltrées de sang sont plus denses, plus fermes. Par la pression, on ne peut les rendre crépitantes, ni en exprimer le sang contenu dans les mailles du tissu, tandis que les parties saines ont toutes les qualités d'un organe non malade : couleur, densité, crépitation.

Les bronches ne présentent aucune altération.

Le foie présente plusieurs noyaux d'apoplexie sanguine dans lesquels le tissu hépatique, infiltré de sang et plus foncé en couleur que les caillots sanguins trouvés dans les plèvres et le péricarde, est ramolli. Notons également que le tissu du foie s'écrase sous le doigt avec une extrême facilité. Une déchirure se remarque à la partie supérieure et à la face supérieure de l'organe, qui semble avoir été provoquée par l'un des noyaux apoplectiques très-développé.

L'abdomen ne présente aucun épanchement sanguin.

L'estomac est rempli d'aliments qui n'ont subi aucune trace de digestion.

L'intestin grêle est rempli d'un liquide gris jaunâtre, épais et filant.

L'attention n'a pas été portée sur les parois internes du tube intestinal, de sorte qu'on ne peut en donner aucune description utile.

Le cerveau était sain.

Tels sont les résultats anatomiques de notre nécropsie.

Le regret d'avoir songé trop tard à examiner les intestins m'a fait redemander d'autres lièvres trouvés morts dans les mêmes conditions. L'occasion ne tarda point à se reproduire, et on m'envoya deux lièvres que j'autopsiai avec la plus grande attention.

Ces deux animaux étaient très-amaigris et leur ventre très-développé, comme celui du premier lièvre qui avait été autopsié.

Le premier lièvre de ce second envoi fut ouvert avec soin.

Le péricarde ne contenait pas de sang. Le cœur était sain; la petite quantité de sang qu'il contenait était demi-fluide et noirâtre. Les parois du cœur étaient saines.

Les deux poumons étaient infiltrés de sang dans leur partie postérieure. A gauche, la partie supérieure et postérieure du lobe inférieur présentait une altération absolument semblable à celle qui avait été trouvée sur le lièvre précédent, c'est-à-dire une déchirure étoilée correspondant à la partie la plus ramollie du tissu envahi par l'apoplexie pulmonaire. Il existait un peu de sang en partie coagulé et noir dans la partie de la cavité pleurale correspondante.

Le foie et la rate étaient dans un état d'intégrité parfaite.

Les intestins présentent des altérations très-intéressantes et très-caractéristiques.

L'estomac est sain, distendu par des matériaux herbacés non digérés; la muqueuse n'est pas ramollie. L'intestin grêle, qui est d'une grande longueur, renferme la même matière que nous avons trouvée dans le premier lièvre.

En outre, vers la moitié de sa longueur, on constate l'existence de plaques de Peyer développées, les unes légèrement saillantes, très-visibles, un peu plus rouges que la muqueuse intestinale qui les entoure et criblées de points noirs.

Ce sont des plaques développées absolument semblables à celles qui qui constituent la variété appelée *plaques réticulées*.

Mais ce n'est pas tout ; il y a sur un certain nombre de ces plaques (une vingtaine à peu près) des ulcérations profondes à bords irréguliers, anfractueux et très-développés. Les ulcérations, à fond également rugueux, inégal, sont disposées dans le sens longitudinal, comme les plaques sur lesquelles elles se trouvent situées. Tantôt elles occupent la plaque entière, tantôt une partie seulement; la muqueuse qui recouvre les bords des plaques qui ne sont ulcérées qu'au centre est plus développée, plus ramollie que celles des plaques qui ne présentent aucune ulcération.

Indépendamment des lésions ulcéreuses des plaques de Peyer, il existe quelques ulcérations isolées, arrondies, circulaires, beaucoup plus petites que les précédentes, et qui siégent manifestement sur des follicules isolés.

Le gros intestin ne présentait aucune altération.

L'intestin grêle, présentant des altérations absolument semblables, contient une matière tout à fait liquide, d'un jaune grisâtre, filante, avec des grumeaux nombreux.

Deuxième lièvre. — L'autopsie de cet animal nous a révélé des altérations absolument semblables à celles des précédents, et je ne pourrais que répéter ce que j'en ai dit. Seulement ces altérations sont moins avancées et moins considérables. Ainsi le cœur, bien qu'un peu volumineux, ne présente aucune modification appréciable.

Les poumons sont notablement infiltrés de sang à leur partie postérieure, et par conséquent le siége d'une congestion apoplectique.

Il n'y a pas de déchirures ni de rupture comme chez les animaux précédents.

L'intestin grêle présente des altérations absolument semblables : mêmes plaques réticulées, visibles, saillantes et rouges. De plus quelques ulcérations circulaires isolées. Même liquide grisâtre dans l'intestin.

Ces observations nous semblent offrir un haut intérêt, et nous nous permettrons d'y joindre quelques réflexions.

Nous remarquerons d'abord que l'identité des lésions trouvées chez ces trois animaux permet de supposer que si on eût examiné l'intestin grêle du premier, nul doute qu'on eût retrouvé les mêmes altérations qui ont été observées dans les deux autres, c'est-à-dire les lésions anatomiques les plus caractérisées, les plus réelles de la fièvre typhoïde.

Pour tout observateur habitué à pratiquer des nécropsies chez l'homme, l'identité était complète, absolue. Si on ne veut pas admettre qu'il en a été ainsi chez le premier des animaux, il est impossible de récuser l'identité des lésions matérielles observées chez les deux autres.

Comment expliquer la filiation des lésions ? Rien de plus simple.

La fièvre typhoïde, c'est-à-dire la lésion des plaques et des follicules d'abord, et plus tard la lésion du sang et le ramollissement partiel de plusieurs organes.

Cette lésion du sang, qui consiste probablement dans sa défibrination, est analogue à celle que l'on trouve en pareil cas dans beaucoup de fièvres typhoïdes chez l'homme ; c'est à cette défibrination qu'il faut attribuer les hémorrhagies pulmonaires et celles du foie chez le premier, des poumons chez le deuxième et le troisième animal.

Comment expliquer la rupture du cœur et des poumons chez le premier, la rupture seule des poumons chez le deuxième? Cela ne tient-il pas à la nature même de ces animaux, qui sont essentiellement coureurs et qui meurent probablement en courant?.....

On peut encore se demander si ces animaux, bien que n'ayant pas été poursuivis par des chasseurs, ne l'ont pas été pendant la nuit (c'est le matin qu'on les a toujours trouvés) par quelque animal sauvage et n'ont pas succombé *forcés*, pour me servir de l'expression reçue ? Du reste, je donne ces explications pour ce qu'elles valent, et, qu'elles soient admises ou non, elles ne changent rien à la valeur des faits eux-mêmes.

Comment expliquer le développement de la fièvre typhoïde chez ces animaux ?

Il y a longtemps que l'on sait et que l'on répète que les lièvres renfermés dans des parcs clos de murs et de peu d'étendue ne se développent pas aussi bien que ceux qui vivent à l'état sauvage, et qu'ils

tombent dans un état d'épuisement et de langueur qui permet de les tuer plus facilement que dans d'autres circonstances.

On a encore dit que la présence simultanée de lièvres et de lapins avait pour conséquence la détérioration de l'espèce des premiers, et quelquefois leur disparition complète de ces mêmes localités.

On savait cela ; mais on ne connaissait pas le point de départ de cette détérioration, ou, si on aime mieux, la maladie à laquelle succombaient ces animaux. Les faits que je présente ici sont-ils destinés à élucider cette question : Est-ce à des fièvres typhoïdes que sont en proie ces animaux, dont l'espèce se détériore ainsi et finit par disparaître dans les propriétés closes ; ou bien sont-ce des circonstances tout à fait accidentelles et propres au parc que j'ai visité qui ont fait périr ces animaux ? Ce ne peut être qu'après de nouvelles recherches et de nombreuses autopsies que la conclusion pourra être favorable à l'opinion que je soutiens.

Je dois faire observer ici que la propriété qui entoure le parc, et qui contient 2,000 arpents à peu près, est abondamment pourvue de lièvres qui se portent parfaitement bien, et ne présentent jamais de phénomènes semblables à ceux que je viens de décrire.

Une autre question à se poser est celle de savoir si des lièvres atteints de pareille maladie venaient à être tués avant que la maladie soit assez avancée pour les faire mourir spontanément, peuvent être mangés sans danger ? C'est une question qu'il serait important de résoudre, mais qui ne peut l'être ici, car les lièvres étaient conservés dans ce parc plutôt pour l'agrément de la vue que pour la chasse, le reste de la propriété étant assez vaste pour suffire à cette dernière.

Si j'ai présenté ces faits, c'est dans l'espoir d'appeler l'attention des observateurs sur eux, et de faire examiner si, en présence du grand nombre de lièvres que l'on consomme à Paris et même dans toute la France, la santé publique ne pourrait pas être intéressée au bon état ou à l'absence de maladie chez les animaux qui servent à l'alimentation de l'homme.

HOPITAL D'AIX. — M. GOYRAND.

Amputation du pénis. — Procédé de M. Demarquay.

L'amputation se pénis se pratique ordinairement pour le cancroïde de cet organe. La récidive se produit quelquefois; mais, si j'en juge d'après les faits que j'ai eu occasion d'observer, elle serait bien moins fréquente qu'à la suite des opérations qui se pratiquent pour d'autres affections cancéreuses ou cancroïdes.

A quoi tient cette rareté relative de la récidive dans ce cas? En voici, je crois, la raison :

Le cancroïde du pénis ne se rencontre presque jamais que chez les personnes affectées de phimosis congénital. Il commence par les surfaces du gland ou du prépuce, habituellement irritées par le contact de l'humeur sébacée qui est sécrétée par les follicules situées vers l'insertion de la muqueuse du prépuce à la base du gland. Voilà une cause toute locale; le mal qu'elle produit est également local d'abord, et n'infecte l'organisme qu'après qu'il a duré longtemps. Mais si les sujets qui subissent cette mutilation sont peu exposés à la récidive, en revanche il leur reste une fâcheuse tendance à l'oblitération de l'urètre, qu'ils sont obligés de combattre toute leur vie.

J'ai fait cette amputation il y a vingt et un ans à un homme de la campagne, maintenant âgé de soixante-dix-sept ans. Cet homme, depuis cette époque, a toujours fait usage des bougies pour conserver à l'orifice de l'urètre ses dimensions; et s'il lui arrive de négliger ce soin pendant quelques jours, il voit le jet de l'urine diminuer de volume, et il a grand'peine ensuite à faire pénétrer son instrument.

Un prêtre respectable, qui avait dû subir l'amputation du pénis à l'âge de quatre-vingt-un ans, et qui a survécu treize ans à l'opération, a été obligé de faire usage jusqu'à sa mort d'un instrument dilatant.

J'ai vu mourir d'une rétention d'urine causée par l'oblitération du nouvel orifice de l'urètre, un vieillard chez qui cette précaution avait été négligée. Il est vrai qu'avec de l'attention ce résultat funeste aurait été évité.

Cette fâcheuse tendance à l'oblitération avait attiré l'attention de plus d'un chirurgien. En 1843, M. Ricord avait imaginé un procédé (*Gazette des Hôpitaux*, 1843, page 93) qui n'était qu'une application d'un principe posé par Dieffenbach à l'occasion de certaines restaurations de la face, dans lesquelles il fallait agrandir l'ouverture buccale. Après avoir amputé le pénis, M. Ricord incisa l'extrémité du canal en haut et en bas dans une longueur de 1 centimètre, puis disséqua les deux côtés du canal incisé, et, les attirant en avant et en dehors, les réunit l'une et l'autre par deux points de suture entortillée à la peau correspondante. Le résultat fut satisfaisant, dit le journal.

Pourquoi donc M. Ricord n'a-t-il pas continué d'opérer ainsi, et a-t-il fini par adopter un autre procédé qui consiste à fendre l'urètre longitudinalement à sa paroi inférieure, de manière à créer un hypospadias (1)? Ce dernier procédé est plus simple que le premier; est-il aussi efficace? Peut-être le premier procédé de M. Ricord n'a-t-il pas toujours donné d'aussi bons résultats que dans l'opération dont je viens de parler. S'il en était ainsi, je serais porté à attribuer les insuccès à la tendance que conserve l'urètre tronqué à se rétracter. Cette tendance est corrigée par une modification que M. Demarquay a fait subir au procédé, et qui consiste à couper les corps caverneux et la peau à 1 centimètre et demi plus haut que l'urètre. M. Demarquay divise en haut et en bas la portion du canal qui dépasse la section du reste du pénis, et réunit par des points de suture les deux languettes latérales résultant de l'incision de l'extrémité de l'urètre à la partie correspondante du fourreau du pénis.

(1) Discussion sur l'urétrotomie à la Société de chirurgie, séance du 30 mai 1855.

Ce procédé avait déjà été mis deux fois en pratique par son auteur ; la première fois, en janvier 1855, sur un malade qui mourut du choléra quelques jours après l'opération (*Gazette des Hôpitaux*, n° du 18 janvier 1855). Ce fait ne prouvait rien encore; le malade était mort trop tôt pour qu'on pût connaître les résultats définitifs de l'opération. Mais la même opération, pratiquée quelques mois plus tard (*voir* le n° du 16 juin dernier), a donné un résultat excellent.

Ayant eu moi-même occasion de faire l'amputation du pénis au mois d'août dernier, je n'ai pas hésité à suivre un procédé que je trouvais très-rationnel, et j'en ai aussi obtenu le meilleur résultat. Voici le fait :

Cancroïde du pénis. Amputation par le procédé de M. Demarquay. Succès complet.

Duchesne (Pierre-Paulin), marchand colporteur, grand et fort, âgé de cinquante-six ans, a un phimosis congénital. Cette homme n'a jamais eu de maladie vénérienne, et ne s'est reconnu malade que depuis environ quatre mois. Cependant depuis dix-huit mois ou même deux ans, il avait, dit-il, au pénis quelque chose qui ne lui semblait pas naturel; mais la miction n'étant pas gênée et les rapprochements sexuels étant possibles, il ne se croyait pas malade.

Quand il se présente à l'hôpital d'Aix, le 25 août, nous constatons ce qui suit :

Le gland est recouvert tout entier par le prépuce, dont le feuillet cutané ne présente aucune altération; mais l'ensemble de ces parties est doublé de volume et présente des inégalités et une grande dureté. Cette tuméfaction indurée ne dépasse guère la place ordinaire de la couronne du gland. Au limbe étroit, dur et inextensible du prépuce, se montrent des végétations grenues. Par cet orifice, se fait un écoulement sanieux et sanguinolent. Des élancements se font sentir dans la tumeur. La miction se fait sans jet, mais n'est ni bien gênée ni bien douloureuse. Dans les deux aines existent quelques ganglions légèrement tuméfiés, mais sans induration.

Une sonde de femme ne peut être introduite dans l'urètre, dont l'orifice ne correspond pas à celui du prépuce. Cet instrument pénètre entre le gland et la partie supérieure du prépuce jusque vers la couronne, mais ne peut pas, de là, glisser sur les côtés.

Le diagnostic me semble clair. Cependant, pour ne rien hasarder, je soumets le malade à un traitement combiné par l'iodure de potassium et le proto-iodure de mercure. Mais après douze jours de ce traitement, le mal paraissant s'aggraver, l'opération est pratiquée le 7 septembre.

Le malade est chloroformé. Une sonde cannelée, introduite entre le prépuce et la partie supérieure du gland, sert de conducteur au bistouri. Le prépuce est incisé jusque vers la couronne du gland. Les bords de l'incision écartés, nous voyons les surfaces contiguës du gland et du prépuce ulcérées et d'un aspect cancéreux. Je cherche sur la surface fongueuse du gland l'orifice de l'urètre, mais je ne le distingue pas, et ne puis introduire une sonde dans le canal.

Je procède alors de la manière suivante :

Incision circulaire du fourreau vers le milieu de la longueur du pénis, à un centimètre et demi en arrière du gland dégénéré. La peau se rétracte un peu vers le pubis. L'induration s'étend sur l'urètre un peu au delà de la ligne transversale correspondant à la couronne du gland. Je divise transversalement le canal au-dessus de l'induration, et par son ouverture béante j'introduis une sonde en caoutchouc qui me donne beaucoup de facilité pour le disséquer et le détacher de bas en haut; je l'isole ainsi dans une étendue de 15 ou 18 millimètres, et je retranche enfin le corps du pénis au-dessus de la portion isolée de l'urètre.

Quatre ou cinq artères sont liées.

Le bout saillant de l'urètre est ensuite incisé avec des ciseaux dans toute sa longueur en haut et en bas; puis j'en renverse les deux moitiés sur les côtés, où je les réunis chacune par deux points de suture entrecoupée à la peau correspondante.

Une sonde de caoutchouc est placée à demeure dans le canal, pour empêcher autant que possible que la plaie ne soit baignée par l'urine. Pansement simple avec une compresse fenêtrée fendue, de la charpie et un suspensoir auquel la sonde est fixée par des fils.

Après l'opération, il s'écoule du sang; l'appareil en est imbibé. Je le renouvelle le lendemain. La suppuration s'établit; les fils des sutures sont enlevés le cinquième jour.

Il n'y a jamais eu de fièvre. La sonde a été renouvelée plusieurs fois.

Le 20 septembre, tout va bien. Les deux moitiés latérales du bout de l'urètre sont étalées au dehors; elles n'ont pas adhéré par première intention à la peau, mais l'intervalle qui les en sépare est très-petit, et la force inodulaire rapprochera très-bien ces parties.

Le 28, chute de la dernière ligature. Les deux parties latérales du bout fendu de l'urètre étalent au dehors leur surface muqueuse, rouge et veloutée. Leurs bords sont maintenant réunis à la peau par une cicatrice linéaire. La partie dorsale du fourreau est venue recouvrir la section des corps caverneux et s'unir au bord formé de ce côté par l'écartement des deux lambeaux de l'urètre.

Le 15 octobre, la guérison est complète; la peau est réunie dans tous les sens par une cicatrice linéaire aux bords de l'extrémité divisée de l'urètre qui reste étalée sur le moignon, où elle conserve tout l'aspect des membranes muqueuses. La miction se fait par un jet très-volumineux. Il est évident que l'orifice du canal n'a aucune tendance à se rétrécir.

Le 30 novembre, l'organisation du moignon que je viens de décrire est tout à fait définitive, et ne peut subir, par l'effet du temps, d'autre changement que quelque modification de la partie étalée du canal, qui, par le contact de l'air et des vêtements, deviendra moins rouge et moins sensible, et revêtira en partie les caractères de la peau extérieure.

LE CHOLÉRA ET LE VALÉRIANATE DE ZINC.

Par M. le docteur Moura.

Pendant que l'épidémie de 1854 sévissait si cruellement dans le département de l'Ariége sur une population déjà éprouvée par l'insuffisance des récoltes, un médecin distingué, le docteur Ourgaud (de Pamiers), fut conduit, par les insuccès de la médecine et par ses réflexions sur la nature du choléra, à faire l'application d'un médicament que le raisonnement lui indiquait.

Ses essais furent heureux ; c'était le 15 septembre, époque de recrudescence de l'épidémie.

Désireux, comme M. Ourgaud, d'appeler l'attention de nos confrères sur l'un des problèmes thérapeutiques les plus dignes d'intérêt, nous allons prendre les faits pour juges et voir jusqu'à quel point ils méritent notre confiance.

MM. les médecins du dispensaire de Toulouse, parmi lesquels nous pouvons nommer l'honorable doyen, le docteur Idrac, MM. les docteurs Raveaud (Charente), Nogués (Haute-Garonne) et autres, ont publié des guérisons plus ou moins remarquables obtenues par le valérianate de zinc. Ces observations ont un défaut capital, celui de n'être pas accompagnées de celles où ce remède n'a pas réussi. Toutefois, voici le résultat de nos recherches à ce sujet :

Sur 112 cas de guérison, 93 sont consignés avec des détails. Dans ces nombres nous ne comprenons pas les observations de M. Nogués, dont nous parlerons tout à l'heure.

Parmi les 112 cholériques guéris, il y a eu 37 hommes, 60 femmes et 15 enfants, dont 7 garçons.

Sur les 93 observations publiées, nous avons constaté qu'au moment de l'invasion du choléra 80 individus étaient bien portants, 8 étaient affectés de diarrhée depuis cinq jours et plus, 2 avaient une maladie chronique de l'intestin, 2 étaient convalescents de la suette, une femme était en couche depuis deux jours.

Quant à l'action thérapeutique du remède, nous trouvons, d'après la moyenne générale :

1° Que les malades soumis au valérianate de zinc, en pilules ou en potion, ont été entièrement guéris du sixième au septième jour; le plus grand nombre reprenaient leurs travaux du troisième au quatrième jour ;

2° Que treize cholériques traités par les moyens ordinaires (excitants, antispasmodiques, révulsifs, chaleur, frictions), avant de prendre le valérianate, n'ont été complétement guéris que vers le onzième jour;

3° Que les malades traités par les pilules de valérianate de zinc ont éprouvé du mieux vers la onzième pilule, et ceux auxquels on avait administré la potion ont ressenti le mieux vers la septième cuillerée, c'est-à-dire une heure environ plus tôt;

4° Que les malades ayant pris des pilules seules ou avec la potion ont été guéris un ou deux jours plus tôt que ceux qui n'avaient fait usage que de la potion.

Tels sont les principaux résultats que nous avons cru devoir signaler ici.

Voyons maintenant ce qui se rattache au degré de valeur du valérianate de zinc dans le traitement du choléra.

1° A quelle époque de l'épidémie a-t-il été mis en usage?

2° A quelle période du choléra a-t-il été administré?

3° Le valérianate de zinc n'a-t-il que des succès à enregistrer?

4° Des moyens adjuvants n'ont-ils pas eu leur part dans ses guérisons, et n'est-ce pas à eux qu'on doit attribuer ses succès?

5° Enfin, y a-t-il des expériences simultanées et comparatives entre les divers traitements appliqués au choléra et celui du valérianate de zinc contre cette maladie?

Première question. — Il résulte d'un travail imprimé à Pamiers que l'épidémie y régnait dès la fin du mois d'août, et qu'elle cessa vers la fin d'octobre.

Vers le 15 septembre, le choléra eut une recrudescence très-sensible, et c'est alors seulement que le valérianate de zinc a été employé, par induction, par le docteur Ourgaud.

Il résulte d'une lettre que M. le docteur Idrac a bien voulu nous écrire comme renseignement, et d'un travail lu à la Société d'émulation médicale de Toulouse par M. le docteur Nogués (1), que l'épidémie a subi une recrudescence générale dès le 9 octobre, époque où le valérianate de zinc a été employé pour la première fois à Toulouse par les médecins du dispensaire. Depuis la fin de juillet, cette ville était sous l'influence du choléra. Dans la nuit du 8 au 9 octobre, un orage survint; un grand vent du sud-est souffla pendant trois jours, c'est-à-dire les 9, 10 et 11 octobre, et avec lui régna une chaleur suffocante. Il est à présumer que dans l'Ariége, département voisin de celui de la Haute-Garonne, il y eut à cette époque aussi une recrudescence dans l'intensité de l'épidémie.

C'est donc au moment le plus défavorable que le valérianate de zinc guérit les malades.

Deuxième question. — M. le docteur Ourgaud a distingué trois périodes dans le choléra. A la période d'invasion, il rapporte 6 cas; à la période algide, 14, et à la période asphyxique, 10. Nous ne lui tenons pas compte dans nos recherches de la première période.

Les observations des autres médecins appartiennent à la période

(1) Ce travail est consigné dans le *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse*. Mars 1855.

algide; quelques-unes seulement sont des cas de choléra cyanique.

Troisième question. — M. le docteur Ourgaud est le seul qui ait placé ses insuccès à côté de ses guérisons. Sur 24 cholériques (au lieu de 30), il a eu 4 morts, savoir : *un par apoplexie pendant la réaction, un autre par imprudence pendant la sueur, un troisième par suite d'une angine couenneuse après quelques jours d'alimentation, un quatrième atteint de colite chronique.*

C'est donc 5 cholériques sur 6 que le valérianate de zinc aurait sauvés.

Quatrième question. — Chez presque tous les malades, on a cherché à aider l'action du valérianate de zinc par des médications énergiques; la caléfaction à l'aide de l'eau bien chaude, ou d'infusions, ou de couvertures de laine, les frictions avec l'essence de térébenthine ou avec l'ammoniaque ont été le plus généralement employées. Dans certains cas, on a prescrit des lavements au laudanum ou au musc, l'eau de Seltz, l'infusion de menthe, les sinapismes, voire même les vésicatoires. Enfin, deux saignées ont été pratiquées, et trois fois des sangsues ont été appliquées pendant la réaction.

Ces divers moyens ne sont pas sans doute à dédaigner ; mais, à notre avis, ils sont insuffisants lorsque le choléra est arrivé à la période algide depuis quelque temps, et à plus forte raison à la période cyanique.

Cinquième question. — C'est ici que nous devons faire connaître les cinq observations du docteur Noguès.

(De ces cinq observations, qu'il serait trop long de reproduire ici, les deux premières sont relatives à des cas de choléra d'intensité moyenne, pris au début, traités par la méthode excitante la plus usuelle et terminés tous deux par la mort ; les deux suivantes sont deux exemples de guérison à la suite de l'emploi du valérianate de zinc uni aux moyens employés chez les deux sujets précédents ; et la cinquième est un exemple de terminaison par la mort chez un malade auquel le valérianate de zinc avait été prescrit et qui ne l'avait point pris.)

« Comme le prouvent la première et la deuxième observation, une médication excitante, très-excitante, fait remarquer M. Noguès, n'a point relevé la force nerveuse et l'impulsion du centre circulatoire. L'ammoniaque, l'essence de menthe données à des doses élevées, des frictions énergiques, des sinapismes appliqués sur toute la surface tégumentaire ont été sans effet. *J'ai perdu presque tous mes malades; je dis presque tous, car, pour être vrai, je dois dire que cette médication m'a réussi dans quelques cas légers.*

» Si maintenant nous rapprochons les troisième et quatrième observations des deux premières, la différence qui existe entre elles, comparées deux à deux, ne gît pas dans les malades, mais mais bien dans la médication. Les deux sujets des troisième et quatrième observations ont été traités avant et pendant la période cyanique, non-seulement par l'acétate d'ammoniaque, excitant que nous retrouvons dans les deux premières, mais encore par le valérianate de zinc porté à des doses quelquefois considérables.

» Or, l'acétate d'ammoniaque ayant été donné aux deux premiers comme aux deux derniers malades, il s'ensuit, ce me semble, *que ce médicament ne doit compter presque pour rien dans le résultat que fournissent les troisième et quatrième observations, et que tout l'honneur de la guérison doit être attribué au sel valérianique.*

» Que le valérianate de zinc ait agi sur la force circulatoire directement ou par l'entremise de la force nerveuse qu'il a relevée et régularisée dans son action, peu nous importe. Le fait est que la période cyanique a été puissamment combattue dans les deux observations, troisième et quatrième, tandis que l'art et la nature ont succombé dans la première et la deuxième; et cependant les troisième et quatrième observations se présentent avec le plus grand désavantage, puisque l'*une des femmes est accouchée pendant la maladie, et que l'autre était convalescente d'une suette quand le choléra l'a frappée.*

» Maintenant, la cinquième observation s'interpose très-bien entre les quatre premières, et vient corroborer d'une manière éclatante l'action stimulante *nervine* du valérianate. *La malade n'a point voulu prendre le remède;* la mort la frappe le jour même où le choléra l'avait atteinte. *Et cependant nous touchions heureusement à la fin de l'épidémie,* circonstance favorable, puisque, comme tout le monde le sait, le choléra a perdu de son intensité à mesure qu'on s'est éloigné de sa recrudescence. »

Telles sont les réflexions dont M. Noguès a fait suivre ses observations.

Nous laisserons, quant à nous, le public médical faire les siennes.

DE L'ÉTAT DE RÊVE. — DU SOMNAMBULISME.

Par M. le docteur JUDÉE.

Si l'on examine avec soin ce qui se passe lorsque l'on rêve, on s'aperçoit tout de suite de ceci : que, le plus souvent, les songes ne sont formés que de deux ordres de perceptions, celles de la vue et celles de l'ouïe.

Pendant un rêve, le plus ordinairement, en effet, notre intelligence voit et entend, et avec ces perceptions elle raisonne absolument comme à l'état de veille, mais le plus souvent cela ne va pas plus loin.

Les autres sens, toucher, goût et odorat, peuvent cependant agir pendant les songes, mais d'une manière toute différente et vraiment digne de remarque; il faut que la sensation en existe bien réellement pour que nous en ayons conscience, et alors elle fait plus que d'être perçue, elle réagit sur toutes les facultés, et donne naissance à un certain groupe d'impressions se rapportant toutes à la sensation reçue.

Je suppose, pour fixer les idées, que pendant le sommeil une personne, se trouvant placée dans les conditions qui la mettent à même de percevoir les sensations intenses, vienne à être piquée légèrement, immédiatement elle se croit entourée d'individus prêts à la frapper; elle verra son sang couler, des personnes accourir à son secours, et bien d'autres choses encore, mais toutes se rapportant à la sensation qu'elle a reçue.

Prenons un autre exemple : supposons qu'un homme pendant un sommeil *incomplet* soit soumis à l'influence d'une odeur agréable; il se croiera aussitôt transporté dans un magnifique jardin orné des plus belles fleurs, et de là l'origine d'une foule d'autres idées du même genre qui ne tarderont pas à se transformer en objets réels, grâce à leur mode de perception.

On serait ainsi en droit d'établir cette distinction entre les sens de la première et de la seconde catégorie (*Gazette des Hôpitaux*, 15 janvier 1856), que les premiers concourent à la production des songes, tandis que les seconds les provoquent; du reste, je commence par dire qu'il n'y en a pas qu'un capable de les produire; une préoccupation intellectuelle très-vive, comme on le sait, est aussi dans le même cas.

Quand le rêve est le résultat d'une perception externe et que cette perception est désagréable, le songe ne s'appelle plus songe; on le désigne généralement sous le nom de cauchemar. D'après ce qui précède, on voit qu'il serait peut-être plus juste de donner ce nom à tous ceux qui sont le résultat d'une sensation, provenant d'un des sens de la deuxième classe. Mais tout ceci démontre quelque chose de plus encore, la possibilité de la transmission d'une perception externe de second ordre sans amener la disparition de l'état de rêve, tandis que pour les sens de la première classe il n'en est nullement de même.

Dans les songes, ainsi que nous venons de le voir, les deux sens, vue et ouïe, agissent le plus souvent ensemble; mais quelquefois aussi il n'y a que la vue. Ainsi « une dame rêve qu'elle est à son piano (M. Baillarger, *Gazette des Hôpitaux*, 3 janvier 1856); elle a beau parcourir les touches de son instrument, elle n'entend aucun son. » Mais il n'y a pas seulement que cette dame qui rêve ainsi; très-souvent j'ai vu en songe des régiments faire feu, et pas le moindre bruit ne parvenait à mon oreille, ce qui me semblait bien extraordinaire, quoiqu'en état de rêve.

L'impression cependant pouvait en être perçue, car j'avais conscience de celles de la vue ; il avait donc pour celles de l'ouïe un organe qui ne fonctionnait pas, mais cet organe n'était pas l'appareil sensitif lui-même, puisque, ainsi que le fait remarquer M. Baillarger, chez les sourds et les aveugles, où ils n'existent pas, les songes se produisent aussi bien que les hallucinations de ces deux sens.

On est donc ainsi forcé logiquement à admettre :

1° Que les impressions extérieures des sens de la première catégorie ou classe n'arrivent pas directement à l'appareil ou à l'organe capable de nous en rendre compte, mais qu'elles sont reçues dans un autre supplémentaire jouissant de la propriété de recevoir les impressions du dehors et celles du dedans et les transmettant toutes au sensorium commun de la même manière ;

2° Que pour les sens du goût, de l'odorat et du toucher il n'en est nullement de même, de sorte qu'elles lui arrivent directement sans passer par des organes intermédiaires.

Examinons maintenant ce qui se passe dans le somnambulisme; mais, avant de le faire, citons quelques observations qui nous mettent à même de mieux interpréter les faits.

OBS. I. — P..., âgée de quarante-sept ans, domestique, était entrée à l'Hôtel-Dieu pour se faire traiter d'une attaque de choléra.

Entre autres renseignements, voici ceux que j'obtins. Sa mère était morte folle à la Salpêtrière ; elle-même était sujette depuis longtemps à un grand nombre d'accidents nerveux extrêmement curieux, mais que je passe sous silence ; son fils, enfin, avait fréquemment des attaques ressemblant complètement à celles de l'hystérie.

Cette femme était, de plus, somnambule, à un degré même assez prononcé. Ainsi, à trois reprises différentes, elle se coupa pendant son sommeil les cheveux, et, comme elle vivait seule alors, elle constatait la vérité de ces faits par les cheveux qu'elle trouvait le lendemain rangés dans un coin de sa chambre ; une autre fois, elle alla à la Seine, près de laquelle elle demeurait, et s'y baigna.

Dans cet état, elle avait aussi l'habitude d'écrire des lettres et à des personnes assez influentes, car voici à ce propos ce qui lui arriva. Un jour elle fut appelée chez le préfet de police, qui était alors M. Carlier, et on lui demanda ce que signifiaient les lettres qu'elle avait écrites; elle répondit, comme on le pense bien, qu'elle ne savait pas ce qu'on voulait lui dire. On la magnétisa alors, et on la laissa dans cet état pendant quelque temps; puis on la fit sortir avec certaines précautions, et après lui avoir donné 50 francs. Voilà du moins ce qu'elle me raconta.

Du reste, elle faisait plus que d'écrire, et cette femme garde chez elle quelques petits travaux qu'elle a faits en état de somnambulisme.

Cette observation présente bien son intérêt; mais en voici une autre bien autrement curieuse et qui, je crois, donne beaucoup de poids aux opinions que je vais émettre. Elle a d'autant plus d'importance que, quand je l'ai prise, je ne me doutais pas le moins du monde de ce que j'avance aujourd'hui, et que je m'étais contenté de prendre avec toute l'exactitude dont je pouvais être capable les faits qui se présentaient à moi.

OBS. II. — T..., mariée en secondes noces, est une femme de quarante-cinq ans, brune, de haute stature, d'un embonpoint modéré. Sa mère, âgée de soixante-douze ans, est épileptique depuis six ans. Son père est somnambule. Enfin la plupart de ses frères et sœurs, au nombre de dix, sont morts très-jeunes de convulsions.

Cette femme est sujette elle-même à des accidents nerveux; elle est de plus somnambule, et cela depuis sa plus tendre enfance. Ainsi, à l'âge de dix à douze ans, le soir elle se levait à moitié, s'asseyait sur le bord de son lit, et se mettait à causer avec sa famille qui faisait la veille, puis, après avoir conversé quelque temps, elle se recouchait. Le lendemain, lorsqu'on lui demandait ce qu'elle avait fait et dit le soir, elle restait tout étonnée et affirmait avoir *toujours dormi.*

D'autres fois elle se levait pendant la nuit, allait au buffet, se coupait un morceau de pain, prenait un peu de fromage, puis se mettait au lit pour le manger. Le lendemain matin, à son réveil, elle trouvait ses draps pleins des débris de ses repas nocturnes.

Plus tard, lorsqu'elle fut mariée, elle se levait encore pendant la nuit, et se mettait tranquillement à se promener dans sa maison.

Pendant cet état de somnambulisme, elle avait les yeux ouverts et entendait parfaitement ce quon lui disait; mais dès qu'on la *touchait*, dès qu'on voulait la retenir dans son lit, elle commençait par se débattre, et ne tardait pas à se *réveiller*. Elle avait alors des battements de cœur extrêmement violents.

Un jour, son mari la vit se lever, puis allumer sa lumière, aller à l'armoire et se mettre à remuer tout le linge. Cet homme lui demanda ce qu'elle faisait, et elle lui répondit très-tranquillement qu'elle voulait voir si elle retrouverait un billet de banque qu'elle avait caché dans un drap. Le mari la laissa faire. Lorsqu'elle eut fini, elle se recoucha et se mit de nouveau à dormir. Mais au bout de quelque temps elle voulut se lever encore; le mari la prit par le bras et la força à rester au lit. Immédiatement elle se réveilla, et lui demanda pourquoi il la retenait et pourquoi il la réveillait.

Quand elle est en état de somnambulisme, et qu'on lui dit qu'elle dort, elle se fâche toujours beaucoup. Il en est de même lorsqu'on lui défend d'exécuter ses promenades nocturnes. Mais, malgré cela, elle n'en reste pas moins très profondément endormie.

Quand cette femme doit avoir pendant la nuit un accès de somnambulisme, pendant le jour elle est inquiète, en même temps que triste et abattue; elle éprouve comme des tranchées au niveau de la région épigastrique.

Dans cet état, on peut donc voir, entendre et exécuter un certain nombre d'actes, sans que pour cela on en ait nullement conscience. Mais dès que l'on agit sur un des sens de la deuxième classe, comme le démontre assez clairement la seconde observation, immédiatement l'homme revient à lui.

On est ainsi conduit à penser que tous les sens sont alors capables de recevoir une impression, mais que la disposition pour ceux de la première catégorie n'est pas la même que pour ceux de la seconde. Les premiers peuvent être impressionnés, mais l'impression est transmise quelquefois aux autres facultés de l'âme sans que le *sensorium commune* ne soit en rien influencé. Pour les seconds, l'impression ne pouvant pas passer par un organe intermédiaire, arrive directement à cette faculté ou organe, qui redevient alors sensible, et capable, par conséquent, de recevoir les sensations visuelles et auditives.

Pour me résumer, je dirai que, dans l'état de somnambulisme, la conscience ou *sensorium commune* devient incapable de recevoir une sensation intense, et que par conséquent elle ne peut ni voir ni entendre, puisque ces perceptions ne lui arrivent pas directement, mais qu'elles viennent se produire primitivement dans un organe supplémentaire, qui les renvoie ensuite au *sensorium commune.* Elle est cependant soumise à celles provenant du dehors, qui, en agissant sur elle, la réveillent, si je puis m'exprimer ainsi, et la mettent dans la possibilité de recevoir les impressions des sens de la première catégorie.

Dans l'état de sommeil, tout l'opposé aurait lieu, c'est-à-dire qu'alors le *sensorium commune* ne serait principalement influencé que par des sensations intenses donnant naissance aux songes.

USAGE DE LA CINCHONINE DANS LA GASTRALGIE.

Par M. FRANCHINI.

Femme de trente ans, tempérament sanguin nerveux : repas peu réglés. Elle consulta M. Franchini au printemps de 1851 pour un mal d'estomac qui revenait de temps en temps, et qu'un médecin instruit avait jugé être un squirrhe du pylore.

Amaigrissement et faiblesse ; sensation continuelle de gêne à l'épigastre ; de temps en temps, douleurs très-aiguës dans cette région ; souvent vomissements de matières aqueuses ou glaireuses ou d'aliments mal digérés ; parfois elle était prise d'un sentiment indéfinissable de malaise et même de légers vomissements.

Cet état nerveux hystérique fut combattu par la cinchonine à la dose de 5 centigrammes unis à 3 grammes de magnésie calcinée, en répétant la dose quatre fois par jour.

Dès les premiers jours il survint une notable amélioration, et bientôt tout mal disparut.

Quelques mois plus tard, la douleur d'estomac reparut, après des désordres de régime. On la dissipa de nouveau à l'aide de la cinchonine administrée en pilules de 3 centigrammes, et en en faisant prendre quatre par jour.

Depuis, cette femme n'a plus à se plaindre de douleurs gastriques.

L'auteur cite plusieurs autres observations de gastralgies guéries par la cinchonine ; il en a obtenu de très-bons effets dans d'autres affections nerveuses à forme hystérique.

Il rappelle que M. Forget a guéri un rhumatisme articulaire aigu en six jours avec une solution de sulfate de cinchonine donné d'abord à la dose d'un gramme, puis de deux, en deux prises dans la journée. (*Gazette médicale.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 février 1856. — Présidence de M. BINET.

Tribu des Touariks. — M. Serres communique la note suivante sur un rameau encore peu connu de la race caucasique :

« L'immense plaine du Sahara est habitée çà et là par la tribu des Touaregs, dont les peuplades sont différentes les unes des autres. Les Touaregs, dont quatre se sont présentés dernièrement au gouverneur de l'Algérie, en forment une des plus singulières, par l'usage où sont les hommes de se voiler entièrement la figure à l'instar des femmes musulmanes, et avec plus de soin encore.

» Cet usage si bizarre et unique chez les hommes, au milieu des coutumes infinies des diverses races humaines, est un obstacle à leur étude anthropologique dont la tête fournit les caractères les plus significatifs. Il est si rigoureusement observé, que les quatre Touaregs ne se sont pas découverts un instant, même devant le gouverneur général de l'Algérie.

» Toutefois, m'écrit M. Guyon, inspecteur du service de santé des ar- » mées, l'un d'eux se trouvant malade, j'ai pu lui voir un peu la figure » au moment où il me montrait la langue ; j'ai pu aussi lui palper la tête » en cherchant sur cette partie le point où il souffrait. Voici le résumé » des observations superficielles qu'il m'a été possible de faire sur nos » quatre Touaregs :

» Taille moyenne, plutôt petite que grande ; tête peu forte, globu- » leuse, tenant sous ce rapport de celle du Kabyle ou Berbère ; front » médiocrement large et élevé ; orbite large, pommettes un peu sail- » lantes, dents courtes, moins bien arrangées et moins belles que celles » de l'Arabe ; mains et pieds petits ; peau olivâtre ; cheveux soyeux, » noirs et tendant à se boucler ; barbe peu fournie et tendant à se » boucler comme les cheveux. »

» En comparant cette courte description à celle donnée par Hornemann, qui le premier a fait connaître les rapports des Touariks avec les Berbères ou Kabyles, on reconnaît leur parenté, bien qu'ils en diffèrent par la petitesse des pieds et des mains, et surtout par la couleur olivâtre de la peau.

» Les Touariks sont un rameau de la race caucasique ; ils s'avancent à l'est de l'Afrique jusqu'aux confins de l'Egypte : ils se croient les habitants les plus anciens de la terre ; leur langage n'est pas arabe, et ils affirment qu'il est le plus ancien dans le monde.

» M. Guyon, qui nous a fait connaître l'usage de l'inoculation chez les Kabyles ou Berbères, a remarqué que cette opération si hardie était pratiquée également par les Touaregs Ces derniers ne la pratiquent pas seulement entre le pouce et l'index comme les Kabyles, mais encore sur d'autres parties du corps, notamment sur les avant-bras et les jambes.

« A ces détails, M. Guyon joint une autre observation médicale » curieuse. Une maladie très-répandue chez les Touaregs est le dra- » gonneau, ou ver de Médine. C'est, à ce qu'il paraît, le fléau du pays. » Aussi est-ce la seule maladie pour laquelle nos voyageurs m'aient » témoigné le désir d'avoir un remède. »

» Ce fait est un de plus à ajouter à ceux que j'ai déjà recueillis sur la spécialité des maladies qui affectent de préférence telle race ou telle variété de la grande famille humaine. »

Cheiloplastie par transport du bord libre de la lèvre saine sur la lèvre restaurée. — M. Sédillot communique l'observation qui suit :

Schmidt (Henri), âgé de soixante-cinq ans, fut reçu à la Clinique le 30 novembre 1855. Les trois quarts gauches de la lèvre inférieure avaient été détruits par un cancer épithélial à marche aiguë, qui datait seulement de six mois. La muqueuse buccale siégeant en dedans de la commissure gauche était altérée et formait un bourrelet dur et épais. Les procédés ordinaires de cheiloplastie offraient peu de chances de réussite, et voici l'opération que je pratiquai le 18 décembre 1855.

Tout le cancer fut circonscrit entre deux incisions en V continuées jusqu'au contour cervical du maxillaire. Les joues furent ensuite fendues horizontalement, au niveau des commissures, par une section plus prolongée à gauche que du côté droit.

Le bord libre de la lèvre supérieure, qui était très-large, fut partiellement détaché de dehors en dedans sur une longueur de 15 à 20 millimètres, puis renversé et fixé sur la surface des lambeaux destinés à reconstituer la lèvre inférieure. Celle-ci se trouva ainsi revêtue de chaque côté par le lambeau muqueux emprunté à la lèvre supérieure, et au milieu et un peu à droite par la petite portion de membrane muqueuse conservée sur le quart droit de la lèvre inférieure, resté intact.

Des épingles réunirent les parties dénudées de la lèvre supérieure tirée en arrière à la portion inférieure de la joue, qui avait été divisée horizontalement et fortement tirée en avant pour remplacer la lèvre enlevée. D'autres épingles maintinrent sur la ligne médiane l'affrontement des deux moignons de la nouvelle lèvre, et quelques points de suture entrecoupée assujettirent la membrane muqueuse.

Le 29 du même mois, onzième jour de l'opération, le malade fut photographié, ce qui me permet d'en placer une épreuve sous les yeux de l'Académie ; et il quitta la clinique le 14 janvier, complétement guéri. Les plis de cicatrice, encore un peu saillants vers les commissures, disparaîtront ; mais déjà tel qu'il a été représenté, le malade offrait une lèvre régulière, d'une hauteur suffisante, ayant un rebord libre muqueux, lisse et arrondi ; les dents étaient bien cachées, et la salive n'avait aucune tendance à s'écouler involontairement. Les commissures étaient bien marquées, et l'ouverture buccale également rétrécie supérieurement et inférieurement, sans qu'il en résultât aucun obstacle pour l'introduction des aliments ou l'émission de la voix.

Une importante recommandation, que nous nous permettrons d'adresser à ceux qui seraient tentés d'imiter ce procédé, est de diviser le bord libre de la lèvre saine à plusieurs millimètres au delà de la membrane muqueuse. En laissant sur le lambeau une petite portion du tégument externe, on en assure mieux la vitalité, et on obtient surtout des réunions plus faciles et des cicatrices plus régulières et moins apparentes.

Action des alcalis sur le sucre dans l'économie animale. — M. Poggiale adresse sous ce titre un mémoire, dont nous avons déjà fait connaître le contenu.

Action du phosphore rouge sur l'économie animale ; empoisonnement par le phosphore ordinaire. — MM. Orfila et Rigout présentent une note détachée d'un travail qu'ils ont entrepris sur l'empoisonnement par le phosphore, et les différentes questions qui s'y rattachent.

Cette note est plus particulièrement relative à l'action que le phosphore rouge exerce sur l'économie animale, et à quelques-uns des effets de l'empoisonnement par le phosphore ordinaire. Voici quelques-uns des résultats qui ressortent des expériences consignées dans ce travail :

1° Le phosphore peut exister dans les organes, à l'état libre, quinze jours après la mort. Ce fait, s'il a été entrevu ou vaguement prévu, n'a pas été jusqu'à présent signalé. Il est possible, d'ailleurs, que le phosphore se conserve encore plus longtemps dans le même état, et il est facile de comprendre quel parti peut tirer de cette observation, dans des cas analogues, l'expert chargé de constater l'empoisonnement.

2° La putréfaction est, dans certains cas, singulièrement retardée.

3° Le sulfure de carbone est un bon dissolvant pour séparer le phosphore libre des matières avec lesquelles il est mélangé dans l'estomac, et qui masquent les propriétés caractéristiques de ce métalloïde.

4° Ces expériences concourent à démontrer que l'action exercée sur l'économie animale par le phosphore amorphe n'est pas comparable à celle que produit le phosphore ordinaire ; il est même permis de dire que le premier de ces corps n'est pas vénéneux. (Commissaires : MM. Dumas, Pelouze, Cl. Bernard.)

Application nouvelle de l'acide sulfureux. — M. H. Grun, commissaire pour les produits des Indes à l'Exposition universelle, informe l'Académie qu'en 1851, ayant à traiter à Paris un cas de *teigne faveuse* qui avait résisté à tous les moyens ordinairement employés, il lui est venu l'idée d'essayer l'acide sulfureux, dont l'action sur les parasites végétaux est depuis longtemps connue.

Le résultat dépassa toutes ses espérances. L'acide sulfureux, appliqué directement par voie d'insufflation, détruit la maladie en quelques jours. Plus de dix expériences ultérieures ont confirmé la première. Quand le favus est petit, il l'a vu flétrir six heures après la première fumigation. Dans d'autres cas, la matière faveuse flétrit et se contracte, et en quelques jours on peut l'enlever en masse adhérente à la croûte. Alors on voit dans le cuir chevelu un trou cylindrique et profond qui a l'air d'être fait avec un emporte-pièce. Ce trou se contracte, se remplit, et il ne reste rien de la maladie.

L'appareil que M. Grun a employé est fort simple : une pipe en terre, un bouchon auquel on ajuste un bout de pique en caoutchouc. On met du soufre et quelques morceaux d'amadou dans le bol de la pipe ; on allume l'amadou, on bouche le bol et l'on souffle. Par ce moyen, un jet d'acide sulfureux est projeté sur le tubercule faveux, qui flétrit et se détache en quelques jours.

Nouvel acarus du cheval pouvant transmettre la gale à l'homme. — MM. Bourguignon et Delafond transmettent sur ce sujet une note dont voici un court extrait :

« Jusqu'à ce jour, il était permis de révoquer en doute les cas de transmission de la gale du cheval à l'homme, attendu que le parasite *connu* de la gale du cheval ne pouvait vivre sur l'espèce humaine, et que les auteurs qui se sont prononcés pour l'affirmative n'ont jamais démontré scientifiquement que la maladie transmise fût réellement due à la présence d'un acare provenant du cheval. En partant des données fournies par l'entomologie, on était fondé à refuser aux parasites connus propres aux herbivores, et au cheval en particulier, la faculté de transmettre la gale. L'observation vient de nous permettre de remonter des effets aux causes et de tout expliquer.

» Le cheval peut avoir deux espèces de gale : une première due à la présence du parasite acarien propre aux herbivores et connu depuis longtemps, qui ne saurait tracer des sillons, vivre sur la peau de l'homme et lui transmettre la contagion ; une seconde due à la présence d'un acare identique à celui des carnivores, pouvant tracer des sillons, transmettre la psore, *et dont personne n'a soupçonné l'existence jusqu'à ce jour*. Cette maladie transmissible est aussi différente dans l'ensemble de ses symptômes de celle qui ne peut se communiquer, que les parasites qui en sont la cause première diffèrent entre eux. »

Action des vapeurs d'essence de térébenthine inspirées. — M. Letellier rapporte en ces termes les effets qu'il a constatés sur lui-même :

« Voulant empêcher une citerne de 8 mètres cubes de perdre l'eau, j'y descendis avec un vase contenant environ 250 grammes d'essence et 500 grammes de goudron et de poix et placé sur trois ou quatre charbons. J'étendis ce mélange chaud au pinceau. Je n'avais pas recouvert 8 mètres de surface que je fus obligé de remonter, en raison de vertiges, sans douleur, sans pesanteur de tête, sans voir les objets tourner, sans aucune disposition à la syncope, sans la moindre faiblesse dans les jambes ; il me semblait que j'allais tomber à droite ou à gauche (jamais en avant ou en arrière), et j'écartais machinalement les jambes pour éviter une chute ; les secousses de la tête augmentaient ce chancellement, cette titubation. Nul brouillard devant les yeux, tous les sens bien intacts ; la parole seule me paraissait un peu pénible ; pouls et respiration parfaitement normaux ; nul dérangement de l'intelligence, de l'estomac ou des entrailles ; je n'éprouvai qu'une légère moiteur et un peu de fourmillement au dos des poignets ; l'urine était absolument inodore (je n'ai pas perçu davantage l'odeur de violette sur deux malades affectés de catarrhe intense de vessie, et qui ont guéri par l'essence prise par la bouche mieux qu'avec la térébenthine cuite). Cet accident se dissipa peu à peu en une heure par l'exposition à l'air.

» Dans la soirée je renouvelai mon essai, et bien que le fourneau n'eût pas été allumé plus de quelques minutes, les mêmes accidents se reproduisirent en moins d'une demi-heure ; enfin le lendemain je recommençai *sans feu*, et en une demi-heure je fus forcé de remonter par des accidents absolument identiques.

» Je conclus de cette observation que les vapeurs d'essence de térébenthine inspirées agissent primitivement sur le cerveau en l'excitant à la manière des alcooliques, et que par conséquent on ne doit employer ces substances qu'avec précaution. Il se peut qu'après l'excitation il survienne de l'affaissement comme après l'abus des alcooliques ; mais ce ne serait qu'un effet consécutif. » (Renvoi à l'examen de la commission chargée de l'examen d'une note de M. Marchal (de Calvi) sur les effets de l'inhalation d'essence de térébenthine.

Organe pulmonaire considéré comme premier impulseur du sang. — M. Wanner présente, comme supplément à sa précédente note sur l'*organe pulmonaire considéré comme premier impulseur du sang*, les résultats de deux expériences qu'il considère comme des preuves à l'appui de la théorie exposée dans cette note.

« Dans la première expérience faite sur un mouton, on a introduit de l'air condensé dans les deux médiastins, de manière à neutraliser les mouvements de la poitrine, et l'on a ainsi déterminé en dix minutes la cessation complète des battements du cœur.

» Dans la seconde expérience, du sang de bœuf tiré instantanément de l'animal, et reçu, afin d'éviter sa coagulation, dans un vase maintenu à une température de 37 degrés centigrades, a été soumis à l'action du gaz acide carbonique, au moyen d'un tube de verre recourbé dont un bout était adapté à la vessie contenant le gaz, et l'autre à un bouchon de liége percé et avec lequel était bouchée la bouteille contenant le sang. Le liquide sanguin est devenu de couleur rouge brun et a présenté une semi-coagulation.

» Je conclus du fait de la première expérience, comparée à la possibilité où l'on est de faire circuler par une respiration artificielle dans le corps d'un animal mort tout récemment le sang aussi longtemps qu'il conserve sa liquidité, que si le cœur était le premier impulseur du mouvement circulatoire, ses battements devraient se prolonger bien au delà du temps marqué dans mon expérience, car MM. Williams et Hope ont fait durer, comme on le sait, une circulation artificielle une heure vingt minutes après le décès constaté, et auraient pu la faire durer plus longtemps encore.

» La conséquence de la seconde expérience ne me semble pas moins favorable à la thèse que je soutiens, puisqu'elle semble indiquer que la mort est déterminée dans l'asphyxie par la coagulation du sang et l'impossibilité de la circulation par suite de cette coagulation. «

— M. S. Cadet adresse de Rome un nouveau manuscrit, contenant :

1° Des rectifications relatives à ses communications précédentes ;

2° Des considérations sur les causes de certaines *monstruosités* et de certains cas de *grossesse extra-utérine* et de quelques cas de *stérilité ;*

3° Des observations sur les bons effets obtenus de l'*éthiops minéral* dans le traitement du *choléra-morbus* et de quelques autres maladies.

Dans cet envoi sont comprises six planches relatives, les unes à son mémoire sur les *déjections des cholériques*, les autres à sa note sur une *nouvelle distribution des corps naturels.* (Renvoi à l'examen des commissaires nommés pour les précédentes communications de l'auteur.)

— M. Ehrmann, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Strasbourg, prie l'Académie de vouloir le considérer comme candidat pour la place de correspondant vacante dans la section de médecine. (Renvoi à l'examen de la section de médecine.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le *Moniteur* contient la liste des personnes qui, par décret du 28 janvier, ont été autorisées à accepter et à porter différentes décorations d'ordres étrangers. Nous y remarquons les noms de plusieurs de nos confrères ; savoir, MM. :

Petronelli, médecin principal à l'hôpital de Bastia, commandeur de l'ordre de Saint-Grégoire le Grand (Etats pontificaux) ;

François, médecin-major du 17e d'artillerie à cheval, chevalier du même ordre ;

Camescasse, chirurgien principal de la marine, chevalier de l'Aigle rouge (Prusse), 4e classe ;

Bintot, médecin aide-major, ordre du Medjidié, 5e classe.

— L'Algérie possède depuis la fin de janvier son organe médical. M. le docteur A. Bertherand, médecin principal à l'hôpital du Dey, à Alger, vient de publier le premier numéro d'une *Gazette médicale de l'Algérie*, qu'il annonce devoir faire paraître le 25 de chaque mois.

— Le dernier procès-verbal de la Société de chirurgie devait présenter quelques remarques de M. Larrey au sujet de la communication de M. Bouvier sur le séton ; mais une note relative à cette partie de la discussion n'ayant pas été fournie à temps, M. Larrey n'a pas cru devoir la rédiger après la lecture du procès-verbal.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Holder, né à Liverpool (Angleterre) ; *L'ongle incarné.*

Vilpelle, né à Meaux (Seine-et-Marne) ; *De la transmission des maladies des animaux à l'homme.*

Champeaux, né à Vieil-Saint-Rémy (Ardennes) ; *Des hémorrhagies puerpérales.*

Petit, né à Écot (Haute-Marne) ; *De la noix vomique et de la strychnine.*

Marquézy, né à Rouen (Seine-Inférieure) ; *Une observation de fistule néphro-gastrique.*

Bertin, né à Colombey (Meurthe) ; *Essai historique et critique sur les attaques dirigées contre la vaccine.*

Ollier, né à Châteauroux (Indre) ; *Exposé des différents modes de traitement des ulcérations du col de l'utérus.*

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 FÉVRIER 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

Le bruit a couru depuis quelque temps qu'il existait à Paris une épidémie de fièvres puerpérales. Ainsi que c'était notre devoir, nous nous sommes enquis de ce qu'il pouvait y avoir de fondé dans ce bruit en visitant les principaux établissements consacrés aux services des accouchements. Ni dans les salles de la Clinique ni dans les services spéciaux de l'Hôtel-Dieu et des autres grands hôpitaux, nous n'avons rien vu qui le justifiât ou qui fût de nature à motiver les appréhensions que nous entendions exprimer autour de nous. En était-il de même en ville ? Il était moins facile de s'en assurer immédiatement. On avait dit, en effet, que plusieurs cas de fièvre puerpérale s'étaient manifestés sur des femmes récemment accouchées, et que quelques-unes même y avaient succombé. Mais en consultant individuellement quelques-uns des praticiens les plus répandus, il nous a été facile de nous convaincre que les faits de cette nature étaient très-restreints. Aussi devenait-il inutile d'en occuper nos lecteurs.

La réserve que nous avons gardée à cet égard est pleinement justifiée par les explications qui ont été données hier à l'Académie, sur l'interpellation de M. Moreau. On peut voir, en effet, par ce qu'ont dit MM. Dubois, Velpeau, Collineau, et M. Moreau lui-même, que dans les hôpitaux comme en ville il ne se passe rien en ce moment qui puisse justifier les bruits dont le public s'est ému, et que les quelques faits malheureux qui les ont motivés ne sortent ni par leur nombre ni par leur gravité des limites ordinaires de ce qui s'observe annuellement sur la masse de la population parisienne. Ces explications ont été accueillies avec satisfaction à l'Académie; elles seront accueillies, nous n'en doutons pas, avec la même faveur au dehors.

Après cet incident, l'Académie a entendu une lecture de M. Boudet, candidat pour la section de pharmacie. N'ayant point eu son manuscrit sous les yeux, il nous est impossible d'en donner une idée à nos lecteurs.

M. Renault a commencé ensuite la lecture d'un important travail sur la peste bovine ou le typhus contagieux, que le temps ne lui a pas permis de terminer. Cette lecture nous paraît grosse d'une discussion. Nous aurons très-probablement à y revenir dans huit jours.

Enfin, M, Bonnafont a clos la séance par la lecture d'un mémoire dans lequel il expose les bons résultats qu'il a obtenus de la méthode d'occlusion dans le traitement des ophthalmies. On trouvera au *Compte rendu* un court résumé dans lequel le chirurgien du Roule a formulé son jugement sur la valeur de cette méthode. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Les abcès des grandes lèvres sont-ils dus à une inflammation de la glande vulvo-vaginale dite de Bartholin?

Il vient d'entrer dans nos salles une femme âgée de vingt-cinq ans, portant une grosseur douloureuse dans la grande lèvre droite. D'après les indications fournies par la malade elle-même et avant que j'eusse examiné les parties génitales, j'étais un peu embarrassé, car la tumeur, disait-elle, pouvait avoir le volume d'une noisette et son développement remontait à quinze jours. Or, quand on se plaint d'un gonflement de la vulve, cela fait naître immédiatement dans l'esprit du chirurgien l'idée d'abcès des grandes lèvres; mais, en général, le travail phlegmasique dans ce genre d'affection marche très-vite, et en cinq ou six jours la grosseur a bientôt les dimensions d'un œuf. Rien de semblable n'étant annoncé ici, à quoi pouvions-nous avoir affaire ? Ce ne pouvait être évidemment à quelque chose de chronique; l'intensité de la douleur décelait l'un des principaux caractères de l'acuité. Le mal était-il de nature syphilitique? Non, car il se fût lentement accru, et la douleur eût probablement manqué.

Je touchai la malade, et constatai l'existence d'un abcès gros comme une noix, ayant son siége dans la grande lèvre du côté droit; il était chaud, empâté, fluctuant. Est-il vrai que cet abcès ait mis quinze jours à se développer ? C'est difficile à dire, puisque cinq ou six jours suffisent d'ordinaire ; mais, comme il doit bien peu importer à cette femme de taire la vérité, il est possible, en ajoutant foi à ce qu'elle a avancé, que le travail inflammatoire se soit exceptionnellement accompli dans un laps de temps plus long.

Les abcès de la vulve sont très-communs, et, chose bizarre, ils n'étaient décrits nulle part il y a vingt-cinq ans. Les meilleurs ouvrages de pathologie chirurgicale n'en faisaient point mention quand, le premier, j'en ai tracé l'histoire. M. Barthez a depuis inséré un bon mémoire sur ce sujet dans le *Journal hebdomadaire.* Alors on s'en est occupé, et un confrère a soutenu que ces abcès n'étaient point idiopathiques et qu'ils avaient leur siége dans une glande vulvo-vaginale, dans la glande de Bartholin.

Dans son travail sur *les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux de la femme,* M. Huguier a donné une excellente description de la glande vulvo-vaginale ; il en a également étudié toutes les maladies, et tellement bien étudié, qu'il a peut-être trop richement doté la glande de Bartholin d'états pathologiques. D'après lui, la plupart des abcès de la vulve et des kystes qui en sont souvent une conséquence, ne sont autre chose que des dilatations du conduit excréteur de la glande, avec sécrétions morbides dans ce canal ainsi dilaté, ou bien des abcès de la glande elle-même. Mon opinion à moi est celle-ci : c'est que les abcès des grandes lèvres ne sont pas des adénites, des inflammations de la glande vulvo-vaginale, et je suis même porté à croire que la glande de Bartholin reste toujours parfaitement étrangère à tout travail phlegmasique se développant sur les parties génitales externes chez la femme. M. Huguier conseille, au besoin, l'excision de la glande ; mais à quoi bon, puisque les abcès de la vulve guérissent en général ?

Ces abcès sont le plus souvent causés par des violences extérieures, une action mécanique. On les rencontre habituellement chez les jeunes femmes qui, longtemps privées des plaisirs vénériens, se mettent tout à coup à abuser de leurs fonctions sexuelles. Quand on les interroge avec les précautions voulues sur les antécédents de la maladie, il est rare qu'on n'apprenne pas qu'elles se soient livrées à un coït immodéré et tout à fait excessif. On conçoit aisément que le frottement des lamelles très-minces qui se trouvent dans la région génitale puisse amener des phlegmons. L'abcès marche vite, ainsi que je vous l'ai dit, et on est rarement appelé avant qu'il y ait formation du pus ; aussi ne peut-on pas tenter la résolution. Et puis les femmes, par un certain sentiment de pudeur, attendent toujours le plus possible avant de déclarer où siégent leurs souffrances. C'est ce qui fait que nous disons abcès des grandes lèvres, et non pas phlegmons des grandes lèvres.

Ces abcès amincissent toujours la poche avant de s'ouvrir, et ils s'ouvrent en général du mauvais côté, non pas dans le point déclive ; mieux vaut toujours plus tôt que plus tard. On évite la stagnation du pus dans le sac, et on traite ces inflammations de la vulve par les émollients, soit en bains, en cataplasmes ou en lotions.

Chez la malade de notre service, j'ai fendu l'abcès. Comme les parois ne sont pas très-minces, ce sera bientôt fermé, et sous très-peu de jours elle quittera l'hôpital.

ASILE D'ALIÉNÉS D'AUXERRE.

M. GIRARD DE CAILLEUX.

Détournements nombreux de faible valeur. — Monomanie. — Démence. — Paralysie. — Condamnation en police correctionnelle. — Appréciation de l'état mental de la condamnée.

Considérations générales. — L'affaire exposée dans cet article, et qui a produit une profonde émotion dans l'opinion publique, peut être certainement classée parmi les faits de médecine légale les plus capables d'exciter un vif intérêt; elle soulève également de grandes difficultés dans la solution du problème délicat de l'existence ou de la disparition de la responsabilité morale.

Historique. — Au mois de juin 1854, comparaissait devant le tribunal correctionnel de Tonnerre (Yonne) une dame de charité appartenant à l'une des familles les plus respectables de la localité, sous l'inculpation d'abus de confiance.

Effectivement, au lieu de distribuer aux pauvres l'intégralité des sommes mises chaque mois à sa disposition à certaines époques extraordinaires, elle ne peut ou ne veut indiquer, même en ce qui regarde les derniers temps de sa gestion, dit le procureur impérial, les personnes auxquelles elle aurait donné de l'argent. De plus, on ne trouve aucune trace de l'emploi, si ce n'est pour des chiffres imaginaires. Elle gardait donc, selon toute apparence, une partie du numéraire qui lui était confié.

Voici en outre comment elle distribuait les comestibles, combustibles ou médicaments confiés à sa probité, afin d'être répartis aux malheureux inscrits ou non sur les listes du bureau, sans désignation des personnes auxquelles ces secours doivent être attribués.

Elle délivrait non-seulement à chaque pauvre inscrit des bons de pain et de viande en quantités moindres que celles qui lui étaient assignées, mais encore elle donnait pour le surplus une certaine quantité de bons à des personnes non inscrites sur les listes, en payement de journées de travail et de minces fournitures faites pour son compte personnel, telles que salades, champignons, fraises, etc. Enfin, elle prenait directement, ou faisait prendre par sa domestique, avec des bons qui lui restaient, de la viande et du pain, et les appliquait à la consommation de sa maison.

L'instruction établit en outre que Mme M... conservait dans sa maison ou vendait à diverses personnes, à prix réduit, la majeure partie des mottes à brûler dont elle était chargée de faire la distribution aux pauvres de sa section.

On évalue à moins de 500 fr. par an la somme totale des petits détournements qui ont eu lieu successivement dans le cours de l'année; et sur ces 500 fr., on compte un prélèvement en argent de 19 fr. 25 c. pour secours ordinaires, et de 14 fr. 5 c. pour secours extraordinaires.

En conséquence, Mme M... comparaissait devant le tribunal correctionnel de Tonnerre, sous la prévention du délit d'abus de confiance, délit prévu et puni par l'article 408 du Code pénal.

La nature des objets détournés, leur peu de valeur, formaient un tel contraste avec la position sociale, la situation de fortune et l'honorabilité de la famille de Mme M..., que ses parents pensèrent qu'on ne pouvait expliquer une pareille conduite que par une aberration mentale.

Invité par la famille de Mme M... à me rendre auprès de cette dame, afin de l'examiner et de faire connaître sa situation mentale, je dus me borner à constater l'état présent de l'inculpée dans un rapport longuement détaillé, précédé de l'opinion exprimée par le docteur Cœurderoy, dans un certificat délivré par lui, et suivi des consultations produites par les docteurs Ferrus et Paradis.

De toutes ces pièces, il résultait que Mme M..., âgée de cinquante-quatre ans, avait la face pâle, sans expression, les traits affaissés; qu'on observait une très-légère déviation de la commissure des lèvres à gauche; que le côté gauche du corps paraissait plus affaibli que le côté droit; qu'il existait quelques soubresauts des tendons appréciables en tâtant le pouls; que la parole était embarrassée et que l'inculpée hésitait en s'exprimant.

En outre, nous avons noté les symptômes suivants: Mme M... se plaint de céphalalgie, de pesanteur, de serrement de tête, sensation qu'elle compare à l'impression que produirait un cercle de fer qui comprimerait la tête au milieu des tempes ; elle accuse de l'insomnie, des étourdissements qui l'obligent à s'arrêter, à s'asseoir, et qui remontent à l'époque critique, qui s'est fait remarquer il y a dix ans par la brusque suppression des règles. Les organes des sens sont affaiblis; la vue est troublée; les pupilles sont contractiles. L'ouïe est un peu dure; il y a des bourdonnements, des sifflements, des chuchotements dans les oreilles. Les aliments sont insipides, ainsi que les boissons. L'odorat a perdu sa finesse; le tact est émoussé, les sensations internes sont obtuses; le besoin des aliments et des boissons est presque nul; il y a de la constipation. Les urines sont rares, sédimenteuses; la peau est malpropre; le corps exhale une odeur fétide.

La mémoire, particulièrement celle des faits récents, est très affaiblie. Mme M... ne se rappelle pas un moment après ce qu'elle a fait, et se contredit fréquemment. Elle paraît profondément indifférente à tout ce qui se dit ou se passe autour d'elle. On remarque une absence complète de spontanéité; elle resterait muette pendant longtemps si on ne lui adressait pas la parole. Une pensée semble survivre au milieu des ruines de son intelligence, de sa

sensibilité et de sa volonté : c'est celle de ramasser, de serrer, d'économiser.

La mère de Mme M... s'est fait remarquer par des idées et des actes bizarres qui indiquaient une aberration mentale; elle vivait dans l'isolement, et avait une telle répugnance à sortir de sa chambre, que, sans maladie apparente, elle ne voulut même pas aller à l'église le jour du mariage de sa fille, mariage qui s'était conclu avec son assentiment. Elle se plaignait habituellement de douleurs de tête et d'estomac.

La sœur de Mme M... vit retirée dans une ferme; elle est d'une humeur chagrine, et se préoccupe constamment de la mort, qu'elle redoute beaucoup. Les émotions un peu fortes lui causent des attaques de nerfs.

En conséquence, les conclusions de mon rapport, identiques à celles des certificats et consultations de MM. les docteurs Cœurderoy, Ferrus et Paradis, établissaient que Mme M... était atteinte d'un ramollissement du cerveau qui affaiblissait d'une manière notable ses facultés mentales, et la privait *actuellement* de la plénitude de sa liberté morale; que cette maladie grave était incurable, et qu'elle exigeait des soins spéciaux et le transfert de l'inculpée dans une maison de santé.

En cet état de choses, M. le juge d'instruction du tribunal de Tonnerre chargea les docteurs Campenon et Le Moyne d'examiner Mme M..., contradictoirement aux médecins précédents.

Ces deux honorables confrères adressèrent à l'autorité judiciaire un rapport destiné à réfuter les opinions émises plus haut, rapport dont voici les conclusions :

« La dame M..., à la prison et à son entrée à l'hospice, était affectée d'une congestion sanguine du cerveau. L'ensemble des symptômes qu'elle nous a présentés ne nous a pas permis d'admettre un ramollissement cérébral ou toute autre maladie la privant de l'usage de sa raison et lui ôtant la conscience de ses actes. Elle n'a point cette monomanie du vol commune chez les aliénés. Elle n'est pas aliénée. Elle n'a point été atteinte d'un de ces cas de folie instantanée quelquefois observée chez les personnes inculpées de vol. Les actes qui lui sont reprochés remontent à de longues années; ils indiquent une sorte d'habitude, une constance qui n'est pas compatible avec l'influence d'une aberration mentale momentanée.

» La répétition des mêmes actes pendant un temps aussi long, sans lésion de l'intelligence, nous fait rejeter aussi cette monomanie caractérisée par la lésion de la volonté et l'entraînement irrésistible des facultés affectives et morales.

» En résumé, l'intelligence n'est pas diminuée; le cerveau n'est pas altéré; il n'y a pas perturbation du raisonnement.

» La santé est affaiblie; elle a été détériorée par de nombreuses privations, par des habitudes sédentaires, par des maladies anciennes, par des tourments qui ont produit tous les ravages de la souffrance morale et contribué à augmenter la débilité générale des organes.

» Aussi pensons-nous qu'elle ne doit être réintégrée dans les maisons d'arrêt qu'à une époque rapprochée du jugement. Les encouragements de la religieuse chargée de la soigner, les consolations qu'elle lui prodigue, les ménagements dont elle est l'objet nous paraissent de nature à soutenir son physique en relevant son moral. »

Ce rapport m'ayant été communiqué par la famille pour avoir mon avis, je délivrai un mémoire dans lequel je prouvai que les raisons données par MM. Campenon et Le Moyne pour nier le ramollissement, loin d'ébranler mes convictions, ne faisaient que me confirmer dans mon opinion.

L'étude postérieure des pièces concernant Mme M... (après le prononcé d'un jugement correctionnel portant condamnation) m'a révélé encore que deux de ses oncles étaient morts des suites d'une affection cérébrale, qu'un troisième s'était encore singularisé par son avarice, sa bizarrerie et son originalité.

Et puis comment peut-on expliquer qu'une femme portant un nom honorable, riche, puisque son mari possède une fortune bien établie de 400 à 500,000 francs, jouissant de la considération publique, puisse s'exposer librement à perdre la plus grande partie de ces précieux avantages pour augmenter sa fortune de sommes si modiques? Et en admettant que telle fût son intention, comment supposer qu'une personne raisonnable pût faire ouvertement étalage de sa honteuse conduite ? Le simple bon sens ne se refuse-t-il pas à croire qu'on puisse, dans cette position, risquer librement son honneur et sa liberté pour une salade, des champignons et un panier de fraises ? Le moindre calcul raisonnable, le moindre empire sur soi-même n'éloigneraient-ils pas le procédé dont se servait Mme M... d'échanger des bons de pain contre le lavage de son linge, contre une poignée de légumes, livrant ainsi au premier venu, à sa domestique, aux pauvres eux-mêmes, les plus intéressés à la dénoncer, le secret de sa honte et de son déshonneur ?

Et si maintenant nous reportons nos regards sur la conduite de Mme M... dans son intérieur, ne voyons-nous pas cette conduite en flagrant désaccord avec les actes dont l'étrangeté nous étonne ?

Ainsi les faits démontrent, et ses notaires établissent, qu'elle s'est toujours renfermée dans les limites honnêtes et légales des prêts hypothécaires. Bien plus, la plaidoirie prouve qu'elle laissait parfois périmer les obligations qu'on avait souscrites en sa faveur, qu'elle les confondait dans ses meubles, par un désordre qu'on ne peut qu'appeler morbide, avec des chiffons ou autres objets bons à brûler tant ils avaient peu de valeur.

Mme M... n'aurait-elle pas pu, en surveillant avec soin une ferme magnifique qu'elle possède à une lieue de Tonnerre, accroître l'importance de ses revenus bien au delà de ses minces détournements ; tandis que le débat fait connaître que non-seulement elle n'y avait jamais mis les pieds, mais qu'elle signait chaque année, sans les vérifier, les comptes importants que son beau-frère lui présentait, ne craignant pas de perdre de l'argent par une gestion négligée de sa fortune ?

Enfin, le plaidoyer ne fait-il pas ressortir que cette même dame, qui se précipitait dans la rue pour ramasser un brimborion, un petit morceau de paille ou de bois, qui payait des fraises, des champignons, une salade avec un bon de pain, se montrait généreuse dans certains moments, accordait du temps à des débiteurs qui se plaignaient de leur gêne et de la difficulté à servir leurs intérêts, au point d'attendre parfois d'année en année et de perdre les intérêts ? Les dépositions ne signalent-elles pas que Mme M... prêtait dans une autre circonstance, de son propre mouvement, sans autre garantie que la bonne foi du débiteur, 500 ou 600, et même 1,000 francs, à une personne qui sollicitait son assistance en lui disant qu'elle était perdue, qu'on allait tout lui vendre, qu'il n'y avait plus d'avenir pour elle si elle ne trouvait pas cette somme ?

Comment expliquer cette émotion anxieuse que lui faisaient éprouver les plus légères pertes d'argent et l'indifférence qu'elle manifestait lorsqu'on lui en annonçait d'importantes !

Donnera-t-on pour mobile à cette conduite bizarre, extravagante la passion de l'avarice, car ce ne peut être ni l'orgueil de la vie, ni la concupiscence des sens, ni le besoin, ni l'amour de ses enfants ? Ce n'est point l'orgueil de la vie : sa maison, sa personne et son genre de vie l'attestent suffisamment ; sa maison et sa personne ne respirent-elles pas le désordre et la malpropreté ? Une nappe est un luxe inconnu dans son ménage ; elle reste des mois entiers sans se peigner ; sa mise est tellement simple, qu'elle emprunte à sa domestique ses tabliers, ses bonnets.

Ce n'est point la concupiscence des sens, puisqu'elle se refuse toutes les jouissances de la vie ; ce n'est pas le besoin, puisque son mari la laisse disposer de toute sa fortune et ne s'occupe même jamais de la gestion financière de la maison ; enfin ce n'est point l'amour de ses enfants, puisque Mme M... n'en a jamais eu. Ce ne pourrait donc être que l'avarice.

Or l'avare jouit de la vue de ses trésors, il les palpe avec délices, ils sont pour lui la cause de ses plus douces, de ses plus intimes et profondes jouissances ; il s'enferme avec eux et les dérobe à tous les yeux, ne les croyant en sûreté que sous sa main.

Où est l'or de Mme M... ? Elle a une ferme à une lieue de chez elle, et non-seulement elle en néglige la gestion, mais encore elle se prive de la voir ; elle a des billets de banque et les renferme pêle-mêle avec des objets sans valeur.

L'avare accumule des trésors par amour de la vie, dans la crainte de manquer du nécessaire ; Mme M... manifeste souvent le dégoût de la vie et se refuse le nécessaire.

La jouissance de l'avare, avons-nous dit, consiste dans la contemplation de ses trésors, dans le compte qu'il en fait, dans la certitude mathématique qu'il éprouve à penser qu'ils suffiront à toute son existence : aussi sa caisse et ses biens sont-ils l'expression de l'ordre et de la parcimonie, et tous ses actes sont-ils empreints d'un profond calcul.

Chez Mme M..., le désordre est à son comble : elle n'inscrit aucune recette ni aucune dépense ; elle ne se rend compte de rien ; elle allume son foyer et consume une portion de chandelle pour épargner une allumette.

Au milieu de ces bizarres contradictions qui trahissent évidemment un trouble de l'intelligence et qui se lient, comme nous l'avons vu, à un état physique anormal, étudions sa conduite vis-à-vis de ses parents et de son mari.

Son neveu, qu'elle avait appelé près d'elle pour en tirer parti, devient bientôt un objet de haine et d'antipathie ; elle prend ombrage de l'affection que lui porte son mari dans la crainte que sa succession ne lui échappe.

Son mari n'est pour elle qu'un objet de convoitise par rapport à sa fortune : elle le prive de tous les objets nécessaires à son bien-être, et même à la conservation de ses jours. En somme, les détails dans lesquels nous pourrions entrer seraient trop longs, trop fastidieux à dire : il manque de feu, de linge, de nourriture convenable. Elle le domine pourtant par son caractère acariâtre, et il la laisse maîtresse par amour de la paix.

Si donc nous groupons les circonstances d'hérédité, d'âge, de changements survenus dans la santé physique, dans les habitudes, dans le caractère, dans l'intelligence ; si nous étudions les actes contradictoires de Mme M... par rapport à sa position sociale, à l'honorabilité de sa famille, à sa situation de fortune, aux résultats qu'elle aurait pu obtenir par une voie habituellement tolérée ; si nous constatons l'inanité, l'inconstance et la contradiction du but : l'inanité, puisqu'elle ne se procure aucune jouissance et désire la mort ; l'inconstance, puisqu'elle vole et donne ; la contradiction, puisqu'elle accumule par amour de la vie et par moments manifeste des tendances au suicide ; si nous rapprochons ces circonstances de l'état postérieur aux actes incriminés, on ne peut s'empêcher de reconnaître que Mme M... était aliénée non-seulement avant, mais encore pendant et après la perpétration de ses actes.

Mais quelle était la nature de l'aliénation ?

Ici se présente l'importante question de la monomanie, de la démence et de la paralysie.

Monomanie. — Mme M... semble intelligente au commun des hommes ; mais qui ne sait aujourd'hui que les monomaniaques jouissent du triste privilége d'une apparente intelligence ? Je dis triste, puisqu'il les assimile aux gens raisonnables et par conséquent responsables, quoiqu'ils soient privés de leur liberté morale. Cependant une intelligence qui se sent incapable de donner aux inclinations une autre direction, qui ne juge ce qui l'entoure que sous l'influence de cette idée, qui coïncide avec une altération progressive des deux principales facultés de l'homme, la sensibilité morale et la volonté, est-ce là une intelligence saine ? Or Mme M... ne nous en offre-t-elle pas un triste exemple (1) ?

Démence. — Concurremment avec cette idée fixe qui la domine, sa santé s'altère, les organes des sens s'affaiblissent, l'analgésie se développe, la nutrition languit, la faculté locomotrice faiblit ; elle est prise de syncope, se plaint de maux de tête, d'insomnie, etc.

Puis les actes de Mme M... trahissent de plus en plus l'affaiblissement graduel de l'intelligence ; elle échange publiquement des bons de pain contre les plus minces services ; la mémoire se perd, l'insensibilité morale se manifeste, etc. N'est-ce pas là le signe de la démence commençante ?

Paralysie générale. — Enfin des congestions cérébrales passives surviennent ; la paralysie incomplète se déclare, l'incohérence succède ; n'est-ce point la terminaison fréquente de ces sortes d'affections ?

Conclusion. — Nous avons vu ce qu'était Mme M... ; nous avons constaté l'empire qu'elle avait su et pu conquérir sur elle-même ; la direction qu'elle avait su et pu imprimer à ses idées, à ses sentiments et à ses actes.

Nous avons assisté à sa déchéance physiologique et morale, à ses contradictions, indices d'une lutte impossible ; à ses défaillances intellectuelles, au désordre de ses pensées et de ses actes en désaccord avec les règles du sens le plus vulgaire.

Monomanie, démence, paralysie, telles ont été les phases successives de sa triste existence, marche fréquente de ce genre d'aliénation.

Que conclurons-nous de ces faits, sinon que les actes incriminés commis par elle sont empreints de folie, et qu'elle ne saurait en subir la responsabilité ?

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

sur le traitement de la syphilis constitutionnelle par le mercure et l'iodure de potassium (2).

Par M. le docteur H. Montanier.

§ V. — *De la nécessité de varier dans un même traitement les préparations mercurielles.* — C'est là un des points les plus importants du traitement de la syphilis, ce dont malheureusement les praticiens sont loin d'être suffisamment convaincus. Sans doute ce n'est pas telle ou telle préparation de mercure qui guérit la vérole, mais bien le mercure en général ; cependant il faut savoir aussi que telle préparation convient mieux que telle autre dans une circonstance donnée ; que là où l'iodure hydrargyrique échoue, le sublimé sera héroïque ; que la liqueur de Van-Swieten ne remplace pas toujours les pilules de deuto-chlorure ; que dans les cas enfin où toutes les autres préparations ont échoué, l'acétate de mercure peut exceptionnellement réussir.

Or, il est triste de le dire, mais cela est, beaucoup de praticiens traitent tous les vérolés, ceux-ci avec ce qu'ils appellent les pilules de M. Ricord (iodure de mercure), qu'ils ne se donnent même pas la peine de formuler, et dont souvent ils ne connaissent pas au juste la préparation, ceux-là avec les pilules de Dupuytren ; les uns avec les pilules de Sédillot, les autres avec la liqueur de Van-Swieten. Toutes ces préparations sont excellentes sans doute, et elles réussissent le plus souvent, à la vérité ; mais elles peuvent dans certains cas échouer isolément, et il est nécessaire par conséquent de pouvoir les varier et les modifier selon les circonstances.

En thèse générale (ce n'est pas l'opinion dominante aujourd'hui), le deuto-chlorure de mercure m'a paru surtout convenir dans les accidents les plus récents de l'infection syphilitique, c'est-à-dire dans l'induration ganglionnaire et les variétés les plus légères des syphilides. Je fais fréquemment usage de la liqueur de Van-Swieten surtout chez les femmes, parce que, mélangée avec du lait, c'est une des préparations mercurielles les mieux tolérées par l'estomac. Mais il ne faudrait pas croire cependant, comme on l'a dit et redit, que le sublimé ne donne jamais lieu à la salivation ; c'est là une erreur facile à constater.

Dans les accidents syphilitiques qui indiquent une infection plus ancienne et plus profonde, le proto-iodure hydrargyrique m'a paru plus utile que le deuto-chlorure. Cependant il est bon de savoir que ces règles subissent de très-nombreuses exceptions.

Enfin, dans quelques cas de syphilis rebelle et invétérée, l'acétate de mercure, vanté par Parent-Duchâtelet, m'a rendu de véritables services, et mon ami le docteur Follin a eu aussi à s'en louer. Seulement ce médicament, extrêmement énergique, ne doit trouver qu'exceptionnellement place dans la thérapeutique de la vérole.

Pour prouver combien il est nécessaire de varier les préparations mercurielles, de ne pas s'en tenir à une formule unique, de revenir à des moyens déjà employés une première fois, je rappor-

(1) Voir dans les *Annales médico-psychologiques*, janvier 1856, le mémoire de M. Girard de Cailleux, intitulé *Opinion sur la monomanie.*

(2) Fin. — Voir les numéros des 19, 24 janvier et 2 février.

terai en raccourci l'observation suivante, curieuse à plus d'un titre :

M. X..., docteur en médecine, d'un tempérament sanguin, d'une bonne santé habituelle, a contracté, au mois d'août 1852, un chancre induré du prépuce. Au mois de septembre, il s'est mis à l'usage de l'iodure de mercure. Malgré cela, les accidents secondaires se sont rapidement développés, et il a eu tour à tour des syphilides eczémateuses, exanthématiques, un herpès de la partie interne de la cuisse droite, qui a duré fort longtemps. Notre malade s'est alors, comme il dit, gorgé d'iodure de potassium. Son état, au lieu de s'amender, n'a fait que s'aggraver, et vers la fin de 1853 il lui est survenu des tubercules isolés à la face, au cou et aux membres supérieurs. Il a pris alors pendant quelque temps de la liqueur de Van-Swieten ; puis enfin, découragé, il s'est mis entre les mains des charlatans. Il a fait usage du rob de Laffecteur sans le moindre succès. C'est alors qu'il est venu réclamer mes soins, le 6 février 1854.

L'état dans lequel se présente le malade est très-grave. Çà et là, sur la face, se trouvent disséminés des tubercules de volumes divers, depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette. Ils sont mollasses, indolores, même au toucher; quelques-uns semblent sur le point de s'ulcérer. Trois d'entre eux le sont déjà, à la lèvre supérieure, sur le sourcil droit et à la paupière supérieure de l'œil droit. Ces ulcérations sont profondes, à bords taillés à pic; à fond grisâtre, pultacé, de mauvais aspect, fournissant en assez grande abondance un pus mal lié. M. X... porte encore à la nuque, au bras droit et à l'avant-bras gauche des ulcérations de même nature et de même aspect. D'ailleurs, toute la scène paraît se passer du côté de la peau. Pas de douleurs ostéocopes; pas de tumeurs dans les os; les testicules sont sains; le sommeil et l'appétit sont parfaitement conservés, ainsi que les forces. En un mot, et malgré la gravité de l'état local, la santé générale reste assez bonne.

J'ai donné des soins à M. X... jusqu'au 30 mars suivant : il a pris de la tisane de gaïac et de salsepareille; des pilules de deuto-chlorure de mercure à dose progressivement croissante, et j'ai plusieurs fois cautérisé les ulcérations avec le nitrate acide de mercure.

Sous l'influence de ce traitement, un mieux très-sensible s'est rapidement montré, et en dernier lieu les ulcérations étaient parfaitement guéries, laissant à leur place des cicatrices légèrement déprimées et d'une teinte rouge cuivrée. Seulement le malade était assez fortement enchifrené, et il existait encore dans le nez une ulcération qui n'était pas parfaitement guérie.

M. X..., qui avait dû se condamner à garder la chambre, sortait depuis quelques jours et recommençait à voir ses malades. Je songeais, tout en continuant les mercuriaux, à le mettre de nouveau à l'usage de l'iodure de potassium, quand il me déclara tout net qu'il était guéri et qu'il interrompait son traitement.

Mes observations ne purent rien contre une détermination fortement arrêtée. J'eus beau prédire au malade que, n'étant pas radicalement guéri, de nouveaux accidents ne tarderaient pas à se montrer, rien n'y fit.

Trois mois après, le mal avait repris le dessus, et aujourd'hui le malade, dans un état plus grave que jamais, est allé demander des soins à un de nos savants confrères, à qui il fera bien d'obéir mieux et surtout plus longtemps qu'il ne m'a obéi.

On voit clairement dans cette observation avec quel succès fut administré le deuto-chlorure de mercure chez un malade qui avait déjà pris de la liqueur de Van-Swieten et du proto-iodure d'hydrargyre, et cependant en pareil cas j'ai vu des praticiens renoncer aux mercuriaux sous prétexte que le malade en avait déjà pris de suffisantes quantités. Si j'avais échoué, je me serais adressé à l'acétate de mercure ; je serais sans nul doute revenu au proto-iodure d'hydrargyre et même j'aurais eu recours au *traitement par la faim*, car il ne faut jamais désespérer quand on a à combattre la vérole.

Plus docile, le malade aurait-il guéri ? En vérité, je le crois, car j'avais en deux mois obtenu un résultat tel que je pouvais tout espérer. Dans tous les cas, les praticiens peuvent apprendre par là que la vérole n'est jamais guérie tant qu'il reste un germe à poursuivre, et qu'il ne faut pas traiter le malade tant de jours ou avec tant de pilules, mais bien pendant tout le temps où l'on peut soupçonner que la dernière racine du mal n'a pas été extirpée.

Dans un grand nombre de cas de syphilis, il est bon d'unir l'usage interne et externe du mercure. J'ai vu beaucoup de formes de syphilides que le mercure pris à l'intérieur semblait ne modifier en aucune façon, pâlir et s'éteindre rapidement dès que les malades avaient pris quelques bains de sublimé. Il est bon cependant, en général, d'éviter ces derniers dans les syphilides ulcérées. Dans quelques cas rares, enfin, on se trouvera bien d'unir les frictions mercurielles à l'usage du mercure à l'intérieur; mais alors il faut bien attentivement surveiller les gencives.

§ VI. — *Traitement des accidents tertiaires. — Iodure de potassium.* — J'ai peu de choses à dire sur le traitement de la syphilis tertiaire par l'iode ; quelques mots suffiront. J'ai déjà dit que les préparations d'iode constituaient le spécifique par excellence des accidents tertiaires, et, si j'y reviens, c'est que cette vérité ne saurait être trop mise en relief. Devant un cas douteux, en présence d'une de ces tumeurs dont le diagnostic est embarrassant, le médecin ne doit jamais négliger d'employer l'iodure de potassium comme pierre de touche. S'il a affaire à une affection syphilitique, la tumeur se fondra en quelque sorte sous l'influence du traitement, et cela avec une rapidité vraiment prodigieuse. Le mercure, au contraire, serait tout à fait inutile dans ces cas.

Cependant, il est parfaitement vrai que l'iode n'est pas un aussi bon antisyphilitique que le mercure; souvent même l'iode ne paraît nullement jouir de la propriété antisyphilitique, même dans les cas où il semble le mieux indiqué. Il semble qu'il ne soit destiné qu'à terminer ce que le mercure seul ne pourrait faire; et dans un très-grand nombre d'occasions il serait complétement inutile si déjà l'organisme n'était imprégné de mercure. De là la nécessité de ce précepte, que j'ai déjà donné plus haut : « Avant de faire prendre » l'iodure de potassium, ou en même temps que ce dernier médi- » cament, ordonnez au malade quelques préparations mercurielles. »

L'iode ou l'iodure de potassium est un médicament que tout le monde manie aujourd'hui avec la plus grande hardiesse. On semble avoir oublié ou n'avoir pas appris que ce remède si utile n'est cependant pas exempt de tout danger. Ainsi, le praticien doit bien savoir, et au besoin prévenir même les malades, que les préparations d'iode donnent souvent lieu à des éruptions cutanées, à du coryza, du larmoiement, de la céphalalgie, à un vrai rhume de cerveau enfin, de courte durée, à la vérité, mais fort incommode. Chez certaines personnes, ce rhume de cerveau se montre très-rapidement, et sous l'influence de la dose la plus minime du médicament. On observe aussi quelquefois des troubles nerveux assez singuliers et généralement passagers. Il n'est pas rare de voir survenir, chez les femmes, un dérangement du côté des fonctions menstruelles, et quelquefois un peu de métrorrhagie. Mais ces accidents sont peu importants. En voici de plus graves, et auxquels le médecin doit faire la plus sérieuse attention : il est incontestable que l'iode a sur les glandes une action atrophique remarquable, et que sous son influence on peut voir les testicules s'atrophier considérablement, et les érections diminuer ou même cesser complétement. Le tissu de la glande mammaire peut s'atrophier aussi et la sécrétion lactée diminuer en proportion; fait très-important à connaître s'il s'agissait de traiter une nourrice. Enfin, M. Maisonneuve et moi avons cru remarquer que l'usage de l'iodure de potassium à haute dose n'était peut-être pas sans influence sur la production du cancer de l'estomac chez les hommes jeunes.

Quelques médecins ont donné l'iodure de potassium à des doses vraiment fabuleuses; il est probable que les malades ne prenaient pas tout le médicament. En général, on doit le donner à faible dose, commencer par 0,50 à 1 gramme, et ne pas dépasser 3 à 4 grammes d'iodure de potassium en vingt-quatre heures.

Généralement, l'iodure de potassium est bien toléré, et ne fatigue pas les organes digestifs; aussi l'emploie-t-on à peu près toujours à l'intérieur. Cependant, dans quelques cas, on l'incorpore à des graisses pour l'appliquer en topique, soit comme traitement général, soit plus fréquemment comme traitement local. Ainsi, on peut hâter la fonte des tumeurs gommeuses par l'application de semblables pommades. Toujours est-il cependant qu'on ne peut nullement comparer les frictions iodiques aux frictions mercurielles, et que les premières constituent un simple moyen accessoire d'assez médiocre importance.

OBSERVATION CURIEUSE DE SUPERFÉTATION.

Par M. le docteur Jobert (de Guyonvelle).

Mme H..., âgée de trente-six ans et mariée depuis quelques mois seulement, devint enceinte presque aussitôt.

D'un tempérament bilioso-sanguin, elle jouit habituellement d'une bonne santé.

Voici les signes présomptifs d'après lesquels cette femme a cru à une grossesse :

Elle a toujours été réglée très-exactement et abondamment, et depuis quatre mois le flux menstruel est supprimé. Elle a subi quelques troubles du côté des fonctions digestives, suivis d'appétits bizarres; il y a eu endolorissement des seins avec commencement de sécrétion laiteuse et développement sensible du ventre.

Elle accuse et souffre d'un grand embarras dans le ventre, avec un malaise général et profond (mais elle ne peut qualifier ni l'un ni l'autre); et cependant, sans autres motifs ni plaintes, cette femme s'attriste et maigrit d'une façon très-remarquable pour tous ceux qui l'entourent.

Les choses en étaient là depuis près de quatre mois, quand tout à coup, un matin à son réveil, Mme H... s'aperçoit que son ventre a presque disparu, ainsi que l'embarras dont il était le siége; encore quelques jours, et elle avait repris à la fois ses allures, sa vivacité, son travail et sa gaieté.

Un mois entier s'écoula ainsi, à la grande satisfaction de cette femme.

En ce moment le ventre grossit de nouveau, mais sans embarras ni souffrance et sans aucun accident que ce soit.

Il continua à grossir ainsi jusqu'à la fin du neuvième mois, depuis ce second développement du ventre, et jusqu'à la fin du treizième mois, depuis les premiers accidents que je viens de rapporter.

Cependant toutes les commères du lieu suivaient jour par jour les progrès de la grossesse de Mme H...; les délais sont passés, et Mme H... n'accouche pas; mille propos et commentaires surgissent de toutes parts; la malade s'en affecte et s'en inquiète surtout : chaque jour qui s'écoule lui apporte de nouvelles angoisses, de fiévreuses et croissantes frayeurs.

Ce n'est plus, pour tout le monde, une grossesse ordinaire; cette femme n'est plus comme les autres : ceux-ci la voient d'une façon, ceux-là la voient d'une autre. Le jugement public est porté; elle doit en mourir; elle en mourra; elle en mourut réellement.

Mais revenons à Mme H... Dans les plus belles conditions de conformation qu'il soit donné de rencontrer jamais, elle arrive enfin au terme de sa grossesse. Après quarante-huit heures des premières ou petites douleurs (une sage-femme assistant à ces préludes de l'accouchement), des accidents spasmodiques généraux ou nerveux survinrent, et dès ce moment la malade tomba dans un profond état d'affaiblissement et de découragement moral.

Cependant le ventre se pelotonnait assez régulièrement; mais à chaque fois des douleurs de reins atroces, fatigantes toujours et inutiles, venaient arracher à la malade des cris aigus et douloureux. Ajoutons que rien n'indiquait, du côté du col utérin, que l'accouchement dût bientôt se terminer.

La sage-femme s'inquiéta à son tour, et je fus appelé.

Prescription. — Un grand bain, dans lequel, vu l'état de surexcitation de la malade, elle restera deux grandes heures.

Les résultats parurent tout d'abord devoir être satisfaisants; les angoisses et douleurs de reins avaient presque disparu. La journée se passa assez bonne; mais vers le soir, les mêmes accidents nerveux ayant reparu, le travail ne marchant point d'ailleurs, et le pouls ayant lui-même une certaine fréquence et une notable exagération, j'ordonnai une large saignée du bras.

Le lendemain matin, l'état est le même à peu près, moins l'acuité des douleurs, qui s'est un peu amoindrie. La malade accuse le besoin d'aller sur le siége (il n'y a pas eu de garde-robes depuis *six* jours). Un lavement est prescrit, et bientôt rendu sans résultats. Un second lavement succède au premier; il est chargé d'une petite quantité de sel, qui doit le rendre plus actif. En effet, deux larges selles sont la suite immédiate de ce lavement.

Nous sommes au commencement de la quatrième journée. Celle-ci se passa comme la précédente, si ce n'est que la malade n'éprouva plus aucune douleur, même légère, vers les reins, ni dans le ventre.

Le cinquième jour, au matin, je fus prévenu que le travail paraissait s'annoncer dans des conditions avantageuses et normales; la patiente me priait de venir la voir.

Je pratiquai le toucher. Le col utérin est à peine entr'ouvert. Mais presque instantanément des douleurs exagérées arrivèrent, pressantes et périodiques, ou intermittentes, comme elles ont lieu quelques instants avant la parturition.

Le travail marcha rapidement. En quelques minutes la poche des eaux s'est formée et rompue d'elle-même; au même moment le bras droit a franchi le col de la matrice et la vulve.

Après de nombreuses exhortations, et déjà un temps fort long s'étant écoulé, la malade consentit à ce que je fisse la version. Les manœuvres se firent avec assez de promptitude et de facilité. Après quelques courts instants, je ramenai un enfant mort, d'une grosseur rare, j'ai presque dit prodigieuse (il pesait plus de 6 kilogrammes), ainsi qu'il résulte du témoignage des nombreux spectateurs ou intéressés qui se trouvaient là.

Pendant que j'opérais la version, ma main rencontra sur les parois latérales droites de la matrice une tumeur bosselée, dure, allongée de 15 centimètres environ, ayant la forme et presque le volume d'une petite bouteille (connue sous le nom de *demi-galon*).

Un moment ma main s'arrêta; ma surprise s'était communiquée jusqu'à elle.

Cependant j'avais saisi les pieds; je me hâtai donc de délivrer cette femme pour laquelle ce résultat devait être la confiance et la vie. J'avertis les parents de ma découverte, mais aucun d'eux ne consentit à ce que je pénétrasse de nouveau dans la matrice.

Pendant les trente-six premières heures depuis l'accouchement, tout se passa naturellement. Mais après ce temps, le ventre se météorisa indéfiniment; tous les accidents les plus prompts et les plus violents d'une métro-péritonite surgirent instantanément et comme spontanément. Tout était désespéré, et toutes les ressources de l'art jugées inutiles.

Une syncope profonde et prolongée, qui précéda les derniers moments de la malade, amena l'expulsion du squelette momifié, ou mieux du cadavre desséché d'un fœtus de quatre mois environ. Quelques instants après la malade mourait.

J'ai demandé l'autopsie; elle m'a été refusée.

Réflexions. — Les premiers accidents ou dérangements à la suite desquels Mme H... croit à une grossesse, qu'elle annonce à tout le monde, datent du mois d'avril;

Les seconds, avec le développement du ventre, surviennent au commencement d'août;

L'accouchement a lieu le 11 mai suivant, c'est-à-dire treize mois après.

Conclusions. — 1° Je crois fermement qu'il y a eu superfétation;

2° Le premier fœtus, s'étant développé dans des conditions morbides non appréciées, non combattues et qui ont disparu d'elles-mêmes, est mort, et s'est squelettisé, momifié, desséché dans sa prison (ses membranes propres);

3° Une seconde grossesse a eu lieu, qui a heureusement parcouru toutes ses phases, et qui serait sans aucun doute arrivée à bonne fin pour la mère et pour l'enfant sans l'excitation nerveuse à laquelle la femme fut en proie pendant plusieurs jours de suite, et sans les lenteurs exagérées et insolites du travail.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 février 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département des Vosges en 1855;

2° Un rapport final de M. le docteur Billot, médecin des épidémies de l'arrondissement de Poligny, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Loule (Jura) en 1855;

3° Un rapport de M. le docteur Idrac, sur l'état sanitaire de l'arrondissement de Toulouse pendant la même année;

4° Un rapport supplémentaire de M. le docteur Yvonneau, sur une épidémie d'angine couenneuse dans la commune d'Autainville (Loir-et-Cher);

5° Un rapport de M. le docteur Thiébaut, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Rémoville (Vosges). (Commission des épidémies.)

Choléra. — 6° Un rapport de M. le docteur Masson, sur une épidémie de choléra qui a régné dans la commune de Menessaire (Côte-d'Or). (Commission du choléra de 1854.)

Eaux minérales. — 7° Un rapport de M. le docteur Tellier, sur le

service médical de l'établissement d'eaux minérales de Bourbon-Lancy (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Goutte et rhumatisme. — M. le docteur Le Calvé, médecin à Luzarches (Seine-et-Oise), adresse un mémoire sur le traitement et la guérison de la goutte et du rhumatisme aigu et chronique. (Commissaire : M. Bouillaud.)

Bandage herniaire. — M. V. Collardot, ex élève des hôpitaux, soumet à l'appréciation de l'Académie un bandage herniaire inguinal double. (Commissaires : MM. Malgaigne et Ricord.)

Influence du transport par les chemins de fer sur la santé des animaux. — M. le docteur E.-L. Bertherand, professeur d'hygiène industrielle à l'Ecole professionnelle du Nord, à Lille, adresse un travail intitulé *De l'influence du transport par les chemins de fer sur la santé des animaux destinés à la boucherie et à l'engraissement.* (Commissaires : MM. Delafond et Bouley.)

Literie des hôpitaux. — M. Gariel adresse un mémoire sur une modification à introduire dans la literie des établissements hospitaliers.

L'auteur se propose d'examiner dans ce mémoire ces deux questions :

La paillasse est-elle hygiénique, commode, économique?

Peut-on lui substituer avantageusement un autre mode de couchage dans les établissements hospitaliers?

Pile galvanique pour l'usage médical. — M. A. Breton soumet à l'examen de l'Académie une pile galvanique qu'il a construite pour l'usage médical. (Commission déjà nommée.)

Instrument pour l'extraction d'une épingle de la vessie. — M. Charrière fils soumet à l'Académie un instrument à l'aide duquel M. le professeur Galli (de Lucques) a extrait de la vessie d'une femme une épingle double à cheveux.

Il se compose d'une tige métallique à une des extrémités de laquelle est soudé perpendiculairement à son axe un petit crochet qui forme autour de la tige les trois quarts d'un cercle environ. Il est facile de comprendre le mécanisme de cet instrument quand l'épingle présente sa partie recourbée en avant. Dans le cas contraire, le crochet, enroulé autour d'une des pointes de l'épingle, refoule facilement le corps étranger vers le bas-fond de la vessie; et là, toujours repoussée dans le même sens, l'épingle exécute sur elle-même un mouvement de rotation qui place sa partie recourbée en avant; alors l'extraction devient des plus faciles.



— M. F. Jacquot informe l'Académie qu'il se porte candidat pour le titre de correspondant, et il adresse à l'appui la liste de ses travaux.

— M. Moreau, à l'occasion du procès-verbal, demande à ceux des membres de l'Académie qui sont à la tête des grands établissements d'accouchement quelques renseignements sur les bruits qui ont couru depuis quelque temps à Paris relativement à l'existence d'une épidémie de fièvres puerpérales.

Pour moi, dit-il, je n'ai rien vu de semblable dans ma clientèle. J'ai été plusieurs fois consulté par des familles pour de jeunes femmes à la veille d'accoucher; elles voulaient savoir s'il ne serait pas prudent de les envoyer accoucher ailleurs qu'à Paris. Je les ai engagées à n'en rien faire, ajoutant que si j'avais dans ma propre famille une femme dans ce cas, je n'hésiterais pas à la laisser faire ses couches à Paris, tant je suis convaincu, pour ma part, qu'il n'existe en ce moment aucune influence épidémique de cette nature dans Paris. Mais comme depuis quelque temps je suis étranger aux hôpitaux, je serais bien aise de savoir de mes collègues ce qu'ils savent à cet égard.

M. P. Dubois. Il y a eu effectivement dans l'hôpital de la Clinique et même en ville quelques cas de fièvre puerpérale; mais, en ce moment, je ne crois pas du tout qu'il règne une épidémie de ce genre. Les cas dont je viens de parler, et qui ont eu lieu il y a quelques mois, ne constituaient pas non plus à mes yeux une épidémie. Il n'y a pas d'années qu'il ne se produise dans la clientèle civile quelques cas de fièvre puerpérale, et assurément on n'est nullement autorisé pour cela à dire qu'il règne une épidémie de fièvre puerpérale. Je suis tous les ans consulté pour quelques cas de ce genre, et, ce qu'il y a de plus singulier, c'est que tous les ans à l'occasion d'un de ces faits le même bruit se répand. Il suffit qu'un seul cas de fièvre puerpérale ait lieu à Paris dans la clientèle civile pour qu'il se répande aussitôt dans la ville avec une extrême rapidité. Ce n'est bientôt plus un cas, mais plusieurs qu'on a vus, puis une épidémie, tant les choses vont grossissant. Il en est de même en ce moment.

M. Velpeau. Je suis heureux d'entendre dire par M. Dubois qu'il n'y a point réellement d'épidémie de fièvre puerpérale en ce moment. Le bruit en a couru effectivement. Est-ce à cause de cela, ou par le fait d'une circonstance toute fortuite, toujours est-il que depuis quelque temps j'ai reçu dans mon service, à la Charité, un assez grand nombre de femmes enceintes, qui refluaient de la Maternité ou d'autres hôpitaux.

M. P. Dubois. Cela tient à ce qu'on répare en ce moment la Maternité, et que plusieurs salles ont dû être momentanément évacuées.

M. Velpeau. Le nombre de ces femmes s'est élevé à douze ou quinze environ pendant ces derniers mois. Or, sur ce nombre, trois ont été atteintes de fièvre puerpérale. L'une d'elles a succombé; une seconde a été atteinte d'une manière très-grave, et une troisième l'a été moins sérieusement. Je n'ai nullement considéré ces faits comme l'indice d'une épidémie; des accidents de ce genre se voient en tout temps dans les hôpitaux. Mais il était bon qu'on déclarât publiquement non fondés les bruits qui ont couru à ce sujet.

M. Moreau ne voit, comme M. Velpeau, rien que de très-ordinaire dans les faits qu'il vient de rapporter. On sait que le séjour dans des salles de chirurgie est une très-mauvaise condition pour des femmes en couches.

Quant à ce que vient de dire M. Dubois sur la rapidité avec laquelle se propagent les bruits de cette sorte et l'exagération qui les grossit habituellement, il a eu l'occasion de le constater maintes fois lui-même. Il est donc très-important de rassurer l'opinion publique, qui s'est émue sans motif, en disant bien haut qu'il n'existe en ce moment aucune trace d'épidémie de fièvres puerpérales, et que les quelques cas qui ont été observés n'offrent nullement le caractère épidémique.

M. Collineau. A Saint-Lazare, il se fait en tout temps un grand nombre d'accouchements; or je puis affirmer qu'en ce moment il n'y a pas un seul cas de fièvre puerpérale.

LECTURES.

Fermentation. — M. Boudet, candidat pour la place vacante dans la section de pharmacie, lit un mémoire sur la fermentation.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission dont M. Robinet est rapporteur.

Peste bovine. — M. Renault commence la lecture d'un travail très-étendu sur la peste bovine ou typhus contagieux. La suite de cette lecture sera reprise dans la prochaine séance. (Nous en donnerons une analyse lorsqu'elle sera terminée.)

Occlusion des yeux. — M. Bonnafont lit un mémoire sur un nouveau mode d'occlusion des yeux dans le traitement des ophthalmies en général.

L'auteur résume son mémoire en ces termes :

L'occlusion complète des yeux dans le traitement des ophthalmies est une méthode curative qui, soumise aux règles énoncées dans ce travail, comptera toujours plus de succès que les autres médications. Elle a sur les antiphlogistiques l'avantage incontestable d'être moins faillible; sur la cautérisation d'être moins dangereuse; sur tous deux de pouvoir s'étendre à tous les cas possibles d'inflammation oculaire, soit graves, soit bénignes, soit simples, soit compliquées.

L'important est de toujours se rappeler que le pansement doit être fait avec méthode, exactitude, et surtout très-attentivement surveillé après son emploi.

— La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Nous avons reçu de notre honorable confrère M. le docteur Émile Chauffard, à l'occasion d'un article bibliographique inséré dans la *Gazette* du 12 janvier, une lettre dont nous n'avions pas jugé l'insertion parfaitement utile. M. Chauffard nous ayant écrit depuis pour réclamer cette insertion, nous nous décidons à le satisfaire, en laissant à notre collaborateur toute latitude pour lui répondre.

Monsieur le Rédacteur,

Je vous prierai de vouloir bien publier dans votre estimable journal une rectification à laquelle m'oblige l'article bibliographique sur les *Instituts de médecine pratique de Borsieri*, écrit par M. le docteur Foucart. On me désigne une première fois dans cet article comme fervent disciple de l'école de Montpellier, et plus bas encore comme ayant un défaut qui est celui de la plupart de mes condisciples les anciens élèves de Montpellier. Il n'en est rien : je suis exclusivement élève de l'école de Paris, ancien interne des hôpitaux de Paris, et c'est là, et seulement là, que se sont développées mes convictions vitalistes, comme peut vous le prouver un *Essai sur les doctrines médicales*, publié à Paris en 1846 au sortir de mon internat des hôpitaux. Je crains aussi qu'en parlant d'anciens travaux, auxquels M. Foucart accorde un haut intérêt, il ne m'ait attribué ce qui ne m'appartient pas, mais ce que modestement je le dois rapporter à mon bien-aimé père.

En vous adressant cette rectification relative à mon éducation médicale, je n'entends aucunement, croyez-le bien, rabaisser celle que j'aurais pu recevoir à Montpellier. Tout médecin, quel qu'il soit, doit certainement beaucoup à l'illustre école de Montpellier. Quand on compte Sauvages et Grimaud, Barthez et Frédéric Bérard, et tant d'autres encore, au nombre de ses gloires, on a des traditions qui n'ont rien à envier aux autres écoles; on peut prétendre à transmettre un enseignement aussi élevé qu'utile et fécond. Si je me réclame de la Faculté de Paris, je le fais pour rendre hommage à la vérité, et aussi par affection et par reconnaissance envers d'illustres maîtres et d'excellents amis, auxquels je demeure invariablement attaché.

Je ne réclame pas d'ailleurs, monsieur le rédacteur, contre l'appréciation faite d'un long et consciencieux travail. J'accepte la part d'éloges qui lui est donnée par M. Foucart, et l'en remercie, sans lui en vouloir de sa sévérité, j'allais presque dire de son dédain contre les doctrines vitalistes. Notre science est pour longtemps livrée aux disputes, et les appréciations aux préjugés personnels et aux opinions préconçues. Je vous dirai pourtant que le jugement porté dans cet article sur les intentions qui m'ont porté à publier la traduction des *Instituts de Borsieri* n'est pas très-exactement formulé.

On ne saurait dire que j'ai entrepris ce travail, non parce que je considère Borsieri comme un homme rompu à l'observation, non parce que j'admire en lui la fidélité des descriptions, la sagesse et le bon sens des déductions pratiques, qualités qui le mettent au premier rang parmi les véritables représentants de l'art de guérir, mais uniquement parce que je le considère comme représentant de la doctrine vitaliste. Croyez-bien que les motifs que l'on invoque là m'ont dû inspirer et soutenir dans cette œuvre laborieuse, et j'ajouterai que Borsieri ne possède ces éminentes qualités que parce qu'il est vitaliste. Mais c'est là un sentiment que M. Foucart repoussera sans doute, et je n'y insiste pas.

Je me bornerai à une dernière remarque : c'est qu'il est très-hardi, peut-être même téméraire de traiter de logomachie pure des questions qui tendent à dominer de plus en plus la science, et qui ont dans les Académies, dans la presse, et j'ose ajouter dans le public sérieux des médecins, de sincères et zélés défenseurs. En dehors de toute autre considération, c'est là un suffisant motif de ne pas aborder ces questions à la légère, et de ne pas se borner à de pures affirmations.

Veuillez agréer, etc. Em. Chauffard.

Avignon, 15 janvier 1856.

Nous commencerons par déclarer tout d'abord que nous ne comprenons guère ni l'utilité ni la convenance d'une réponse à un article bibliographique, surtout quand il est fait en termes aussi modérés que celui du 12 janvier.

Quant à son utilité, on n'espère probablement pas, par une simple lettre, faire changer d'opinion à un homme qui, après avoir pris connaissance d'un livre, après l'avoir consciencieusement examiné, s'est cru assez fort des convictions que cette lecture a fait naître en lui pour formuler publiquement sa manière de voir dans un article sérieux.

Quant à sa convenance, il ne paraîtra peut-être pas du meilleur goût de venir réclamer contre un jugement que l'on a provoqué soi-même. L'auteur qui imprime un livre, qui le soumet au public, qui en demande l'analyse aux organes de la presse, doit se résigner à subir leurs appréciations. Louanges ou blâme, il doit tout accepter, et je ne sache pas que le dépôt de deux exemplaires au bureau du journal implique la nécessité d'un éloge.

Réclamer contre une critique de ce genre, c'est dire implicitement que vous ne reconnaissez pas à celui qui l'a faite les connaissances, la justesse d'esprit nécessaires pour une pareille tâche. Libre à vous d'admettre que son appréciation ne répond pas au cas que vous faites vous-même de votre œuvre; mais si, *après*, vous le déclarez incapable, pourquoi donc, *avant*, vous êtes-vous adressé à lui? Si l'on ne vous eût prodigué que des compliments, auriez-vous crié à l'injustice? Renoncez donc à des façons pareilles, qui ne peuvent avoir qu'un résultat, celui d'enchaîner l'indépendance du critique en lui faisant redouter les incessantes réclamations de tous les amours-propres froissés.

Deux choses principales nous ont paru ressortir de la réclamation de M. Chauffard. La première, c'est qu'il est docteur de la Faculté de Paris; la seconde, que c'est dans les hôpitaux de Paris qu'il a puisé ses convictions vitalistes.

M. Chauffard a fait ses études à Paris, il y a été interne, s'y est fait recevoir docteur; nous n'avons jamais songé à dire le contraire. Mais il nous semble avoir fait une confusion que nous regrettons de voir commettre par un esprit aussi distingué. On peut être matériellement élève d'une Faculté, docteur d'une Faculté, et fervent disciple d'une autre école. Nous pourrions en signaler plus d'un à Paris qui se trouve dans ce cas; et pour n'en citer que deux ou trois, nous rappellerons comme acceptant parfaitement la qualification de *disciples de Montpellier* et de soutiens de ses doctrines, M. Bayle, docteur et agrégé de la Faculté de Paris, qui publie en ce moment un *Traité de pathologie hippocratique*, M. Ed. Auber, docteur de Paris, auteur du *Traité de la science médicale*, ouvrage éminemment *hippocratique*, etc.

L'habit ne fait pas le moine, dit un vieux proverbe; je dirai, moi, le diplôme ne fait pas la doctrine, et je soutiens qu'il n'y a qu'un fervent disciple de Montpellier qui ait pu écrire l'introduction de la nouvelle traduction de Borsieri.

C'est dans les hôpitaux de Paris que se sont développées, dites-vous, vos convictions vitalistes. J'avoue, à ma honte, que, depuis plus de vingt ans que je fréquente les hôpitaux de Paris, je n'ai pas encore pu découvrir un seul service où ces doctrines soient enseignées. Tenez, croyez-moi, ne répétez plus cela tout haut, car les *illustres maîtres* que vous avez laissés à Paris et qui sont peu ou point vitalistes, pour la plupart, ne seraient peut-être pas excessivement flattés d'apprendre que le résultat de leur enseignement a été de vous faire adopter des principes diamétralement opposés à ceux qu'ils professent.

Vous craignez, dites-vous encore, que je ne vous aie confondu avec votre honorable père. Je vous prie de croire que, quand je lis un livre, je commence par le commencement, que je pousse même la précaution jusqu'à lire le nom de l'auteur, et que je ne suis pas assez naïf pour m'imaginer que M. H. Chauffard, qui était en 1848 *ancien* médecin de l'hôpital, des prisons et du lycée d'Avignon, l'auteur du *Traité des inflammations internes* (1831) et des *OEuvres de médecine pratique*, dont j'ai rendu compte dans ce journal en 1849 (26 mai), soit le même que M. Paul-Emile Chauffard, qui soutenait, le 24 juillet 1846, une dissertation inaugurale sur les *doctrines médicales*, suivie de quelques considérations sur les fièvres.

M. Emile Chauffard semble s'étonner que j'aie accordé à ce dernier travail un haut intérêt. Si j'ai cru, me fiant à mes souvenirs, pouvoir employer cette expression, je déclare qu'aujourd'hui, après l'avoir relu attentivement, je suis tout prêt, pour peu qu'il le désire, à confesser que je me suis trompé.

Encore un mot, et je termine. M. Chauffard m'accuse de *dédaigner* les doctrines vitalistes. Le reproche n'est pas sérieux. Je les dédaigne si peu que, toutes les fois que l'occasion s'est rencontrée, je n'ai pas manqué de dire que ces doctrines n'étaient pas les miennes. Mais il semble chercher à m'attirer sur le terrain d'une discussion plus approfondie, sur la question du vitalisme. Ici, je refuse de le suivre. Ce sujet a été traité l'an dernier devant l'Académie de médecine par des orateurs trop brillants et dans les journaux par des écrivains trop haut placés dans la science pour que je cherche, moi chétif, à faire une seconde édition des arguments qui ont été dirigés contre l'absolutisme des principes de l'Ecole du Midi. — Dr A. Foucart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 9 février, M. Maher, premier chirurgien en chef de la marine, a été promu au grade de directeur du service de santé à Rochefort.

— Ont été nommés chirurgiens auxiliaires de 3e classe, après examens réglementaires : à Cherbourg, M. Pommier, le 23 janvier; à Toulon, M. Boisdon, le 29 du même mois.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal parait trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Deux cas de maladies chroniques et organiques du cœur propres à éclairer quelques points de la physiologie de cet organe.

C'est à la pathologie qu'il faut souvent demander les éléments de la solution des questions physiologiques. La pathologie, en exagérant certains phénomènes, en en décomposant ou simplifiant d'autres, en réalisant, en un mot, certaines conditions physiologiques déterminées dont elle nous révèle la cause immédiate, crée en quelque sorte des expériences de toute pièce qui sont souvent beaucoup plus précises et plus instructives que nos expériences artificielles. Tels nous ont paru être le caractère et la portée de deux faits que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Bouillaud, et que nous allons rapporter sommairement tout à l'heure.

Tout le monde connaît les dissidences qui divisent encore les médecins et les physiologistes sur le mécanisme des bruits du cœur. Ce n'est pas le cas de faire ici un historique de toutes les hypothèses, de toutes les théories qui ont été successivement proposées pour expliquer la production de ces bruits. Il devra suffire au but que nous nous proposons en ce moment, de rappeler les deux théories qui sont le plus ouvertement en antagonisme, et dans lesquelles se résument plus ou moins toutes les autres théories, ainsi que les dissidences qu'elles impliquent ; nous voulons parler des théories enseignées par M. Bouillaud et par M. Beau.

D'après M. Beau, la succession des mouvements des cavités du cœur a lieu dans l'ordre suivant : contraction des oreillettes, dilatation des ventricules, contraction des ventricules, dilatation des oreillettes; puis retour de la série. Pour lui, il n'y a point projection du sommet du cœur en avant dans la systole, et le choc de la pointe contre la paroi thoracique a lieu au moment de la diastole, et est l'effet de la dilatation du ventricule sous l'influence de la systole auriculaire. Le *premier* bruit du cœur, ou bruit *inférieur*, ou bruit *ventriculaire*, serait produit dans le moment où l'ondée sanguine chassée par la contraction de l'oreillette vient dilater brusquement le ventricule, et est le résultat du choc de l'ondée contre la paroi du ventricule placée vis-à-vis l'orifice auriculo-ventriculaire. Le deuxième bruit, ou bruit *supérieur*, ou bruit *auriculaire*, se produirait dans le moment où se fait la dilatation de l'oreillette, et serait le résultat de l'arrivée de la colonne sanguine, qui, débouchant brusquement du tronc veineux, vient choquer contre la paroi antérieure de l'oreillette.

La théorie de M. Bouillaud, au contraire, est fondée sur l'ordre de succession des mouvements du cœur, qui est le plus généralement admis, et dans lequel il y a coïncidence du choc du cœur, ou premier bruit, avec la systole ventriculaire. Quant au mécanisme de production des bruits, c'est, comme personne ne l'ignore, par le jeu des valvules qu'il s'explique. Le premier bruit est produit : 1° par le redressement brusque, instantané des valvules auriculo-ventriculaires et le choc de leurs faces opposées; 2° par l'abaissement des valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire pendant la systole. Le deuxième bruit est produit par le redressement des valvules sigmoïdes et le choc de leurs faces opposées, et par l'abaissement des valvules auriculo-ventriculaires au moment de la diastole.

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur l'exposition de ces théories, connues de tous. Voyons maintenant ce qui ressort des deux faits en question, eu égard à chacune d'elles.

Un malade, couché au numéro 24 de la salle des hommes, était atteint d'une hypertrophie considérable du cœur (sa pointe battait dans le septième espace intercostal, au lieu de battre dans le cinquième, comme dans l'état normal); il avait en outre une dilatation énorme de l'aorte, dont on voyait et sentait les pulsations jusque sous la clavicule droite. Il résultait de cette double condition pathologique une extrême facilité pour apprécier l'isochronisme entre le choc de la pointe du cœur, plus fort et plus étendu qu'à l'état normal, et le pouls aortique, que la maladie rendait très-sensible à la vue et au toucher. Voici l'expérience à l'aide de laquelle on pouvait démontrer cet isochronisme. Deux personnes étaient placées auprès du malade : l'une d'elles appliquait son doigt sur la pointe du cœur, l'autre sur la dilatation aortique, puis chacune d'elles comptait tout haut *un, deux*, à l'instant où elle percevait l'impulsion. Les assistants constataient un tel synchronisme entre ces deux appels, que le chronomètre le plus parfait n'aurait pu accuser la plus minime distance. Nous avons nous-même répété cette expérience avec M. Auburtin.

L'isochronisme entre le choc et la pointe du cœur et le pouls aortique pouvait encore être constaté de la manière suivante : on appliquait un stéthoscope sur la région précordiale, un autre sur l'aorte dilatée; on voyait alors les deux stéthoscopes soulevés en même temps et battre une mesure parfaitement isochrone.

Voici encore un autre phénomène curieux qu'a présenté ce malade, et qui milite également en faveur de la théorie de M. Bouillaud :

Dans le courant de juin 1855, le malade qui nous occupe a été atteint d'une éruption vésiculeuse autour de la lèvre inférieure. Ces petites vésicules étaient blanches; mais, au moment du choc de la pointe du cœur, elles s'injectaient fortement, devenaient rouges, puis reprenaient aussitôt leur teinte blanchâtre primitive, pour s'injecter et rougir de nouveau, et ainsi de suite, à chaque nouvelle impulsion cardiaque.

Ces deux faits nous paraissent se concilier difficilement avec la théorie qui fait procéder le choc de la pointe du cœur de l'impulsion qu'imprime à la paroi ventriculaire la colonne de sang mise en mouvement par la systole auriculaire. Ils constituent, du moins à son égard, une objection sérieuse. Comment, en effet, expliquer l'isochronisme parfait qui existe ici entre ce choc de la pointe du cœur et le pouls aortique?

Comment expliquer l'injection des vésicules herpétiques à chaque coup de piston ventriculaire? Il faudrait supposer, ce qui est inadmissible et contraire à tous les faits connus, que deux mouvements opposés, systole et diastole, pussent se confondre en un seul, tant serait rapide leur succession.

Ajoutons que ce malade avait un rétrécissement assez considérable de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche; or, puisqu'au point de vue de la théorie de M. Beau il faut tenir compte et de la force de contraction des oreillettes et du volume de la colonne sanguine pour expliquer la force des battements du cœur, comment comprendrait-on que ceux-ci fussent si marqués, la colonne sanguine étant notablement diminuée en raison du rétrécissement de l'orifice et ayant à surmonter une résistance plus considérable de la part de la paroi ventriculaire, dont l'épaisseur est notablement accrue?

L'autre malade est une femme qui a été longtemps couchée au n° 17 de la salle des femmes (Sainte-Madeleine); elle offre un exemple remarquable de rétrécissement auriculo-ventriculaire : tel est du moins le diagnostic formulé par M. Bouillaud, et qu'il fonde sur l'existence d'un triple bruit et d'un souffle au second temps ayant son maximum d'intensité à la pointe. On se souvient encore que pour M. Beau un souffle au second temps est toujours un signe d'insuffisance des valvules aortiques. D'après cette manière de voir, le summum d'intensité du bruit de souffle devrait se faire sentir au niveau des valvules aortiques; mais, ainsi que nous l'a fait constater M. Auburtin, à mesure que partant de la pointe on se rapproche de la base du cœur, on entend distinctement le double tic-tac sans mélange de souffle.

Or voici, d'après la théorie de M. Bouillaud, comment doivent être interprétés ces phénomènes. On trouve chez cette malade, venons-nous de dire, un triple bruit et un souffle au second temps et à la pointe. Ce triple bruit, que M. Auburtin compare, dans l'ouvrage qu'il vient de publier (1) au rhythme du *battement de rappel*, est pour lui, comme pour son maître, le signe d'un rétré-

(1) *Recherches cliniques sur les maladies du cœur*, etc.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de l'écrasement linéaire, nouvelle méthode pour prévenir l'effusion du sang dans les opérations chirurgicales, par M. le docteur CHASSAIGNAC (1).

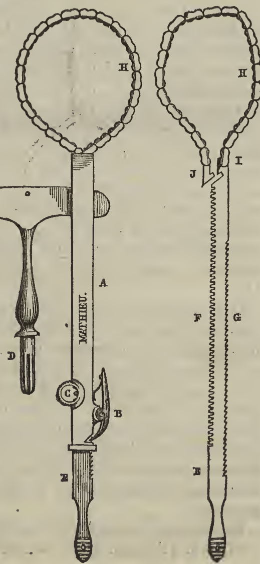
La chirurgie possède de nombreux moyens de diviser les tissus vivants; mais si chacun d'eux, en particulier, présente certains avantages, il offre aussi des inconvénients plus ou moins graves, et peut devenir la source d'accidents qu'il est toujours bon de chercher à éviter. L'instrument tranchant, la ligature, les caustiques, le fer rouge, trouvent dans des cas donnés leur application, et semblent ne pouvoir, ne devoir être remplacés par aucune autre méthode que celle dont le chirurgien fait usage.

M. Chassaignac a cru que dans beaucoup de circonstances non-seulement il y aura possibilité, mais il y aura même avantage de remplacer ces divers modes de section par un autre qui n'aura presque aucun de leurs mauvais côtés, et pourra les suppléer presque tous et presque toujours.

Ce mode de section est celui qu'il a désigné sous le nom d'*écrasement linéaire*, et dont nous allons brièvement rapporter le mécanisme et le mode d'action.

Il s'opère au moyen d'une chaîne métallique, formée de maillons articulés, plus ou moins forte suivant le degré de résistance des tissus qu'il s'agit de diviser. L'anse métallique embrasse les parties à sectionner, et la constriction s'opère au moyen d'une clef dentée ou d'une double crémaillère agissant sur la tige à laquelle sont fixées les deux extrémités de la chaîne.

Les principaux avantages de cette méthode opératoire sont d'abord d'opérer la séparation des tissus sans effusion de sang, chose extrêmement importante, au point de vue des malades surtout. Sous ce rapport, comme sous plusieurs autres, sur lesquels nous allons revenir, la méthode de l'écrasement linéaire présente quelques points d'analogie avec l'arrachement, qui, comme on le sait, n'est presque jamais suivi d'hémorrhagies. De plus, il donne aux plaies qu'il détermine un caractère de bénignité bien connu des chirurgiens qui ont eu à traiter des plaies produites par arrachement.



Relativement à ces deux premiers points, M. Chassaignac fait remarquer que l'écrasement l'emporte de beaucoup sur l'arrachement, en ce sens qu'il condense les tissus mous avant de les diviser, qu'il produit des sections nettes, des coupes très-régulières, et non frangées et lacérées, qu'il agit avec autant de lenteur qu'on le désire, au lieu de procéder par secousses brusques et violentes ; enfin, quant aux tissus artériels, il ne les coupe pas en les effilant seulement, comme l'arrachement, mais il divise et refoule en dedans les tuniques internes et moyennes, et effile ensuite la celluleuse exactement de la même manière que la torsion si ingénieusement appliquée à la chirurgie il y a quelques vingt-cinq ans par notre savant maître M. Amussat.

La rapidité de la section est graduée suivant le besoin ; pour le plus grand nombre des opérations, elle varie entre 8, 10, 15 et 20 minutes; jamais il n'est besoin, comme dans l'emploi de l'entérotome, auquel, à tort, on a voulu comparer l'écraseur, d'attendre de l'action intermédiaire de la gangrène le résultat désiré. Lorsque la section a été faite avec lenteur, la solution de continuité est complétement sèche ; il n'y a d'hémorrhagie ni primitive ni consécutive soit par les veines, soit par les artères, et la cicatrisation s'obtient avec une facilité remarquable. Si elle est faite sans précautions et trop rapidement, elle rentre en quelque sorte dans la catégorie des plaies faites par l'instrument tranchant, et peut être suivie d'hémorrhagies. Les plaies sèches produites par l'écrasement sont, en général, peu susceptibles d'inflammation, et offrent encore un autre avantage, celui de n'occuper précisément que l'étendue la plus limitée que puisse comporter la nature de l'opération.

Une circonstance importante à noter, et qui nous préoccupait assez vivement lorsque nous entendîmes pour la première fois parler de la nouvelle méthode de M. Chassaignac, c'était le degré de douleur, qui, à en juger par celle que produit la ligature, devait être déterminée par l'écrasement. La théorie faisait prévoir des douleurs intolérables; l'expérience a heureusement démenti cette prévision. Après les premiers effets du pincement produit par la pression qu'exerce l'appareil, la partie étranglée se tuméfie et perd promptement toute sensibilité; de sorte, dit l'auteur, qu'il n'y a de très-douloureux que le premier mo-

(1) Un vol. in-8° avec 40 fig. gravées. Chez J.-B. Baillière.

cissement. Voici comment on se rend compte de sa cause. Le premier bruit, ainsi que nous l'avons rappelé tout à l'heure, résultant de la tension des valvules auriculo-ventriculaires qui se redressent simultanément de façon à ne produire qu'un seul claquement, et le second étant déterminé par le même mouvement des valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire isochrone avec la diastole ventriculaire, et se relevant aussi au même moment pour ne former qu'un bruit, si un retard survient dans le jeu d'une des valvules, il en résultera qu'on entendra trois bruits au lieu de deux. Tel est le phénomène que présente cette malade. Mais sur quel orifice porte le rétrécissement? est-ce sur l'orifice aortique ou sur l'orifice auriculo-ventriculaire? C'est ce que l'on peut savoir en déterminant celui des deux bruits qui est dédoublé. Or, chez cette malade, le premier bruit est pur et simple; il est suivi de deux autres bruits très-rapprochés, et le dernier de ces deux bruits est terminé par un souffle lent et prolongé. Il n'en faut pas davantage, si la théorie de M. Bouillaud est exacte, pour faire reconnaître que le rétrécissement siége ici à l'orifice auriculo-ventriculaire. Il résulte, en effet, de nombreuses observations recueillies par le professeur de la Charité, que toutes les fois que l'on a constaté un triple bruit et que le dédoublement portait sur le second bruit, les valvules aortiques ont été trouvées libres, et c'était sur l'orifice auriculo-ventriculaire que portait le rétrécissement; tandis que lorsque, au contraire, le dédoublement avait lieu aux dépens du premier bruit, c'était sur l'orifice aortique que l'on constatait le rétrécissement.

Quand au bruit de souffle, qui, dans l'un et l'autre cas, accompagne le bruit dédoublé, il se distingue dans le premier cas par cette double circonstance qu'il a son maximum à la pointe, et qu'il est habituellement doux et prolongé; tandis que dans le second cas, outre qu'il siége à la base, il présente une rudesse et une brièveté caractéristiques.

De la valeur de la cautérisation du canal de l'urètre comme méthode de traitement de la spermatorrhée.

Dans notre *Revue clinique* du 26 janvier dernier, nous avons inséré une note de M. le docteur Roux fils (de Brignolles), sur un nouveau porte-caustique imaginé pour faciliter la cautérisation du canal de l'urètre dans le traitement de la spermatorrhée. A cette occasion, M. le docteur Bally (de Marseille) nous écrit qu'ayant vu employer, et ayant employé lui-même la cautérisation comme traitement de la spermatorrhée, il n'en a vu obtenir et n'en a obtenu que des effets déplorables.

« La spermatorrhée, dit notre confrère, est une affection qui provient de cent causes différentes. S'il en est ainsi, 99 fois sur 100 la cautérisation sera ou contraire ou au moins inutile. »

« En effet, ajoute M. Bally, tous les médecins savent que la spermatorrhée reconnaît pour causes: le phimosis, les ascarides vermiculaires, l'eczéma du scrotum, l'érythème du haut des cuisses, la blennorrhagie, la syphilis, l'état d'anémie dans des convalescences, l'onanisme, les excès vénériens, la lecture de certains livres, un lit trop mou avec des matelas de laine ou de plumes, la présence dans la chambre de certains tableaux, la continence, etc. Dans tous ces cas, je pense qu'il convient plutôt de supprimer la cause que de cautériser cette pauvre prostate. Quel est donc le centième cas? C'est, je crois, celui dans lequel l'inflammation de la blennorrhagie a passé à la partie postérieure du canal. Même alors, si l'inflammation est forte, le canal douloureux, on pourrait employer les sangsues au périné, la tisane de graine de lin, les bains, le copahu, les injections, une bougie, le *séton* avant la cautérisation. »

Ce peu de mots soulève un problème étiologique extrêmement intéressant et d'une haute portée pratique. Nous n'avons pas voulu laisser échapper l'occasion de l'aborder et de dire en même temps notre opinion sur la valeur d'une méthode de traitement aussi diversement jugée.

Il est très-vrai, ainsi que le fait remarquer M. Bally, que la spermatorrhée reconnaît des causes très-nombreuses et très-diverses, telles que le phimosis, les ascarides vermiculaires, l'eczéma du scrotum, l'érythème du haut des cuisses, la blennorrhagie, la syphilis, l'anémie des convalescents, l'onanisme, les excès vénériens, la continence, etc. etc. Mais chacune d'elles a-t-elle la même valeur étiologique et la même importance indicative? Faut-il en conclure qu'il doive y avoir autant de traitements différents et qu'il n'existe aucun moyen qui soit plus souvent et plus spécialement utile et applicable que les autres? Nous ne saurions admettre cette conclusion, d'abord parce qu'elle n'est pas conforme aux faits, en second lieu parce que ce serait supposer que toutes les causes que nous avons énumérées ont le même degré d'importance et la même part d'influence sur la production de la spermatorrhée. Il est essentiel de faire ici une distinction dont l'importance pratique n'échappera à personne, entre les causes éloignées ou occasionnelles qui ont insensiblement amené l'*habitude* de l'évacuation involontaire du sperme, cette habitude elle-même devenant à son tour une cause permanente et immédiate de la reproduction des accidents, et enfin les désordres pathologiques qui en sont la conséquence et qui entretiennent, en l'accroissant incessamment, cette habitude morbide.

Or, dans cette succession, dans cet enchaînement de causes qui s'engendrent les unes les autres comme en un cercle vicieux, quelles sont celles qui priment les indications, celles qui doivent et qui peuvent être attaquées les premières ou qui ont le plus de chances de l'être avec succès? Telle est la question que doit se poser le praticien en présence de cette affection.

Sans doute, dira-t-on, et c'est ce que n'a eu garde d'omettre M. Bally, supprimez la cause première, et tous les accidents qu'elle a engendrés cesseront d'eux-mêmes. C'est la première indication, en effet, qui se présente à l'esprit. Mais on oublie une chose, c'est que ces causes le plus souvent ne sont que temporaires, et ont cessé d'être ou d'agir depuis plus ou moins longtemps lorsque le médecin est consulté; ou bien encore il en est parmi elles qui échappent, par leur nature, à toute action médicale. Dans un grand nombre de cas, alors même que ces causes occasionnelles sont persistantes et actuellement accessibles à l'intervention du médecin, c'est en vain que celui-ci s'évertue à les combattre et à les faire cesser. La cause disparue, l'effet persiste, et il persiste parce qu'il est devenu une habitude organique, entretenue désormais elle-même par les lésions et les désordres qui se sont produits à la longue dans les organes génitaux, et qui sont devenus à leur tour une nouvelle cause immédiate et permanente des mêmes accidents.

Veut-on des exemples de ce que nous avançons? Que l'on ouvre l'ouvrage de Lallemand (*Des pertes séminales involontaires*), et à côté de quelques cas où effectivement le traitement d'une blennorrhagie, la guérison d'un herpès préputial, la disparition des oxyures du rectum, etc., ont été suivis de la cessation de la spermatorrhée qui en avait été l'effet, on trouvera un grand nombre d'autres observations où l'on s'est vainement attaché à combattre les divers accidents que l'on pouvait présumer avec raison avoir déterminé cette affection. Et c'est précisément parce qu'il avait étudié avec un soin extrême toutes les conditions étiologiques de la spermatorrhée, et qu'il avait reconnu l'impuissance de l'art contre les unes, son insuffisance contre beaucoup d'autres, que Lallemand a songé à porter un remède topique sur le siége même du mal et sur sa cause la plus immédiate, c'est-à-dire sur la région prostatique de l'urètre et sur l'orifice des canaux éjaculateurs, que de nombreuses autopsies lui avaient démontré être le siége de désordres plus ou moins graves. Ce moyen, il avait cru le trouver dans la cautérisation de ces parties avec le nitrate d'argent.

L'expérience a-t-elle confirmé ces déductions de l'étude étiologique et de l'observation anatomo-pathologique? M. Bally croit qu'elle les a infirmées. Sans méconnaître l'abus qui a pu être fait de cette méthode par son inventeur lui-même, bien qu'il ait cependant spécifié certaines limites à son application, et depuis peut-être par quelques-uns de ses imitateurs, nous sommes fondé à croire, au contraire, que l'expérience a sanctionné, en partie au moins, les vues de Lallemand sur ce point. La cautérisation du canal de l'urètre nous paraît devoir rester dans la pratique médicale non comme méthode de traitement exclusive de la spermatorrhée — ce n'a jamais été la pensée de Lallemand lui-même —, mais comme une ressource extrême, susceptible, à ce titre, de rendre de réels services lorsque la maladie persiste malgré toutes les prescriptions de l'hygiène et après que toutes les indications étiologiques ont été remplies sans succès. Cette conviction, nous ne l'avons pas acquise seulement par la lecture très-attentive des nombreuses observations consignées dans l'ouvrage que nous venons de citer, nous l'avons puisée surtout dans l'observation directe de plusieurs faits où l'influence de la cautérisation, nonobstant l'usage simultané d'autres moyens, ne nous a pas paru douteuse.

Resterait à poser d'une manière plus nette et plus précise l'indication des autres cas que ceux réputés extrêmes, où la cautérisation pourrait encore être utile, et à en balancer les avantages avec les divers agents internes dont on a préconisé l'usage. C'est à l'expérience individuelle de chaque praticien qu'il appartient d'apporter les éléments de la solution de cette question thérapeutique.

Traitement de la congélation.

La température de notre climat ne nous fournissant que rarement l'occasion d'observer des congélations, nous pensons que nos lecteurs trouveront quelque intérêt dans l'observation suivante que nous communique M. le docteur J. Vacher de Lagrave, chirurgien auxiliaire de la marine, à bord de l'*Alarme*, en station devant Kinburn, au milieu des glaces, dans un pays très-froid et sujet à de grandes variations atmosphériques, et placé par conséquent dans les conditions les plus favorables pour observer des faits de ce genre.

Le nommé Bouzanquet, matelot du bord, rentrant (le 20 décembre dernier par un froid de — 17°) d'une corvée, dans un état complet d'ivresse, tombe sur la glace, et y reste une demiheure avant qu'on ait pu aller le chercher sur un traîneau.

L'ivresse l'empêche de pouvoir expliquer s'il ressent quelque douleur, et la palpation ne décèle en rien un froid excessif soit des mains, soit des pieds ou du visage.

Le lendemain, le dos de la main et des doigts est couvert d'énormes phlyctènes. Il était difficile d'employer immédiatement la neige en frictions, recommandée dans les cas de congélation, sans s'exposer à causer au malade une cuisson intolérable. M. Vacher de Lagrave se borna à lui envelopper les deux mains dans du coton.

Les phlyctènes ouvertes et desséchées au bout de deux ou trois jours, les mains restaient complétement mortes, paralysées; les doigts étaient dans une demi-flexion; pas un seul ne pouvait être remué.

La chaleur, la sensibilité, le battement artériel, tout avait disparu. Les mains et les doigts étaient un peu engorgés et d'une couleur livide.

---

ment de la constriction, après quoi la sensibilité s'atténue tout à coup, et la séparation des parties ne cause pas de douleurs aussi vives qu'on aurait pu le croire *à priori*.

En un mot, comparé à l'action des ligatures ordinaires employées pour déterminer la séparation de certaines parties du corps, l'écrasement linéaire a sur ces ligatures l'avantage de diminuer les accidents inflammatoires, d'amoindrir les douleurs presque intolérables inhérentes à l'action lente du fil constricteur, et d'abréger notablement la durée habituellement nécessaire pour la section des tissus.

Un grand nombre des tumeurs auxquelles peut être appliquée la méthode de l'écrasement linéaire doivent être préalablement pédiculisées. Cette opération préparatoire a été de la part de M. Chassaignac l'objet d'une attention particulière, et dans un des chapitres les plus intéressants, il indique les divers moyens à mettre en usage pour faire cette pédiculisation. Ainsi on peut recourir à une ligature simple ou à l'emploi du serre-nœud ordinaire. Si la masse des tissus est trop épaisse, si surtout il entre dans sa composition du tissu cutané, on perce la base de la tumeur avec une aiguille armée d'un fil auquel est attachée l'une des extrémités de la chaîne. Cette dernière est donc entraînée dans la voie tracée par l'aiguille. On sépare ainsi le pédicule de la tumeur en deux moitiés, que l'on sectionne l'une après l'autre. Enfin, si la peau paraissait devoir opposer une trop grande résistance, comme ce ne sont pas en définitive les vaisseaux de la peau dont on redoute l'hémorrhagie, on pourrait, sans aucun danger, inciser la peau sur le pourtour du pédicule, en ayant soin de ne pas dépasser l'épaisseur de cette membrane.

Quant à l'application de l'écraseur lui-même, dont nous disions tout à l'heure que la marche trop rapide pouvait déterminer des inconvénients, l'expérience a démontré à M. Chassaignac que, pour le mettre à l'abri de tout danger, il suffisait de faire avancer la crémaillère de l'appareil d'un cran par quart de minute. Enfin, si l'on supposait que la résistance des parties à diviser ne pût être vaincue, l'application de l'écraseur pourrait permettre ou la section du pédicule avec le bistouri, ou l'application du fer rouge, dont l'action se trouverait là parfaitement limitée.

On s'étonnera peut-être que, dans une analyse bibliographique, nous ayons donné tant de place à la description d'un procédé opératoire et des résultats que l'on peut attendre de son application; et en effet, au premier abord, il semblerait que ces considérations trouveraient mieux leur place dans la partie véritablement clinique du journal. Si nous avons agi de cette façon, c'est que le nouveau procédé opératoire de M. Chassaignac est encore tout récent, inconnu, du moins *de visu*, de beaucoup de praticiens de province, et que nous devions, avant tout, les mettre à même de comprendre parfaitement le mécanisme de cette méthode, comme aussi les services qu'elle est à même de rendre.

Et puis nous ne sortions pas de notre rôle de critique, car toute la première partie du livre de M. Chassaignac est consacrée à ces descriptions et aussi à l'historique; ce n'est pas d'hier que datent ses premières recherches sur ce sujet, puisque ses premiers essais, ses premières communications à la Société de chirurgie remontent à 1850.

La seconde partie de l'ouvrage comprend les applications pratiques à diverses et nombreuses opérations, cancer de la langue, tumeurs hémorrhoïdales, chute et polypes du rectum, fistule à l'anus et cancer du rectum, amputation du col et polypes de l'utérus, varicocèle, sarcocèle, circoncision, amputation de la verge, ablation des tumeurs souscutanées et polypes naso-pharyngiens. Dans chacun de ces chapitres, l'écrasement linéaire est mis en parallèle avec les autres méthodes généralement employées jusqu'ici, et nous devons rendre cette justice à M. Chassaignac qu'il a fait preuve de la plus consciencieuse impartialité dans la comparaison qu'il a faite du nouveau et des anciens procédés.

Ne terminons pas sans signaler un chapitre supplémentaire consacré par l'auteur à l'examen des cas dans lesquels il serait possible d'appliquer l'écrasement linéaire à la guérison des tumeurs érectiles. A en juger par l'usage qui en a été fait dans le traitement d'une tumeur érectile volumineuse située au voisinage de la cicatrice ombilicale, cette méthode serait appelée à rendre les plus grands services dans la cure des affections de ce genre. Aux avantages de l'ablation par l'instrument tranchant, elle joindrait celui de mettre à l'abri des hémorrhagies graves auxquelles expose ce dernier mode d'action chirurgicale.

Le livre de M. Chassaignac est l'histoire d'une véritable conquête thérapeutique. Sa découverte n'est encore qu'à l'état d'enfance, et que ne promet-elle pas déjà d'heureux résultats? M. Chassaignac est depuis longtemps un de nos chirurgiens les plus distingués; il n'a pas besoin d'encouragements pour poursuivre avec persévérance les études approfondies sur le sujet dont il nous donne aujourd'hui les importantes prémices.

Dr A. Foucart.

La mort vient d'enlever un des médecins les plus distingués de Boulogne-sur-Mer, M. le docteur Gorré, dont la santé était depuis longtemps altérée.

— Le corps médical de Toulouse vient de faire une perte sensible dans la personne de M. Duclos, qui avait acquis, comme feu son oncle, une juste réputation d'accoucheur.

— Errata. — Deux fautes typographiques se sont glissées dans l'article de M. le docteur Desjardins sur la colique sèche (numéro du 7 février). Nous prions nos lecteurs de les rectifier ainsi: Page 68, *au lieu de* douleurs insitatives, *lisez* imitatives. — Même page, *au lieu* des médecins de l'Inde, *lisez* aucun des médecins de la division de l'Inde.

Suivant le précepte de Boyer, notre confrère fit placer les mains du malade dans de la neige, avec laquelle l'infirmier le frictionna près d'une demi-heure.

Au bout de ce temps, des picotements se firent sentir dans la main gauche, la droite restant encore insensible.

Après quelques instants du même traitement, à l'aide d'un liniment ammoniacal tiède, il fit des frictions sur cette main.

Le même traitement fut ensuite appliqué à l'autre main.

Le soir et le lendemain, à deux reprises, la même opération fut renouvelée. Le malade sentait un peu mieux et remuait aussi un peu ses doigts. Malgré cela le résultat était encore insignifiant.

Ce ne fut qu'en répétant huit jours de suite le même traitement que la main gauche reprit toute son activité. Il fallut le continuer trois ou quatre jours de plus pour rétablir la main droite.

En résumé, ce n'est que par la persévérance de ces moyens que le malade a repris l'entier usage de ses mains, le traitement n'ayant été commencé que quatre jours après l'accident.

Chaque friction ammoniacale fut du reste aidée par l'administration de cordiaux.

Cette observation, comme on le voit, en confirmant l'efficacité des moyens de traitement simples, formulés par Boyer et généralement adoptés depuis, prouve que ses bons effets ne se font pas toujours sentir d'une manière immédiate, et que, loin de se décourager dans ce cas, il faut savoir persévérer dans l'espoir, justifié par ce fait, que cette persévérance sera couronnée de succès.

Héméralopie épidémique.

Nous trouvons dans le *Bulletin de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne* la relation suivante, qui, malgré sa concision, nous a paru offrir un intérêt particulier comme exemple d'une manifestation épidémique semblable à celles dont on trouve dans les auteurs d'assez curieuses histoires.

Pendant les mois de mars et avril, un certain nombre d'enfants de l'école de Limoges furent presque simultanément atteints d'héméralopie. A une température élevée se joignaient un ciel sans nuages, un soleil très-vif, dont l'éclat était reflété par les murs de l'établissement, récemment passés à la chaux. Il résulte de l'enquête instituée par M. Bardinet, des renseignements fournis par divers confrères, que l'héméralopie se manifesterait assez souvent sous forme épidémique dans diverses localités de l'arrondissement de Saint-Yrieix. A Limoges, l'affection a été aussi simple que possible, sans autre coïncidence que la modification de la fonction visuelle. Nul traitement actif n'a été jugé nécessaire. Tout a cessé dès que la température est devenue plus douce, que des nuages ont couvert l'atmosphère, et rendu moins vive la lumière directe ou réfléchie.

Les circonstances auxquelles paraîtrait devoir être attribuée cette petite épidémie ne cadrent guère avec celles que les auteurs s'accordent à considérer généralement comme les causes les plus communes de ces sortes d'épidémies, c'est-à-dire l'influence des vapeurs froides et humides. Rien, du reste, n'est moins prouvé que le rôle que l'on a alternativement fait jouer à telles ou telles conditions atmosphériques dans la production de cette affection, bien que ce soit probablement là qu'il faille en définitive en chercher l'origine. — Dr Brochin.

DE L'ACTION DE LA DIGITALE SUR LES ORGANES GÉNITAUX, et de l'emploi de cette substance dans les affections dont ils sont le siége.

Par M. Brughmans.

L'action de la digitale sur l'appareil générateur est peu ou point connue. Pour s'en faire une juste idée, selon M. Brughmans, on n'a qu'à faire usage pendant cinq ou six jours de 35 à 40 centigrammes de poudre de feuilles de digitale; les organes génitaux se réduisent à un état d'hyposthénie, de flaccidité telles qu'on se sent porté à douter de leur présence; dès lors plus de chaleur, plus de tension, plus d'érections, plus de désirs. Il l'a donnée, avec le plus grand avantage, pour combattre les excitations érotiques dues soit à un tempérament excessif, à un genre de vie sédentaire, à un régime trop stimulant, soit à la privation forcée des plaisirs de l'amour, ou à des excès dans ces mêmes plaisirs, etc. Somme toute, la digitale, soit primitivement, soit consécutivement aux effets que je viens de signaler, diminuerait la sécrétion du sperme, et cette diminution de la quantité du fluide séminal serait la cause de la disparition de la congestion, de la chaleur, de l'éréthisme.

Dès lors, on pouvait se demander si elle ne serait pas utile pour combattre les inflammations des organes génitaux, et M. Brughmans n'hésite pas à proclamer son efficacité. Elle seconde, dit-il, merveilleusement la thérapeutique des maladies syphilitiques si souvent accompagnées d'accidents inflammatoires; ces accidents, elle les prévient même, et ils ne sont nullement à craindre quand dès le début de l'affection on administre le médicament. La digitale, en enlevant la chaleur, la congestion, l'éréthisme, l'irritation que déterminent les chancres, les blennorrhagies, les posthites, les balanites, etc., enlève les éléments de tout travail inflammatoire, modifie les sécrétions, prévient ou dissipe le gonflement du gland, du prépuce, du canal de l'urètre, de la prostate, des testicules, des vaisseaux et des glandes lymphatiques, avec une certitude dont on chercherait vainement des exemples en thérapeutique; par conséquent, elle est surtout utile quand un phimosis, un paraphimosis, une chaude-pisse cordée, une épididymite, une adénite existent ou sont à craindre. C'est promettre beaucoup; cependant l'auteur appuie ses assertions sur huit observations, dont nous reproduirons les principales comme il les a exposées lui-même.

Obs. I. — Je fus appelé chez un campagnard atteint de blennorrhagie et d'épididymite concomitante. Il avait le scrotum tellement distendu, qu'en plusieurs endroits il s'y était formé des éraillures. Comme je connaissais l'action résolutive énergique de la digitale sur les organes génitaux, je crus pouvoir me passer de toute médication antiphlogistique. Je m'abstins de saignée et de sangsues. Je rassurai mon malade, lui prescrivis la diète, le repos, et l'usage de la digitale à la dose de 40 centigrammes le premier jour, de 35 le second, de 30 le troisième. Ce troisième jour, le gonflement de l'épididyme avait presque entièrement disparu.

Je continuai l'administration du médicament à la dose de 0,30; je maintins le repos et la diète. Deux jours plus tard il n'existait plus de trace d'épididymite; l'écoulement était presque entièrement tari, et l'était complétement après quinze jours de traitement.

Obs. II. — Je suis appelé chez un malade atteint de rhumatisme articulaire chronique. Je lui prescris la digitale à la dose de 0,30, ainsi qu'un liniment camphré, etc. Quand je suis sur le point de le quitter, il me demande si je ne puis pas le guérir d'une goutte militaire qu'il porte depuis deux ans, et contre laquelle il a épuisé toutes les médications. Je lui réponds qu'il n'a qu'à attendre l'effet des poudres que je lui avais prescrites.

A ma troisième visite, huit jours après la première, il m'apprend que depuis la veille il n'aperçoit plus aucune trace de sa goutte militaire, et il n'en a plus reparu.

Obs. III. — Un engorgement de l'épididyme, datant de six ans et ayant résisté à l'administration des mercuriaux et des iodés, disparaît, au bout de quinze jours, par l'usage de la digitale combinée au repos et à un régime léger. L'individu atteint de cette affection est marié depuis quatre ans; jusqu'ici il est sans enfant; mais tout récemment il m'a appris que sa femme était enceinte. L'intéressant état dans lequel elle se trouve, il l'attribue naturellement à la cure que je lui ai faite.

Obs. IV. — Un écoulement épais, abondant, du canal de l'urètre, datant de six mois et accompagné d'un rétrécissement inflammatoire, siégeant à la distance de deux à trois centimètres du méat urinaire, disparaît par l'usage de la digitale en seize jours de temps, après lesquels le jet de l'urine est aussi rempli qu'il l'ait jamais été.

Obs. V. — Un rétrécissement organique dû à un engorgement du tissu cellulaire sous-muqueux, de l'étendue d'un centimètre, et siégeant dans la portion spongieuse du canal, disparaît en quatre semaines par les mêmes moyens.

Obs. VI. — Un jeune homme, tourmenté de pollutions nocturnes contre lesquelles il a vainement, d'après les conseils de plusieurs médecins, employé les purgatifs, les lavements, les bains froids, le quinquina, le sulfate de quinine, les ferrugineux, etc., vient me consulter. Je lui prescris la digitale à la dose de 0,40 le premier jour, et lui conseille de souper de bonne heure et légèrement, malgré son appétit, qui est vorace. Le lendemain, il vient me voir. Il n'a pas eu de pollution la nuit. — Digitale à la dose de 35 centigrammes.

Le lendemain, même effet. — Digitale à la dose de 30 centigrammes. Cette dose fut continuée durant quinze jours, pendant lesquels il n'eut aucune pollution, et après lesquels je suspendis le médicament, jusqu'à la réapparition d'une pollution, qui eut lieu au bout de six jours. Le lendemain, je donnai la digitale à la dose de 0,40; il n'eut pas de pollution la nuit suivante, etc. Enfin, après deux mois de ce traitement, les pollutions ont entièrement cessé.

Que dire devant de pareils faits? Nous désirerions, pour notre compte, que la digitale eût seulement la moitié de l'efficacité que l'auteur lui attribue. Toutefois, entre le doute et la négation il y a quelque différence, et finalement la question vaut bien la peine d'être soumise à vérification. (*Journ. des Conn. méd.-chir.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Suite de la séance du 30 janvier 1856.—Présidence de M. Gosselin.

Amputation du pied. — Dissection d'un pied qui a subi autrefois l'amputation de Chopart. — Dissection de l'autre pied du même sujet atteint de carie du tarse, et sur lequel la résection du premier métatarsien a été pratiquée.

M. Verneuil. La Société de chirurgie ayant mis au concours la question des suites éloignées des amputations des membres inférieurs, il est utile de fournir des documents sérieux sur cette question importante. Déjà, à plusieurs reprises, elle a discuté le point si controversé des amputations partielles du pied, sur lesquelles le dernier mot est loin d'être dit. Il ne s'agit rien moins que de savoir si certaines opérations brillantes et classiques, comme l'amputation de Chopart, par exemple, présentent des chances de succès définitif assez nombreuses pour être conservées dans la pratique. Ces opérations doivent-elles être supprimées complétement ou remplacées par d'autres, ou appliquées seulement dans des cas donnés et bien définis d'avance? Tels sont les problèmes qui sont à l'ordre du jour, et qu'en l'absence de sentiment unanime on ne peut résoudre qu'avec des faits complets, bien observés et suffisamment nombreux.

M. Huguier a vu succomber dans son service, dans les derniers jours de l'année 1855, un malade dont les deux pieds, affectés de lésions organiques, avaient subi des mutilations chirurgicales. Il a présenté les moignons à la Société de chirurgie. M. Verneuil s'est chargé de la dissection, et a de nouveau présenté les pièces dans la séance du 23 janvier.

M. Huguier avait également donné une note sur les antécédents; mais l'observation ayant été prise déjà deux fois et publiée dans deux thèses, c'est à ces sources qu'il faut puiser les détails plus circonstanciés qui vont suivre (1), et dont M. Verneuil garantit l'exactitude.

Isidore Tircot, 43 ans, fumiste, a subi en 1851 l'amputation de Chopart pour une carie de l'avant-pied gauche. L'opération a été pratiquée par M. Lenoir. La cicatrisation mit deux mois à s'effectuer. Le malade sortit alors de l'hôpital, marchant bien, sans béquilles, et n'ayant, dit-il, à cette époque, aucun commencement de renversement. L'intelligence très-bornée du malade, et la difficulté de constater le premier degré de ce renversement, permet d'élever quelques doutes sur cette assertion (1).

Le malade reprit ses occupations. On lui fit une bottine qu'il ne put supporter; il s'en fabriqua une lui-même, et put à son aise parcourir les environs de Paris sans éprouver de douleurs notables ni une grande gêne dans la marche. Dix-huit mois après l'amputation, M. Lenoir, M. Larrey et un médecin de Saint-Cloud enlevèrent à plusieurs reprises des portions d'os nécrosés, ce qui indiqua que les os s'étaient enflammés et que des abcès fistuleux s'étaient formés. Depuis lors le malade a marché péniblement, avec une béquille et un bâton. C'est, d'après lui, vers le milieu de 1853 que le talon s'est renversé, ce qui peut-être veut dire que c'est seulement à cette époque que les douleurs se sont manifestées.

Vers la même époque, les os du pied droit se sont pris; il y a eu carie du premier et du cinquième métatarsien. Le premier a été amputé; on a extrait un séquestre du cinquième, mais le malade ne peut préciser l'époque de ces opérations. Au reste, le tarse s'est pris à son tour, et il portait des fistules sur le dos du pied quand il entra dans le service de M. Laugier, au printemps de 1855. Au reste, l'état de ce membre préoccupait peu le malade, car il n'était point douloureux, si ce n'est dans les moments où de nouveaux séquestres s'isolaient et s'engageaient dans les trajets fistuleux (2).

Pour en finir avec le pied droit, disons que l'altération des os du tarse a continué ses progrès, et qu'une vaste suppuration avec carie des os, séquestres et arthrite tibio-tarsienne existaient lors de l'entrée du sujet dans le service de M. Huguier, le 28 juillet 1855.

Voici dans quel état M. Laujorrois a vu le moignon de Chopart en août 1855: le talon est complétement renversé. Si l'on mène un plan vertical parallèle à l'axe de la jambe et passant par les malléoles, ce plan coupe le tarse en deux parties très-inégales: la portion postérieure a 8 centimètres et demi, la portion antérieure 2 centimètres et demi. La base de sustentation, ou, en d'autres termes, la face inférieure du moignon qui repose sur le sol est légèrement oblique en avant et en dedans; elle a 3 centimètres sur 5 dans ses diamètres. L'épiderme qui recouvre cette surface est épaissi, rugueux, mais la peau est tendue, amincie, adhérente à deux points osseux qui sont devenus très-superficiels et qu'on sent très-aisément par le toucher. L'un de ces points, en arrière et en dehors, est constitué par la tubérosité antérieure et externe du calcanéum; l'autre, par la partie antérieure de ce qui reste de l'astragale. Entre ces deux points d'appui se trouve la cicatrice de l'opération; elle est enfoncée, et présente un orifice fistuleux. En dedans, derrière la malléole interne, se voit une autre cicatrice qui a succédé à l'ouverture d'un abcès. Ajoutons que la pression sur la terminaison de ce moignon, et même au voisinage, est tout à fait indolente.

Les malléoles sont excessivement rapprochées du sol; l'externe, par exemple, ne s'en éloigne que d'un centimètre et demi, la distance étant de 7 centimètres environ sur le pied droit. Cet abaissement, porté beaucoup plus loin que ne le signalent les auteurs dans les cas de renversement, s'explique par la perte de substance que les os ont subie à la suite de l'extraction de séquestres à diverses reprises. L'autre pied, du reste, étant gonflé, n'a pu servir de point de comparaison pour juger de l'affaissement de la voûte plantaire.

Le tendon d'Achille, immédiatement au-dessus de son insertion calcanéenne, se recourbe brusquement en arc de cercle à concavité postérieure; il est facile de s'assurer qu'il n'est pas tendu. On le déprime aisément, et on lui communique sans effort des mouvements de latéralité qui ne laissent point de doute à cet égard.

Les muscles de la jambe sont manifestement atrophiés. Si on place les deux membres l'un à côté de l'autre, la simple inspection fait voir une légère différence. La mensuration donne au niveau du mollet, à droite 25 centimètres, à gauche 23. Cette différence, quoique peu prononcée, est néanmoins significative; elle indique que depuis longtemps les muscles de la région postérieure de la jambe ont perdu la fréquence et l'énergie de leurs contractions. La différence serait sans doute plus marquée si le membre du côté opposé était complétement sain.

Les tendons des muscles antérieurs de la jambe paraissent s'insérer à la cicatrice, qui est immobile; on les sent rigides dans les mouvements de flexion du pied. Au reste, la mobilité du tarse est très-bornée; le pied, étant dans l'extension forcée, ne peut être fléchi que par le extenseurs des orteils et le jambier antérieur.

Ici s'arrête la narration de M. Laujorrois. Le malade ayant quitté le service de M. Laugier, entre chez M. Huguier. L'affection tuberculeuse dont il était atteint continua ses progrès, et l'emporta dans les derniers jours de décembre. L'affection organique du pied droit était aggravée, et quelques changements s'étaient opérés dans le moignon de Chopart. L'élévation du calcanéum s'était encore exagérée. La peau qui recouvrait le sommet du moignon s'était progressivement amincie, puis ulcérée dans l'étendue d'une pièce de cinq francs. L'astragale était à nu au fond de l'ulcération; la surface osseuse était nécrosée dans une petite étendue, recouverte de bourgeons charnus; dans le reste du point ulcéré, on ne reconnaissait plus la situation de la cica-

(1) Laujorrois. *Du renversement du talon considéré comme suite de l'amputation médio-tarsienne.* Thèse de Paris, 1855, nº 55, page 11. — Gaubert. *Des suites de l'amputation de Chopart.* Thèse de Paris, 1855, nº 106, page 35.

(1) Le doute exprimé ici pourrait paraître singulier; mais il est justifié par une remarque intéressante de M. Nélaton. Ce chirurgien a observé, en effet, qu'au moment même où on pratique l'amputation de Chopart, le talon est déjà un peu élevé, parce que dans les tumeurs blanches du pied cet organe est naturellement porté dans une extension forcée et permanente, attitude aussi constante pour cette région que la flexion pour le genou, par exemple.

(2) Si l'on comparait ces détails avec ceux qui sont consignés dans la thèse de M. Laujorrois, on pourrait s'étonner de trouver quelques différences. M. Verneuil ayant lui-même observé le malade, s'est servi, pour la rédaction de l'observation présente, de ses notes et de celles qui lui ont été remises par M. Huguier. Le fait devient ainsi plus complet.

trice: c'est la marche qui, d'après M. Huguier, a déterminé la perforation de la peau. Le repos, les pansements diminuèrent d'abord cette ulcération, qui était en voie de cicatrisation quand le malade succomba.

Les deux pieds furent remis à M. Verneuil; par malheur on avait commencé la dissection, mais incomplétement, et en sacrifiant diverses parties, telles que la peau et les nerfs cutanés, dont il eût été important de constater l'état.

Qu'il soit permis de résumer tout d'abord l'histoire clinique de cette maladie, comme offrant un spécimen trop commun de la marche que suivent les affections du système osseux développées sous l'influence générale d'une diathèse funeste. Le malade est d'une constitution médiocre; cependant le développement de la tuberculisation a été assez tardif. Les os du pied gauche s'altèrent, on ampute; la cicatrisation est lente, mais enfin la guérison paraît s'effectuer. L'opéré marche, prématurément sans aucun doute; l'inflammation mal éteinte du moignon continue ses progrès sous l'influence de la marche, les douleurs se réveillent, le talon s'élève, le lambeau s'amincit et se résorbe; les os de l'autre pied se prennent, comme cela arrive fréquemment; l'affection générale continue ses progrès; puis on observe une série d'améliorations et d'aggravements, suivant que des fragments osseux se nécrosent et s'éliminent; le malade court d'un chirurgien à l'autre, de service en service, et finit par succomber: quatre ans se sont écoulés pendant que la maladie a suivi ses phases. Ceci rend bien compte de la difficulté qu'éprouve le chirurgien à connaître les suites de ses opérations. En effet, M. Lenoir aurait pu, à une certaine époque, enregistrer ce fait parmi les succès, si le hasard n'avait permis de réunir dans une seule observation les anneaux isolés de cette chaîne morbide; d'un autre côté, les opérés allant rarement mourir dans le service où leur premier accident s'est développé, on rencontre souvent des suites d'opérations qui éclairent peu la question, parce que les antécédents sont peu connus et qu'on ne possède pas la filiation des phénomènes.

Ceci nous explique comment les suites de l'amputation de Chopart ont été si diversement appréciées par les auteurs qui ont observé isolément; et montre encore les immenses avantages des associations scientifiques, où l'observation de tous vient combler les lacunes que ne pourraient jamais remplir les efforts disséminés les plus actifs. Plus on s'engagera dans cette voie rétrospective, plus on se convaincra qu'il faut compter non pas les jours et les semaines, mais les mois ou les années, avant de savoir si telle ou telle opération a été couronnée d'un succès définitif.

Ces réflexions, banales pour ceux qui les ont déjà faites, doivent cependant être reproduites souvent, jusqu'au moment où elles pèseront lourdement dans la balance des indications opératoires.

Dissection du moignon de Chopart. — La peau ayant été enlevée presque entièrement, on constate seulement un amincissement considérable du lambeau plantaire au niveau du calcanéum, et plus encore sous l'astragale. Le tégument est, sous ce dernier os, perforé, ulcéré; dans les points voisins, il a à peine conservé deux millimètres d'épaisseur, et n'a que des adhérences faibles avec le tissu osseux lui-même.

La rangée postérieure du tarse a, comme l'avait constaté M. Laujorrois, complétement changé de position; le talon est très élevé. Le calcanéum est devenu presque parallèle au tibia, derrière lequel il est entièrement placé; l'axe de cet os a une telle direction, qu'il fait avec l'axe de la jambe un angle aigu ouvert en haut, et qui mesure à peine 25°.

L'extrémité postérieure regarde presque directement en haut et l'extrémité cuboïdienne repose directement sur le sol. La face inférieure de l'os a subi une déviation correspondante. La face supérieure, ordinairement horizontale, est par sa partie antérieure en contact avec le rebord postérieur de la poulie articulaire du tibia, et le contact entre ces points osseux est si intime qu'ils s'articulent ensemble par deux facettes de nouvelle formation, qui ne mesurent pas moins de 2 centimètres transversalement sur plus de 1 centimètre dans le sens antéro-postérieur. Cette articulation nouvelle est entourée, en arrière, par une sorte de capsule fibreuse adventice; ceci nous prouve que la déviation du calcanéum est poussée aussi loin que possible et qu'elle n'a pas d'autres limites que la rencontre des os eux-mêmes.

La portion de la face supérieure du calcanéum et la portion de la face postérieure du tibia, qui font suite à cette articulation anormale, sont très-rapprochées; elles laissent néanmoins entre elles un écartement, un angle, un sinus ouvert en haut, mais qui est en grande partie rempli par un tissu fibreux à fibres diffuses, ténu, cassant, analogue à celui qu'on rencontre au pourtour des articulations chroniquement enflammées; ce tissu, vestige irrécusable d'un dépôt plastique antérieur, se continue avec le périoste, les gaînes tendineuses voisines et les ligaments postérieurs de l'articulation tibio-tarsienne; il maintient le rapprochement anormal du calcanéum et du tibia, c'est-à-dire l'élévation du talon.

L'astragale a éprouvé aussi un déplacement notable; sa face articulaire supérieure ne touche plus la surface diarthrodiale correspondante du tibia que dans une très-petite étendue, tout à fait en arrière; en avant, les deux os ne sont plus au contact; l'articulation tibio-astragalienne est largement béante en avant. La lacune causée par cette séparation est comblée par des faisceaux de tissu fibreux de nouvelle formation, verticalement tendus d'un os à l'autre, et qui comblent la presque totalité de la cavité articulaire.

La plus grande partie des ligaments de la jointure tibio-tarsienne a disparu; on ne retrouve plus que quelques fibres résistantes, étendues des malléoles au calcanéum; elles sont dirigées horizontalement d'avant en arrière, entraînées qu'elles ont été par la déviation de cet os.

Il y a eu sans doute, à une époque quelconque, dans cette articulation, un certain degré d'arthrite qui a amené la formation de produits plastiques et la variété d'ankylose fibreuse intra-articulaire. L'articulation péronéo-tibiale inférieure a participé au travail inflammatoire; ses téguments sont relâchés et peu résistants. Le tibia a conservé aussi des traces de la phlegmasie; il a augmenté de volume à sa partie inférieure par le dépôt de couches périostiques nouvelles.

On est tout d'abord frappé en voyant cette pièce de la diminution de longueur du calcanéum et de volume de l'astragale. Ce dernier os, en effet, et M. Laujorrois l'avait entrevu déjà, ne dépasse pas le plan prolongé de la face antérieure du tibia. Mais, de plus, il est réduit à des proportions très-restreintes; on n'y trouve plus ni la tête ni le col, et son épaisseur verticale, qui possède environ 3 centimètres, n'en mesure plus qu'un et demi au plus. Le calcanéum, pour sa part, a perdu plus de 1 centimètre et demi de sa longueur, c'est-à-dire à peu près toute la tubérosité cuboïdienne. De plus, il n'existe plus qu'une seule articulation astragalo-calcanéenne, qui est fort peu mobile; l'antérieure a disparu avec la portion des deux os qui la forme. La surface de sustentation répond donc directement au tissu spongieux de ces deux os; ce tissu, à la vérité, n'est point ramolli ni carié; il paraît même beaucoup plus dur que d'ordinaire, comme s'il était atteint d'ostéite condensante; mais ses aréoles sont ouvertes comme si on avait retranché avec une râpe la partie qui fait défaut.

Notons cependant que la partie postérieure du calcanéum est ramollie, infiltrée de graisse, comme les os condamnés au repos.

Cette diminution dans les dimensions des os du tarse ne nous surprend pas, puisqu'il est dit dans l'observation que plusieurs séquestres ont été extraits; ce n'est pas chose rare, du reste, que de voir l'extrémité antérieure de la première rangée du tarse être prise d'ostéite ou de nécrose après l'amputation de Chopart.

Peut-être y a-t-il eu aussi simultanément absorption spontanée du tissu osseux, etc.

Parties molles. — On retrouve tous les muscles adhérents, pâles, décolorés, atrophiés, infiltrés de graisse. Je ne parle que de la partie inférieure, le moignon ayant été coupé très-bas. Les muscles antérieurs et leurs tendons, soudés entre eux, s'épanouissent en une membrane large et mince qui passe au-devant de l'articulation tibio-tarsienne pour s'insérer solidement *non pas à la cicatrice*, mais bien à la partie antérieure de ce qui reste de l'astragale. L'espace compris entre la face profonde de cette membrane et la cavité articulaire est comblé par deux pelotons de graisse assez volumineux qui concourent à remplir le vide avec les tractus fibreux dont nous avons déjà parlé.

Les tendons des jambiers, des fléchisseurs communs et propre des orteils, des péroniers sont rétractés; aucun d'eux ne paraît se rendre dans le lambeau; on les trouve tous insérés au calcanéum plus ou moins près de son extrémité antérieure. Leurs gaînes post-malléolaires n'existaient plus à l'état de membranes synoviales. Ces tendons ont dû être sculptés au milieu d'une gangue fibroïde diffuse. Tout prouve que, loin de faire partie intégrante du lambeau inférieur et d'avoir contracté des adhérences avec les extenseurs, comme cela a été noté quelquefois et avancé surtout par Blandin, les tendons fléchisseurs des orteils se sont rétractés dans une étendue considérable, ce qui me paraît tenir à l'inflammation du moignon consécutive à l'amputation. Nous avons vu, en effet, que la plaie avait mis deux mois à se cicatriser.

L'étude du tendon d'Achille est fort intéressante. Ce tendon est dans un relâchement complet; il présente une courbe très-marquée, à concavité postérieure; son insertion se fait comme d'ordinaire, à la face postérieure du calcanéum, devenue supérieure par l'élévation du talon. Ainsi au voisinage de l'os, dont il est séparé du reste par une bourse séreuse bien connue, ce tendon a une direction tout à fait horizontale. L'inflammation ne paraît pas s'être propagée jusqu'à lui, car il est brillant, nacré comme d'ordinaire; et, autant qu'on peut être affirmatif quand on n'a pas suivi toutes les phases d'une maladie, tout porte à croire que jamais les muscles gastrocnémiens n'ont été rétractés, ni primitivement ni consécutivement; qu'à aucune époque, en un mot, le tendon d'Achille n'a été tendu, et n'a contribué en quelque façon que ce soit à l'ascension du calcanéum.

Je suis loin de prétendre qu'il en est toujours ainsi, puisque la section du tendon d'Achille a été quelquefois pratiquée avec succès. Je me contenterai de dire que dans les cas que jusqu'à ce jour j'ai rencontrés, je n'ai jamais constaté la rétraction proprement dite des gastrocnémiens et de leur tendon commun.

Ceci mène à examiner quelle était, dans le cas actuel, la véritable cause de l'ascension du calcanéum. La marche y a-t-elle été pour quelque chose? C'est bien possible. Mais cependant je la crois incapable de pousser le mouvement de bascule aussi loin qu'il l'était dans le cas actuel. Nous savons, au contraire, depuis les recherches de M. Gerdy, que les tissus fibreux péri-articulaires préexistants ou de nouvelle formation acquièrent, sous l'influence de l'inflammation chronique, une puissance de rétraction considérable. Or, nous avons vu que le sinus compris entre l'extrémité inférieure du tibia et le bord supérieur du calcanéum était rempli par un tissu dense, cassant, fibroïde, tout à fait semblable à celui qui s'observe autour des articulations déviées et fléchies depuis longtemps.

Mais la dissection de cette pièce m'a mis à même d'attribuer au système musculaire la part réelle qui lui appartient. Si les gastrocnémiens et le tendon d'Achille ne me paraissent que rarement la cause de l'ascension, il en est tout autrement des muscles profonds de la région postérieure de la jambe, à savoir les jambiers postérieur, fléchisseur propre du gros orteil, fléchisseur commun des orteils, péroniers latéraux. Par suite de leur rétraction, ces muscles viennent s'insérer directement au calcanéum; dès lors les muscles tirant sur cet os ont une tendance très-manifeste à faire tourner la seconde rangée du tarse sur l'axe transversal de l'astragale, et par conséquent à amener la déformation en question.

D'après cette théorie, qui n'est pas une hypothèse, car elle s'appuie sur des observations anatomiques directes, les muscles en question prendraient la plus grande part à la déviation, et celle-ci serait d'autant plus à craindre que rien ne peut empêcher certainement cette adhérence au calcanéum de s'établir, car les gaînes des tendons, communiquant largement avec la plaie, propageront fatalement l'inflammation jusqu'à la partie charnue du muscle; et personne n'ignore que les muscles enflammés ont une tendance irrésistible à la rétraction. Ceci explique encore assez bien comment l'élévation du talon manque quelquefois, et comment le résultat de l'opération est satisfaisant quand l'amputation n'a pas été suivie d'accidents inflammatoires et que la cicatrisation a été rapide, quand elle a été pratiquée pour des cas traumatiques et pour des lésions peu graves dans lesquelles les os de la première rangée du tarse et de la jambe étaient exempts d'ostéite. On sait, au contraire, que le renversement du talon est imminent quand le moignon est pris d'inflammation primitive ou consécutive, et quand l'ostéite ou l'arthrite récidive dans le squelette, c'est-à-dire dans le reste du tarse ou la partie inférieure des os de la jambe.

De nouvelles dissections seront nécessaires pour justifier ces idées et quelques modifications qu'on pourrait introduire dans le manuel opératoire pour y remédier, au cas où on voudrait conserver la désarticulation médio-tarsienne.

Il reste un mot à dire sur l'état des nerfs. La première dissection qui a été faite a sacrifié les nerfs cutanés; je n'ai pu retrouver que les nerfs tibiaux. L'antérieur, uni aux vaisseaux correspondants, se perd dans l'expansion membraneuse formée par les muscles de la région antérieure; il est un peu renflé à son bout libre.

Le nerf tibial postérieur passe comme de coutume, avec l'artère et les veines satellites, derrière la malléole interne; il se bifurque ensuite, et ses deux branches viennent se perdre, en s'étalant, sur l'extrémité inférieure du calcanéum, et définitivement adhérer au tissu fibreux de la cicatrice. Ces filets, exactement appliqués contre l'os, ne sont séparés du sol que par le lambeau plantaire, que nous avons vu être fort aminci; ils sont donc mal protégés contre la pression. Cependant, contrairement à ce que l'on a vu plusieurs fois dans les moignons, le nerf tibial et ses branches sont considérablement atrophiés; ce nerf semble plutôt un ligament fibreux, et je ne serais point surpris qu'il fût réduit à son névrilème. Je regrette de n'avoir pu rechercher si les tubes nerveux y persistaient encore.

J'ai à plusieurs reprises insisté sur les névromes traumatiques suite d'amputation comme causes de douleurs persistantes que les opérés ressentent dans leur moignon, et qui, dans les amputations du pied, sont susceptibles de rendre impossible la pression sur le sol. Ici point de renflement semblable. Mais il est bon d'observer que le malade n'accusait pas de douleurs vives pendant la vie. Si la marche s'est montrée impossible, c'est surtout à cause de l'ostéite des extrémités du calcanéum et de l'astragale et des ulcérations de la peau du moignon.

Il y aurait à se demander, à ce propos, si l'atrophie du lambeau n'a pas quelque rapport avec l'atrophie du nerf tibial. Je ne saurais rien dire de précis à cet égard.

Je n'ai plus qu'un mot à ajouter. En supposant que la diathèse tuberculeuse n'ait pas enlevé ce malade, aurait-on pu espérer la guérison de son moignon; la marche serait-elle devenue ultérieurement possible? Je ne le crois pas, et pense que l'amputation de la jambe eût été indispensable; encore aurait-il fallu choisir de préférence le sacrifice du membre au lieu d'élection, à cause du léger degré d'ostéite de l'extrémité inférieure du tibia. *(La suite à un prochain numéro.)*

(La suite à un prochain numéro.)

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Le lundi 17 mars 1856, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, rue Neuve-Notre-Dame, n° 2, pour la nomination à une place de chirurgien au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

MM. les docteurs qui voudront prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration du jeudi 14 février courant au samedi 1er mars suivant, de midi à 4 heures de relevée.

Le secrétaire général: signé, L. Dubost.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 8 février, M. Faget, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, est chargé du cours de chimie médicale et de pharmacie de ladite Faculté.

— Nous sommes autorisé à déclarer que, contrairement aux assertions d'un journal anglais, aucun accoucheur étranger n'a été consulté par S. M. l'Impératrice à l'occasion de sa grossesse, ni appelé à lui prêter assistance pendant ses couches prochaines. *(Gaz. hebd.)*

— Samedi dernier, M. le doyen P. Dubois a réuni dans un deuxième banquet une seconde série d'élèves pris parmi ceux qui ont obtenu les meilleures notes dans leur examen de fin d'année et du doctorat. Cette réunion, à laquelle plusieurs professeurs ont assisté, a été, comme la première, une vraie fête de famille.

— La séance annuelle de la Société anatomique aura lieu le mardi 19 février à trois heures, à la Faculté. Le banquet aura lieu le même jour à six heures, au *Dîner de l'Exposition*, rue Lepelletier, 11.

On s'inscrit chez MM. Blain des Cormiers, rue de l'Université, 7; Dufour, rue St-Georges, 31; Poisson, à l'Hôtel-Dieu.

— L'Académie des sciences de Madrid a proposé les prix suivants pour l'année 1856:

Prix ordinaire. — « Déterminer les caractères distinctifs de l'œuf ou de la graine qui doit plus tard donner naissance à un individu mâle ou femelle dans les espèces unisexuelles, tant zoologiques que botaniques, en ayant soin de décrire les phases morphologiques par lesquelles passent les organes de la génération avant d'arriver à leur complet développement. »

Prix extraordinaire. — « Décrire les roches d'une province de l'Espagne et la marche progressive de leurs décompositions, en déterminant les causes qui les produisent; analyser quantitativement la terre végétale formée par ces détritus; enfin, déduire de toutes ces connaissances et des causes locales les applications à l'agriculture en général et à la culture des arbres en particulier. »

Le territoire des Asturies ayant été décrit en 1853, il est mis hors de concours.

Les auteurs des mémoires dont le mérite sera immédiatement au-dessous de ceux qui auront obtenu les prix, recevront un accessit.

Le prix ordinaire, comme le prix extraordinaire, sera de 1,500 fr. et d'une médaille d'or.

L'accessit sera une médaille d'or entièrement semblable à celle du prix. — Le concours sera fermé le 1er mai 1856.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 21. — MARDI 19 FÉVRIER 1856. (29e ANNÉE.) N° 21. — MARDI 19 FÉVRIER 1856.

Ce journal paraît trois fois par se[maine] LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAME[DI]

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 FÉVRIER 1856

SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DE LA PEPSINE

et sur la valeur de la méthode dite nutrimentive.

Dans les courtes réflexions dont nous avons fait précéder le compte rendu de la séance publique annuelle de l'Académie des sciences (numéro du 5 février), nous nous sommes abstenu de toute appréciation et de tout commentaire sur l'un des travaux récompensés par l'Académie, nous réservant d'y revenir pour en faire l'objet d'une mention spéciale. Cette détermination nous était dictée par la nouveauté des faits que ce travail renferme, et surtout par l'importance que paraît devoir prendre la méthode thérapeutique qui en est l'objet.

L'absence de communications médicales à l'Académie des sciences nous laissant aujourd'hui quelques loisirs, nous allons les utiliser en résumant les points principaux de ce travail. Nos lecteurs ont déjà compris qu'il s'agissait des recherches de M. L. Corvisart sur l'action thérapeutique de la pepsine.

Tout le monde connaît les belles expériences de Réaumur et de Spallanzani sur les digestions artificielles. Ces expériences intéressantes pour la physiologie étaient restées stériles pour la pratique, malgré quelques tentatives d'application. C'est ainsi que les premiers essais de ce genre, entrepris par Mongiardini avec du suc gastrique de corneille, renouvelés depuis avec la présure ou avec les infusions acidulées d'estomac de divers animaux, ont été successivement abandonnés, soit à cause de la répugnance que ces substances inspiraient aux malades, soit à cause de leur facile altérabilité et de l'impossibilité d'en reconnaître et d'en graduer la force. La découverte de la pepsine par Schwann et les recherches de Wasmann, qui l'ont conduit à imaginer un procédé d'extraction capable de conserver cette substance inaltérée et de la donner à des doses connues et uniformes, devaient inaugurer une phase nouvelle dans l'histoire de la digestion artificielle. C'est effectivement ce qui a eu lieu.

Pressentant tout ce que ces nouveaux résultats chimiques pouvaient avoir d'utile pour la solution du problème de la digestion artificielle, M. L. Corvisart a repris à nouveau les expériences de ses devanciers, et il en a considérablement élargi le champ en en faisant une ingénieuse et fructueuse application à la thérapeutique.

Opérer à l'aide de la pepsine en poudre un acte de la digestion chez les malades dont l'estomac est impropre à cette fonction, tel est le nouveau problème qu'il s'est proposé de résoudre. Nous allons rapidement indiquer les moyens qu'il a mis en œuvre pour y parvenir et les résultats qu'il a obtenus.

Dans un travail physiologique *sur les aliments et les nutriments,* M. Corvisart établit :

1° Que la pepsine extraite par un procédé à peu près semblable à celui de J. Vogel, de la membrane muqueuse de la caillette des moutons, transforme, dans un bocal, les aliments en nutriments, comme fait dans l'estomac le suc gastrique d'un carnivore et de l'homme;

2° Que les différences physiques et chimiques qui distinguent les divers nutriments entre eux sont intégralement conservées;

3° Que les nutriments produits par la pepsine ou le suc gastrique injectés dans les veines des animaux sont soumis par l'économie aux mêmes lois d'élimination ou de conservation et d'assimilation.

Partant de ces données, il a tenté d'opérer par la pepsine la digestion artificielle chez des malades qui ne digéraient point ou qui digéraient mal. Non-seulement il a vu que les troubles digestifs disparaissaient, mais il a reconnu encore que la nutrition et l'assimilation de ces produits de digestion artificielle se faisaient, et que l'embonpoint et les forces revenaient avec rapidité.

Tels sont les premiers résultats que M. Corvisart fit connaître il y a plus de deux ans aux Académies des sciences et de médecine. L'accueil froid et réservé qui fut fait alors à cette communication, loin de le décourager, ne fit qu'exciter davantage son zèle et son ardeur à la poursuite de ce problème. Ne voulant pas s'en tenir à ses propres observations, il fit appel à des cliniciens et à des praticiens expérimentés, et c'est avec des résultats confirmatifs constatés par MM. Andral, Barthez, Grisolle, Vernois, Hérard, Longet, Dechambre, Boulu, Cusco, Godart, etc., à Paris; par MM. Parise, à Lille; Aubry, à Rennes; Rameaux, à Strasbourg; Rilliet, à Genève; Gomès, à Lisbonne; Riecken, à Bruxelles; Simpson, à Edimbourg; Schiff, à Francfort; Julius Vogel, à Giessen, etc., que M. Corvisart s'est présenté de nouveau devant l'Académie des sciences et le public médical.

Voici quelques-uns des faits généraux qui résultent de ce concours d'observations, qui, réunies aux siennes propres, forment la base du mémoire que l'Académie vient de récompenser.

Ce travail comprend 80 observations, savoir : 12 de consomption arrivée à la mort imminente, qui s'est ralentie ou a guéri; 53 de dyspepsies, qui ont guéri par la pepsine, dont 33 en moins de seize jours.

Pour qu'il fût bien acquis que c'était à la pepsine que la digestion était due, dans un certain nombre de cas, M. Corvisart réclama des observateurs qu'ils voulussent bien, au milieu du succès, mais avant la guérison, suspendre, par contre-épreuve, l'usage de la pepsine. Aussitôt que la pepsine fut supprimée les troubles revinrent; aussitôt qu'on la restitua ils cessèrent de nouveau.

Quelques circonstances particulières parmi les faits nombreux rapportés dans ce travail portent avec elles une preuve évidente de l'action de la pepsine. Nous ne citerons que les suivantes :

« Une femme, à chaque vomissement, rendait ses aliments intacts, souvent même ceux pris la veille; M. le docteur Fricaud lui fit faire un repas et lui donna de la pepsine. Pour s'assurer de l'action digestive de celle-ci, deux heures après il fit vomir la malade; dans les vomissements il n'y avait déjà plus trace d'aliments, ils avaient été digérés.

» M. Barthez, à l'hôpital Sainte-Eugénie, reconnut, chez quatre enfants d'un appétit vorace, mais qui ne digéraient rien, que les selles renfermaient les aliments (morceaux de viande, caséum, etc.) tels qu'ils les avaient pris, c'est-à-dire complétement indigérés. Il leur administra de la pepsine. Dès lors on ne retrouva plus trace de morceaux de viande, ils avaient été digérés; et ces enfants guérirent en quelques jours d'une diarrhée qui depuis plusieurs mois les faisait dépérir d'inanition. »

Dans d'autres cas semblables, il suffisait d'enlever la pepsine pour que le lendemain on retrouvât des aliments indigérés dans les selles, et qu'on la rendît pour que la digestion se fît de nouveau complétement.

Deux principes généraux dominent la pratique instituée par M. Corvisart. Le premier est celui-ci :

Dans toute dyspepsie, ou indigestion durable, il faut, tout à fait au début, employer la pepsine pendant quatre jours à titre de moyen de diagnostic, parce que celui-ci est plus court, plus inoffensif, plus sûr que tout autre.

Si on essaye de donner tel aliment ou tel autre, et si, dans l'hypothèse la plus favorable, on tombe enfin sur celui qui est en rapport avec la force et l'état de l'estomac, les longueurs de ce tâtonnement ont fait perdre du temps aux malades, laissé prendre à la maladie droit de domicile; d'où il suit qu'on a rendu la guérison plus difficile qu'elle n'aurait été si tout aussitôt on avait reconnu et combattu la cause du mal. Au contraire, si ces tâtonnements ont été malheureux, on a révolté, fatigué sans résultat un organe qu'on avait à ménager, et la maladie n'a fait que s'accroître.

Le même reproche pourrait être adressé aux tâtonnements faits à l'aide des médicaments. « Si ces derniers sont pris dans la classe des excitants, dit M. Corvisart, ils opèrent un réveil factice de l'estomac en forçant un organe qui a besoin de plus de réparation que de travail, à un travail qui excède ses forces; et pour l'avenir, on ruine l'estomac par des améliorations passagères et trompeuses. Si les médicaments sont des stupéfiants, ils endorment non la maladie, mais les symptômes utiles au médecin, puisque leur manifestation appelle son secours. »

Telles sont les raisons qui l'ont conduit à employer la pepsine comme moyen de diagnostic.

« Trois causes peuvent amener l'imperfection de la digestion gastrique :

» 1° Ou le vice de la sensibilité;

» 2° Ou le vice des actes musculaires gastriques (inertie ou spasme);

BIBLIOGRAPHIE.

Die künstliche frühgeburt Monographisch dargestellt von Albert Krause, ordentlicher professor der medicin zu Dorpat.

Tel est le titre d'un Traité complet de l'accouchement prématuré artificiel que vient de publier, en Allemagne, un professeur de médecine à l'Université de Dorpat, M. Albert Krause. La *Gazette des Hôpitaux* a eu l'occasion de parler plusieurs fois dans ces derniers temps de l'accouchement prématuré artificiel. Est-ce un motif pour que nous n'accordions qu'une simple annonce et quelques mots d'appréciation au livre le plus complet qui ait paru sur la matière? Nous ne l'avons pas pensé. Pratiqué dès le premier tiers du dix-huitième siècle par notre célèbre Puzos dans les hémorrhagies utérines, puis dans les rétrécissements du bassin, d'abord, à Londres, par Macaulay, et, à Paris, par Ant. Petit et Le Vacher, cette opération, tour à tour recommandée, oubliée, rejetée, enfin formellement condamnée par l'Académie de médecine, fut presque aussitôt remise en honneur par M. Stolz à Strasbourg, et M. P. Dubois à Paris. Elle a eu chez nous une trop singulière fortune, et n'est peut-être pas encore tellement appréciée partout qu'il n'y ait pas lieu à donner à nos lecteurs une analyse succincte de la monographie nouvellement publiée.

L'accouchement prématuré artificiel, dit M. Krause, est cette intervention de l'art où, dans les derniers trois mois de la gestation, la matrice est mise en état d'expulser elle-même le produit de la conception, dans la vue d'éloigner de la mère et de l'enfant le danger certain de mort qui les menacerait l'un et l'autre, dans le cas de l'entier développement intra-utérin du dernier. L'objet de cette opération est donc de sauver à la fois la mère et son fruit, de sauver au moins celui-ci quand la mère, attaquée d'une maladie incurable, est reconnue hors d'état d'arriver au terme de la grossesse et de faire les frais de l'accouchement spontané. *Sauver l'enfant*, c'est là le caractère propre de l'accouchement prématuré artificiel et ce qui le différencie de l'avortement artificiel et de l'accouchement forcé.

L'accouchement prématuré artificiel n'est légitime que quand il existe une probabilité suffisante que, par son moyen, on pourra atteindre son objet : que l'enfant vive et soit viable, que les forces de la mère ne soient pas tellement épuisées par la maladie qu'il n'y ait pas lieu de désespérer que l'accouchement provoqué se termine heureusement; enfin, que le rétrécissement du bassin ne soit pas non plus assez considérable pour qu'il ne puisse livrer passage à un fœtus de sept mois.

On reconnaît que l'enfant vit, à la sensation subjective et objective de ses mouvements spontanés; mais avant tout, aux battements auriculo-ventriculaires perçus à l'auscultation. S'il n'est pas toujours facile de constater la vie, la difficulté est bien plus grande encore quand il s'agit de s'assurer de la *viabilité*, laquelle dépend du degré de développement des organes, de leur intégrité et de la force vitale propre aux différents individus. On sait qu'après la vingt-huitième semaine seulement, l'organisme fœtal a la faculté de poursuivre son développement au dehors de la cavité utérine, et que cette faculté augmente avec l'âge du fruit. On sait aussi le peu de fonds qu'on peut faire sur le dire des femmes enceintes relativement à l'époque de leur conception. L'indice le plus certain sur lequel on puisse asseoir un jugement touchant l'âge du fœtus, c'est encore le degré de développement de la matrice; car son volume, diminué de la masse des eaux de l'amnios, appréciable au plus ou moins de fluctuation, donne la mesure de celui du fruit, d'où l'on conclut le développement de ses organes et sa viabilité. Si cette conclusion n'est pas toujours rigoureusement exacte, elle l'est cependant dans la généralité des cas. C'est à l'état du pouls, de la respiration, des fonctions en général, ainsi qu'au caractère de la maladie dont elle est affectée, qu'on juge si *les forces de la mère suffiront pour que l'accouchement prématuré puisse avoir une bonne fin.* L'expérience et un certain tact sont aussi fort utiles pour cette délicate appréciation. Il est d'ailleurs à remarquer que la matrice possède en elle-même une énergie propre qui la soustrait en partie aux plus graves influences de la maladie, et que cette énergie, elle la conserve souvent jusqu'au dernier moment de la vie.

La largeur du crâne d'un fœtus de sept mois étant de 2 pouces et demi environ, la troisième condition de l'accouchement prématuré est que le petit diamètre du bassin de la mère ait au moins cette dimension, ce qui, le plus ordinairement, n'est pas difficile à déterminer.

Les indications de l'opération sont : A, eu égard à la mère et à l'enfant, un *rétrécissement du bassin* offrant de 2 1/2 à 3 1/2 pouces; B, eu égard à la mère seule, les *incommodités de la grossesse portées au point de menacer prochainement la vie* (étouffements, affections cérébrales, comme l'éclampsie, hémorrhagie utérine; C, eu égard à l'enfant seul : 1° *imminence de la mort de la mère* (cancer, phthisie pulmonaire, maladies organiques du cœur, etc., choléra, dyssenterie, pneumonie, péricardite et varioles graves; 2° *mort habituelle du fœtus sur la fin de la grossesse.*

» 3° Ou le vice de la sécrétion du suc gastrique.

» Si dans ces quatre jours d'essai la pepsine réussit, on sait du même coup que le suc gastrique manquait et qu'on y supplée. Cette connaissance, nécessaire avant tout, une fois acquise, on peut compléter (ce qui est utile dans certains cas rares) la disparition des symptômes par la combinaison de la morphine et de la strychnine avec le principe digestif artificiel.

» Le deuxième principe est le suivant :

» *Dans toute dyspepsie, diarrhée, dans toute maladie aiguë pendant laquelle la diète n'est plus un moyen curatif nécessaire, dans toute convalescence, dans tout état de consomption, dans tout état morbide où à cause de l'anorexie, de la douleur, de la révolte de l'estomac, l'alimentation n'est point à l'état normal, il faut, dès les premiers jours, si la pepsine a une action favorable, la donner comme base de traitement, et avec son aide élever rapidement l'alimentation à sa quantité normale.*

» En effet, les graves phénomènes morbides qui suivent la disette de suc gastrique sont exactement les mêmes que ceux que produit sur l'organisme l'invasion de la disette des aliments. Qu'on subisse la faim, ou qu'ayant à sa disposition des aliments on ne puisse les digérer faute de suc gastrique, il n'en résulte, dans les deux cas, qu'un fait unique, à savoir, que l'estomac, par son action digestive, ne fait point de matière alibile, de nutriments.

» De la désassimilation incessante de la trame des organes sans réparation résultent la déchéance proportionnelle de l'énergie fonctionnelle des organes et la dépression de l'énergie vitale.

» Chez les constitutions faibles, dans les maladies chroniques, consomptives, à quelque degré que ce soit, la temporisation dans l'emploi de la pepsine est une faute.

» Dans les convalescences des maladies aiguës son emploi a cette utilité qu'elle met, en restaurant les organes, toute leur énergie en jeu pour triompher de la lenteur de la résolution.

» Mais il importe de hâter l'usage de la pepsine dans certains cas de maladie, c'est-à-dire si depuis plus d'un mois à partir du début il y a eu abstinence complète, ou si depuis plus de deux mois l'alimentation a été réduite à la moitié ou au tiers d'une manière permanente. »

Telles sont les propositions principales qui résument ce travail. Nous ne prétendons pas en les reproduisant garantir qu'elles soient l'expression exacte et dernière des faits, et qu'une plus longue expérience et une observation attentive ne doivent modifier les unes, compléter les autres. Nous tenions à faire connaître le point où en est actuellement cette question intéressante de thérapeutique physiologique, qui n'a peut-être pas suffisamment fixé l'attention des médecins dans le principe, et qui nous paraît avoir de l'avenir.

Telle a été aussi l'opinion de la commission de l'Académie, qui, sans se prononcer d'une manière formelle sur ces résultats, dans la crainte de les compromettre par des conclusions prématurées, et tout en réservant au temps et à l'expérience le soin de juger définitivement l'importance de cet agent thérapeutique, a entendu expressément encourager les médecins à s'en servir, « espérant que bientôt ils pourront préciser les circonstances dans lesquelles ce médicament pourra être employé avec succès. » — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Hypertrophie granuleuse de la membrane muqueuse de l'utérus. — Emploi de la curette de Récamier (1). — Guérison.

Au n° 33 de notre salle Saint-Bernard est entrée une femme de cinquante-six ans. Depuis huit ans elle n'était plus soumise à l'écoulement périodique des règles, lorsque, sans qu'il se manifestât trop de douleur du côté des lombes et du bas-ventre, le flux cataménial réapparut soudainement il y a dix-huit mois. A dater de ce moment, elle rendit presque constamment par l'orifice vulvaire du sang et des flueurs blanches.

Soupçonnant un cancer de la matrice, je pratiquai le toucher. Le col était normal, exempt de toute trace d'affection carcinomateuse, mais aplati, raccourci. Le corps de l'utérus était un peu plus volumineux qu'à l'état physiologique; l'écoulement n'avait point de fétidité. Ce n'était pas un cancer.

A quoi avions-nous donc affaire? A un polype? Mais les dimensions de la matrice eussent été très-notablement augmentées; mais le col eût été sensiblement élargi; mais les ménorrhagies, quand il existe un polype utérin, sont bien plus accidentelles encore que dans le cancer. Non, ce n'était pas un polype non plus.

J'inclinai alors fortement à croire que notre malade était atteinte d'une maladie spéciale de l'utérus sur laquelle Récamier a jeté un grand jour en en décrivant merveilleusement les symptômes et le traitement; je veux parler de ce développement anormal de la membrane muqueuse, avec formation de petites concrétions à sa surface, de petits polypes muqueux ressemblant beaucoup à des grains de groseilles, dont ils ont tout à fait la couleur et la transparence.

Pour circonvenir et détacher ces petits polypes, Récamier eut l'idée de se servir du caustique et d'un instrument; mais comme l'emploi de l'agent cathérétique présentait quelques difficultés, il donna la préférence à la curette, dont le maniement est d'ailleurs assez facile.

La curette de Récamier est une tige métallique très-allongée, en forme d'S, mousse à ses deux extrémités, où il existe une excavation formée aux dépens du fer lui-même. Les bords sont coupants, afin qu'ils puissent racler la cavité utérine. Elle s'introduit dans l'utérus à l'aide d'un spéculum bivalve, la partie concave supérieurement, la partie convexe inférieurement. A l'aide du cathéter utérin de Simpson, on parvient jusque dans la cavité de la matrice; on retire alors ce dernier instrument, puis on plonge la curette.

Il y a ici un temps de l'opération assez délicat; il consiste à ne point pousser la curette avec énergie, car on perforerait infailliblement le bas-fond de l'utérus. Cet accident est arrivé trois fois à Récamier. Il n'est heureusement point survenu de péritonite dans aucun de ces cas. Vous introduisez donc votre instrument avec de grands ménagements, et, aussitôt qu'il est parvenu dans la cavité utérine, vous le tournez dans vos doigts et vous ratissez les concrétions polypiformes. C'est ainsi que nous avons fait: les concrétions sont sorties, je les ai recueillies et envoyées à M. Robin, qui en fera l'objet d'un examen microscopique. Elles pouvaient bien former en masse une grosseur du volume d'une noisette. Je me hâte d'ajouter que cette manœuvre n'a été accompagnée et suivie d'aucune douleur.

Huit jours après, je recommençai, mais je ne ramenai cette fois qu'un très-petit nombre de concrétions. Une troisième fois j'eus recours à la même opération, mais la membrane muqueuse de l'utérus, parfaitement lisse, ne livra plus de granulations à la curette. Je promenai alors le porte-caustique de Lallemand (sonde creuse armée d'un caustique cachet) dans la cavité de la matrice, et depuis ce temps la malade n'a plus éprouvé de pertes sanguines; les fleurs blanches ont également cessé. Cette femme vient de quitter nos salles dans un état de santé qui ne laisse absolument rien à désirer.

Si Récamier a eu le tort d'exagérer peut-être un peu tout ce qui est relatif à cette maladie, des médecins, fort recommandables du reste, ont eu le travers de la nier d'une façon exclusive.

M. le professeur Nélaton croit à l'existence de cette affection, et fréquemment il a eu occasion d'en voir des exemples, d'en traiter des cas.

M. le docteur Maisonneuve a publié également quelques travaux sur ce point encore peu connu de la pathologie utérine. Ai-je besoin de vous dire, après ces honorables témoignages, que dans ma pratique j'ai soigné et très-radicalement guéri un certain nombre de femmes présentant de ces concrétions polypiformes?

Lorsque après un examen attentif de la partie malade, vous aurez écarté, ainsi que je l'ai fait, toutes les circonstances qui auraient pu vous en imposer, et que vous aurez reconnu la non-existence d'un cancer ou d'un polype, souvenez-vous que la membrane muqueuse de l'utérus peut être le siége d'une hypertrophie granuleuse, et qu'il suffit le plus souvent, pour la faire disparaître, de recourir à la curette de Récamier. Mais, en l'employant, ne perdez jamais de vue le temps difficile de l'opération que j'ai eu le soin de vous signaler, celui qui consiste à introduire l'instrument avec lenteur et prudence. Cette condition est indispensable; elle rend la manœuvre opératoire exempte de tout danger.

(1) Le soulagement immédiat obtenu après l'application de la curette de Récamier dans un cas d'affection utérine interne datant depuis longtemps (voir le n° de la *Gazette des Hôpitaux* du 9 février) nous procure l'occasion de mettre sous les yeux de nos lecteurs l'observation suivante, qui a quelque analogie avec le fait du service de M. le professeur Nélaton. H. L. du S.

HOPITAL MILITAIRE DU ROULE — M. Bonnafont.

Nouveau mode d'occlusion des yeux dans le traitement des ophthalmies en général.

Malgré les diverses médications qui ont été jusqu'à présent employées avec plus ou moins d'avantage contre les ophthalmies de toutes sortes, générales ou partielles, franches ou compliquées, il en est peu qui aient procuré des succès assez constants pour qu'on puisse les ériger dans la pratique en méthode générale.

C'est en vain que certains praticiens vantent les saignées et les sangsues au début d'une conjonctivite suppurée ou d'une kératite avec ulcération; qu'ils conseilleront dans un cas de chémosis d'exciser les replis variqueux de la muqueuse oculaire ou simplement de les scarifier; l'inflammation alors est rarement enrayée; sa marche est généralement trop rapide et peut entraîner avec elle des dégâts trop précipités et trop graves pour que les évacuations sanguines ne soient pas trop souvent insuffisantes. Nous en dirons autant des émétiques à haute dose employés par quelques praticiens, du calomel prescrit à dose purgative ou de manière à exciter le ptyalisme, des nombreux topiques qui sont encore en grand honneur, tels que pommade mercurielle, belladonée, opiacée, et certaines lotions et fomentations médicamenteuses soit émollientes, soit résolutives, soit astringentes, etc.

Toutes ces variétés de médications, tant internes qu'externes, sont bien quelquefois suivies de résultats satisfaisants, mais une seule suffit rarement pour amener la guérison. C'est dans l'espoir de combler cette lacune que je viens proposer une autre médication, qui, mieux que ses aînées, semble peut-être réunir des conditions plus spéciales pour être appliquée avec des chances très-favorables dans la plupart des ophthalmies; c'est du moins ce qui résulte de l'usage que nous en avons fait et des succès qui en sont résultés depuis bientôt trois ans dans nos services des hôpitaux militaires du Gros-Caillou et du Roule.

Voici notre procédé :

Un morceau de linge fenêtré et cératé ayant la forme exacte de la cavité orbitaire est appliqué sur l'œil malade, préalablement voilé par les paupières. Les ouvertures de ce petit crible étant destinées à laisser passer le pus produit par la conjonctive enflammée, un léger plumasseau de charpie mollette est placé par-dessus, et le tout hermétiquement retenu par un disque de diachylon qui comprend dans sa circonférence la région sourcilière, tout le côté du nez adjacent à l'œil malade, la partie supérieure de la joue et un peu de la région temporale correspondantes. Cet appareil contentif pouvant se décoller, malgré la température des parties affectées, une compresse que l'on y assujettit au moyen d'une bande en monocle prévient cet inconvénient.

L'œil malade reste ainsi fermé pendant plusieurs jours. Si on a

---

La présence reconnue de jumeaux dans la cavité utérine ou une grossesse multiple n'est pas toujours une indication. C'est au tact de l'accoucheur à démêler si dans un pareil cas il convient de recourir à l'opération. Le prolapsus de la matrice n'est pas non plus une indication, et l'étranglement irréductible d'une hernie n'en saurait être une (seulement dans l'intérêt du fœtus) que si cet accident avait mis la mère dans un état désespéré.

Il n'est à l'accouchement prématuré d'autres contre-indications que l'absence des indications ci-dessus mentionnées. Cependant si dans le cas d'un bassin rétréci, l'on avait dépassé le moment opportun, ce ne serait pas encore un motif pour renoncer à l'opération, attendu qu'une moindre chance de succès vaut encore mieux que l'absence complète de toute chance.

Que si, pour apprécier leur valeur relative, on compare maintenant à l'accouchement normal à terme, d'abord l'accouchement prématuré spontané, puis l'accouchement prématuré artificiel, on trouve en définitive que, *le moment d'opérer et la méthode la plus appropriée à la sensibilité de l'utérus étant bien choisis*, l'accouchement prématuré artificiel pour cause de rétrécissement du bassin et dans les présentations favorables du fœtus n'est guère moins favorable ni moins exempt de dangers pour la mère et son fruit que l'accouchement normal à terme. Cette induction générale est tirée par l'auteur de calculs statistiques dont les données n'embrassent rien moins que tous les faits connus. Par le peu de différence que montrent l'accouchement prématuré et l'accouchement normal à terme, on peut juger de l'immense avantage qu'offre cette opération prophylactique dans l'étroitesse du bassin, comparée à l'emploi du forceps, à la perforation du crâne et à l'hystérotomie dans les mêmes cas. Elle ne l'emporte pas moins sur la méthode débilitante, préconisée par quelques accoucheurs dans le but de rendre possible l'accouchement à terme d'un enfant vivant et viable, en limitant sa nutrition par une diète sévère de la mère et des saignées pendant la durée de la gestation.

Ici se trouvent exposés avec détails le moment propice de l'opération dans les divers cas et eu égard aux circonstances qui en ont fourni l'indication, la manière de le reconnaître, de mesurer le bassin dans le rachitisme et l'ostéomalacie, d'apprécier le plus exactement possible le volume de la tête de l'enfant, les soins qu'il convient de donner à la mère soit pendant, soit après l'opération, soit avant quand elle est prophylactique. Puis l'auteur expose ainsi la manière d'opérer :

1° Que la portion vaginale est accessible au doigt et molle, et l'orifice souple et ouvert;

2° Que la portion vaginale est longue, résistante, et l'orifice externe encore clos;

3° Que la portion vaginale est hors de la portée du doigt de l'explorateur, ce qui détermine le choix de la méthode à employer, car il en est plusieurs.

Il y a :

1° Celle par la perforation des membranes;
- *a* Dans l'orifice (méthode anglaise);
- *b* Au-dessus de l'orifice (méthode de Meissner);

2° Celle avec conservation des membranes;
- I. Par des injections utérines (méthode de Cohen);
- II. Par la profonde introduction d'un cathéter dans la cavité de l'utérus :
  - *a* En ayant soin de le retirer tout aussitôt (méth. de Lehman);
  - *b* En le laissant à demeure (méthode de l'auteur);

3° Par le décollement des membranes d'avec la surface du segment inférieur de la matrice:
- *a* A l'aide des doigts (méthode d'Hamilton);
- *b* Au moyen d'un cathéter (méthode de Rieké);

4° Par la dilatation de l'orifice:
- *a* A l'aide de l'éponge préparée (méthode de Kluge);
- *b* Au moyen d'instruments (méthode de Busch et de l'auteur);

5° Par l'ébranlement et l'irritation de la portion vaginale à l'aide de douches utérines chaudes (méthode de Kiwisch);

6° Par l'irritation du vagin et de la portion vaginale tout à la fois, en tamponnant le premier :
- *a* Avec de la charpie (méthode de Schöller);
- *b* Au moyen d'une vessie (méthode de Hüter);
- *c* Au moyen d'une vessie en caoutchouc (méthode de Braun);

7° Par le galvanisme (méthode de Radfort);

8° Par le seigle ergoté (méthode de Ramsbotham);

9° Par l'irritation des seins (méthode de Scanzoni).

L'auteur décrit ensuite tout au long les procédés opératoires de ces diverses méthodes et la marche du travail de parturition dans chacune d'elles; il en fait l'historique, la critique appréciative, en considérant chaque méthode en elle-même et comparativement aux autres, et propose pour le choix de l'une ou de l'autre des indications pratiques également basées sur la statistique, sur l'examen comparé et raisonné de tous les cas d'accouchements artificiels jusqu'ici publiés et recueillis par lui.

En faisant attention à l'ensemble des circonstances favorables nécessaires pour que l'opération ait un plein succès, à l'influence décisive que le moindre accident, tel que le changement d'une présentation du vertex, en une présentation de l'épaule ou de l'extrémité pelvienne dans la première période du travail, peut, dans les rétrécissements du bassin, exercer sur la vie de l'enfant, on concevra facilement que le

affaire à une ophthalmie purulente très-intense, le bandage a besoin d'être renouvelé presque tous les jours, sans quoi l'on aurait à craindre quelques accidents occasionnés par la stagnation en lieux clos d'une suppuration abondante. Mais si la conjonctive n'est que très-légèrement injectée, on peut sans danger ne renouveler le pansement que deux, trois et même quatre jours plus tard. Au bout de ce temps le chirurgien lève son appareil, visite l'œil, et juge, à son degré d'inflammation, s'il doit ou non recommencer l'occlusion.

Ordinairement, quand la conjonctivite est peu grave, trois ou quatre jours suffisent pour obtenir la guérison. Un chémosis ou une kératite ulcéreuse demandent un peu plus de temps, et, comme on le verra par une des observations suivantes, on peut obtenir des succès complets en huit et douze jours au plus pour des ulcères de la cornée, des chémosis et des iritis très-prononcés.

Ce qu'il importe surtout dans la méthode par occlusion, est de savoir enlever en temps opportun le petit bandage obturateur, afin de prévenir les accidents qui pourraient résulter de son application trop prolongée. Tout cela n'est qu'une affaire de tact chirurgical. Si, en effet, le malade accuse des souffrances plus vives que d'habitude, ou si le sparadrap est soulevé par la suppuration, il faut aussitôt enlever le bandage, visiter l'œil, et réappliquer sans crainte le pansement, après avoir eu le soin de nettoyer l'œil avec un peu d'eau tiède, et de bien essuyer la peau avant de réappliquer le disque de sparadrap.

Nous n'exposerons pas ici tous les cas de guérison que nous avons obtenus depuis que nous expérimentons cette méthode; notre intention est seulement d'esquisser à grands traits l'histoire de deux ou trois observations remarquables recueillies dans ces derniers temps à l'hôpital militaire du Roule.

Obs. I. — Le nommé Panson, fusilier au 3e régiment d'infanterie de ligne, entre à l'hôpital militaire du Roule le 23 avril 1855, atteint de kératite très-intense du côté droit, avec ulcérations. Les vaisseaux de la conjonctive sont très-injectés, principalement près de la cornée, et forment autour d'elle un cercle qui proémine d'un quart de ligne, de manière à l'enchâsser comme dans un anneau mince. Celle-ci, quoique offrant un aspect un peu mat, est légèrement rosée à sa circonférence, couleur *vert d'eau* à son milieu, et l'on peut facilement distinguer à sa partie supérieure deux ulcérations fort étroites, qui sont évidemment la suite de petits abcès. Inutile de dire que sous l'influence d'une telle inflammation, la vue est un peu troublée, qu'il y a photophobie et sécrétion des larmes plus abondante que de coutume. Le malade souffre horriblement, et il en résulte une réaction fébrile très-forte accompagnée de violents maux de tête et de bourdonnements continuels dans les oreilles.

C'eût été bien ici le cas ou jamais de recourir à la lancette, aux sangsues ou à la cautérisation. Confiant dans notre mode de traitement, mais dans le but de le seconder, et peut-être aussi de lui donner sur la maladie une prise plus facile et plus certaine, en même temps que nous opérons l'occlusion de l'œil telle qu'elle a été décrite, nous prescrivons une alimentation très-légère, deux pédiluves sinapisés à prendre, un le matin, un le soir, et deux pilules de calomel de 1 décigramme chaque. Le soir même, le pouls est ralenti, moins rénitent, moins plein; le malade accuse moins de douleur; il est plus calme; son teint n'est pas aussi coloré; la céphalalgie a presque entièrement disparu.

Le lendemain 24, l'état général est satisfaisant; la nuit a été bonne; les douleurs siégeant à l'œil malade sont moins vives.

Le 25 au matin, le bandage s'est un peu relâché, ce qui permet de soulever légèrement la plaque de diachylon et de constater que la charpie est imbibée d'une assez grande quantité de pus. C'est une indication formelle de renouveler le pansement, et on en profite pour visiter à la hâte le globe oculaire. La conjonctive, encore très-injectée, est moins rouge sur les confins de la cornée; les ulcères tendent à la cicatrisation; l'œil est un peu moins sensible à la lumière du jour. — Réapplication du bandage.

Jusqu'au 28, aucun accident réactionnel ne se produit; le malade se porte à merveille, son œil est pour ainsi dire indolore, et dès le 26 nous nous décidons à supprimer nos moyens adjuvants (pédiluves et calomel) et à changer le régime alimentaire. Le 27, la demie de pain, viande et légumes, est donnée à la place de laitage et de pruneaux en quart de portion.

Le 28, l'état général est si satisfaisant que notre aide de clinique cède, sans ordres, au désir de juger des résultats de l'occlusion; il enlève l'appareil, et, à son grand étonnement, le petit plumasseau de charpie et son linge fenêtré étaient presque secs, la vascularisation de la muqueuse oculaire était quasi nulle, et des deux petits ulcères qui existaient à la partie supérieure de la cornée, l'un avait déjà disparu, tandis que l'autre était à peu près cicatrisé. Son désir satisfait, il remit bien vite en place toutes les pièces de pansement, et vint nous annoncer le lendemain ce que la curiosité l'avait poussé à voir. Moins impatient, nous voulûmes attendre encore pour la suppression définitive du bandage.

Le 2 mai suivant, c'est-à-dire trois jours plus tard, neuf jours après l'entrée du malade, nous nous décidons à mettre l'œil en liberté. Celui-ci ne présentait plus, ni dans son aspect ni dans ses fonctions, aucune trace d'une kératite antérieure si compliquée. Panson sortait de l'hôpital complétement guéri le 5 mai 1855 (douzième jour).

Obs. II. — Loreston, fusilier au 90e de ligne, arrive à l'hôpital du Roule le 25 mai dernier, atteint depuis trois semaines d'un chémosis excessivement prononcé. Toute la conjonctive est prise d'inflammation; sa rougeur écarlate est si vive, les mailles de son tissu si gorgées de sang, qu'elles forment visiblement autour de la cornée un bourrelet épais et bleuâtre. La cornée, du reste, a perdu de sa diaphanéité, au point que l'iris est à peine visible; on dirait qu'une légère couche de poussière a été comme à dessein étalée à sa surface. Outre les douleurs locales que ressent le malade, outre les picotements et la sensation continuelle de grains de sable qu'il éprouve sous la paupière supérieure, picotements et sensations qui rendent intolérable l'accès des rayons lumineux et excitent une sécrétion permanente de larmes brûlantes et corrosives, une céphalalgie excessive, une fièvre ardente, une soif aride, le mettent dans une anxiété et dans une agitation extrêmes. Sans saignées ni sangsues préalables, nous opérons l'occlusion de l'œil séance tenante.

Qui n'aurait craint d'emprisonner de la sorte un œil aussi vivement irrité? A qui, dans un cas semblable, ne serait venue la crainte de voir l'organe visuel se fondre dans la suppuration peu après qu'il eût été occlus? Après avoir interrogé le malade, nous apprenions que la gravité des symptômes inflammatoires ne résultait que de collyres caustiques dont on s'était servi en dehors de l'hôpital. Avant cette médication, son œil lui faisait mal, mais au moins il pouvait voir, tandis qu'il ne voit plus. Il y a douze à quinze jours, sa vue était douloureusement sensible à la lumière, à peine pouvait-il entr'ouvrir les paupières; mais aujourd'hui le moindre clignotement lui cause des douleurs intolérables. Il croit sentir comme du verre pilé qui lui déchire sans cesse, par ses aspérités anguleuses, toute la surface du globe orbitaire.

Le malade est soumis à un régime très-peu nourrissant; des pédiluves sinapisés sont prescrits selon l'habitude, ainsi que quatre décigrammes de calomel en deux pilules, à prendre chaque jour.

Le 26, à la visite du matin, le pouls n'est pas encore tombé, mais il est plus souple, moins tendu; la peau a perdu de sa température; la langue est moins sèche à sa surface, moins rouge à sa pointe et sur ses bords; de pulsatives qu'elles étaient, les céphalalgies temporale et occipitale sont devenues gravatives comme celles du front; les douleurs locales sont un peu moins intenses. Même régime (laitage, pruneaux), même prescription médicamenteuse. — A la contre-visite, les symptômes généraux se sont amendés, le malade est moins agité, la fièvre s'abat insensiblement.

Le lendemain 27, Loreston nous dit avoir mieux reposé que de coutume. De 95, le pouls est descendu à 80; la langue est plus humide; l'appétit, qui jusqu'alors avait été nul, recommence à parler; les maux de tête n'existent plus du tout. — Quart de pain et demi-portion de pruneaux en plus.

L'œil affecté se trouve encore péniblement étreint sous le bandage, mais il est bien moins douloureux.

Le soir, un petit coin de la compresse est souillé de pus; on remet à la visite du lendemain matin la levée de l'appareil.

Il était temps en effet; le lendemain matin, bandes et compresses, diachylon et charpie, tout était dérangé par la suppuration, qui cherchait une issue au dehors (à cette période d'une inflammation oculaire, nous pouvons dans tous les cas prédire un résultat favorable). Le pus une fois arrivé, nous ne craignons plus d'autre désorganisation; nous laissons presque sans surveillance aux bons effets d'une occlusion permanente le soin de juger son ophthalmie. C'est ce que nous faisons ici.

Le pansement défait, nous visitons l'œil aussitôt après l'avoir soigneusement épongé à l'eau tiède: les vaisseaux de la conjonctive sont moins nombreux cette fois et ont une forme moins réticulée; le bourrelet qui entoure la cornée est moins saillant et plus pâle; la cornée elle-même est moins opaque. La rétine est moins sensible, et les paupières s'entr'ouvrent avec plus de facilité pour donner accès aux rayons lumineux; enfin l'épiphora n'est plus que très-léger.

On réapplique le bandage de manière que l'occlusion, bien méthodiquement pratiquée, soit très-exacte.

A la visite du 28, l'état général se soutient, la figure s'épanouit et devient plus riante, les objets de pansement n'ont pas bougé.

Les 29, 30, 31 mai, 1er, 2 et 3 juin, rien de particulier à signaler. Plus de douleurs locales.

Le 4 juin, on lui accorde la demi-portion de pain, une côtelette, des légumes et en plus un quart de vin. L'appareil est levé de nouveau. La cornée n'est plus entourée que par un bourrelet de capillaires boursouflés; elle se trouve sur le même plan que la sclérotique. La conjonctive n'est plus arborisée, ses vaisseaux sont plus rares et plus pâles, la lumière est mieux supportée; plus de larmoiements, plus de douleurs d'aucune sorte. On se hasarde à laisser l'œil à découvert, mais on ne devait pas tarder à s'en repentir.

Le soir, rien de nouveau; la conjonctive est toujours légèrement rosée; mais le lendemain 5 juin, après une nuit d'ailleurs très-calme, ses paupières sont collées entre elles comme le premier jour; l'œil est un peu plus rouge que la veille; ce n'est malheureusement que le surlendemain, au moment où les douleurs venaient de se raviver, que Loreston nous apprend la fâcheuse nouvelle.

(Cette rechute était bien regrettable sans doute, mais de fait fort utile, en ce sens qu'elle nous apprit qu'il est imprudent de trop se hâter pour la levée de l'appareil.)

Nous nous empressons donc de réappliquer une troisième fois le bandage.

Le 8 juin, aucun symptôme réactionnel n'accusant une phlegmasie locale un peu vive, on laisse les choses telles quelles, et l'on se borne à augmenter un peu les aliments.

Du 9 au 13 juin, rien de nouveau, nulle souffrance.

Le 14, nous soulevons le petit appareil; pas de taches de suppuration.

Le 15, nous l'enlevons entièrement.

La conjonctive n'a plus alors la teinte d'une muqueuse récemment enflammée; elle est d'une couleur rose pâle qui indique assez que l'inflammation a perdu son acuité et qu'elle tend à passer à l'état chronique. — Réapplication de l'appareil.

Le 20, on trouve l'œil limpide et revêtant cette belle nuance nacrée qui lui est habituelle.

Le 23, l'ophthalmie est définitivement guérie, et si Loreston n'est pas encore sorti de l'hôpital, c'est que nous voulons nous assurer en le gardant si une conjonctive aussi grave et aussi compliquée, guérie en neuf jours par un traitement aussi simple, est susceptible de récidiver une troisième fois.

Le malade est sorti de l'hôpital le 25 juin, et depuis l'ophthalmie n'a plus reparu.

A ces deux observations d'ophthalmie, dont la cure est irrécusable, nous pourrions en joindre un grand nombre d'autres. Nous ne ferons seulement que citer, à l'appui de cette méthode, les faits suivants, avec l'indication des malades, des corps auxquels ils appartiennent et des dates d'entrée et de sortie:

1° Hervais, 2e voltigeurs de la garde; iritis au 2e degré; entré le 11 juin, sorti le 28;

2° Collinet, 56e de ligne; conjonctivite aiguë ulcéreuse très-intense; entré le 24 juillet, sorti le 6 août;

3° Landin, 3e de ligne; kérato-conjonctivite; entré le 15 juillet, sorti le 1er août;

4° Jacques, 41e de ligne; conjonctivite aiguë; entré le 24 juillet, sorti le 4 août;

pronostic réclame toujours de la part de l'accoucheur beaucoup de réserve et de circonspection. L'opération a-t-elle été pratiquée pour cause de maladie aiguë ou de maladie chronique incurable de la femme, la matrice entre d'ordinaire facilement en action, et l'accouchement s'opère avec autant de célérité et de facilité pour la mère que d'innocuité pour l'enfant. L'indication, au contraire, a-t-elle été fournie par l'état du bassin, en supposant que le moment opportun ait été bien saisi, ce sera de la méthode employée, de la sensibilité de l'utérus et de la présentation du fœtus que dépendront et la durée et le succès de l'accouchement prématuré.

L'ouvrage se termine par l'histoire de l'accouchement prématuré: d'abord dans l'antiquité païenne, chez les Arabes et dans le moyen âge, où il ne fut pas à proprement dire *prématuré*, mais *abortif;* ensuite dans les diverses contrées de l'Europe et en Amérique, avec l'indication résumée, mais détaillée cependant de tous les cas d'accouchement prématuré artificiel publiés dans chacune d'elles, et des tableaux comparatifs du nombre d'opérations pratiquées suivant les différentes méthodes, de la durée du travail, des accidents survenus, du nombre de femmes et d'enfants sauvés, ainsi que de la cause de la mort de ceux qui ont succombé.

1,026 cas ont été jusqu'ici publiés, savoir: 374 en Angleterre, 482 en Allemagne, 61 en Hollande, 40 en France, et le reste en Belgique, en Danemark, en Norvége, en Russie, en Italie, en Amérique.

Dans ces 1,026 cas, il en est 616 où les enfants sont nés vivants (197 en Angleterre, 317 en Allemagne, 34 en Hollande, 22 en France, etc.); 293 où les enfants sont morts (140 en Angleterre, 109 en Allemagne, 22 en Hollande, 8 en France, etc.); 119 où le sort de l'enfant n'a pas été indiqué (37 en Angleterre, 56 en Allemagne, 8 en Hollande, 10 en France, etc.); 85 où l'opération a été pratiquée pour cause de maladie de la femme (14 en Angleterre, 48 en Allemagne, 13 en France, etc.); 57 enfin où les femmes succombèrent (11 en Angleterre, 36 en Allemagne, 3 en Hollande, 2 en France, etc.).

Il ressort de là, dit l'auteur:

1° Que le plus grand nombre des opérations ont été pratiquées en Allemagne;

2° Qu'en Angleterre elles furent faites, presque sans exception, pour rétrécissement du bassin;

3° Et en France principalement pour cause de maladie grave de la femme;

4° Que l'Allemagne, sous ce rapport, tient le milieu entre l'Angleterre et la France, ayant entrepris l'opération pour l'une et l'autre cause dans une *juste proportion;*

5° Que l'Allemagne l'emporte de beaucoup, par le nombre des enfants sauvés, sur l'Angleterre, la Hollande et la France, et que la Russie, l'Italie et l'Amérique seules en approchent, mais avec des chiffres presque insignifiants.

Du tableau comparatif des résultats obtenus dans les divers cas, suivant la méthode employée, il résulte, d'autre part:

1° Que le plus grand nombre des femmes mortes des suites de l'accouchement prématuré appartiennent aux cas où l'opération a été faite par la ponction des membranes, l'emploi de l'éponge préparée et les douches;

2° Que la méthode d'Hamilton, celles de Lehman, de Cohen et de l'auteur comptent ensemble 155 cas, dans lesquels une seule femme morte, encore est-ce d'éclampsie; 111 enfants nés vivants, 13 morts et 31 indéterminés;

3° Que les faits prononcent décidément contre la méthode dans laquelle les contractions utérines sont provoquées par l'écoulement des eaux ou l'irritation de la partie vaginale du col de la matrice, en faveur de celles où l'on conserve les eaux et où l'on ne provoque le travail qu'en excitant les parois internes de l'organe de la gestation;

4° Que le seigle ergoté est d'un effet peu sûr, souvent trop lent, et que si son action n'est pas dangereuse pour la mère, elle l'est, par contre, au plus haut degré pour l'enfant;

5° Que la méthode de Meissner n'est possible que dans les cas les plus favorables;

6° Que l'emploi de la vessie, ainsi que celui du caoutchouc et du tampon de charpie, est également peu sûr, souvent douloureux, et même dangereux, en ce qu'il provoque l'inflammation du vagin;

7° Que les autres méthodes sont trop incertaines pour qu'il soit prudent d'y avoir recours;

8° Enfin que, vu les différents états où peut se trouver la portion vaginale du col sous le rapport de sa situation, de sa longueur et de sa consistance, et vu aussi la grande différence qu'offre l'utérus quant à son irritabilité, dans les diverses grossesses, il n'est pas de méthode qui convienne toujours, et qu'il est partant convenable de la choisir appropriée chaque fois au cas présent. Dr Emm. Perrot.

Nous donnerons dans un prochain numéro l'appréciation du travail dont nous venons d'exposer l'analyse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Considérations sur l'observation médicale en général (analyse, synthèse, induction clinique, vitalisme, organicisme, empirisme, éclectisme, et leurs applications pratiques), par le docteur Mattei. In-8° de 48 pages. Prix: 1 fr. 25 c. — Paris, imprimerie Martinet.

5° Durgo, 1er voltigeurs de la garde; conjonctivite blennorrhagique; entré le 18 février, sorti le 1er mars.

6° Elfez, 67e de ligne; conjonctivite simple; entré le 20 février, sorti le 27 février.

7° Marchand, id.; conjonctivite simple; entré le 9 mars, sorti le 10 avril.

8° Epina, 1er voltigeurs de la garde; kératite ulcéreuse; entré le 12 mars, sorti le 10 avril.

9° Mequelen, 2e grenadiers de la garde; conjonctivite aiguë; entré le 22 mars, sorti le 31 mars.

10° Barbier, 3e de ligne; chémosis; entré le 24 avril, sorti le 28 avril.

11° Siédé, id.; conjonctivite; entré le 24 avril, sorti le 5 mai.

12° Loyer, 90e de ligne; ophthalmie purulente; entré le 25 avril, sorti le 15 mai.

13° Mossez, 3e de ligne; kératite superficielle; entré le 28 avril, sorti le 6 mai.

14° Lacroix, id.; conjonctivite suppurée; entré le 29 avril, sorti le 27 juin.

15° Dard, id.; chémosis; entré le 6 juin, sorti le 27 juin.

16° Corbinet, id.; ophthalmie franche; entré le 11 juin, sorti le 16 juin.

En somme, sur un total de 18 cas d'ophthalmies, soit purulentes, soit générales, soit partielles, soit simples, soit compliquées, nous comptons 18 guérisons. D'après un calcul établi sur le nombre des journées d'hôpital, la moyenne du traitement a été de 13 jours.

En résumé, l'occlusion complète des yeux dans le traitement des ophthalmies est une méthode curative qui, soumise aux règles énoncées précédemment, comptera toujours plus de succès que les autres médications. Elle a sur les antiphlogistiques l'avantage incontestable d'être moins faillible; sur la cautérisation celui d'être moins dangereuse, et sur l'une et l'autre méthode, de pouvoir s'étendre à tous les cas possibles d'inflammation oculaire, soit graves, soit bénins, soit simples, soit compliqués.

L'important est de toujours se rappeler que le pansement doit être fait avec méthode, exactitude, et surtout très-attentivement surveillé après son emploi.

FISTULE DE LA FACE D'ORIGINE DENTAIRE.

Par M. Pagello.

Cette intéressante maladie, sur laquelle les livres classiques se taisent à peu près complétement, n'est connue que depuis un petit nombre d'années. C'est Delpech qui la signala le premier dans une remarquable observation où, comme tant d'autres, il avait d'abord méconnu le mal. Plusieurs travaux, et spécialement ceux de M. Pétrequin (voyez *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon*, 1850, page 32), ont depuis signalé les fistules de la face d'origine dentaire à l'attention des praticiens, de sorte qu'aujourd'hui elles sont assez bien connues en France. Ce n'est pas sans intérêt qu'on lira l'observation suivante, où M. Pagello fait connaître un nouveau moyen de découvrir la dent gâtée, cause première de la fistule.

La comtesse N. N. portait depuis un an une plaie fistuleuse à la fossette du menton, difformité qui la tourmentait au physique et au moral. Traitée par M. Cavallini à l'aide d'injections, de pommades, de cataplasmes, elle voulut prendre l'avis de M. Pagello, et l'appela pour consulter avec M. Cavallini.

Après avoir recherché avec soin la cause du mal, M. Pagello émit le doute que la plaie fistuleuse, qui distillait constamment un pus inodore et de bon caractère, pouvait avoir sa raison d'être dans la carie de quelque dent incisive; mais, à ce doute, la jeune comtesse répondit en montrant ses dents parfaitement blanches comme une rangée de perles, n'ayant jamais été affectées de douleurs, et indolentes lorsqu'on les percutait une à une.

Le cathétérisme de la fistule donnait une sensation de rugosité osseuse et de carie, faisait saigner facilement et était très-sensible. On conseilla des injections détersives et la compression, et si ces moyens ne suffisaient pas, on aurait recours au fer rouge.

Dans ce temps, M. Asson étant venu à Bellune, la famille de la patiente voulut avoir son avis sur une maladie rebelle à tant de traitements. Nous discutâmes, dit l'auteur, avec M. Asson, de toutes manières, les causes passées et présentes de cette désagréable maladie, et M. Asson fut d'avis qu'un point de la mâchoire était affecté de carie et qu'on devait nécessairement user du fer rouge si les injections proposées ne réussissaient pas.

M. Pagello suivit le conseil du docte chirurgien, et exécuta ce qu'il avait prescrit; mais il n'en retira aucun fruit, et le mal persista comme auparavant. C'est alors qu'il revint à sa première idée d'une carie de la dent; mais comment le prouver, comment persuader à une jeune dame qui n'a jamais souffert des dents de sacrifier une ou deux des dents incisives? Je me trouvai, dit l'auteur, dans un grand embarras et bien en colère, comme il arrive quand nous nous voyons impuissants ou humiliés en face d'un mal aussi petit.

Il avait lu depuis quelques jours dans un journal de médecine qu'à l'ouverture d'un cadavre faite en présence du professeur Orfila, on avait trouvé tous les os chargés de couleur rouge, et on remarquait que l'individu avait été longtemps soumis à l'usage du *rubia tinctorum*. Cette lecture et les expériences de Spallanzani sur les moutons lui suggérèrent la pensée de traiter le trajet fistuleux en question avec des injections de décoction de garance.

Il le fit, et en peu de jours la dent incisive placée au-dessus de la fistule rougit vivement; il en fit l'extraction, et on trouva la racine cariée. Alors le trajet fistuleux guérit parfaitement en peu de jours.

(*Gazette médicale.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 novembre. — Présidence de M. Magne, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Asphyxie causée par l'inspiration de gaz délétères malgré leur communication avec l'air extérieur. — M. Masson a dû intervenir dans deux circonstances qui prouvent que l'asphyxie par les gaz délétères peut survenir avec une extrême facilité, alors même que la communication avec l'air extérieur n'a pas été interrompue.

Le premier fait s'est présenté rue de Buci. Des ouvriers étaient occupés à ouvrir une tranchée pour réparer des tuyaux à gaz, lorsque l'un d'eux fut saisi tout à coup de malaise, d'étourdissement, et tomba privé de sentiment. Néanmoins, quelques soins finirent par le rappeler à la vie.

L'autre fait est relatif à une jeune personne qui fut trouvée asphyxiée dans sa chambre, dont la fenêtre était pourtant ouverte. Son chien était près d'elle et pareillement frappé d'asphyxie. Les secours employés en pareille circonstance ayant été administrés, restèrent très-longtemps sans résultat. Cependant l'insufflation d'air, pratiquée avec précaution et persévérance, finit par ramener la respiration.

Ces deux faits m'en rappellent un troisième dont le sujet est une vieille femme pour laquelle je fus, il y a quelque temps, appelé rue Taranne. Cette malheureuse, qu'on avait trouvée complétement privée de sentiment, ne fut rappelée à la vie qu'après six à sept heures de soins incessants.

M. Terrier demande les raisons qui portaient M. Masson à persister pendant aussi longtemps dans les soins qu'il a donnés à cette pauvre vieille femme.

M. Masson répond que quoiqu'il n'y eût ni respiration apparente ni battements de cœur sensibles, la chaleur n'était pas encore tout à fait abolie, et cette circonstance lui donnait quelque espérance. Cette espérance était encore secondée par des souvenirs de nature à m'encourager. En effet, j'avais eu à donner des soins quelque temps auparavant à un homme d'un certain âge, auprès duquel je fus appelé en toute hâte au milieu de la nuit, et que je trouvai agonisant.

Il survint une crise violente, et le malade resta la bouche béante, sans respiration, sans pouls. Dans ma pensée intime, cet homme était mort. Pendant quelques instants encore je restai auprès du lit, cherchant à consoler la famille, et pendant ce temps je crus remarquer sur les lèvres du mort un léger frémissement. Le lendemain cet homme était plein de force et de vie, et a vécu longtemps encore.

Mort apparente d'un nouveau-né. — M. Bossu. Puisque nous en sommes sur les cas de mort apparente, j'ajouterai aux faits intéressants rapportés par M. Masson un cas relatif à un enfant nouveau-né. A la suite d'un accouchement long et laborieux, l'enfant, d'une faiblesse extrême, semblait tout à fait asphyxié. Il fut laissé au milieu des linges qui avaient servi aux couches et abandonné près d'une fenêtre, où il resta exposé au froid plusieurs heures. Plus tard, ayant été examiné avec attention et ayant reçu quelques soins, il revint à la vie, et a joui depuis d'une bonne santé.

Tumeur de la cornée. — M. Coursserant présente une production morbide qui était adhérente à la moitié externe de la cornée droite, ainsi qu'à la conjonctive et à la sclérotique du même œil. Cette tumeur, dont les fragments réunis peuvent égaler le volume d'une petite amande, a été enlevée chez le nommé Grangier, de la Bachellerie (Dordogne). Elle offre, quant à la couleur, la plus grande ressemblance avec la matière cérébrale. Elle est recouverte à sa surface d'une infinité de petits lobules, qu'on ne saurait mieux comparer qu'aux élévations charnues et arrondies dont se trouve parsemée la surface d'une framboise. Malgré le pronostic défavorable porté par les médecins qui avaient donné des soins au malade, la tumeur fut enlevée. Aucun accident ne vint contrarier la marche de la cicatrisation; la transparence de la cornée a été en grande partie conservée dans le point même sur lequel reposait cette tumeur. Depuis deux ans, la guérison s'est maintenue d'une manière complète.

M. Bossu regrette que M. Coursserant n'ait pas fait faire l'examen microscopique de la tumeur dont il vient d'entretenir la Société. Cet examen aurait permis de juger de sa nature d'une manière positive. Si on y eût découvert la cellule cancéreuse, il est évident que le fait de sa non-reproduction au bout de deux ans aurait eu une sérieuse importance, tandis qu'au contraire cette importance est beaucoup moindre dans le cas où le microscope n'aurait pas constaté l'existence de cette cellule.

Obstétrique. — M. Dupertuis rapporte avoir été appelé la nuit dernière auprès d'une femme âgée de vingt-deux ans, ayant déjà eu deux enfants, et qui était parvenue au terme d'une troisième grossesse. Deux jours auparavant cette femme, ayant fait une chute dans l'escalier, s'est sentie mouillée subitement, et depuis lors elle n'a cessé de perdre des eaux en quantité considérable.

A mon arrivée auprès d'elle, cette nuit, je l'ai trouvée froide, glacée, perdant toujours; les douleurs sont franches et assez fréquentes, le travail marche régulièrement. De quatre à six heures, défaillances à chaque douleur. Vers six heures, je lui fais donner un peu d'eau sucrée chaude; elle se réchauffe un peu, et s'endort pendant deux heures environ, après lesquelles elle s'éveille avec nouveau refroidissement et nouvelles défaillances. Enfin à dix heures l'accouchement a lieu, mais le refroidissement persiste, ainsi que les défaillances. Le pouls est tellement faible qu'il m'est impossible d'en apprécier les battements. Malgré ces accidents, les suites de couches suivent leur cours, et la femme, que je viens de voir il n'y a que quelques heures, paraît assez bien.

M. Duhamel demande si l'accouchement n'a été précédé d'aucune perte sanguine, soit externe, soit interne.

M. Dupertuis répond n'en avoir constaté aucune.

M. Bossu. L'explication de ces faits n'est pas, à ce que je crois, très-facile; cependant je ne pense pas qu'ils offrent rien d'inquiétant. J'en ai constaté assez fréquemment de semblables, et je ne m'en suis jamais beaucoup effrayé, parce que j'ai toujours pensé qu'elles pouvaient tenir soit à une compression causée par la tête du fœtus, soit à un état nerveux plus ou moins prononcé.

M. Masson pense que ces accidents, dont il a été, lui aussi, assez souvent témoin, peuvent tenir en effet à un état nerveux, et, dans le cas de M. Dupertuis, avoir été causés par la frayeur subie par la chute de la malade faite deux jours avant l'accouchement.

M. Vergne, sans refuser d'admettre le peu de fréquence et la gravité des accidents signalés par M. Dupertuis, ne croit pas cependant qu'ils soient aussi rares ni aussi graves qu'on semble le laisser supposer. Au commencement de cette année, ajoute M. Vergne, j'ai été appelé en toute hâte auprès d'une femme à laquelle je donnais des soins depuis longtemps. Cette femme, âgée de trente-cinq ans environ, mère de deux enfants, dont le dernier âgé de sept à huit ans, cette femme, qui avait eu une ictère quelque temps auparavant, était enceinte de six mois, lorsque, sous l'influence d'une impression morale vive, elle sentit quelque chose se rompre dans son ventre (ce sont ses propres expressions), et se vit inondée d'un flot de liquide qu'elle évalue à dix ou douze litres au moins. A dater de ce moment (il était alors sept heures du matin) jusqu'au lendemain huit heures du soir, c'est-à-dire pendant trente-sept heures, elle éprouva des défaillances continuelles; les douleurs marchaient avec une lenteur désespérante; le refroidissement était extrême, la malade se plaignant sans cesse d'être glacée. Pendant la nuit elle put dormir une ou deux heures, mais d'un sommeil pénible. Les boissons chaudes, tièdes ou froides, étaient difficilement supportées; si on obtenait un peu de chaleur, celle-ci était toujours de courte durée. Enfin l'accouchement eut lieu à huit heures du soir: l'enfant était mort. Les accidents persistèrent deux ou trois heures après la délivrance; puis les suites de couches suivirent leur marche naturelle.

J'ai été témoin d'un autre fait de ce genre, mais qui diffère cependant du précédent sous plusieurs points.

Vers le 20 septembre dernier, je fus appelé dans la rue Royer-Collard auprès d'une femme de vingt et un ans, qui venait d'accoucher à trois mois et demi environ de sexe féminin; il y avait une hémorrhagie abondante, et la sage-femme qui l'assistait croyant avoir obtenu le délivre, et sentant malgré cela dans l'utérus une tumeur dont elle ne pouvait se rendre compte, croyait avoir affaire à un troisième fœtus: c'était tout simplement le placenta replié en forme de poche et rempli d'une grande quantité de sang.

Cette femme, d'une constitution éminemment lymphatique, sans force ni énergie, d'une pâleur extrême, était tellement affaiblie, que d'un moment à l'autre elle semblait devoir s'éteindre; cependant, lui ayant administré 15 décigrammes de seigle ergoté en trois doses, nous eûmes la satisfaction de la voir revenir à elle; après quelques instants, tous les accidents se dissipèrent petit à petit, et le lendemain je trouvais la malade dans l'état le plus rassurant.

M. Dupertuis dit n'avoir pas employé l'ergot de seigle, et, en général, il y a très-rarement recours, par la raison que, lorsqu'il l'a mis en usage, il lui est arrivé très-fréquemment de voir survenir des métropéritonites; il ne croit pas que son usage soit sans danger.

M. Duhamel ne partage pas l'opinion de M. Dupertuis. Selon lui, les uns lui accordent une action trop énergique, d'autres une action très-peu puissante; c'est entre ces deux extrêmes qu'est la vérité; appliqué à propos, lorsque les douleurs sont suspendues depuis une ou deux heures, et à des doses suffisantes, il lui a rendu des services réels, et jamais il ne l'a vu suivi d'accident.

Pupille artificielle. — M. Coursserant, ayant été appelé à pratiquer une double pupille artificielle au sieur Chambon, du bourg de Saint-Genis (Dordogne), mentionne le fait suivant:

La pupille pratiquée à l'œil droit dans l'angle interne présente une seule ouverture. Quant à l'œil gauche, trois petites pupilles séparées par des filaments appartenant soit à l'iris, soit à des fausses membranes développées derrière l'iris, se voient disposées en étages pour ainsi dire à l'angle externe de l'œil gauche. Quand la vue a lieu soit avec un œil, soit avec les deux yeux, elle est assez nette pour que le malade ait pu distinguer le troisième jour des objets d'un volume assez petit; mais dans tous les cas, et quelle que soit la direction donnée aux yeux, elle est toujours simple, *jamais double*, jamais triple, etc.

Le secrétaire annuel, Dr Vergne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 16 février, M. le docteur Roubin, chirurgien de 1re classe de la marine, a été nommé au grade de chirurgien professeur.

— M. le docteur U. Trélat vient, à la suite d'un concours dans lequel il avait pour concurrents MM. Dolbeau et Sée, d'être nommé prosecteur de la Faculté de médecine de Paris.

L'opinion du jury a été, nous assure-t-on, indécise jusqu'au dernier jour, et ce n'est qu'après une très chaude lutte que M. Trélat a remporté la palme. Le musée Orfila s'est enrichi, à cette occasion, d'un grand nombre de fort belles préparations. L'anatomie de l'*œil* avait été donnée aux concurrents comme épreuve pratique.

— La chaire d'opérations et d'appareils, vacante à la Faculté de Montpellier par suite du décès de M. Estor, suscite déjà, dit la *Revue thérapeutique du Midi*, de nombreuses ambitions.

Parmi les candidatures, on nous signale celles de MM. Serre (d'Uzès), docteur médecin à Alais; Goffres, médecin principal des armées; Rigaud, professeur à la Faculté de Strasbourg; Quissac, professeur agrégé à Montpellier.

— M. le docteur Richond-des-Brus, inspecteur des eaux de Néris, ancien député de la Haute-Loire, ancien maire du Puy, vient de mourir à l'âge de 57 ans. M. Richond avait été un des partisans les plus ardents de la doctrine physiologique.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 20 FÉVRIER 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

Deux discussions se trouvent engagées à l'Académie de médecine : l'une, sur le traitement des ophthalmies par la méthode de l'occlusion, au sujet du mémoire que M. Bonnafont a lu dans la précédente séance ; la seconde, sur le typhus contagieux du gros bétail, ou peste bovine, qui vient d'être le sujet d'un grand et important travail dont la lecture a occupé une grande partie des deux dernières séances.

La discussion sur l'utilité de l'occlusion dans le traitement des ophthalmies a été ouverte par M. Larrey. M. Velpeau doit la continuer dans la prochaine séance, et d'autres membres, sans aucun doute, y prendront part. Nous nous abstenons de toute réflexion pour le moment, ce sujet devant être traité prochainement par un de nos collaborateurs beaucoup plus compétent que nous sur la question.

Quant à la question soulevée par la lecture de M. Renault, bien qu'étrangère jusqu'à un certain point aux objets spéciaux de nos études habituelles, elle y tient cependant par trop de points, ne fût-ce que par les importants problèmes qu'elle soulève relativement aux graves questions de la contagion et des conditions étiologiques des grandes maladies collectives — épidémies ou épizooties, — pour qu'elle ne doive pas nous intéresser. Nos lecteurs trouveront au compte rendu un court résumé, purement indicatif, du but et de l'objet de ce travail, mais suffisant, croyons-nous, pour donner une idée des termes principaux de la question en litige. Nous compléterons, du reste, ce simple aperçu par de plus amples détails, autant que l'exigera l'intelligence du débat que M. Delafond se propose d'engager sur cette communication dans une des prochaines séances. — Dr Brochin.

HOPITAL BEAUJON. — M. HUGUIER.

Les collections purulentes qui s'observent aux organes génitaux externes de la femme peuvent-elles siéger dans l'appareil glanduleux de cette région?

Dans le n° 19 de la *Gazette des Hôpitaux* (14 février), on a publié un article de la clinique de M. Velpeau, dans lequel l'éminent professeur pose la question suivante : *Les abcès des grandes lèvres sont ils dus à une inflammation de la glande vulvo-vaginale dite de Bartholin?*

Je me dispenserais, tant mon esprit a d'aversion pour la discussion et la polémique, de vous entretenir de ces affections dont vous avez eu tout récemment encore un exemple concluant sous les yeux, si, dans cet article, qui renferme tant d'assertions hasardées, je ne trouvais des passages qui sont tout à fait en opposition avec la vérité, avec ce que j'ai eu l'honneur de vous enseigner, et dans lesquels M. Velpeau, involontairement, j'en suis certain, a altéré les opinions que j'ai émises sur les abcès de la vulve et les maladies de la glande vulvaire. Je me bornerai aujourd'hui à répondre aux faits qui me concernent, laissant à d'autres, s'ils le croient convenable, le soin de juger et de discuter les autres parties de la leçon du professeur de l'hôpital de la Charité.

Voici ces passages, que je reproduis textuellement, et auxquels je me propose de répondre :

« M. Huguier a peut-être trop richement doté la glande de Bar- » tholin d'états pathologiques. D'après lui, la plupart des abcès de » la vulve et des kystes qui en sont la conséquence ne sont autre » chose que des dilatations du conduit excréteur de la glande, avec » sécrétions morbides dans ce canal ainsi dilaté, ou bien des abcès » de la glande elle-même. Mon opinion, à moi, est celle-ci : c'est » que les abcès des grandes lèvres ne sont pas des adénites, des » inflammations de la glande vulvo-vaginale, et je suis même porté » à croire que la glande de Bartholin reste toujours parfaitement » étrangère à tout travail phlegmasique se développant sur les par- » ties génitales externes chez la femme. M. Huguier conseille au » besoin l'excision de la glande ; mais à quoi bon, puisque les » abcès de la vulve guérissent en général ? »

Que répondrait M. Velpeau au critique plus ou moins spirituel et piquant qui viendrait lui dire : Dans votre *Monographie des maladies du sein*, vous avez admis et décrit des affections qui n'existent pas dans cet organe ; vous vous êtes plu à admettre des espèces et des variétés qui n'ont pas de raison d'être, que je n'ai jamais observées, et qui n'ont pas de caractères distinctifs. Il répondrait avec raison ceci, ou à peu près : Attendez, avant de critiquer mon travail, que vous ayez vieilli dans la pratique ; que vous ayez, comme moi, exercé pendant trente ans sur un grand théâtre où les affections du sein surabondent ; vous pourrez alors vous convaincre que, loin d'avoir peut-être trop richement doté la glande mammaire et sa région d'états pathologiques, je suis probablement resté au-dessous de ma tâche, et il est probable qu'il existe encore dans cet organe des affections que d'autres découvriront. Une assertion présomptueuse ne peut détruire des matériaux longuement et consciencieusement réunis.

Moi, je répondrai à mon savant collègue : Avec l'esprit sévère et investigateur que je vous connais, si, pendant huit ans, vous eussiez été attaché à un service de 150 malades atteintes presque toutes de maladies aux organes sexuels, sans y comprendre le nombre considérable de celles qui se présentent à la consultation de l'établissement, non-seulement vous eussiez promptement découvert et décrit les affections de l'appareil glanduleux vulvo-vaginal, mais vous m'eussiez dépassé, car je n'ai pas la prétention d'avoir tout dit, comme le prouvent, du reste, les travaux qui ont été publiés depuis sur ce sujet.

Quand un travail est erroné ou entaché d'exagération, il ne prend pas cours dans la science ; or je puis dire, sans être taxé de vanité, que le mien est généralement admis, et que tous les médecins et chirurgiens qui m'ont succédé à l'hôpital de Lourcine se sont plu à reconnaître l'exactitude de mes recherches.

Si M. Velpeau eût pu aussi souvent que moi concentrer son attention sur cette branche de la pathologie, il eût beaucoup modifié sa manière de voir sur les inflammations phlegmoneuses et les abcès de la vulve.

Dans quelle partie de mon travail notre savant collègue a-t-il vu que j'attribuais la plupart des abcès de la vulve et des kystes qui en sont souvent la conséquence à des inflammations de la glande vulvaire ou de son conduit excréteur ? Nulle part. J'ai seulement dit, en parlant des causes des abcès qui se développent dans l'appareil sécréteur vulvo-vaginal, et cela, je le répète : « Dans la plupart des cas, dix-sept fois sur vingt, ces abcès reconnaissent pour cause les premiers rapports sexuels, ou des abus de coït ; aussi peut-on avancer d'une manière générale que quand des abcès à la vulve se sont manifestés après cette cause, ils siégent dans l'appareil glanduleux. » (Pages 136 et 318.)

Dans quel endroit a-t-il vu que je disais que les kystes de la vulve étaient souvent la conséquence des abcès de cette partie ? Je me suis, au contraire, élevé contre cette erreur le plus qu'il m'a été possible.

Il est évident que M. Velpeau n'a pas lu mon mémoire, qu'il en a parlé sur des *on dit*, car je ne saurais admettre que sa mémoire lui ait fait défaut à ce point, ou qu'il ait eu l'intention de dénaturer mes travaux.

Si M. Velpeau se fût donné la peine de prendre connaissance de mon mémoire, il eût vu que, loin de dire que la plupart des abcès qui se manifestent à la vulve siégent dans l'appareil glanduleux, j'établis longuement, depuis la page 160 jusqu'à la page 175, le diagnostic différentiel des abcès de l'appareil glanduleux d'avec les autres collections purulentes qui peuvent se montrer sur cette région, et que je discute successivement les analogies et les différences que ces abcès présentent avec :

1° Les abcès folliculeux ;

2° Les abcès furonculeux ;

3° Les abcès phlegmoneux ;

4° Les abcès stercoro-vulvaires ou recto-vulvaires ;

5° Les abcès prérecto-vulvaires, décrits pour la première fois par M. Velpeau, et appelés par M. Barthez *abcès simples de la partie postérieure de la vulve ;*

6° Les abcès symptomatiques d'une affection éloignée, et qui viennent se montrer à la vulve.

BIBLIOGRAPHIE.

Die künstliche frühgeburt Monographisch dargestellt von Albert Krause, ordentlicher professor der medicin zu Dorpat (1).

Après avoir rendu au livre le témoignage qui lui est dû, nous ferons à l'auteur lui-même un reproche, le plus grave qu'on puisse adresser à un historien, celui de montrer une partialité excessive en faveur de l'Allemagne au détriment de ses voisins, mais particulièrement de la France, pour laquelle, quoique désireux de son suffrage, ainsi que plus d'un de ses confrères non moins prévenus, il se montre non-seulement injuste, mais presque malveillant. Il est difficile, on le sait, même à un savant, de ne pas être un peu plus qu'il ne convient glorieux de ce qui se fait dans son pays ; c'est là une faiblesse pour laquelle on se contente de sourire, et que la critique elle-même traite peu sévèrement, pourvu que la prévention nationale ne dépasse pas de certaines limites et ne ressemble pas trop à un parti pris.

On remarque, dès la première page du livre de M. Krause, la pensée qui le domine et qui le guide dans tout le cours de son travail, celle d'établir dans l'accouchement prématuré artificiel la haute supériorité de l'Allemagne, non-seulement par le nombre des opérations, mais par le talent avec lequel elles ont été pratiquées, et qui leur ont assuré le succès. On conçoit combien cette pensée, avouée dans sa préface et trahie un peu partout, doit influer sur le jugement de l'auteur et sur sa manière de présenter les faits. Il aurait volontiers accordé à son pays le mérite de la première opération entreprise, pour peu que la chose s'y fût prêtée. Ne le pouvant pas, il en fait honneur à l'Angleterre, ce qui assure à l'Allemagne une très-grande supériorité sur la France, sans lui rien ôter de ses avantages vis-à-vis de l'Angleterre, qui, dans les résultats obtenus, est loin d'être aussi heureuse, c'est-à-dire aussi habile qu'elle. Une question de priorité est toujours une pauvre question ; mais enfin c'est une question. Sans y attacher trop d'importance, voyons ce qu'il y a de vrai.

Dans un ouvrage imprimé en 1795, l'accoucheur anglais Denman, lui-même instruit du fait par Kelly, nous apprend le premier que son compatriote Macaulay pratiqua l'accouchement prématuré artificiel à Londres, en 1756. Nous l'en croyons, puisqu'il le dit. Toutefois, plus de vingt ans avant la publication de l'*Introduction on the practice of midwifery*, il avait également paru en France un écrit de Roussel de Vauzisme, que M. Krause cite avec une fausse date et sous un titre inexact, et où l'auteur mentionne plusieurs cas d'accouchement prématuré opérés avec succès par Le Vacher de la Feutrie. Les opérations faites par Le Vacher sont bien des accouchements prématurés artificiels dans toute la rigueur de l'acception que leur prête M. Krause : bassins mal conformés, parturition provoquée entre le septième et le huitième mois dans la vue de sauver la mère et l'enfant, préparations préliminaires même, rien n'y manque. Or l'usage veut aujourd'hui que la date d'une découverte soit celle de sa publication, et son auteur celui qui l'annonça comme sienne, quand il n'est pas démontré qu'il est un plagiaire. A ce compte, ce serait la France qui serait la *vraie patrie* de l'accouchement prématuré artificiel, et pour tout esprit non prévenu elle l'est en effet ; car non-seulement l'écrit de Roussel mentionnant les opérations de Le Vacher est antérieur de plus de vingt ans à l'ouvrage de Denman rapportant celles de Macaulay, mais bien avant 1756, date prétendue de la première opération de ce dernier, notre célèbre chirurgien Puzos proposait, lui, une opération moins violente que l'accouchement forcé, une vraie parturition provoquée vers les derniers temps de la grossesse, à laquelle on ne peut refuser le nom d'accouchement prématuré artificiel.

Bien que pratiquée dans les hémorrhagies utérines seulement, l'opération de Puzos est donc plus qu'une *transition*, c'est un *intermédiaire* entre l'accouchement forcé et l'accouchement artificiel avant terme ; elle est l'accouchement prématuré artificiel lui-même, dans son mécanisme et dans son procédé. Et quand Macaulay, d'un côté, puis Le Vacher l'ont entrepris pour le rétrécissement pelvien, ils n'ont fait que lui donner une plus grande extension en l'appliquant à un nouveau cas.

Pour avoir, en passant, cité l'écrit de Roussel et les opérations de Le Vacher, M. Krause ne laisse pas de signaler le professeur allemand Mai comme le premier qui *sur le continent* fit un accouchement prématuré. Cela est évidemment faux, et cette fausseté ressort de l'ouvrage même de M. Krause, qui avoue ailleurs que Mai ne *recommanda* l'accouchement prématuré qu'après la publication de l'ouvrage de Denman ; qu'il conseilla de la pratiquer par la ponction des membranes ; mais que Venzel fut le premier Allemand qui en 1804 entreprit l'opération.

Il n'est pas exact de dire que Sue, pour des motifs de moralité ni pour aucun autre motif, ait rejeté l'accouchement prématuré artificiel, et surtout qu'il l'ait confondu avec l'avortement. On pourrait demander ce qui autorise M. Krause, qui ne l'a pas lu ou

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

Enfin, je terminerai ces réflexions, déjà beaucoup trop longues, par l'examen de cette dernière remarque de M. Velpeau :

« M. Huguier conseille, au besoin, l'excision de la glande ; mais » à quoi bon, puisque les abcès de la vulve guérissent généralement? »

Je ne comprends vraiment pas pourquoi mon honorable collègue blâme l'ablation (et non, comme il le dit, l'excision) de la glande, que j'ai conseillée et pratiquée quelquefois, lorsque *le besoin* s'en faisait sentir, et lorsque tous les autres moyens thérapeutiques et chirurgicaux avaient échoué.

Que ferait-il à une malheureuse femme atteinte d'un abcès glanduleux qui se reproduirait presque régulièrement tous les mois, tous les deux ou trois mois, à l'occasion des règles, de la moindre fatigue ou de quelques rapports sexuels; qui verrait sa santé, son esprit et même sa vie domestique altérés par cette affection? Car enfin par cette simple expression *guérissent généralement*, il reconnaît que *tous* les abcès de la vulve ne guérissent pas. Il est vrai que M. Velpeau nie que les abcès vulvaires puissent siéger dans la glande, et qu'il me suppose assez jeune pour conseiller l'ablation d'un organe sain qui n'entre pour rien dans la cause et le siége de la maladie! Alors s'explique son exclamation *à quoi bon!*

Dans l'une de nos prochaines séances, nous nous occuperons des analogies et des différences que présentent les nombreuses et diverses collections purulentes qui peuvent se présenter aux organes génitaux externes de la femme.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. A. Legrand.

De la corrélation qui peut exister entre le diabète sucré et la tuberculisation pulmonaire.

« La présence de tubercules dans les poumons, à différents degrés de leur développement, complique presque toujours, selon un médecin anglais (le docteur Copland, qui a contribué à la rédaction du *Dict. of pratic. med.*), le *diabète sucré*; de telle sorte qu'il arrive presque à ne considérer cette maladie, qu'il nomme *phthisurie sucrée*, que comme un symptôme de la première. » J'ai ajouté à la suite de ces lignes, que j'emprunte à mon mémoire *De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules*, « que je n'hésitais pas à considérer cette opinion comme erronée, et que je ne voyais là qu'une simple coïncidence. » Eh bien! dès 1851, M. Alvarez Reynoso m'avait fait regretter cette addition, lorsqu'il avait communiqué à l'Académie des sciences (séance du 20 octobre) le résultat de ses recherches et de ses expériences sur la *production artificielle du sucre dans l'économie des animaux vivants*, où il montre nettement le rapport qui existe entre l'apparition du sucre dans les urines et le plus ou moins de gêne dans l'acte de la respiration. La communication faite dernièrement à l'Académie des sciences (séance du 23 juillet 1855) par M. le docteur Andral a bien augmenté ce regret, car si le savant professeur affirme « que l'urine des phthisiques ne contient pas ordinairement de sucre, » il dit aussi, deux lignes auparavant, « que si on ne trouve dans les poumons des diabétiques aucune altération spéciale, *seulement on y rencontre presque toujours des tubercules.* »

Il résulte déjà de ce qui précède, qu'on peut admettre une certaine corrélation entre la présence du sucre dans les urines et celle de tubercules dans les poumons. Ceux-ci, dont la fonction serait ainsi gênée, ne suffisent plus à brûler le sucre, même normal, produit par le foie; de telle sorte que dans certaines circonstances l'existence d'un diabète sucré chez une personne offrant du reste les apparences d'une bonne santé, pourrait devenir l'indice de l'existence de tubercules dans les poumons, alors qu'elle ne se révèlerait encore par aucun des signes habituels.

L'observation suivante doit tendre à établir cette dernière opinion, qui se rapproche de celle du médecin anglais; aussi je crois devoir la recommander à l'attention du lecteur.

Mme V... est âgée de quarante ans environ; née en France, elle y a conservé les caractères les mieux tranchés de son origine espagnole. Elle a les cheveux et les yeux noirs, le teint brun et chaud, la physionomie animée; aussi offrirait-elle toutes les apparences de la plus merveilleuse santé, si elle n'était d'une maigreur peu compatible avec cette heureuse condition. Ajoutons que d'un tempérament éminemment nerveux, elle est d'une nature fort impressionnable.

Mariée à l'âge de dix-huit ans, elle était alors très-fraîche et assez grasse. Devenue grosse immédiatement, sa grossesse s'est terminée par un accouchement heureux, et elle a continué de jouir de la plus excellente santé pendant toute la période de l'allaitement. Des bains de mer, qu'elle eut l'occasion de prendre immédiatement après avoir sevré, lui furent très-favorables, en lui donnant un grand appétit et lui procurant des digestions faciles; aussi à cette époque engraissa-t-elle sensiblement. Mais ayant eu alors le malheur de perdre sa mère, qui succomba à la suite d'une longue et douloureuse maladie sur la nature de laquelle je n'ai pas réussi à me bien renseigner, Mme V... en fut très-affectée, et il survint alors dans sa digestion des troubles tels qu'elle vomissait souvent ses aliments.

C'est à peu près à la même époque, et il y a de cela aujourd'hui (15 juillet 1854) sept ou huit ans, qu'en vue de combattre la suspension de la menstruation (jusqu'alors et depuis parfaitement régulière) à laquelle on attribuait beaucoup d'autres symptômes dont se plaignait la malade, on fit à l'intérieur des cuisses une application de sangsues, qui détermina, par suite de la piqûre d'une ou deux artérioles, une perte de sang telle, que la malade tomba dans un état d'anémie dont elle ne se releva qu'après plusieurs mois de soins. De plus, le dérangement de son estomac en fut notablement augmenté. Mme V... commença à maigrir journellement et de plus en plus, pour arriver à l'état actuel.

Pendant toute cette période de temps, Mme V... fut traitée par M. le docteur Florence et M. le professeur Fouquier, qui s'accordaient pour considérer son état comme une affection nerveuse des organes de la digestion (dyspepsie); elle éprouva des alternatives continuelles d'amélioration et d'un état plus fâcheux, sans que cependant il se manifestât jamais de symptômes bien alarmants.

Quand je fus appelé (juillet 1854), ce qui me frappa, ce fut la maigreur de la malade et un symptôme qu'elle éprouvait de temps en temps, surtout après un excès de marche, et qui consistait dans une très-grande et très-pressante altération, suivie toujours d'urines abondantes et d'un aspect laiteux. Ces urines furent immédiatement examinées par un jeune pharmacien fort distingué (M. Faguer), qui y trouva des traces incontestables de sucre. Je rapportai cette condition à l'état de l'estomac : point gastralgique, appétits irréguliers, digestions pénibles. Après les repas, éructations et aigreurs; alternatives fréquentes de constipation et de diarrhée. Le palper ne dénotait aucune lésion matérielle d'aucun des organes renfermés dans l'abdomen, et je ne fis de la poitrine qu'un examen superficiel. En effet, la malade n'avait jamais craché de sang; elle ne s'enrhumait que fort rarement, et ses rhumes n'avaient jamais de durée (1).

Partageant entièrement l'opinion des médecins qui m'avaient précédé, je conseillai d'abord, en pilules prises le matin à jeun et le soir en se couchant, l'extrait aqueux de noix vomique associé à l'extrait d'écorces d'oranges et à la thridace, à cause de l'exquise sensibilité qui existait à l'épigastre. Ensuite, ces pilules ne furent plus prises que le soir, et celle du matin fut remplacée par la poudre de noix vomique torréfiée, associée au bi-carbonate de soude et à la magnésie calcinée, en vue de la dyspepsie et des aigreurs. En même temps, et dans le but toujours d'améliorer l'état de l'estomac et de combattre l'extrême faiblesse dont se plaignait la malade, j'ajoutai aux pilules du soir, aux poudres du matin, de faibles doses d'oxyde d'or par la potasse. Je ne tardai point, en outre, ayant remarqué la pâleur du sang perdu aux époques menstruelles, à adjoindre le fer réduit par l'hydrogène aux poudres du matin, le lactate de fer aux pilules du soir.

A la fin d'octobre, quoique la malade ait encore maigri, elle signalait dans son état une amélioration marquée; car elle n'éprouvait plus de ces altérations si fatigantes, si impérieuses, ni de ces envies d'uriner auxquelles il lui était impossible de résister, et son appétit était plus régulier et ses digestions moins pénibles.

(1) Je dirai cependant que cette gastralgie, qui avait résisté à tant de moyens divers, ne laissait pas que de me donner une grande inquiétude sur l'état des poumons; car j'ai presque toujours remarqué que la tuberculisation pulmonaire, à l'état latent, se complique de névroses de l'estomac qui résistent alors aux moyens les mieux appropriés.

Cette amélioration était encore plus marquée à la fin de novembre : l'appétit était bon, les digestions faciles, les garde-robes régulières, les forces singulièrement augmentées; mais la maigreur restait la même, ce qui désespérait la malade.

A cette même époque, les urines furent de nouveau analysées, et M. Faguer reconnut qu'elles renfermaient notablement moins de sucre que la première fois.

Le traitement fut continué, avec cette seule modification de remplacer le bicarbonate de soude et la magnésie par la poudre de colombo et le magister de bismuth, l'oxyde d'or par la potasse, par le stannate d'or, de faire prendre les poudres immédiatement avant le dîner, et les pilules le matin à jeun et par doses croissantes.

A la fin de mai 1855, l'état de la malade était toujours fort satisfaisant, mais une nouvelle analyse des urines fit voir une augmentation marquée dans la proportion de sucre qu'elles renfermaient.

C'est pendant la durée de cette longue maladie et de ce long traitement que la question de l'origine du sucre dans notre économie était de nouveau agitée par suite de deux communications faites à l'Académie des sciences (séances des 29 janvier et 26 mars 1855), et elles ne contribuèrent pas peu à me faire persévérer dans la voie où j'étais entré, c'est-à-dire à considérer l'estomac comme le laboratoire où se fabriquait la surabondance de sucre charrié dans le torrent de la circulation de la malade que je soignais.

Mais une communication faite à l'Académie des sciences (séance du 12 mars 1855) par M. C.-G. Lehman, bientôt après suivie d'une note lue à ses collègues (séance du 2 avril 1855) par M. Cl. Bernard, les communications successivement faites à la même Société par MM. Poggiale (séance du 16 avril), Leconte (même séance), Moleschott (de Heidelberg), G. Colin, et enfin le rapport de M. Dumas (séance du 18 juin), ne laissant plus de doute sur la source du sucre dans notre économie, il fallait rechercher si chez ma malade, ainsi que dans le cas rapporté par M. Andral (*loc. cit.*), le foie hypérémié ne fournissait pas plus de sucre que le poumon n'en pouvait détruire, ou si cet organe, malade lui-même, ne remplissait qu'incomplètement cette importante fonction.

C'est alors (6 juillet) que je soumis Mme V... à un examen très-sévère. Je ne trouvai rien vers le foie, qui n'offre évidemment aucune sensibilité et n'est point augmenté de volume. Mais l'examen de la poitrine ne me fournit pas des renseignements aussi satisfaisants.

Au premier abord, la sonorité de la poitrine est parfaite dans toute son étendue, en avant comme en arrière, en haut comme en bas. Cependant, si on pratique la percussion avec une grande attention, en comparant alternativement les points percutés, on finit par trouver qu'il y a à droite, dans les fosses sus-claviculaire et sus-épineuse, un peu moins de sonorité que dans les points correspondants du côté gauche.

A l'auscultation, on trouve que la respiration à gauche est large, profonde; que l'expansion vésiculaire se fait complétement, et qu'il n'existe qu'un très-faible bruit de souffle en retour. Ces bonnes conditions s'observent en avant comme en arrière, en haut comme en bas. Les choses ne se passent plus aussi favorablement du côté droit, où l'on entend cependant très-bien l'expansion pulmonaire. Pourtant l'air ne paraît pas pénétrer dans ce poumon d'une manière uniforme, aussi franche, d'*un seul jet*, pour ainsi dire, mais bien par saccades, avec des interruptions, comme si la malade suspendait par instants l'inspiration et la faisait en plusieurs temps. Phénomènes que j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer chez des malades qui offraient des symptômes caractéristiques de la présence de tubercules dans les poumons, et qui plus tard ont succombé par suite des progrès de la tuberculisation pulmonaire; condition pathologique que j'ai nommée *respiration entrecoupée*.

Ainsi très-probablement, quoiqu'elle n'ait jamais craché de sang, qu'elle ne s'enrhume que très-rarement et que ses rhumes ne durent jamais, qu'elle n'offre jamais de mouvement fébrile, Mme V... a des tubercules à l'état cru dans les poumons, et cet organe ne réussit point à brûler entièrement le sucre fabriqué par le foie, quoiqu'il n'en produise que des quantités normales : *de là sa présence dans les urines !*

De telle sorte que, dans certains cas, le diabète sucré deviendra

---

l'a mal compris, à suspecter la véracité de cet auteur et à ne pas l'en croire quand il affirme qu'Ant. Petit a pratiqué l'accouchement prématuré, alors qu'il en croit Denman, qui, sur le dire de Kelly, assure la même chose de Macaulay.

Ce n'est pas seulement en 1830, mais dès l'année 1813, dans son *Traité de médecine légale et d'hygiène publique*, que Fodéré s'est porté partisan de l'accouchement prématuré.

Il n'est pas non plus exact de dire que le professeur Dugès a, dans la condamnation de l'accouchement prématuré, été plus loin que Mme Lachapelle; il faut d'ailleurs observer que dans l'édition de 1830 de son *Manuel* il l'admet formellement, pourvu que la matrice y soit disposée; il le recommande même, et ne se montre défavorable qu'à la méthode par la ponction des membranes, qui, au dire de M. Krause lui-même, n'est pas en effet une bien bonne méthode.

Enfin, M. Velpeau, dans l'édition de 1839 de son *Traité de tocologie*, pas plus que Sue, et M. Dugès, ne le rejette positivement. « Il ne s'y » prononce, dit M. Stoltz, ni pour ni contre cette opération; seulement » il la croit d'un faible avantage pour la vie du fœtus. »

Il n'est pas moins inexact d'attribuer à M. Velpeau de s'être efforcé de revendiquer pour lui l'*initiative* de l'accouchement prématuré en France : M. Velpeau n'a rien revendiqué de pareil. Il dit avoir, en 1831, pratiqué cette opération sur une dame Tarlet, qui vit encore; il ne dit rien de plus, et il nous semble qu'il mérite d'être cru.

M. Krause, avec raison, attache à l'accouchement prématuré une importance plus qu'extraordinaire si les résultats en sont aussi favorables qu'il le dit : c'est une des merveilles de la dystocie, le plus beau fleuron de sa couronne; et ce fleuron, il ne tient pas à M. Krause que ce ne soit l'Allemagne qui l'y ait attaché. L'Allemagne a pratiqué tard l'accouchement prématuré : oui; mais, une fois à l'œuvre, elle a bien récupéré le temps perdu. C'est elle qui compte, dans l'espèce, le plus d'opérations et aussi, dit l'auteur, le plus grand nombre de succès. En les notant tout au long, M. Krause nous a montré tout à la fois son patriotisme, son amour de l'art et son érudition. Et voyez jusqu'où va son zèle à augmenter la part de l'Allemagne! Dans le nombre des cas qui lui reviennent, il comprend, non-seulement ceux pratiqués en Prusse, en Saxe, dans le Hanovre, en Autriche avec les royaumes de Hongrie et de Bohême, en Bavière, dans le Wurtemberg, dans les duchés et grands duchés d'outre-Rhin; mais encore ceux dont s'honore la ville russe de Dorpat, et, qui plus est, ceux appartenant à la Suisse, « attendu, dit-il, que les journaux suisses sont écrits en langue allemande. » — Mais, à ce qu'il nous semble, les journaux belges sont écrits en langue française : pourquoi, dès lors, consacrer à la Belgique un compte à part? Pourquoi cette différence? Pourquoi n'avoir pas tenu compte à la France, sinon des opérations mentionnées de Le Vacher, du moins de celles longuement détaillées de Puzos?

Cette préoccupation choquante et les insinuations peu bienveillantes contre l'Académie de médecine et deux de ses plus honorables membres diminuent la confiance qu'on voudrait avoir en l'auteur, et déparent un ouvrage qui pouvait être excellent.

Eh quoi! vous accusez M. Velpeau de s'être attribué d'une *manière particulière*, dites-vous, le mérite du premier accouchement prématuré artificiel entrepris en France, et de plus, de s'être approprié, approprié par les mains d'un de ses élèves, les opinions et doctrines d'un professeur d'une autre école! Voilà qui est grave! Pour affirmer pareille chose avec tant d'assurance, il faut du moins que vous ayez par devers vous des preuves sans réplique; voyons ces preuves.

Cette personnalité outrageante et non provoquée se fonde sur ce simple fait qu'un candidat en médecine, élève de M. Velpeau, dans sa thèse soutenue en 1836 devant la Faculté de Paris, aurait attribué à ce professeur la première opération faite en France! Mais, d'abord, M. Brancheau n'attribue rien du tout à M. Velpeau : il cite l'opération faite en 1831 sur la dame Tarlet, n'y ajoute pas la moindre réflexion, et ne prononce même pas le nom d'*initiative*. Ensuite 1831 n'est pas antérieur peut-être à 1818, époque de la publication de l'opération pratiquée par le docteur Duclos. Et puis vous ignorez donc qu'en France les diplômes de docteur s'obtiennent par d'autres procédés que dans les universités d'Allemagne, où, comme une sorte de denrée académique, ils se donnent en cadeau, ou se vendent à la lettre pour de l'argent, et où la thèse du candidat, quand il y a thèse, a presque toujours pour auteur un des professeurs mêmes de l'école?

Chez nous, à Paris du moins, les professeurs ne sont pour rien, ni dans la composition de l'acte, ni dans les opinions émises par leurs élèves, qui en ont la responsabilité tout entière. Si donc un candidat avait cru s'attirer la bienveillance d'un de ses maîtres en lui attribuant faussement ce qui ne lui revenait pas, ce n'était pas au professeur, mais au flatteur qu'il eût fallu s'en prendre. M. Velpeau, d'ailleurs, ni en 1836, ni l'année précédente, ne professa les accouchements soit à Paris, soit ailleurs, et s'il a compté parmi ses auditeurs le docteur Brancheau, ç'a été comme professeur de clinique chirurgicale, et non comme professeur d'accouchements. Une telle accusation contre M. Velpeau annonce, de la part de celui qui se l'est permise, au moins une grande légèreté. Nous en dirons autant de l'insinuation sournoise et tout aussi mal fondée qu'il paraît vouloir diriger, quoique moins explicitement, contre l'honorable doyen de la Faculté de Paris.

Quand on se hasarde à attaquer avec aussi peu de ménagements des auteurs étrangers, au moins faudrait-il être sûr de bien entendre leur langue; et des citations tirées de nos accoucheurs, où il leur fait dire

un motif de soupçonner, chez l'individu qui en sera atteint, la présence de tubercules dans les poumons, et engagera le médecin à instituer de prime abord une médication mieux appropriée à la nature de la maladie principale, et pouvant par conséquent donner des résultats peut-être plus favorables que lorsqu'on ne s'adresse qu'au symptôme, ainsi qu'on a fait jusqu'à présent.

QUELQUES MOTS SUR L'EMPLOI DE L'HYDRATE FERRIQUE, comme contre-poison de l'acide arsénieux.

Par M. Hétet, pharmacien professeur de la marine à Toulon.

Depuis que Bunsen a signalé l'hydrate de sesquioxyde de fer comme antidote de l'acide arsénieux, on conserve dans les officines une certaine quantité de cet hydrate préparé d'avance, afin de pouvoir agir promptement dans le cas où l'on aurait à combattre un empoisonnement par ce toxique.

On sait la manière d'agir de ce contre-poison de l'acide arsénieux; mais, pour qu'il soit d'une complète efficacité, il faut que l'hydrate soit facilement soluble dans les acides, sans quoi la production d'arsénite ferrique n'aurait plus lieu, et l'empoisonnement ne serait pas combattu.

Plusieurs chimistes se sont occupés de l'insolubilité que prend l'hydrate ferrique conservé depuis longtemps, fait controversé par d'autres, et comme cette question est du plus haut intérêt au point de vue toxicologique, je crois devoir signaler une observation qui pourra concourir à l'élucider.

M. Wittstein a fait connaître que l'hydrate ferrique, conservé sous l'eau à l'état de précipité, changeait d'état moléculaire au bout d'un certain temps en perdant une partie de son eau d'hydratation et acquérait un aspect cristallin; que dès lors il était devenu presque insoluble dans les acides, et qu'en conséquence il y aurait grand danger à l'employer comme antidote de l'acide arsénieux.

Plus tard, M. Lefort a contesté ces assertions, et a prétendu que l'hydrate ferrique ne changeait pas d'état, qu'il conservait son eau d'hydrate, et enfin qu'il demeurait apte à combattre l'empoisonnement dont il s'agit. Il a cité une observation à l'appui.

Plus récemment enfin, un chimiste dont le nom m'échappe a cru trouver la raison de cette différence. Il a observé, dit-il, que l'action du froid rend insoluble l'hydrate de sesquioxyde de fer, et le moyen qu'il propose pour le conserver soluble, consiste à maintenir les flacons qui le renferment toujours exposés à une température supérieure à + 15°. Le procédé est simple, sinon très-commode dans notre climat. Mais la condition de conservation indiquée par l'auteur se produit naturellement dans les climats tropicaux, où la température est toujours supérieure à + 15°. Il en résulterait que les pharmaciens des colonies seuls pourraient compter sur la solubilité, et partant sur l'efficacité de l'hydrate ferrique préparé à l'avance; or c'est ce qui n'a point lieu, et il convient de les mettre en garde contre une assertion qui leur donnerait à cet égard une sécurité pouvant devenir fatale aux malheureuses victimes d'un empoisonnement par l'acide arsénieux.

Voici une observation qui prouve que la température ambiante n'a aucune action sur la conservation de l'acide ferrique hydraté.

En 1852, à la Guadeloupe, ayant à préparer du citrate ferrique, j'eus l'idée de me servir de l'hydrate de sesquioxyde de fer conservé depuis deux ans, et qui avait été préparé par un de mes collègues. Je pris les quantités voulues de l'hydrate et d'acide citrique, et procédai à la dissolution. Mais quel fut mon étonnement, lorsqu'après une longue ébullition, je vis l'hydrate ferrique presque complétement indissous. Il me fut impossible d'en obtenir la transformation en citrate, et je dus recourir à un autre mode de préparation. Ce fait me frappa d'autant plus que l'hydrate avait conservé ses propriétés physiques et sa composition chimique.

Il résulte évidemment de cette observation que l'hydrate ferrique est susceptible de subir, au bout d'un certain temps et dans des conditions encore indéterminées, *mais où la température n'est pour rien*, une modification allotropique qui le rend insoluble dans les acides.

En conséquence, il ne faut pas compter sur l'efficacité de ce composé comme antidote de l'acide arsénieux, à moins qu'il ne soit préparé au moment de l'administration, car on courrait risque de laisser périr le malade si l'on employait un hydrate préparé depuis longtemps et qui, par suite, fût devenu insoluble dans les acides.

Il paraît que cette insolubilité ne se produit pas toujours, mais il suffit qu'elle se soit présentée quelquefois pour faire rejeter la coutume de préparer à l'avance l'hydrate ferrique destiné à servir d'antidote à l'acide arsénieux.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 février 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de la guerre adresse à l'Académie un exemplaire du tome VI de la 2e série du *Recueil de médecine, chirurgie et pharmacie militaires.*

Vaccinations. — M. le ministre du commerce transmet le tableau des vaccinations pratiquées en 1854 dans le département de la Lozère. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Monstruosités. — M. Puech, chirurgien chef interne des hôpitaux de Toulon, communique un travail sur l'anatomie d'un monstre double appartenant à la fois aux genres dérodyme, dérencéphale et uromèle. (Commissaires: MM. Depaul et Desportes.)

— M. le docteur Castellani, de Bolgheri (Toscane), adresse l'observation d'un cas intéressant de monstruosité. (Même commission.)

Nouveau procédé d'électro-puncture. — M. le docteur Boulu présente un nouveau procédé d'électro-puncture qu'il pratique au moyen d'un petit séton métallique placé à demeure dans l'intérieur des organes malades, et destiné à y conduire à volonté le fluide électrique.

Cette opération est destinée à remplacer les opérations nombreuses qu'exigeait l'électro-puncture avec les aiguilles.

Le séton électrique est applicable au traitement des adénites rebelles, des goîtres, de certaines tumeurs du sein, des ovaires, dans quelques cas d'anévrismes et dans les paralysies en général.

On construit le séton électrique avec des fils très-fins ou des chaînes très-petites et très-flexibles en argent, or ou platine. Ces dernières, unies au centre par un petit morceau d'ivoire, portent ainsi avec elles leurs deux courants réunis.

Afin d'obvier aux inconvénients causés par les aiguilles constamment en contact avec la peau pendant toute la durée de l'opération, M. Boulu a fait établir des sétons isolant parfaitement le tissu dermoïde, qui est, comme l'on sait, très-avide d'électricité.

Nouveau procédé de cathétérisme dans les cas de tumeurs prostatiques et de valvules du col de la vessie compliquées de fausses routes. — M. Mercier rappelle que ces cas sont extrêmement embarrassants, et qu'il a déjà proposé sa sonde coudée en 1840, et plus tard la même sonde avec une seconde courbure à 3 centimètres de la première. Mais, ajoute-t-il, ces deux instruments, et le dernier surtout, ne sont entre les mains que d'un très-petit nombre de praticiens, et je crois faire une chose utile en publiant le procédé suivant, qui m'a déjà plusieurs fois réussi.

J'avais un jour à franchir un obstacle existant derrière le col de la vessie (il ne s'en trouve jamais en avant), et dans lequel une fausse route avait été faite précédemment par une algalie de trousse; je me servais d'une sonde Mayor volumineuse, espérant qu'en raison de sa grosseur elle passerait au-devant de la fausse route sans y pénétrer. Vain espoir! la déchirure ou la mollesse des tissus étaient telles qu'il me fut impossible de soulever la saillie prostatique sans m'engager dans le pertuis accidentel. Voici l'idée qui me vint à l'esprit :

On sait que les sondes en étain n'ont qu'un œil sur leur face concave, à 12 ou 15 millimètres de leur extrémité, et que cette extrémité est pleine, sans cul-de-sac. Avec un canif, je façonnai le bord termina de l'œil, de manière que le canal vînt aboutir à cet orifice par un plan incliné aussi doux que possible. J'introduisis alors l'instrument. Son bec s'engagea dans la fausse route, comme dans mes tentatives précédentes; mais, après l'avoir retiré de quelques millimètres, j'introduisis dans son canal une petite sonde de gomme élastique très-flexible, et je vis avec bonheur mes prévisions se réaliser : l'extrémité de celle-ci, arrivée à l'œil de la sonde métallique, glissa sur le plan incliné qu'elle lui présentait, sortit sur sa concavité, et, soit à cause de la direction en avant qu'elle était forcée de prendre, soit parce que la fausse route était remplie par le bec de l'instrument métallique, soit pour ces deux causes réunies, elle pénétra immédiatement dans la vessie, donna issue à l'urine, et du moment que la distension eut cessé, l'introduction d'une autre sonde élastique plus volumineuse se fit sans difficulté par le procédé ordinaire.

Fièvres puerpérales. — M. Danyau demande la parole, à l'occasion du procès-verbal, pour rectifier une légère inexactitude qui a été commise dans la dernière séance au sujet de la prétendue épidémie de fièvres puerpérales. On a dit qu'une partie des salles de la Maternité avait été évacuée; cela est vrai, mais non pas à l'époque dont on a parlé. C'est pendant les mois de septembre, octobre, novembre et jusqu'au commencement de décembre que cette évacuation a eu lieu; et cette évacuation n'a pas eu pour motif une épidémie de fièvres puerpérales, comme on en a fait courir le bruit; elle a été nécessitée par des réparations. A cette époque, pas plus qu'en ce moment, nous n'avons eu à la Maternité d'épidémie de fièvres puerpérales. Pendant toute cette période de temps nous n'avons perdu que 8 femmes sur un total de 516 accouchements, ce qui fait 1 sur 65, et encore, sur ces 8 cas il faut défalquer une femme morte de phthisie et une autre qui a succombé à une péritonite suite d'une perforation intestinale, ce qui réduit, comme on le voit, les cas de mort par fièvre puerpérale à une proportion bien peu considérable. C'est certainement un résultat peu fâcheux pour un hospice comme celui-là, où les conditions hygiéniques sont loin d'être telles qu'on pourrait le désirer.

M. Moreau. Il y a lieu de se féliciter des résultats très-remarquables que M. Danyau vient de nous faire connaître. Quand j'étais à la Maternité, nous trouvions qu'une mortalité de 5 ou 6 pour 100 était un très-beau résultat. Je me rappelle une époque où la mortalité par les fièvres puerpérales était de 11 et même jusqu'à 13 p. 100.

M. Depaul. Je crois que l'Académie n'apprendra pas non plus sans intérêt quel est en ce moment l'état sanitaire de l'hôpital de la Clinique. Depuis le commencement de ce mois que je suis chargé du service en remplacement de M. P. Dubois, il a été fait 49 accouchements. Sur ce nombre, 3 femmes ont succombé, mais une seule à la fièvre puerpérale; des deux autres, l'une a succombé à une fièvre typhoïde et l'autre à des accidents tout à fait étrangers à l'accouchement et à ses suites.

J'ajouterai qu'il y a même lieu d'être frappé de l'état sanitaire excellent qui règne en ce moment à la Clinique. Toutes les femmes se rétablissent en général très-promptement sans éprouver le moindre accident. Je n'ai pas vu un état sanitaire aussi satisfaisant depuis vingt ans que je suis le service de cet hôpital.

RAPPORT.

M. Chevallier lit un rapport sur le mémoire dont M. Gobley a donné lecture à l'Académie dans l'avant-dernière séance, et qui a pour objet l'étude des champignons vénéneux.

La commission a répété les expériences de M. Gobley et en a reconnu l'exactitude.

Conclusions : Remercîments à l'auteur et renvoi de son mémoire au comité de publication. (Adopté.)

LECTURE.

Peste bovine ou typhus contagieux du gros bétail. — M. Renault continue et termine la lecture de son travail sur ce sujet.

En voici un résumé succinct :

Le typhus contagieux peut-il prendre naissance spontanément sur les bêtes bovines étrangères à la race des steppes?

Telle est la question que M. Renault s'est proposé d'examiner et de discuter dans ce travail, question qui est, par rapport aux pays du centre et de l'occident de l'Europe, l'une des plus graves, la plus importante peut-être de celles que soulève l'étude du typhus contagieux du gros bétail. C'est elle, en effet, qu'il faut résoudre avant de s'o c-

---

le contraire de ce qu'ils ont écrit, prouvent que M. Krause, s'il lit le français, ne le comprend certainement que d'une manière imparfaite.

Avec moins de prévention et plus d'impartialité, M. Krause aurait peut-être vu dans le jugement porté par l'Académie de médecine en 1827, moins une erreur scientifique qu'une prudente réserve, commandée par sa position semi-officielle et son autorité dans une immense cité, où de criminels abus de l'accouchement provoqué pourraient si facilement échapper à l'action de la justice.

Sans qu'on soit hostile à l'accouchement prématuré artificiel, et sans devoir pour cela, je pense, être mis au ban des accoucheurs, il est bien permis de croire que le dernier mot n'est pas dit sur cette opération. Que n'a-t-on pas écrit, à la fin du dernier siècle, sur la section pubienne et sa parfaite innocuité pour l'enfant et pour la mère? « *Quam ipsamet natura commonstrat, expostulat, adjuvat; quæ fetum in auras vitales evocat nullo parturientis discrimine*, etc. » C'était là aussi le dire de fort habiles hommes, et s'appuyant, comme vous, sur des faits. Qui cependant aujourd'hui songe à faire la section pubienne, si ce n'est peut-être dans quelques cas rares? *Sic transit gloria mundi!* Pourriez-vous assurer qu'à la suite d'une statistique plus complète, et partant d'une appréciation plus juste des faits recueillis, ce ne soit pas là le sort réservé à l'accouchement prématuré? Car, enfin, cette statistique est encore pleine de lacunes. La plupart des observations sont sans date précise, sans indication de la personne, de sa demeure, sans moyen suffisant de contrôle.

Dans un total de 182 accouchements prématurés artificiels pratiqués en si peu d'années dans ce que vous appelez l'Allemagne, il en est certainement un bon nombre qui ont été entrepris sans nécessité, sans une indication raisonnable, ou du moins suffisante. Qui nous garantira que plusieurs de ces opérations n'ont pas été pratiquées comme ces applications de forceps sur le vivant, que je me rappelle nous avoir été conseillées pour nous exercer, par un célèbre professeur d'Allemagne? Cela expliquerait la supériorité et dans le nombre des accouchements prématurés, et dans celui des enfants sauvés. Environ 70 cas à Berlin seulement! Cela nous semble fort. 41 opérations, ni plus ni moins, faites à Breslau, dans un peu plus de dix ans, par le même homme, voilà qui est encore plus fort! 29 à Bonn, par Kilian; 32 à Giessen, par Ritgen; 15, par Hüter, dans la petite ville de Marbourg! Il faut que les bassins mal conformés et les accidents dont ressort l'indication d'opérer soient bien communs en Allemagne! Il n'en est heureusement pas ainsi en France. Strasbourg est une ville plus considérable que Bonn, Giessen, Marbourg, et sa situation dans un pays de fabriques et sur de grands cours d'eau doit être assez favorable au développement du rachitisme et de l'ostéomalacie; voyez cependant ses accoucheurs : un seul d'entre eux, M. Stoltz, a trouvé l'occasion d'y pratiquer l'accouchement prématuré, et ne l'a trouvée que quatre fois, malgré tout son bon vouloir. Et puis vos conclusions sont-elles bien rigoureuses? Plus de la moitié des enfants nés vivants, assurez-vous; c'est fort beau, je l'admets. Mais ces 616 enfants ont-ils du moins vécu quelques mois, quelques jours, ou ne s'en est-il pas éteint une partie presque aussitôt après avoir vu la lumière? C'est là surtout ce qu'il importerait de savoir.

Terminons, car il faut finir, en reconnaissant, avec le savant auteur, que l'Allemagne a beaucoup fait pour l'accouchement prématuré artificiel; mais observons en même temps que si, sous ce rapport, la part de l'Allemagne est belle, il n'était ni juste ni adroit de l'exagérer outre mesure.

Dr Emm. Perrot.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Gaujot, né à Estrées-Deméncourt (Somme); *Du refoulement uni à l'élévation du bras, considéré comme méthode générale pour la réduction des luxations récentes de l'épaule.*

Hernandez, né à Matanzas (île de Cuba); *Examen des différents procédés de la taille sous-pubienne, et description d'un nouveau procédé, la taille prérectale.*

Dussumier, né à Bergerac (Dordogne); *De la thoracentèse et de ses indications dans le traitement des épanchements pleurétiques aigus.*

Saulin, né à l'île de la Réunion (île Bourbon); *Traitement de la fièvre typhoïde. Quelques propositions sur les accouchements.*

Echarte, né à la Havane (île de Cuba); *De l'éclampsie chez les enfants.*

Hacherelle, né à Montmédy (Meuse); *De la thoracentèse envisagée comme méthode thérapeutique.*

Dussiau, né à Dunkerque (Nord); *De la curabilité de la pneumophymie.*

Novoed Manuel Pereyra da Cunha, né à Rio-Janeiro (Brésil); *De la constipation, de ses causes et de ses effets.*

Guillaud, né à Bourgoin (Isère); *De l'ergotisme gangréneux.*

Laignez, né à Douai (Nord); *Étude sur l'emploi du bicarbonate de soude dans l'angine couenneuse.*

Augier, né à Canézan (Gironde); *De la rétrocession de la langue après l'ablation médiane du maxillaire inférieur.*

cuper de combiner, arrêter et faire exécuter aucunes mesures sanitaires quelconques, ces mesures devant être inutilement onéreuses et vexatoires si le mal peut naître spontanément sur nos races indigènes, et devant, au contraire, être prises sans retard et appliquées avec la dernière énergie si, comme le pensent tous les hommes qui ont vu de près cette terrible épizootie, c'est toujours et exclusivement sur les bœufs de la race des steppes qu'elle prend naissance, et seulement par ces animaux, une fois malades ou par ceux qu'ils ont infectés, qu'elle peut être communiquée aux autres races de la même espèce.

Deux opinions sont en présence relativement à l'origine du typhus contagieux du gros bétail :

L'une qui, assignant à cette maladie des causes générales existant ou pouvant se produire partout, professe qu'il suffit que ces causes agissent sur le bétail, n'importe dans quel pays, n'importe sur quelle race, pour que le typhus s'y développe. Dans ce système, cette maladie n'a pas de lieu d'origine spécial et exclusif : elle peut naître tout aussi bien en France, en Angleterre, en Hollande, que dans les steppes et sur les bœufs de la Russie méridionale ou de la Hongrie. On reconnaît bien que les animaux de ces dernières contrées en sont plus souvent affectés que les autres, mais on n'admet pas que ce soit en vertu d'une aptitude spéciale qu'ils auraient seuls à la contracter originairement. Suivant cette doctrine, ce serait seulement parce que, par les conditions de leur existence, de leur élevage, de leur utilisation, du commerce dont ils sont l'objet, les bestiaux des steppes sont plus fréquemment exposés aux causes générales productrices de l'affection typhoïde.

Cette opinion, contre laquelle l'Allemagne tout entière a protesté avec énergie par l'organe de ses hommes les plus autorisés, a été appuyée et plus particulièrement répandue et accréditée par les vétérinaires français depuis le commencement de ce siècle, notamment par M. Delafond, qui, après l'avoir développée dans une série d'articles publiés dans le *Recueil de médecine vétérinaire* en 1837, l'a reproduite avec une grande insistance dans l'ouvrage qu'il a publié en 1838 sur la *Police sanitaire des animaux domestiques*.

Suivant la doctrine de notre collègue, le typhus contagieux des bêtes bovines peut prendre naissance en France, comme en Hollande, comme en Allemagne, comme en Angleterre, etc. Il suffit, pour qu'il se développe, qu'un ensemble de circonstances épuisantes agisse sur les bestiaux de ces pays. C'est à ce point que, d'après M. Delafond, cette maladie serait une conséquence constante de la guerre, en quelque lieu qu'elle se fasse; et qu'elle sévirait inévitablement sur les animaux des parcs d'approvisionnement qui suivent les armées, de quelque pays que proviennent ces animaux.

C'est à la réfutation de cette doctrine, à l'examen critique des faits et des raisonnements dont M. Delafond et, après lui, plusieurs vétérinaires français et étrangers ont cherché à s'appuyer, que M. Renault consacre tout ce volumineux mémoire dont il nous serait impossible de donner ici une analyse. Nous nous bornerons à reproduire le jugement qui lui sert de conclusion.

Les faits sur lesquels s'appuie la doctrine de l'origine possible du typhus contagieux sur les animaux étrangers aux steppes sont, suivant M. Renault, loin de fournir un seul argument sérieux aux partisans de cette doctrine.

Toutefois, ajoute-t-il, désireux d'en finir avec une opinion qui en 1844 a coûté plusieurs millions de bestiaux à la Bohême, qui pourrait être si funeste chez nous, et qui est si dangereuse pour l'autorité scientifique des auteurs qui la professent, je crois utile de ne laisser passer sans appréciation aucune des raisons à l'aide desquelles on a cherché à la faire prévaloir.

Pour répondre aux opinions de ces auteurs, M. Renault a interrogé l'histoire de tous les pays de l'Europe sur tout ce qui, directement ou indirectement, pouvait avoir trait au typhus contagieux... Il a demandé aux personnes les plus compétentes quelles avaient été les coïncidences, les rapports prochains ou éloignés entre les guerres auxquelles ils avaient pris part depuis plus d'un siècle et les épizooties qui avaient frappé leurs bestiaux; et il résulte de documents très-précis qui lui ont été transmis de presque tous les États auxquels il s'est adressé, que, quels qu'aient été les déplacements de troupes, les masses d'hommes et de bestiaux mis en mouvement par la guerre, jamais le typhus contagieux ne s'était montré dans les parcs d'approvisionnement de bœufs des armées, quand ces parcs ne se recrutaient pas en totalité ou en partie dans la race des steppes russes ou hongroises, et quand les bestiaux qui les composaient n'avaient pas eu de rapports avec des animaux de ces races atteints de cette maladie ou avec d'autres infectés par eux; tandis qu'il n'est pas une guerre un peu importante à laquelle ait pris part la Russie ou l'Autriche, sans que, la campagne à peine commencée, on ait vu le typhus apparaître et faire de grands ravages parmi leurs troupeaux d'approvisionnement.

En résumé, M. Renault s'est attaché à prouver que l'expatriation, que les conditions de marche et de régime les plus misérables ne suffisent pas à produire le typhus contagieux sur les bêtes bovines; qu'il faut encore, dans ces animaux, pour que cette maladie germe et s'engendre chez eux, une prédisposition, une aptitude spéciale qui, jusqu'à présent du moins, paraît ne se rencontrer que dans la race des steppes.

M. Delafont demande la parole pour répondre dans la prochaine séance.

—L'ordre du jour appelle la discussion sur la lecture de M. Bonnafont. La parole est à M. Larrey.

Traitement des ophthalmies par l'occlusion. — M. Larrey. M. Bonnafont a lu dans la dernière séance un mémoire sur un nouveau mode d'occlusion des yeux dans le traitement des ophthalmies. L'importance de la question a frappé l'attention de tous, et particulièrement la mienne. J'ai eu l'occasion de faire de nombreuses recherches sur ce sujet, et je crois que cette méthode peut trouver une utile application. Mais je me hâte d'ajouter que je suis loin de partager la confiance peut-être un peu excessive que M. Bonnafont accorde à ce moyen. C'est pour l'apprécier à mon point de vue que j'ai pris la parole.

M. Bonnafont aurait dû, à mon avis, commencer d'abord par exposer le principe de l'occlusion avant de dire ce qui est attribuable à cette méthode. En partant de ce principe, il aurait vu que l'occlusion artificielle procède de l'occlusion naturelle ou spontanée. Tout le monde sait que les yeux se ferment spontanément en présence de toute cause extérieure d'irritation; c'est de l'observation de ce fait qu'a dû naître l'idée de pratiquer l'occlusion artificielle; c'est de ces prolégomènes que je partirai pour apprécier ce procédé thérapeutique.

L'occlusion artificielle peut être considérée de diverses manières. Elle est complète ou incomplète. L'occlusion incomplète se puise dans l'obscurité. On fait l'occlusion incomplète lorsqu'on place les sujets affectés de maladies d'yeux dans un lieu faiblement éclairé. L'occlusion incomplète s'obtient encore à l'aide de certains moyens mécaniques, tels que l'usage des conserves, des abat-jour, des garde-vue, ou d'un simple bandeau placé au-devant des yeux, ainsi que le pratiquait Wenzel.

L'occlusion complète dont M. Bonnafont s'est proposé de nous démontrer les avantages est une méthode très-ancienne. Celse faisait usage d'une sorte d'enduit de blanc d'œuf après l'opération de la cataracte. Les Égyptiens ont également préconisé l'usage de l'occlusion au début de l'ophthalmie purulente si commune dans leur pays. J'ai été surpris, je dois le dire en passant, d'une assertion que M. Bonnafont a émise à cet égard. Si je l'ai bien entendu, il proposerait l'emploi de l'occlusion même dans l'ophthalmie purulente avancée; j'avoue que je ne m'explique pas du tout les avantages qu'on peut en espérer dans ce cas, et que je repousserais, pour ma part, un pareil précepte. L'occlusion est également usitée en Afrique parmi les thébibs arabes contre diverses sortes d'ophthalmies. Enfin, j'ajouterai que, parmi les chirurgiens et les oculistes européens d'une époque rapprochée de nous, l'occlusion a été également préconisée et mise en usage pour certains cas, mais jamais, que je sache, d'une manière générale. Wenzel considérait l'occlusion simple et exacte des paupières comme un des meilleurs topiques. Pour obtenir l'occlusion, on a imaginé une multitude de moyens, de bandages, d'appareils, des compresses et des bandes diversement appliquées, le monocle, le binocle, etc., tous moyens qui sont parfaitement décrits dans l'ouvrage de M. Gerdy. Inutile d'insister plus longtemps sur ces détails. En général tous ces moyens de pansement ont été blâmés par les oculistes : Wenzel, Jœger, de Walther, Demours et autres en ont signalé les nombreux inconvénients. Les plus saillants de ces inconvénients sont d'échauffer l'œil, d'augmenter la sécrétion muco-purulente et de la retenir entre les paupières, etc. En somme, l'application de tout bandage lourd et épais a plus d'inconvénients que d'avantages, et ce serait un moyen à rejeter plutôt qu'à généraliser. Or j'ai de la peine à croire que l'appareil de M. Bonnafont n'ait pas quelques-uns de ces inconvénients.

Mais il n'en est pas de même des moyens d'occlusion légers. Le principe de l'utilité, de l'inamovibilité admis, on comprend qu'un moyen d'occlusion doux et léger doive agir d'une manière favorable. Ainsi comprise, elle a, à mes yeux, des avantages incontestables, et il n'est pas de chirurgien qui n'y ait eu recours dans quelques cas, sans avoir prétendu pour cela avoir fait une découverte. Le premier de mes maîtres, mon père, y avait souvent recours, mais seulement lorsque l'ophthalmie avait perdu sa plus grande acuité. C'était pour lui une conséquence du principe de l'inamovibilité, dont il faisait de si nombreuses applications.

Mayor (de Lausanne) avait recours, pour pratiquer l'occlusion des yeux, à l'emploi du coton cardé; j'y ai eu souvent recours aussi d'après lui, et j'ai eu sujet d'en être généralement satisfait, ce moyen étant très-doux.

M. Furnari a préconisé, en 1843, dans le même but, l'emploi du coton gommé après l'opération de la cataracte. Ce n'est qu'une simple modification du procédé de Mayor.

Les inconvénients des moyens habituels de bandage, l'insuffisance du coton dans certains cas ont engagé quelques chirurgiens à recourir à l'emploi des bandelettes agglutinatives. M. Gama en a fait usage au Val-de-Grâce en 1834; j'ai été témoin de ses premiers essais, et j'en ai vu des résultats inespérés dans certaines ophthalmies intenses, et en particulier dans un cas de kératite aiguë avec photophobie. M. Bégin, ainsi qu'il l'a rappelé en quelques mots dans la dernière séance, y a également eu recours. M. Velpeau a fait usage de l'occlusion au moyen d'un monocle, dans un cas de chémosis. Bien d'autres chirurgiens, sans doute, ont dû recourir à l'occlusion par divers moyens, mais d'une manière partielle et dans certains cas déterminés. Je n'ai ici ni l'intention ni le moyen de faire un historique complet de cette méthode.

J'arrive maintenant au point le plus délicat de la question, à l'appréciation de la valeur du principe et de la méthode générale de l'occlusion.

Témoin, vers la fin de 1837, de la pratique de MM. Gama et Bégin, je me suis demandé, dès cette époque, si l'on ne pourrait pas recourir à l'occlusion des paupières comme méthode usuelle de traitement dans certains cas, et en particulier dans les kératites ulcéreuses, comme Bayton l'a fait pour les ulcères des membres. Je l'ai essayé, et j'ai été étonné des bons résultats que j'en ai obtenus. La cicatrisation des ulcères de la cornée en a été considérablement hâtée. L'un des résultats les plus remarquables que j'en ai obtenus a été chez un soldat qui entretenait une ophthalmie par des moyens artificiels, pour se soustraire au service. J'en ai obtenu avec une *rapidité extrême* une guérison inespérée. C'est à cette occasion que j'ai successivement essayé l'emploi des bandelettes, le coton, un pansement semblable à celui que nous a décrit M. Bonnafont. Jusque-là, je le répète, les résultats ont été satisfaisants.

Ayant fait à ce sujet quelques recherches sur ce qui avait pu être fait en ce genre, j'ai appris alors d'un médecin italien, Bonacano (de Naples), que dès 1831 il avait fait une application générale de ce moyen. M. Piorry, cité par M. Bonnafont, et ainsi que tout le monde le sait, a employé également ce moyen en 1832 dans la maison de refuge des orphelins du choléra. M. Pétrequin a employé à Lyon, en 1838, dans le même but, le taffetas d'Angleterre dans des cas de kératite ulcéreuse. M. Hairion (de Louvain), puis plus tard MM. Furnari et Ch. Deval, en ont fait autant; ils ont employé soit le taffetas d'Angleterre, soit les bandelettes de diachylon ou autres, les préférant avec raison aux bandages ordinaires, comme étant plus légers et échauffant moins l'œil. Mais les bandelettes ou se détachent trop facilement, ou adhèrent trop fortement aux cils, et ne peuvent être enlevées qu'en arrachant ceux-ci.

M. Hairion ayant reconnu les inconvénients inhérents aux divers modes de pansement et aux diverses espèces de bandelettes usités jusque-là, a le premier préconisé en 1849 l'usage du collodion, attribuant à tort le principe de l'occlusion à M. Pétrequin, comme M. Ch. Deval en a fait honneur à M. Pétrequin, et M. Bonnafont s'en est fait honneur à lui-même.

Mais le collodion n'a pas été lui-même dépourvu de quelques défectuosités. Indépendamment de la trop grande puissance adhésive qui entraîne presque inévitablement l'arrachement des cils, il produit d'abord, au moment de son application, une sensation de froid très-désagréable résultant de l'évaporation de l'éther, laquelle est suivie d'une sensation de chaleur non moins pénible et plus nuisible encore. Un autre effet fâcheux de l'application du collodion est de retenir entre les paupières le muco-pus, qui, il est vrai, se fait jour quelquefois par le grand angle de l'œil.

Du reste, ce procédé d'occlusion a été avantageusement modifié par M. Hairion. Cette modification consiste à abaisser fortement la paupière supérieure de manière à lui faire recouvrir le globe de l'œil tout entier, à appliquer une bandelette de collodion sur chaque paupière, à passer derrière chacune d'elles deux fils que l'on noue en avant et qu'on dénoue quand on veut examiner l'œil. C'est ce procédé ainsi modifié que nous employons maintenant au Val-de-Grâce.

Une question pratique se présente ici, la méthode de l'occlusion étant admise. Faut-il couvrir les deux yeux en même temps, ou n'en couvrir qu'un seul? Quelques ophthalmologistes, notamment M. Fl. Cunier, se sont beaucoup préoccupés de ce point; ils ont incliné à conseiller l'occlusion simultanée des deux yeux, le mouvement de l'œil resté libre pouvant entraîner un mouvement semblable de son congénère qu'on se propose de condamner à l'inamovibilité.

Quelques praticiens ont proposé une méthode mixte, consistant à combiner l'occlusion avec des agents médicamenteux de diverses sortes. Ainsi M. Forget (de Strasbourg) propose l'occlusion par un bandage uni aux applications froides, et il assure en avoir retiré d'excellents effets dans trois cas d'ophthalmie grave.

Enfin, M. Bonnafont lui-même, avant sa nouvelle communication à l'Académie, a employé aussi le collodion, le taffetas et le sparadrap avec charpie. Le mode de pansement qu'il a substitué à ces divers moyens et qu'il décore du nom de méthode, vaut-il mieux? C'est ce dont il m'est permis de douter.

En résumé, la méthode de l'occlusion a des avantages et une utilité incontestables, mais sans en exclure l'usage simultané ou le concours de divers autres moyens de traitement, tels que l'eau froide, ainsi que le fait le chirurgien napolitain que j'ai cité tout à l'heure, divers collyres ou pommades, dont l'occlusion ne fait que favoriser l'absorption, etc. L'occlusion simple ou composée, ainsi que je viens de l'indiquer, a donné des résultats généraux qui sont favorables à l'adoption de cette méthode. Je crois qu'elle peut être utile, surtout chez les enfants, chez les malades indociles, et ils sont en assez grand nombre. Je crois, en outre, qu'elle peut convenir dans les lésions mécaniques du globe de l'œil, blessures, contusions, plaies, etc. (après l'extraction des corps étrangers bien entendu); dans l'ophthalmoptose, l'exophthalmie, les congestions oculaires, l'hydrophthalmie; dans les ophthalmies en général, et en particulier dans les conjonctivites, plus spécialement dans les kératites et contre certains accidents de l'inflammation, tels que le chémosis, les staphylômes, les ulcérations, perforations, fistules, les opacités; dans les maladies de l'iris, l'iritis, la procidence de l'iris.

Mais il ne faut y recourir qu'avec de grandes réserves, dans les cas de synéchies, d'adhérences, etc. Elle peut convenir encore après l'opération de la cataracte, pour certains cas d'amaurose, d'amblyopie. Le strabisme pourrait aussi être heureusement modifié par l'occlusion d'un seul œil. Enfin, certaines lésions des paupières peuvent également en réclamer l'emploi, telles que plaies, ectropion, brûlures, trichiasis, etc., mais avec la précaution, bien entendu, pour les cas de plaies, de pratiquer l'occlusion de manière à obtenir une réunion la plus régulière possible.

— La parole est à M. Velpeau, mais, vu l'heure avancée, la suite de la discussion est renvoyée, et la séance est levée après cinq heures.

M. le docteur Pétrequin raconte dans le dernier numéro de la *Gazette médicale* le banquet qui vient d'être offert par le corps médical de Lyon à M. le docteur Ricord. Après le récit des toasts portés à cette occasion et des strophes improvisées par M. le docteur Venot (de Bordeaux), M. Pétrequin termine ainsi :

« Cette journée, si bien remplie, eut un lendemain digne d'elle. La jeunesse médicale avait demandé au maître la faveur de recevoir de sa bouche une de ces intéressantes et précieuses instructions, dont les tilleuls de l'hôpital du Midi devaient, pour un jour, perdre le monopole. Resté parmi nous tout exprès pour tenir sa promesse, M. Ricord fit le lundi matin à l'amphithéâtre de l'École de médecine, et en présence d'un nombreux auditoire, où se remarquaient les plus hautes notabilités du corps médical lyonnais, une leçon où il se surpassa lui-même, et se révéla sous un jour nouveau, même à ses plus assidus auditeurs. Ce fut un exposé de sa doctrine entière, non avec l'allure compassée d'un traité didactique, mais dans un récit imagé, semé de traits heureux, d'anecdotes piquantes, et animé par cette verve caustique qui lui est propre, mais contenue cette fois dans les limites d'une rare modération qui lui a fait rencontrer des tours de l'atticisme le plus pur. Il eut l'art de passer en revue sa doctrine entière, qui apparaissait dans son ensemble le plus acceptable, non hérissée de lois, de défis à la nature ou de fins de non-recevoir, mais calquée sur les faits, répondant mieux que les théories passées aux problèmes que l'expérience pose, et dont la thérapeutique attend la solution, mais ouverte aux perfectionnements, n'immobilisant point le dogme, et trop reconnaissante envers le progrès qui a fait sa fortune pour vouloir l'étreindre dans un lit de Procuste.

» Cette magnifique improvisation, véritable tour de force, écoutée dans un recueillement universel, a constamment tenu en haleine l'attention du public, et l'on peut dire que l'auditoire est resté sous le charme pendant près deux heures. Il semble que M. Ricord ait voulu justifier par un nouveau triomphe le triomphe qu'on lui avait décerné la veille. Nous croyons être l'interprète de tous en émettant le vœu que M. Ricord publie sa *leçon de syphiliographie faite à Lyon*.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 23. — SAMEDI 23 FÉVRIER 1856. (29e ANNÉE.) N° 23. — SAMEDI 23 FÉVRIER 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la fièvre puerpérale à la Maternité de Paris.

Ce n'est point de l'état sanitaire actuel de la Maternité de Paris qu'il s'agit; les déclarations faites dans les deux dernières séances de l'Académie nous ont, Dieu merci, rassurés à cet égard; c'est de l'épidémie qui a régné dans cet hospice en 1854 que nous allons entretenir nos lecteurs. Et si cette date leur paraît un peu éloignée pour l'intérêt que cette épidémie pourrait leur inspirer, nous leur ferons remarquer d'abord que cet hospice ne nous étant point accessible, nous ne pouvons connaître les faits saillants qui s'y passent que par les échos toujours lointains que nous en apportent les mémoires ou les thèses dont ils font le sujet. Loin de nous plaindre, dans ce cas, de ces délais inévitables, nous nous en félicitons, au contraire, parce qu'ils sont une garantie du soin et de l'exactitude avec lesquels ces faits ont été recueillis. Ajoutons d'ailleurs que les relations de ces sortes d'épidémies, à quelque date qu'elles remontent, ne perdent pas de leur intérêt, et qu'elles ont toujours ce double avantage, de fournir des éléments utiles à l'histoire de la fièvre puerpérale en éclairant par de nouvelles observations les points communs que présentent toutes ces épidémies, et d'en faire connaître les nombreuses variétés en exposant les caractères spéciaux que chacune d'elles semble emprunter à la constitution médicale régnante. Tel est, en effet, le double intérêt que présente la relation de l'épidémie de 1854, qui fait le sujet d'un travail récemment publié par M. le Dr Amédée Charrier, interne de la Maternité, travail auquel nous empruntons quelques-uns des détails qui suivent.

La marche de l'épidémie de 1854 a été celle-ci : pendant les quatre premiers mois de l'année, les lésions abdominales ont été de beaucoup les plus considérables; pendant deux mois, ensuite, les eschares gangréneuses ont accompagné les phénomènes du côté du ventre, puis il y eut une espèce de trève pendant un mois. Enfin, vers le milieu de septembre, les manifestations du côté de la poitrine sont devenues de plus en plus fréquentes, à tel point que la pleurésie simple ou double a été la règle et la péritonite l'exception.

Dans le mois d'octobre, où l'épidémie a atteint son maximum d'intensité (sur 61 malades, 42 succombèrent), on constate quinze fois la pleurésie purulente double, onze fois la pleurésie purulente simple; six fois la pleurésie a coïncidé avec la péritonite, quatre fois la péritonite a existé seule, et six fois la pleurésie a été antérieure à la péritonite.

Si l'on considère combien dans les conditions ordinaires la pleurésie purulente est rare, on sera frappé de l'extrême fréquence avec laquelle elle s'est montrée pendant le cours de cette épidémie. La constance de cette lésion contrastant avec la rareté relative de la péritonite, qui a manqué dans la plupart des cas, serait de nature peut-être à soulever des doutes dans quelques esprits sur le caractère de cette épidémie, et à faire penser que sa coexistence avec l'état puerpéral n'a été qu'une coïncidence, que l'on a eu affaire réellement, enfin, à une épidémie de pleurésie et non point à une épidémie de fièvre puerpérale avec prédominance de symptômes inflammatoires du côté des organes de la poitrine et plus spécialement des plèvres. Mais ces doutes ne peuvent pas subsister longtemps en présence des phases qui ont précédé et suivi la période de l'épidémie durant laquelle ces phénomènes ont été observés. D'un autre côté, ainsi que le fait justement remarquer M. Charrier, la forme purulente de ces pleurésies, forme si rare habituellement et si commune dans ces cas-ci, et l'extrême rapidité de leur marche vers une solution presque constamment fatale, indiquent assez elles-mêmes leur connexité intime avec l'état puerpéral.

Une autre circonstance qui n'est pas moins probante en faveur de la nature puerpérale de l'épidémie, et qui vient à l'appui des observations curieuses de M. Lorain sur la fièvre puerpérale des nouveau-nés, dont nous avons parlé dans le temps, c'est la coexistence d'affections analogues chez les fœtus. Ainsi, tandis que durant les six premiers mois de l'épidémie, c'est-à-dire alors qu'elle présentait la forme abdominale, on a trouvé des péritonites chez quelques fœtus; pendant les trois derniers mois, alors que régnait la forme pectorale, on a trouvé quelques cas de pleurésie.

Une conséquence générale résulte de l'ensemble de ces faits, c'est que, en présence de cette diversité de lésions variant d'une épidémie à l'autre et d'une phase à l'autre de la même épidémie, de même qu'en présence de ce fait constant, que des prodromes fébriles et des symptômes généraux précèdent toujours le développement des symptômes locaux, il n'est plus possible de soutenir les anciennes doctrines localisatrices, qui plaçaient exclusivement dans l'utérus et ses annexes et dans le péritoine le siége de la maladie. On trouve surtout une preuve frappante du caractère essentiellement général de l'affection à son début, dans les cas dont M. Charrier cite plusieurs exemples où la gravité des accidents était telle dès le principe, et leur marche si foudroyante, que les lésions locales n'avaient pas le temps de se produire, et qu'on n'en trouvait aucune trace à l'autopsie.

Au commencement de l'épidémie à forme abdominale, le traitement antiphlogistique local fut employé sans aucun succès. Au contraire, la médication évacuante et vomitive a donné souvent des résultats que M. Charrier ne craint pas de qualifier de merveilleux. Quand l'influence bilieuse de la constitution fut devenue bien manifeste, dit M. Charrier, nous avons vu l'ipéca stibié, suivi le lendemain d'un purgatif salin ou de 32 grammes d'huile de ricin, enrayer complétement la maladie. Si les douleurs abdominales persistaient, de larges vésicatoires sur le ventre achevaient la guérison. Mais, pour atteindre ce résultat, il ne fallait pas attendre; ces moyens devaient être mis en œuvre sitôt qu'une femme avait eu un frisson; que le pouls était petit, dépressible; qu'il se manifestait de l'altération des traits et des sueurs froides suivies d'une prostration extrême. Aussitôt la fièvre tombée, il fallait employer les toniques, les excitants diffusibles. La convalescence était alors rapide.

Ce choix pour l'ipéca stibié n'était pas seulement indiqué par la nature même des phénomènes morbides, par l'état de tout l'appareil glandulaire de l'intestin, par la prédominance des symptômes saburraux, par les phénomènes critiques qui soulageaient les malades, etc., il l'était encore par l'insuccès patent et manifeste des autres méthodes de traitement. La médication antiphlogistique avait échoué; les mercuriaux avaient causé, même à faibles doses, des salivations intarissables. Le calomel à dose altérante et les autres altérants étaient contre-indiqués par les accidents gangréneux qui accompagnaient souvent la forme abdominale, et qui étaient ordinairement précédés d'un ramollissement des gencives.

Des frictions sur le ventre avec l'onguent belladoné ont donné une sédation assez fréquente des douleurs abdominales. On mettait 10 grammes d'extrait de belladone pour 40 grammes d'axonge. Il n'y a jamais eu d'accidents de narcotisme.

L'opium, pris à l'intérieur, a rendu de bons services pour calmer les douleurs intermittentes qui ont leur siége dans les fosses iliaques. Il a souvent arrêté la diarrhée. Mais avant de l'administrer, on avait toujours soin de faire prendre un purgatif léger, pour en assurer l'action.

Les grands bains étaient utiles quand les fonctions de la peau ne se rétablissaient pas, quand elle restait sale, sèche, squammeuse.

Dans la forme gangréneuse avec fièvre, mais sans complication abdominale, on s'est souvent contenté de donner seulement l'ipéca, puis les toniques, les amers, les acides pour les gencives. Quant à l'ulcération, à la gangrène, on faisait sur les parties sphacélées des applications de perchlorure de fer. Ce sel agissait très-rapidement et limitait promptement l'eschare; puis des injections tièdes avec quelques liquides aromatiques détergeaient les parties, en favorisaient la cicatrisation.

Dans la forme pectorale, l'ipéca stibié et les vésicatoires mis dès le début ont donné quelques bons résultats, mais pas aussi manifestes que dans la forme abdominale simple ou gangréneuse. La maladie était trop grave dès le début et la marche trop rapide pour que la médication pût agir à temps et avec une suffisante efficacité.

M. Charrier conclut enfin de ses nombreuses observations cliniques, et c'est l'une des conclusions sur lesquelles il insiste le plus, avec beaucoup de raison, suivant nous, que la saignée et la médication antiphlogistique en général doivent être proscrites du traitement de la fièvre puerpérale, comme irrationnelles et funestes. Il va plus loin encore, mais ici la sanction de l'expérience nous semble moins formelle; il est d'avis de proscrire la saignée pendant la grossesse, comme favorisant l'hydrémie ou pléthore séreuse, laquelle, à son tour, prédispose, comme toutes les causes déprimantes, au développement de la fièvre puerpérale.

Ce dernier point mérite de fixer l'attention des praticiens, et particulièrement des accoucheurs, dans les pays du moins et dans les conditions où se manifestent habituellement les épidémies de cette nature.

Fistule cutanée communiquant avec une caverne tuberculeuse du poumon. — Injections iodées. — Guérison.

Il existe dans la science plusieurs exemples de fistules pulmonaires ouvertes à la surface de la peau. M. Bouchut, dans un travail très-remarquable communiqué à l'Académie de médecine en 1854 et inséré depuis dans la *Gazette médicale de Paris*, a réuni tous les faits connus de ce genre pour tracer l'histoire de cette lésion d'ailleurs assez rare. Il résulte de l'analyse de ces faits que les fistules résultant de la fonte d'une caverne tuberculeuse ne sont pas toujours mortelles, ainsi qu'on pourrait être porté à le croire au premier abord; que dans quelques cas, au contraire, elles ont été suivies de la guérison des malades, si bien qu'en présence de ces faits on pourrait se demander, ainsi que l'a fait M. Bouchut, si elles ne sont pas jusqu'à un certain point un moyen de salut institué par la nature pour amener cet heureux résultat.

C'est sur des faits de ce genre que se sont appuyés quelques praticiens pour proposer et pour tenter même de pratiquer artificiellement une voie d'élimination au pus accumulé dans une caverne, tentative plus hardie que sage, et dont nous ne sachons pas qu'on ait retiré jusqu'à présent de résultats bien avantageux. En serait-il de même des injections iodées pratiquées dans une fistule communiquant avec une caverne tuberculeuse? Le fait suivant, que vient de nous faire connaître M. le docteur Rochat (de Villette-Serpaise), tendrait à prouver l'utilité de ce moyen, si malheureusement il ne laissait subsister quelques doutes sur la réalité de la communication que l'auteur croit avoir constatée.

Quoi qu'il en soit de ce point, capital il est vrai, l'observation de M. Rochat, même avec ce doute, offre un assez vif intérêt pour que nous n'hésitions pas à la mettre sous les yeux de nos lecteurs. La voici :

Un homme âgé de quarante-cinq ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, exerçait depuis plusieurs années la profession de tisserand dans un appartement bas, humide et mal aéré. Pris d'abord de toux sèche et de dyspnée, il y a quelques années, il lui survint ensuite une faiblesse générale accompagnée de douleur sourde et profonde au niveau de l'espace compris entre le bord interne de l'omoplate droite et le rachis. Cette douleur, qui s'irradiait parfois vers le côté droit et antérieur de la poitrine, devenant de jour en jour plus intense, le força bientôt à suspendre ses occupations. Cependant le doigt médius de la main droite devint le siége d'une tuméfaction qui mit plus d'un mois à s'abcéder. Un vaste abcès prit naissance à la région dorsale; cet abcès, qui s'était développé lentement, s'ouvrit spontanément deux mois après sa formation et donna issue à une grande quantité de matière purulente.

Enfin, cet homme ayant perdu le sommeil et l'appétit, l'amaigrissement fit de rapides progrès.

Voici les symptômes morbides que présentait ce malade, lorsque M. Rochat le vit pour la première fois (c'était en juillet 1847) :

Mouvements pénibles, démarche chancelante, constitution détériorée; teint pâle, scrofuleux; pouls petit, légèrement fébrile; langue blanche, couverte à sa base d'un enduit pâteux; anorexie; toux petite, caverneuse, avec un peu d'expectoration purulente; voix rauque et faible; dyspnée; râle crépitant à grosses bulles à la partie supérieure du poumon droit; gargouillements et pectoriloquie au niveau du bord interne et supérieur de l'omoplate du même côté. A gauche, la respiration se faisait largement. Selles régulières. Le doigt médius de la main droite présentait une petite plaie fistuleuse d'où s'écoulait un liquide séreux purulent provenant d'une lésion osseuse de l'extrémité supérieure de la seconde phalange du même doigt. Dans la région dorsale, à droite, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, entre cet angle et la colonne vertébrale, existait une ouverture fistuleuse qui fournissait beaucoup de matière purulente. Un stylet, introduit par cette ouverture, pénétrait de bas en haut, et un peu d'arrière en avant, jusqu'à la hauteur de la troisième vertèbre dorsale, où cet instrument s'arrêtait comme dans un cul-de-sac.

Vu ces lésions pathologiques, M. Rochat diagnostiqua une affection osseuse avec phthisie pulmonaire au second degré. Le pronostic était des plus graves. Néanmoins il ne pensait pas que la fistule communiquât avec la caverne tuberculeuse que l'auscultation faisait découvrir dans le poumon droit, attendu qu'il n'était point

expulsé de pus au dehors par cette ouverture lorsque le malade toussait ou éternuait. Cette manière de voir paraissait d'autant mieux fondée, que ce malade était atteint, comme on vient de l'apprendre, d'une affection osseuse au doigt médius de la main droite. On verra plus tard ce qui fit modifier ce diagnostic, et d'après quels signes notre confrère a cru reconnaître que cette fistule communiquait avec une caverne pulmonaire.

Convaincu qu'il avait à lutter contre un état morbide de toute la constitution, M. Rochat prescrivit d'abord une nourriture réparatrice et de facile digestion, puis une cuillerée à bouche matin et soir d'huile brune de foie de morue, et trois verrées par jour d'un apozème fait avec : racine de chicorée sauvage, 20 grammes; racine de garance, 3 grammes. Faire bouillir le tout pendant une heure dans suffisante quantité d'eau pour obtenir trois verrées de véhicule. Ajouter à la colature refroidie 50 centigrammes d'iodure de potassium.

Sous l'influence de cette médication, continuée pendant dix jours, l'appétit revint avec la force, et le 5 août, c'est-à-dire douze jours après, le malade, se sentant mieux, se mit en marche, et fit à pied 8 kilomètres pour venir rendre compte de son état.

La même médication fut continuée jusqu'au 20.

A cette époque, son état s'était considérablement amélioré ; la langue était nette, l'appétit bon, le teint plus frais; la force était revenue avec le sommeil. La toux et la dyspnée, la pectoriloquie et les gargouillements étaient notablement diminués; mais la fistule, contre laquelle on n'avait prescrit que des soins de propreté, suppurait toujours beaucoup. L'huile de foie de morue fut continuée ; l'apozème fut remplacé par la tisane de lichen et de trèfle d'eau, alternée avec celle de feuilles de noyer édulcorée avec du sirop de baume de Tolu. Une injection de parties égales de teinture d'iode et d'eau-de-vie fut poussée dans la fistule dorsale, et une injection de teinture d'iode pure dans la petite plaie fistuleuse du doigt. Cette injection fut répétée huit jours après.

Le 10 septembre, le doigt était en voie de guérison, mais avec flexion de la seconde phalange sur la première, et un commencement d'ankylose. La fistule dorsale n'avait pas cessé de suppurer beaucoup ; cependant, loin de dépérir, le malade prenait de l'embonpoint. On s'aperçut alors que les injections iodées ne pénétraient que jusqu'au point où s'arrêtait le stylet, et qu'elles ressortaient immédiatement après. Persuadé que le remède n'arrivait pas jusqu'au foyer du mal, M. Rochat se disposait à laisser les choses aux soins de la nature ; mais le malade voulant guérir à tout prix, lui força en quelque sorte la main. C'est pourquoi le 26, après s'être assuré de nouveau de la direction du trajet fistuleux, il appliqua une lentille de potasse caustique sur le point correspondant à celui où s'arrêtait le stylet, à deux travers de doigt environ à droite de la troisième vertèbre dorsale. En agissant ainsi, son but était d'ouvrir au pus une voie plus facile à son écoulement et de s'assurer définitivement quel était l'organe malade.

Au bout de neuf jours, le 5 octobre, l'eschare se détacha, laissant une plaie circulaire dont la profondeur était loin d'atteindre celle du canal fistuleux. Une seconde lentille caustique placée au fond de la nouvelle plaie compléta l'opération. A la chute de l'eschare, le 12, l'introduction du stylet dans cette nouvelle voie le convainquit : le foyer du mal était dans le poumon droit. Il se contenta, pour le moment, d'y pousser quelques injections d'eau tiède qui refluèrent aussitôt après, entraînant avec elles une assez grande quantité de matière tuberculeuse qui séjournait dans la profondeur de la fistule. Mais l'état du malade paraissant s'aggraver par suite d'une suppuration toujours excessive, notre confrère crut devoir tenter davantage.

Le 20, il pratiqua avec précaution une injection iodée composée de trois cuillerées à soupe d'eau-de-vie, d'une cuillerée d'eau commune, de 15 centigrammes d'iodure de potassium et de 12 gouttes de teinture d'iode. A l'instant même, le malade s'aperçut de la pénétration du liquide; il accusa immédiatement dans le poumon droit une chaleur insolite, accompagnée de douleurs vives et profondes. Il ne fut pas possible de ramener au dehors une goutte du liquide injecté. Néanmoins, aux douleurs vives qu'éprouvait le malade succédèrent en quelques minutes le calme et le bien-être.

Le 23, la suppuration avait notablement diminué. Encouragé par cet heureux résultat, M. Rochat pratiqua une seconde injection iodée comme la précédente; cette fois, elle fut à peine sentie.

Deux mois après, le 23 décembre, le malade était très-bien ; l'ouverture fistuleuse suppurait fort peu ; le gargouillement avait disparu ; l'oreille ne percevait dans le poumon lésé que quelques râles sous-crépitants ; le bruit vésiculaire résonnait dans toutes les parties de cet organe, excepté au point correspondant à la caverne tuberculeuse, où la pectoriloquie avait fait place à un peu de bronchophonie.

Le malade ne fut revu qu'à la fin de mai de l'année suivante ; il avait repris ses occupations depuis plusieurs mois ; il allait très-bien ; la fistule pulmonaire était complétement fermée. On put constater chez lui, à cette époque, la guérison de la caverne tuberculeuse, qui, jointe aux autres symptômes que nous avons énumérés, accusait l'existence d'une phthisie pulmonaire au second degré. Cette guérison, ajoute notre confrère, ne s'est point encore démentie ; mais malheureusement l'affection osseuse du doigt n'a disparu que pour reparaître plus tard dans le pied.

Les choses en sont là au moment où M. Rochat nous fait cette communication.

En insérant telle quelle l'observation de notre honorable correspondant, avec le titre qu'il lui a donné et avec le diagnostic formulé dans le cours de sa relation, nous nous sommes réservé de faire remarquer que le fait capital, la communication de la fistule avec la caverne pulmonaire, n'est pas établi sur des signes d'une certitude suffisante. Le seul peut-être qui eût eu une valeur probante irrévocable dans cette circonstance, l'issue de l'air par l'orifice de la fistule à chaque mouvement expiratoire, n'a point été constaté ; du moins l'auteur ne l'a-t-il point signalé. Cette omission, si c'en est une, enlève malheureusement à ce fait une grande partie de sa valeur. Mais malgré cette lacune et le doute qu'elle entraîne, elle n'en a pas moins encore un grand intérêt, ne fût-ce que comme exemple d'une guérison au moins temporaire d'une caverne tuberculeuse sous l'influence du concours de moyens qui ont été mis en usage.

Du bain local continu pour le traitement des plaies résultant de lésions traumatiques ou d'opérations chirurgicales.

Prévenir les accidents si graves qui résultent de la résorption du pus et des matières organiques qui séjournent à la surface des grandes plaies, les prémunir contre le contact de l'air, entretenir autour d'elles une propreté constante, obvier aux nombreux inconvénients des pansements fréquemment répétés, aux douleurs qu'ils provoquent, aux constrictions pénibles qui en sont presque toujours inséparables, aux mouvements qu'ils nécessitent, tel a été le but qu'un grand nombre de chirurgiens ont vainement poursuivi jusqu'ici, sans y renoncer complétement toutefois. L'emploi de l'eau avait déjà paru à quelques-uns devoir réaliser cette réforme désirable dans le pansement des grandes plaies d'opération ; mais ou des difficultés imprévues dans l'application, ou l'insuffisance des résultats, et peut-être aussi l'influence de l'habitude, ont fait presque constamment échouer ces tentatives. Elles ont été reprises récemment à Berlin par M. le professeur Langenbeck, à Lyon par M. Valette, et elles sont en ce moment l'objet d'une expérimentation suivie de la part de M. Gosselin à l'hôpital Cochin.

Voici par quels moyens M. le professeur Langenbeck est parvenu à obtenir ce résultat :

Après avoir constaté pendant plusieurs années dans sa pratique civile les bons effets du bain local chaud et permanent, il a eu l'idée de l'appliquer d'une manière générale à l'aide d'un système d'appareils qui pût devenir usuel dans les hôpitaux. Ces appareils consistent en des caisses de zinc proportionnées pour leurs dimensions aux membres malades et pouvant prendre divers degrés d'inclinaison. A ces caisses sont adaptées des manchettes de caoutchouc ou des bourrelets à air, que l'on gonfle à volonté dans le but de garantir les parties de l'air et d'empêcher la filtration de l'eau contenue dans ces caisses. Des ouvertures pratiquées dans le couvercle de la boîte permettent d'y introduire de l'eau chaude. Le membre, dont la partie malade est renfermée dans cette caisse, est fixé par des bandes de toile forte l'attachant à des crochets intérieurs et extérieurs. Un robinet permet de vider l'appareil sans déranger le malade.

L'idée de M. Langenbeck consiste, comme on le voit, dans la continuité du bain et dans sa température élevée (de 25 à 30° R.).

Le professeur de Berlin attribue à cette méthode l'avantage :

1° D'apaiser la douleur, d'assouplir les tissus et d'en diminuer la tension, d'épargner aux malades l'excitation produite par les pressions inégales des bandages ordinaires ;

2° De diminuer l'intensité de la réaction et de l'inflammation locale ;

3° D'activer la formation des granulations cicatricielles, de les multiplier et d'en accélérer la marche ;

4° Enfin de préserver les malades des accidents de la pyémie, en prévenant l'accumulation du pus et en maintenant les moignons et les plaies dans un état constant de propreté; de permettre au chirurgien de suivre les progrès de la cicatrisation sans remuer le membre, et par conséquent sans provoquer de douleur et sans déranger la nature dans son travail réorganisateur.

Depuis que M. Langenbeck a fait connaître ce nouveau mode de pansement des grandes lésions traumatiques et des plaies d'amputation, un grand nombre de chirurgiens allemands l'ont mis en usage, et assurent en avoir retiré de bons effets. En France, M. Valette (de Lyon), ainsi que nous l'avons rappelé plus haut, a également eu recours, dans ces derniers temps, à des moyens analogues, sur lesquels nous n'avons pas en ce moment de détails assez précis pour en donner une idée. Enfin M. Gosselin, avons-nous dit, expérimente en ce moment la même méthode, mais à l'aide d'appareils qui nous semblent beaucoup plus simples que ceux de M. Langenbeck, et partant d'une application plus facile et plus générale.

Les appareils dont se sert M. Gosselin consistent en une sorte de manchon en caoutchouc exactement appliqué sur le membre malade par l'une de ses extrémités, sans exercer toutefois sur ces points de compression douloureuse, et hermétiquement clos à l'aide de liens par l'autre extrémité libre, s'il s'agit d'un moignon d'amputation, par exemple. Deux tuyaux de caoutchouc sont adaptés à ce manchon : l'un à la partie supérieure, et dont l'extrémité libre plonge dans un seau placé au-dessus du malade, lequel reçoit l'eau à la température voulue; l'autre à la partie inférieure ou déclive, et plongeant par son extrémité libre dans un autre seau destiné à recevoir l'eau qui a baigné la partie malade. Un courant continu s'établit ainsi entre les deux seaux, en passant par la cavité du manchon. Ce système a ainsi l'avantage sur les boîtes de zinc de M. Langenbeck, d'entretenir un courant continu qui remplit d'une manière plus sûre et plus efficace le but qu'on se propose.

Nous avons vu il y a quelques jours, dans les salles de Lourcine, ces appareils appliqués chez trois malades, dont deux amputées de la cuisse, et une femme qui a subi la résection du coude. Nous ne sommes point encore en mesure de dire quels seront les résultats de cette nouvelle série d'essais, qui ne sont pas assez multipliés pour en tirer des conclusions. M. Gosselin lui-même reste encore, à cet égard, sur la réserve. Cependant il croit déjà avoir constaté que les malades en éprouvaient un soulagement et un bien-être marqué. Aucun des accidents si redoutables qui suivent si souvent les grandes opérations de ce genre n'est venu jusqu'à présent démentir les espérances qu'on a fondées sur l'emploi de ces appareils. Mais loin d'avoir constaté, comme l'a dit M. Langenbeck, que le travail de réparation était hâté, M. Gosselin croit avoir vu, au contraire, que ce travail était ralenti. Le seul inconvénient que nous ayons reconnu jusqu'ici à ces appareils, c'est de se prêter difficilement à une occlusion assez complète pour empêcher toute filtration. Mais c'est là un inconvénient qui n'est pas sans remède. Nous suivrons ces expériences, afin de tenir nos lecteurs au courant des résultats définitifs qu'elles auront donnés.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Piorry.

De l'occlusion des paupières dans les ophthalmies.

Une dame âgée de cinquante ans, qui a toujours vécu dans un milieu fort distingué, mais qui est récemment tombée dans un état voisin de la misère par suite de la perte complète de sa fortune, et qu'un caractère gai, léger et enjoué a peut-être exposée à des écarts de conduite qui l'auraient placée sous l'influence de la syphilis, fut atteinte, il y a quelques jours, d'une proommite (conjonctivite ordinaire).

L'œil présenta bientôt les caractères suivants : rougeur de la conjonctive ; limbe rosé, circulaire; petite vascularité extrêmement fine ; cornée d'une apparence nébuleuse, trouble ; pupille moins bien dessinée, moins nettement circonscrite, peu mobile sous l'influence de la lumière; photophobie; douleur très-vive dans l'œil, vers les rameaux de la cinquième paire, malaise du côté de l'angibrôme (tube digestif).

Cette dame était donc atteinte d'une inflammation de l'iris, et il existait un petit dépôt de lymphe plastique dans l'humeur aqueuse.

Qu'aurait-on fait en pareil cas? Les uns eussent songé aux préparations mercurielles, les autres aux sangsues. Ceux-ci eussent administré des purgatifs actifs, ceux-là se fussent servis de l'azotate d'argent; tous enfin d'une médication désagréable, active et quelquefois dangereuse.

Depuis longtemps j'ai proposé d'avoir recours à l'occlusion et à l'immobilité des paupières ; mais comment l'obtenir? Serait-ce par des applications de compresses trempées dans une liqueur dite émolliente, de la charpie, du coton, de l'agaric, le tout soutenu par quelques tours de bande exerçant une légère compression? Celle-ci, dans plus d'un cas, produit des douleurs et exaspère le mal. Et d'ailleurs, la chaleur que ces bandages causent sur l'œil a souvent de l'inconvénient. L'appareil très-simple que j'ai imaginé remplit exactement les indications précédentes.

Trois bandelettes de taffetas gommé de 15 à 20 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur, sont placées de la façon suivante : l'une d'elles est collée par une de ses extrémités sur le milieu de la paupière supérieure jusqu'à son bord libre, et on pose les deux autres de la même façon, chacune à quelques millimètres en dehors de la première, de façon à laisser un vide entre elles. Quand elles sont bien agglutinées, bien desséchées, on les abaisse sur la joue en entraînant la paupière et on les fixe. Quand elles sont bien attachées, la paupière est maintenue fermée, immobile et légèrement comprimée. L'espace libre entre les bandelettes permet de voir quel est l'état de l'œil (1).

Le surlendemain du jour où j'avais appliqué cet appareil, je revis la malade. Elle avait conservé les bandelettes pendant vingt-quatre heures, et cela avait suffi pour arrêter l'irisite ; il n'y avait plus aucune espèce de douleur, et la teinte rosée était dissipée.

Depuis six mois j'ai traité deux cas pareils, et avec le même succès, plusieurs malades à l'hôpital de la Charité. Pendant le même espace de temps, ma pratique privée m'a fait rencontrer sept cas d'irisites, et les choses se sont passées de même.

Une petite fille d'un tempérament scrofuleux et portant des tubercules au sommet du poumon droit, eut une ophthalmie avec des taies commençantes. J'appliquai l'appareil blépharostatique et je saturai la malade de vapeurs d'iode. A la suite de cette double médication, l'œil et le poumon guérirent.

— Un tailleur de pierres reçut sur l'œil un petit éclat qui fit plaie ; la cornée était atteinte. Le taffetas ichthyocollé opéra en deux jours le complet rétablissement de cet homme.

J'ai fait cesser de la même façon un grand nombre d'accidents déterminés par la projection dans l'œil de parcelles de fer, de charbon, etc.

Le fait de l'occlusion des paupières comme moyen de guérir l'ophthalmie est loin d'être nouveau, car en 1837 ou en 1838, un de mes élèves publia, sous mon inspiration, une note sur ce sujet, dans la *Gazette des Hôpitaux*. Dans la *Clinique médicale de la Pitié*, j'ai rapporté les succès surprenants que j'ai obtenus par cette méthode, en 1832, dans la maison de secours des orphelins du choléra.

Voici dans quelles circonstances je découvris mon appareil blépharostatique :

Un malade auquel je portais le plus grand intérêt eut une ophthalmie. Pendant huit jours je le traitai avec des vésicatoires volants et

(1) Voir la description de cet appareil blépharostatique dans le VIII[e] vol. du *Traité de médecine pratique*, par le professeur Piorry. 1850.

des purgatifs; mais n'obtenant aucun succès par ces moyens, je méditai très-sérieusement sur les indications à suivre en pareil cas, et il me sembla alors qu'il était de première nécessité d'éviter le contact de l'air, l'influence de la lumière, le clignotement que cause le frottement des paupières l'une contre l'autre, en même temps que la compression entre les deux lames de la conjonctive avait aussi de l'avantage.

J'imaginai alors l'appareil dont je viens de parler, et j'eus le soin de laisser couler les larmes par de petits pertuis ménagés par les bandelettes.

L'appareil blépharostatique peut avoir des applications extrêmement utiles dans le pansement des plaies qui suivent les opérations de la cataracte et de la pupille artificielle, pour des corps étrangers dans l'intérieur de la cornée, dans l'ophthalmite dite scrofuleuse; en un mot, dans toutes les maladies des yeux qui ne sont pas produites par des causes virulentes, et surtout dans les plaies de la cornée.

Ces faits et les réflexions qui les suivent prouvent une fois de plus que l'étude de l'anatomie et de la physiologie et les applications que l'on peut en faire sont d'une immense utilité, et que ces dernières sont souvent préférables aux trompeuses recettes d'un empirisme aveugle.

DU VALÉRIANATE D'ATROPINE

contre les affections convulsives.

Par le Dr MICHÉA, lauréat de l'Académie impériale de médecine.

On ne peut guère parler des propriétés antispasmodiques du valérianate d'atropine sans dire quelques mots de celles des végétaux qui fournissent les éléments de cette combinaison saline, et sans jeter un coup d'œil rétrospectif sur les vicissitudes qu'elles ont éprouvées dans le traitement des maladies convulsives.

La valériane est employée contre le type des affections convulsives, l'épilepsie, depuis le seizième siècle. Vantée d'abord par Columna, puis successivement par Panaroli, Gruger, Rosinius, Lentilius, Marchand, Chomel, Scopoli, Hell, Mead, Sauvages, Lieutaud, Haller, de Haen, Quarin, Tissot surtout, qui lui devait la guérison d'un grand nombre d'épilepsies essentielles, et qui la regardait presque comme un spécifique, cette plante fut préconisée dans notre siècle par Odier (de Genève), Chauffard (d'Avignon), Maccartan, d'Huc, Chabrely, etc.

Connues depuis moins longtemps, les propriétés anti-convulsives de la belladone ont été non moins vantées.

Administrée en 1810 contre la coqueluche par Schæffer et Wetzler, qui guérirent trente enfants du huitième au quinzième jour à dater de l'usage de la plante, puis par Méglin, Raisin, Buchave, etc.; prescrite contre l'hystérie par Blackett, qui, sur cinq cas, en guérit trois, la belladone a été expérimentée pour la première fois contre l'épilepsie au milieu du siècle dernier. Ce fut Greding qui l'introduisit dans le traitement de cette maladie. Il n'obtint aucune guérison complète, mais il procura à tous les malades un très-grand soulagement, que le mal caduc fût ou non compliqué d'aliénation mentale. Les attaques s'affaiblirent et se transformèrent en tremblements et en simples spasmes particuliers. Sur cinq cas observés par Evers, Theden et Allamand, un seul malade résista au traitement par la belladone, trois guérirent radicalement, et dans le cinquième cas il survint une grande amélioration : le malade conservait sa connaissance, ne tombait pas, et les attaques finirent par se réduire à de simples secousses, très-légères et très-rapides.

Négligée pendant longtemps dans le traitement du mal caduc, la belladone fut réhabilitée, il y a environ quinze ans, par M. Debreyne, qui s'exprimait ainsi : « C'est pour nous le remède antiépileptique le plus efficace de la matière médicale. Depuis vingt-cinq ans, nous l'avons employé sur plus de deux cents sujets. Sur ce nombre, il ne nous est pas arrivé une seule fois d'administrer ce médicament sans avantage. Le nombre des guérisons qu'on a obtenues par la belladone dépasse celui qu'on a obtenu jusqu'à présent avec tous les autres médicaments. »

Cependant plusieurs expérimentateurs, entre autres M. Ferrus, Leuret, M. Delasiauve, ne retirèrent pas, dans l'épilepsie, de la valériane ou de la belladone les avantages proclamés par Tissot et par M. Debreyne. D'où venait cette dissidence?

La diversité des lieux et des circonstances au sein desquelles se trouvent placés les médecins exerce une grande influence sur le pronostic de l'épilepsie. A cet égard, il est bon de remarquer que la majorité des pessimistes sont des confrères attachés à des hospices, et que les optimistes, ou du moins ceux qui ont plus de confiance dans la curabilité de cette maladie, sont pour la plupart des praticiens qui exercent en ville exclusivement. Comment à Bicêtre et à la Salpêtrière, par exemple, pourrait-on porter un pronostic favorable, puisqu'on expérimente sur des épilepsies anciennes, rebelles à une foule de traitements antérieurs, plus ou moins compliquées d'aliénation mentale, incurables, comme toutes celles qu'on remarque dans ces établissements? Tissot, Odier, Portal, M. Debreyne expérimentaient, au contraire, sur des épilepsies récentes, plus ou moins vierges de traitement et encore simples, comme presque toutes celles qu'on constate dans la pratique en ville. Aussi portent-ils un pronostic beaucoup moins désespérant.

D'une autre part, si en ville la valériane et la belladone échouent dans bien des cas, il faut s'en prendre à plusieurs autres causes, et principalement à l'usage qu'on a fait jusqu'à présent de ces plantes administrées en substance.

Il y a déjà longtemps que des esprits judicieux ont essayé de mettre les praticiens en garde contre les mécomptes que fournissent ces plantes administrées sous forme de poudre et d'extrait. On sait aujourd'hui non-seulement que la quantité des principes actifs des végétaux varie considérablement dans une même quantité d'extrait, comme M. Mialhe l'a prouvé pour la morphine en analysant douze échantillons d'extrait d'opium pris dans les maisons de droguerie et de pharmacie de Paris les plus recommandables; mais on s'explique très-bien aussi par d'autres raisons l'infidélité de ces plantes, qui peuvent éprouver de grandes modifications dans la qualité de leur principe actif, des altérations qui en détruisent l'essence même. M. Norbert Gille a soumis dernièrement à la Société de pharmacie de Bruxelles, un travail plein d'intérêt, dans lequel il démontre expérimentalement que les feuilles sèches de belladone, quoique récemment récoltées, reprennent de l'humidité sous l'influence de l'état hygrométrique de l'atmosphère, en dépit des vases clos qui les renferment; qu'elles se putréfient, et que leur principe actif, l'atropine, se convertit en ammoniaque.

Il y avait un moyen très-simple d'éviter l'inconstance des diverses préparations de valériane ou de belladone : c'était de ne plus administrer ces plantes en substance, d'avoir recours à leurs principes *actifs* qui offraient l'avantage d'être stables, toujours identiques à eux-mêmes, susceptibles d'être dosés avec certitude.

Le principe actif de la valériane, l'acide valérianique, n'a point encore été, que je sache du moins, substitué à cette plante pour les besoins de la thérapeutique. Quant au principe actif de la belladone, MM. Bouchardat et Baillarger sont les premiers médecins qui aient employé l'atropine en vue de combattre des affections convulsives.

L'atropine, qui n'est pas un poison pour les lapins, et qui est très-peu dangereuse chez le chien, s'il faut s'en rapporter aux expériences de MM. Bouchardat et Stuart-Cooper, l'atropine se montre, au contraire, éminemment toxique chez l'homme.

Les auteurs que je viens de citer cherchent à expliquer cette inégalité d'action par une raison anatomico-physiologique, par l'inégalité du développement de l'appareil encéphalique moins complet ou moins impressionnable chez le chien que chez l'homme, et moins encore chez le lapin que chez le chien (*Recherches sur les propriétés de l'atropine*, GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, année 1848, p. 1011). Sans vouloir entrer dans l'examen de cette explication, qu'il me suffise de faire remarquer que, si l'atropine est sans action funeste chez les lapins, elle est excessivement toxique chez les oiseaux, fait dont Brandes s'est assuré par plusieurs expériences. Chez l'homme, d'après ce chimiste, une seule goutte de solution d'atropine placée sur la langue produit de la constriction pharyngienne, des vertiges et la dilatation de la pupille.

C'est par la méthode endermique que MM. Bouchardat et Stuart-Cooper ont administré l'atropine dans leurs expériences sur les lapins, et c'est par les voies digestives et en solution aqueuse que Brandes, au contraire, faisait prendre cet alcali végétal à des oiseaux. Or on sait que l'hydrate d'atropine, tout en étant moins volatil que l'atropine anhydre, exerce sur l'économie une action toxique beaucoup plus prompte et beaucoup plus intense. Ce fait tout chimique, signalé par Brandes, me semble préférable à l'argument qu'invoquent MM. Bouchardat et Stuart-Cooper pour expliquer l'immunité dont sembleraient jouir les lapins.

Quoi qu'il en soit, à la dose de 1 centigramme, l'atropine, suivant ces deux derniers auteurs, produit, chez l'homme, l'élévation du pouls, la sécheresse du gosier, accompagnée d'une grande difficulté dans la déglutition, une dilatation des pupilles souvent considérable, des vertiges, des éblouissements, des bourdonnements d'oreilles, fréquemment des hallucinations et du délire, quelquefois de la difficulté ou des besoins fréquents d'uriner; enfin des engourdissements dans les jambes, des fourmillements dans les bras, une faiblesse de la voix, etc.

Si l'atropine détermine de tels phénomènes chez l'homme quand on l'administre par la méthode endermique, car c'est ainsi que MM. Bouchardat et Stuart-Cooper l'ont fait prendre dans les deux observations qui servent de base à leur travail, combien ces phénomènes eussent été plus intenses et plus effrayants si l'atropine eût été administrée à la même dose, intérieurement, en teinture, en sirop, en un mot, sous une forme hydratée quelconque!

Tous ces faits enseignent suffisamment, comme on voit, combien les praticiens prudents doivent se montrer timides à l'égard de l'atropine administrée à l'intérieur.

(*La fin à un prochain numéro.*)

CATARRHE LARYNGÉ.

Par M. le professeur TROUSSEAU.

Au n° 32 de la salle Saint-Bernard est une malade à l'occasion de laquelle M. Trousseau a signalé un fait thérapeutique important.

Cette femme, âgée de vingt ans et dont les travaux sont rudes, avait, à la suite d'un refroidissement, contracté un rhume qui la fit entrer à l'Hôtel-Dieu, tant ses quintes de toux étaient violentes. Elle disait, et cette circonstance doit être notée, qu'elle sentait une démangeaison dans la gorge; elle toussait alors pendant sept à huit minutes à en devenir bleue. On l'ausculta, et l'oreille ne perçut pas de râle sous-crépitant; les matières expectorées avaient l'aspect du blanc d'œuf mélangé de bulles d'air. Ce n'était donc qu'un catarrhe laryngé chez une femme à larynx impatient.

Ceci est commun; on voit des toux opiniâtres et d'une violence excessive se produire sous l'influence de la plus petite inflammation du larynx, et qui par cette raison durent pendant longtemps. Il arrive ici ce qu'on observe dans certaines ophthalmies qui ont pour point de départ une petite irritation dartreuse qu'un coup de crayon de nitrate d'argent aurait fait disparaître. La démangeaison vous fait frotter l'œil, et vous avez des conjonctivites qui durent des années. S'il était possible d'éviter ces frictions, la maladie guérirait en quatre jours.

Il faudrait de même résister à la titillation ressentie dans le larynx, car la toux joue exactement ici le rôle de la main dans la production de l'ophthalmie. Qu'un individu bien portant tousse pendant un quart d'heure, il éprouvera ensuite au larynx une cuisson qui l'invitera à tousser de nouveau. Que cet individu ait un catarrhe laryngé en voie de décroissance et cède facilement au besoin de tousser dont il est parfois tourmenté, la laryngite reparaîtra avec sa violence primitive.

On ne doit donc pas être surpris qu'une affection laryngée se prolonge ainsi indéfiniment.

Pour remédier à ces taquineries du larynx, M. Trousseau fait une médication qu'il appelle brutale et dont la malade dont nous parlons s'est très-bien trouvée. Il porte vers la glotte une éponge chargée d'une solution de nitrate d'argent au quart. Dans le cas dont il s'agit, le résultat thérapeutique fut immédiat. Le soir même, il n'y avait presque plus de toux, et le lendemain cette laryngite fatigante avait repris les proportions d'un simple rhume. Ordinairement on revient à l'emploi du nitrate d'argent trois fois en quinze jours; mais, comme c'est un moyen désagréable, il est bon, après s'en être servi une fois, d'avoir recours à d'autres agents d'un usage mieux supporté.

Il faut se rappeler ici que le bien est contagieux comme le mal, et que, si la phlegmasie laryngée est due à l'extension de l'inflammation de l'arrière-gorge, on peut en modifiant celle-ci agir favorablement sur celle-là. Les gargarismes n'ont pas d'autre mode d'action sur la gorge. Aussi l'alun serait-il ici un excellent collutoire buccal, mais il a l'inconvénient de ramollir les dents et de les carier. M. Trousseau préfère dans l'espèce les sirops médicamenteux aux gargarismes. Il fait préparer par simple solution un sirop boraté ainsi composé :

Borax.	15 grammes,
Sirop de sucre.	300 —

qu'on prend par cuillerée à café sept, huit, dix fois par jour, en ayant soin de ne pas boire immédiatement après. Le sirop de ratanhia du Codex peut remplacer au besoin le sirop boraté, ou bien on fait à l'aide du doigt une mixture avec :

Précipité blanc. . . . ,	25 centigrammes.
Mucilage gommeux. . . .	7 ou 8 grammes.

et l'on porte plusieurs fois par jour un peu de cette crème blanche dans le voisinage du larynx. De petites boulettes de miel et de bismusth délayées dans la bouche sont encore un bon topique à joindre aux moyens précédents pour modifier cette affection, dont la ténacité est parfois désespérante. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

MEMBRANE DE L'HUMEUR AQUEUSE

Inflammation. — Cautères de la cornée.

Par M. GUÉPIN (de Nantes).

Les cautérisations de la cornée sont considérées par ce chirurgien comme moyen extrême dans l'opacité de la face postérieure de cette membrane. Lorsque sous l'influence d'une violence extérieure ou d'un vice rhumatismal, syphilitique ou scrofuleux, on voit se développer ces taches qui annoncent une inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse, et qui finissent quelquefois par rendre la vision tout à fait impossible. Il commence par introduire chaque jour entre l'œil et la paupière une pommade au sulfate de zinc, et fait prendre matin et soir, dans une boisson chaude, une cuillerée à café du liquide suivant :

Eau.	300 grammes.
Iodure de potassium. . . .	15 —
Chlorhydrate d'ammoniaque. .	5 —

Chez les filles chlorotiques, il fait en outre prendre chaque jour, le plus souvent en mangeant, deux ou trois des pilules suivantes :

Fleurs de mars.	3 grammes.
Extrait sec de quinquina. .	3 —
Poudre de cannelle. . . .	3 —
Magnésie carbonatée. . . .	3 —

Faites 60 pilules.

Quand il soupçonne un principe syphilitique, M. Guépin emploie aussi des moyens spécifiques, et particulièrement l'iodure de potassium et l'onguent mercuriel en frictions. Mais trop souvent ces diverses médications échouent. Les albugo ou leucomas internes envahissent la portion de la cornée qui correspond à l'espace pupillaire, ou menacent, si c'est dans ce lieu qu'ils sont nés, de s'étendre à toute la cornée. C'est alors qu'il a recours aux cautères comme moyen de modifier et de transformer la maladie. Avec un crayon de nitrate d'argent très-aigu, il cautérise, ou plutôt il pique assez fortement un point ou deux. Il place son cautère ou ses cautères dans une partie correspondante à la tache, à l'albugo interne, mais le plus loin possible de la pupille, à moins qu'il ne juge indispensable d'en sacrifier le centre et de procéder plus tard à une pupille artificielle.

Habituellement, ces cautères occasionnent une vive douleur et surexcitent l'inflammation, qui devient très-violente. Des cataplasmes arrosés d'eau blanche appliqués sur l'œil ; des frictions narcotiques sur le front et la tempe ; la diète, les potions calmantes et des sangsues derrière l'oreille, apaisent les accidents. Bientôt on voit les cautères se développer et devenir le centre d'une fluxion aux dépens de celle qui ulcérait la cornée à sa partie interne. Quelquefois il est nécessaire de recourir une seconde fois à ces cautérisations.

Sous l'influence de ce traitement, les taches ne tardent pas à diminuer d'étendue. Bien souvent elles passent en se cicatrisant ; car ce sont de véritables ulcères à l'état d'albugo ou de leucomas internes qui sont indélébiles ; mais les progrès du mal sont arrêtés et la vision est sauvée.

M. Guépin cite trois observations de guérison chez des sujets dont la vision, qui semblait perdue, a été rétablie par ce moyen.

(*Annales d'oculistique.*)

EXOSTOSE DU CRANE. — OPÉRATION.

Anesthésie locale.

Le docteur Bellingham a communiqué à la Société de chirurgie d'Irlande un fait curieux dans lequel une opération grave a été supportée sans douleur par la patiente, grâce à l'anesthésie locale.

Il s'agissait d'une jeune fille de dix-sept ans, qui fut admise à l'hôpital Saint-Vincent le 14 novembre 1854. La maladie dont elle était atteinte datait de quatorze mois ; alors elle s'était aperçue qu'une petite tumeur se développait derrière l'oreille droite. Elle avait la grosseur d'un pois, était dure et non roulante sous le doigt. C'est depuis neuf mois seulement que cette tumeur a pris un accroissement considérable. A son entrée à l'hôpital, en effet, elle mesurait plus de deux pouces dans tous les sens, présentait l'apparence d'une tumeur osseuse ou cartilagineuse, était lisse, large à sa base, et semblait un peu mobile. Les téguments qui la couvraient avaient conservé leur apparence naturelle. La cause du développement de cette tumeur était tout à fait inconnue.

Le 24 du même mois on en fit l'extirpation. De la glace fut d'abord écrasée dans un mortier, puis renfermée dans un sac de toile ; ensuite on y mélangea la moitié environ de son volume de sel. On mit le tout dans de la gaze, et on l'appliqua sur la tumeur. La malade ne se plaignit d'aucune sensation douloureuse. En moins de deux minutes la peau du crâne devint blanche, et on voyait une ligne de démarcation très-tranchée entre la partie soumise à l'action du froid et celle qui ne l'était pas. Une incision cruciale fut faite alors dans toute la largeur de la tumeur, sans que la malade parût s'en apercevoir. Il s'écoula fort peu de sang. Après une dissection convenable, la tumeur fut enlevée avec le ciseau et le maillet ; elle était osseuse et cartilagineuse. Pendant toute la durée de l'opération, la malade parut insensible.

A l'occasion de ce fait, le docteur Hargrave a rapporté à la Société l'histoire d'une jeune fille qui se présenta à lui l'automne dernier pour le prier de retirer un fragment d'aiguille qui avait pénétré profondément dans son pied. Le docteur Hargrave avait beaucoup d'éloignement pour l'emploi du chloroforme en inhalations, non qu'il eût jamais été témoin d'accidents mortels, mais parce qu'il connaissait quelqu'un qui avait failli succomber à ce moyen. Il se borna donc à mélanger de la glace pilée avec du sel, qu'il appliqua pendant cinq minutes sur le pied de la malade avec les plus heureux résultats. Alors il fit une profonde incision à la face plantaire du pied et retira l'aiguille sans causer de douleur. Deux ou trois gouttes de sang seulement s'écoulèrent pendant l'opération. Craignant que cette application du froid n'eût déterminé un certain degré de congélation, on pansa avec des compresses trempées dans de l'eau glacée, et il ne survint aucun accident.

Le docteur Hargrave a plusieurs fois cherché à déterminer une anesthésie locale par des applications de chloroforme ; mais il a constamment échoué dans ses tentatives. Sa confiance dans la réfrigération, au contraire, est extrême. Une femme s'étant présentée à lui avec un abcès dans le bras gauche, il voulut, à défaut de glace, recourir à l'éther. A cet effet, il répandit pendant trois minutes ce liquide sur la tumeur, ce qui causa la sensation d'un froid extrême ; alors il fit son incision, et put s'assurer que la sensibilité avait été considérablement amoindrie. Chez une autre femme, portant un anthrax derrière le cou, il recourut au même moyen ; mais, cette fois, il n'obtint absolument aucune diminution dans la sensibilité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Suite de la séance du 6 février 1856.—Présidence de M. GOSSELIN.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. MARJOLIN présente à la Société une malade dont nous donnons l'observation.

Anévrisme faux consécutif de l'artère brachiale survenu après une saignée. — Inflammation des parois du sac à la suite de la compression directe. — Ligature de l'artère brachiale. — Hémorrhagies survenant après la chute des eschares combattues avec succès par l'ouverture du sac, la ligature d'une artère et le tamponnement. — Amaurose subite cinq jours après la dernière opération.

J'ai l'honneur de vous présenter, de la part de M. le docteur Tillard (de la Roche-Guyon), une jeune femme devenue subitement amaurotique quelques jours après la ligature de l'artère brachiale pratiquée pour un anévrisme faux consécutif. Il est nécessaire, pour bien apprécier ce fait exceptionnel, d'en connaître tous les détails. Voici le résumé de l'observation qui m'a été adressée par notre confrère.

La nommée Gilbert (de Freneuse), âgée de vingt-quatre ans, d'une bonne constitution, bien réglée, accouchée il y a trois ans, et ne présentant rien d'autre à signaler qu'un peu d'hypertrophie de la glande thyroïde, consulta pour un malaise, dans le courant de février 1855, une sage-femme, qui lui fit une saignée. Une première piqûre n'ayant pas donné de sang, la lancette fut plongée une seconde fois dans la même ouverture ; aussitôt la malade ressentit une vive douleur, et sur l'instant il s'échappa un jet de sang saccadé. L'écoulement du sang ne fut arrêté qu'avec difficulté, et malgré un bandage roulé il se forma un épanchement considérable au pli du coude. Pendant les premiers jours la sage-femme seule vit la malade ; elle lui fit porter le bras en écharpe et prendre des bains de bras émollients pour combattre l'inflammation. L'engorgement du coude disparut ; mais dès que la femme Gilbert voulut reprendre ses travaux, il lui fut impossible de se servir de son bras. La piqûre de la saignée était cicatrisée, et à son niveau existait une petite tumeur pulsatile de la grosseur d'une noisette.

Jusque vers le milieu d'avril rien de nouveau ne fut tenté. Mais à cette époque la malade ayant consulté un médecin des environs, l'affection fut reconnue, et la compression directe sur la tumeur fut mise de suite en usage. La tumeur avait alors le volume d'un œuf de poule ; on percevait très-nettement des battements isochrones à ceux du cœur. La compression fut faite avec une pièce de cinq francs enveloppée de linge appliquée sur le milieu de la tumeur et maintenue assez fortement à l'aide d'une bande. La malade souffrit beaucoup de ce pansement ; l'avant-bras et la main devinrent œdématiés.

Au bout de vingt et un jours l'appareil fut enlevé. La tumeur était tout aussi volumineuse, et les battements continuaient ; seulement, la peau semblait mortifiée dans le point où la compression avait agi.

Ce fut à ce moment que M. Tillard vit la malade pour la première fois. A cette époque, il y avait impossibilité d'étendre le bras. L'avant-bras et la main avaient conservé de l'œdème. De plus, sur le milieu de la tumeur il existait une eschare dure, profonde, dont les bords commençaient à se détacher.

Il n'était pas difficile de reconnaître un anévrisme faux consécutif ; seulement, la chute imminente de l'eschare était une complication assez grave pour faire hâter l'opération. Aussi, malgré l'apparition des règles, M. Tillard pratiqua dès le lendemain la ligature de l'artère brachiale. Une incision de 5 à 6 centimètres, parallèle au tendon du biceps, fut pratiquée à 6 centimètres au-dessus de la tumeur, et la ligature fut placée sur l'artère à 3 centimètres au-dessous de la collatérale interne, qui se voyait à la partie supérieure de l'incision. L'opération fut simple, et la malade ne ressentit qu'une douleur passagère sur le trajet de l'artère.

De suite l'artère radiale avait cessé de battre, et l'avant-bras était devenu froid. Bientôt, sous l'influence de moyens convenables, la chaleur reparut. Mais trois heures à peine après l'opération, non-seulement le pouls était perceptible à l'artère radiale, mais on commençait à sentir des battements dans le sac anévrismal.

Dans les jours suivants, les battements du sac devinrent moins apparents ; la tumeur était plus dense et moins volumineuse. Dix jours après l'opération, l'eschare était complétement détachée ; quelques caillots mêlés à du sang noir s'échappèrent par l'ouverture.

Tout devait faire penser qu'il ne surviendrait pas d'accidents, lorsque le quinzième jour après la ligature, au moment où M. Tillard retirait un petit caillot, un jet de sang vermeil s'échappa. La compression directe faite avec le doigt, et des applications d'eau fraîche continuées pendant un quart d'heure, arrêtèrent l'hémorrhagie, et le sang s'étant de nouveau coagulé dans le sac, l'ouverture de la tumeur fut remplie de charpie, et une compression modérée fut faite avec un bandage roulé.

Malgré ces précautions, l'hémorrhagie s'étant renouvelée trois jours de suite, M. Tillard reconnut que la circulation existait dans l'artère brachiale jusqu'à environ 3 centimètres au-dessus de la ligature, c'est-à-dire jusqu'au point où il avait remarqué la naissance de la collatérale interne. Pour faire cesser l'écoulement du sang, il suffisait de faire la compression de l'artère un peu au-dessus.

La malade avait été affaiblie par ces hémorrhagies successives ; il fallait éviter que d'autres ne survinssent. En conséquence, M. Tillard convoqua MM. Savalle et Giard, pour délibérer si l'ouverture du sac ou une nouvelle ligature n'étaient pas nécessaires. Pendant l'examen de la tumeur, à l'instant où un caillot venait d'être déplacé, un jet de sang saccadé s'échappa. Sur-le-champ l'ouverture du sac fut pratiquée, et l'ouverture artérielle étant reconnue, M. Giard essaya, mais en vain, de passer une aiguille de Deschamps sous l'artère, qui paraît faire corps avec le tendon du biceps. Ayant été saisie une fois avec une pince, elle se rompit au moment où l'on cherchait à l'étreindre avec une ligature. L'hémorrhagie s'étant arrêtée, l'on reconnut alors que l'artère blessée traversait le milieu du tendon du biceps, et devait être une artère récurrente.

La plaie bien nettoyée, une compression méthodique fut établie sur l'ouverture artérielle. C'était le 18 juin que cette dernière opération avait été pratiquée ; rien d'extraordinaire ne fut noté ; seulement, le 23, la malade eut quelques vomissements à la suite d'une purgation et se plaignit d'avoir la vue un peu trouble du côté gauche.

Le 24, les vomissements ayant cessé ; la malade prit un peu de nourriture dans la journée ; les troubles dans la vision augmentèrent. Toutefois, à cinq heures du soir, elle voyait encore distinctement les objets qui environnaient son lit, mais à six heures la cécité était complète.

Lorsque M. Tillard examina la malade, il la trouva dans l'état suivant :

Les pupilles étaient largement dilatées ; l'iris était immobile à la lumière ; il y avait de la photopsie. Céphalalgie frontale assez marquée, battements très-forts des carotides, mouvements de la tête isochrones aux battements du cœur.

Le diagnostic porté fut le suivant :

Epanchement vers les ventricules ou à la base du cerveau, crainte d'une méningite.

La malade étant anémique, aucune émission sanguine ne fut pratiquée ; des révulsifs cutanés et des applications froides sur la tête constituèrent pour l'instant tout le traitement, et, comme le lendemain aucun symptôme d'inflammation cérébrale ne s'était manifesté, sans cesser les moyens précédents, la malade fut mise à l'usage du sous-carbonate de fer et commença à prendre des aliments.

A dater de cette époque jusqu'au 9 juillet, nous trouvons successivement employés la plupart des moyens habituellement mis en usage dans les amauroses, quelques sangsues derrière les oreilles, des frictions ammoniacales ou avec l'onguent napolitain sur la région frontale, un vésicatoire à la nuque, le calomel administré à dose fractionnée après l'usage des purgatifs.

Aucune amélioration ne s'étant manifestée, la malade fut adressée à M. Sichel. Son avis fut que cette amaurose soudaine pouvait dépendre d'un épanchement cérébral comprimant l'origine des nerfs optiques. L'ophthalmoscope montra les vaisseaux de la rétine modérément dilatés ; dans le côté gauche, de nombreuses stries fines, un peu élevées, blanches, transversales sur le côté externe, et dans l'œil droit de petites taches blanches, élevées, un peu brillantes, à peu près dans la même région de la rétine.

Le traitement qui fut conseillé n'offre pas de différences bien tranchées avec le traitement précédent ; les seules formules nouvelles que nous rencontrons sont l'usage du chlorure de baryum à l'intérieur et des frictions sur la région temporo-frontale avec une pommade renfermant de l'oxyde noir de cuivre.

Ainsi, émissions sanguines locales, applications révulsives à la nuque, frictions napolitaines sur le front, calomel à dose fractionnée, purgatifs répétés, révulsion vers les extrémités inférieures pour entretenir les époques, rien n'est changé.

Ce traitement a été continué pendant un temps assez long et aucune amélioration ne s'est manifestée.

— M. DENONVILLIERS présente un malade qui, à la suite d'une brûlure, offre un renversement des deux paupières de l'œil gauche. Ce malade sera opéré par le procédé autoplastique, que M. Denonvilliers a déjà mis en usage avec succès sur une femme. Il sera présenté de nouveau après guérison, et l'observation sera publiée dans les *Bulletins*.

M. CHASSAIGNAC, à propos de ce malade, rapporte qu'il a eu recours, dans un cas à peu près analogue, au procédé de Dieffenbach, et il n'a pas eu à se louer du résultat obtenu, malgré le soin qu'il avait eu de faire une incision sur la région frontale.

— Après la lecture du procès-verbal et son adoption, M. BOUVIER demande la parole pour ajouter quelques mots à sa dernière communication sur le séton.

J'ai, dit M. Bouvier, fait des recherches pour retrouver l'observation de mort signalée par Blandin ; cette observation est rapportée dans le *Dictionnaire en quinze volumes*, et un autre fait est noté par cet auteur, dans lequel l'application du séton à la nuque a été suivie de gangrène.

Quant à l'objection relative à la différence des résultats sur les cadavres et sur les vivants, j'ai dû la prendre en considération, et j'ai fait des recherches pour juger la question.

Quand on fait un pli à la peau, soit sur le vivant, soit sur le cadavre, on remarque absolument les mêmes particularités. Ainsi, quand ce pli est large, on reconnaît parfaitement qu'on entraîne à la base de ce pli une couche profonde représentant un second pli ; cette sensation est particulièrement marquée sur les sujets maigres : c'est la couche musculaire que l'on déplace ainsi.

Une ponction directe à la base du pli, telle qu'elle est conseillée par Boyer, Blandin, etc., traverse alors le pli musculaire avec la peau. Il faudrait, pour l'éviter sûrement en faisant la ponction au même endroit, contourner le muscle, c'est-à-dire faire glisser l'aiguille de bas en haut vers le sommet du pli, la conduire en travers sur le muscle et la faire redescendre sous la peau du côté opposé avant de la traverser pour faire sortir l'aiguille.

Sur les sujets gras, on ne parvient pas aussi facilement à sentir la partie profonde ; mais il suffit d'être averti pour éviter la lésion musculaire, puisque en ne donnant que peu d'épaisseur au pli de la peau on est certain de ne pas dépasser la surface sous-cutanée.

M. Bouvier termine sa communication par les détails suivants sur la partie historique du sujet, qu'il avait indiqué seulement dans la précédente séance.

Houllier, contemporain d'A. Paré, dans son traité *De morbis internis*, dit, en parlant du séton au traitement de l'ophthalmie : « Paracentesis fit hoc modo. Prehendas digitis cutem *cum carne*, etc. »

Ces derniers mots sont équivoques ; l'auteur peut avoir appelé *caro* le tissu graisseux sous-cutané. Mais Duret, dans son Commentaire sur ce même passage, dit : « *Paracentesis* funiculus seu setaceus quo musculi cervicis transfiguntur. » Ceci indique clairement les muscles.

Marc-Aurèle Séverin, comme je l'ai dit, insiste, au contraire, sur le siége *sous-cutané* du séton, et ne rappelle les termes de Duret que pour signaler l'erreur qu'ils lui paraissent renfermer ; et comme, un peu plus loin, Duret parle encore du séton sans faire de nouveau mention des muscles, Séverin attribue ces premières expressions à une distraction de l'auteur, et dit : « Credo equidem fuisse calami lapsum. »

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Drouineau (de la Rochelle), nommé membre correspondant, adresse une lettre de remerciments.

— M. Lenoir fait hommage de son analyse du *Traité des maladies du sein*, par M. Velpeau.

LECTURE.

M. Trélat lit une observation intitulée *Note sur un cas de décollement très-profond du rectum opéré et guéri par la méthode du pincement.* (Commission : MM. Forget, Désormeaux et Guérin.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Verneuil montre une pièce anatomo-pathologique qu'il a préparée. Il s'agit d'une amputation tibio-tarsienne déjà opérée depuis un certain temps, et qui a nécessité une amputation secondaire de la jambe. L'observation, empruntée au service de M. Richet, sera publiée *in extenso* dans les *Bulletins*.

— A cinq heures, la Société se forme en comité secret pour entendre le rapport de la commission nommée pour examiner une question relative au règlement.

La discussion du rapport est renvoyée à une autre séance, après l'impression et la distribution des conclusions.

Le secrétaire, Dr E. LABORIE.

Le Gérant,
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 25 FÉVRIER 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie n'a entendu dans cette séance aucune lecture médicale ; mais parmi les présentations qui lui ont été faites, il en est deux particulièrement qui offrent de l'intérêt, l'une au point de vue de l'histoire naturelle, l'autre au point de vue de la médecine pratique.

M. Joly, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Toulouse, qui de tous les physiologistes est peut-être celui qui a le plus contribué aux progrès de la tératologie, a fait connaître un cas curieux de monstruosité double qui lui a fourni l'occasion d'établir deux nouveaux genres de monstres. Il leur a donné les noms d'*ischiomèle* (monstres doubles soudés entre eux par les deux ischions) et d'*agnatocéphale* (absence ou état rudimentaire de la mâchoire supérieure; *rhinocéphalie*, ou existence sous le front d'une trompe représentant l'appareil nasal, et *cyclopie*, ou réunion des deux orbites en un seul, circonstance qui ne s'était présentée jusqu'à présent que chez des monstres unitaires).

Le sujet observé par M. Joly présentait la réunion de ces diverses anomalies ; il a créé, pour exprimer cette monstruosité jusqu'à présent sans exemple, le nom composé de *ischiomèle agnatocéphale*. On trouvera au compte rendu une description plus détaillée de cet intéressant spécimen tératologique.

Le second travail que nous signalons à nos lecteurs est relatif au coryza des nouveau-nés, affection plus grave qu'on ne se le figure généralement, et qui méritait toute l'attention et tout le soin que M. Bouchut a mis à en étudier les symptômes et le traitement. A raison de son importance pratique, nous publions ce travail *in extenso*.

M. Guillon, dans un mémoire dont un très-court extrait seulement a été inséré dans le *Compte rendu*, a fait connaître une maladie spéciale, sorte d'empoisonnement, que produit l'usage alimentaire de certains poissons sous les tropiques.

Dr Brochin.

RECHERCHES SUR LES SYMPTOMES ET LE TRAITEMENT d'une forme particulière du coryza chez les nouveau-nés.

Par M. E. BOUCHUT, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

(Lu à l'Académie des sciences dans la séance du 18 février 1856.)

Si l'on croyait se faire une idée des symptômes, de la marche et des conséquences du coryza des nouveau-nés par les phénomènes ordinaires de cette maladie chez l'adulte, on tomberait dans une grande erreur. Le nom d'un mal étant le même aussi bien que sa nature, les désordres qui le caractérisent offrent quelquefois de notables différences suivant l'époque de la vie à laquelle ils se montrent. Ainsi en est-il du coryza aux différents âges.

Cette maladie, que l'on néglige et que l'on ne prend guère la peine de combattre, offre une grande importance, et revêt une forme spéciale quelquefois très-grave chez les nouveau-nés. M. Rayer l'a établi dans un travail dont le temps a consacré le mérite, car il est aujourd'hui dans la mémoire de tous les médecins. Mais en indiquant mieux qu'on ne l'avait fait encore les symptômes du coryza infantile, et les difficultés d'allaitement qu'il détermine, cet auteur, un peu limité par le nombre de ses observations, n'a pu faire l'analyse complète et entière de cette maladie. Il a terminé son travail en réclamant de nouvelles observations sur ce point de pathologie, qui lui paraît avoir été décrit d'une manière trop générale. (Rayer, *Note sur le coryza des enfants à la mamelle*, 1820, in-8°.)

Ce vœu est resté sans réponse. Personne n'a répondu à l'appel; chacun a reproduit purement et simplement la description donnée par M. Rayer. Je vais essayer d'aller plus loin que cet observateur, et, prenant son travail comme point de départ, d'ajouter quelques faits nouveaux à ceux qui sont déjà connus.

On sait qu'il existe chez les nouveau-nés différentes espèces de coryza : le coryza aigu et chronique, le coryza pseudo-membraneux, le coryza scrofuleux et le coryza syphilitique. Sans retracer ici les caractères particuliers de chacune de ces espèces morbides, puisque je ne fais pas l'histoire complète du coryza, j'appellerai l'attention sur un phénomène qui peut leur être commun à toutes lorsque la maladie est très-grave : c'est l'obstruction des fosses nasales par le mucus et les croûtes formées dans l'intérieur du nez.

Quand cette obstruction existe, le coryza peut devenir rapidement mortel. J'en rapporte un exemple. Elle produit la difficulté de l'allaitement indiquée par M. Rayer, puis l'*inanition*, et, ce qui n'a pas encore été signalé, une sorte d'*asphyxie* par rétroflexion de la langue. Dans quelques circonstances, la mort a lieu également et par inanition et par asphyxie.

Voici d'abord mes observations.

OBS. I. — *Coryza aigu, asphyxique, d'origine strumeuse. Mort.*

Un enfant de trois semaines m'est présenté avec sa mère, par M. Tourasse, élève en médecine. Cet enfant, dont le père et la mère sont très-délicats et ont offert différentes manifestations de la scrofule, est né un peu avant terme. Il a présenté dès le deuxième jour de sa naissance une ophthalmie catarrhale et un écoulement nasal épais, jaunâtre, accompagné d'éternuments et de sifflement naso-guttural très-prononcé. Confié à une belle et forte nourrice, il ne tetait qu'avec peine et ne saisissait que très-mollement le mamelon. Il quittait le sein presque aussitôt après l'avoir pris, et, sans avoir eu le temps de boire, il se rejetait violemment en arrière pour respirer par la bouche. Lorsqu'on lui désobstruait les narines, il pouvait teter, mais jamais assez longtemps pour faire un bon repas. Quelque soin qu'on prît de lui laver le nez, pour rendre la succion facile et favoriser l'allaitement; quelque précaution qu'on prît de lui donner un supplément de lait coupé au verre ou à la cuiller, l'enfant finit par dépérir très-sensiblement. Les parents en furent alarmés, et vinrent réclamer mon avis.

Je trouvai cet enfant pâle, anémique, amaigri; les chairs molles froides, ridées des pieds à la tête; la bouche béante, les paupières collées par un faible écoulement purulent, opalin, sécrété par la conjonctive. Son nez, petit, était très-obstrué par des croûtes presque sèches, qui empêchaient incomplétement le passage de l'air, et produisaient un sifflement nasal très-prononcé. L'enfant était obligé de respirer par la bouche. Je le fis teter devant moi; il n'y réussit qu'avec peine, mais il put faire quelques mouvements de déglutition. Je conseillai l'usage extérieur des injections nasales avec de l'eau et du lait tiède; à l'intérieur, le sirop antiscorbutique, à 15 grammes par jour tous les matins, et pour régime du lait pur à la cuiller.

Trois jours après l'enfant me fut de nouveau présenté dans un état déplorable : le visage altéré, le teint d'un blanc mat, les joues creuses; le nez obstrué, froid; les lèvres pâles et froides; la bouche ouverte; la langue relevée en haut et se portant en arrière, comme une soupape mobile entraînée par le courant d'air de la respiration. Dans cet état, la langue faisait encore obstacle au passage de l'air, et favorisait l'asphyxie. Cet enfant avalait sa langue!

Les extrémités étaient froides, et le pouls avait presque disparu. Les mouvements étaient rares et lents, la déglutition très-difficile, et le cri tellement faible qu'il n'avait aucun retentissement; on le voyait crier, mais on ne l'entendait pas.

Je conseillai de maintenir la langue abaissée avec un lamelle d'ivoire; je fis désobstruer les narines et ordonnai l'administration de 5 centigrammes d'iodure de potassium dans un julep gommeux.

Cet enfant continua de se refroidir; il mourut dans la journée, et s'éteignit paisiblement, sans agitation ni phénomènes convulsifs.

Dans ce cas, la mort a été le résultat de l'inanition et de l'asphyxie. Le fait de l'inanition est démontré :

1° Parce que l'enfant ne pouvait teter, et qu'après avoir pris le sein il le quittait en colère faute de pouvoir continuer à en extraire sa nourriture;

2° Parce qu'il avait maigri et perdu ses forces au point de ne pouvoir plus crier et de n'avoir plus de pouls;

3° Parce qu'il avait perdu tout pouvoir de faire de la chaleur et qu'il était refroidi de la tête aux pieds.

Quant à l'asphyxie, elle fut la conséquence de l'obstruction nasale jointe à cette disposition singulière de la langue rétrofléchie et portée dans la gorge sur le voile du palais, en servant de soupape au larynx pour empêcher l'air de s'y introduire dans les efforts de l'inspiration.

OBS. II. — *Coryza chronique d'origine strumeuse. Guérison.*

M. R. de L..., âgé de six mois, est né d'une mère un peu délicate, ayant eu des gourmes dans son enfance, et d'un père lymphatique, bien constitué d'ailleurs, ayant eu toute sa jeunesse une blépharite ciliaire, dont j'ai suivi la marche pendant une dizaine d'années.

A l'âge de deux mois, cet enfant a eu la tête et les oreilles couvertes par une éruption d'eczéma : son nez offrait un écoulement purulent formant des croûtes dans les narines et empêchait l'allaitement. Il n'arrivait à pouvoir teter par suite des soins les plus assidus de personnes qui lui désobstruaient le nez avec de l'eau de guimauve tiède; sa nutrition souffrait très-visiblement, et il aurait succombé peut-être si on n'avait réussi à le faire boire à la cuiller et à lui faire prendre des crèmes de riz au lait.

Il était encore dans cet état lorsque ses parents le ramenèrent de la campagne à Paris. Il avait alors dix mois, lorsque je lui donnai des soins. Après avoir fait nettoyer la tête et les oreilles, je prescrivis l'alimentation lactée artificielle au verre et à la cuiller; puis on lavait les narines avec de l'eau de feuilles de noyer; on lui donnait chaque jour 20 grammes de sirop antiscorbutique.

Un vésicatoire de 2 centimètres fut appliqué au bras et maintenu pendant un mois.

Au bout de ce temps, la tête et les oreilles étaient bien guéries, le coryza amélioré et les narines presque libres : l'enfant pouvait teter assez longtemps sans interruption, mais l'allaitement était suspendu si les narines se remplissaient de muco-pus. Il suffisait alors de presser le nez avec un mouchoir pour essuyer ses ouvertures et l'enfant recommençait à teter. Il avait repris de l'embonpoint et ses forces étaient dans un état satisfaisant. La même médication antistrumeuse fut continuée avec soin pendant deux mois, au bout desquels la guérison était complète.

OBS. III. — *Coryza aigu asphyxique. — Fumigations de vapeur d'eau. — Injections de lait. — Alimentation lactée artificielle. — Canules nasales. — Guérison.*

Un garçon, âgé de quinze jours, né de parents sains, bien portant depuis sa naissance, a offert une légère teinte ictérique qui persiste encore aujourd'hui.

Cet enfant tetait bien et son lait lui était profitable, car il avait augmenté de volume; il est malade depuis trois jours; après une sortie du soir par un temps frais, il a été pris de coryza caractérisé par de fréquents éternuments, par la rougeur et le gonflement des narines; il a eu de la peine à avaler; le fond de la gorge, rouge, paraissait enflammé, et il a refusé de teter. Il avait de la fièvre. Des applications de suif et de pommade camphrée ont été faites sur le nez et sur le [illegible] un collutoire avec le miel rosat. Du sirop de chicorée a été avalé, et il en est résulté de la lientérie, c'est-à-dire des selles de lait non digéré.

C'est alors que j'ai été mandé, et j'ai vu le petit malade avec le docteur Veyne le 3 avril 1854.

L'enfant, maigre, faiblement ictérique, a les mains et les extrémités froides; le pouls, petit, faible, à 120. Il a cessé d'éternuer et tousse fréquemment. Son nez est rouge à l'extérieur et produit un sifflement muqueux très-prononcé dans l'inspiration. Le fond de la gorge, la luette, les piliers du voile du palais et le pharynx sont très-rouges. La succion du doigt est assez énergique.

Résonnance de la poitrine naturelle. Râles sibilants et muqueux faibles de chaque côté, de haut en bas, et masqués par le bruit de la respiration *nasale*.

L'enfant, qui ne pouvait teter hier, tette mieux aujourd'hui. En le regardant respirer, on s'aperçoit que chaque inspiration entraîne en arrière la lèvre inférieure, qui fait l'office de soupape. Si on abaisse la mâchoire pour faire arriver librement l'air dans la bouche, alors c'est la langue qui est entraînée par le courant inspirateur et dont la pointe relevée dans la bouche vient s'appliquer sur le voile du palais en faisant obstacle à l'entrée de l'air dans le larynx. Il en résulte que le nez, incomplétement obstrué, laisse pénétrer l'air difficilement et avec bruit, et que la bouche, ouverte pour suppléer à la respiration nasale, se ferme à son tour soit par la lèvre inférieure quand la bouche est à demi close, soit par la langue, qui se rejette en arrière quand la cavité buccale est plus ouverte.

En tout cas, l'hématose est matériellement empêché, et il y a dans cette disposition accidentelle une menace d'asphyxie.

Avec ce coryza, l'enfant a une légère ophthalmie conjonctivale qui date également de deux jours.

Le ventre est souple, indolent; le foie n'a pas augmenté de volume; les selles sont blanches, caséeuses, légèrement mêlées de mucus jaunâtre. Les fesses et les bourses, rougeâtres, commencent à s'enflammer.

Lotions de lait sur l'œil et dans le nez; fumigations émollientes de vapeur de guimauve. La nourrice et l'enfant mis dans l'atmosphère d'une étuve remplie de vapeur d'eau.

Le 10 avril, je revis l'enfant, et on m'apprit que pendant quelques jours les symptômes s'étaient amendés au point de faire espérer la guérison. L'enfant avait pu teter, et il n'avalait plus sa langue. Depuis deux jours, l'obstruction des fosses nasales a reparu de manière à rendre l'allaitement impossible; l'enfant a recommencé à avaler sa langue, et, le visage maigre, les extrémités froides, le pouls insensible, il paraissait menacé de mourir et par asphyxie et par inanition, ou du moins par alimentation insuffisante.

Je l'ai trouvé dormant d'un sommeil interrompu, agité, respirant avec peine, la bouche demi-close et la langue aplatie occupant sa place ordinaire. Pendant les mouvements de la respiration, on voit extérieurement la peau du menton qui forme le plancher de la mâchoire inférieure s'élever et s'abaisser au niveau de l'amygdale de manière à produire une dépression considérable dans l'inspiration. C'est ce qu'on pourra imiter en se pinçant les narines et cherchant à respirer bouche close.

Le visage était rougeâtre, cyanosé ; les mains froides, livides ; le pouls insensible.

Eveillé, l'enfant respire en sifflant. On fait sortir du pus de ses narines. Le fond de la bouche est rouge, ainsi que la langue, les gencives et la face interne des joues.

Dans l'inspiration, la langue a de la tendance à être emportée en arrière ; on la voit se relever et se réfléchir à moitié sur elle-même, mais ce mouvement est aujourd'hui peu prononcé. Dans l'expiration, la bouche ouverte, le voile du palais est fortement poussé en avant et fait soupape en sens inverse de la langue ; on voit que la colonne d'air, qui s'engouffre dans l'orifice postérieur des fosses nasales sans pouvoir y pénétrer, chasse devant elle le voile du palais jusqu'à la base de la langue.

L'enfant au sein tette difficilement et avec effort, ses joues se déprimant violemment à chaque mouvement de déglutition, et au bout de deux ou trois minutes il quitte le sein en pleurant ; parfois, lorsqu'on lui a désobstrué les narines, il tette plus longtemps. — Fumigations de guimauve trois fois par jour, faites en mettant l'enfant tout entier dans une atmosphère de vapeur d'eau ; application dans les narines de canules d'argent faites par Charrière ; injections de lait dans les narines ; faire boire du lait à la cuiller.

Les canules ne restèrent que peu de temps en place. Elles étaient assez bien supportées ; mais les ayant retirées au bout de quelque temps pour ne pas occasionner de fatigue, et voyant que l'enfant pouvait teter et boire avec un peu plus de facilité, je voulus encore essayer la désobstruction pure et simple des narines avec des lotions de lait et des fumigations de vapeur d'eau, réservant l'application des canules pour le cas où l'occlusion des narines se reproduirait : cela ne fut pas nécessaire. Sous l'influence des fumigations de vapeur, des injections lactées et de l'alimentation artificielle, régulièrement pratiquées, la maladie est arrivée à sa période de décroissance, et au bout de huit jours elle avait disparu. L'enfant est resté quelque temps faible et délicat ; puis sa nutrition est devenue plus active, et il n'a pas tardé à prendre un embonpoint considérable.

Dans cette observation de coryza asphyxique développé chez un nouveau-né de quinze jours, la maladie a duré de dix-huit à vingt jours, et a produit des phénomènes très-marqués d'alimentation insuffisante et d'asphyxie. Elle était compliquée d'angine et de bronchite ; mais c'est l'obstruction des narines qui a joué le principal rôle dans la scène morbide que j'ai eue à combattre. En effet, l'obstacle au passage de l'air dans le nez était si considérable et l'impossibilité de l'allaitement telle, que l'enfant affaibli était tombé dans un état d'anémie et de refroidissement considérables ; il dépérissait à vue d'œil. La respiration ne pouvait se faire que par la bouche, et d'une manière très-incomplète ; car, dans l'inspiration, la lèvre inférieure et la langue relevée sur elle-même, la pointe en haut et en arrière, étaient entraînées par le courant d'air, de façon que la langue faisait soupape sur l'arrière-gorge. Dans l'expiration, au contraire, c'était le voile du palais qui était poussé en avant par la colonne d'air et venait s'appliquer sur la base de la langue. De toute manière l'hématose était gênée et donnait lieu à un état d'asphyxie très-évident, [illegible] visage et de l'extrémité des membres. Si le passage de l'air par les fosses nasales ne s'était pas très-rapidement rétabli, l'asphyxie eût continué, et certainement la mort en aurait été la conséquence.

Ces trois observations de coryza infantile sont très-curieuses. L'une d'elles, qui est inscrite sous le n° 2, représente parfaitement l'état de faiblesse et presque d'inanition que M. Rayer a le premier fait connaître dans son mémoire de 1820. Le coryza empêchait la continuité de l'allaitement, forçait l'enfant à quitter et à reprendre le sein, et il finit par amener une altération si profonde de la nutrition, que la mort en eût été la conséquence si des soins appropriés, des lotions fréquentes, la désobstruction continuelle des fosses nasales et l'âge un peu plus avancé de l'enfant n'avaient pu arrêter la marche des accidents.

Dans les deux autres observations, à l'inanition par difficulté ou impossibilité de l'allaitement est venue se joindre l'*asphyxie* produite par la rétroflexion de la langue.

Sur l'enfant de l'observation n° 1 le coryza a occasionné la mort, et dans l'observation n° 3 il s'est dissipé à temps pour ne pas entraîner une terminaison semblable et qui paraissait imminente.

Sur le premier enfant, la maladie s'est déclarée le deuxième jour après la naissance ; chez l'autre, elle est venue au quinzième jour.

Dans le premier cas, le coryza était de nature scrofuleuse ; et dans le second, c'était une maladie inflammatoire étendue en même temps aux muqueuses conjonctive, pharyngée et bronchique. Chez ces enfants, la sécrétion de la muqueuse pituitaire était constituée par du mucus épais, verdâtre, se desséchant à l'entrée des narines et formant des croûtes brunes, obstruant plus ou moins complétement et quelquefois entièrement l'ouverture des fosses nasales ; elle empêchait de moment à autre le passage de l'air dans le nez, et alors les mouvements de déglutition devenaient difficiles ou impossibles.

Au sein, les enfants voulaient boire et ne pouvaient y parvenir à leur gré. D'une part, il leur fallait quitter à chaque moment le mamelon pour respirer par la bouche ; et, de l'autre, après avoir sucé le lait, ils ne pouvaient l'avaler à cause de l'obstruction des narines. En effet, le coryza force les enfants d'interrompre souvent leur repas ; il n'empêche pas de teter, comme on l'a dit ; il n'apporte aucun obstacle à la succion, mais il empêche le lait entré dans la bouche de descendre dans le pharynx. La preuve, c'est qu'en se pinçant le nez entre le pouce et l'index on peut sucer son doigt ; mais lorsqu'on essaye d'avaler la salive contenue dans la cavité buccale, on sent que la déglutition est impossible. Le mouvement musculaire d'ascension et de descente du pharynx, destiné à entraîner les liquides dans l'estomac, fait un véritable vide dans l'arrière-gorge, attire l'air de la trompe d'Eustache, et, outre l'impossibilité de la déglutition, il en résulte dans l'oreille externe une sensation douloureuse qui doit être très-pénible pour de très-jeunes enfants. Un coryza avec obstruction complète et permanente des narines est l'empêchement le plus sérieux qu'on puisse imaginer, non pas seulement à la succion de l'allaitement, mais à la déglutition, ce qui est bien plus grave, puisque l'introduction des aliments dans l'estomac par les voies ordinaires n'est plus possible.

Les faits de cette espèce sont rares, j'en conviens ; mais si, dans le coryza infantile, il n'y a guère d'obstructions complètes et permanentes, il y a du moins des obstructions incomplètes et passagères qui se reproduisent avec la plus grande facilité, et sont presque aussi dangereuses. Dans l'observation n° 1, l'obstruction était assez forte pour gêner la déglutition de l'allaitement et même celle des liquides donnés à la cuiller. L'enfant, soumis à une alimentation insuffisante, est graduellement tombé dans un état d'algidité, de faiblesse, d'anémie qui a occasionné la mort. Dans l'observation n° 3, l'enfant, qui a failli périr, est un instant arrivé à un degré très-sérieux de faiblesse, d'anémie et d'asphyxie par rétroflexion linguale. Sur l'enfant de l'observation n° 2, il n'y a eu que de l'amaigrissement et un temps d'arrêt prononcé dans le développement du corps.

Le premier effet du coryza, chez ces enfants, a donc été de troubler la régularité de l'allaitement au profit du besoin de respirer, de gêner les mouvements de déglutition et de rendre l'alimentation insuffisante. Il en est résulté de la faiblesse, de la tendance à se refroidir, de l'anémie et un amaigrissement considérable. Dans cette période, si grave chez l'enfant de l'observation n° 3, et mortelle pour l'enfant de l'observation n° 1, à l'inanition est venu se joindre un phénomène singulier produit par l'aspiration de la langue, je veux parler de l'*asphyxie incomplète due à la rétroflexion de cet organe.*

En effet, sur l'enfant n° 1, lorsque la succion du sein, souvent interrompue par le besoin de respirer et la gêne de la déglutition, eurent produit l'état incomplet d'inanition dont j'ai parlé, la faiblesse était telle, que tous les muscles, y compris ceux des lèvres et de la langue, étaient dans la résolution la plus complète. A chaque respiration, la lèvre inférieure était entraînée en dedans, vers la bouche, et la langue était rétrofléchie dans la cavité buccale par le courant inspirateur. De la sorte, le nez était fermé par des croûtes et une soupape mobile ; la langue, rétrofléchie, venait faire obstacle à l'entrée de l'air dans les poumons.

Sur l'enfant n° 3, au bout de quelques jours des phénomènes à peu près semblables purent être observés. Dès que l'enfant cherchait à dormir, l'inspiration entraînait la lèvre inférieure en arrière, et dès qu'on abaissait le menton pour faciliter l'entrée de l'air, on voyait la langue relevée dans la bouche, la pointe tournée en haut et en arrière sur le voile palatin, entraînée par le courant inspirateur et formant une soupape opposée à l'entrée de l'air dans la poitrine. Dans l'expiration, au contraire, le voile du palais, fortement poussé en avant par la colonne d'air expirée qui ne pouvait passer par les fosses nasales, faisait une seconde soupape mobile en sens inverse de la première. A ces deux soupapes juxtaposées dans la bouche, si l'on ajoute l'obstruction des narines, je laisse à penser le triste état dans lequel était l'hématose. Il était d'ailleurs facile d'en pouvoir juger par la gêne de la respiration, par la coloration rougeâtre, cyanosée du visage, par la lividité des mains, le refroidissement du corps et l'insensibilité du pouls.

Cette rare complication du coryza infantile n'a encore été signalée par aucun observateur. Elle est fort grave, car elle ajoute singulièrement aux dangers de la maladie première, généralement insignifiante. Elle réunit l'asphyxie à l'inanition, et si elle n'est pas victorieusement combattue, elle est très-promptement mortelle.

Sous cette forme, le coryza des nouveau-nés réclame un traitement spécial institué sur des indications particulières que je vais essayer de faire connaître.

1° Il faut combattre directement ou indirectement, par des moyens locaux et par des remèdes dits spécifiques, la phlegmasie de la muqueuse des fosses nasales. Les moyens de cet ordre sont indiqués partout et sont connus de tout le monde.

2° Il faut remédier à l'insuffisance de l'allaitement par l'alimentation lactée artificielle à l'aide d'une cuiller. Ici on peut rencontrer d'énormes difficultés ; car lorsqu'il existe une forte obstruction des fosses nasales, la déglutition des liquides introduits dans la bouche par succion ou par tout autre procédé est rendue presque impossible.

3° On doit avoir soin de débarrasser très-souvent les narines du mucus et des croûtes qui s'y trouvent, au moyen de fréquentes injections de lait, et il faut profiter de cet instant pour faire boire une raisonnable quantité de lait.

4° Si l'enfant, affaibli, anémique et amaigri, offre conjointement avec l'obstruction nasale une gêne de la respiration produite par la rétroflexion de la langue dans la cavité buccale, il faut constamment tenir la langue abaissée avec le manche d'une petite cuiller ou avec une plaque d'ivoire.

5° Il faut enfin, si la vie est compromise, frayer mécaniquement, comme je l'ai fait, un passage pour l'air à travers les fosses nasales. C'est le seul moyen qui reste pour éloigner les chances d'une terminaison funeste. On y réussira de la manière la plus simple, en plaçant à demeure dans chaque narine une petite canule d'argent longue de 5 centimètres, large intérieurement de 2 à 3 millimètres, un peu recourbée à son extrémité gutturale, et fixée en avant sous la cloison du nez avec celle du côté opposé, au moyen d'un petit fil de soie. De cette façon, l'air passe par les deux canules, et l'enfant, menacé d'inanition et d'asphyxie, peut de nouveau teter et boire. On gagne ainsi du temps juste ce qu'il en faut pour laisser le coryza guérir sous l'influence des moyens locaux ou généraux qui lui sont opposés. Je n'ai employé qu'une seule fois ces canules, sur l'enfant de l'observation n° 3, et elles m'ont paru remplir le but que je m'étais proposé. Elles laissaient passer l'air dans l'arrière-bouche, de manière à faciliter la respiration, les mouvements de succion, de l'allaitement et la déglutition des liquides. Comme je les retirai peu après leur apposition pour ne pas fatiguer l'enfant, en ayant l'intention de les réappliquer, il me parut que la respiration et la déglutition étaient plus faciles. J'attendis donc. Mais la reproduction de l'embarras nasal n'eut pas lieu, et le coryza disparut par degrés sous l'influence des injections et des fumigations émollientes. Si ce fait ne dépose pas d'une manière concluante en faveur du moyen que je propose pour combattre la complication d'asphyxie dans le coryza des nouveau-nés, il ne lui est pas contraire. Le procédé satisfait à la seule indication fournie par l'état du malade, et qui exige la désobstruction efficace des narines. Il est évident, lorsque les moyens ordinaires ont échoué, que les canules sont la seule ressource qui reste à employer.

En résumé, il y a une forme particulière du coryza des nouveau-nés dans laquelle peuvent se produire l'inanition et l'asphyxie. Ce coryza, qui est très rare, est de nature à occasionner la mort.

Le coryza avec obstruction complète des narines n'empêche pas la succion, comme on l'a dit jusqu'à ce jour, mais il rend la déglutition difficile et douloureuse.

Dans sa forme la plus grave, le coryza des nouveau-nés produit l'amaigrissement, la pâleur, la faiblesse, l'anémie et l'algidité de l'inanition.

Quelquefois il produit l'asphyxie, par suite de la gêne apportée à la respiration par la rétroflexion de la langue sur le voile du palais.

Dans ce cas, si les moyens ordinaires de la désobstruction des fosses nasales restaient sans effet, et qu'il y ait danger de mort, il faut placer à demeure dans les narines des canules d'argent qui, en permettant le passage de l'air, faciliteront l'hématose et la déglutition.

HOPITAL MILITAIRE DE BATNA (Province de Constantine).

M. PHILIPPE.

Epidémie de choléra et de fièvres cholériques qui a régné pendant l'été de 1854.

L'épidémie de choléra qui a sévi à Batna depuis le 26 juillet jusqu'au 25 septembre 1854 a présenté des caractères mixtes, une marche d'abord ambiguë, qui ont pu fournir des documents précieux à l'observation, soit sous le rapport de l'étiologie, soit sous celui de la séméiotique et du traitement.

Et d'abord il y a un grand enseignement à tirer des maladies qui s'offrent à l'attention du médecin en Algérie. Les deux éléments qui les dominent toujours, la chaleur et l'influence paludéenne, leur donnent un cachet spécial qui s'applique à toutes les formes qu'elles peuvent revêtir. Si un élément étranger vient faire irruption dans cette patrie de la fièvre, pour prendre ses lettres de naturalisation, il est obligé de payer sa bienvenue et de s'accommoder pour ainsi dire aux habitudes, aux usages de la localité qu'il vient visiter. C'est un impôt que le sol lève sur tout ce qui se met en contact avec lui. Les miasmes cholérigènes, quelle que soit leur nature, ont dû subir la loi que nous venons de formuler ; et l'observation attentive de la marche de la maladie, de ses symptômes est venue la confirmer pleinement pendant la période que nous avons mentionnée.

Le choléra, dans sa progression, a traversé la Méditerranée et a frappé la côte africaine d'abord ; il a pénétré très-peu de temps après dans l'intérieur des terres.

Batna, qui est à 50 lieues de la côte, en a subi l'influence à partir du 26 juillet 1854 ; mais, comme nous le faisions remarquer plus haut, les miasmes cholérigènes, en se confondant pour ainsi dire avec les miasmes paludéens, ont produit des phénomènes mixtes, des combinaisons particulières, qui ont donné un masque tout nouveau à la symptomatologie.

La fièvre est venue s'emparer des éléments pestilentiels qui lui étaient apportés des régions du Nord ; elle les a élaborés pour ainsi dire, et de ce mélange néfaste a surgi une alliance fatale de deux fléaux qui ont causé d'assez grands ravages dans la circonscription de Batna.

Tantôt l'élément pernicieux dominait, tantôt c'était l'élément cholérique ; ou bien il y avait en quelque sorte fusion des deux agents morbifiques.

Cette épidémie a présenté quatre grandes phases :

Dans la première, l'élément pernicieux domine complétement ; nous avons affaire à une affection complexe, que nous désignerons sous le nom de *fièvre cholérique pernicieuse épidémique.*

Dans la seconde, la forme pernicieuse cède le pas à la forme cholérique ; nous avons le véritable choléra épidémique, bien que les fièvres pernicieuses cholériques se montrent encore souvent.

La troisième forme est constituée par des accidents comateux et typhoïdes dominant les accidents cholériques.

La dernière période consiste surtout en diarrhées cholériques, bien qu'il y ait encore quelques cas de choléra.

Fièvre cholérique pernicieuse épidémique. — Les premières atteintes de l'épidémie ont été éprouvées par la population civile étrangère à Batna.

Les miasmes cholérigènes ont trouvé des organisations déjà modifiées par les miasmes paludéens ; et des combinaisons des deux agents destructeurs a surgi une affection bâtarde, insidieuse, que nous allons décrire telle que nous l'avons observée.

Généralement elle débutait par la diarrhée, bien que dans un assez grand nombre de cas ce symptôme manquât. Les selles étaient brunâtres ou rougeâtres, ou même sanguinolentes, à peu près comme dans la dyssenterie. Les vomissements avaient lieu chez le quart des sujets au plus, et offraient l'aspect bilieux simplement.

A une distance indéterminée du développement de ces accidents, s'en présentaient d'autres qui venaient donner à la maladie son véritable cachet. Tantôt ils se manifestaient un, deux ou trois jours après les premiers que nous avons décrits ; tantôt ils se montraient subitement, sans prodromes (c'était la minorité des cas).

Quant aux précédents des malades, ils avaient presque tous été atteints, à l'hôpital ou au dehors, de fièvres intermittentes simples ; et tout à coup, même quand ils étaient en pleine convalescence, surgissaient les symptômes suivants :

La face s'altérait instantanément ; elle devenait d'une pâleur ex-

trême, s'étirait, s'amaigrissait, de manière à simuler les traits de la vieillesse et à rendre les individus méconnaissables. Il n'y avait pas de sillon noir à la paupière inférieure, bien qu'elle fût creusée. La voix était le plus souvent naturelle. Le pouls tombait, et devenait imperceptible. Il y avait froid extrême des membres. La trace des doigts restait, lorsqu'on pinçait la peau. Le malade urinait. La connaissance se conservait, ainsi que les facultés intellectuelles, chez la plupart; cependant quelques-uns avaient du délire ou du coma. La respiration était normale, les crampes nulles, la soif modérée. Il n'y avait point de nodosités musculaires ni de rétraction aux membres, point d'anxiété précordiale, point d'angoisses; le malade était dans le plus grand calme, et ne redoutait nullement la mort.

Chez un certain nombre, on pouvait remarquer des pyrexies bien caractérisées.

A l'autopsie, on trouvait des désordres qui n'étaient nullement propres à éclairer le praticien sur les causes présumées de mort.

Ainsi l'intestin grêle était arborisé, livide à l'extérieur; à l'intérieur, il n'offrait rien à signaler.

Dans l'encéphale, il y avait de l'injection aux méninges, qui, dans un cas, présentaient de fausses membranes; de la sérosité dans les ventricules latéraux; une assez grande quantité de sang épanché à la base du crâne. On trouve aussi le cerveau sablé, quelquefois un peu ramolli.

Choléra épidémique. — Bien que le choléra fût caractéristique chez certains individus, au commencement de cette période, il était allié à la forme pernicieuse que nous venons de décrire dans la moitié des cas environ.

Chez le plus grand nombre de malades on pouvait constater la diarrhée prémonitoire, soit que le sujet en eût été atteint depuis quelques jours, soit qu'il eût simplement la fièvre, ce qui était le cas le plus fréquent.

Nous avons eu quelques choléras d'emblée, sans diarrhée prodromique.

Il serait superflu de décrire cette seconde forme, qui ne diffère point essentiellement de la forme épidémique la plus commune.

Nous passerons également sur les formes typhoïde et diarrhéique, pour nous arrêter exclusivement sur l'étude des caractères de la fièvre pernicieuse cholérique, qui fait l'objet principal de ce travail.

Fièvre pernicieuse cholérique. — Torti, Alibert avaient déjà décrit cette affection à *l'état sporadique;* mais ce n'est que depuis que le choléra a fait irruption en France que des rapprochements suivis ont été faits entre cette dernière maladie à *l'état épidémique* et les fièvres pernicieuses des contrées paludéennes.

En 1832, on avait déjà touché ce dernier point séméiotique, mais d'une manière incomplète. Ce n'est qu'en 1849 que M. le docteur Liégey (de Rambervillers) fit l'histoire détaillée des pyrexies, auxquelles il avait donné la dénomination de fièvres intermittentes cholériques.

Nous étant trouvé à Batna dans des conditions favorables pour observer des maladies analogues, nous étions arrivé, bien que nous ne connussions pas les travaux de M. le docteur Liégey, à des conclusions semblables; et au mois de juillet de l'année dernière, nous avions donné la dénomination de *fièvre cholérique pernicieuse épidémique* à l'affection mixte qui a précédé l'invasion du choléra proprement dit à Batna, et qui s'est même reproduite très-souvent durant le cours de l'épidémie.

On comprend de quelle influence dut être sur le traitement l'interprétation juste ou fausse de pareils phénomènes.

Pour faire ressortir la justesse de ce diagnostic, nous allons comparer la maladie observée avec les affections qui ont avec elle le plus d'affinité; elles sont au nombre de trois: la fièvre pernicieuse algide, la fièvre comateuse, le choléra proprement dit.

1° La *fièvre algide.* — Nous avons vu que, bien que le froid des extrémités et même d'une partie du tronc, la petitesse du pouls, pussent militer en faveur du diagnostic de ce genre de pyrexie, il y avait aussi d'autres symptômes qui se refusaient à cette interprétation séméiotique. De ce nombre étaient l'altération profonde de la face, qui revêtait un caractère de sénilité tout spécial, la diarrhée ou les vomissements; la première existant presque toujours.

Si nous passons aux enseignements fournis par la nécroscopie, nous avons pu voir qu'elle n'éclairait nullement le diagnostic, de même que dans la fièvre algide. On trouvait, en effet, quelques traces de congestion au cerveau, ou même du sang épanché, un peu de sérosité dans les méninges; altérations tout à fait insuffisantes pour justifier la rapidité de la mort.

2° La *fièvre comateuse.* — Chez un assez grand nombre d'individus, les accidents comateux ont joué un rôle important dans le cortége ymptomatologique observé; mais, loin d'être constants, ils formaient la minorité des cas. D'ailleurs, dans le coma profond, quand il existait, il y avait en dehors des phénomènes soporeux, l'algidité, la petitesse du pouls ou même son absence complète; l'altération profonde des traits de la face, la diarrhée ou les vomissements. Ces derniers caractères différenciaient totalement la maladie décrite de la fièvre comateuse.

Quant aux désordres cadavériques, ils la rapprochaient peut-être davantage de cette dernière affection, bien que le raptus sanguin de l'organe cérébral fût beaucoup moins prononcé.

En général, la périodicité, quoique peu marquée dans la fièvre cholérique que nous décrivons, avait lieu cependant dans le quart des cas environ. Nous pourrions citer trois civils de Batna qui présentaient de véritables accès. Cette particularité rapprocherait cette pyrexie de celles auxquelles nous venons de la comparer. Toutefois, il est un fait d'observation dans les fièvres pernicieuses des pays chauds, c'est que, quelle que soit leur nature, les accès sont souvent inappréciables.

3° Le *choléra proprement dit.* — La confusion n'était pas possible avec le choléra, bien qu'il y eût des affinités avec cette maladie. Ainsi, la diarrhée et les vomissements n'étaient pas constants, la première se présentant dans le plus grand nombre des cas. La matière des vomissements était bilieuse; celle des évacuations alvines noirâtre ou rougeâtre. La voix n'était pas altérée ordinairement; la respiration était normale; il n'y avait point d'anxiété; les malades étaient dans un calme complet. Point de douleur précordiale ni abdominale; pas de crampes ni de nodosités musculaires. On n'observait pas cette crainte caractéristique de la mort; l'odeur particulière aux cholériques manquait. L'altération de la face, bien que profonde, n'était pas celle du choléra; elle rappelait l'expression de la sénilité. Le sillon noir de la paupière inférieure n'existait pas non plus. Le roulement des yeux vers la paupière supérieure ne se faisait pas remarquer. Le corps n'était pas cyanosé; il avait une teinte jaunâtre. Les malades urinaient.

Les seuls phénomènes qui simulassent le choléra proprement dit étaient l'algidité, l'altération de la face et la petitesse ou l'absence du pouls. Un autre symptôme caractéristique était la périodicité que nous avons vu se manifester chez certains hommes. Enfin le délire a pu se faire remarquer dans quelques cas.

Si nous interrogeons les sujets morts, nous pouvons nous assurer qu'aucun des désordres abdominaux propres au choléra ne se retrouvait à l'autopsie.

Quant à la fièvre cholérique de Torti, et même à celle observée par M. le docteur Liégey, nous allons prouver, par des citations, que bien que la forme que nous avons observée ait avec ces dernières certaines analogies, elle en diffère essentiellement.

Voici la description que donne Torti : « Quibus nonnunquam » vomitibus ac dejectionibus copiosis et crebris, singultus adjun- » gitur, vox (ut aiunt) clangosa aut rauca, oculorum concavitas, » angor stomachi, » etc., etc. (Torti, lib. III, cap. I, p. 275.)

On peut voir par cette citation, que Torti présente réunies les évacuations stomacales et intestinales, ce qui était l'exception à Batna, les évacuations se présentant presque toujours isolément, ou étant même entièrement nulles dans quelques cas. Torti parle d'un symptôme qui n'existait pas non plus : *singultus.* Le plus généralement la respiration était très-calme. Les douleurs cardialgiques manquaient aussi (*angor stomachi*). Chez la plupart des hommes la voix était normale (*vox clangosa aut rauca*).

Ce qui d'ailleurs prouve bien que nous n'avons pas eu à observer une maladie identique à celle décrite par Torti, c'est qu'il se résume en disant que tous les accidents rappellent ceux qui accompagnent ordinairement le choléra (*quæ cholera-morbum comitari solent*). Or, nous avons vu qu'à Batna beaucoup de ces accidents ont manqué.

Il est un autre observateur que nous avons déjà cité, M. le docteur Liégey (de Rambervillers), qui, en 1849, fit paraître dans l'*Union médicale* (mois de janvier et février) deux articles qui avaient pour but de fixer l'attention sur un genre de fièvre auquel il proposa de donner le nom de fièvre intermittente cholérique.

Nous extrairons les principaux traits sous lesquels il dépeint cette pyrexie. Il la décrit ainsi :

« Refroidissement des extrémités; visage pâle, décomposé; pouls » fréquent, petit; douleur épigastrique, nausées, vomissements; » coliques plus ou moins violentes accompagnées de selles quel- » quefois multipliées, bilieuses, muqueuses, mêlées de stries de » sang, présentant quelquefois l'aspect du riz cuit; crampes. L'in- » termittence est très-tranchée, etc., etc. »

Il est hors de propos d'analyser les symptômes que nous venons de rapporter pour faire ressortir les différences capitales qui existent entre l'affection décrite par M. le docteur Liégey et celle qui a été soumise à notre observation. Elles sont tellement évidentes qu'il serait inutile de les discuter.

Toutefois les deux descriptions précédentes, celles de Torti et de M. le docteur Liégey ajoutées à celle que nous avons faite de la première forme de l'épidémie de Batna, pourraient servir à l'historique de la fièvre cholérique pernicieuse épidémique; dernière épithète à laquelle nous tenons beaucoup, parce que cette affection se rattache ainsi de bien plus près au choléra épidémique, et que cette désignation peut servir de guide et de *vedette*, pour ainsi dire, au praticien, lorsqu'il se trouve en présence d'une maladie aussi meurtrière.

Nous répétons donc que la science offre maintenant assez de matériaux pour qu'on puisse essayer déjà un classement des diverses formes de la fièvre cholérique épidémique.

Ainsi la forme décrite par Torti se rapprocherait beaucoup plus du choléra : ce serait la *fièvre cholérique* de cet auteur; celle observée par M. le docteur Liégey serait la *fièvre cholérique gastrique,* comme tenant de la fièvre rémittente gastrique : les nausées, les vomissements bilieux, la douleur épigastrique, la céphalalgie, la fréquence du pouls sont des symptômes qui rappellent ce genre de pyrexie; enfin, celle que nous décrivons pourrait recevoir la dénomination de *fièvre cholérique algide*, ce symptôme étant le plus constant.

Nous connaîtrions donc déjà trois formes de la fièvre cholérique épidémique.

Cette manière d'envisager la question nous paraît mériter de fixer l'attention des observateurs.

La thérapeutique a dû être subordonnée aux diverses phases par lesquelles est passée l'épidémie dans les formes successives que nous lui avons vu revêtir. Ainsi à l'invasion, pendant que l'état pernicieux dominait, le traitement devait être mixte, s'adresser soit aux symptômes gastro-intestinaux, soit aux phénomènes cérébraux, soit enfin aux accidents de périodicité, mais surtout à ces derniers qui formaient la base de la médication. Aussi nous administrâmes les opiacés pour combattre la diarrhée; les révulsifs dans les cas de délire ou de coma; le sulfate de quinine, dans le but de vaincre les symptômes de perniciosité. Malheureusement les cas étaient tellement graves, la maladie marchait avec une telle rapidité que les moyens les plus énergiques échouaient. Une autre circonstance nous désarmait, c'était l'épuisement et l'altération profonde de constitutions détériorées par les fièvres de Bône, comme nous l'avons déjà fait remarquer.

Par l'usage des antipériodiques, on provoquait assez souvent une réaction, mais elle était fugitive et ne pouvait s'opposer à la marche fatale de la maladie.

Lorsque le choléra se présenta franchement vers les premiers jours d'août, la thérapeutique dut changer; mais elle fut encore subordonnée à l'influence locale, à la diathèse pernicieuse, si l'on peut s'exprimer ainsi, qui faisait toujours sentir son action, même pendant la période la plus violente de l'épidémie.

Quand un cholérique entrait à l'hôpital, on le couvrait de laine, on le soumettait pour le réchauffer à l'usage de l'appareil de Duval, on lui donnait pour boisson la limonade sulfurique à la dose de 20 grammes d'acide pour un litre d'eau.

Les préparations d'opium firent les plus grands frais du traitement pendant les vingt premiers jours de l'épidémie; les doses furent portées très-loin; nous avions allié à cette médication narcotique l'usage d'une potion azotique composée de 20 grammes d'acide azotique pour un litre d'eau (formule de M. le docteur Worms) : celle-ci était destinée à stimuler le système nerveux et à aider à la réaction. Elle avait toutefois l'inconvénient de favoriser plutôt les vomissements que de les calmer; nous la remplaçâmes plus tard par l'acétate d'ammoniaque dans les mêmes proportions.

Contre les vomissements, nous administrions une potion éthérée, dans laquelle l'éther fut porté jusqu'à 3 grammes dans un véhicule de 125 grammes de solution de gomme.

Cette potion nous rendit des services. Nous n'avions pas de glace à notre disposition pour remplir cette dernière indication ni pour combattre la soif; la limonade sulfurique était donnée dans le but de satisfaire à ce besoin impérieux.

Nous ajoutâmes à ce traitement l'emploi des sinapismes aux membres inférieurs, à l'épigastre, au thorax, de vésicatoires aux mêmes régions. Pour combattre les crampes, le liniment à la térébenthine a été employé avec quelque succès.

Ce genre de thérapeutique amena un certain nombre de guérisons dans les quinze premiers jours de l'épidémie; toutefois on fut assez souvent obligé d'avoir recours à une médication spécifique pendant la période de réaction; nous voulons parler du sulfate de quinine. Nous avons déjà donné des détails étendus sur les symptômes dominants de cette période, qui consistaient surtout dans des accidents comateux et typhoïdes. Chez quelques hommes qui présentaient cet état, l'usage de l'antipériodique a eu des résultats inespérés : nous pourrons en citer surtout quatre, trois soldats du 68ᵉ et un transporté de Lambessa. Ils étaient plongés dans un coma profond; l'un d'eux surtout, le nommé Goumet du 68ᵉ, offrait ces symptômes au plus haut degré; il était insensible à toutes les excitations venant du dehors; cet état s'accompagnait même d'un râle pour ainsi dire final. Il y avait trois jours qu'il était dans cette position désespérée; des doses de quinine assez fortes avaient été déjà administrées, quand nous crûmes devoir frapper un grand coup : nous lui fîmes prendre 10 grammes de ce médicament dans vingt-quatre heures, du 26 au 27 août.

Le 27 au matin, il sortit de cet état de stupeur et recouvra sa connaissance complète; on lui prescrivit même un vermicelle au lait ce même jour.

Le 28, il passait à la salle des convalescents. Il était entré le 23 dans le service des cholériques.

Les trois autres furent aussi très-rapidement guéris par l'emploi du sulfate de quinine.

Cette médication nous suggérera une dernière remarque, c'est qu'elle remplissait encore une indication précieuse pendant la convalescence des cholériques. Ainsi il arrivait souvent que, bien que les symptômes caractéristiques fussent entièrement dissipés, cependant les malades languissaient; les forces ne se relevaient pas, l'appétit était nul; il y avait une grande prostration. En interrogeant les hommes avec soin, on finissait par s'apercevoir qu'ils avaient un peu de chaleur la nuit ou même de la sueur, que le pouls s'élevait vers le soir. Dans ces circonstances, nous prescrivions l'antipériodique à des doses très-modérées, et quelques jours suffisaient à la cure complète.

Si nous devions formuler quelques inductions générales de notre pratique dans le traitement du choléra en Algérie, nous serions d'avis qu'on fît usage du sulfate de strychnine au début, dans les cas graves, avec beaucoup de circonspection toutefois (0,03 me paraissent suffisants dans les vingt-quatre heures); d'allier à cette médication les révulsifs; l'usage de la limonade sulfurique pour boisson; de la glace, dans le but de satisfaire ce besoin et de calmer les vomissements (les potions éthérées rendent des services pour combattre ce dernier symptôme); de prescrire les frictions avec la térébenthine lorsqu'il y a des crampes. Quant au réchauf-

fement par l'appareil Duval, nous le croyons d'une efficacité très-contestable.

Dans la période de réaction, le traitement est hérissé de difficultés; la médication antipériodique trouvera souvent sa place alors, en l'associant soit à la méthode antiphlogistique très-limitée toutefois, soit aux révulsifs cutanés.

Quant aux cholérines et aux cas moyens, les préparations opiacées à haute dose avec addition d'acétate d'ammoniaque dans ces derniers cas, la limonade sulfurique pour boisson, la glace sont, nous le pensons, les moyens les plus rationnels à employer.

Enfin, lorsque les forces languissent, que les fonctions digestives périclitent, qu'on observe surtout des accès de fièvre pendant la convalescence, le sulfate de quinine et plus tard le quinquina sont d'un usage extrêmement utile.

Les évacuants nous ont paru tout à fait contre-indiqués, du moins dans l'épidémie que nous avons eu à combattre.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 février 1856. — Présidence de M. BINET.

Accidents observés sous les tropiques par suite de l'ingestion du poisson. — M. Guillon communique une note sur les accidents que l'on observe quelquefois sous les tropiques, par suite de l'ingestion du poisson.

Ces accidents, qui se manifestent toujours peu après l'ingestion du poisson, consistent dans les phénomènes suivants : étourdissements, obscurcissement de la vue, vertige, oppression de la poitrine, anxiété précordiale; pouls petit, lent, concentré, et annonçant un grand désordre dans la circulation; malaise et chaleur à la région épigastrique, chaleur dans tout l'abdomen. Les malades ne peuvent plus se tenir sur les jambes, ils chancellent et sont obligés de se coucher. Les yeux, d'abord brillants, sont bientôt d'un rouge de feu, et semblent repoussés des orbites. La face et toute la surface du corps, devenues le siége d'une démangeaison et d'une chaleur des plus vives, se colorent promptement d'un rouge poussé jusqu'à l'écarlate. En même temps que ces phénomènes se produisent sur le derme, des phénomènes semblables se passent sur la muqueuse buccale : ce sont des picotements, avec chaleur plus ou moins intense, qui se font sentir à la langue, au palais, à l'intérieur des joues et sur les lèvres; ils sont bientôt suivis d'élevures analogues à celles produites par des piqûres d'ortie. Les malades accusent des douleurs dans les membres, et aux articulations particulièrement, parfois avec gonflement de ces parties. Quelques-uns ont de simples nausées ou des vomissements; d'autres, après avoir vomi ou non, éprouvent des selles plus ou moins fréquentes, avec coliques, et ces selles peuvent être portées jusqu'à des superpurgations, avec sortie involontaire des urines. Tous ces accidents se dissipent ordinairement dans les vingt-quatre heures, à part l'état de prostration plus ou moins grande qni en est ordinairement la suite, et qu'accompagne la desquammation de l'épiderme de toutes les parties qui ont été le siége de l'érythème. Portés à un degré que l'auteur n'a pas eu occasion d'observer, la mort peut en être le résultat. M. Moreau de Jonnès en cite deux exemples qui se sont présentés à la Martinique, l'un en 1803, et l'autre en 1808. Le premier fut la suite d'un empoisonnement par le poisson armé, *Diodon orbicularis*, et l'autre celle d'un empoisonnement par la carangue, *Caranx caragus*.

Phosphore et ses préparations considérés au point de vue de la médecine légale. — MM. A. Chevallier fils et O. Henry fils adressent, à l'occasion d'une communication récente de MM. Orfila et Rigout, une note sur ce sujet. Les auteurs rappellent dans cette note qu'en 1854, à l'occasion d'un concours ouvert par la Société impériale de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse sur cette question : « Indiquer la marche que doit suivre l'expert chimiste quand il est appelé à constater après la mort l'empoisonnement par le phosphore », ils ont adressé à cette Société une monographie du phosphore. Dans ce travail, ils ont traité des dangers que présentent le phosphore et ses composés; ils ont fait connaître tous les cas d'empoisonnement par le phosphore qui étaient arrivés à leur connaissance; ils se sont occupés aussi de la nécrose maxillaire; ils ont de plus démontré les avantages que présente l'innocuité du phosphore rouge, et l'ont proposé pour remplacer le phosphore ordinaire; ils ont traité des symptômes de l'empoisonnement par le phosphore, ils se sont occupés enfin de la présence du phosphore dans l'économie, et ont discuté les méthodes employées pour le rechercher dans les cas d'empoisonnement. (Commission nommée pour le mémoire de MM. Orfila et Rigout.)

Deux nouveaux genres tératologiques (ischiomèle et agnathocéphale). — M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire communique au nom de M. N. Joly (de Toulouse) la note suivante :

« D'après M. le professeur Isid. Geoffroy Saint-Hilaire, la famille des monstres doubles polyméliens serait essentiellement caractérisée par l'insertion sur un sujet bien conformé d'un ou plusieurs membres accessoires, accompagnés quelquefois de rudiments de quelques autres parties, ou même coexistant avec un second anus. M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire ajoute que tous ces monstres sont non-seulement viables, mais encore qu'ils jouissent fréquemment d'une santé robuste et ont à peu près les chances ordinaires pour arriver à la vieillesse. Enfin, à moins d'anomalie sexuelle grave, ils peuvent s'accoupler entre eux et même donner naissance à des produits normaux.

» Les caractères qui précèdent sont parfaitement applicables à tous les monstres polyméliens jusqu'à présent connus.

» Une exception remarquable m'a été fournie par une oie morte en naissant, et affectée tout à la fois de *polymélie* et de *rhinocéphalie*, accompagnées d'une atrophie à peu près complète de la mâchoire supérieure; la mâchoire inférieure, au contraire, a conservé sa forme, sa longueur et sa largeur normales.

» Quant aux membres surnuméraires, ils consistent en deux pattes soudées entre elles à partir de l'extrémité supérieure des deux tarses, et insérées sur un bassin très-rudimentaire, articulé lui-même avec le bassin du sujet principal. Sous ce rapport, ce sujet appartient donc au genre *pygomèle*, ou plutôt au genre *ischiomèle*, entrevu déjà et même nommé par M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire. Ce genre me paraît d'autant plus devoir être adopté, que j'ai observé plusieurs fois la soudure des deux bassins par les ischions chez la poule, et que le savant auteur du *Traité de Tératologie* l'a vue aussi chez le canard. Nous réserverions donc le nom de *pygomélie* au cas où le parasite tiendrait seulement par la peau ou par les muscles fessiers au sujet principal; nous désignerions sous le nom de *ischiomèles* tous les monstres doubles soudés entre eux par les deux ischions.

» Quant à l'atrophie ou à l'absence complète de la mâchoire supérieure, coexistant avec la rhinocéphalie, on en connaît aussi des exemples assez nombreux pour que nous nous croyions autorisé à créer un nouveau genre tératologique fondé sur ce caractère important.

» Nous proposerons donc pour cette monstruosité le nom d'*agnatocéphalie* (de ἀ, *privatif;* γνάθος, *mâchoire*, et κεφαλή, *tête*), et nous caractériserons ainsi qu'il suit le genre *agnatocéphale :*

» Mâchoire supérieure rudimentaire ou nulle; face affectée de rhinocéphalie, c'est-à-dire offrant sous le front une trompe qui représente l'appareil nasal; deux orbites ou deux yeux réunis en un seul.

» Jusqu'à présent l'agnatocéphalie ne s'est rencontrée que chez les monstres unitaires de la famille des *cyclocéphaliens*. L'existence de cette anomalie chez un monstre double *polymélien* constitue donc, je le répète, une exception d'autant plus remarquable, qu'elle doit nécessairement entraîner la mort du sujet. C'est pourquoi j'ai cru ne pas devoir la passer sous silence.

» En raison de cette particularité jusqu'à présent sans exemple, je me vois pour ainsi dire forcé de donner, contrairement à la nomenclature suivie en France, un double nom à l'animal qui fait l'objet de cette étude.

» Je proposerai celui de *ischiomèle agnatocéphale.* » (Commissaires : MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire, de Quatrefages.)

Symptômes et traitement du coryza des nouveau-nés. — M. Bouchut communique un travail sur ce sujet. (Voir ci-dessus.)

Diabète. — M. Ernest Baudrimont communique quelques remarques concernant un jeune diabétique auquel on avait administré temporairement de la levure de bière. Quelques-uns des symptômes observés tendraient à faire croire que, sous l'influence de ce ferment, il y aurait eu dans l'organisme du malade transformation du glucose en alcool.

— Dans le comité secret de cette séance, M. Cl. Bernard, au nom de la section de médecine et de chirurgie, appelée à présenter une liste de candidats pour la place de correspondant vacante par suite du décès de M. Prunelle, a présenté la liste suivante :

En première ligne. . . .	M. Guyon, en Algérie.
En deuxième ligne. . . .	M. Bally, à Villeneuve (Yonne).
En troisième ligne. . . .	M. Denis (de Commercy), à Toul.
En quatrième ligne (*ex æquo*)	M. Ehrmann, à Strasbourg. M. Gintrac, à Bordeaux.
En cinquième ligne. . . .	M. Forget, à Strasbourg.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le rédacteur,

A mesure que j'avance dans la carrière, je vois que l'étude des causes est seule de nature à satisfaire les esprits positifs. Les altérations pathologiques vues en dehors de leur génésie mènent si souvent à l'absurde, que l'on ne saurait dire trop souvent combien la médecine des symptômes est vaine.

Il y a deux mois, un tisserand et son fils viennent me consulter, ayant tous deux une inflammation des plus vives à la membrane muqueuse des yeux; après avoir longtemps interrogé ces gens, j'apprends que nulle autre personne de leur maison ou du voisinage n'est dans le même cas. J'ordonne les remèdes indiqués dans les livres, et, en passant par là quelques jours après, je retrouve mes malades dans le même état.

J'entre dans l'atelier où l'homme et l'enfant tissent, et je sens une odeur de fumée assez prononcée; je le dis au tisserand, mais il me fait observer que cela vient de ce qu'il flambait ses toiles — et que d'ailleurs il y est accoutumé.

Ne voulant pas m'en tenir à cette explication, j'examine avec soin le corps d'une cheminée passant sur le mur de l'atelier, et je découvre un trou de souris qui permet à la fumée du foyer voisin de sortir et de se répandre invisiblement dans cette pièce un peu obscure.

Je fais boucher le trou, et une semaine plus tard j'ai la satisfaction de revoir mes deux malades parfaitement guéris sans avoir fait aucun traitement nouveau.

Telle est le plus souvent l'histoire en médecine.

Aujourd'hui je voyais dans la *Gazette* un mémoire de M. Becquerel intitulé *De la fièvre typhoïde des lièvres*, lu à l'Académie des sciences dans sa séance du 4 de ce mois.

Dès le commencement, j'éprouvais une anxiété extrême quand ce savant décrivait avec la conviction anatomique les lésions trouvées sur ces animaux.

Mais, à la fin, j'ai vu avec plaisir qu'il constatait la vraie cause de la maladie.

En effet, les lièvres enfermés dans des parcs clos meurent. S'ils sont enfermés avec des lapins, il faut qu'ils soutiennent une guerre dans laquelle ils ont toujours le dessous.

Par conséquent, les lièvres en question n'ont pas la fièvre typhoïde, malgré la ressemblance des altérations pathologiques; mais ils sont affectés du marasme causé par l'esclavage, l'insuffisance de variété alimentaire ou les fatigues de la guerre. *En un mot, ils meurent parce qu'ils sont enfermés, et que, pour vivre et se bien porter, il leur faut l'espace et la liberté, vulgo* la clef des champs.

A quoi sert donc dans ce cas le rapprochement anatomique de l'affection typhoïde de l'homme avec l'état de ces animaux? Peut-on en conclure quelque chose de prophylactique ou de thérapeutique? Nullement. Ici l'explication anatomique vient démontrer une fois de plus l'inanité de certaines recherches de cette nature en pathogénésie.

M. Becquerel prétend *que, d'après cet examen des plaques de Peyer, on connaîtra le point de départ de la détérioration, ou, si on aime mieux, la maladie à laquelle succombent ces animaux.*

M. Becquerel est trop savant et a en même temps trop de bon sens pour parler ainsi d'une manière sérieuse; je ne veux pas m'aventurer plus loin contre un homme de son mérite, et n'ai osé aller à sa rencontre que jusque dans nos bois; mais qu'il veuille bien marquer à l'oreille tous ces lièvres captifs à prétendue fièvre typhoïde, qu'il les lâche dehors, et je puis lui affirmer que dans six mois ils sauront échapper à ses chiens, à sa propre adresse et mettre toute l'école anatomo-pathologique de Paris en défaut. *Sublata causa....* C'est vraiment là où gîte le lièvre.

Agréez, etc. Amédée JOUX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 11 février, M. le docteur Noguès, chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de Toulouse, est nommé professeur suppléant à ladite Ecole pour les chaires d'anatomie et physiologie. Il conservera en même temps les fonctions de chef des travaux anatomiques.

— Par arrêté du 19 février, M. le docteur Beaugrand a été nommé bibliothécaire adjoint de la Faculté de médecine de Paris en remplacement de M. le docteur Segond, démissionnaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Petit, médecin inspecteur des eaux de Vichy, qui vient de succomber à Paris dimanche dernier, 24 février, à la suite d'une très-courte maladie.

— Aux termes de l'arrêté du 7 juillet 1854, qui a pour but d'assurer la régularité des études et de la discipline dans les divers établissements d'instruction publique, nul ne peut être admis à subir *pour la première fois* l'examen du baccalauréat ès lettres ou ès sciences, à la session d'avril, s'il n'y a été autorisé par le ministre de l'instruction publique, sur la proposition du vice-recteur.

Les candidats qui désireraient obtenir cette autorisation doivent donc s'adresser *directement* au vice-recteur de l'Académie.

La session d'avril s'ouvre chaque année, pour les examens du baccalauréat ès sciences, le 1er avril; et pour le baccalauréat ès lettres, le 15 du même mois.

Le vice-recteur devant, d'après les règlements, envoyer son tableau de propositions à M. le ministre de l'instruction publique quinze jours avant l'ouverture de la session, toutes les demandes devront lui être parvenues, *pour dernier délai*, celles relatives au baccalauréat ès sciences le 15 mars, et celles relatives au baccalauréat ès lettres le 1er avril.

— Le concours pour les grades de chirurgien et de pharmacien sous-aide vient d'avoir lieu à Strasbourg sous la présidence de M. le professeur Sédillot. Quatre candidats seulement ont pris part aux épreuves, trois pour la chirurgie et un pour la pharmacie.

— Par suite de la nouvelle organisation de l'agrégation, un concours devra être ouvert à la fin de l'année pour quatre places d'agrégés stagiaires à la Faculté de médecine de Strasbourg. (*Gaz. méd. de Strasb.*)

Les agrégés dont le temps d'exercice expirera seront sans doute continués dans leurs fonctions jusqu'à ce que le nombre des agrégés en exercice soit porté à quatorze, chiffre fixé par le nouvel arrêté.

— D'après l'*Annuaire* du bureau des longitudes, il est mort à Paris, pendant l'année 1854, à domicile, 24,969 individus; dans les hôpitaux civils, 13,896; dans les hôpitaux militaires, 1,582; dans les prisons, 227; déposés à la Morgue, 273; exécutés, 1, qui forment un total de 40,968 décès, dont 20,348 féminins et 20,620 masculins. Dans ce nombre, on compte 802 morts par la petite vérole.

— M. Cl. Bernard, membre de l'Institut, commencera son cours du collége de France le vendredi 29 février 1856 à une heure, et le continuera les mercredis et vendredis à la même heure. Il traitera des effets des substances toxiques et médicamenteuses.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Gogue, né à Mandeure (Doubs); *Des diverses méthodes de paracentèse thoracique et de leur médication.*

Astié, né à Agen (Lot-et-Garonne); *Des altérations du sang.*

Dédebant, né à Saint-Germé (Gers); *Du diabète sucré.*

Barbé, né à la Jarne (Charente-Inférieure); *De quelques signes propres à faire reconnaître le début de la phthisie pulmonaire.*

Mercier, né à Bron (Eure-et-Loire); *Des phénomènes cutanés dans la fièvre typhoïde.*

Germain, né à Buzancy (Ardennes); *Nature et traitement chirurgical des tumeurs hémorrhoïdales.*

Leborgne, né à Doudeville (Seine-Inférieure); *Quelques observations recueillies dans une épidémie de fièvre puerpérale.*

Manuel, né à Jaussiers (Basses-Alpes); *Des fractures des cartilages costaux.*

Cadet de Gassicourt, né à Paris (Seine); *Recherches sur la rupture des kystes hydatiques du foie à travers la paroi abdominale et dans les organes voisins.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères. Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la fièvre puerpérale, épidémie observée en 1854 à la Maternité de Paris; par M. le docteur Amédée CHARRIER, ancien interne des hôpitaux et de la Maison d'accouchements de Paris (Maternité), lauréat de la Faculté de médecine de Paris, etc. In-4°. Prix, 2 fr. 50 c. Chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 25. — JEUDI 28 FÉVRIER 1856. (29e ANNÉE.) N° 25. — JEUDI 28 FÉVRIER 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 FÉVRIER 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur l'occlusion dans le traitement des ophthalmies, qui devait être continuée dans cette séance, a été ajournée, au grand désappointement des nombreux assistants qu'avait attirés l'attrait toujours nouveau de ces sortes d'exercices académiques. La cause de cet ajournement est l'élection prochaine d'un membre de la section de pharmacie. L'Académie s'est formée en comité secret à quatre heures, pour entendre le rapport de la section sur les candidats, et elle a consacré l'heure disponible de la séance publique à des rapports ou lectures de candidature.

M. H. Gaultier de Claubry a exposé, dans un court et substantiel rapport, les faits nouveaux contenus dans le mémoire de M. Langlois, dont nous n'avions pu indiquer que le titre à l'époque où il en a été donné lecture. On trouvera dans le compte rendu un résumé des faits principaux dont il y est question, ainsi qu'une rapide analyse des lectures de MM. Robiquet et Regnauld, qui ont occupé le reste de la séance publique. Nous aurons à revenir incessamment sur l'objet du travail de M. Regnauld, qui se rattache à une question de thérapeutique chirurgicale neuve et très-intéressante.

A mardi prochain l'élection d'un membre de la section de pharmacie, et très-probablement la reprise de la discussion sur les ophthalmies. — Dr Brochin.

EXAMENS ET INSCRIPTIONS DES ÉLÈVES EN MÉDECINE

au service de l'État dans l'armée de terre et dans la marine.

Un jeune chirurgien auxiliaire de la marine, actuellement en Orient, nous adresse les questions suivantes, auxquelles il nous demande une réponse. Nous croyons ne pouvoir mieux faire que de la lui envoyer par la voie de notre journal, car elle peut intéresser un assez grand nombre de ses camarades :

1° Les chirurgiens auxiliaires de la marine pourront-ils, après avoir passé au service médical de l'Etat le temps nécessaire pour compléter leurs inscriptions, subir leurs examens de doctorat?

OUI. — L'arrêté du ministre de l'instruction publique du 8 septembre 1851 porte : « Le temps passé par un étudiant en médecine à titre de réquisition temporaire dans le service des hôpitaux militaires ou des ambulances de l'armée, lui sera compté, pour l'obtention de ses inscriptions, comme s'il n'avait pas quitté la Faculté de médecine ou l'Ecole préparatoire dans laquelle il étudiait, à la condition toutefois que la durée de ses services sera dûment constatée. » — Cet article est applicable aux services dans la marine militaire.

2° Devront-ils passer des examens de fin d'année pour obtenir leurs 5e, 9e ou 13e inscriptions, à laquelle ils auraient droit par le temps passé au service médical de la flotte?

Ils seront dispensés, pour prendre des inscriptions, de l'obligation des examens de fin d'année, en vertu de l'arrêté ministériel du 7 septembre 1846; mais, tout en ne les subissant pas, ils devront en acquitter le montant comme s'ils les avaient subis.

3° Un élève ajourné à un examen de fin d'année, et ayant par conséquent, soit une 4e, soit une 8e, soit même une 12e inscription, pourra-t-il, le temps passé au service de l'Etat étant terminé, prendre les inscriptions correspondantes à cet espace de temps, ou sera-t-il d'abord contraint de passer l'examen de fin d'année auquel il a été ajourné?

Toute épreuve à laquelle on a été ajourné doit être passée de nouveau avant qu'on puisse prendre les inscriptions suivantes. Ainsi, un élève ajourné à son 1er ou à son 2e examen de fin d'année devra d'abord subir cet examen; mais il ne sera point obligé de passer l'examen ou les examens de fin d'année qui lui resteraient à subir, s'il se trouve dans les conditions indiquées ci-dessus. Il devra seulement en acquitter les droits.

4° Par quel mode de payement devra-t-on solder les inscriptions prises en masse après avoir passé au service de l'Etat le temps correspondant à ce nombre d'inscriptions?

Le prix des inscriptions prises en masse dans cette circonstance devra être acquitté en masse, ainsi que celui des examens de fin d'année dont l'élève aura été dispensé, en raison de ses services soit dans l'armée, soit dans la marine.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Piorry.

De la saccharurrhée ou diabète sucré (1).

Historique. — Pour qu'il soit fait mention de la présence du sucre dans les urines, il faut arriver jusqu'en 1775, époque à laquelle Pool, pharmacien anglais, obtint par l'évaporation de deux litres de liquide urinaire chez un diabétique, une matière solide, granuleuse, cassante et sucrée. Trois ans plus tard, Cowley démontra que cette matière n'était autre que du *sucre*. Il le fit aussitôt fermenter. En 1791, P. Franck obtint, de la fermentation du sucre diabétique, une certaine quantité d'alcool. Cullen émit plutôt des hypothèses sur les causes du mal qu'il n'en perfectionna l'histoire. Rollo, en 1794, plaça dans l'estomac les causes de la saccarurrhée; ses idées, comme le traitement qu'il propose, ont beaucoup d'analogie avec des travaux ultérieurs sur ce sujet. Pinel rangea le diabète sucré dans la classe des lésions organiques. MM. Nicolas et Guendeville publièrent en 1803 des analyses fort remarquables de l'urine des diabétiques, dans laquelle ils trouvèrent du sucre cristallisé. Le sang, d'après leurs recherches, serait séreux, peu animalisé; mais il ne contiendrait pas de matière sucrée. Un grand nombre de chimistes, tels que Wollaston, Vauquelin, et plus tard Dumas, Mialhe, firent aussi de très-utiles travaux sur la composition de l'urine des diabétiques.

Caractères anatomiques. — Quelle est la lésion productrice de la saccharurrhée? Dire, à l'exemple de divers auteurs, quel est l'état pathologique dans lequel on a trouvé, chez les diabétiques, les poumons, le cœur, l'estomac, les intestins, etc., ce n'est pas à coup sûr faire connaître l'altération organique en rapport avec la présence du sucre dans l'urine. Quand chez quelques-uns de ces malades on trouverait des phymies pneumoniques, cela prouverait seulement que des tuberculeux sont parfois atteints de saccarurrhée; mais personne ne serait tenté de croire que la phthisie pulmonaire eût déterminé l'altération de l'urine.

En général, les auteurs ont trouvé dans le diabète sucré un engorgement sanguin des veines ou des vaisseaux des reins (Reill, Duncan, Baillie), et surtout une hypertrophie (Hoffmann, Dezeimeris, Bouillaud, Andral), lésion aussi fréquente qu'il est rare d'avoir trouvé une néphropye (pus dans le rein), dont M. Caventou, cité par M. Bouillaud, a vu un exemple. L'hypertrophie compliquée d'hyperémie dans la substance corticale existait dans un cas observé par M. Monneret, et les nerfs du plexus rénal ont été trouvés volumineux (Muller, Duncan, Rayer). Telles sont probablement les lésions des reins qui correspondent à la saccarurrhée; car si Cullen a vu un calcul, Beer des hydatides néphriques, Morgagni, J. Cloquet, la friabilité rénale, etc., ce ne sont pas là les circonstances anatomiques qui peuvent donner lieu à la présence du sucre dans l'urine.

Le sang des diabétiques contient-il du sucre? M. Rayer, dans son excellent ouvrage sur les maladies des reins, a très-exactement analysé les travaux publiés sur cette question, et il a montré combien les opinions des chimistes offrent de dissidences. Le même auteur a voulu alors s'éclairer par la microscopie, et il a vu, après avoir examiné l'état du sang des diabétiques, que les globules y étaient seulement plus rares, et que quelques-uns de ces globules étaient volumineux et décolorés.

Symptômes. — Au moyen de la palpation, et surtout de la plessimétrie, on constate assez facilement le volume hypertrophié du rein; mais le point culminant est de déterminer la présence du sucre dans l'urine. Or, l'odeur de ce fluide dans la saccharurrhée est, suivant Mead, analogue à celle du miel; sa saveur est sucrée ou au moins douceâtre; sa couleur est claire et un peu fauve, sa densité plus considérable.

Le procédé le plus généralement employé pour trouver le sucre consiste à précipiter par du sous-acétate de plomb la matière animale de l'urine, à séparer le plomb par un courant d'acide hydrosulfurique et à évaporer à consistance sirupeuse. On obtient ainsi des cristaux de matière saccharine que Chevalier dit être analogue au sucre de canne, tandis que la plupart des autres chimistes la comparent au sucre de raisin. Suivant M. Mialhe, toute urine, deuse ou non, incolore ou légèrement ambrée, qui, chauffée avec de la potasse caustique, acquiert une coloration brune plus ou moins intense, contient du sucre. Une urine incolore et offrant, en outre, une grande densité, ne contient pas toujours du sucre, alors même que l'individu qui l'a rendue est on a été diabétique.

La quantité de sucre contenue dans l'urine est très-variable. Vauquelin et M. Ségalas ont prouvé que cette substance formait la septième partie du fluide urinaire; mais M. Mialhe ne l'a rencontrée que comme la seizième partie. M. Bouchardat a vu les quantités de matière saccharine être en raison directe de la proportion de pain, d'aliments sucrés ou féculents dont on se nourrit.

Les phénomènes avant-coureurs, les symptômes des premiers temps, sont, dans la saccharurrhée, aussi variables que peu connus. En général, cet état organo-pathologique est seulement constaté au moment où l'abondance de l'urine et son goût douceâtre éveillent l'attention et conduisent à recourir à l'analyse chimique. Or, ce n'est que le rapport des malades qui a pu donner quelques renseignements sur ces prodromes. Ils sont fort obscurs, et consistent, dit-on, soit dans un appétit insatiable et un affaiblissement général, soit dans des phénomènes variés, au point qu'on a énuméré parmi eux les hémorrhoïdes, les salivations, des bronchites, des lichens, et jusqu'à des attaques d'hypocondrie et d'hystérie.

La douleur dans les reins n'est pas mentionnée par les auteurs. Je ne l'ai pas observée non plus. La proportion des urines aux boissons est très-variable. Tantôt on l'a vue comme 5 est à 3 (P. Franck); tantôt à peu près comme 1 est à 1 (Dupuytren et Thénard); tantôt — ce qui paraît fort difficile à admettre —, comme 36 est à 7.

Une soif très-vive (polydipsie) est la conséquence forcée de l'augmentation le plus souvent excessive de la sécrétion urinaire. L'intensité de ce symptôme se manifeste dans tous les degrés de la saccharurrhée, et augmente à mesure que la maladie dure : c'est un phénomène qui tourmente beaucoup les diabétiques. En général, les sécrétions autres que celles du rein sont énormément diminuées; la sueur n'a plus lieu, la salive est rare, la bile est formée en petite quantité; on dit même que le sperme ne se sécrète plus, qu'il n'y a plus d'érection, et que les parties génitales sont flétries. Les ulcères se dessèchent, le tube digestif forme à peine des mucosités. De là sans doute la constipation habituelle dont les malades sont alors atteints.

Dans les premiers temps de la saccarurrhée, l'appétit est très-développé et les digestions se font avec une rapidité très-grande. On a cité des cas dans lesquels les diabétiques avaient pris en un jour vingt-six livres d'aliments solides. Dans les dernières périodes du mal, au contraire, il n'y a aucun désir de nourriture, et les fonctions de l'angibrome sont très-altérées. C'est alors surtout qu'il survient de l'accélération dans les battements du cœur, de la chaleur (état fébrile); tandis que dans le principe le pouls est parfois ralenti, au point de ne battre que 40 à 50 fois par minute. La maigreur fait des progrès et devient bientôt telle, qu'elle dégénère en un hideux marasme.

Diagnostic. — La constatation de la présence du sucre dans l'urine, coïncidant le plus ordinairement avec l'hyperurrhée, forme les véritables caractères diagnostiques de la saccharurrhée.

Pronostic. — Une fois bien caractérisé, le diabète sucré est presque toujours chronique. Abandonné à la nature, il est après un certain temps presque constamment mortel.

Etiologie. — Les causes de la saccharurrhée sont des plus obscures. Le froid humide, une température brumeuse influaient, disait-on, sur son développement; mais P. Franck a trouvé qu'en Italie il y a plus de diabétiques que dans le Nord et qu'à Paris. Asselin, pendant cinquante-trois ans, ne l'observa qu'une seule fois à l'Hôtel-Dieu. M. Mialhe émet cependant la proposition suivante comme un fait : le diabète est vingt fois plus commun qu'on ne le suppose. Qu'on n'oublie jamais, dit Hufeland, cette règle importante de pratique : il faut toujours analyser l'urine d'un individu atteint de marasme, et qui ne présente pas de symptômes d'affections de poitrine ou d'autres maladies locales. On a vu des gens mourir de diabète sans que le médecin en ait soupçonné l'existence, parce que souvent la quantité d'urine n'est pas augmentée d'une manière appréciable.

On a cru que les acides pris à l'intérieur causaient quelquefois

(1) Voir le numéro du 24 janvier.

le mal, et on l'a vu guérir lorsque l'on donnait de l'acide chlorhydrique aux malades. Il est très-probable qu'un régime exclusivement végétal et principalement composé de substances sucrées et amilacées est apte à produire la saccharurrhée; nous verrons bientôt, en effet, qu'une telle diète fait souvent reparaître le sucre dans l'urine; mais enfin les observations exactes manquent sur ce point. Rollo a même accusé (sans doute fort à tort) le régime animal de donner lieu au diabète. Les boissons abondantes sont *en théorie* des circonstances propres à le produire. Cullen et Bosquillon n'hésitent pas à admettre le fait comme réel. La grossesse, les fièvres d'accès, les coups, les chutes, la néphrite, etc., ont été regardés comme autant de causes efficientes de la maladie; mais toutes ces assertions reposent sur des probabilités ou sur des faits isolés dans lesquels certains individus ont été atteints de saccarurrhée. Enfin, il est curieux de noter, comme question d'hérédité, qu'Isenflamm a vu sept personnes, appartenant à la même famille, être affectées de diabète. Rollo et P. Franck citent des faits du même genre.

Pathogénie. — Dupuytren et Thénard attribuaient à un état particulier des reins, à une perversion de leur action, la présence du sucre dans l'urine. On n'a pas prouvé le moins du monde que cette opinion ne fût pas juste. Les altérations observées sur les cadavres ont presque toujours été en rapport avec des néphropathies. Dans quelques cas où l'on n'en a pas trouvé, les nécroscopies ont pu être mal faites. D'ailleurs est-il bien facile de savoir au juste si dans ces faits exceptionnels le rein était altéré ou non? Bien que le plus grand nombre des chimistes n'aient pas extrait de sucre du sang des diabétiques, ou ne nie pas pour cela que le sang ne contienne aussi de la matière sucrée. Or, si le rein n'a pas toujours été reconnu malade, s'ensuit-il de là qu'il ne l'ait pas été? S'est-on servi de l'examen microscopique après la mort pour savoir si dans les circonstances où l'organe paraissait sain la substance sécrétante n'était pas altérée dans sa texture? On n'a pas précisé pendant la vie le volume de la glande urinaire. Tout manque donc pour élucider la question.

Je ne veux pas omettre cependant de mentionner dans cette leçon les très-beaux travaux sur la présence du sucre et de l'albumine dans l'urine et sur certaines affections du foie dont l'éminent physiologiste, M. Cl. Bernard, a récemment enrichi la science. Je vous renvoie à ses recherches; elles offrent le plus grand intérêt.

Thérapeutique. — Dès les temps antiques, on a d'abord cherché à combattre le diabète par un régime convenable. Celse recommande les frictions, les aliments astringents, le vin, etc. Alexandre de Tralles insiste sur les aliments nutritifs, tandis que Aëtius propose les rafraîchissants. Rollo établit les deux indications principales que M. Bouchardat a fait valoir depuis, c'est-à-dire de prévenir le développement de la matière sucrée, de détruire l'action morbifique de l'estomac; aussi prescrit-il un régime essentiellement animal.

Nicolas et Guendeville, et surtout Dupuytren, insistèrent largement sur cette diète et sur l'usage des aliments azotés à l'exclusion des autres. M. Bouchardat modifia le traitement précédent. Il suffit, suivant lui, pour guérir les malades de supprimer complétement les boissons et les aliments sucrés ou féculents qu'ils prenaient auparavant.

Après douze heures de ce régime, la soif s'apaise, les urines reviennent peu à peu à leur état normal, l'appétit se restreint dans ses limites ordinaires et le malade se rétablit. La plupart des auteurs et des praticiens ont adopté le traitement diététique de M. Bouchardat. On a cité de remarquables cas de guérison par cette méthode, et pour moi je n'hésiterais pas à l'adopter, car son emploi n'offre aucun danger.

Les saignées générales ont été proposées et employées par Prout, Hufeland, Bedingfield et Watt, Houllier et Duret. M. Dezeimeris, entraîné par les idées du temps, a préconisé l'ensemble des moyens antiphlogistiques, ce qui est peu en rapport avec ce que l'on sait de nos jours sur la saccharurrhée.

Quant aux médicaments empiriques, il suffit de lire Sydenham pour voir à quel point les meilleurs esprits peuvent s'égarer dans les prescriptions qu'ils en font. Les acides nitrique, sulfurique, phosphorique, l'eau de chaux, la magnésie, les astringents, les toniques, et spécialement le quinquina, le fer, les purgatifs, les vomitifs, les diaphorétiques, les diurétiques, les cantharides, la térébenthine, le copahu, le cubèbe, le colchique, le camphre, le soufre, le cuivre, le mercure, la pommade d'Autenriesh en friction, les bains, etc., ont été tour à tour mis en usage, et cela tantôt isolés, tantôt combinés les uns avec les autres. Le colombo et l'iodure de fer ont été utilement employés. L'opium donné à de hautes doses a paru utile à un très-grand nombre d'auteurs. Tomasini en a porté la dose jusqu'à 3 grammes. M. Bouchardat s'est servi de la créosote, parce qu'elle arrête la fermentation sucrée de la fécule. M. Ségalas a prescrit l'urée.

Il résulte de tout ce qui précède que le traitement empirique de la saccarurrhée est tout à fait problématique; qu'on ne doit y avoir recours que dans les cas où les méthodes rationnelles indiquées par Rollo, Thénard, M. Bouchardat ont échoué, et qu'il faut, si jamais on le tente, en subordonner la continuation à l'expérimentation journalière, qui constaterait les modifications avantageuses survenues dans la composition de l'urine.

Ajoutons enfin que dans le traitement de la saccarurrhée, il faut toujours faire marcher de front :

1° Celui de l'hyperurrhée, dans lequel l'abstinence des boissons joue un rôle si important;

2° Celui des autres états organo-pathologiques qui coexistent si fréquemment du côté de l'appareil respiratoire et du tube digestif.

HOPITAL St-ANDRÉ DE BORDEAUX. — M. DUPONT.

Dyspnée. — Contracture de la jambe sur la cuisse. Inhalations de chloroforme.

Une jeune fille de dix-neuf ans entra à l'hôpital le 22 mai 1854. Irritable et impressionnable à l'excès, elle présentait les signes d'une bronchite aiguë, avec très-grande difficulté dans la respiration. De plus, elle se plaignait d'une névralgie intercostale fort douloureuse.

Les émollients et quelques antispasmodiques triomphèrent aisément de ces accidents. Mais bientôt la névralgie se déplaça, et une douleur très-vive se fit ressentir dans la région lombaire, s'irradiant de l'épine dorsale à la région abdominale, puis gagnant la cuisse et s'étendant le long des nerfs sciatique et crural, pour envahir ensuite la jambe et le pied tout entier. Bientôt la jambe se fléchit sur la cuisse, et, malgré les vésicatoires avec la morphine, les sangsues, les liniments, l'électricité même, et les cautères le long de la colonne vertébrale, la contracture continua, et la paralysie de la sensibilité survint à la région antérieure de la jambe, à la malléole interne et le long de la face dorsale du pied.

Tel était l'état de la malade vers le mois d'octobre, lorsque tout à coup, à cette contracture, qui depuis longtemps fixait l'attention du médecin, vint se joindre un violent accès de dyspnée. Sa respiration était courte, très-précipitée, bruyante; il n'y avait pas de toux; mais elle poussait de temps en temps un petit cri, semblant partir du larynx. Les phénomènes généraux ne répondaient pas à cet état de dyspnée si grand, et la malade n'avait pas l'air trop préoccupé. Cependant les antispasmodiques et les révulsifs échouèrent complétement. Alors, M. Costes ayant conseillé de recourir aux inhalations de chloroforme, on y procéda malgré la résistance de la malade, qui continua à pousser des cris, bien que sous l'influence du chloroforme. Au bout de quelques secondes, elle étendit sa jambe depuis si longtemps contracturée, et, quand elle se réveilla, non-seulement elle pouvait mouvoir et étendre le membre si longtemps fléchi, mais encore la dyspnée avait presque entièrement cessé. Au bout de quelques jours, la respiration était tout à fait naturelle, et cette jeune fille put sortir de l'hôpital entièrement rétablie; il n'y a point eu de récidive.

(*Journal de méd. de Bordeaux.*)

DE LA SUTURE PROFONDE,

Par M. le Dr HEURTELOUP.

L'une des plus grandes nécessités de la chirurgie et l'un de ses plus grands buts, est la réunion des parties molles incisées volontairement ou divisées par des circonstances accidentelles.

Le moyen le plus fréquemment employé pour obtenir cette réunion est la *suture*, ou la réunion des parties au moyen de liens qui les rapprochent et les rendent solidaires.

Ces liens s'appliquent aux lèvres des plaies, rapprochent ces lèvres, les affrontent et les maintiennent jusqu'à agglutination.

Parmi ces liens, le plus fréquemment employé est celui que l'on appelle *suture entortillée*, qui consiste à percer avec une épingle les lèvres de la plaie à peu de distance de ses bords, et à rapprocher ces lèvres au moyen d'un fil qui, embrassant alternativement chacune des extrémités de l'épingle, forme une masse de fils disposés en huit de chiffres.

Cette suture, qui rend journellement de grands services, laisse pourtant bien souvent beaucoup à désirer.

1° Affrontant les bords de la plaie sans affronter ses parties profondes, elle est en opposition d'effet avec une des premières lois de la chirurgie, qui est de faire réunir la plaie du fond à la superficie et de la cicatriser de dedans en dehors.

2° Elle a donc pour résultat de ne pas mettre en contact les parois du fond des plaies tout en mettant en contact la partie de ces plaies la plus rapprochée de l'extérieur; de là imminence de clapiers, de fusées, et retard dans la cicatrisation, si ce n'est plus.

3° N'affrontant que les lèvres de la plaie qui, *dans le cas de perte de substance*, tendent à s'éloigner *avec force* l'une de l'autre, la cicatrice, lorsqu'on enlève les épingles, ce qu'il est de règle de faire après un temps assez court, n'a pas assez de force pour empêcher l'éloignement de ces lèvres, et alors la cicatrice se rompt quelquefois, ou bien, sortie linéaire des mains du chirurgien, elle prend de jour en jour une largeur plus grande, devient plus mince, plus rouge, et prend un aspect moins avantageux.

4° Comme ces points de suture sont séparés et espacés, il s'ensuit que spécialement dans le cas de perte de substance, la réunion se fait au point de contact, mais ne se fait pas dans les intervalles, qui, particulièrement dans le cas indiqué, présentent des bouches ouvertes, ne se réunissent pas, s'emplissent d'une suppuration qui les maintient humides et écartées, et ne se réunissent qu'à la longue et par seconde intention. De là, *réunion irrégulière.*

5° Comme les chirurgiens reconnaissent, en général, la tendance de la suture superficielle à rapprocher les bords des plaies et à ne rapprocher qu'imparfaitement leur partie profonde, ils veulent combattre cette tendance génératrice des clapiers par ces pansements compliqués, difficiles, très-longs, échafaudés, souvent impossibles, très-souvent illusoires, dans lesquels la compresse graduée joue un si grand rôle.

Ce sont principalement ces cinq inconvénients que je sépare pour être méthodique, mais qui s'enchevêtrent l'un dans l'autre, qui m'ont engagé à examiner si on ne pouvait pas apporter à la chirurgie, dans le cas de plaies profondes, surtout compliquées de perte de substance, ce qui rend difficile le rapprochement et le contact des parois, un moyen mieux approprié pour obtenir un rapprochement plus prompt, plus sûr, plus immédiat dans le fond des plaies, plus large, moins encombré d'aiguilles et de fils, moins agressif contre les lèvres des plaies, et surtout qui n'ait pas besoin de cet appareil difficile et compliqué de pansement d'un emploi difficile, *surtout à l'armée*, que l'on cherche à opposer à ces canaux générateurs de clapiers, le désespoir des chirurgiens.

C'est ce que j'ai voulu obtenir au moyen de la *suture profonde*, moyen de réunion que j'ai cherché à rendre aussi simple et aussi efficace que possible.

Voici en quoi consiste cette suture, que j'ai appelée *profonde* parce que, contrairement aux sutures généralement connues et employées, elle rapproche du fond au sommet et du dedans en dehors, et que conséquemment son action doit se passer profondément.

Chacun sait que lorsque le chirurgien veut appliquer la suture superficielle, il prescrit à son aide de rapprocher les bords de la plaie en appliquant les doigts à une distance plus ou moins considérable des bords, afin de rallier les tissus éloignés et de les faire concourir au rapprochement. Il n'est personne qui n'ait été frappé de la précision quelquefois extraordinaire avec laquelle les bords venaient s'affronter sous une pression intelligemment faite, et à qui il ne soit arrivé de se dire, que si la plaie pouvait être maintenue dans cet état par des mains patientes, la plaie serait bientôt réunie.

Eh bien, ce sont ces mains intelligentes et patientes que je me suis proposé de remplacer, et voici comment :

A l'endroit où pressent les doigts opposés de l'aide, à la base de la montagne que forment les tissus comprimés, ramassés et rapprochés, je passe une aiguille courbe, la concavité regardant l'ouverture de la plaie. Cela fait, je glisse sur les deux extrémités de cette aiguille, qui est en argent, deux pièces également en argent, ou mieux en métal inoxydable dont je vous parlerai plus tard. Ces deux pièces, destinées à remplir les fonctions des doigts de l'aide, glissant sur l'aiguille, se rapprochent l'une de l'autre par une pression méthodique opérée sur les tissus, et la maintiennent dans la position désirée. Munies chacune d'une vis de pression qui agit sur l'aiguille, ces deux pièces sont fixées à volonté à des distances variables, et permettent conséquemment d'obéir à toutes les circonstances qui dérivent de l'augmentation ou de la diminution du volume des tissus.

Cette aiguille ainsi placée, ou ces aiguilles ainsi placées, car on peut en mettre plusieurs, voici quels sont leurs effets, que j'exprime en suivant l'ordre des reproches que j'ai adressés en commençant à la suture superficielle.

1° Affrontant les parties profondes de la plaie sans affronter les parties superficielles, la suture profonde est en relation d'effet avec une des premières lois de la chirurgie, qui est de faire réunir la plaie du fond à la superficie et de la faire cicatriser du dedans au dehors;

2° Elle prévient les clapiers et les fusées, accélère la cicatrisation, prévient les accidents de la résorption purulente;

3° Rapprochant les tissus sur une large surface, la suture profonde forme des cicatrices vraies ou par première intention dans une *large étendue*, et les réunions qui en dérivent ne sont pas sujettes à se détruire, soit par ruptures subséquentes, soit par extensibilité et amincissement du tissu cicatriciel.

4° Affrontant les bords des plaies à distance, ces bords se réunissent d'une manière plus franche et plus immédiate, car elles ne sont pas sillonnées, transpercées et abcédées par des aiguilles et des fils.

5° La suture profonde maintenant le fond des plaies en contact, fait éviter la nécessité d'employer tous les appareils imaginés pour arriver à cet important résultat, et peut-être lorsqu'elle sera bien étudiée fera-t-elle éviter une grande partie des pièces de pansement qui deviennent souvent nécessaires pour obvier aux accidents inflammatoires que produisent des agents de contention trop multipliés et trop aggressifs pour les tissus qu'ils transpercent.

Telle est l'idée la plus générale que je puisse donner de la *suture profonde*, idée générale à laquelle je crois devoir borner la présente communication, car on comprendra que ce nouveau mode de contention des plaies devra s'entourer de beaucoup de détails, si l'on considère les cas nombreux où elle pourra être d'un utile emploi, les cas où elle balancera ou assistera les autres moyens de contention, et surtout les circonstances multipliées et complexes qui se présenteront dans l'étude de ce nouveau moyen chirurgical sous les cinq rapports principaux auxquels je viens de toucher d'une manière plus particulière. Tous ces points donneront lieu à des communications subséquentes et séparées.

Je finis cette note préparatoire en faisant remarquer que je n'entends pas, en proposant la suture profonde, renverser ce qui est; j'amène seulement des troupes fraîches pour joindre aux anciennes, sans nier la valeur et les services de ces dernières.

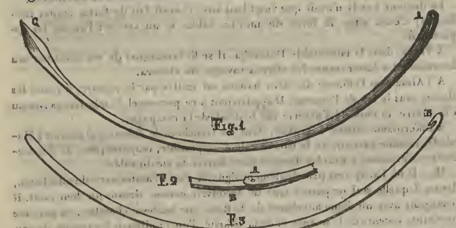
Je ne doute pas que si elles ont été d'un utile emploi dans mes mains, elles ne triplent de valeur dans des mains plus habiles et plus expérimentées.

Dans une prochaine note je m'occuperai des moyens d'exécuter la suture profonde, des mécanismes les mieux appropriés. Je me borne pour le moment à décrire sommairement les instruments que j'emploie, sans entrer dans des détails qui distrairaient de l'idée principale.

Des instruments propres à pratiquer la suture profonde. —

Comme je l'ai défini, pour pratiquer la suture profonde, une aiguille courbe de contention se place à la base de la pyramide faite par les chairs rassemblées et réunies par les mains de l'aide. Cette aiguille courbe est constituée par deux parties, une en acier qui perce les tissus, une autre en argent qui suit la première et qui est destinée à rester dans la plaie pour servir au maintien des chairs. J'appelle la première l'aiguille *conductrice* et la deuxième l'aiguille *à demeure*. Je vais les décrire. (Pl. 1re.)

De l'aiguille conductrice. (Pl. 1re, fig. 1.) — Cette aiguille décrit une courbe de 6 centimètres de rayon ; elle a à peu près une longueur entre le tiers et les deux tiers de la circonférence qui



résulterait de ce rayon, ce qui lui donne à peu près entre 6 et 12 centimètres de longueur.

Cette aiguille présente trois parties : la pointe C, le chas A et le corps. La pointe est lancéolée, très-tranchante à son extrémité comme sur les ailes ; elle est plus large que le corps de l'aiguille. Le corps est large de 3 millimètres, épais de 1 millimètre. Le chas A a une disposition particulière. Il n'est pas percé suivant son épaisseur, il l'est suivant sa largeur. Percé n'est pas le mot, car ce chas, fendu dans le sens de sa largeur, présente deux languettes séparées par un espace. Ces deux languettes sont percées par un trou dans lequel passe une goupille ; cette goupille sert à accrocher l'aiguille *à demeure*. (Pl. 1re, fig. 2, A.)

De l'aiguille à demeure. (Pl. 1re, fig. 3.) — L'aiguille *à demeure* n'est pas, à proprement parler, une aiguille ; c'est une tige plate et large en argent, de même dimension que l'aiguille *conductrice*. Elle est courbe sur le même rayon. Ses lignes sont parallèles d'un bout à l'autre. Un bout est mousse, l'autre bout présente un crochet (fig. 3, B) ; ce crochet est plat suivant le plat de l'aiguille, il est mince également suivant ce plat, et cette *minceur* permet d'introduire le crochet dans le chas de l'aiguille *conductrice*. (Fig. 2, A.)

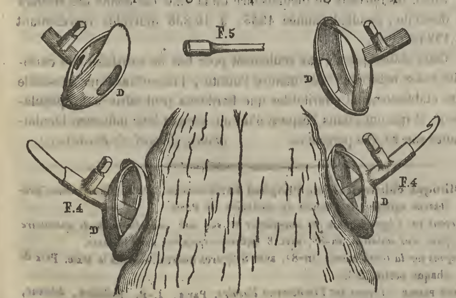
L'aiguille *conductrice* et l'aiguille à *demeure*, courbées suivant la même circonférence, forment, lorsqu'elles sont accrochées l'une à l'autre, un cercle parfait ; cette circonférence exacte fait que là où un point du tout a passé, les autres points suivent exactement.

Les deux aiguilles s'accrochent l'une à l'autre avec facilité, en insinuant le crochet de l'aiguille à *demeure* dans le chas de l'aiguille *conductrice* et en faisant entrer la goupille de celle-ci dans le crochet de celle-là. (Fig. 2, A.)

Manière d'introduire l'aiguille conductrice dans les tissus. — C'est le chirurgien lui-même qui étudie la manière de rapprocher les tissus ; il les met dans différentes conditions de rapprochement pour choisir la meilleure, c'est-à-dire celle qui présentera une chance de réunion plus large, plus exacte et plus profonde. Lorsqu'il a fini son étude, il cherche à maintenir les tissus au moyen de deux doigts *uniques* opposés, et si ces deux doigts opèrent à *eux seuls* un rapprochement convenable, c'est à l'endroit où sont ces deux doigts que l'aiguille conductrice doit être placée. Elle doit entrer par la place occupée par un doigt et sortir par la place occupée par l'autre doigt. Pour cela, l'aide embrasse les tissus avec ses doigts en les posant autre part qu'à la place d'élection afin de *laisser cette place libre*, et les maintient en position pendant que le chirurgien passe l'aiguille *conductrice*.

Aussitôt cette aiguille *conductrice* passée, il accroche l'aiguille à *demeure*, et faisant décrire aux deux aiguilles un cercle parfait, il tire cette dernière qui remplace la première ; il sépare les deux aiguilles en les décrochant, et l'aiguille à demeure reste dans les tissus. C'est alors que, l'aide maintenant toujours les chairs en position, le chirurgien glisse sur les deux extrémités de cette aiguille à demeure les deux pièces de contention que je vais décrire.

Des pièces de contention. — J'ai appelé ces pièces pièces de *contention* non pas seulement parce qu'elles sont destinées à maintenir les tissus en contact, mais aussi parce que, mobiles, elles peuvent obéir à tous les degrés de pression que le chargement de volume des tissus peut exiger. J'emploie deux genres de pièces de



contention, l'une qui presse et contient en agissant sur la ligne même de l'aiguille à *demeure* (pl. 2, DDDD), et l'autre qui porte son action à quelque distance de cette aiguille et sur ses deux côtés.

La pièce de *contention* présente trois propriétés :

1° Remplaçant les doigts, elle est arrondie et lisse ;

2° Tout en prenant son point d'appui sur l'aiguille à demeure, elle ne bouche pas cependant le trou fait par cette aiguille ;

3° Et elle se fixe à volonté sur un des points de cette aiguille.

La pièce de *contention* qui agit sur la ligne même de l'aiguille à *demeure* présente deux montants qui se continuent avec la gaîne qui reçoit l'aiguille et qui font corps avec la pièce en coquille qui presse sur les tissus. Cette pièce est percée d'un trou par lequel le pus s'écoule facilement, bien qu'il y ait une pression exercée tout près de l'aiguille.

La pièce de *contention*, qui porte son action à *quelque* distance de l'aiguille à demeure (pl. 3), étend ses deux coquilles à droite et à gauche. Ces deux coquilles n'ont pas de trous, car l'espace qu'elles laissent entre elles permet au pus de s'écouler avec facilité. Ces coquilles sont réunies à la gaîne qui glisse sur l'aiguille à *demeure* au moyen d'une traverse qui les rend solidaires.

Enfin, il est une troisième pièce de *contention*, mais qui est exceptionnelle, c'est celle qui, au lieu d'agir sur les parties latérales de l'aiguille à demeure, agit au-dessous de sa convexité ; alors sa coquille est placée dans ce sens. Toutes les coquilles de ces pièces peuvent être allongées, et alors, prenant sur un plus grand espace, elles maintiennent les tissus dans une plus grande longueur, et, au moyen de la large contention que ces coquilles permettent, il n'est nécessaire que de poser une aiguille pour réunir une plaie largement béante.

On peut faire des coquilles à rallonges.

J'ai fait faire des coquilles en bois et en caoutchouc comme celles que je vous présente, mais le métal inoxydable vaut mieux ; très-poli, très-arrondi et se maintenant propre, il est d'un meilleur usage.

Dans le principe, j'avais disposé les pièces de contention avec une vis présentant une tête que pouvaient tourner les doigts, mais cela encombrait ; ces vis projetaient trop, et j'ai dû en placer de courtes sur les gaînes, que je tourne maintenant avec une petite clef ; je vous la présente. Cette clef a une force suffisante pour mouvoir les vis, et c'est un point important (l'extrémité de cette clef est dessinée sur la pl. 2, fig. 5).

Lorsque le chirurgien juge que la réunion lui paraît suffisante, il desserre les vis, recule les pièces de *contention*, et n'enlève jamais ces pièces et l'aiguille à demeure abruptement ; il desserre un jour, puis un second, puis un troisième, et produit l'effet que j'appelle de seconde intention.

EMPOISONNEMENT PAR LE CARBONATE DE PLOMB.

Emploi du persulfure de fer hydraté.

Par M. LEPAGE, pharmacien à Gisors.

On sait que MM. Sandras et Bouchardat ont préconisé le persulfure de fer hydraté comme contre-poison de plusieurs sels métalliques, et notamment des sels plombiques. Le fait suivant, que nous avons eu l'occasion de constater, semble militer en faveur des bons effets de cet antidote :

Le samedi 17 avril 1847, la famille D..., de la commune d'Hébécourt, canton de Gisors, composée de quatre personnes, fut subitement atteinte de violentes coliques et de vomissements ; ces coliques et ces vomissements persistèrent pendant la nuit. La famille D... attribua les accidents qu'elle éprouvait à l'usage du pain qu'elle avait fait confectionner la veille, pain qu'elle trouvait doué d'une saveur insolite particulière.

Le lendemain 18, une certaine quantité de ce pain nous fut apportée, avec prière de rechercher, s'il y avait lieu, quelle était la substance malfaisante qu'on avait pu y introduire.

Après divers essais, nous constatâmes que ce pain renfermait un composé plombique, la céruse ou carbonate de plomb. Ce composé vénéneux était en si grande quantité dans le pain soumis à notre examen, qu'en traitant par l'acide azotique le produit de la calcination de 250 grammes de mie, nous pûmes en retirer plus de 3 grammes d'azotate de plomb cristallisé.

Ce résultat obtenu, nous nous empressâmes d'en faire part au médecin qui avait été appelé à donner ses soins à la famille D..., afin de le mettre à même d'appliquer le traitement convenable. Mais au moment où nous communiquâmes au docteur le résultat de notre analyse, trois des membres de la famille D... avaient éprouvé un mieux sensible ; ils ne ressentaient plus que quelques légères coliques qu'un purgatif de sulfate de soude fit cesser.

Au contraire, la demoiselle de la maison, jeune fille de dix-neuf ans, qui avait mangé un *flan* d'un volume assez considérable, confectionné avec la même farine que celle qui avait servi à faire le pain, était toujours sous l'influence de coliques atroces, accompagnées d'une constipation opiniâtre. On provoqua des évacuations à l'aide de l'huile de croton et du sulfate de soude ; puis on soumit la malade à l'usage du sirop de persulfure de fer hydraté. Sous l'influence de ce traitement, les coliques disparurent bientôt ; mais la malade s'étant dégoûtée du sirop, crut pouvoir en cesser l'usage : aussi fut-elle atteinte de nouvelles coliques, qui se dissipèrent pour ne plus revenir par l'usage réitéré et suffisamment prolongé du même médicament administré et par la bouche et en lavements.

Je dois mentionner ici qu'il est résulté de l'instruction de cette affaire, faite par les magistrats de l'arrondissement, que le fils aîné de D..., marié depuis plusieurs années à la fille d'un peintre d'un village voisin, avait à la dérobée mélangé une certaine quantité de céruse en poudre au sac à farine de son père dans le but d'empoisonner toute sa famille, dont il convoitait l'héritage. Ce misérable s'est expatrié pour se soustraire à l'action de la justice.

(*Journ. de chimie médicale.*)

MONSTRUOSITÉ PAR ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT (AGÉNÉSIE).

Par M. MOUSSAUD, D.-M.-P., à Mauzé, sur le Mignon (Deux-Sèvres).

Le 16 février 1856, à neuf heures du soir, Mme C... a mis au monde un enfant du sexe masculin qui présente des particularités remarquables.

L'enfant est à terme, son cri est fort, ses cheveux longs (35 millimètres) ; son poids, trois jours après la naissance, de 3 kilogrammes 150 grammes.

La tête et le tronc sont parfaitement conformés, les ouvertures naturelles libres ; aucune division anormale, et les fonctions s'accomplissent avec la plus parfaite régularité. Cet enfant paraît vivace et prend avec avidité le sein de sa mère.

Membres supérieurs. — Côté gauche. — Absence de l'avant-bras et de la main. Le bras se termine en pointe, en forme de cône tronqué, et présente une longueur de 5 centimètres à partir du creux de l'aisselle.

Côté droit. — Le membre est complet, à l'exception du doigt médius.

Membres abdominaux. — Côté gauche. — Absence du pied et de la jambe. La cuisse présente un certain développement (8 centimètres à partir du pli de l'aine) et se termine en pointe, comme le bras correspondant. A la partie inférieure et postérieure de ce membre, on remarque un prolongement cutané, pédiculé, en forme de grosse verrue. Cet appendice a 2 centimètres de long sur 3 de circonférence ; il y a été appliqué une ligature.

Côté droit. — Ici on trouve une cuisse et une jambe, mais l'une et l'autre à l'état rudimentaire, et séparées par une articulation assez mobile. La cuisse est plus courte et moins forte que celle du côté opposé ; elle a 5 centimètres du pli de l'aine au genou. Quant à la jambe, elle a à peu près la même longueur, se termine en pointe, et présente à son extrémité terminale un appendice cutané du volume d'une petite noisette.

Cette observation me paraît offrir un cas remarquable d'arrêt de développement chez le fœtus.

Ainsi que cela arrive dans le plus grand nombre des cas, l'*agénésie* est plus prononcée du côté gauche que du côté opposé.

La femme C... est âgée de trente ans ; elle était déjà mère de deux enfants (filles) bien conformés. Cette femme ne cesse de déplorer son malheur, et l'attribue (comme il est d'usage en pareil cas) à ce qu'elle a vu et fixé attentivement, dans le cours de sa grossesse, un mendiant qui était privé de ses membres.

CONCRÉTION PIERREUSE DES FOSSES NASALES,

Par le docteur KOSTLIN.

Un homme d'un âge mûr fut pris d'un coryza qui revêtit bientôt un caractère inquiétant, en ce que cet homme s'aperçut que le passage de l'air devenait de plus en plus difficile. On crut d'abord à un polype, mais les tentatives d'extraction furent inutiles ; la narine gauche restait entièrement bouchée et était devenue très douloureuse ; elle donnait sans cesse issue à une matière liquide, purulente et infecte.

L'auteur ayant été appelé en consultation, découvrit au sommet de la fosse nasale un corps dur qui la remplissait presque entièrement ; la sonde, en heurtant contre ce corps, rendait un son analogue à celui que l'on perçoit avec une sonde vésicale lorsqu'il existe une pierre dans la vessie. Le malade disait avoir rendu la veille une très-petite concrétion cristalline. L'extraction de ce corps étranger fut accompagnée de quelques difficultés ; cependant l'auteur parvint à le faire sortir, et son issue fut suivie de l'écoulement d'une assez grande quantité de pus. La concrétion avait la grosseur d'une noisette et pesait 16 grains ; elle était inégale, rugueuse et amorphe, c'est-à-dire qu'elle n'était pas formée de couches. Elle se dissolvait complétement dans l'acide nitrique, et l'acide oxalique produisait un précipité de chaux. Quand on eut dissous la substance inorganique qui constituait la concrétion, on fut fort étonné de trouver pour résidu un grain de raisin. Le malade se souvint que vers la fin de septembre, en mangeant du raisin, un grain avait pénétré dans les narines ; ce fut au commencement d'octobre qu'il ressentit la première gêne dans la respiration, et au mois de décembre seulement qu'on reconnut la nature de cet obstacle au passage de l'air.

Le grain de raisin arrêté dans la fosse nasale a donc servi de noyau de cristallisation autour duquel se sont déposées les molécules organiques. Seulement on ne comprend pas que le malade n'ait pas senti tout d'abord la présence d'un corps étranger dans la narine et n'ait pas fait tout son possible pour en provoquer la sortie.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 février 1856. — Présidence de M. BUSSY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet des rapports :

1° De M. le docteur Carteron (de Rouilly), sur une épidémie de fièvre typhoïde.

2° De M. le docteur Carel (de Napoléonville), sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Faonit.

3° De M. le docteur Fouquet, sur deux épidémies de coqueluche et de dyssenterie qui ont régné dans l'arrondissement de Vannes.

4° De M. le docteur Heulhard-Darcy, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans différentes communes de l'arrondissement de Clamecy.

5° Le tableau des épidémies observées dans le département de la Haute-Vienne en 1855.

6° Un rapport administratif énumérant les communes du département des Deux-Sèvres qui ont été envahies par le choléra et la fièvre typhoïde.

7° Un rapport de M. le docteur Privat, sur une épidémie de suette, et un deuxième rapport du même médecin sur les eaux minérales de Malon-le-Bas (Hérault) en 1854.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Herpin adresse un pli cacheté contenant l'indication sommaire d'un progrès nouveau dans le traitement de l'épilepsie.

— M. le docteur Apostolidès adresse une note sur le traitement de l'ophthalmie par l'occlusion.

— M. le docteur Cambay, médecin en chef de l'hôpital militaire de Péra, à Constantinople, adresse une note sur l'efficacité du sulfate de quinine dans les cas de typhus comateux.

— M. Dietrich, pharmacien à Paris, communique une note sur un nouveau mode de plombage des dents avec le mastic *odonto-plastique.* (Commissaires : MM. Malgaigne et Oudet.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la nouvelle perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Bonastre, membre de la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

M. le président rappelle, à cette occasion, qu'il y a actuellement six vacances au sein de l'Académie. Une commission de onze membres devra être nommée dans la prochaine séance pour désigner les sections auxquelles devront être affectées ces vacances.

— L'Académie devant se former en comité secret à quatre heures pour entendre le rapport de la section de pharmacie sur les candidats, la discussion sur le traitement des ophthalmies par l'occlusion, qui devait avoir lieu aujourd'hui, est renvoyée à la séance prochaine.

RAPPORT.

M. H. Gaultier de Claubry lit un rapport sur un mémoire de M. Langlois ayant pour titre : *Du rôle de l'acide carbonique en présence des alcalis végétaux.*

Les bases organiques végétales avaient été regardées comme impropres à s'unir à l'acide carbonique. M. Langlois a démontré qu'à la faveur de l'acide carbonique ces bases pouvaient se dissoudre dans l'eau en proportions assez considérables lorsqu'elles étaient hydratées. Etudiant depuis ce genre de réaction, il a vérifié ce fait important que la quinine pouvait former un carbonate. Le carbonate de quinine que ce chimiste a obtenu fournit des cristaux dont la forme n'a pas été déterminée; transparents à l'état hydraté, devenant opaques par efflorescence, l'eau et l'alcool les dissolvent facilement; ils sont insolubles dans l'éther; à une température de 100°, ils perdent constamment leur acide et laissent la base fondue.

M. Langlois pense que le carbonate de quinine pourra être utilisé en médecine, et que la facile solubilité de la quinine dans l'eau chargée d'acide carbonique rendra plus facile l'administration de cet alcali, qui à l'état de sulfate ne se dissout qu'en faible quantité, d'où résulte qu'on a proposé d'y ajouter une proportion de son propre acide pour le transformer en un sel très-soluble.

La substitution comme médicament du carbonate de quinine au sulfate, ajoute M. le rapporteur, mérite d'être étudiée; mais elle ne nous semble pas devoir être proposée tant que l'on ne se sera pas assuré si la base, qui perd avec facilité son acide carbonique, se dissoudrait aussi facilement dans le suc gastrique que le sulfate de quinine lui-même.

C'est, du reste, un objet sur lequel la thérapeutique seule est en droit de prononcer.

M. Langlois indique en passant une très-importante question clinique à la solution de laquelle l'existence bien constatée du carbonate de quinine pourrait servir, à savoir : Quel est l'équivalent de cet alcali s'il était bien prouvé que ce sel fût un carbonate neutre?

Des recherches nouvelles seraient nécessaires pour décider cette question. Dans l'état actuel des choses, les faits présentés par M. Langlois ne suffisent pas; mais, en continuant ses observations, il peut apporter à sa solution des éléments utiles.

Le mémoire de M. Langlois nous semble digne de l'approbation de l'Académie, à laquelle nous proposons de la lui accorder. (Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.)

LECTURES.

Aloétine, principe cristallisable de l'aloès — M. Robiquet, candidat pour la section de pharmacie, lit un travail ayant pour titre : *Recherches sur l'aloétine, principe cristallisable du suc d'aloès.*

Il y a une dizaine d'années, dit l'auteur, j'ai publié un premier travail sur l'aloès, et j'étais arrivé, entre autres résultats, à prouver que :

1° Le suc d'aloès existe dans les diverses variétés d'aloès à l'état de liquide incolore, acquérant à la suite d'une absorption d'oxygène l'aspect et la constitution chimique que nous lui connaissons;

2° L'aloès succotrin contient un principe immédiat auquel j'ai donné le nom d'aloétine, uniquement formé de carbone, d'hydrogène et d'oxygène, mais qu'il m'avait été impossible de faire cristalliser.

En 1851, MM. Smith (d'Edimbourg) parvinrent à retirer l'aloétine de l'aloès-barbade et à le faire cristalliser.

J'explique dans mon mémoire pourquoi les aloès-barbade, hépatique, etc., etc. (tous ceux enfin qui sont opaques, à cassure cireuse et ont été préparés à froid), peuvent donner de l'aloétine cristallisable, tandis que tous les aloès translucides et vitreux, comme l'aloès succotrin, l'aloès du Cap, etc., etc., n'en donnent jamais trace.

Je donne une méthode très-simple pour préparer l'aloétine pure et je signale ses propriétés caractéristiques.

Il résulte de mes expériences que l'aloétine parfaitement pure est un purgatif tout à fait nul ou fort douteux. Il en est de même de la mannite par rapport à la manne. Pour rendre à l'aloétine sa vertu purgative, il faut qu'elle soit altérée par l'air et la chaleur.

Si l'altération est peu profonde, comme dans l'aloès-barbade, l'action purgative n'est accompagnée d'aucune douleur intestinale. Si l'altération est complète, l'action purgative est exaltée, et on ressent pendant qu'elle s'exerce des douleurs plus ou moins vives.

J'ai pesé 2 grammes d'aloétine pure, et j'en ai pris immédiatement 1 gramme sans être aucunement purgé.

Huit jours après, j'ai pris le second gramme, que j'avais eu soin d'exposer à l'action de l'air et de la chaleur jusqu'à ce qu'il soit complétement résinifié. L'action purgative ne s'est pas fait longtemps attendre et ne s'est arrêtée qu'après épuisement du canal digestif.

J'espère, enfin, que l'aloétine pure mêlée au fer réduit par l'hydrogène deviendra un précieux fébrifuge. (Renvoyé à la section.)

Application de l'électricité à certaines opérations chirurgicales. — M. Regnauld, candidat pour la section de physique et chimie, lit un mémoire sur les applications chirurgicales des phénomènes thermiques de la pile.

Depuis quelques années les applications de la chaleur due au passage de l'électricité à travers les conducteurs métalliques résistants ont attiré l'attention des chirurgiens, et plusieurs tentatives ont été faites pour substituer des fils de platine incandescents au cautère actuel. M. Regnauld lui-même, dès 1851, a proposé et exécuté un nouvel instrument de ce genre, et plusieurs essais généralement heureux ont été faits pour la première fois à Paris par M. le professeur Nélaton, dans le service de l'hôpital des Cliniques. M. Regnauld a pensé, dès l'origine, que ce moyen de cautérisation n'offrait que des ressources fort limitées à la thérapeutique chirurgicale. Les motifs de cette opinion, appuyée sur l'examen des conditions physiques délicates à apprécier, font l'objet de ce travail.

Il est à craindre que quelques applications suivies de résultats douteux ou d'insuccès ne portent les praticiens à rejeter complétement un moyen d'action qui peut avoir un certain degré d'utilité, si on sait en restreindre l'emploi et ne pas en faire le succédané du cautère actuel, dont il ne peut être considéré que comme l'auxiliaire dans quelques circonstances où ce dernier se trouve en défaut.

Le but que les chirurgiens veulent atteindre quand ils choisissent le cautère actuel de préférence aux caustiques potentiels ou chimiques, est parfaitement net et défini, il s'agit non-seulement de désorganiser, mais encore de détruire par une véritable ustion ou carbonisation certaines parties plus ou moins volumineuses avec lesquelles un instrument incandescent de forme convenable est mis en contact. La destruction des tissus morbides ou normaux doit être complète et rapide; et sans discuter ici les avantages de cette méthode, je crois que son principal mérite résulte de la limitation exacte des eschares produites, de l'absence d'hémorrhagies pendant l'application, et de la répulsion qu'inspire à juste titre l'emploi d'agents chimiques dont l'absorption peut avoir de graves inconvénients et même offrir de sérieux dangers.

Dans un mémoire présenté à l'Institut en 1855, M. Regnauld a insisté sur quelques avantages du cautère électrique; il signalera aujourd'hui les conditions auxquelles il ne peut satisfaire et les circonstances où son usage lui paraît offrir des difficultés. Ces résultats sont déduits d'expériences faites depuis la publication de son précédent mémoire. Il se propose de s'occuper d'abord, dans ce travail, de l'influence de la masse incandescente et de la nature du métal employé sur la cautérisation.

L'auteur résume son travail en ces termes :

1° Que les avantages de ce genre d'appareils (les piles voltaïques) résultent de leur faible masse, qui permet de les porter aux plus hautes températures sans avoir à redouter les effets du rayonnement sur les parties voisines de celle que l'on veut détruire ;

2° Que cette qualité même du cautère électrique le rend impropre à la destruction de tissus volumineux, cas où le cautère actuel reste seul efficace ;

3° Que cet instrument a une véritable supériorité sur les autres moyens pour les cautérisations exercées sur des surfaces peu étendues, situées dans le voisinage d'organes délicats ou dans la profondeur de quelques cavités naturelles ;

4° Que le mode le plus sûr d'application consiste à répéter successivement les contacts du stylet incandescent et de la partie sur laquelle on opère ;

5° Quant aux opérations où le fil de platine doit rester plongé dans les tissus (cautérisation de longs trajets fistuleux, excision et ablation de tumeurs volumineuses), sans nier absolument leur possibilité, j'ai déduit de mes expériences que l'opérateur se trouve entre deux écueils, ou de fondre le fil métallique, ou de ne pas le porter à la température nécessaire pour produire une vraie cautérisation. (Commissaires : MM. Velpeau, Guérard et Soubeiran.)

— A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret.

A plus d'une époque de la campagne d'Orient, je vous ai signalé les services éminents du corps médical français; trop souvent nous avons eu à raconter la fin prématurée de ces jeunes et intrépides médecins qui, à Gallipoli, dans la Dobrudja, en Crimée, dans les hôpitaux comme sur les champs de bataille, se dévouaient au salut des malades et des blessés. Aujourd'hui une nouvelle campagne a commencé pour le service de santé; le scorbut et les affections typhiques jettent dans nos hôpitaux un grand nombre de malades; les médecins de l'armée comme ceux de la marine luttent avec énergie contre le mal; leur zèle, leur abnégation ne se démentent pas; plusieurs d'entre ces hommes de bien viennent de succomber encore dans l'accomplissement de leurs devoirs.

Trois noms viennent s'ajouter aux trente-sept premières victimes : le docteur Lardy, mort il y a quelques jours à Constantinople; le docteur Dulac, mort hier en arrivant de Crimée; le docteur Leclerc, mort il y a six jours dans une ambulance de l'armée.

M. l'inspecteur général Baudens a tenu à honneur de suivre les restes du docteur Lardy, et de raconter cette existence si courte et si bien remplie. Nous sommes heureux de pouvoir reproduire le discours prononcé par M. Baudens sur la tombe du docteur Lardy :

Il y a peu de semaines, un pieux devoir, comme celui qui nous réunit aujourd'hui, m'inspirait en Crimée quelques paroles d'éternel adieu adressées à un médecin aimé et estimé de tous, au docteur Mercier, chef de l'une de nos ambulances de tranchée.

Un ami du défunt suivait tristement le convoi; sa douleur était si vraie, si profonde que l'assistance en était émue. Ce noble jeune homme, c'était le docteur Lardy.

Lui aussi va descendre dans cette tombe où l'ont précédé trente-sept médecins de l'armée. Santé, vigueur, jeunesse, secours, courage, abnégation, rien n'a pu le préserver.

Malgré sa belle et énergique constitution, il est tombé sur le champ de bataille de l'officier de santé militaire; il a subi l'influence miasmatique de l'hôpital pendant qu'il accomplissait un devoir sans autre témoin que Dieu et sa conscience.

Le docteur Lardy n'avait que vingt-huit ans; il avait fait de fortes études médicales; c'était dans la force du mot un soldat et un savant : l'avenir lui appartenait.

A Varna, dans la lamentable Dobrudja, il se fit remarquer de ses chefs par son dévouement à lutter contre les affreux ravages du choléra.

A l'Alma, où l'alliance des deux nations est scellée par la victoire, il panse les blessés sous le feu de l'ennemi. Il appartenait à ce personnel d'ambulances rompu à la guerre, et importé d'Algérie dès le début de la campagne.

A Inkermann comme à Traktir, dans les tranchées de Sébastopol comme à Malakoff, comme partout, on le trouve calme, impassible, toujours plein de dévouement et s'exposant à tous les dangers pour sauver la vie du soldat.

Mais là où Lardy s'est principalement signalé, c'est à l'ambulance du Clocheton, devant laquelle nul ne passait sans se découvrir comme devant un lieu saint. Il partageait avec un digne aumônier de la flotte une modeste chambre, et par une touchante entente de la science et de la charité, l'un prodiguait les trésors de son art, l'autre les consolations divines. On montre encore la paille sanglante sur laquelle il s'agenouillait jour et nuit pour panser d'horribles blessures, sans songer à l'épuisement de ses forces.

Un jour pourtant il fallut compter avec elles, et Lardy fut évacué sur les hôpitaux de Constantinople. Il était trop tard; l'empoisonnement miasmatique était si complet qu'il est mort presque en arrivant.

L'héritage de vos beaux états de service, Lardy, la médecine militaire les réclame comme votre plus beau legs. Vous ne le lui refuserez pas; car de corps et d'âme vous apparteniez à cette famille d'hommes modestes et de bonne renommée. Recevez par ma bouche le fraternel adieu de tous. Dieu, dans sa miséricorde et sa justice, récompensera votre fin prématurée.

Puisse votre sacrifice à la charité chrétienne être le dernier!

En terminant, nous avons une triste nouvelle à ajouter. Les sœurs de charité payent cruellement leur tribut aux maladies qu'engendre leur vie assidue au chevet de nos soldats. Nous annoncions lundi la mort de sœur Vincent ; deux de ses compagnes viennent de succomber encore. Quatorze de ces admirables filles ont dû être transportées dans l'hôpital de la communauté, et trois d'entre elles, plus gravement atteintes, sont restées dans les hôpitaux auxquels elles étaient attachées.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 20 février, l'Empereur a nommé officiers de la Légion d'honneur les médecins militaires dont les noms suivent :

M. Huard, médecin-major. A Malakoff, sous un feu des plus actifs, il a sauvé la vie à plusieurs blessés en leur portant secours dans les tranchées.

M. Raichon, médecin-major. Deux fois cité à l'ordre de l'armée. A rendu de grands services en Crimée.

— On a transporté aujourd'hui à l'Académie de médecine une statue en marbre du baron Larrey. Cette statue, due au ciseau de M. Robinet, est destinée à la salle des séances.

— La séance annuelle de la Société anatomique de Paris a eu lieu le 19 février, à la Faculté de médecine.

Une allocution de M. Cruveilhier, président actuel, qui a rappelé à la Société son origine, son but, la direction à suivre dans les travaux scientifiques, a été accueillie par de chaleureux applaudissements. Le secrétaire a donné ensuite lecture du compte rendu annuel des travaux, puis M. Gallard a prononcé l'éloge de Valleix, en qui la Société a perdu l'un de ses membres les plus éminents.

Le soir, un grand nombre de membres titulaires, adjoints et correspondants, se sont réunis, sous la présidence de M. Cruveilhier, dans un banquet que n'a pas cessé d'animer la plus franche cordialité.

— Voici le mouvement de la population des hospices de Bordeaux pendant l'année 1855 :

10,686 malades ont été traités dans les divers services de médecine, de chirurgie et d'accouchements de l'hôpital Saint-André.

L'hospice des Enfants-Trouvés a recueilli 1,159 enfants (706 abandonnés, 75 orphelins, 319 indigents, 59 teigneux). A ce nombre il faut joindre celui de 4,944 enfants nourris et élevés dans les campagnes, sous la tutelle de l'administration. L'hospice des Enfants-Trouvés n'est point consacré aux maladies du jeune âge ; mais une infirmerie particulière reçoit ceux qui, déjà placés dans la maison, tombent malades. Les services de médecine et de chirurgie y offrent un véritable intérêt. La commission administrative des hospices a, dit-on, le projet d'envoyer à la campagne tous les enfants valides pour les employer aux travaux de l'agriculture, et de créer un hôpital spécialement destiné aux maladies de l'enfance.

Deux hospices sont affectés, l'un aux incurables, l'autre aux vieillards. Le premier a eu 131 pensionnaires, et le deuxième 330.

225 femmes ont été reçues à l'hospice de la Maternité.

1,110 malades ont été traités à l'hôpital Saint-Jean (vénériens).

Enfin, les bureaux de bienfaisance de la ville ont donné des secours à domicile, pendant l'année 1855, à 10,835 individus représentant 4,138 familles.

Cette statistique n'a pas seulement pour but de satisfaire une curiosité assez naturelle ; elle montre l'utilité, l'importance incontestable des établissements charitables que Bordeaux peut offrir à la population, et qui ont, dans l'espace d'un an, étendu leur influence bienfaisante sur 29,420 personnes. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du son tympanique dans les épanchements pleurétiques, ou bruit dit skodique. — Sa signification et sa valeur séméiologique.

Un de nos honorables correspondants nous a écrit récemment pour nous demander des explications sur la signification du terme de *bruit skodique*, qui s'est introduit depuis peu dans le langage médical, et sur la valeur pratique du signe qu'il représente.

Avant de satisfaire à la question de notre confrère, nous devons d'abord le remercier de nous avoir fourni l'occasion de présenter ici un rapide résumé des travaux et des discussions dont ce point de diagnostic a été l'objet dans ces derniers temps. Si nous parvenons à exposer avec quelque clarté l'état de la science sur ce point, nous satisferons en même temps — nous l'espérons du moins —, la légitime curiosité de ce confrère, et probablement aussi celle de quelques autres, qui, sans nous avoir adressé la même question, ne sont vraisemblablement pas beaucoup plus fixés que lui sur ce point.

Dans un livre qui a eu un grand retentissement en Allemagne et Angleterre, et qui n'est connu que depuis un an à peine en France, grâce à la savante traduction de M. Aran, M. le professeur Skoda (de Vienne) a appelé l'attention des observateurs sur un grand nombre de faits d'auscultation et de percussion thoracique d'une importance pratique plus ou moins immédiate, et sur l'ensemble desquels il a cherché à fonder tout un système nouveau dans l'étude des bruits de percussion.

Nous n'avons à nous expliquer ici ni sur la valeur générale du livre de M. Skoda, qui a été l'objet d'une appréciation critique de la part d'un de nos collaborateurs, ni sur l'ensemble de ses idées en matière d'auscultation et de percussion. Parmi les nombreuses modifications et nuances de sons thoraciques dont M. Skoda a fait une étude spéciale, il en est une qui a plus particulièrement fixé l'attention des cliniciens, c'est le son que produit la percussion de la poitrine dans les épanchements pleurétiques, et qu'il désigne sous le nom de *son tympanique de la pleurésie*. C'est ce bruit que, par une sorte d'ellipse, quelques médecins ont pris l'habitude de désigner sous le nom de bruit skodique, dont nous avons seulement à nous occuper ici.

Il y a à établir trois points : le fait, son interprétation physique ou théorique et sa valeur séméiologique.

Tout le monde sait, depuis qu'on percute la poitrine, que lorsqu'il existe un épanchement pleurétique, la percussion donne un son mat dans toute l'étendue occupée par le liquide, et un son clair au-dessus. Si M. Skoda n'eût fait que confirmer ce fait par ses recherches, il n'y aurait pas eu lieu à inscrire dans les annales de la science une découverte nouvelle ; mais le savant professeur de Vienne a constaté que ce n'était pas seulement un son clair tel que le donne normalement le poumon appliqué immédiatement derrière les côtes, que l'on obtenait dans ce cas, mais un son plus clair qu'à l'état normal, une véritable exagération de sonorité, un son *tympanique*. Or, on comprend de suite les méprises et les erreurs de diagnostic auxquelles pourrait donner lieu la constatation de ce signe lorsqu'il se présente avec une certaine intensité, si l'on n'était prévenu de sa signification. Le petit épisode suivant, rapporté dans le temps par un de nos plus habiles stéthoscopiques, fera mieux sentir que tous les exemples que nous pourrions choisir la possibilité d'une confusion de ce genre.

« Etant allé voir M. Skoda à l'hôpital général de Vienne, dit M. Henri Roger, ce médecin, après m'avoir montré plusieurs cas intéressants d'auscultation, s'approcha d'un malade et se mit à percuter la poitrine. Un côté paraissait tout à fait sain ; l'autre, exploré dans la région antérieure, donnait en bas une matité complète, et en haut, depuis la clavicule jusqu'à la quatrième côte environ, une *résonnance évidemment tympanique*. On me demanda d'établir sur ces seuls signes le diagnostic le plus probable, et je répondis : *pneumo-hydrothorax*. Or, il s'agissait d'une simple pleurésie avec épanchement, ce que la marche de l'affection et l'ensemble des phénomènes confirma. »

Depuis que ces faits ont été connus en France, non-seulement de nombreux observateurs en ont vérifié l'exactitude, mais quelques-uns, sans réclamer formellement la priorité, ont déclaré avoir constaté déjà cette sonorité exagérée dans la pleurésie ; non point, il est vrai, comme un signe constant, mais plutôt comme un phénomène exceptionnel ou accidentel dont on n'avait pas cherché à se rendre compte. Quoi qu'il en soit, le fait est admis maintenant. Quelle en est la signification physique ou théorique? C'est ce qui fait l'objet, ainsi qu'on va le voir, de nombreuses dissidences.

Voici d'abord comment M. Skoda s'exprime lui-même sur ce point :

« Le son de percussion (dans la pleurésie) n'est pas altéré par le simple épaississement de la plèvre, non plus que par la présence d'une couche de plusieurs lignes d'exsudations liquides ou solides. L'exsudation peut avoir jusqu'à un pouce d'épaisseur sans qu'il en résulte aucune altération marquée dans le son. Cela dépend beaucoup de la condition du poumon, qui est situé derrière l'exsudation, et de la flexibilité et de la résistance des parois thoraciques. Lorsque le poumon s'est contracté à un plus petit volume, ou qu'il est comprimé, tout en contenant de l'air, il donne à la percussion un son plus tympanique, quelquefois nettement tympanique, et assez souvent plus fort que celui du poumon normalement distendu. Si le poumon est complétement privé d'air par la compression, il ne rend plus que le son fourni par la percussion de la cuisse. Une portion flexible du thorax, au-dessous de laquelle s'est faite une exsudation, donne un son tympanique à la percussion, pourvu que le poumon sous-jacent à l'exsudation ne soit pas privé d'air.

» L'épaisseur de la couche d'exsudation nécessaire pour faire rendre au poumon un son franchement tympanique est variable et ne saurait être déterminée d'une manière précise. Plus cet organe distendu contient de l'air, moins il contient de matériaux solides et liquides, plus grande est la contractilité, et plus il devra être réduit de volume pour donner lieu à un son tympanique, et par conséquent plus l'exsudation devra avoir d'épaisseur ; tandis que, d'un autre côté, lorsque le poumon est infiltré de sérosité ou autrement, ou qu'il a perdu sa contractilité, il suffit d'une petite quantité d'exsudation pour amener ce changement dans le son de percussion. Mais, à mesure qu'augmente l'épaisseur de la couche d'exsudation, le son fourni par la percussion devient plus sourd, de sorte qu'il arrive fréquemment qu'on ne peut plus reconnaître le caractère tympanique dans ce son de percussion sourd, etc. » (*Traité de percussion et d'auscultation*, par M. Skoda, traduit par M. Aran, p. 374 et *passim*.)

Dans d'autres passages de ce chapitre, qu'il serait trop long de reproduire, M. Skoda fait remarquer que dans les épanchements considérables, lorsqu'un poumon a été complétement privé d'air par la compression à laquelle il est soumis, il peut encore diminuer de volume par suite de l'expulsion du sang ou de la sérosité du parenchyme de cet organe, ou par suite d'une diminution dans la nutrition. Aussi peut-il arriver, dit-il, et arrive-t-il souvent que le liquide, qui paraissait pendant un certain temps remplir complétement la cavité pleurale, baisse de nouveau sans que pour cela sa quantité ait diminué. Par suite de ces abaissements de niveau, l'air pénètre de nouveau dans les parties supérieures du poumon, et cet organe s'élève au-dessus de la surface du liquide. Les mêmes résultats ont lieu à la suite de l'augmentation de capacité du thorax, que cette augmentation reconnaisse pour cause la distension des espaces intercostaux, un accroissement de la voussure des côtes ou un abaissement du diaphragme.

D'un autre côté, les adhérences partielles de la plèvre pulmonaire à la plèvre costale empêchant quelquefois le liquide de descendre vers les parties déclives du thorax, des exsudations pleurétiques sacciformes pouvant se montrer dans tous les points de la poitrine, entre le poumon et les parois thoraciques, entre cet organe et le diaphragme, ou le péricarde, ou le médiastin, la colonne vertébrale, ou entre les lobes même du poumon, il en résulte que la percussion du thorax peut donner un son parfaitement normal dans des cas de pleurésie accompagnée de beaucoup de douleur et de beaucoup de fièvre ; tandis que, au contraire, le son peut être tout à fait altéré dans des cas où la maladie est très-bénigne.

Enfin, les adhérences du poumon qui se produisent presque constamment avec les parties voisines à la périphérie de l'exsudation, empêchant le déplacement du liquide dans les mouvements du malade, le son reste en général sourd dans ces mêmes points, quelque position qu'on imprime au sujet ; d'où l'inexactitude de cette proposition : « que le son sourd de la percussion varie avec la position du malade. »

En résumé, d'après les faits observés par M. Skoda, la sonorité thoracique, contrairement à ce qui a été admis jusqu'à présent par tous les stéthoscopiques français, ne serait sensiblement modifiée ni par les fausses membranes qui tapissent la séreuse pulmonaire ni par une couche liquide qui sépare le poumon de la paroi pectorale, cette couche eût-elle même un pouce d'épaisseur. Les modifications du son dépendent entièrement, suivant lui, des conditions matérielles soit du poumon lui-même situé derrière l'épanchement, soit de la paroi thoracique correspondante.

M. Roger, reprenant les expériences de M. Skoda, assure avoir vérifié, en effet, que la sonorité pulmonaire n'était nullement modifiée ni par l'interposition d'une couche pseudo-membraneuse, ni par la présence d'une couche peu épaisse de liquide placée au-devant du poumon. En ce qui concerne particulièrement la proposition principale, celle qui est relative à l'existence d'une sonorité exagérée (tympanique) au-dessus et au niveau de l'épanchement dans les collections liquides de la plèvre, voici ce que M. Roger a été conduit à conclure d'un grand nombre d'observations qu'il a recueillies sous ce point de vue (51), relativement à la réalité du phénomène, à son degré de fréquence, à ses caractères, aux conditions anatomo-pathologiques où il se produit et à sa valeur séméiotique :

« L'existence d'une résonnance tympanique au-dessus de la ligne de niveau de l'épanchement est réelle.

» Le son tympanique de la pleurésie n'est pas un phénomène accidentel ; il se montre au contraire très-fréquemment (M. Roger l'a trouvé 41 fois sur 51) ; il doit être rangé parmi les signes des épanchements de la plèvre, au même titre que l'égophonie ou le souffle bronchique.

» Le son tympanique a, dans la pleurésie, une certaine valeur séméiotique et pronostique ; il peut être érigé en *signe* des épanchements pleuraux.

» Il peut aider au diagnostic de la pleurésie dans certains cas difficiles. Par son siége, son étendue et ses nuances diverses, il fournit des indices utiles sur la quantité du liquide épanché, sur sa disposition, ses progrès et sa décroissance, sur ses rapports avec le poumon, etc. Il concourt enfin à établir le diagnostic différentiel entre la pleurésie et la pneumonie. » (*Archives générales de médecine*, 1852, t. II.)

Ces propositions semblaient avoir été acceptées sans contestation, du moins dans ce qu'elles ont de plus général, lorsque deux observations communiquées par M. Monneret à la Société médicale des hôpitaux peu de temps après la publication de la traduction de l'ouvrage de Skoda, sont venues rappeler de nouveau l'attention sur cette question et susciter de nouvelles observations et de nouvelles recherches.

Les faits de M. Monneret montraient que le son tympanique existait là où le poumon était fixé à la paroi thoracique par des adhérences solides, et il en concluait que ce phénomène était indépendant de la présence du liquide dans la poitrine.

Nous ne reproduirons pas ici les faits et les arguments qui ont été invoqués de part et d'autre pour ou contre la théorie de Skoda ; ce qui importe davantage est de savoir que le fait en lui-même n'a été contesté par personne, que les contestations n'ont porté que sur son explication. Or, de toutes celles qui ont été émises, la plus large et la plus susceptible, à notre avis, de s'adapter au plus grand nombre des faits observés, est celle de M. Woillez, qui a été développée depuis dans un mémoire inséré dans les *Archives* (1855, t. I) ; elle consiste à dire que le son tympanique, ou, pour parler plus exactement, l'exagération de la sonorité normale dépend principalement du retrait du poumon sur lui-même. C'est là, suivant M. Woillez, la condition essentielle et générale de la production de la résonnance tympanique, et la preuve en est dans l'existence constante de ce phénomène dans tous les cas où, par une cause mécanique quelconque, le poumon, sain d'ailleurs, est comprimé et réduit de volume.

Quoi qu'il en soit, et bien qu'envisagée ainsi la sonorité tympanique ne soit plus un fait exclusivement inhérent à la pleurésie, son existence à peu près constante dans cette affection n'en constitue pas moins un signe d'une valeur réelle, et qui dans certains cas difficiles peut acquérir une véritable importance. C'est là surtout ce que nous tenions à faire ressortir.

Sur quelques tumeurs de la vulve.

« Quand on se plaint d'un *gonflement* de la vulve, cela fait naître » immédiatement dans l'esprit du chirurgien l'idée d'abcès des » grandes lèvres. »

Au sujet de cette proposition de M. le professeur Velpeau, énoncée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 14 février (n° 19, p. 73), M. le docteur Ancelon (de Dieuze) nous communique les réflexions suivantes, qui ont parfaitement ici leur place. Nous laissons parler notre confrère, en lui laissant, bien entendu, la responsabilité de ses opinions.

Pour que cette proposition fût vraie, dit M. Ancelon, il faudrait que les parties génitales externes de la femme fussent plus simples, composées de moins d'éléments que le reste de l'économie.

Mais ne compte-t-on pas, parmi les principales tumeurs des grandes lèvres, outre l'éléphantiasis, que je n'ai eu occasion d'observer qu'une seule fois, le thrombus, la varicocèle, l'hydrocèle, la dilatation morbide de la glande vulvo-vaginale, enfin le phlegmon et les furoncles? Passons-en rapidement une revue pratique.

Du thrombus. — Les femmes du peuple qui soulèvent et portent sur leur tête de lourds fardeaux sont sujettes au thrombus vulvaire dans le cours de la gestation; une douleur violente et pongitive se fait sentir vers le milieu de la grande lèvre au moment de l'effort. Le thrombus, qui affecte de préférence le côté droit, rarement le côté gauche, presque jamais les deux à la fois, peut acquérir des dimensions considérables. En voici un exemple :

La femme L..., âgée de trente-six ans, enceinte de six mois, en élevant, pour le placer sur sa tête, un large baquet rempli d'eau, ressentit tout à coup au milieu de la grande lèvre droite une douleur extrêmement aiguë qui faillit lui faire lâcher prise. Néanmoins elle résista, et parcourut, en portant son fardeau, les dix pas qui séparaient le puits où elle avait puisé de l'eau de son domicile; mais elle monta avec une extrême difficulté les vingt marches de l'escalier qui conduisait à sa chambre, moins empêchée par la douleur que par la gêne de l'énorme tuméfaction qui s'était développée à la grande lèvre droite, et dont le diamètre dépassait celui de la tête d'un enfant à terme. On était alors à l'époque des plus brûlantes journées de juillet. Un officier de santé, immédiatement appelé, couvrit toute la surface libre du thrombus de résine pulvérisée. Trois jours après je constatai le volume et la coloration bleu verdâtre de la tumeur, devenue froide et flasque; elle commençait à s'éroder par son côté interne, sous l'influence de la gangrène. Toute la saillie de la grande lèvre, formée en grande partie de caillots de sang putréfié et de tissus gangrénés, ayant été enlevée, la plaie fut pansée avec du quinquina en poudre. La malade prit elle-même pendant quelque temps une décoction de quinquina à l'intérieur, et la guérison s'obtint sans difformité. Trois mois plus tard la femme L... mettait au monde, sans autre accident, un enfant bien portant et bien constitué.

A partir de l'époque où j'observai ce fait, il y a vingt-six ans environ, j'ai pris l'habitude d'ouvrir immédiatement ces sortes de thrombus un peu volumineux, pour remplacer les caillots de sang qu'ils renferment par des bourdonnets de charpie imbibés de baume du commandeur étendu.

De la varicocèle. — Plus souvent double que simple, elle est l'effet de la gestation, de la fatigue et des efforts pendant cette condition physiologique. Quoique souvent très-volumineuse, elle se dissipe spontanément; mais en cas de persistance après l'accouchement, elle ne saurait être impunément attaquée par les moyens proposés pour celle de l'homme.

De l'hydrocèle. — Feu le professeur Flamant ne manquait jamais, dans ses conférences sur les maladies des femmes, de parler de l'hydrocèle des grandes lèvres, dont il comparait jusqu'à un certain point l'intérieur au sac dartoïde de l'homme. Depuis, les travaux de M. Broca ont, comme chacun sait, confirmé cette manière de voir de l'illustre professeur de Strasbourg.

L'hydrocèle, affection sans douleur, à marche lente, procédant de bas en haut, affectant surtout une forme chronique, à base inférieure, détermine la saillie verticale de la grande lèvre à sa partie moyenne et antérieurement proéminente. Si l'on ouvre ces sortes de tumeurs, on obtient une quantité variable de liquide séreux, citrin, ordinairement limpide, contenu dans un kyste complétement lisse, et d'où ont disparu toutes les traces du tissu graisseux décrit par M. Broca. L'incision les guérit rarement, la ponction jamais, à moins que l'on ne substitue temporairement au liquide évacué du vin chaud ou une solution iodée; encore les récidives sont-elles fréquentes. Il est rare que l'on n'ait pas à lutter contre des trajets fistuleux rebelles auxquels il faut appliquer l'excision comme dernière et suprême ressource, ainsi qu'on peut le voir dans l'observation suivante :

La femme J..., âgée de cinquante-neuf ans, fut prise, à l'époque de sa ménopause, d'une affection dartreuse qui avait envahi les grandes lèvres, la marge de l'anus, en même temps qu'une grande étendue de la surface interne des cuisses. Ayant fait disparaître par un traitement fort énergique l'affection cutanée, elle vit bientôt l'une de ses grandes lèvres prendre de l'accroissement, sans toutefois lui causer de douleur. Ce gonflement labial, sans changement de couleur à la peau, mesurait, quand je le vis l'an passé, un peu plus de 9 centimètres en hauteur, et 6 environ à la base, quoiqu'il eût été vidé quelques mois auparavant au moyen d'une incision dont on voyait manifestement la longue cicatrice.

Une première ponction au trocart, immédiatement suivie d'une injection iodée, ne sembla pas avoir influencé la surface interne du kyste; le même procédé employé un mois plus tard eut pour résultat de déterminer d'assez larges adhérences dans l'intérieur de la cavité morbide, mais aussi de rouvrir quelques points de l'ancienne cicatrice, celle de la première ponction, et de maintenir béant le pertuis de la dernière. Je n'en pus finir que par l'excision des ponts qui unissaient les différents trajets fistuleux et par un pansement à plat.

Dilatation morbide du canal de la glande vulvo-vaginale. — Le pertuis vulvaire, le canal de la glande découverte par Bartholin s'obstruent, s'enflamment, se soudent parfois; des portions ou la totalité du canal lui-même subissent une dilatation morbide comparable à ce qui se passe dans la formation de certaines grenouillettes; si donc les organes dans le voisinage desquels se trouvent situés la glande vulvo-vaginale, son canal et son pertuis ne manquent pas plus de cause d'excitation, d'irritation, d'inflammation, etc., etc., que ceux qui sont en relation avec l'appareil salivaire, on ne voit pas pourquoi l'opinion de M. Huguier ne mériterait pas que l'on en tînt plus de compte qu'on ne le fait. D'ailleurs l'observation et l'expérience militent en faveur du chirurgien de l'hôpital Beaujon. Toutes les fois qu'une tumeur profonde, cylindroïde, transversale (par rapport à la direction de la grande lèvre), d'abord indolente, plus longtemps incommode que douloureuse, se développe lentement au niveau de l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la grande lèvre, on peut à coup sûr diagnostiquer l'existence d'une collection de muco-pus retenue dans le canal dilaté de la glande de Bartholin; l'inflammation un peu vive ne s'y développe que fort tard, encore faut-il le concours d'une sollicitation particulière : une fois arrivée à cette dernière extrémité, la tumeur fait saillie au côté interne de la grande lèvre, un peu au-dessous et en avant du point où l'on devrait rencontrer le pertuis du canal excréteur.

On observe à l'ouverture de ces prétendus abcès, quand on les incise, une quantité plus ou moins considérable de muco-pus dense et filant, dont le caractère purulent est d'autant plus prononcé que le canal excréteur, plus dilaté, s'est érodé dans une plus grande étendue et a détruit plus de tissu cellulaire ambiant; les lèvres de l'incision se rapprochent, s'unissent avec une extrême facilité, et la collection de liquide se reproduit indéfiniment, tant que l'on ne parvient pas à désobstruer (ce qui est fort rare) l'extrémité vulvaire du canal excréteur; il est plus facile d'établir une ouverture artificielle, permanente, en passant un séton à travers les parois de la tumeur; mais on ne réussit qu'à la condition de mener d'une extrémité à l'autre de celle-ci le séton, afin d'être certain qu'il sera logé dans la plus grande étendue du canal lui-même; car, en comprenant trop peu de tissu entre la sortie et l'entrée de la mèche, on court le risque de laisser le canal et la membrane qui en tapisse l'intérieur en dehors du segment intéressé, et par conséquent d'avoir pratiqué une opération au moins inutile.

En décembre 1854, j'eus occasion d'examiner chez une femme de vingt-sept ans, morte du choléra, un de ces kystes, que l'on traitait depuis cinq ans par des incisions successives; il ne restait que quelques vestiges de la glande dégénérée, dont le canal excréteur mesurait en diamètre près de 2 centimètres. C'est là sans doute un de ces cas où M. Huguier eût conseillé l'ablation de l'organe.

Du phlegmon. — Il est impossible de lui assigner, comme à l'hydrocèle et aux tumeurs causées par la glande de Bartholin et ses appendices, un lieu d'élection spécial, une forme et une direction pathognomoniques. Moins profond et toujours infiniment plus douloureux que ces autres tumeurs qu'il complique quelquefois, sa marche est plus franchement inflammatoire, plus rapide; sa cure par incision plus certaine. C'est là le seul gonflement vulvaire qui guérisse sans récidive après la simple incision : ce que l'on a pris pour un succès dans d'autres circonstances tient peut-être à ce que l'on a perdu de vue trop tôt les opérées.

Des furoncles. — Je donne en ce moment des soins à une femme de trente ans qui depuis trois ans et demi, après une dernière couche laborieuse, voit périodiquement à l'époque menstruelle reparaître aux grandes lèvres et à la partie interne des cuisses un grand nombre de furoncles régulièrement disposés en demi-cercle; rien ne justifie à l'intérieur cette éruption singulière, qui augmente parfois le volume des grandes lèvres.

En voilà assez, ce me semble, pour rappeler combien est variée la famille des tumeurs vulvaires, à quels éléments chacune d'elles peut s'adresser, quelle attention il convient d'apporter dans leur diagnostic, et quels traitements exigent en particulier les *gonflements* des parties génitales externes de la femme.

Nouveaux renseignements sur l'emploi des bains locaux dans le traitement des plaies d'amputation.

Depuis qu'il a été question dans la dernière *Revue* de l'emploi des bains locaux dans le traitement des plaies d'amputation, des renseignements nous ont été demandés sur leur mode d'application et sur leurs résultats, et quelques réclamations nous ont été adressées.

Nous allons tâcher de satisfaire aux unes et aux autres.

Pour répondre d'abord aux réclamations, nous devons déclarer que notre intention n'a pas été d'attribuer à M. Gosselin ce qui appartient à d'autres. Le chirurgien de l'hôpital Cochin a trouvé bonne l'idée de MM. Vallette et Langenbeck, et il s'est empressé de demander à M. Mathieu le sac en caoutchouc dont il avait envoyé le modèle à M. Langenbeck; plus tard, il a utilisé un autre sac analogue modifié par M. Charrière.

Pour ce qui est du mode d'application, M. Gosselin a placé le sac et mis la plaie dans l'eau environ une demi-heure après l'opération. Dans les trois cas dont nous avons parlé, il a d'abord employé l'eau tiède, puis s'est servi d'eau froide ou d'eau chaude suivant les indications données par les malades eux-mêmes. En général, ceux-ci ont préféré l'eau froide, qui se réchauffe promptement au contact de la partie malade, si bien que la chaleur même qu'elle acquiert ainsi les incommodait, lorsqu'on n'avait pas le soin de la renouveler. Seulement, lorsque, après l'examen du moignon, l'on remplissait le sac, l'impression brusque du froid était désagréable, ce qui a décidé alors M. Gosselin à remplir d'abord le bain avec de l'eau tiède, et à établir ensuite le courant avec de l'eau à la température de la salle. Si dans la journée ou la nuit le malade se plaignait du froid, on versait alors dans le seau une certaine quantité d'eau chaude.

M. Gosselin n'a vu aucun inconvénient à ce renouvellement de l'eau, et il y a trouvé l'avantage de n'avoir toujours en contact avec la plaie que de l'eau peu mélangée de matières organiques.

La plaie a été visitée tous les jours ou tous les deux ou trois jours, suivant que le malade en souffrait plus ou moins. Quand il n'accusait pas de douleurs au moment de cette exploration, on la répétait les jours suivants; s'il en avait accusé, au contraire, ou quand on avait la crainte de détériorer l'appareil, on laissait passer deux ou trois jours. Pour procéder à cet examen, on dénouait, on coupait le cordon ou la ficelle fortement serrée qui maintenait fermée l'extrémité antérieure du sac.

Quant aux résultats, voici ce qui a pu être constaté jusqu'à présent. M. Gosselin a vu dans cette manière d'employer les bains locaux deux légers inconvénients :

Le premier, c'est que si le sac n'est pas hermétiquement appliqué, l'eau filtre. Cet inconvénient s'est présenté une ou deux fois chez les trois malades; on y a remédié en les changeant de lit. Mais il serait facile à éviter si l'on se servait d'un caoutchouc qui ne fût pas assez mince pour se détériorer au bout de quelques jours au contact de la peau, et si l'on exerçait une grande surveillance.

Le second, c'est qu'au niveau de la pression circulaire du caoutchouc il s'est produit des eschares, notamment chez les deux amputés de cuisse. Sur le premier, l'eschare a été très-superficielle; sur le second, elle a été plus profonde, et a laissé après elle une ulcération qui s'est accrue rapidement et qui a obligé à retirer le sac un peu plus tôt qu'on ne l'aurait voulu, au dix-huitième jour.

A côté de ces inconvénients, M. Gosselin a trouvé pour avantages de calmer les souffrances, de modérer l'état fébrile, et, jusqu'à présent au moins, de voir les malades échapper aux dangers de la fièvre traumatique et de l'infection purulente.

La malade à la résection du coude est restée dix-sept jours dans le bain; on a dû le cesser parce que le sac, qui était en caoutchouc mince, s'était détérioré et laissait passer l'eau. Arrivée aujourd'hui au vingt-deuxième jour, elle est dans un état assez satisfaisant pour qu'on puisse espérer la sauver.

Le premier amputé de cuisse — opéré pour une tumeur blanche du genou — a eu son moignon plongé dans l'eau pendant seize jours; il n'a eu aucun accident. La cicatrisation de sa plaie est aujourd'hui très-avancée.

Le second amputé de cuisse est aujourd'hui au vingtième jour. Il est resté dans le bain pendant dix-huit jours, et a eu ces eschares un peu profondes dont nous parlions tout à l'heure. Il est tourmenté depuis une dizaine de jours par une diarrhée rebelle, une fièvre continue, et a eu ces jours derniers un léger frisson qui fait craindre une infection purulente. Ce malade a, du reste, été opéré dans de très-mauvaises conditions. Il était au troisième jour d'une fracture avec plaie et commencement de gangrène à la partie supérieure de la jambe, et en proie à une fièvre traumatique des plus intenses, avec délire. En outre, dans les premiers temps, le sac s'est dérangé deux fois et a laissé pendant quelques heures la plaie à découvert.

En somme, d'après les résultats constatés jusqu'ici par M. Gosselin, ce moyen peut être considéré comme utile pour préserver de l'infection purulente, mais on n'est pas suffisamment autorisé à le donner comme infaillible. Il ressort encore de ces essais que ce moyen peut être employé sans aucun danger pour les malades, à la condition d'en surveiller très-attentivement les résultats.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert (de Lamballe).

Paralysie du nerf radial produite par la pression exercée par une béquille.

Un malade, âgé de trente-cinq ans, avait été amputé de la jambe droite il y a cinq mois. Six semaines après l'opération, il commença à marcher en s'appuyant sur des béquilles; puis, deux mois plus tard, il ressentit dans le membre supérieur gauche des fourmillements et une impuissance croissante des muscles auxquels se distribue la branche postérieure du nerf radial. Rentré pour ce fait à l'Hôtel-Dieu le 1er décembre, il présentait à cette époque une paralysie complète des muscles extenseurs de la main. Ce n'est pas la première fois que la compression exercée sur les nerfs du bras par une béquille produit de ces paralysies, mais il est assez curieux de voir l'effet de cette compression borné à une branche du nerf radial. Quoi qu'il en soit, voici l'ensemble des moyens mis en usage dans cette circonstance :

Deux onctions ont été faites sur le trajet du nerf avec la pommade suivante :

Nitrate d'argent cristallisé.	10 grammes.
Eau distillée.	Q. s.
Axonge.	30 —

Dissolvez le sel et mêlez l'axonge par trituration. Puis immédiate-

ment après on a eu recours au cautère actuel. Dix-sept plaques de feu ont été appliquées le même jour sur la partie postérieure du bras et de l'avant-bras.

Le 15 décembre, on faisait de nouvelles onctions sur les régions sus et sous-claviculaires avec la pommade précitée, et en même temps on frottait matin et soir le creux de l'aisselle, le bras et l'avant-bras avec un morceau de flanelle trempé dans une solution ammoniacale ainsi composée :

Eau distillée.	128 grammes.
Ammoniaque.	35 —

L'emploi de ces moyens a été suivi d'effets satisfaisants ; mais ce qui surtout a donné à l'amélioration obtenue une activité remarquable, c'est la cautérisation transcurrente pratiquée sur le tronc et les divisions du nerf malade au commencement de janvier. A partir de cet instant le mouvement d'élévation de la main est devenu de plus en plus étendu, et tout annonce que la contractilité musculaire va se rétablir intégralement chez cet homme, dont la main repose encore sur une palette.

DU VALÉRIANATE D'ATROPINE

contre les affections convulsives.

Par le Dr MICHÉA, lauréat de l'Académie impériale de médecine (1).

La chimie apprenant que l'effet toxique de l'atropine augmente quand on la mêle à un alcali, et qu'il s'amoindrit, au contraire, quand on l'unit à un acide quelconque, il me vint à la pensée de combiner cet alcali végétal avec l'acide valérianique (2).

En administrant l'atropine à l'état de combinaison saline, non-seulement on empêche son hydratation au contact des liquides aqueux contenus dans le tube digestif, par conséquent on a moins à redouter l'usage de cet alcali végétal à l'intérieur ; mais on rend encore celui-ci plus soluble et d'autant plus facilement absorbable, qu'en se combinant avec lui l'acide valérianique forme un sel acide.

« Tous les alcalis végétaux sans exception, dit M. Mialhe, doivent être administrés à l'état salin, et même plutôt à l'état de sel acide qu'à l'état de sel neutre ou basique. En agissant ainsi on ne fait, du reste, que se conformer à l'exemple que la nature nous donne. On sait que toutes les substances végétales actives qui empruntent leurs propriétés organoleptiques à des alcaloïdes contiennent ces derniers à l'état de combinaison saline soluble. » (*Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique*, page 508.)

Peu soluble dans l'eau, l'atropine se dissout très-bien dans l'alcool. Mais hâtons-nous d'ajouter que, pour rester en dissolution, elle exige que l'alcool possède un certain degré de spirituosité. Dans un alcool affaibli, ou dont les liquides aqueux de l'estomac ont diminué la concentration, l'atropine se précipite, du moins en partie ; et alors, d'une part, elle est moins soluble, et de l'autre, la portion qui se dissout devient éminemment toxique en s'hydratant au contact des liquides aqueux dont je viens de parler.

En admettant tout cela, qu'est-il besoin, pourrait-on objecter, de combiner d'avance l'atropine avec un acide? Cet alcali végétal, administré à l'intérieur, ne rencontre-t-il pas dans l'estomac le suc gastrique pour l'acidifier ? Il n'est pas indifférent, comme on pourrait le croire au premier abord, de laisser à la nature ou à l'art le soin de toutes les réactions chimiques qui ont lieu entre les agents thérapeutiques et les liquides de l'économie. Il vaut mieux prévenir ces réactions intérieures, et les faire naître artificiellement en dehors de l'économie dans les médicaments qu'on prescrit : « La nécessité, dit M. Mialhe, de prescrire les alcalis organiques dans un état de combinaison qui rende leur absorption tout à fait indépendante de l'intervention des dissolvants *humoriques* se fait plus particulièrement sentir alors qu'on administre plusieurs jours de suite des agents héroïques, attendu qu'ils peuvent donner lieu à une accumulation du principe actif insoluble, lequel, par suite du changement chimique survenu dans les humeurs, ou par suite d'une sécrétion outrée, peut devenir immédiatement absorbable, et par son introduction dans le sang, produire des accidents très-graves et même mortels. » (Ouvrage cité, p. 509.)

Enfin, indépendamment de toutes ces considérations, le valérianate d'atropine l'emporte en efficacité sur l'acide valérianique et l'atropine employés isolément, quoique ingéré à dose plus faible. On sait en thérapeutique appliquée que, dans l'association des médicaments similaires ou d'une même classe, l'un augmente souvent l'action de l'autre. Vallisnieri et M. Bretonneau ont démontré depuis longtemps, relativement aux purgatifs, qu'en associant à petite dose le calomel et le jalap, par exemple, on obtient des garde-robes plus abondantes qu'en employant un seul de ces purgatifs à plus forte dose. Or cette même loi s'applique à la classe des médicaments anti-convulsifs, et l'expérience clinique s'accorde avec la théorie pour établir que, en se combinant à l'état de sel acide, l'atropine et l'acide valérianique augmentent leur action thérapeutique. Quelle est la part qui revient à chacun de ces anti-spasmodiques dans leur combinaison ? Est-ce la base alcaline qui produit surtout l'action médicamenteuse ; l'acide auquel elle est unie n'a-t-il d'autre rôle à remplir que de servir d'agent de dissolution ; ou bien, au contraire, est-ce l'acide valérianique dont l'action prédominante est rendue telle par la combinaison avec l'atropine ? Peu importe la solution de cette question, pourvu qu'il soit bien démontré qu'à dose plus faible les propriétés antispasmodiques du valérianate d'atropine sont supérieures à celles de l'atropine et de l'acide valérianique employés isolément à doses plus fortes.

Il n'entre pas dans le plan de cet article de signaler les observations particulières et d'énumérer toutes les expériences sur lesquelles je me suis fondé pour introduire le valérianate d'atropine dans la thérapeutique. Je renvoie à mon travail primitif, ainsi qu'au rapport qui en a été fait à l'Académie impériale de médecine (1), le lecteur qui désire connaître avec les détails et les preuves nécessaires, d'une part, tout ce qui concerne ces observations et ces expériences, et de l'autre, tout ce qui regarde le mode de préparation, les propriétés physiques, chimiques et physiologiques du nouveau sel atropique ; je crois devoir me borner ici à affirmer que j'ai retiré les plus grands avantages de ce médicament dans le traitement de beaucoup d'affections convulsives, notamment dans celui de l'épilepsie, de l'hystérie, de la chorée, de l'asthme essentiel et de la coqueluche.

Contre ces maladies, les doses auxquelles il faut administrer le valérianate d'atropine varient depuis un demi-milligramme jusqu'à deux milligrammes dans les vingt-quatre heures, dernière dose qu'il est prudent de ne jamais dépasser.

Chez les jeunes sujets, on doit commencer par un demi-milligramme dans les vingt-quatre heures, sans jamais excéder un milligramme.

Chez les adultes, on pourrait commencer, à la rigueur, par un milligramme ; mais il vaut mieux débuter par un demi-milligramme, surtout quand on l'administre à des sujets impressionnables, auxquels l'action physiologique du médicament inspire des inquiétudes. D'un demi-milligramme dans les vingt-quatre heures, on passe à un milligramme au commencement de la seconde semaine. Au bout de quinze jours on cesse l'usage du médicament. On laisse reposer le malade pendant deux semaines, puis on revient à l'emploi du remède, en débutant par un milligramme pendant huit jours, et on élève la dose à deux milligrammes au commencement de la seconde semaine. Seconde interruption de l'usage du valérianate d'atropine pendant quinze jours ; reprise du médicament à l'expiration de ce terme. On débute encore par un milligramme, et au commencement de la seconde semaine on passe à deux milligrammes.

Dans l'épilepsie, l'hystérie et l'asthme en particulier, l'on quitte et l'on reprend ainsi l'usage du médicament tous les quinze jours, et cela pendant deux, trois, quatre, cinq, six mois et plus.

En général, quand le traitement a dépassé six mois, je mets des intervalles plus longs, un intervalle d'un mois entre les reprises du médicament.

Il est des personnes chez lesquelles l'action physiologique du valérianate d'atropine se manifeste plutôt que chez d'autres. Dans ce cas, c'est-à-dire quand la capacité de saturation individuelle, pour ainsi dire, paraît moindre, il ne faut jamais dépasser la dose de 1 milligramme dans les vingt-quatre heures.

La forme solide vaut mieux que la forme liquide pour plusieurs raisons. La principale, c'est que sous la forme liquide le médicament retient toujours beaucoup de l'odeur fétide de l'acide valérianique, et cet inconvénient mérite d'être pris en sérieuse considération pour les enfants et les femmes, surtout dans la clientèle privée. Je prescris de préférence des granules recouverts d'une couche d'argent, qui renferment chacun un demi-milligramme du médicament.

RÉSUMÉ. — 1° Le valérianate d'atropine est un nouveau sel organique qui, quand il est pur et bien préparé, peut rendre les plus grands services dans le traitement des affections convulsives, et en particulier dans celui de l'épilepsie, de l'hystérie, de la chorée, de l'asthme et de la coqueluche.

2° Il a sur la valériane et la belladone l'avantage d'être, comme tous les principes actifs des végétaux, un produit fixe, identique dans sa composition chimique, et par conséquent d'offrir des effets thérapeutiques invariables.

3° Moins diffusible et partant moins fétide que l'acide valérianique, il jouit de toutes les propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'atropine sans avoir le danger de cet alcali végétal, qui devient toxique au plus haut degré en s'hydratant, soit en dehors de l'économie, soit au contact des liquides aqueux de l'estomac.

4° Comme composé de deux substances similaires dont l'une augmente l'action thérapeutique de l'autre, et en sa qualité de combinaison saline, acide, qui le rend éminemment soluble et absorbable aux plus faibles doses, le valérianate d'atropine l'emporte aussi infiniment sur l'acide valérianique et l'atropine administrés isolément à doses plus fortes ; toutes considérations qui en font l'anti-spasmodique par excellence, le plus puissant et le plus sûr de tous les anti-convulsifs.

(1) Fin. — Voir le numéro du 23 février.

(2) En 1853, rendant compte du mémoire que j'avais eu l'honneur de lire devant l'Académie de médecine, les journaux scientifiques ne signalèrent que les conclusions thérapeutiques de mon travail. De là une source d'équivoques et de méprises. Plusieurs médecins voulant expérimenter le valérianate d'atropine, et croyant à tort que ce sel était connu en chimie, le demandèrent à des pharmaciens, au lieu de s'adresser directement à moi, comme le firent à Paris MM. les docteurs Tassy, Rémond, Lisle, directeur de la maison de santé du Gros-Caillou ; et dans les départements M. Dolley, médecin de l'hôpital de Guise ; M. Granier de Cassagnac, à Guitre ; M. Pichot, à la Loupe. Beaucoup de pharmaciens répondirent ce qu'ils devaient répondre : que le valérianate d'atropine n'existait pas encore dans le commerce. Mais de moins délicats mystifièrent les médecins. Sous le nom de valérianate d'atropine, ils livrèrent, les uns des substances tout à fait inertes (le docteur Granier de Cassagnac fut ainsi mystifié dans le principe), et les autres, plus téméraires, de l'atropine.

(1) Ce rapport se trouve inséré dans le tome XXI, page 353, du *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 février 1856. — Présidence de M. GOSSELIN.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. CHASSAIGNAC montre un sujet adulte qui dans son bas âge a été opéré d'un bec-de-lièvre compliqué. La première tentative opératoire faite à deux mois a échoué ; la seconde a réussi à sept mois.

A l'extérieur, la conformation de la face est assez régulière. Cependant la sous-cloison manque ; l'arcade dentaire est divisée, et très-probablement le tubercule incisif a été réséqué. Un obturateur très-bien fait, et qui porte deux incisives artificielles médianes, corrige la difformité, et permet l'intégrité presque complète des fonctions de la cavité buccale.

M. GUERSANT. Il serait très-important de savoir s'il y a eu autrefois un tubercule, et si celui-ci a été réséqué. Dans ce dernier cas, cette résection, pratiquée à deux mois, aurait amené un insuccès. Ce fait prouve encore qu'il y a plus de chances de réussite à six ou sept mois que dans les premiers temps qui suivent la naissance.

M. DENONVILLIERS. Le tubercule a existé sans aucun doute, car le malade dit qu'il avait deux dents au bout du nez. Ce tubercule a été réséqué, et cependant on trouve encore deux petites incisives latérales situées sur les os maxillaires.

M. BROCA. La persistance de deux incisives latérales et l'excision du tubercule médian constituent deux faits si contradictoires qu'il ne faut admettre qu'avec beaucoup de réserve l'existence antérieure du tubercule. Ce fait serait de nature à changer tout ce que nous savons sur le mode de formation du bec-de-lièvre.

MM. DENONVILLIERS et GUERSANT se rappellent avoir vu de semblables faits mentionnés par les auteurs ; ils consulteront leurs notes, afin de fournir des renseignements précis.

— M. DENONVILLIERS montre une jeune fille qui lui fut adressée autrefois par M. Guersant, et qui aurait pu être considérée comme atteinte d'une difformité au-dessus des ressources de l'art.

Cette malade, déjà présentée à la Société de chirurgie, eut une brûlure de la moitié gauche de la face, qui donna naissance à un ectropion double aussi complet que possible. Les deux paupières renversées n'ont conservé qu'un petit nombre de cils ; le sourcil est devenu vertical. La conjonctive est recouverte de bourgeons charnus, et forme une surface granuleuse de 8 centimètres de diamètre, au centre de laquelle siége la cornée, qui présente déjà quelques ulcérations.

Cette horrible déviation des paupières fut attaquée en plusieurs temps. Le traitement dut comprendre : 1° la restauration de la paupière supérieure ; 2° la restauration de la paupière inférieure ; et comme ces deux voiles membraneux ont été réunis par la suture, il faudra terminer la cure par une opération complémentaire : la séparation des deux paupières, temporairement agglutinées.

Voici comment M. Denonvilliers a procédé :

Une incision circulaire a été pratiquée sur la peau, en dehors du sourcil, à une petite distance du bord des paupières, de manière à circonscrire entièrement l'ectropion supérieur et l'ectropion inférieur. Une dissection poussée très-loin a permis d'isoler les deux paupières, de les renverser, et de ramener leur bord libre au contact. Il en est résulté deux vastes pertes de substance, l'une supérieure, l'autre inférieure ; la première seule a été immédiatement comblée. Pour cela, un lambeau a été taillé sur la partie moyenne du front, et étendu jusqu'à la racine des cheveux. Ce lambeau, à base inférieure correspondant à la racine du nez, avait son grand axe oblique de bas en haut, de dedans en dehors. Il a été isolé, puis incliné horizontalement en dehors, de manière que son bord externe, renfermant le sourcil, est devenu horizontal, et est venu s'appuyer et se souder au bord saignant, circonscrit près du bord libre de la paupière supérieure par la première incision. Le sourcil est redevenu horizontal, et c'est à peine si on retrouve aujourd'hui la trace de la réunion de la paupière avec le lambeau. Ce dernier est plat, lisse, bien vasculaire. La plaie frontale, presque verticale, n'est plus représentée que par une cicatrice étroite.

Ce résultat avantageux a été obtenu quoique la réunion du bord libre des paupières ait échoué. L'insuccès de cette suture était au reste facile à comprendre, M. Denonvilliers s'étant contenté d'aviver les bords palpébraux libres, et de faire une suture à points passés. Aussi, dans la seconde opération, il a procédé autrement à l'occlusion. Cette fois il a avivé la face cutanée des paupières elles-mêmes, immédiatement en dehors du bord ciliaire, et il a réuni par une suture à points piqués, telle que M. Gely (de Nantes) la pratique pour les plaies intestinales, mais en séparant les points, pour prévenir le froncement.

On se rappelle que lors de la première opération la dissection de la paupière inférieure avait laissé au-dessous une vaste surface saignante ; elle s'était recouverte de bourgeons charnus, puis d'une cicatrice assez large qui avait déjà notablement diminué l'étendue de l'ectropion inférieur. Pour achever la restauration, M. Denonvilliers ayant de nouveau détaché la paupière par la dissection, tailla un lambeau oblique à la partie inférieure et externe de l'œil, sur la joue par conséquent, et le faisant pivoter d'un quart de cercle sur sa base, vint l'enclaver dans la plaie horizontale sous-jacente à la paupière redressée.

Ce dernier lambeau a été taillé dans une portion de tégument qui avait subi l'action de la brûlure, et qui par conséquent était formé par un tissu cicatriciel. Cependant il s'est bien réuni ; il est lisse, plat, et paraît même s'être encore élargi depuis l'opération. La plaie déterminée par sa formation est remplacée par une cicatrice étroite.

La formation des lambeaux aux dépens du tissu de cicatrice donne des résultats très-divers suivant les régions. Défavorable au front, à cause du peu d'épaisseur et de la tension extrême de la peau, elle réussit bien à la joue, doublée d'une couche épaisse de parties molles, lâches, extensibles et bien nourries. On peut, en taillant le lambeau, non-seulement lui donner l'épaisseur qu'on désire, mais encore faire varier cette épaisseur d'un point à l'autre du lambeau. Dans le cas

actuel, M. Denonvilliers conserva une bonne épaisseur de tissus souscutanés dans la partie qui devait correspondre à la base de l'orbite; il ne garda, au contraire, que la peau, dans le point qui devait devenir plus tard le tégument de la paupière elle-même.

Il y a encore une remarque importante à faire relativement aux sutures de la face. On s'attache trop à multiplier les points, et on emploie souvent des épingles trop grosses. Il faut savoir, en effet, que l'adhésion des bords saignants se fait particulièrement dans l'intervalle des points de suture, et qu'au niveau de ceux-ci, ou elle manque, ou elle s'effectue plus tardivement.

En résumé, l'horrible difformité que présentait cette jeune fille est aujourd'hui complétement corrigée; les deux paupières sont reconstituées de la manière la plus heureuse. Il reste maintenant à désunir les paupières, afin de rendre la lumière à l'œil recouvert; mais quoique trois mois se soient déjà écoulés depuis la dernière opération, M. Denonvilliers voudrait différer encore la séparation palpébrale jusqu'au moment où l'on n'aura plus rien à craindre de la rétraction cicatricielle, c'est-à-dire attendre encore au moins sept à huit mois.

La jeune malade, de son côté, est fort impatiente; mais on résistera, autant que possible, à ses vives instances.

M. Denonvilliers profite de cette occasion pour faire ressortir tous les avantages des procédés autoplastiques qu'il a mis en usage ici et dans un grand nombre d'autres circonstances. Ces procédés, qui sont d'une application à peu près générale, présentent un ensemble de caractères communs qui permet de les ériger en une méthode intermédiaire aux deux grandes méthodes indienne et française, et qui, possédant la somme de leurs avantages sans en avoir les inconvénients, lui paraît destinée à les remplacer dans la grande majorité des cas. Comme la méthode indienne, elle est susceptible de donner des lambeaux très-grands capables de réparer des surfaces très-étendues; elle a donc les mêmes avantages. Mais, de plus, elle évite la torsion du pédicule, que l'on se contente d'incliner; elle garde à ce pédicule plus de largeur, plus d'épaisseur, et assure ainsi plus de vitalité au lambeau.

La méthode française possède ces derniers avantages, aussi convient-elle très-bien aux pertes de substance peu étendues; mais aussitôt que la surface à recouvrir est large, le glissement direct des lambeaux ne peut se faire sans que l'on exerce sur eux une traction violente pleine de dangers pour le présent et pour l'avenir. M. Denonvilliers n'a pu voir sans étonnement, en parcourant l'atlas de Serre (de Montpellier), la perfection constante des résultats obtenus par la méthode française. Il est porté à douter fortement de l'exactitude de ces dessins, qui sont réellement trop beaux, trop parfaits, et qui sans contredit exagèrent les résultats heureux de la méthode mise en usage.

La méthode nouvelle serait convenablement désignée sous le nom de méthode par pivotement. Elle atteint encore deux buts particuliers:

1° Elle permet d'obtenir presque toujours des cicatrices verticales, remplaçant les plaies qui résultent de la formation des lambeaux;

2° Elle fournit toujours un point d'appui au bord inférieur du lambeau, dont le glissement est ainsi prévenu efficacement.

Cette généralisation a paru assez importante à M. Denonvilliers pour qu'il ait résolu, dans cette courte communication, de prendre date devant la Société de chirurgie.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le professeur William Sands Cox (de Birmingham) adresse une lettre de remercîments à l'occasion de sa nomination de membre correspondant.

— La Société reçoit les ouvrages suivants:

Compte rendu des travaux de l'Académie royale de Belgique, par le docteur Sauveur.

De l'accouchement prématuré artificiel obtenu à l'aide des douches utérines;

Histoire d'une opération césarienne faite avec succès;

Du traitement de la grenouillette par l'injection iodée, par le docteur Bouchacourt;

De la rétrocession de la langue après l'ablation du corps du maxillaire inférieur, par le docteur Augier. (Thèse inaugurale. Paris, février 1856.)

Considérations sur l'observation médicale en général, par le docteur Mattei. (Renvoi à M. Laborie, rapporteur de la commission.)

— M. Cazeaux communique la relation de deux faits d'hydrocéphale observés sur des enfants pendant le travail de l'accouchement, et qui offrent des particularités qui les distinguent de la description généralement donnée par les auteurs classiques.

Une femme bien conformée, et qui était déjà une fois accouchée heureusement, était depuis trente-six heures en travail. La dilatation du col était complète, les douleurs avaient été énergiques, les membranes s'étaient rompues; mais des efforts infructueux avaient épuisé la malade et suspendu le travail.

M. Cazeaux reconnut au détroit supérieur une tumeur molle n'ayant aucun des caractères de la tête, mais rappelant plutôt une présentation du siége; cependant elle se tendait et devenait rénitente pendant les contractions, mais n'offrait nulle part la résistance osseuse. Dans l'intervalle des douleurs, M. Cazeaux introduisit sa main presque tout entière dans le vagin, et put ainsi embrasser la tumeur avec les doigts opposés. La pression lui permit alors de constater sans peine une tête surmontée d'une poche liquide. Comme il avait souvenir d'avoir déjà, il y a dix ans, constaté un fait semblable, il n'hésita pas à porter le diagnostic suivant:

Présentation du sommet avec hydrocéphale externe coïncidant sans doute avec une hydrocéphale interne.

L'auscultation pratiquée ne fit point entendre les battements du cœur du fœtus; on en conclut qu'il n'était point vivant. Une petite incision de 3 millimètres fut alors pratiquée avec la pointe des ciseaux de Smellie sur le sommet de la tumeur; un verre de liquide s'écoula. On reconnut sans difficulté dès lors les os du crâne, dont les sutures étaient fort écartées: ce qui confirma le diagnostic d'une hydrocéphale interne indépendante de la première.

Le forceps fut appliqué alors, mais sans résultat. Trois quarts d'heure après, M. Cazeaux se décida à pratiquer avec les mêmes précautions une nouvelle ponction; cette fois un litre de liquide s'écoula, et dès lors l'accouchement reprit sa marche et se termina spontanément.

Il y a dix ans, M. Cazeaux avait déjà observé un fait semblable. Il avait été appelé, par M. le docteur Martin Saint-Ange, auprès d'une femme en travail depuis trente-six heures, et dont la délivrance ne s'effectuait pas malgré l'emploi de diverses excitations et du seigle ergoté. Au début, M. Martin Saint-Ange avait constaté une présentation de la tête. M. Cazeaux, ayant touché, fut d'un avis opposé, et crut plutôt à une présentation du siége. Cependant, profitant d'une cessation des contractions, il toucha de nouveau, déprima la tumeur avec force et arriva en effet sur la surface osseuse du crâne. Deux applications de forceps furent faites sans résultat. Une ponction alors pratiquée donna issue à deux verres de liquide environ. Cette évacuation fut suivie d'une nouvelle application de forceps, qui amena sans peine un enfant mort.

Les sutures étaient écartées, une collection liquide siégeait à l'intérieur du crâne; une incision faite sur une suture lui donna issue; il y avait donc simultanément hydrocéphale interne et hydrocéphale externe.

M. Cazeaux se demande quel est le mécanisme de formation de cette double collection. Il a parcouru tout d'abord les recueils d'obstétrique; il a vu que tous les auteurs avaient parlé de l'hydrocéphale externe, mais que personne n'avait songé à la rattacher à l'existence d'une collection séreuse intérieure; que d'ailleurs l'hydrocéphale externe était généralement mal décrite, pauvre de faits, les auteurs s'étant la plupart du temps copiés les uns les autres.

MM. Depaul, Danyau et les modernes n'ont de leur côté rien observé de semblable.

Il y a deux hypothèses qui peuvent rendre compte de la formation des deux collections liquides:

1° On peut supposer qu'elles se sont formées isolément, d'une façon indépendante, l'une dans le tissu cellulaire sous cutané, l'autre dans l'intérieur du crâne. M. Cazeaux est peu disposé à admettre cette interprétation.

2° Il est possible qu'une hydrocéphale interne existe seule avant le travail, et que, sous l'influence exercée par la pression, la contraction des parois de la matrice, une certaine quantité du liquide intérieur passe à travers une fissure des membranes des sutures, et s'épanche en dehors de la boîte osseuse de manière à former une tumeur surajoutée à la surface.

Cette théorie est justifiée par ce fait que, dans le second cas, M. Martin Saint-Ange avait reconnu au début du travail une tête que M. Cazeaux avait plus tard trouvée masquée par une tumeur liquide. Cependant cette interprétation soulève une difficulté si l'on admet une fissure, une perforation faisant communiquer entre elles les deux poches liquides. Comment expliquer qu'après l'évacuation du contenu de la première, la seconde ne se vide pas? Comment se rendre compte de la nécessité d'une double ponction dans la première observation, de la persistance de l'hydrocéphale interne dans la seconde, alors même que la pression énergique du forceps avait comprimé la tête?

Quoi qu'il en soit, ces faits sont de nature à modifier un peu et le diagnostic de l'hydrocéphale et le procédé opératoire de la ponction. On s'attend, en général, dans cette maladie à rencontrer toujours les sutures, dont les bords seulement sont fortement écartés; ici, au contraire, une tumeur molle ne laissait pas aborder jusqu'aux os: de là la nécessité d'une pression très-forte, d'un refoulement violent de la poche liquide pour constater la véritable présentation.

On doit également être fort circonspect dans la ponction; la faire très-superficielle, très-peu étendue, en évitant de se servir de l'instrument tranchant.

M. Danyau demande si, à l'autopsie, on a pu constater la fissure faisant communiquer les deux poches. Il croit, au reste, comme M. Cazeaux, que le liquide extérieur provenait de l'intérieur au moyen d'une fissure peut-être même trop petite pour être reconnue directement. C'est par un mécanisme semblable que, chez les fœtus morts depuis longtemps dans le sein de la mère, la matière cérébrale diffluente peut pendant le travail s'insinuer dans la couche sous-cutanée et y former des tumeurs molles sus-jacentes à la convexité de la boîte crânienne.

M. Huguier. Tous les jours on voit, en chirurgie, des tumeurs en bissac avec une communication étroite, et tout à coup le passage du liquide cesser de s'effectuer d'une loge à l'autre par suite de déplacement, de modifications dans la situation de l'orifice qui les fait communiquer. On comprend que la même chose pourrait survenir dans les cas rapportés par M. Cazeaux.

La fissure peut se faire quand la cavité crânienne est distendue, puis se boucher mécaniquement par le chevauchement des os quand une certaine quantité du fluide interne s'est écoulée et a permis le retrait des pièces du squelette.

M. Cazeaux répond à diverses autres objections. Il regrette que les autopsies aient dû être faites à la hâte et soient, par le fait, restées incomplètes. Quoi qu'il en soit, la valeur des remarques pratiques n'en est pas atténuée.

Amputation partielle du pied (1). — Amputation de Chopart, pratiquée par Blandin en 1839. — Guérison complète. Marche très-facile.

Après avoir rapporté un cas dans lequel la désarticulation médiotarsienne a eu les résultats les plus fâcheux, l'équité commande de rassembler également les faits favorables. L'observation suivante, recueillie par M. Fournier, interne distingué des hôpitaux, montre un exemple d'un résultat irréprochable.

Darredar (Remi), âgé de vingt-cinq ans, cordonnier. Ce malade était âgé de dix ans quand il eut le pied droit écrasé par un pavé. A la suite de l'accident, il survint un phlegmon qui se compliqua de gangrène; les orteils devinrent noirs et insensibles. L'amputation partielle du pied fut jugée nécessaire, et pratiquée par Blandin le 16 juin 1839.

Le malade ne put se lever que cinq mois après l'opération. Il raconte qu'il fut retenu longtemps au lit par un engorgement persistant des ganglions de l'aine. Pendant deux mois il ne marcha qu'à l'aide d'une chaise roulante, posant déjà le pied à terre, mais ne prenant sur le moignon qu'un faible appui. Le septième mois il commença à marcher seul. Enfin, le quinzième il quitta l'hôpital, marchant aussi facilement qu'aujourd'hui.

(1) Voir le numéro du 16 février.

Depuis cette époque, la *marche a toujours été parfaitement libre et facile.* Le malade a beaucoup voyagé à pied; il a pu faire jusqu'à douze lieues par jour, ne ressentant pas plus de fatigue du membre opéré que de l'autre. Il se dit même très-bon coureur.

L'aspect du moignon ne peut laisser d'incertitude sur la nature de l'opération; c'est bien une amputation médio-tarsienne qu'a subie le malade. Ce point n'a pas soulevé de doute dans l'esprit des membres de la Société qui ont examiné le moignon.

La cicatrice est linéaire. Elle est oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Du côté interne, elle remonte à 2 centimètres au-dessous de la malléole tibiale. Du côté externe, elle est séparée de la malléole péronière par un intervalle de 4 centimètres.

Le moignon descend beaucoup plus bas du côté externe que du côté interne. Sur *le bord externe, l'épiderme présente une grande épaisseur;* il est, au contraire, relativement assez fin sur le bord interne. Il est facile de se convaincre que le pied n'appuie à terre que sur le premier de ses bords.

Le talon s'applique exactement sur le sol dans la station et dans la marche. *Il n'a subi aucun renversement; il n'est aucunement relevé.* L'épiderme qui le revêt est très-épais et très-dense.

Le malade, qui est cordonnier, peut donner, en raison de sa profession, quelques détails assez curieux qui confirment les considérations précédentes. Ainsi, il dit user sa chaussure, du côté malade, sur le bord externe *seulement* et sur le talon; le bord interne est toujours intact, et il n'a pas besoin de le garnir de clous. Il ajoute cette remarque, qu'il use deux chaussures du pied droit contre une du pied gauche.

La marche a donc lieu: 1° sur le bord externe du pied; 2° sur le talon.

L'axe du moignon est horizontal. Le malade affirme n'avoir jamais subi d'opération du côté du tendon d'Achille. D'ailleurs, aucune trace de cicatrice à la partie postérieure et inférieure de la jambe.

Bien qu'il n'existe pas de claudication appréciable, le malade présente dans la marche une allure toute particulière. Le membre du côté amputé ne se fléchit pas dans ses diverses articulations comme le membre sain. Dans la progression, il est posé par terre tout d'une pièce, pour ainsi dire, la jambe étendue en ligne droite sur la cuisse, le pied maintenu à angle droit sur la jambe.

La marche est très-facile et sans fatigue; mais le malade dit *ne pouvoir porter de charge du côté droit.* Lorsqu'il porte un fardeau, c'est toujours sur l'épaule ou sur le bras du côté gauche qu'il est forcé de le placer.

La flexion du moignon sur la jambe est parfaitement conservée.

Sur l'invitation de M. Verneuil, qui avait bien voulu me donner quelques conseils sur les points curieux à étudier dans l'examen de ce malade, j'ai recherché attentivement s'il n'existait pas dans le moignon quelque point douloureux à la pression correspondant à la situation du nerf plantaire dans le lambeau. Je n'ai trouvé aucun point qui fût le siége d'une douleur, même légère, à la pression. Le malade n'a jamais remarqué, même dans les premiers mois qui suivirent l'opération, de point spécialement douloureux dans le moignon (1).

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire de la Société: A. Verneuil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Dans sa dernière séance, l'Académie des sciences a nommé membre correspondant M. le docteur Guyon, qui a obtenu 45 suffrages sur 52 votants. Nous avions donné la liste des présentations dans notre numéro de mardi dernier.

— Par arrêté du 20 février, M. le docteur Courty, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est chargé du cours d'opérations et d'appareils de ladite Faculté.

— Par arrêté du 23 février, M. le docteur Bastien est nommé professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de Nancy. Il sera attaché en ladite qualité à la chaire d'anatomie et de physiologie.

— Par arrêté du même jour, M. le docteur Chrétien est nommé officier d'Académie.

— M. le docteur Gustave Carton, jeune médecin plein d'avenir, vient de succomber à la suite d'une longue et douloureuse maladie. Il laisse un mémoire *sur le traitement des diverses espèces de fractures du fémur*, qui avait été couronné par la Société centrale de médecine du département du Nord, et une excellente thèse *sur l'opération de la cataracte par la kératotomie supérieure.*

— La *Gazette médicale de l'Algérie* annonce la mort de plusieurs médecins de notre colonie. Alger vient de perdre M. le docteur Camps, Orléansville M. de Dominicis, et l'Arba M. le docteur Caboche. Par suite du décès de M. Caboche, ajoute ce journal, la commune de l'Arba et sa banlieue n'ont pas de médecin résident. Il est fort à désirer que cette vacance soit bientôt remplie.

— M. le docteur Verdé de Lisle nous prie d'annoncer qu'il ne répondra pas en ce moment aux objections dirigées contre son livre *De la dégénérescence physique et morale de l'espèce humaine*, etc., et notamment à celles que renferme l'*Essai historique et critique sur les attaques dirigées contre la vaccine*, récemment publié par M. Eugène Bertin. Il prépare une histoire critique de la vaccine destinée à embrasser toutes les objections et à y répondre.

(1) Cette observation est celle du malade présenté par M. Chassaignac dans la séance du 18 février 1855. La présentation était trop sommaire pour être utile à une discussion approfondie.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 27. — MARDI 4 MARS 1856. (29e ANNÉE.) N° 27. — MARDI 4 MARS 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 3 MARS 1856.

UN MOT SUR L'ÉTAT ACTUEL DE LA GALVANO-CAUSTIQUE,

ou l'ensemble des opérations chirurgicales qui s'accomplissent à l'aide de la chaleur électrique.

Nous avons plusieurs fois déjà signalé à l'attention de nos lecteurs les tentatives faites depuis quelques années par plusieurs chirurgiens, dans le but de substituer la cautérisation galvanique à la cautérisation actuelle pour l'accomplissement de certaines indications chirurgicales. Il nous suffira de rappeler, entre autres, les essais assez nombreux que M. Nélaton a faits dans son service de l'hôpital des Cliniques depuis 1852, et qui ont pour la plupart été consignés dans nos colonnes ; ceux dont M. Amussat fils a communiqué les résultats à l'Académie des sciences en 1853 et 1854 ; les tentatives de M. Le Roy-d'Etiolles pour l'application du cautère électrique au traitement des rétrécissements de l'urètre, etc. ; et enfin, en remontant plus haut, nous pourrions rappeler les tentatives de M. Crusell (de Saint-Pétersbourg) et celles de M. Sédillot, qui ont été comme les préliminaires et les premiers tâtonnements de la méthode.

M. le professeur Middeldorpff (de Breslau), qui de son côté, avant d'avoir eu connaissance de ces diverses tentatives, avait eu aussi l'idée d'appliquer à la médecine opératoire la chaleur développée par la pile, et qui a eu peut-être plus que tous ceux qui l'ont précédé dans cette voie le mérite d'avoir multiplié et varié les expériences, M. Middeldorpff a publié récemment sur cet intéressant sujet de thérapeutique un volumineux et important travail dont nous devons la traduction à M. le docteur Axenfeld (dans les *Archives générales de médecine*, fascicules d'août, octobre et décembre 1855). Nous pensons que nos lecteurs nous sauront gré de leur présenter un résumé substantiel de ce travail, auquel la note lue par M. Regnauld dans la dernière séance de l'Académie de médecine sur les applications chirurgicales des phénomènes thermiques de la pile donne un nouveau caractère d'opportunité.

Voici quels sont les principaux appareils et instruments dont M. Middeldorpff se sert pour ces opérations. A la pile dont il fait usage (il donne la préférence à celle de Gravo sur toutes les autres, et mieux encore à une pile de son invention), il adapte, suivant les opérations à pratiquer et les régions sur lesquelles on doit agir, des cautères galvaniques de diverses formes et dimensions, un porte-ligature galvanique, ou anse coupante, et des sétons galvaniques.

Il est indispensable d'entrer dans quelques détails sur la disposition de quelques-uns de ces instruments pour comprendre les opérations qu'ils sont destinés à accomplir.

a. Cautères galvaniques.—« Un manche d'ébène, pouvant être séparé en deux moitiés latérales, est traversé, suivant sa longueur, par deux fils de cuivre doré, qui reposent dans deux gouttières creusées dans chacune de ses moitiés. L'extrémité postérieure de chacun de ces fils reçoit l'extrémité de l'un des réophores ; à l'extrémité antérieure, saillante au delà du manche, se visse un fil de platine disposé en anse. Dans son trajet à travers le manche, l'un des fils de cuivre, le supérieur, est obliquement coupé, de façon qu'au niveau de cette intersection on puisse à volonté interrompre le courant ou le rétablir. Veut-on lui faire traverser toute la longueur du fil, on presse sur un bouton placé sur le dos du manche, et l'on abaisse ainsi un ressort qui tient les deux segments du fil écartés l'un de l'autre ; de même, en lâchant le bouton, on interrompt la marche du courant. »

Un *cautère à double tige* est destiné à agir sur une surface plus étendue. Il consiste en deux gros fils de cuivre doré, demi-cylindriques, logés dans un manche d'ébène, volumineux. Les deux bouts postérieurs de ces fils s'écartent et reçoivent chacun une extrémité du conducteur de la pile. Après leur sortie du manche, ces deux fils s'étendent parallèlement dans une grande longueur, et forment, en se juxtaposant, une sorte de cylindre, dont les deux demi-cylindres constitutifs sont isolés au moyen d'une mince plaque d'ivoire ; l'extrémité antérieure reçoit l'anse de fil de platine.

Le *cautère à olive de porcelaine* est une simple modification des précédents.

Le *cautère du sac lacrymal* « se compose d'un manche petit, traversé par deux fils de cuivre, demi-cylindriques, lesquels au sortir de ce manche offrent successivement une portion horizontale où s'adaptent les électrodes et une portion verticale. Celle-ci forme une sorte de crochet ; elle est forée dans toute sa longueur pour recevoir une anse de fil de platine à deux branches parallèles et très-rapprochées. Un petit spéculum d'ivoire pour éviter de brûler les bords de la plaie complète l'appareil. »

Les *cautères pour les rétrécissements*, ou *bougies galvaniques*, sont à peu de chose près les mêmes instruments que les cautères à double tige introduits dans une sonde de gomme destinée à protéger la membrane muqueuse voisine du rétrécissement contre l'action de la chaleur.

Les *sétons galvaniques* sont des fils de platine de différente grosseur, que l'on conduit au moyen d'aiguilles droites ou courbes à travers les canaux ou les tissus où l'on se propose de déterminer un travail inflammatoire.

Enfin, l'instrument principal de cet arsenal galvano-caustique est le *porte-ligature galvanique* (*anse coupante*).

Le porte-ligature se compose « d'un manche d'ébène, polyédrique, surmonté de deux pièces de laiton recourbées en demi-cercle et terminées par deux renflements. Ceux-ci présentent chacun deux trous : 1° l'un latéral pour recevoir un bout de fil arrondi, qui est destiné à être mis en communication avec un électrode ; 2° l'autre vertical, creusé en canal, par où passe l'un des chefs du fil de platine. De chacun de ces renflements part aussi un tube mince, isolé du tube voisin par une sorte de manchon d'ivoire et traversé par ce même fil, dont l'anse, saillante à l'extrémité de l'instrument, peut être déplacée en divers sens et attirée vers l'opérateur au moyen d'un garrot, auquel aboutissent les deux chefs de la ligature. La traction sur le garrot doit être faite très-lentement et très-uniformément. »

On trouve dans le travail de M. Middeldorpff un grand nombre d'observations dans lesquelles cette méthode a été mise par lui en usage avec des succès variables. Nous signalerons, entre autres, un cas de névralgie de l'anus avec tumeurs hémorrhoïdaires, un cas d'excision de la langue pour un cancer, cinq ou six cas de fistules des diverses régions, un cas d'ectropion avec distichiasis, un cas de rétrécissement de l'urètre, deux d'épulis, un de névrome, trois de tumeurs sanguines, deux de tumeurs pédiculées, un cas d'amputation de phalange, sept ou huit cas de polypes et tumeurs fibreuses.

C'est surtout dans le traitement des fistules, des tumeurs sanguines et des polypes que M. Middeldorpff a trouvé les plus utiles indications de l'emploi de la galvano-caustique. Nous allons nous arrêter un peu sur chacune de ces catégories de faits :

Pour les fistules, la cautérisation électrique peut être employée, d'après ce professeur, dans les cas qui réclament les opérations suivantes :

« 1° Cautérisation ou simple adustion du *trajet fistuleux*, qui présente deux orifices ou que l'on complète en établissant une deuxième ouverture, plusieurs procédés sont mis en usage à cet effet.

» *a* On traverse la fistule avec un ou plusieurs fils échauffés (séton galvanique). *b* On introduit dans une fistule borgne la pointe d'un cautère électrique, et l'on cautérise la paroi du trajet morbide. *c* On y place un fil rigide plié en anse et dont les extrémités sont mises en communication avec la batterie, etc.

» 2° Cautérisation de l'*ouverture fistuleuse* et de son pourtour pour obtenir le rétablissement et l'occlusion de cette ouverture par rétraction de la cicatrice, pour déterminer la formation de bourgeons charnus de bonne nature.

» 3° Incision des *parois de la fistule* : *a* au moyen d'un fil auquel on imprime un mouvement de scie ; *b* à l'aide de la ligature coupante, *c* ou d'un cautère galvanique cultellaire. »

Les avantages de la galvano-caustique dans tous ces cas sont, d'après M. Middeldorpff, l'absence ou le peu d'abondance de l'hémorrhagie, la production de granulations abondantes et vivaces, la destruction ou la fonte des tissus fongueux ou calleux, la possibilité de porter sans danger une excitation vigoureuse dans les trajets les plus profonds, d'agir sur n'importe quel point et dans n'importe quelle étendue.

« La cautérisation du *trajet fistuleux* s'applique au traitement des fistules de la glande lacrymale, de la parotide, des fistules dentaires, des fistules des canaux salivaires, des conduits lacrymaux, du sac lacrymal, du canal nasal, des fistules vésico-utérines, urétro-vésicales, rectales, recto-vaginales, recto-urétrales et urinaires.

» *a* S'il y a deux orifices, on introduit dans la fistule un ou plusieurs fils, dont on saisit les extrémités au ras de la peau, à l'aide d'une pince ou d'un petit étau *ad hoc*.

» *b* S'il n'existe qu'une seule ouverture, et qu'on veuille en établir une seconde avant de procéder à la cautérisation, on commence par compléter la fistule en la traversant soit de dedans en dehors, soit de dehors en dedans.

» *c* Lorsqu'il n'existe qu'une seule ouverture, et qu'on ne doit ou ne peut en établir une autre, on se borne à cautériser les parois de la fistule avec le cautère galvanique ordinaire, le cautère à tige, ou bien avec une anse de platine fixée sur les côtés d'un petit cylindre de verre ou d'ivoire. »

La cautérisation se pratique sur le *pourtour de la fistule* et sur son *orifice*, à l'aide d'un cautère galvanique à double tige ou à boule de porcelaine, pour les cas de fistules capillaires de la parotide, du canal lacrymal, des conduits salivaires, des fistules vésico-vaginales, stercorales, etc.

L'incision des fistules peut être faite ou à l'aide d'un fil de platine

---

LA CONFRATERNITÉ.

Ἀνάγκη..... LA NÉCESSITÉ !

Voici un enfant issu de parents robustes et intelligents ; il est lui-même bien fait de sa personne, propre aux exercices du corps et de l'esprit. La nature l'a doué d'un discernement exquis, d'un jugement sain ; son caractère est mêlé de douceur et de fermeté ; il a le goût du travail et du penchant pour les choses honnêtes ; il souffre des souffrances des autres ; son âme compatissante aime à s'attendrir sur les maux de l'humanité.

Enseignez-lui les premières lettres, ensuite il apprendra la langue française, le grec et le latin ; il passera toute sa première jeunesse à interpréter Homère et Démosthène, Virgile, Horace et Cicéron pour se former le goût ; puis son cœur s'ouvrira à la lecture de Tite-Live, de Tacite, de Xénophon et de Plutarque : les grands événements, les grands hommes de l'antiquité viendront tour à tour passionner son intelligence.

Joignez à cela l'étude des langues vivantes, celle des beaux-arts, puis vous passerez aux sciences ; la géométrie, la physique, la chimie, l'histoire naturelle s'ajouteront à ses premières connaissances. Arrivé à ce degré, votre élève sera jugé capable de se livrer aux études médico-chirurgicales proprement dites.

Il devra connaître alors l'anatomie humaine et comparée, la physiologie, la pathologie interne et externe, la médecine opératoire, les vertus de tous les médicaments, la philosophie médicale, etc.

Et quand il aura passé la plus belle moitié de sa vie à apprendre toutes ces choses, il sera enfin reçu *docteur*.

Le voilà cet homme savant parmi les autres hommes, cet élève dont tous les moments ont été sacrifiés aux études sérieuses, ce sujet distingué et hors ligne ! Le voilà jeté dans le monde ; il est animé des plus beaux sentiments ; il a dans l'esprit les plus grands exemples ; il est savant, noble, généreux, comme on ne l'est pas et comme on devrait l'être, c'est le juste rêvé par Platon ; il se présente dans la pratique, le mot de *confraternité* est pour lui un refuge, un espoir.

Qu'il se détrompe, sa confraternité est trop souvent un mythe. Pour exprimer ce qui est, il faut dire la *non-fraternité*.

Pourquoi donc, en général, cette assistance mutuelle, ce support des uns envers les autres, la charité, en un mot, ne règne-t-elle pas parmi nous ? Voyez les militaires, les marins ; considérez les agriculteurs, les simples paysans et les gens du peuple, ils s'aiment, ils s'entr'aident ; on trouve chez eux une sorte de solidarité confraternelle. C'est parce que dans les professions de soldat et de marin le champ est libre ; il y a place pour tout le monde. Quant aux cultivateurs et aux autres, leur théâtre est vaste, et les produits du voisin n'exercent aucune influence sur le débit de ceux des autres.

Il n'en est pas de même quant à l'exercice de la médecine. Le nombre des malades est restreint, celui des médecins surabonde dans les villes. Et qu'est-ce que le médecin ? Vous l'avez vu : un homme dont les idées sont élevées, qui par conséquent a de grands et nombreux besoins, forcé, pour tenir son rang, à une dépense, sinon luxueuse, du moins relativement élevée. Il a une valeur intrinsèque réelle, par conséquent des aspirations légitimes. Ajoutez la différence d'opinions médicales, et vous aurez la réunion de toutes les causes d'une concurrence sans frein. Aussi on monte sur le corps des autres ; pour arriver il faut se faire un marchepied de leurs ruines. Voyez les conséquences déplorables de cette position. Disons, pour rendre la vérité complète, qu'il est *impossible* aujourd'hui à un jeune médecin de se suffire à lui-même pendant au moins les cinq premières années de son établissement, car il n'a alors que les produits insignifiants d'une clientèle insolvable.

Comment écarter ces tristes faits, par quels moyens les combattre ? comment anéantir cette non-fraternité dégradante pour notre état et tachant si souvent notre respectable écusson ?

Premier remède : il faut ici, pour avoir de la confraternité, sacrifier sa liberté ; il faut, nous l'avons déjà dit ailleurs, reconstituer l'apprentissage. Par ce moyen la succession se fait sûrement et insensiblement ; le médecin devenu vieux est soulagé par le travail de son successeur, qui lui-même trouve dans toutes les circonstances difficiles des secours certains et désintéressés. Ce patronage devient d'autant plus nécessaire aujourd'hui que personne ne se contente d'à peu près ; et quelles que soient la science et les qualités de notre jeune docteur, il lui manque encore le savoir pratique, *l'artifice du métier*. Que ce mot n'effraye

auquel on imprime un mouvement de scie (méthode de Crusell), ou au moyen de l'anse coupante de M. Middeldorpff, ou enfin au moyen du cautère cultellaire du même auteur.

Pour la *fistule lacrymale*, « on a recours au cautère galvanique si l'on veut cautériser la partie supérieure seulement du canal lacrymal. Si l'on se propose d'agir sur toute la longueur de ce canal, on forme avec un morceau de fil de platine une anse allongée que l'on visse sur le cautère; on écarte les bords de la plaie, puis on détermine l'incandescence en pressant sur le bouton de l'instrument. »

Les mêmes procédés sont applicables au traitement des rétrécissements du canal, de l'oblitération de son orifice nasal, des fongosités, de polypes du sac et de la caroncule, etc.

Pour les *tumeurs vasculaires*, c'est le séton galvanique qui est mis en usage. L'application du séton galvanique se fait en traversant la base ou l'épaisseur de la tumeur avec un ou plusieurs fils minces de platine qui ne doivent se toucher par aucun point. M. Middeldorpff rapporte à l'appui de l'utilité de cette méthode une observation très-remarquable de tumeur sanguine caverneuse d'un très-grand volume, occupant l'angle gauche de la mâchoire. Après trois séances de galvanopuncture sans succès durable, le chirurgien eut recours au séton galvanique. Malgré quelques accidents (suppuration, abcès à l'épaule, etc.), le vingt-huitième jour la tumeur n'avait plus qu'un très-petit volume. Une récidive eut lieu deux mois après. Nouvelle application du séton galvanique plus de quatre mois après la première. Transformation complète de la tumeur, qui se réduisit moins cette fois.

Deux fois M. Middeldorpff a employé, pour traiter les tumeurs érectiles, un procédé analogue à celui de M. Nélaton, qui consiste à introduire dans la tumeur un cautère galvanique, auquel on imprime des mouvements en divers sens, de manière à détruire les vaisseaux afférents. Mais les deux fois le traitement a été excessivement long, les douleurs intenses, et les résultats de l'opération incomplets.

Voici en quels termes l'action de la galvano-caustique dans le traitement des polypes est appréciée dans ce travail : « La galvano-caustique non-seulement facilite l'ablation des polypes, mais encore la rend possible là où ne peuvent pénétrer les instruments ordinaires... Elle nous apprend à jeter autour de la tumeur une anse de fil qu'avec l'aide de tubes étroits on conduit sur le pédicule jusqu'au point où il est implanté. En attirant cette anse on fixe en même temps le polype, qui ne peut se dérober, et que l'on coupe ainsi rapidement et sûrement. Tout l'appareil exige fort peu de place, avantage qu'il a sur les instruments tranchants ordinaires, les bistouris, ciseaux courbes, etc. »

Elle a en outre d'autres avantages, tels que la fixation des parties à diviser par l'instrument même qui divise; la limitation exacte des effets, d'où une inflammation consécutive moins intense, l'absence de lésions circonvoisines, d'hémorrhagie, la plus grande facilité de l'opération, etc. C'est surtout pour les polypes du pharynx que le parallèle entre la galvano-caustique, la ligature, l'excision, l'arrachement, tourne à l'avantage de ce premier procédé.

La ligature est introduite, soit par la bouche, soit par les narines, suivant les indications. Dans le premier cas, elle agit d'avant en arrière; dans le second, d'arrière en avant. Les chefs de l'anse de platine qui pendent au dehors sont alors enfilés dans les tubes, et ceux-ci poussés vers la tumeur en même temps qu'on tire sur les extrémités du fil. Après s'être assuré de nouveau, à l'aide du toucher, que la ligature étreint bien la partie supérieure de la tumeur, on avance profondément les tubes jusqu'au pédicule.

Les *polypes utérins* et les diverses tumeurs utérines pédiculées ou à base large rentrent également dans la série des cas auxquels convient la galvano-caustique. Ses principaux avantages, en pareil cas, sont d'éviter l'hémorrhagie, de faciliter l'extirpation complète, d'avoir une action limitée au tissu que l'on veut enlever, en respectant les parties voisines; enfin, de ne donner lieu qu'à une inflammation très-modérée, et de déterminer la formation de bonnes granulations.

Indépendamment des circonstances qui viennent d'être spécifiées, et dans lesquelles cette méthode a été expérimentée, M. Middeldorpff pense, par analogie et d'après des indications que chacun peut apprécier, qu'elle pourrait également être appliquée avec des chances de succès dans les cas où il est nécessaire d'obtenir une cicatrice rétractile, comme par exemple dans la blépharoptose, l'entropion, l'ectropion; pour rétablir la position du cartilage tarse déformé; pour toucher les petites ulcérations si rebelles de ce cartilage, des glandes de Meïbomius et des bulbes ciliaires; pour l'ablation du cancer des paupières ou des caroncules; pour combattre les prolapsus de la matrice, du vagin et du rectum; pour le traitement des varices, de la carie; la cautérisation des abcès froids, des kystes; la destruction ou la section sous-cutanée des pseudarthroses, etc., etc.

En résumé, en s'en référant aux faits acquis jusqu'ici, et sauf les réserves que commande encore l'insuffisance des expérimentations, les avantages les plus généraux que paraît offrir cette méthode et qui doivent guider dans le choix des applications sont :

1° L'absence d'hémorrhagie;

2° La rapidité et l'énergie d'action;

3° La limitation exacte des effets de l'opération, et par conséquent l'absence de réaction inflammatoire vive, soit locale, soit générale;

4° La possibilité de brûler et de couper les parties profondes qui sont absolument inaccessibles à l'instrument tranchant ou ne peuvent être atteintes sans danger;

4° Enfin la production de bourgeons charnus de bonne nature qui hâtent ou déterminent la guérison.

FONDATION D'UNE SOCIÉTÉ MÉDICALE DES ARMÉES ALLIÉES à Constantinople.

Les médecins des quatre armées présents à Constantinople, réunis aux médecins turcs, viennent de fonder une société de médecine. La présidence en a été donnée à M. le docteur Baudens. Le sultan va, assure-t-on, convertir cette société en académie, et la prendre sous son haut patronage. Dans la prochaine séance, on traitera la question du typhus des armées. Plusieurs membres sont inscrits pour prendre la parole.

Nos lecteurs apprécieront toute l'importance de ce fait s'ils se reportent aux lieux, au temps et aux conditions au milieu desquelles il vient de se produire.

Nous ne saurions trop nous louer surtout de la part qui est faite dans cet heureux événement à la médecine française, si dignement représentée, dans cette circonstance, par notre honorable confrère M. Baudens, dont tout le monde connaît les éminents services et les aimables qualités.

Nous espérons pouvoir tenir nos lecteurs au courant des actes de cette nouvelle académie.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Ablation d'une tumeur fibro-plastique volumineuse siégeant sous le muscle triceps brachial. — Fistule à l'anus à diverticules multiples opérée par écrasement linéaire. — Résection partielle du premier métatarsien et de la première phalange du gros orteil. — Section du tendon d'Achille. — Drainage pour un abcès par congestion.

I. Le premier malade dont nous ayons à vous entretenir est un adulte atteint de tumeurs fibro-plastiques multiples. Déjà cet homme a été amputé de la jambe gauche dans un autre hôpital. Il n'a pu nous fournir les renseignements propres à nous faire connaître bien exactement la nature de la lésion pour laquelle il a été opéré. Nous avons tout lieu de croire cependant qu'il s'agissait d'une tumeur fibro-plastique, par ce motif qu'ayant déjà opéré ce malade à l'hôpital Lariboisière pour une tumeur volumineuse du flanc gauche, cette tumeur soumise à l'examen microscopique par plusieurs observateurs, il a été reconnu que des éléments fibro-plastiques entraient seuls dans la composition de la tumeur.

La tumeur du flanc a été enlevée par une opération mixte, c'est-à-dire au moyen de l'incision avec le bistouri pour diviser la peau et de l'écrasement linéaire pour séparer la tumeur de ses attaches profondes.

Ici la disposition de la tumeur exclut tout emploi de l'écrasement linéaire. La tumeur, en effet, est placée sous le muscle triceps brachial, et nous avons acquis la certitude de ce siége par le mode d'exploration que voici :

Pendant que d'une main nous retenions l'avant-bras du côté malade dans une demi-flexion, nous avons engagé le sujet à faire effort pour étendre le bras en luttant contre nous. Or, examinant dans ce moment-là même les changements que pouvait présenter la tumeur, nous avons constaté qu'elle devenait complétement immobile en tous sens, beaucoup plus dure que quand le malade ne se contractait pas. Il a été dès lors démontré pour nous qu'elle était placée sous le muscle, développée peut-être dans son épaisseur, mais qu'à coup sûr elle n'était pas sous-cutanée.

Ces choses étant reconnues, le but à atteindre dans l'opération c'était d'enlever la tumeur sans compromettre le muscle biceps au delà de ce qui était rigoureusement indispensable; car, en le sacrifiant sans utilité, on aurait évidemment fait perdre au malade les mouvements d'extension de l'avant-bras.

En faisant l'incision en travers, on aurait évidemment coupé le muscle, ce que M. Chassaignac devait éviter. En faisant l'incision longitudinalement sur le milieu de la face postérieure du bras, on aurait été obligé de disséquer la tumeur à travers une très-longue boutonnière pratiquée dans l'épaisseur du triceps. Or, en général, toutes les fois que l'on doit pratiquer une opération délicate, telle que dissection de tumeurs ou ligature d'artères, on se prépare de grandes difficultés quand on veut agir à travers un interstice, quelque étendu qu'il soit, si cet interstice est pratiqué au travers d'un muscle.

Afin de tourner la difficulté, une incision curviligne de 22 centimètres d'étendue a été pratiquée sur le côté externe du bras. Le muscle triceps a été fortement renversé en dedans et en arrière. Il enveloppait de toutes parts la tumeur, et, lorsqu'on l'a eu divisé dans toute son épaisseur, l'enlèvement complet de la partie malade a été excessivement rapide.

Après avoir lié quelques artères, on a appliqué le pansement par occlusion.

Le malade a été maintenu dans l'état de tolérance anesthésique pendant toute la durée de l'opération.

II. Le second malade que nous nous proposons d'opérer est un enfant de treize ans atteint d'une fistule anale très-profondément placée et compliquée de diverticules multiples.

Nous appellerons d'abord l'attention sur ce fait de la rareté des fistules anales chez les enfants. Or, chez le sujet que nous avons sous les yeux, non-seulement il y a fistule à l'anus, mais il y a complication de cette lésion par une foule de trajets fistuleux, dont plusieurs communiquent avec l'intestin, et dans lesquels se déversent et séjournent par conséquent des matières stercorales. Il en résulte que des clapiers plus ou moins étendus se sont formés dans l'épaisseur des muscles fessiers, et constituent un danger toujours imminent pour l'existence du malade, en même temps qu'ils exhalent une odeur d'une fétidité repoussante. D'une part, en effet, on peut toujours craindre que la putridité des liquides retenus dans les clapiers ne donne lieu à tous les accidents d'une fièvre infectieuse; d'une autre part, la permanence de ces foyers d'infection dans une partie assez étendue de la surface du corps rend l'état de ce petit malheureux aussi pénible pour lui-même qu'intolérable pour ceux qui l'entourent.

Dans tous les cas la vie ne pourrait évidemment pas se prolonger longtemps au milieu de conditions semblables. Une opération susceptible d'amender la douloureuse position de ce petit malade est donc indiquée. Déjà nous avons amélioré notablement son état en introduisant dans les trajets fistuleux des tubes à drainage. De cette manière l'écoulement des liquides excrémentitiels et des produits de la suppuration a été régularisé. Mais cela ne suffit pas.

Aujourd'hui, nous nous proposons d'opérer la fistule intestinale, cause première de tous les désordres. Cette fistule est très-profondément placée, et son orifice rectal est situé à un ou deux travers de doigt au-dessus de la zone sphinctérienne. Cet orifice communique avec l'un des trajets fistuleux de la fesse, comme le démontre l'introduction qui a pu être faite d'un tube à drainage par l'intérieur du rectum d'une part, et ce trajet fessier d'autre part.

Ce sont précisément les parties comprises dans cette anse élastique que nous nous proposons de diviser aujourd'hui.

Or, on comprend que pour sectionner ainsi toute la partie inférieure du rectum, si l'on avait recours à l'instrument tranchant, on courrait grand risque, par les pertes de sang plus ou moins considérables qui résulteraient de l'opération, d'accroître l'état de

---

personne, il est étymologique d'art et d'ouvrier, c'est la mise en œuvre du savoir. Il peut rester honnête.

Oui, pour arriver à l'exercice, il ne suffit pas d'étudier soit un cadre nosologique et le traitement en regard, ni de connaître l'imitation et les entités anatomo-pathologiques.

Loin de nous aussi ces nomenclatures bouffies, enflées de grands mots, négligeant les petites choses et prétendant suffire à tout.

Il nous faut de l'étoffe, du positif, du vrai, du fort et du bon, avec la manière de s'en servir.

Sans parler des professeurs qui illustrent nos Facultés, vivent M. Maher, premier chirurgien de la marine à Rochefort; MM. Munaret, Ancelon, Max. Simon, et bien d'autres dont les noms ont aussi peu d'éclat que la publication de leurs pensées mériterait de reconnaissance!

Oui, je le soutiens, et c'est ce qui me fait regretter la confraternité avec amertume, la médecine compte dans ses rangs des hommes simples d'une valeur extraordinaire; il arrive de rencontrer des praticiens d'une modestie antique, d'une science admirable, s'ignorant soi-même.

Le second moyen à opposer à la non-fraternité est la propagation des sociétés médico-chirurgicales; c'est dans ces tribunaux de famille que chacun a le droit de se plaindre d'un voisin. L'homme, quel qu'il soit, craint la réprimande, et ces corrections morales infligées à quiconque aurait manqué à ses devoirs ou à l'honneur, maintiendraient des médecins qui, isolés, livrés à eux-mêmes, ne craignent pas, pour atteindre à leurs fins, d'employer les moyens les plus honteux.

Nous savons tous que la clientèle est loin d'être le partage du plus capable. Combien ne voyons-nous pas, au contraire, de praticiens de peu ou point de valeur triompher quand près d'eux des savants de premier ordre végètent et manquent du nécessaire!

Le public adore les idoles qui lui sont présentées, et souvent les motifs les plus vils ou l'ignorance conduisent des hommes influents à patroner des indignes.

Ces sociétés devraient faire les présentations aux emplois publics, et au besoin signaler aux populations le mérite des médecins modestes délaissés par l'opinion.

Voyez combien notre profession est à plaindre! Le commerçant étale sa marchandise, et tout le monde peut juger de la beauté et de la qualité de ce qu'il offre. Il n'en est pas de même du médecin, toujours le jouet d'une critique aveugle.

Il en résulte que chacun de nous peut mourir de faim dans sa pratique civile, et que les plus capables peuvent être éclaboussés par le carrosse du plus ignoble des charlatans.

Omnia vanitas!

De tout ceci, j'en parle avec la conscience libre; la fortune me dote d'un patrimoine suffisant à mes besoins, et de plus j'ai l'esprit de la pratique acquis sans doute par un heureux apprentissage; est-ce donc un acte vain que de prêcher la confraternité? Je ne le pense pas. A l'exemple des disciples du Christ, qui n'étaient pas des savants, je viens défendre une cause juste sans talent et sans art, parce que mon cœur saigne quand je vois chaque jour des hommes modestes et honorables, dont la valeur ne peut être mise en relief par eux-mêmes, végéter dans la tristesse et la misère; alors je me sens ému par la compassion confraternelle, et c'est pour cela que je déplore leur sort; ces vérités ne sont pas souvent écrites; elles attristent trop, et puis c'est une tâche ingrate que de défendre les infortunés; quant à eux, ils n'élèvent jamais la voix : les pauvres ne savent que se taire.

Puisse cette page sympathique à nos lecteurs attirer l'attention et la bienveillance des autorités du corps médical! Que désormais chacun soit récompensé selon son mérite et ses œuvres; notre profession ne doit plus être l'image de ce monde ingrat qui ne s'occupe jamais d'un homme utile et ignoré; écoutons enfin la parole du divin maître : Aimons-nous les uns les autres. Amédée Joux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Bouvier, né à Damrémont (Haute-Marne); *Choléra. De la réaction.*

Desparsac, né à Larcé (Gers); *Quelques considérations sur l'influence physiologique et thérapeutique des eaux salines sulfureuses de Barbotan (Gers).*

Chambron, né à la Mastre (Ardèche); *De l'éclampsie ou des convulsions dans l'enfance.*

Humbert, né à Beaumotte-lès-Montbazon (Haute-Saône); *Essai sur l'examen médico-légal des taches de sang.*

faiblesse et d'épuisement dans lequel se trouve notre petit malade. Ce cas nous offre donc une très-utile et très-légitime application de notre méthode d'écrasement linéaire. C'est en effet par ce moyen que nous allons pratiquer l'opération dont il s'agit. Nous espérons ainsi non-seulement guérir le trajet fistuleux divisé, mais encore améliorer l'état des c lapiers sur lesquels on n'aura pas agi.

L'enfant est soumis à l'action du chloroforme, qu'il supporte, comme tous les enfants d'ailleurs, sans passer par la période d'excitation.

La tolérance anesthésique une fois obtenue, la chaîne de l'écraseur est conduite de l'intérieur du rectum au dehors. La manœuvre se fait toujours plus facilement que si l'on procédait du dehors au dedans, parce que dans ce dernier cas l'introduction de la ligature métallique pourrait être gênée ou même empêchée par l'arc-boutement de l'un des anneaux de la chaîne contre la peau.

L'opération ainsi terminée, on panse avec les cataplasmes, à cause de la nécessité de renouveler souvent les pièces d'appareil, qui sont souillées par un mélange de pus et de matières fécales.

III. Notre troisième malade est un homme affecté d'une carie du premier métatarsien du pied droit, carie pour laquelle nous nous proposons de recourir à la résection de cet os. Déjà l'on a fait des tentatives d'extirpation partielle, sans enlever toutefois les surfaces articulaires; déjà l'on a pratiqué des injections iodées et soumis le malade à un traitement général. L'on a fait, en un mot, pour lui tout ce qu'on pouvait faire. Il ne reste plus d'autre ressource que l'opération. Quelle sera la nature de l'opération ? On conçoit sans peine combien il serait absurde, pour une lésion très-circonscrite, de supprimer une partie considérable d'un membre important, en d'autres termes, d'enlever à la fois les parties saines et les parties malades ; on ne peut, d'une autre part, abandonner plus longtemps la maladie à elle-même. Entre ces deux extrêmes, il est un moyen terme qui consiste à enlever les parties malades en respectant les parties saines. C'est ce but qu'on se propose et qu'on réalise par l'emploi des résections.

Réséquer l'extrémité antérieure du premier métatarsien, telle est donc l'opération que nous allons tenter chez ce malade. Nous ne saurions nous dissimuler que cette opération ne doive présenter des difficultés réelles. Nous manquons d'un manche, pour ainsi dire, au moyen duquel on puisse manœuvrer aisément, de manière à séparer la tête articulaire de ses attaches avec la première phalange. En effet, l'os est interrompu dans sa continuité par l'affection carieuse, et n'offre plus aucune prise.

L'exécution du manuel opératoire a été rendue plus laborieuse encore qu'on ne l'avait d'abord pensé, par la nécessité où l'on s'est trouvé d'enlever la première phalange, qui était elle-même affectée de carie. Il n'y a pas eu d'artères jaillissantes ou qui valussent la peine d'être liées. Pansement par occlusion.

IV. La quatrième opération que nous allons exécuter est une ténotomie sous-cutanée. Il s'agit de sectionner le tendon d'Achille chez une femme atteinte de pied-bot à la fois varus et équin par suite d'une rétraction de ce tendon, consécutive elle-même à une tumeur blanche.

Deux procédés se présentent pour pratiquer cette section : ou bien on peut glisser le ténotome entre la peau et le tendon et couper celui-ci des parties superficielles vers les parties profondes ; ou bien pénétrer sous le tendon et couper celui-ci de la profondeur vers la surface. C'est ce dernier procédé que j'ai adopté d'une manière générale et que je me propose de mettre en pratique dans le cas particulier. Voici la raison de cette préférence : en agissant de la surface vers la profondeur, on s'expose à blesser les artères voisines ; on ne court pas ce danger en suivant le procédé inverse.

Le mode opératoire est le suivant :

A bonne distance du tendon d'Achille, je ponctionne légèrement la peau. Par la petite ouverture, qui n'est guère plus grande que la plaie résultant de la piqûre d'une lancette, je glisse l'instrument couché à plat sous la peau jusqu'à ce qu'il pénètre dans l'espace compris entre les artères et le tendon, en ayant soin toutefois de me rapprocher davantage de ce dernier ; arrivé là, et désormais en règle avec les vaisseaux, je donne au ténotome une direction perpendiculaire à l'axe du tendon, que je sectionne en sciant du dedans au dehors. On juge que la section est accomplie quand les fibres tendineuses ont cessé de crier sous l'action de l'instrument et qu'on a la sensation d'une résistance vaincue. Il est très-important de ne pas intéresser la peau, car la différence est énorme entre les plaies tendineuses faites à ciel ouvert et les mêmes plaies faites d'après les principes de la méthode sous-cutanée. Dans le premier cas, on peut voir survenir tous les accidents les plus graves du traumatisme chirurgical, suppurations prolongées, diffusions purulentes graves, délire nerveux, etc. ; dans le second, l'innocuité de ces plaies tendineuses est aussi complète que possible.

La malade, après avoir été endormie au chloroforme, a été couchée avec précaution sur le côté et même un peu sur le ventre de manière à présenter sa jambe par sa face postérieure. L'opération a été accomplie sans difficulté avec toutes les précautions que nous avons indiquées ; puis la petite plaie a été recouverte d'une cuirassette, sur laquelle on a appliqué une cuirasse plus large et à bandelettes plus volumineuses.

V. Enfin la dernière malade opérée dans cette séance était une jeune fille de vingt-deux ans, atteinte d'un mal de Pott qui a donné eu à deux abcès par congestion, l'un situé au niveau du pli de la fesse, l'autre à la face interne et supérieure de la cuisse.

S'il pouvait rester un doute sur la nature de ces abcès, l'existence d'une saillie anguleuse dans la région dorsale dissiperait à l'instant toutes les incertitudes diagnostiques. Cette disposition à angle aigu de la colonne dorsale constitue ce que M. Chassaignac appelle la preuve vertébrale des abcès par congestion. Cette preuve est indispensable pour tous les cas d'abcès par congestion que l'on présente comme des cas de guérison par une méthode qui aspire à être considérée comme curative. On peut, en effet, prendre aisément pour des abcès par congestion des abcès froids développés dans la région de l'aine, de la fesse ou dans les parois abdominales, auquel cas la valeur thérapeutique du moyen employé devient très-contestable. Toute observation, au contraire, dans laquelle le diagnostic aura pour base l'angulosité de la colonne vertébrale méritera toute créance quant aux résultats du traitement.

La méthode à laquelle M. Chassaignac a recours pour la curation des abcès par congestion consiste dans l'emploi du drainage. L'emploi des anses élastiques a déjà donné dans cette affection de fort beaux résultats, dont la portée pratique est trop grande pour n'avoir pas besoin de s'étayer sur de nouvelles preuves.

Le drainage a donc été pratiqué dans le cas particulier, et voici de quelle manière :

Après s'être assuré de la position des vaisseaux fémoraux et avoir reconnu qu'ils se trouvent rejetés en dehors, le chirurgien pénètre doucement et sans secousse, avec un long trocart garni d'un tube, dans un point assez élevé du foyer fémoral. Aussitôt que la pointe de l'instrument est engagée dans le foyer, il substitue à ce trocart aigu un trocart mousse, le tube restant en place, et, grâce à cette pointe mousse, il peut traverser de part en part la poche purulente, sans crainte aucune de blesser les vaisseaux, s'il s'en trouvait sur le passage. On arrive ainsi à la partie la plus déclive de la cavité. On remplace alors la tige mousse, que le doigt sent à travers la peau, par la tige pointue qui fait ainsi la contre-ouverture. Une anse à drainage est introduite par la gaîne du trocart, qui a été préalablement retiré ; le tube métallique est enlevé à son tour, et il ne reste dans l'abcès que l'anse destinée à en produire l'évacuation.

Pareille opération a été pratiquée à la cuisse.

De larges cataplasmes seront ensuite appliqués sur ces parties.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Cours de séméiotique cutanée, suivi de leçons théoriques et pratiques sur la scrofule et les teignes (1).

5° *Arthropathies scrofuleuses.* (Tumeurs blanches; arthrites lymphatiques.) — La tumeur blanche et la carie sont les accidents les plus ordinaires de la scrofule tertiaire. La proportion relative des tumeurs blanches indiquée par les auteurs est déjà grande, puisque M. Lebert les a rencontrées sur un sixième des scrofuleux soumis à son observation, et que M. Beaugrand, sur 270 scrofuleux a compté 103 sujets affectés de tumeurs blanches. Mais, pour moi, cette proportion est plus considérable encore. En effet, je n'admets pas la tumeur blanche traumatique ; je n'admets pas les tumeurs blanches de nature rhumatismale ou dartreuse. Je ne vois dans ces affections que des manifestations locales de la scrofule, éveillées par des causes mécaniques ou par le rhumatisme articulaire, ou des évolutions naturelles de la scrofule, qui, après s'être montrée sous la forme d'éruptions dartreuses dans la première ou la seconde période de la maladie, se traduit dans la troisième sous forme de tumeurs blanches.

Quiconque a fréquenté les hôpitaux de Paris a pu s'assurer que les affections dont nous parlons ici abondent non-seulement dans les services de scrofuleux de l'hôpital Saint-Louis et de l'hôpital des Enfants, mais encore dans les salles de chirurgie, où leur nature véritable n'est pas toujours parfaitement appréciée.

La tumeur blanche est unique ou multiple; le plus souvent elle est unique, et dans beaucoup de cas elle est le seul accident par lequel se traduit la scrofule. La forme fixe primitive est peut-être le plus ordinairement constituée par la tumeur blanche. Cela n'a rien qui doive vous étonner. L'arthrite scrofuleuse est l'expression la plus complète de la scrofule; elle renferme en elle tous les produits que peut engendrer cette maladie : éléments ordinaires de tout travail inflammatoire : pseudo-membranes, sérosité purulente et pus; éléments organiques homœomorphes : graisse, tissus fibreux et osseux; éléments hétéromorphes : tubercules, cellules fibroplastiques, etc. Toutes les formations anatomo-pathologiques que l'on rencontre isolément dans les autres affections de la scrofule se trouvent pour ainsi dire associées et confondues dans la tumeur blanche.

Toutes les articulations mobiles peuvent devenir le siége de l'arthrite scrofuleuse; celles des membres inférieurs en sont plus souvent atteintes que celles des membres supérieurs.

Voici quel serait l'ordre de fréquence relative des parties affectées, d'après les relevés de M. Lebert : 1° articulations du pied; 2° le genou; 3° la hanche; 4° le coude; 5° le poignet; 6° l'épaule.

Les articulations phalangiennes des doigts et des orteils ne figurent pas dans ce relevé. Elles peuvent être cependant, comme les grandes articulations, le siége des tumeurs blanches, notamment l'articulation de la première avec la seconde phalange. Je dois ajouter cependant qu'ici la tumeur blanche est presque constamment une ostéite articulaire, ce qui peut-être explique pourquoi elle est souvent indolente, ou seulement le siége d'une douleur sourde, tandis que celle des grandes articulations est ordinairement accompagnée de douleurs vives. C'est surtout chez les enfants qu'on observe cette variété d'arthrite scrofuleuse.

6° *De la carie.* — La carie osseuse, avec ou sans nécrose, avec ou sans séquestre, avec ou sans hyperostose, avec ou sans tubercules, est peut-être l'affection la plus commune de la scrofule. Sur 12 scrofuleux, 5 sont, d'après les relevés de M. le docteur Beaugrand, qui se rapprochent de ceux donnés par M. Lebert, atteints de scrofule osseuse.

La scrofule osseuse est unique ou multiple.

Tous les os peuvent être atteints de carie, mais non avec la même fréquence. Voici quel serait, d'après M. Lebert, l'ordre de fréquence suivant lequel les différentes pièces osseuses du squelette en sont atteintes :

1° Os du pied; 2° tibia; 3° fémur; 4° vertèbres; 5° os de la main; 6° sternum; 7° humérus; 8° os du bassin; 9° omoplates et clavicules, côtes; 10° os du crâne; 11° radius, cubitus, péroné (le cubitus est rejeté trop loin).

Ces diverses lésions siégent le plus ordinairement sur les os courts et sur les extrémités des os longs, c'est-à-dire sur le tissu spongieux.

A. Quand la maladie occupe les *vertèbres*, elle constitue ce que l'on désigne sous le nom de mal de Pott. Alors elle attaque le corps des vertèbres, mais plus particulièrement des vertèbres dorsales et des premières lombaires. Ces caries donnent lieu à la formation des abcès par congestion, ou migrateurs. La matière tuberculeuse ramollie se rassemble au devant de la vertèbre malade en un foyer qui a pour enveloppe le tissu cellulo-fibreux voisin, lequel forme une espèce de kyste qui s'allonge, suit la direction des nerfs, des vaisseaux, des muscles, et vient le plus ordinairement aboutir à l'extérieur en passant par l'une des ouvertures du bassin, et venant faire saillie au-dessous de la peau, à l'aine, à la partie interne de la cuisse, etc. On connaît les conséquences fâcheuses qui résultent souvent de l'entrée de l'air dans ces foyers.

B. Quand le *sternum* est attaqué, c'est ordinairement dans sa moitié supérieure. Ici les abcès sont sessiles, c'est-à-dire qu'ils reposent sur l'endroit malade lui-même.

C. La carie *costale* donne lieu également à des abcès sessiles, d'où résultent des fistules avec décollement plus ou moins considérable, et quelquefois même pénétration dans la cavité pleurale.

D. La carie du *rocher* est souvent fort grave par les conséquences de voisinage. Du reste, la carie peut attaquer différentes parties, tantôt les parois de la caisse du tympan, tantôt les osselets de l'ouïe. Il en résulte alors une surdité plus ou moins complète et une perforation de la membrane du tympan. Le conduit auriculaire externe donne passage à du pus sanieux et fétide qui entraîne les osselets de l'ouïe. Un stylet introduit avec précaution fait connaître le siége et l'étendue des désordres. Dans d'autres cas, c'est l'apophyse mastoïde qui est malade ; il se forme alors des abcès derrière l'oreille. Quand l'aqueduc de Fallope est attaqué, le nerf facial peut être consécutivement altéré, et l'on verra survenir les phénomènes d'une hémiplégie faciale. Dans un cas, j'ai observé l'altération du timbre de la voix; dans un autre, une aphonie complète. Enfin, tout le monde sait que la carie de la portion pierreuse peut amener des accidents promptement mortels.

7° *De la néphrite albumineuse.* — Les affections propres à la scrofule viscérale sont extrêmement multipliées; on les voit indistinctement se fixer sur les organes des trois cavités splanchniques. Le carreau, la phthisie scrofuleuse mériteraient autant de fixer votre attention que la maladie de Bright, et si je m'arrête un instant à cette dernière affection, c'est uniquement à cause de sa fréquence.

Les rapports de l'*affection granuleuse* des reins avec la scrofule n'ont pas échappé aux observateurs. MM. Christian, Hamilton, Rayer ont appelé l'attention des médecins sur la coïncidence fréquente de la néphrite albumineuse chronique, soit avec la constitution strumeuse, soit avec les différentes lésions de la maladie scrofuleuse. Personne avant moi, que je sache, n'avait été tenté de regarder cette affection, dans le plus grand nombre des cas, comme une des manifestations locales de la scrofule elle-même.

La néphrite albumineuse survient ordinairement vers la fin des maladies scrofuleuses. C'est le plus souvent alors la bouffissure faciale qui met sur la voie du diagnostic. L'œdème des extrémités a pu précéder de longtemps l'infiltration séreuse des paupières et la tuméfaction faciale; mais il n'a pas fixé l'attention spéciale du médecin, qui n'a que trop de tendance à le rattacher à l'appauvrissement du sang et à le considérer comme un phénomène vulgaire de la cachexie scrofuleuse.

Quand la néphrite albumineuse vient occuper sa place naturelle dans l'évolution régulière de la scrofule, après avoir été précédée de gourmes et d'ophthalmies dans le jeune âge, plus tard d'engorgements ganglionnaires, de tumeurs blanches, de caries des os, elle se borne ordinairement à produire dans les reins les lésions anatomiques qui se rattachent aux deux premières formes décrites par M. Rayer (anémie jaunâtre de la substance corticale).

Si les premiers accidents de la scrofule ont été légers, s'ils ont passé pour ainsi dire inaperçus, toute la maladie se concentre dans une seule affection, qui est la lésion des reins; mais alors cette lésion est beaucoup plus profonde, et à l'autopsie on trouve dans ces organes les caractères anatomiques qui distinguent les quatre dernières formes si bien décrites par M. Rayer (état granuleux, mamelonné; atrophie, kystes vésiculeux à la surface des reins).

Il est rare que nous n'ayons pas dans notre service quelques

(1) Suite. — Voir les nos des 26, 28 juillet; 21 août; 4, 22 septembre; 20 novembre; 1er décembre 1855; 31 janvier et 7 février 1856.

sujets scrofuleux atteints de néphrite albumineuse ; mais je manque des documents qui me seraient nécessaires pour établir le rapport proportionnel de cette lésion avec les autres affections scrofuleuses.

Je viens de passer successivement en revue les principales affections de la scrofule : cela ne suffit pas encore. Il faudrait maintenant, pour compléter le tableau de sa symptomatologie, faire une étude à part de chacun des phénomènes généraux ou communs de cette maladie si variée. Combien de choses n'aurions-nous pas à vous dire, si le temps le permettait, sur le facies des scrofuleux, l'état des forces, l'état des fonctions digestives, la diarrhée, la fièvre, etc. !

Qu'il me suffise pour cette année d'avoir tracé le plan général de son étude. Toutefois, je ne puis me dispenser de vous parler d'un symptôme organique de la plus haute importance, qui imprime un cachet tout spécial à l'habitude extérieure des scrofuleux : je veux parler de l'*ulcère* et de la cicatrice qui succède à sa guérison.

L'ulcère est en quelque sorte la terminaison obligée de la plupart des manifestations scrofuleuses. L'ulcération se montre à la suite des ganglites suppurées, à la suite des abcès froids, à la suite des abcès circonvoisins ou ossifluents de la tumeur blanche, à la suite de la carie dans les siéges différents que nous avons précédemment indiqués; elle succède encore à la fonte des tubercules mammaires ou testiculaires : c'est le phénomène principal du lupus, etc., etc.

Du reste, rien de plus variable que les caractères physiques de ces ulcérations, tantôt à ciel ouvert, tantôt à trajet fistuleux, à bords amincis ou indurés, adhérents ou décollés. La coloration est tantôt vive, tantôt livide, grisâtre; ici le fond est granuleux, là il présente des bourgeons saillants, luxuriants, et même de véritables végétations, ou bien il offre une sorte de couenne grisâtre. Le pus qui s'en écoule est quelquefois épais, bien lié, crémeux, comme le pus du phlegmon; d'autres fois il est sanieux, mêlé de grumeaux; ailleurs clair et ténu; ailleurs encore trouble et sanguinolent.

Les cicatrices qui résultent de la guérison de ces ulcères se montrent également sous divers aspects, qui ont été très-bien décrits par Baudelocque. Suivant l'auteur que je viens de nommer, « les cicatrices scrofuleuses difformes sont le plus souvent formées par plusieurs petites cicatrices superposées, accolées ou enchâssées les unes dans les autres. En les examinant avec attention, tantôt on trouve une ou plusieurs brides, adhérentes par leurs extrémités, libres dans le reste de leur étendue, disposées tout à fait comme les colonnes charnues de la deuxième espèce que l'on voit dans les ventricules du cœur; tantôt les brides, adhérentes par leurs extrémités, le sont encore dans toute leur longueur, comme les colonnes charnues du cœur de la troisième espèce; d'autres fois on découvre une ou plusieurs cicatrices roulées sur elles-mêmes, et fortement appliquées sur une cicatrice située plus profondément; quelquefois des portions saillantes, des espèces de végétations sont implantées au milieu ou sur les côtés d'une large cicatrice, etc. » (*Etudes sur les causes, la nature et le traitement de la maladie scrofuleuse*, page 323.)

Marche de la scrofule. — Elle est généralement très-lente; quelquefois cependant on voit la maladie marcher avec une grande rapidité; la scrofule larvée, par exemple.

Dans certains cas, la terminaison a lieu d'une manière très-prompte; c'est ainsi qu'une otorrhée scrofuleuse avec carie du rocher détermine brusquement une méningite bientôt suivie de la mort. La puberté, le mariage, l'âge critique, chez les femmes, influent quelquefois d'une manière très-notable pour activer ou ralentir les progrès de la maladie.

On voit, dans certains cas, des intervalles de santé s'établir et persister pendant un temps plus ou moins long. Les saisons, dont on a tant exagéré l'influence, me paraissent agir seulement sur la scrofule primitive. La scrofule muqueuse ou catarrhale est plus intense pendant l'hiver, et la scrofule cutanée se réveille habituellement au printemps. Les climats chauds ont une action incontestable, mais plus particulièrement sur les sujets qui ont habité antérieurement des régions moins favorisées. Le régime, les agents thérapeutiques, modifient également la marche de la scrofule.

Terminaison. — Une guérison radicale, définitive, peut être obtenue, cela est incontestable. On a parlé de crises, d'éruption furonculeuse, de la formation d'abcès à la suite desquels on voyait les accidents marcher rapidement vers la guérison. Je n'ai jamais rien vu de semblable. La mort est assez commune : elle arrive le plus souvent d'une manière graduelle, par le fait des progrès de la cachexie. Quelquefois elle succède à un accident, et arrive alors prématurément. Ici c'est une hémorrhagie rapidement mortelle, là c'est un caillot qui ferme le calibre d'une artère et amène le sphacèle des parties situées au-dessous; ailleurs, c'est l'action mécanique d'une tumeur scrofuleuse sur un organe très-important situé dans le voisinage. Une masse tuberculeuse placée sur le trajet des grosses bronches va comprimer les canaux aériens et donner lieu à une asphyxie progressive. D'autres fois, une vomique va s'ouvrir dans les bronches, et ici l'asphyxie sera instantanée. Dans d'autres cas enfin, c'est une perforation du péritoine qui amènera une péritonite suraiguë. Je possède des exemples de ces différentes terminaisons.

Durée. — Elle est généralement très-longue. Comme nous l'avons dit en parlant de la marche, pour s'en convaincre et s'en faire une idée, il suffit, en parcourant une salle de scrofuleux, de jeter les yeux sur les pancartes, et l'on verra que la plupart des malades sont admis depuis cinq, six, huit mois, et même depuis plusieurs années. Dans cette durée, il faut faire entrer en ligne de compte les récidives. Ici il ne faut pas confondre les récidives de la maladie avec les récidives des affections ou des accidents de la maladie elle-même. Il faut appeler récidive le retour, après guérison, de toutes les périodes, ou au moins de la deuxième et de la troisième période, et la persistance des accidents pendant un temps assez long. Quant aux accidents isolés, ils reparaissent très-fréquemment, parfois même à plusieurs reprises, mais sans que cela implique nécessairement le retour de la maladie. Les dartres, les autres phénomènes de la scrofule primitive sont très-sujets à récidiver, et ils se répètent assez souvent aussi dans le cours de la seconde et de la troisième période. Enfin, la dartre proprement dite peut compliquer la scrofule sans se confondre avec elle.

Complications. — Les plus ordinaires sont les suivantes : l'érysipèle, les fièvres éruptives, la coqueluche, la syphilis, le rachitis, la goutte, le rhumatisme et les teignes.

L'*érysipèle* est une complication des plus communes. Loin d'aggraver la maladie, il semble plutôt en hâter la solution favorable.

Je puis en dire autant des fièvres éruptives. Plusieurs fois, à la suite d'un exanthème fébrile, j'ai vu les ulcérations scrofuleuses marcher activement vers la cicatrisation. Lugol était d'une opinion contraire; il croyait ces fièvres, mais surtout la variole, susceptibles d'aggraver les accidents et de donner une impulsion nouvelle à la maladie. Mon expérience n'est pas ici d'accord avec celle de ce praticien, et je crois qu'il se sera laissé influencer par quelques cas exceptionnels.

Quant à la *coqueluche*, son influence m'a paru défavorable. Je l'ai vue provoquer la phthisie ou bien en hâter les progrès lorsqu'elle était déjà développée.

La *syphilis* et la scrofule sont deux maladies essentiellement différentes. C'est par erreur que certains auteurs ont dit que quand la scrofule venait à se compliquer de syphilis il y avait association, en quelque sorte mariage ou fusion des deux maladies, pour produire des phénomènes particuliers, de la même manière qu'un acide et une base forment un sel dont les propriétés diffèrent de celles des corps composants. La syphilis et la scrofule qui se rencontrent sur un même sujet marchent isolées, conservant chacune la physionomie que lui imprime sa spécificité, ou du moins l'influence en est-elle très-légère. Ainsi, il peut arriver que quand l'une des deux a une très-faible intensité, la plus forte fasse taire la plus faible; mais alors, quand celle qui prédominait a été guérie, l'autre reparaît et reprend son cours. Du reste, quand je rencontre la syphilis et la scrofule chez un même individu, je guéris d'abord la première, et c'est seulement quand elle a complétement disparu que je m'occupe de la scrofule.

Le *rachitis* complique la scrofule bien plus rarement que ne le pensent beaucoup de médecins, qui semblent même confondre ces deux maladies. Quand elles existent simultanément, elles marchent et guérissent indépendamment l'une de l'autre.

La *goutte* et le *rhumatisme* peuvent agir d'une manière éminemment nuisible en réveillant les accidents de la scrofule osseuse, en fixant par exemple sur les articulations le travail morbide.

La *teigne*, je veux parler ici du favus, se montre souvent chez les scrofuleux; aussi plusieurs auteurs, et notamment M. Milcent, se sont demandé si le favus est une maladie essentielle ou bien une complication de la scrofule. Voici ma réponse à cette question : Ces deux maladies n'ont rien de commun que de se rencontrer sur un même individu. Tout ce que l'on peut dire à cet égard, c'est que les scrofuleux offre un terrain très-favorablement disposé pour le développement des végétaux parasites qui constituent la teigne proprement dite.

La teigne achromateuse et le pityriasis versicolor se remarquent aussi très-souvent chez les scrofuleux. Ce que je viens de dire du favus s'applique également à ces deux affections parasitaires.

NOTE SUR LES EAUX MINÉRALES DE VITTEL
près Contrexeville (Vosges);

Par M. le docteur Dunoyer, ancien médecin inspecteur des eaux minérales de Contrexeville.

Quand un médicament ou un moyen nouveau de guérison est proposé, que de prudence et de réserve sont imposées au médecin dans ses essais, quelle discrétion dans ses expériences, partant, que d'années s'écoulent souvent avant qu'il puisse arriver dans le domaine de la thérapeutique ! aussi, je considère comme un devoir du praticien de dire et de publier tout ce qu'il sait sur une chose nouvelle qui lui semble bonne, et de contribuer ainsi à abréger le temps si long qui sépare presque toujours la découverte de son emploi utile. C'est pour obéir à ce devoir que je prends aujourd'hui la plume.

Pendant mon séjour à Contrexeville, j'avais entendu parler d'une source minérale jaillissant dans les prairies de Vittel, et dont on vantait l'efficacité à l'égal de celle de Contrexeville. J'allai la visiter plusieurs fois, et j'appris qu'elle était employée dans le pays et dans les environs, pour tous les cas où sa voisine est prescrite, et avec un succès constant. On me citait de nombreuses guérisons obtenues dans la gravelle, le catarrhe de vessie, la goutte et certaines maladies d'estomac. On m'assurait qu'outre cette source, il en jaillissait autrefois plusieurs autres ferrugineuses et purgatives, et l'on affirmait qu'il y avait sur cette prairie des richesses thérapeutiques qu'on apprécierait tôt ou tard. L'inspection du petit mamelon au bas duquel coule la grande source minérale me confirma les dires du pays. Sur plusieurs points, le sol humide tremblait sous mes pas; l'herbe était de mauvaise nature; tout dénotait dans le sous-sol des sources impropres à la végétation.

Dans chacune de mes promenades à Vittel, j'y bus de l'eau de la grande source. Aucune eau minérale ne m'avait paru plus diurétique et aussi légère à l'estomac. Je pressentais dans l'eau de Vittel une rivale dangereuse pour Contrexeville; mais ma position m'imposait une réserve et un silence que je puis rompre aujourd'hui, que cette eau est exploitée au point de vue médical.

L'Académie de médecine a confirmé mes prévisions en constatant, par une analyse chimique et dans son rapport, l'analogie qui existe entre l'eau de Vittel et celle de Contrexeville, et en déclarant que la première est bien plus légère et plus digestive que la seconde.

L'eau de Contrexeville, prise à la source, est bien digérée par la majorité des buveurs; mais après son transport, elle devient lourde, indigeste, et est loin de produire les bons résultats qu'on serait en droit d'en espérer d'après ceux qu'on en obtient sur les lieux. L'eau de Vittel, au contraire, que j'ai largement expérimentée à Paris dans ma pratique médicale depuis près d'un an, a constamment produit de bons effets et a toujours été digérée avec une facilité qui étonnait d'anciens buveurs de l'eau de Contrexeville transportée. Je citerai seulement trois malades, dont deux atteints de catarrhe de vessie, et le troisième de maladie chronique de l'estomac, qui ont dû à son usage prolongé un rétablissement complet.

L'eau de Vittel est une véritable et précieuse conquête pour la thérapeutique, et je prédis à cet établissement un brillant avenir. En effet, à côté de la source principale, dont les propriétés sont à mon avis supérieures à celles des sources analogues, en jaillissent deux autres qui viennent d'être approuvées par l'Académie de médecine; l'une purgative, la seconde ferrugineuse.

Ce n'est plus au traitement de la gravelle, des différentes affections de la vessie, des maladies chroniques de l'estomac et de la goutte que sont limitées les ressources thérapeutiques de Vittel. Dans la chlorose et dans tous les cas d'appauvrissement du sang, la source ferrugineuse où l'élément martial se trouve sous la forme la plus heureuse de bicarbonate et de crénate est appelée à donner d'excellents résultats.

Je n'ai besoin que d'indiquer ceux qu'on pourra obtenir de la source purgative dans toutes les maladies congestives ou provenant de l'engorgement des organes.

Dans une foule de cas enfin, le médecin sera heureux de pouvoir agir soit simultanément, soit alternativement sur les intestins et sur les organes sécréteurs de l'urine.

Je ne fais dans cette note qu'indiquer sommairement quelques faits, et n'ai d'autre but que d'appeler l'attention de mes confrères sur une source principalement dont j'ai pu apprécier la valeur, et dont l'emploi leur donnera, j'en suis certain, les plus heureux résultats.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 23 février 1856, ont été nommés officiers de la Légion d'honneur MM. les médecins-majors Vergesse et Piétri.

— Par décret du 27 février, la Société de médecine de Lyon a été reconnue comme établissement d'utilité publique.

— M. Grosse-Durocher, médecin de colonisation à El-Arrouch (département de Constantine), passe à Blidah (département d'Alger) en remplacement de M. Guérin.

M. Depautaine, docteur en médecine à Gondrecourt (Meuse), est nommé au poste d'El-Arrouch.

— L'Académie de médecine a aujourd'hui un nouveau membre à élire dans la section de pharmacie. Le rapport de cette section a été fait mardi dernier, et la présentation a eu lieu dans l'ordre suivant : 1° M. F. Boudet, 2° M. Poggiale, 3° M. Gobley.

— Un de nos correspondants nous écrit de Constantinople, 18 février :

« Le typhus sévit cruellement sur nos confrères, qui contractent la contagion au chevet du lit des malades qui en sont atteints.

» M. de Santi, médecin d'une ambulance en Crimée, vient de nous arriver avec cette maladie; il est en grand danger. M. Volage, médecin en chef de l'hôpital de Rami-Tchifflick, entre à l'instant à l'hôpital de l'ambassade russe, également avec le typhus. Vingt-cinq médecins sont en ce moment en traitement pour cette affreuse maladie; mais il y a lieu de penser que les mesures prises par M. l'inspecteur Baudens en arrêteront le développement. Il a proposé de répartir cinq mille malades dans les baraques inoccupées des camps, de manière à diminuer de moitié le nombre des malades en ce moment dans les hôpitaux. Il a proposé, en outre, de donner deux lits à chaque typhique, afin qu'on puisse les changer de lit tous les jours, et soumettre tous leurs objets de literie à des moyens désinfectants. »

— On assure que l'empereur Alexandre a signé il y a peu de jours l'ukase en vertu duquel il sera établi à Varsovie une Académie de médecine. On a choisi pour recteur le docteur Mianowski, qui a professé à Wilna les sciences médicales.

— M. le docteur Klug vient de mourir à Berlin. Il y avait près de trente ans qu'il exerçait la médecine en Prusse, soit comme médecin, soit comme chirurgien; mais il était surtout connu par les services qu'il a rendus à l'entomologie.

— L'université d'Athènes compte 658 étudiants, dont 388 indigènes et 270 étrangers. Sur ce nombre, 25 étudient la théologie, 253 la jurisprudence, 275 la médecine, 75 la philosophie et 30 la pharmacie. En 1855, la Faculté de droit a reçu 4 docteurs, celle de médecine 19, et celle de philosophie 2.

La Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 28. — JEUDI 6 MARS 1856. (29e ANNÉE.) N° 28. — JEUDI 6 MARS 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.
L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »
POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 MARS 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

Nos lecteurs se rappellent que dans la séance du 12 février dernier, M. Bonnafont a lu un mémoire fort étendu ayant pour titre : *De l'occlusion des yeux dans le traitement des ophthalmies en général.* Dans notre numéro du 19, nous avons publié la plus grande partie de ce mémoire, et le même jour la discussion s'est engagée au sein de l'Académie. Cette discussion a continué dans la séance d'hier. Nous ne croyons pas devoir attendre plus longtemps pour résumer cette question, qui est de la plus haute importance au point de vue pratique.

Plusieurs points principaux doivent être examinés dans le mémoire de M. Bonnafont :

1° L'occlusion des paupières considérée comme méthode générale ;

2° Le mode d'occlusion, c'est-à-dire le mode de pansement auquel il donne la préférence;

3° Quelques points de doctrine qui nous paraissent susceptibles des objections les plus sérieuses.

Il est certain que l'occlusion des yeux rend chaque jour des services signalés dans le traitement des affections de l'appareil de la vision, mais nous ne saurions accepter les conclusions de M. Bonnafont, qui, ainsi qu'on peut le voir en jetant un coup d'œil sur le tableau qui termine son mémoire, a préconisé son mode de traitement dans les affections les plus disparates, par exemple dans la conjonctivite, la kératite, l'ophthalmie purulente, et même l'iritis.

A l'appui de sa pratique M. Bonnafont cite deux faits. Sans doute il n'y a rien à dire contre un fait bien observé par un chirurgien dont nous sommes heureux de proclamer le talent et la bonne foi ; mais de ce que ces deux faits sont en opposition avec ce que nous savons des différentes espèces de maladies des yeux, nous nous croyons en droit d'exiger des détails plus circonstanciés et qui ne puissent laisser aucun doute sur la nature de la maladie. Ainsi nous aurions désiré une exposition plus complète de la symptomatologie et de la marche de la maladie. Citons quelques exemples.

Dans l'observation III, il est question d'un iritis au deuxième degré guéri en huit jours par l'occlusion des paupières ; nous ne pouvons nous empêcher de témoigner notre surprise d'un tel résultat. Nous nous demandons comment les adhérences de l'iris ont pu disparaître dans un aussi court espace de temps, car on sait que l'adhérence irienne est un des caractères de l'iritis au second degré. Nous ne nous expliquons pas davantage la guérison d'une maladie probablement chronique, puisque le sujet depuis l'âge de huit ans a eu de fréquentes ophthalmies, qu'il est d'une constitution essentiellement lymphatique. Ce n'est certainement pas ici le lieu de discuter le diagnostic porté par M. Bonnafont; mais nous regrettons qu'il n'ait pas indiqué d'une manière plus explicite les symptômes observés chez son malade, car l'exposition qui en a été faite laisse du doute; et sur un fait unique et douteux, on ne peut accepter une méthode qui se trouve en opposition avec les moyens généralement préconisés contre ce genre d'affection.

L'occlusion des yeux avait déjà été conseillée et appliquée avec succès dans les ophthalmies catarrhales, les kératites, etc.; mais jamais, que nous sachions, on n'avait songé à laisser en contact avec le globe de l'œil le pus des ophthalmies blennorrhagiques. Et cependant, contrairement à l'opinion généralement admise, M. Bonnafont applique l'occlusion chez son malade; il ne sort de pus que ce qui veut bien s'écouler entre les paupières et s'imbiber dans la charpie, et au bout de dix jours il le renvoie guéri. Malheureusement nous n'avons pas de détails sur ce fait, aussi extraordinaire que le premier. Il en est encore un certain nombre relatifs à d'autres maladies de l'appareil de la vision sur lesquels nous pourrions faire des remarques analogues; mais les deux que nous venons d'examiner nous semblent démontrer l'insuffisance des observations que M. Bonnafont invoque à l'appui d'une méthode bonne par elle-même, mais qui, selon nous, ne saurait être aussi généralisée.

Si maintenant nous examinons le procédé d'occlusion, nous voyons que, s'il est applicable dans certains cas, il est défectueux dans plusieurs autres. Ainsi, l'écoulement du pus ne se fait qu'avec une certaine difficulté, malgré le soin que l'on a de perforer le linge appliqué sur les paupières. Cet appareil épais échauffe l'œil, et dans beaucoup d'occasions c'est un inconvénient sérieux. D'ailleurs, par l'application d'un semblable bandage, le chirurgien se prive de ressources dont on ne saurait contester la valeur, savoir, des irrigations d'eau fraîche, des agents mydriatiques, qui, comme on le sait, ont une influence des plus heureuses dans les affections de l'iris. L'occlusion suffit, il est vrai, à M. Bonnafont pour guérir un *iritis*, même très-prononcé; mais il nous permettra de faire nos réserves à ce sujet jusqu'à ce que de nouveaux faits soient venus appuyer la seule observation qu'il ait publiée.

Enfin, il est un point de doctrine que nous ne pouvons passer sous silence. Dans l'observation IIe, il s'agit d'un malade affecté d'une conjonctivite extrêmement intense avec chémosis considérable. Ce malade a été traité par l'occlusion et par le calomel à la dose de 4 décigrammes par jour. Deux jours après l'application de l'appareil, « bandes, compresses, diachylon, charpie, dit M. Bonnafont, tout était dérangé par la suppuration, qui cherchait une issue au dehors (à cette période d'une inflammation oculaire, nous pouvons, dans tous les cas, prédire un résultat favorable); le pus une fois arrivé, nous ne craignons plus d'autre désorganisation; nous laissons presque sans surveillance aux bons effets d'une occlusion permanente le soin de juger son ophthalmie. »

Nous n'avons jamais entendu formuler une semblable doctrine; nous ne savons sur quel fait s'appuie son auteur; aussi appelons-nous vivement l'attention sur ce point, qui, s'il est exact (ce dont il nous est jusqu'à présent permis de douter), pourra jeter quelque jour sur le pronostic et le traitement des maladies des yeux.

Malgré tout notre désir de borner notre rôle à celui de simple narrateur, nous n'avons pu nous empêcher de faire ces quelques objections à M. Bonnafont, car son mémoire renferme des points tout nouveaux essentiellement pratiques, et qui par cela même doivent nous préoccuper. Mais la discussion est ouverte, et la savante compagnie dissipera, nous n'en doutons pas, l'obscurité qui enveloppe encore certaines affections de l'appareil de la vision.

M. Larrey, dans un discours fort bien fait, s'est attaché à développer l'historique de l'occlusion appliquée aux maladies des yeux. Il a montré que cette méthode n'était pas nouvelle; que Celse la recommande; que les Arabes, les Orientaux la préconisent dans un certain nombre de cas, et que dans ces derniers temps Wenzel, Larrey, etc., l'ont appliquée avec succès; que de nos jours, et surtout depuis 1830, elle avait été l'objet des préoccupations de MM. Pétrequin, Hairion (de Louvain), Velpeau, Ch. Deval, etc., et que lui-même en avait obtenu des résultats inespérés.

L'étude des différentes méthodes d'occlusion n'a pas été la partie la moins intéressante, et surtout la moins importante de son discours. Sans s'arrêter à l'occlusion naturelle, à l'occlusion artificielle et incomplète, qu'il a seulement indiquée, il a surtout insisté sur les divers modes d'occlusion artificielle complète; il a fait ressortir l'inconvénient des bandages épais décrits dans les traités cliniques sous le nom de monocle, de binocle, du coton cardé de Mayor, du coton gommé de M. Furnari; des bandelettes agglutinatives de M. Gama; du collodion de M. Hairion. Nous ne nous arrêterons pas sur ces divers modes de pansements, qui tous peuvent trouver leur application, et ne sauraient être conseillés indistinctement.

M. Larrey a posé les indications de l'occlusion. Suivant lui, cette méthode est surtout applicable au début ou au déclin des maladies; elle doit être préférée à toute autre, toutes choses égales d'ailleurs, chez les enfants, les sujets indociles, etc. Enfin il a terminé en énumérant les cas qui exigent plus spécialement l'occlusion; cette énumération est assez longue, et nous regrettons que le temps ne lui ait pas permis de donner à cette partie de son discours un plus grand développement: c'était en effet celle qui, au point de vue pratique, offrait le plus d'intérêt. Il a bien laissé entrevoir les conditions que l'occlusion était appelée à remplir, à savoir, la compression, l'abri du contact de l'air et de la lumière; mais nous aurions désiré une exposition bien nette des cas qui réclament cette médication.

Certaines affections des paupières et surtout de leur face tégumentaire réclament aussi l'occlusion, a dit M. Larrey; mais cette occlusion doit être faite d'une manière spéciale. L'ectropion a été traité avec succès par M. Nélaton à l'aide de la réunion des deux bords libres des paupières que l'on a fait cicatriser ensemble, et plus tard il a coupé peu à peu les adhérences qu'il avait établies. Dans les cas de brûlure ayant intéressé la peau des paupières, M. Nélaton propose encore la suture; il espère par ce moyen prévenir les cicatrices vicieuses qui renversent inévitablement ces voiles mobiles en dehors. Nous demandons pardon à nos lecteurs de nous être écarté de notre sujet en signalant ce procédé; mais M. Larrey a indiqué comme nécessitant l'occlusion l'ectropion, les brûlures des paupières, et nous avons pensé que c'était ici le lieu d'indiquer un mode particulier qui a déjà rendu des services réels et qu'on ne saurait trop faire connaître.

Dans la séance d'hier, M. Piorry est venu rappeler que depuis longtemps il avait conseillé l'occlusion dans le traitement des diverses espèces d'ophthalmies; qu'il avait fait en 1837 une série de leçons à ce sujet, et que, il y a deux ans environ, il avait repris ces leçons. A part ce point historique, qui a bien son importance, puisqu'il montre une fois de plus la fécondité de M. Piorry, qui pousse ses recherches jusque dans le domaine de la chirurgie, nous n'avons rien trouvé dans son discours qui ait fait avancer la question. Il a cité des faits de maladies des yeux guéris par l'occlusion, mais il n'a pas déterminé les cas où cette méthode était surtout applicable, et c'est, selon nous, le point sur lequel on doit surtout insister.

M. Bonnafont s'est contenté de répondre aux objections qui lui ont été faites par MM. Larrey et Piorry, et, tout en reconnaissant qu'il n'est pas l'inventeur de la méthode, du moins il revendique l'invention de son procédé, qu'il considère comme le meilleur, tous les autres modes d'occlusion ne pouvant convenir que dans les affections qu'il désigne sous le nom d'*ophthalmies sèches*.

M. Velpeau a demandé la parole pour la prochaine séance, et les quelques mots qu'il a dits de sa place nous font espérer qu'il abordera la question d'une manière beaucoup plus large, car il réserve une partie de son discours pour traiter du diagnostic des maladies des yeux, et dans une seconde partie il s'occupera de sa méthode et de ses applications.

Au commencement de la séance, l'Académie a procédé à l'élection d'un membre dans la section de pharmacie. M. Boudet a été nommé.

La séance a été terminée par la lecture d'un rapport de M. Ségalas sur un travail de M. Carathéodory, ayant pour titre : *De la taille bilatérale modifiée.* — Dr A. JAMAIN.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

Des applications de l'électricité à la pathologie.

Ce n'est pas sans quelque hésitation que j'ai entrepris cette série de leçons sur les applications de l'électricité à la thérapeutique. Ces applications sont loin, en effet, de pouvoir être rattachées à des lois positives, à des principes fixes; des tâtonnements nombreux président encore à leur emploi, et il est difficile de formuler des résultats bien nets. Cependant, après y avoir mûrement réfléchi, j'ai pensé que c'était précisément parce que cette branche de la thérapeutique était encore en voie de formation qu'il était important de bien établir le point où la science en était arrivée, et de fixer à une époque déterminée les *desiderata* qu'elle présentait; j'ai pensé de plus que tant de critiques injustes de ce moyen ont été faites, et d'un autre côté tant d'exagérations ont été mises en avant, qu'il était utile de réduire les unes et les autres à leur juste valeur. C'est ce motif qui m'a décidé à choisir ce sujet et à réclamer de vous l'attention que vous m'avez prêtée jusqu'ici.

§ I. — L'électricité peut être administrée à l'aide des appareils dans lesquels elle s'accumule à l'état statique, ou bien au moyen des instruments qui fournissent des courants électriques, c'est-à-dire qui développent cet agent à l'état dynamique.

Nous examinerons successivement ces deux modes d'application de l'électricité : le premier brièvement, le deuxième avec tous les développements que comporte l'importance de la question.

I. *Emploi de l'électricité accumulée à l'état statique.*

On peut l'administrer de trois manières :

1° Par l'étincelle de la machine électrique;

2° A l'aide de l'électrisation par isolement;

3° Au moyen de l'électrisation par la décharge de la bouteille de Leyde.

Dans ces trois cas, l'effet résulte d'une décharge due au rétablissement instantané de l'équilibre électrique dans l'intérieur du corps, et qui suit le dégagement d'électricité par influence.

A. *Etincelles de la machine électrique.* — Les étincelles tirées

d'une machine d'une certaine intensité et portées sur la partie qui est le siége d'une affection que l'on veut traiter, soit une paralysie, soit une névralgie, par exemple, constituent un mode peu actif et peu employé de nos jours; il participe du reste, quoiqu'à un moindre degré, de quelques-uns des inconvénients inhérents au deuxième mode.

II. *Electrisation par isolement.*

Ce mode s'applique en plaçant l'individu que l'on veut électriser sur un tabouret isolant en le mettant en communication avec une machine électrique en mouvement, et en tirant successivement des étincelles des diverses parties du corps.

Ces étincelles se tirent soit avec la main de l'opérateur, soit à l'aide de corps bons conducteurs, comme, par exemple, des tiges métalliques à boule, des brosses constituées par de nombreux piquants métalliques. Ce mode, qui a joui pendant quelque temps d'une certaine vogue il y a un peu plus de vingt ans, est maintenant à peu près complétement abandonné; malgré cela, je signalerai un grave inconvénient qui y était attaché : cet inconvénient était l'état névrosthénique, l'espèce d'éréthisme dans lequel ce mode d'application de l'électricité jetait la plupart des sujets que l'on y soumettait. Cet état, qui se prolongeait souvent pendant plusieurs heures, les fatiguait beaucoup. Cet inconvénient doit engager à laisser ce mode d'application dans l'oubli où il est justement tombé.

III. *Electrisation par décharge de la bouteille de Leyde.*

Ces commotions ont pour effet, chez l'homme sain, de déterminer de l'engourdissement et d'épuiser à un certain degré la motilité et la sensibilité. Une batterie puissante peut même les anéantir tout à fait et agir comme un diminutif de la foudre. Il est probable, dans ce dernier cas surtout, que la commotion a agi en désorganisant, en détruisant les filets nerveux.

Je crois donc qu'il est peu rationnel d'employer, comme on l'a fait si fréquemment il y a une vingtaine d'années, les commotions de la bouteille de Leyde contre les paralysies.

Il résulte de cet exposé rapide que ces trois modes d'électrisations sont aujourd'hui à peu près abandonnés, les piles voltaïques et les appareils d'induction donnant des actions dont il est beaucoup plus facile de graduer les effets et permettant d'agir dans de bien meilleures conditions; il est donc inutile d'y insister plus longuement.

EMPLOI DES COURANTS ÉLECTRIQUES, OU DE L'ÉLECTRICITÉ DITE A L'ÉTAT DYNAMIQUE.

C'est à peu près exclusivement sous cette forme que l'on emploie maintenant l'électricité et qu'on l'applique en thérapeutique.

Si l'on y réfléchit bien, l'électricité agit toujours de la même manière, mais plus ou moins énergiquement, suivant les différents moyens employés. Quand on fait usage des machines ordinaires dont on a déjà parlé, comme lorsqu'on emploie les piles, il se produit toujours une circulation d'électricité plus ou moins instantanée, d'où résulte un trouble momentané de l'équilibre électrique suivi de contractions et de commotions. En général, plus le passage de l'électricité est rapide, et plus les effets sont énergiques à égalité d'intensité électrique. C'est pour ce motif que les appareils d'induction, ainsi qu'on le verra plus loin, agissent plus énergiquement que les piles, quoique fournissant une moins grande quantité d'électricité, parce qu'ils donnent lieu à des courants pour ainsi dire instantanés, et dont la tension est plus forte. Leur action se rapproche donc beaucoup plus de celle des bouteilles de Leyde que lorsqu'on fait usage de la pile voltaïque ordinaire; et, si l'on peut employer cette comparaison, on peut assimiler un appareil d'induction à un instrument fournissant une succession de petites décharges analogues à celle d'une petite bouteille de Leyde. Pour développer avec méthode ce sujet si compliqué, nous étudierons dans autant de sections à part :

1° Les appareils dont on peut faire usage;
2° Le mode d'application de l'électricité à l'organisme;
3° Les propriétés physiologiques de l'électricité dynamique;
4° Les applications de ces propriétés à la pathologie.

1° *Appareils destinés à fournir l'électricité dynamique.*

Ces appareils sont nombreux. Nous ne ferons mention que de ceux qui sont le plus généralement employés ou de ceux qui, tombés dans l'oubli ou méconnus, pourraient être employés avec quelque avantage.

Ces appareils sont de deux sortes : A, appareils à courant direct; B, appareils à courant d'induction.

A. *Appareils à courant direct.*

On pourrait faire usage d'une pile quelconque; mais comme il est nécessaire d'en employer une qui fournisse un courant jouissant d'une certaine tension, et que l'on n'a pas besoin d'une grande quantité d'électricité, c'est surtout une pile d'un grand nombre d'éléments dont on a besoin, et non pas d'une pile à large surface. Aussi les piles à courant constant, en usage pour les effets électro-chimiques et électro-magnétiques, ne sont-elles pas d'un bon emploi; on s'en est tenu à l'usage des deux appareils suivants : la pile à auge et les chaînes, dont on peut rapprocher la mixture métallique.

1° *Pile à auge.* — C'est une des formes les plus commodes sous lesquelles on puisse employer la pile de Volta, et dont nous ne donnerons pas ici la description. Elle est complétement abandonnée aujourd'hui, et cependant elle peut rendre de grands services. On peut reprocher aux courants produits par la pile de ne pas avoir l'énergie et l'instantanéité qu'on trouve à un si haut degré dans les appareils d'induction; mais ils jouissent parfaitement de la propriété de faire contracter les muscles. On aurait peut-être avantage à l'employer dans le cas où l'on voudrait faire usage de courants continus destinés à opérer des réactions chimiques, comme MM. Becquerel et Breschet l'avaient déjà tenté; mais ces essais n'ont pas encore été suivis.

Pour faire usage des piles, il serait bon d'employer un appareil accessoire pour établir et interrompre successivement le courant et le faire agir par secousses successives. Dans ce cas, le pendule employé autrefois, ou bien une roue dentée, ou bien encore un petit appareil semblable à celui que M. Pulvermacher a construit, pourraient permettre d'arriver à ce résultat.

2° *Chaînes métalliques.* — Les chaînes métalliques sont formées par la juxta-position de deux métaux, le cuivre et le zinc. On peut en réunir plusieurs pour obtenir des résultats plus énergiques.

Pour en faire usage, on trempe la chaîne dans un acide étendu. En général, on se sert d'acide acétique étendu d'eau, ou bien encore d'une dissolution de chlorure de sodium.

Les chaînes construites par M. Pulvermacher sont une forme de pile voltaïque très-ingénieuse, et permettent de remplir facilement les conditions indiquées plus haut; savoir, de donner des piles d'un grand nombre d'éléments sous un très-petit espace; c'est-à-dire des piles douées d'une haute tension électrique.

Ces appareils rendent des services; mais on possède d'autres instruments qui peuvent rendre des services pareils.

3° *Mixture de MM. Breton frères.* — MM. Breton frères ont imaginé un moyen qui peut remplacer les chaînes, et qui est destiné à devenir une source lente et continue d'électricité.

Cette mixture est double. Une partie est constituée par une pâte faite avec du cuivre pulvérisé très-finement, des poudres inertes et de l'eau; l'autre, faite avec du zinc pulvérisé, des poudres inertes et de l'eau. On applique ces deux mixtures sur deux points opposés d'un membre, on met sur chacune d'elles une plaque de cuivre et on fait communiquer les deux plaques de cuivre avec un linge mouillé; le tout est couvert d'un bandage. Un courant s'établit entre les deux mixtures et se maintient très-longtemps; son existence est annoncée dans les tissus par un frémissement léger et continuel. Ce moyen, qui n'a pas encore reçu d'application, peut rendre quelques services, mais il n'a qu'une très-faible intensité.

B. *Appareils d'induction.*

Les appareils d'induction sont destinés à fournir l'électricité à l'aide des courants développés par induction dans des circuits conducteurs. Ces courants ne se produisent pas seulement par l'induction directe d'autres courants placés à distance de ces circuits, mais bien aussi par l'induction d'aimants. Ces derniers exercent du reste une influence bien supérieure à celle des courants. Il existe des différences essentielles dans la manière dont les aimants sont formés ou bien sont disposés dans les appareils de ce genre proposés jusqu'ici.

Pour que les courants par induction se produisent, on sait qu'il est nécessaire que l'intensité magnétique des aimants par rapport au circuit conducteur change à des intervalles très-courts, et ce n'est que par ces changements que ces courants induits se manifestent. Eh bien, on peut obtenir ces changements de plusieurs manières : tantôt on fait varier l'aimantation de pièces en fer doux supposées fixes, à l'aide de courants électriques provenant de couples ordinaires; d'autres fois on emploie des aimants permanents, et l'on fait varier les positions relatives de ces aimants et des circuits conducteurs en faisant agir à proximité des pièces de fer doux.

Suivant qu'on emploie tel ou tel de ces moyens, on a des appareils nommés *électro-magnétiques*, ou des appareils *magnéto-électriques*.

Tous ces instruments donnent lieu à des courants induits provenant des variations d'intensité magnétiques de pièces en fer doux ou d'électro-aimants, et c'est à la longueur du circuit, à son isolement plus ou moins grand et à la rapidité plus ou moins grande avec laquelle on produit les courants que l'on doit rapporter leur plus ou moins grande énergie et la différence des effets obtenus. En général, quand on fait fonctionner ces appareils, il se manifeste une succession rapide de courants induits, les uns en sens inverse des courants qui produiraient le même effet magnétique que l'influence de l'aimant fait naître, les autres dans le même sens. Lorsqu'on emploie les machines électro-magnétiques, ce sont les seconds dont l'action prédomine, et les effets des premiers disparaissent; avec les machines magnéto-électriques, au contraire, ils ont l'un et l'autre la même intensité. On explique très-bien ces résultats d'après la manière dont les appareils fonctionnent.

Nous ferons enfin une dernière observation : c'est que l'effet énergique de ces instruments tient à la manière plus ou moins rapide avec laquelle la transmission de l'électricité s'effectue, une certaine quantité d'électricité qui se meut très-vite (comme cela a lieu dans l'induction ou bien dans la bouteille de Leyde) donnant une commotion vive et une contraction; tandis que si elle se meut lentement, elle ne produit aucun effet appréciable.

Décrivons maintenant quelques-uns des appareils d'induction actuellement en usage.

A. *Appareils électro-magnétiques* (Volta-électriques).

Sans nous astreindre à parler des appareils proposés dans l'ordre historique de leur construction, nous dirons d'abord quelques mots de l'instrument nommé appareil d'induction de M. Runkorf, et qui a justement attiré des éloges et des distinctions à l'habile constructeur auquel il est dû. Quoique M. Runkorf ait réuni pour former cet appareil les indications données par plusieurs physiciens, cependant l'énergie de son action tient à l'isolement du circuit et à la manière dont il est construit. Cet appareil est le plus énergique de tous ceux qui ont été faits jusqu'à présent.

La longueur du fil, qui est de 8 à 10 kilomètres au moins, donne une très-forte tension à l'électricité développée, dont l'effet se rapporte presque exclusivement à une succession de courants directs. L'interruption du courant de la pile qui aimante le faisceau de fil de fer central se fait à l'aide de l'interrupteur ou trembleur employé par MM. Neef et Delarive, et que l'on retrouve dans les appareils allemands, ainsi que dans d'autres instruments.

Cet appareil, qui est le plus remarquable des appareils d'induction pour les actions physiques, n'a pas été utilisé dans les applications thérapeutiques précisément en raison de sa puissance. On pourrait certainement graduer son action en faisant usage d'un cylindre de cuivre extérieur, comme cela résulte des recherches de M. Dove, et en diminuant la longueur du fil conducteur; mais alors on retomberait dans la forme de plusieurs appareils médicaux employés de nos jours et qui reposent sur le même principe.

Sans nous arrêter aux appareils allemands, et entre autres sur celui de M. Weller (de Würtzbourg), nous parlerons des appareils de M. Duchenne, de M. Bianchi et de MM. Legendre et Morin.

Appareil de M. Duchenne. — L'appareil de M. Duchenne contient beaucoup de bonnes choses, et il peut rendre de grands services à la médecine. Ce médecin a en surtout le mérite dans son appareil d'appliquer des principes parfaitement connus du reste, mais qui n'avaient pas encore été mis à profit et concentrés, si l'on peut s'exprimer ainsi, dans un même instrument.

Son appareil se compose des parties suivantes :

1° Une pile plate renfermée dans un tiroir; une cuve en zinc baignée d'eau salée; un charbon plat moins grand que la cuve en zinc, et percé au centre d'un réservoir oblong dans lequel on verse peu à peu l'acide azotique jusqu'à entière imbibition du charbon.

2° Une bobine à induction, formée de deux fils d'inégal diamètre superposés. C'est dans ces deux fils que passent les courants inducteur et induit.

Je ne comprends pas quelle distinction on a voulu établir dans les applications des courants induits du deuxième ordre. C'est bien à Henry qu'est due l'étude de l'induction des courants d'ordres supérieurs et leur application à la médecine; mais depuis, dans tous les appareils électro-magnétiques, celui de Runkorf, de Bianchi, dans ceux des Allemands, etc., c'est toujours le courant induit dans un fil fin, différent du fil dans lequel passe le courant inducteur, qui donne lieu à l'effet physiologique. Il n'en est pas autrement dans l'appareil de M. Duchenne. Dans ce dernier, le fil de la bobine est traversé par le courant provenant de la pile ou courant inducteur; mais l'alternative des intermittences y détermine un courant auquel tous les physiciens donnent le nom d'extra-courant. C'est celui auquel l'auteur donne de son autorité le nom de courant du premier ordre. Quant au courant produit par induction dans le fil le plus fin, celui de la deuxième bobine, le même auteur lui donne le nom de courant du deuxième ordre; mais, en définitive, dans le langage scientifique actuel, c'est le courant induit du premier ordre.

3° Un graduateur composé d'un cylindre de cuivre rouge enveloppant la bobine et pouvant à volonté s'avancer ou se reculer sur cette bobine.

En 1842, M. Dove (de Berlin) démontra qu'un cylindre de cuivre introduit dans l'intérieur d'une hélice et garni à l'intérieur d'une certaine quantité de fils de fer doux diminuait l'intensité d'un courant par induction (un cylindre extérieur donne le même effet); c'est sans doute là ce qui a servi de point de départ à l'application faite par M. Duchenne à la graduation de son appareil.

4° Un modérateur composé d'un tube de verre terminé à son extrémité inférieure par un bouton métallique et rempli d'eau; ce modérateur, fondé sur la non-conductibilité de l'eau, servait aux instruments électro-médicaux allemands. Dans un tiroir est un galvanomètre qui indique la force initiale du courant.

5° Enfin le trembleur ou interrupteur employé par Neef et Delarive et dont on a déjà parlé plus haut, et une roue dentée complètent l'appareil.

PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE;

version impossible d'abord et ensuite rendue facile par le chloroforme.

Par M. MAUNOURY, chirurgien de l'hôpital de Chartres.

Une femme de vingt-neuf ans, bien constituée, ayant une bonne conformation du bassin, était accouchée, il y a quinze mois environ, d'un premier enfant; l'accouchement fut naturel, en première position occipito-iliaque gauche.

Six mois après cet accouchement, il survint une nouvelle grossesse dont la durée fut régulière et sans accident.

Le travail de la parturition commença le mardi 14 décembre, à midi, par des douleurs légères, mais assez rapprochées; à quatre heures après midi, la sage-femme, sentant que la poche des eaux faisait

saillie en forme de boudin à travers le col peu dilaté, la perça; aussitôt après la rupture, un flot considérable de liquide s'écoule, inonde le lit; l'orifice du col se rétracte et les douleurs cessent complétement.

A dix heures du soir, je fus appelé; par le palper abdominal, je saisis les mouvements du fœtus; au toucher, l'orifice du col était rétréci et élevé au point que le doigt ne pouvait atteindre les parties du fœtus; la femme était très-calme. Je conseillai la temporisation; la femme dormit toute la nuit sans éprouver de douleur.

Le lendemain matin 15 décembre, à dix heures, le col était dilaté, de la largeur d'une pièce de 5 francs; je crus reconnaître au toucher une présentation des fesses, et en cela je commettais une erreur de diagnostic grossière, puisque j'avais affaire à une présentation de l'épaule gauche.

Voyant la femme sans douleurs et sentant au palper quelques légers mouvements du fœtus, je pensai qu'il ne fallait pas encore hâter le travail, m'appuyant sur ce principe que, dans les accouchements par l'extrémité pelvienne, il faut que la femme ménage ses douleurs au commencement pour les faire valoir à la fin du travail.

La journée et la nuit du mercredi furent tranquilles.

Le jeudi 16 décembre, vers midi, le col se dilate davantage; croyant toujours avoir affaire à une présentation des fesses, j'ordonnai 6 grammes de poudre de seigle ergoté (à prendre 4 grammes d'abord, réserver les 2 autres grammes aussitôt que le corps de l'enfant serait engagé totalement dans l'excavation).

Vers sept heures du soir, les contractions utérines, stimulées par le seigle ergoté, étaient très-vives; l'épaule était descendue en totalité dans l'excavation; c'est seulement alors que je reconnus mon erreur. La main et le bras gauche du fœtus, amenés par une traction légère à la vulve, étaient tuméfiés, bleuâtres et déjà gangrénés.

Dans cette conjoncture, je n'avais que la version à pratiquer; mais autant elle eût été simple le mercredi matin après la dilatation de l'orifice utérin, autant elle était difficile le jeudi soir après l'écoulement de la totalité des eaux, l'épaule du fœtus étant tuméfiée et la matrice étant fortement contractée, sous l'influence du seigle ergoté. Je m'aidai de l'expérience de mon collègue M. Salmon, et tous deux nous tentâmes d'opérer la version; ce fut en vain; le col se contractait avec une telle force qu'il nous fut impossible de porter la main dans la cavité de la matrice pour aller à la recherche des pieds.

Après deux tentatives infructueuses, nous convînmes d'endormir la femme au moyen du chloroforme. L'effet fut très-rapide; l'état anesthésique fut complet et profond. Aussitôt M. Salmon introduisit la main gauche avec une facilité extrême dans la cavité de la matrice, saisit les pieds, opéra la version, et en moins d'une minute l'enfant fut amené au dehors. Il était sans vie.

Immédiatement après l'expulsion de l'enfant, bien que la femme fût encore sous l'influence du chloroforme, les fibres du corps de la matrice se contractèrent comme dans l'état normal et la cavité diminua.

Un quart d'heure après, la délivrance s'opéra au moyen de quelques tractions modérées sur le cordon; le corps de la matrice revint complétement sur lui-même; il n'y eut pas d'hémorrhagie.

Les suites de couches furent très-heureuses, et douze jours après la femme pouvait se lever et vaquer à ses occupations.

Dans ce fait il y a trois fautes à signaler, trois fautes qui sont en quelque sorte solidaires l'une de l'autre.

La première est la rupture intempestive de la poche des eaux, rupture pratiquée artificiellement au début du travail.

Si cette rupture n'eût pas eu lieu, il est probable que le fœtus fût arrivé, comme dans le premier accouchement, en position occipito-iliaque gauche. Mais je suis porté à penser que l'irruption rapide du flot du liquide amniotique a entraîné brusquement la tête du fœtus de gauche à droite, de telle sorte qu'il est survenu une présentation de l'épaule gauche avec position céphalo-iliaque droite.

Après cette rupture de la poche et l'évacuation des eaux de l'amnios, le col, qui était en voie de dilatation, se rétracta de manière à ne plus laisser qu'un orifice étroit et à suspendre complétement les douleurs du travail.

Quoi qu'il en soit de l'imprudence de la sage-femme, je commis une erreur de diagnostic que je dois confesser; c'est souvent une faute qui rend le médecin plus circonspect à l'avenir.

Au toucher, je pris l'épaule pour les fesses et le creux axillaire pour la fente périnéale. Je touchai à deux reprises, et deux fois je crus sentir une présentation de l'extrémité pelvienne; ce n'est qu'à la troisième inspection, c'est-à-dire cinquante-quatre heures après le commencement du travail, que je reconnus mon erreur.

Cette erreur me fit commettre deux fautes: d'abord je conseillai la temporisation, lorsque j'aurais dû dilater autant que possible et opérer la version; en second lieu, après la dilatation complète du col, j'ordonnai la poudre de seigle ergoté pour activer les contractions de la matrice et vaincre son inertie qui durait depuis trente-six heures. Puis, après l'administration de ce médicament actif, les contractions de la matrice se réveillèrent, poussèrent l'épaule dans l'excavation, et déterminèrent une pression si vive qu'en peu de temps une tuméfaction considérable de l'épaule et du bras eut lieu, et la gangrène s'empara du membre.

Le seigle ergoté eut pour effet fâcheux, non-seulement de refouler l'épaule du fœtus dans l'excavation du bassin, mais encore de rendre les contractions du col si énergiques qu'il nous fut impossible d'introduire la main dans la cavité de la matrice pour pratiquer la version.

Heureusement M. Salmon eut l'excellente idée de recourir à l'usage du chloroforme. Dans deux cas d'accouchement laborieux avec présentation de l'épaule, il avait déjà eu l'occasion de l'employer avec succès; c'était donc instruit par l'expérience qu'il le conseillait. Nous savions qu'en France M. P. Dubois avait préconisé cet agent thérapeutique, en affirmant que pendant le travail il neutralise les douleurs sans paralyser les contractions de l'utérus; qu'en Angleterre, MM. Bennet (de Londres) et Simpson (d'Edimbourg) avaient obtenu des résultats avantageux et publié des observations concluantes sur l'utilité du chloroforme dans la pratique obstétricale; que, sur dix versions faites par Denham (de Dublin), l'emploi du chloroforme avait rendu cette opération d'une facilité extrême, et toutes les femmes s'étaient rétablies. Mais comme je n'avais jamais été témoin de son action dans les accouchements, j'étais loin de m'attendre à un aussi beau résultat pour notre malade: sommeil complet; inertie du col au moment de l'introduction de la main; version rapide et facile, et retour immédiat des parois utérines sur elles-mêmes.

Le chloroforme a donc eu pour action, chez notre malade:

1° De neutraliser la rigidité des fibres du col, rigidité provoquée par l'administration du seigle ergoté; par conséquent de permettre avec facilité l'introduction de la main et l'opération de la version;

2° De ne pas empêcher les contractions des fibres du corps de la matrice; par conséquent de laisser revenir les parois utérines sur elles-mêmes après la sortie du fœtus. (*Revue méd.-chirurg.*)

HYDROMÉTRIE HYDATIQUE.

Par M. MOUSSAUD, D.-M.-P, à Mauzé, sur le Mignon (Deux-Sèvres).

Le 1er novembre 1855, je fus appelé au village de Polioz, canton de Surgères, pour visiter la femme B..., dont l'état inspirait des inquiétudes à sa famille.

La femme B... est âgée de trente-six ans, mère de deux enfants, dont l'aîné a quatorze ans. Ses couches ont été heureuses. Elle est pauvre, et vit dans des circonstances hygiéniques peu favorables.

Depuis deux mois elle n'a pas vu ses règles. Elle est pâle, amaigrie, éprouve fréquemment des douleurs abdominales et des troubles de la digestion. Le ventre est volumineux. Au-dessus du pubis s'élève une tumeur dure, arrondie, qui annoncerait une grossesse de quatre mois environ. Le toucher vaginal fait reconnaître un col mou et assez volumineux. Ce toucher, combiné avec le toucher abdominal, permet de constater que la tumeur observée appartient à l'utérus.

J'annonçai que la femme B... était enceinte. Mais comme il ne paraissait pas y avoir de rapport entre le volume de l'utérus et l'époque de la suppression des menstrues, je fis pressentir qu'il y avait quelques probabilités pour l'existence d'un môle dans l'utérus.

La malade resta deux mois environ dans cet état, éprouvant toujours de sérieuses indispositions, et ayant quelques pertes séreuses par le vagin. Le ventre acquit alors le volume qu'il a à six mois de grossesse.

Dans le courant de janvier, la femme B... fut prise des douleurs de l'enfantement, et appela près d'elle une sage-femme. A l'arrivée de celle-ci la malade a perdu beaucoup de sang; la dilatation est à peu près complète.

Alors se présentèrent *successivement* au col de l'utérus des grappes d'hydatides pédiculées; les unes grosses comme de petits grains de raisin, les autres comme de fortes noisettes; la sage-femme les retirait avec le doigt à mesure qu'elles s'engageaient. Ces grappes étaient tellement nombreuses qu'on a pu en remplir un vase de nuit ordinaire.

Les suites de couches ont été orageuses. Il y a eu fièvre, ballonnement du ventre, écoulement lochial très-fétide, que nous avons combattu avec des injections chlorurées.

Le sein gauche, quelque temps après l'accouchement, a été pris de mastaïte, qui s'est terminée par suppuration (trois abcès ouverts par la lancette).

Aujourd'hui la femme B... est dans un état satisfaisant.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Constatation directe du degré d'humidité des murs plâtrés dans les habitations récemment bâties.

Nous avons exposé, dans notre numéro du 3 mai 1855, un procédé fort ingénieux imaginé par M. le docteur Marc d'Espine (de Genève) pour constater le degré d'humidité des appartements dans les maisons récemment bâties. M. Lassaigne a fait paraître sur le même sujet, dans les *Annales d'hygiène*, une notice destinée à faire connaître les résultats qu'il a obtenus de diverses expériences ayant pour but de déterminer la quantité d'eau que renferment les murailles elles-mêmes, tandis que M. Marc d'Espine appréciait seulement le degré d'humidité de l'air confiné dans les appartements. Nous croyons devoir donner avec quelque étendue les procédés suivis par M. Lassaigne.

On sait, dit M. Lassaigne, que la pierre à plâtre contient naturellement de 20 à 21 pour 100 d'eau de cristallisation ou de combinaison, qu'elle perd quand on la calcine au point convenable pour lui faire éprouver la fusion ignée. Sous ce dernier état, cette pierre ainsi calcinée constitue le plâtre cuit employé dans les constructions. La propriété que possède le plâtre cuit et pulvérisé de se solidifier après avoir été délayé dans une certaine quantité d'eau froide est due, comme on l'explique généralement, à l'absorption d'une partie de cette eau et à la cristallisation confuse qui en résulte. La masse solide retient entre ses parties l'excès d'eau employée, qui s'évapore plus ou moins rapidement suivant les circonstances. Dans les habitations nouvellement construites, l'air qui s'y trouve renfermé est d'autant plus humide que les travaux de maçonnerie ont été plus récemment effectués.

L'expérience a fait constater que le plâtre qui vient de se solidifier immédiatement après son application pour revêtir une muraille contient, sur 100 parties en poids, 36 d'eau ou d'humidité, tant libre que combinée.

Par son exposition à l'air il perd cet excès d'eau, suivant les conditions variables de la température et des saisons; et après un temps plus ou moins long il ne retient qu'une quantité d'eau à peu près égale à celle que contenait la pierre avant sa calcination.

La constatation du degré d'humidité renfermée dans les plâtres de revêtement peut être faite avec facilité à l'aide du procédé suivant. Au moyen d'une vrille ou taraud de 5 à 6 millimètres de diamètre, on retire des portions du plâtre que l'on veut essayer en différents points de la surface de la muraille plâtrée et à diverses profondeurs ($0^m,01$ et $0^m,02$). Les quantités de plâtre extraites par ce forage sont pesées exactement, et chauffées au rouge obscur pendant trois à quatre minutes dans un creuset de platine ou de porcelaine. Le plâtre ainsi chauffé et privé de toute l'eau qu'il contenait est pesé une seconde fois; la différence entre les deux pesées donne précisément la quantité d'eau perdue par l'action de la chaleur. Quant aux trous résultant de ces prises de matière, on peut les pratiquer dans des endroits peu apparents et les reboucher sans qu'il y paraisse.

A l'aide de ce procédé, M. Lassaigne a obtenu les résultats suivants:

Essai d'un plâtre cinq mois après son application dans une chambre non habitée. — 1° Plâtre pris à $0^m,01$ de la surface de la muraille non peinte: eau, 22,73; plâtre sec, 77,27;

2° Plâtre pris à $0^m,02$ de la surface de la muraille dans la même chambre: eau, 27,30; plâtre sec, 72,70.

Essai d'un plâtre appliqué sur la muraille dans une chambre habitée et située au sixième étage, extrait à $0^m,01$ de la surface, après un an de construction. — 1° Plâtre de l'intérieur de la chambre, près d'une fenêtre: eau, 20; plâtre sec, 80;

2° Plâtre de l'*extérieur* de la même chambre, pris en dehors de la fenêtre, dans une partie non exposée aux eaux pluviales: eau, 22,3; plâtre sec, 77,7.

Essai d'un plâtre appliqué depuis huit jours au revêtement d'une porte extérieure, pris à $0^m,01$ de la surface de la muraille: eau, 28; plâtre sec, 72.

Pour ce dernier cas, on peut noter ceci de remarquable: puisque le plâtre, au moment de sa solidification, renferme 36 pour 100 d'eau, il est clair qu'en huit jours il en avait perdu déjà 8 pour 100, puisque au bout de ce temps on ne trouve que 28.

D'après ses recherches, M. Lassaigne conclut que le plâtre des appartements ne doit pas renfermer plus de 20 à 22 pour 100 d'humidité.

Ce *modus faciendi* est facile, à la portée de tout le monde, et suivant nous il doit être employé comme complément de celui de M. Marc d'Espine, que nous rappelions en commençant.

NOUVEAU MOYEN

de déterminer l'accouchement prématuré artificiel.

Par M. le docteur SCANZONI (de Wursbourg).

Le moyen proposé est fondé sur l'intime consensus qui existe entre les glandes mammaires et les organes génitaux. On sait que souvent la lactation cause des douleurs utérines et des hémorrhagies, et que les femmes enceintes avortent souvent quand elles continuent à allaiter. Ces observations conduisirent le docteur Scanzoni à penser, par analogie, qu'une excitation des mamelles serait capable de déterminer l'accouchement. En effet, le premier essai qu'il fit de ce nouveau procédé produisit les résultats espérés.

La femme qui servit à la première expérience était à sa seconde grossesse et âgée de vingt-quatre ans. Dans le premier accouchement, il avait été nécessaire de recourir à la perforation du crâne et à la céphalotomie. Pour le second, le docteur Scanzoni prépara deux appareils de succion composés d'une poche ou vessie en gomme élastique munie d'un tube de verre. L'air fut expulsé de la vessie, et l'appareil ainsi appliqué fonctionnait comme une ventouse.

A la trente-deuxième semaine de la grossesse, l'appareil fut appliqué deux heures matin et soir le premier jour; les jours suivants, cette application eut lieu trois fois dans les vingt-quatre heures. Dès la troisième application, il se manifesta un raccourcissement de la portion vaginale de l'utérus et une légère dilatation de son orifice sans que la femme éprouvât aucune douleur. Les douleurs ne se firent sentir que le troisième jour après la sixième application, et augmentèrent notablement pendant la nuit. Dès lors le col de l'utérus s'effaça complétement et la poche des eaux commença à faire saillie; après leur rupture, on procéda à l'extraction du fœtus, qui pesait quatre livres et demie. La malade se rétablit en peu de temps; mais l'enfant, quoique né vivant, mourut au bout de trois jours. (*Gaz. méd. de Lisboa.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 mars 1856. — Présidence de M. BUSSY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce informe l'Académie qu'il vient de transmettre aux préfets les médailles décernées à titre de récompense aux médecins inspecteurs des eaux minérales.

— Le même ministre transmet:

1° Un rapport de M. Castel, médecin des épidémies pour l'île d'Oleron, sur les épidémies qui ont régné dans cette localité en 1855;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département des Landes en 1855;

3° Mêmes comptes rendus pour les départements de l'Ariége, de l'Aude, de la Haute-Marne et du Pas-de-Calais (commission des épidémies);

4° Un exemplaire d'un rapport médical publié à Vienne (Autriche), sur l'hôpital impérial et royal de l'arrondissement de Wieden pour 1853 (commissaires : MM. Bouvier, Michel Lévy) ;

5° Deux notes relatives à des recettes de remèdes secrets.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Boissat adresse un rapport sur les vaccinations pratiquées dans la Dordogne en 1854. (Commission de vaccine.)

— M. le docteur Henry (de Grandvelle) adresse un essai sur l'épidémie de choléra dans quelques villages de la Haute-Saône en 1854. (Commission du choléra.)

— M. Moussaud, de Mauzé (Deux-Sèvres), communique deux observations, dont l'une est relative à un cas de monstruosité par arrêt de développement chez le fœtus, et la deuxième à un cas d'hydrométrie hydatique. (Commissaires ; MM. Depaul et Desportes.)

— M. Félix Delfau, de Collioure (Pyrénées-Orientales), prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un paquet cacheté. Le dépôt est accepté.

— M. le président informe l'Académie qu'elle aura à procéder, dans la prochaine séance, à la nomination des commissions pour les prix.

— M. Robinet, au nom de la commission des remèdes secrets, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées.

ÉLECTION.

L'Académie procède à la nomination d'un membre dans la section de pharmacie.

M. le secrétaire annuel donne lecture de la liste de présentation arrêtée dans le comité secret de la séance précédente :

M. Boudet est classé en 1re ligne.
M. Poggiale. . . . 2e »
M. Gobley. . . . 3e »

Le nombre des votants est de 75 ; majorité, 38.

M. Boudet obtient 48 suffrages.
M. Gobley. . . . . . 18 —
M. Poggiale. . . . . . 9 —

M. Boudet ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

DISCUSSION.

Traitement des ophthalmies par l'occlusion. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le traitement des ophthalmies par l'occlusion. La parole est à M. Piorry.

M. Piorry. L'occlusion est une méthode ancienne que nous avons tous vu mettre en usage dans notre enfance médicale. Ce moyen entrait trop bien dans le système de mes idées et de mes travaux pour que je n'aie pas dès longtemps eu l'idée d'y recourir. J'ai cherché, en effet, quelles étaient les causes qui pouvaient entretenir les ophthalmies ; or ces causes sont en premier lieu l'action de la lumière, en second lieu le contact de l'air, enfin le clignotement des paupières et quelquefois le frottement des corps étrangers. Il y avait donc là évidemment une indication de soustraire l'œil à l'action de ces différentes causes; l'occlusion des paupières a dû se présenter naturellement à mon esprit comme le meilleur moyen d'atteindre ce but. Mais là n'est pas la question. La question est de savoir quel est le meilleur mode d'occlusion. J'avais employé d'abord, comme tout le monde, le coton, la charpie et les bandes, notamment en 1832, lors d'une effroyable épidémie d'ophthalmie qui sévit sur les orphelins du choléra. Mais dès 1836 à 1838 j'eus l'idée de substituer à ces moyens grossiers l'usage des bandelettes agglutinatives, et c'est sur ce point que je me crois fondé à réclamer la priorité. J'invoquerai, au besoin, le témoignage de M. Gosselin, celui de M. Furnari, qui étaient alors mes élèves.

J'avais oublié entièrement cette méthode, lorsque, il y a deux ans, j'en ai fait de nouvelles applications, suivies comme les premières des mêmes succès, et des succès tels que dès ce moment j'y attachai une grande importance.

Il y a une foule de circonstances où ce mode de traitement me paraît devoir être très-utile. C'est un moyen très-simple et très-commode. Il est applicable aux ophthalmies simples, aux ophthalmies purulentes ; il peut être utile dans les cas de plaies ulcéreuses de la cornée, dans les tumeurs de diverses sortes, dans la procidence de l'iris, pour les suites de la cataracte, de la pupille artificielle. C'est, du reste, à l'expérience de déterminer tous les cas particuliers d'application.

M. Piorry rapporte quelques exemples à l'appui de ce qui précède. (*Voir*, pour ces exemples, la leçon clinique publiée dans le n° du 23 février dernier, p. 90.)

M. Bonnafont commence par se féliciter de l'adhésion que vient de lui donner M. Piorry et des exemples de succès qu'il vient d'apporter à l'appui de la méthode de l'occlusion, puis abordant l'argumentation de M. Larrey, il s'exprime en ces termes :

En soumettant à l'appréciation de l'Académie quelques observations d'ophthalmies traitées et guéries par un nouveau mode d'occlusion des yeux, j'annonçai que M. Larrey s'était occupé aussi de ce mode de traitement, et qu'il ferait probablement connaître ses résultats. L'Académie a entendu, dans la dernière séance, le discours si remarquable qu'il a prononcé sur ce sujet. Notre collègue, dans ce discours, m'a adressé plusieurs reproches qui ne me paraissent pas sérieux, puisque au fond il admet l'efficacité de ce traitement.

M. Larrey me reproche d'abord de n'être point parti du principe de l'occlusion ; mais je n'ai eu nullement la prétention de faire un traité de la matière. Il semble regretter aussi que je n'aie pas fait connaître les différents modes d'occlusion qui ont été employés depuis nombre d'années. Si l'Académie comparait les citations si savantes et si nombreuses de M. Larrey avec les trois seulement qui figurent dans mon mémoire, elle pourrait en effet supposer que j'ai négligé toute espèce de recherches à ce sujet ; mais, pour me justifier, je dirai que les auteurs que j'ai consultés et qui se sont le plus particulièrement occupés d'ophthalmologie, tels que Demours, MM. Rognetta, Carron du Villards, Desmarres, etc., n'en faisant nullement mention, je devais supposer que l'occlusion n'avait jamais été l'objet d'un sérieux examen de la part des praticiens.

Les seuls que j'ai pu citer sont, comme je l'ai déjà dit, MM. Piorry, Velpeau et Larrey, et, à cette occasion, je ne saurais assez remercier M. Larrey d'avoir enrichi la bibliographie de l'oculistique de ses curieuses et savantes recherches historiques ; du reste, il résulte de toutes les citations qu'il a faites qu'aucun mode d'occlusion employé ne ressemble à celui que j'applique et qui fait le sujet de mon mémoire.

Ainsi tous les procédés qui ont pour but l'accolement immédiat des paupières, je les considère comme moins complets que celui que je propose à cause du peu de facilité qu'ils laissent à la suppuration de s'échapper et du danger qui peut résulter de son contact permanent avec les surfaces de l'œil.

Le même reproche s'adresse, quoiqu'à un moindre degré, au coton sec ou couvert d'un enduit quelconque.

M. Larrey sait mieux que moi que la ouate absorbe peu la suppuration, et que son contact immédiat avec une surface enflammée et suppurante, surtout sur un organe aussi irritable que l'œil, doit nécessairement ajouter à l'irritation. La ouate enduite d'un corps gras n'a pas cet inconvénient, mais elle a celui de ne pas absorber du tout la suppuration, ce qui est plus grave.

Reste un troisième mode d'occlusion, c'est celui de compresses simples maintenues sur l'œil au moyen d'un bandage employé par M. le professeur Forget (de Strasbourg). Ce bandage me semble avoir l'inconvénient de ne pas absorber assez facilement les liquides qui s'échappent de l'œil. Tous ces moyens peuvent certainement trouver une heureuse application contre les ophthalmies sèches ; mais, pour peu que l'inflammation donne lieu à une supersécrétion morbide, ils méritent tous à divers degrés les mêmes reproches. Aucun auteur, et on peut s'en rapporter à cet égard aux citations nombreuses de M. Larrey, n'a rempli dans l'occlusion les trois indications principales qui se trouvent réunies dans mon pansement, qui résument à elles seules son efficacité, et qui permettent d'en généraliser l'emploi dans un plus grand nombre de cas.

Première indication. — Application immédiate d'un corps gras sur les paupières, dont tous les auteurs, MM. Rognetta et Carron du Villards surtout, recommandent l'usage, afin de rafraîchir les paupières, d'empêcher leurs bords de se coller, et de permettre ainsi aux liquides sécrétés de s'écouler facilement de l'intérieur de l'œil, avantage que n'ont ni le collodion, ni les bandelettes agglutinatives, ni le coton sec ou graissé.

Deuxième indication. — Le petit plumasseau de charpie placé sur le linge cératé et fenêtré a pour avantage d'absorber la suppuration à mesure qu'elle est chassée de l'œil et d'empêcher qu'elle ne se répande sur la joue.

Troisième indication. — Le disque de sparadrap appliqué par-dessus ce petit appareil a pour but de le maintenir sans exercer aucune compression, et de mettre l'œil parfaitement à l'abri du contact de l'air et de la lumière.

Je m'étais longtemps contenté de ce mode de pansement, lorsque plus tard, ayant remarqué que le sparadrap se dérangeait, je crus devoir l'assujettir avec une bande appliquée en forme de monocle modérément serrée. Eh bien, je demande à M. Larrey si, parmi les nombreux modes d'occlusion qu'il a cités, il en est un qui ressemble à celui que j'emploie.

Je maintiens donc ce mode comme nouveau. Maintenant, vaut-il mieux que les autres? Je le crois, et c'est ce que je suis venu déclarer à l'Académie. Mais ne voulant pas être seul juge de son efficacité, je mets en demeure tous les praticiens de l'expérimenter, et si le temps et de nouvelles expériences viennent en indiquer un meilleur, je serai tout disposé à l'adopter, malgré les avantages que je reconnais à celui que je propose.

M. Larrey m'a accusé d'avoir voulu m'attribuer l'honneur de l'occlusion des yeux par le collodion, et d'avoir en outre décoré du nom de méthode mon nouveau mode d'occlusion, deux assertions également erronées; je n'ai affiché nulle part une telle prétention. Pour ce qui est du collodion, j'ai dit, au contraire, que je ne l'avais plus employé, à cause de l'inconvénient que je lui ai reconnu de fermer trop hermétiquement les paupières ; et quant à la méthode, le titre seul de mon mémoire exclut toute prétention à cet égard.

M. Larrey a été surpris que j'aie osé proposer l'occlusion des yeux seule à l'exclusion de tout autre moyen thérapeutique, même dans les cas d'ophthalmies purulentes avancées. Pour toute réponse, je n'ai qu'à renvoyer mon honorable collègue au texte même de mon mémoire.

M. Larrey soulève ensuite une question de pratique très-importante à laquelle je répondrai, j'espère, d'une manière satisfaisante. La méthode d'occlusion, dit-il, étant admise, faut-il couvrir les deux yeux en même temps ou n'en couvrir qu'un seul? Chaque fois que j'ai eu à traiter une ophthalmie monoculaire, l'occlusion a été faite sur l'œil affecté seulement, laissant à l'autre toute la liberté de ses fonctions, et sur plus de quarante malades soumis à ce mode de traitement, jamais je n'ai eu à me repentir de cette conduite.

Il m'est arrivé quelquefois de faire l'expérience suivante :

Quand un malade entrait à l'hôpital ayant les deux yeux atteints, l'un d'eux était traité par l'occlusion, tandis que l'autre était soumis à l'action des topiques ordinaires. Eh bien, dans ce cas encore, le résultat a prouvé l'avantage de l'occlusion, laquelle a dû même être souvent appliquée pour la guérison radicale de l'autre œil.

M. Larrey, à l'exemple de tous les ophthalmologistes, reproche au bandeau appliqué sur les yeux d'accumuler trop de chaleur sur ces organes, et de provoquer ainsi des accidents qui en font supprimer bien vite l'emploi. J'ignore jusqu'à quel point cette opinion est fondée pour ce qui a été fait devant moi; mais ce que je puis déclarer formellement, c'est que jamais les malades ne se sont plaints de l'application de mon pansement, et que très-souvent, au contraire, les douleurs locales et générales ont diminué peu de temps après la première application.

M. Larrey, dans l'énumération judicieuse qu'il fait des cas où l'occlusion peut être avantageusement mise en usage, ajoute qu'il craindrait de l'employer au début des ophthalmies, et qu'il serait prudent d'attendre que la période d'acuité fût passée. Ces craintes sont naturelles pour tout praticien qui n'a pas encore appliqué ce mode de traitement, et je les ai moi-même exprimées ailleurs.

Il semble, en effet, que sur une conjonctive rouge, enflammée et devenue le centre d'une congestion sanguine considérable, l'application d'un bandage sur l'œil ne devrait pas être l'indication la plus rationnelle à suivre. D'autres moyens viennent plus naturellement à la pensée, et pourtant mon expérience et les faits recueillis depuis trois ans démontrent que c'est principalement au début d'une ophthalmie, ou lorsque l'inflammation a acquis le plus d'intensité que l'occlusion produit les meilleurs et les plus prompts résultats.

— La parole est à M. Velpeau; mais, vu l'heure avancée, M. Velpeau demande que la suite de la discussion soit renvoyée à la séance prochaine.

RAPPORT.

Taille bilatérale modifiée. — M. Ségalas lit, en son nom et en celui de MM. Hervez de Chégoin et Amussat, un rapport sur un mémoire que M. le docteur Carathéodory (de Constantinople) a lu à l'Académie le 24 juillet dernier. Ce travail renferme deux observations de taille par le procédé bilatéral de Dupuytren, modifié en raison des circonstances exceptionnelles qui ont été découvertes sous le couteau.

Nous avons résumé dans le temps ces observations (voir le numéro du 26 juillet 1855, p. 347).

M. le rapporteur considère le procédé employé et conseillé par M. Carathéodory comme une addition utile à la taille bilatérale, soit qu'il s'agisse de pierres très-volumineuses, soit que l'on ait affaire à des pierres enkystées. Il pense qu'il sera bien de le mettre en usage lorsqu'on se trouvera en présence de semblables conditions.

Véritable association de la taille bilatérale de Dupuytren et de la taille médiane prostatique de Sanson, l'opération de M. Carathéodory, ajoute M. le rapporteur, présente la réunion des avantages et des inconvénients de ces deux procédés. Complexe de sa nature, elle sera une ressource précieuse pour les chirurgiens, mais une ressource que probablement, à l'exemple de l'auteur, ils jugeront convenable de réserver pour des cas exceptionnels.

M. Ségalas propose pour conclusion de remercier M. Carathéodory de son intéressante communication et d'appeler sur ce chirurgien l'attention spéciale de la commission qui sera chargée de former la liste des candidats aux places d'associés étrangers.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— La séance est levée avant cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le professeur Paul Dubois, chirurgien-accoucheur de S. M. l'Impératrice, habite le palais des Tuileries depuis le 1er mars.

— S. M. la reine Victoria vient de nommer chevalier-compagnon de l'ordre du Bain M. le docteur Scrive, médecin principal à l'armée d'Orient.

— Le jury du concours pour une place de chirurgien du Bureau central, qui s'ouvrira le 17 mars, vient d'être constitué. Il se compose de MM. Robert, Denonvilliers, Gosselin, Ph. Boyer, Hillairet, *juges ;* et de MM. Jarjavay et Piorry, *suppléants.*

Les candidats inscrits sont MM. Bauchet, Béraud, Boulard, Fano, Foucher, Houel, Jamain, Legendre, Trélat et Verneuil.

— Ont été nommés chirurgiens auxiliaires de la marine (3e classe), après examens : à Toulon, M. Cazeneuve ; à Cherbourg, M. Vaillant.

— La Faculté de médecine de Montpellier a été consultée par M. le ministre de l'instruction publique sur le nombre et la nature des places d'agrégé à donner au prochain concours, afin de mettre le personnel de cette Faculté en rapport avec la réorganisation récemment arrêtée. Si nos informations sont exactes, elle aurait émis l'opinion qu'il convient de mettre au concours les places d'agrégé *en exercice* actuellement vacantes, et toutes celles de *stagiaire* nouvellement créées. Quant aux trois places qui doivent devenir vacantes à la fin de l'année courante par expiration du temps d'exercice des titulaires, la Faculté, se rangeant à l'opinion du ministre, a proposé de maintenir ceux-ci en activité pendant trois nouvelles années.

La formation des sections d'agrégation a également occupé la Faculté ; elle a décidé que, des quinze places d'agrégé en exercice, cinq seraient dévolues à la section des sciences accessoires (anatomie et physiologie, physique et chimie, histoire naturelle), six à la section de médecine et quatre seulement à celle de chirurgie. Un concours de stagiaires devant avoir lieu tous les trois ans, la nature des places mises au concours serait déterminée par les vacances. (*Rev. de th. du Midi.*)

— La liste des candidats à la chaire d'opérations et d'appareils vacante à la même Faculté est loin d'être complète. Trois nouvelles candidatures doivent, dit-on, être ajoutées à celles de MM. Goffres, Serres, Quissac et Rigaut : ce sont celles de MM. Courty, Chrestien et Bourdel, tous trois agrégés. Quant à la chaire de chimie médicale, laissée vacante par la retraite de M. Duportal, elle paraît beaucoup moins recherchée. Si nous sommes bien renseigné, toutes les candidatures s'effaceraient devant celle de M. Filhol, professeur à la Faculté des sciences et à l'Ecole de médecine de Toulouse.

— La Société de médecine de Lyon vient de décerner les prix qu'elle avait proposés sur cette question :

Rédiger pour les ouvriers de Lyon un opuscule où ils puissent trouver les notions qu'il leur importe le plus de posséder sur leurs intérêts hygiéniques et sanitaires.

Un premier prix (médaille d'or de 300 fr.) à M. le docteur Fonteret (de Lyon).

Un deuxième prix (médaille d'or de 200 fr.) et le titre de membre correspondant, à M. le docteur Ebrard (de Bourg);

Deux mentions honorables, *ex æquo*, à M. Juttet, élève en médecine à l'Ecole de Lyon, et à l'auteur du mémoire n° 7. L'auteur de ce dernier travail ne s'est pas fait connaître.

Nous avons enfin à la disposition de nos abonnés un nombre de collections reliées de l'année 1855 suffisant pour répondre à leurs demandes. Ils peuvent donc nous envoyer leurs numéros de 1855, et ils auront de suite un volume relié de cette même année. — Le prix de la reliure est de 2 fr. ; celui des numéros à remplacer est de 10 centimes. — Les années antérieures à l'année courante se vendent 12 francs.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des kystes spermatiques, ou de l'hydrocèle enkystée spermatique.

La connaissance de kystes spermatiques ne date guère, comme chacun sait, que de quelques années. C'est aux recherches cliniques et cadavériques de M. Gosselin qu'on la doit principalement. Depuis que l'attention des observateurs a été appelée sur cette espèce particulière d'hydrocèle, bien que les exemples n'en soient pas très-fréquents, il en a été recueilli cependant un assez grand nombre d'observations pour qu'il soit possible aujourd'hui d'en faire une histoire à peu près complète, tant sous le point de vue anatomo-pathologique que sous le point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement. Quatre observations recueillies pendant le cours d'une seule année dans le service de M. Velpeau, par M. Marcé, jointes à celles qui sont déjà enregistrées dans la science, lui ont permis d'esquisser les principaux traits de cette histoire dans son excellente dissertation inaugurale, à laquelle nous allons emprunter ce qui est plus particulièrement relatif à la marche, au diagnostic et au traitement de cette affection.

M. Marcé distingue deux périodes dans la marche et le développement de ces kystes.

Au début, ils se présentent sous la forme d'une tumeur arrondie, fluctuante, sans changement de couleur à la peau, indolente à la pression, dont le volume égale celui d'une noisette ou d'une petite pomme, et qui survient presque toujours à la suite d'un violent effort. Elle siége au niveau de la partie supérieure du testicule, qu'elle coiffe pour ainsi dire, et avec lequel elle est toujours adhérente; car on ne peut lui imprimer le moindre mouvement sans les entraîner tous les deux. L'épididyme, séparé du testicule par la tumeur, peut parfois encore être nettement distingué; dans d'autres cas, il est perdu au milieu des tissus, de manière à ne pouvoir être senti distinctement. Le canal déférent est quelquefois accolé à la tumeur; une fois cependant M. Marcé a pu le suivre et l'isoler dans toute son étendue. Rarement, à cette période, les malades accusent-ils de la douleur ou même de la gêne.

Au bout de plusieurs années la tumeur acquiert un plus grand développement. Non-seulement elle gêne alors par son poids et par son volume, mais elle peut encore altérer mécaniquement les organes voisins. — M. Gosselin a prouvé que les kystes sous-épididymaires, au lieu de se déjeter à droite ou à gauche, comme cela se voit d'ordinaire, pouvaient rester sous la tête de l'épididyme, la refouler en haut, allonger et aplatir, en les déroulant, tous les vaisseaux afférents, bien plus, les déchirer et les faire disparaître.

Dans quelques cas, la tumeur, sans cause bien appréciable, devient tout à coup douloureuse, comme si elle subissait une véritable distension; plus souvent encore, elle se développe sans amener ni réaction ni douleur, écarte les enveloppes du scrotum, entoure plus complétement les testicules et tend à revêtir l'aspect extérieur des hydrocèles de la tunique vaginale.

La quantité de liquide varie beaucoup; depuis quelques cuillerées jusqu'à plusieurs verres. Vu en mince filet, le liquide semble d'abord parfaitement clair; mais examiné en masse, à travers un récipient transparent, il offre une teinte laiteuse et opaline manifeste. Cette teinte n'a manqué dans aucune des observations recueillies par M. Marcé, ainsi que dans celles que mentionnent les auteurs, ce qui en fait un caractère important.

Une goutte de ce liquide placée sous le microscope laisse voir une quantité considérable d'animalcules spermatiques. Tous ceux que M. Marcé a examinés étaient morts.

Entre la couleur laiteuse du liquide et la présence des animalcules spermatiques, il existe une relation intime prouvée par l'expérience suivante :

« Lorsqu'on jette sur un filtre en papier ordinaire le liquide laiteux de l'hydrocèle spermatique, après avoir bien constaté au microscope la présence des zoospermes, on le voit passer limpide et clair comme de l'eau de roche. Si plus tard, dans ce liquide ainsi privé de sa teinte opaline, on recherche les animalcules, on n'en trouve plus la moindre trace, mais on les rencontre en quantité innombrable dans le dépôt resté sur le filtre. »

Ainsi, pour faire reparaître la transparence du liquide, il suffit de faire disparaître les spermatozoaires.

Ce fait donne une valeur considérable à la couleur laiteuse du liquide dans le diagnostic des hydrocèles. Cette couleur laiteuse peut en effet être considérée comme le signe pathognomonique de l'hydrocèle spermatique.

Nous venons de parler du diagnostic; c'est le cas de nous arrêter un instant ici sur ce point essentiel.

Tranchons tout de suite les petites difficultés.

Les kystes du testicule, décrits par quelques auteurs, n'offrent avec les kystes sous-épididymaires, dont il est question en ce moment, que des analogies trop éloignées pour qu'avec quelque attention on puisse les confondre. Comme en général les kystes testiculaires sont peu volumineux, ils ne pourraient être confondus avec les kystes spermatiques que dans leur première période de développement. Or ceux-ci, au début, sont parfaitement isolés du testicule, ce qui les distingue très-aisément des kystes testiculaires, qui font toujours corps avec la glande et sont comme enchâssés dans son parenchyme.

La seule affection des bourses avec laquelle le kyste spermatique peut aisément être confondu est la plus commune de toutes, l'hydrocèle. Dans la première période, et tant que ce kyste est d'un petit volume, et partant facile à isoler du testicule, la confusion n'est guère possible avec quelque attention. Mais il n'en est plus ainsi lorsque la maladie est déjà ancienne et que la tumeur a acquis un certain volume; la distinction devient alors très-difficile, tellement difficile que dans le plus grand nombre des cas elle ne peut être faite qu'après la ponction, et par l'aspect et la coloration du liquide. A plus forte raison serait-on dans l'impossibilité de distinguer le kyste spermatique lorsqu'il existe coïncidemment quelque autre production morbide des bourses. La ponction exploratrice est dans ce cas le seul moyen d'éclairer le diagnostic. Or ces complications se présentent assez souvent, s'il faut en juger du moins d'après les faits que M. Marcé a observés dans le service de M. Velpeau. Deux fois sur trois, au kyste spermatique se trouvait réuni soit un kyste du cordon, soit une hydrocèle de la tunique vaginale; et dans une quatrième observation il existait du même côté une hydrocèle de la tunique vaginale et deux kystes épididymaires. Dans ces trois cas, la ponction seule put dissiper les doutes que l'exploration avait laissés subsister. Dans le quatrième, ce ne fut qu'après la ponction et la guérison de l'hydrocèle vaginale que les deux petits kystes devinrent accessibles au doigt et furent reconnus. Enfin M. Bauchet, ancien interne de M. Velpeau, a rapporté dans le temps un fait recueilli dans le même service, et dans lequel il y avait dans le scrotum, à droite une hématocèle et une hydrocèle placées dans des loges parfaitement distinctes; à gauche une hydrocèle de la tunique vaginale et un kyste spermatique contenant deux cuillerées à peu près d'un liquide blanchâtre.

Nous négligeons les détails très-intéressants d'ailleurs que renferme la thèse de M. Marcé relativement à la théorie de la formation de ces kystes, pour terminer par quelques courtes considérations sur le traitement.

Disons tout de suite que des quatre malades du service de M. Velpeau qui font le sujet de cette dissertation, trois ont été traités par la ponction suivie de l'injection iodée et un par la ponction simple, et tous quatre ont guéri. Mais il est bon de faire remarquer que, dans ce dernier cas, il s'agissait de kystes péritesticulaires contenant un liquide transparent et sans zoospermes. Il ne faudrait donc pas conclure du succès de la ponction seule dans ce cas, à l'inutilité de l'injection iodée dans les cas de vrais kystes spermatiques. Cette question paraît jugée d'ailleurs par des observations antérieures, qui démontrent que toutes les fois qu'on s'en est tenu à la ponction la tumeur s'est reproduite.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies vénériennes, par M. A. VIDAL (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi (1).

Le succès du livre dont M. Vidal vient de publier la deuxième édition à deux années de distance seulement de la première reconnaît plusieurs causes. Bien qu'écrit plus particulièrement pour ceux qui ne savent pas, ainsi que le déclare l'auteur, ce livre n'a pas été moins bien accueilli par ceux qui savent, parce que, tout en lui maintenant son caractère didactique, M. Vidal a su l'élever, dans certaines parties, à la hauteur des grandes questions de doctrine qui se rattachent à son sujet. A cette première condition de succès, il faut joindre le nom et les antécédents scientifiques de l'auteur, et sa position à la tête d'un des plus importants services spéciaux des maladies vénériennes. Mais il est une autre circonstance encore qui n'a pas peu contribué à la bonne fortune de ce livre, c'est l'esprit même dans lequel il a été écrit.

Pour l'apprécier convenablement, il faut se reporter à l'époque et aux circonstances au milieu desquelles fut publiée la première édition.

Tout ce qui s'est fait de bruit et de mouvement, tout ce qui s'est agité de luttes et de passions, en quelques années, autour de ces questions si intéressantes, toujours neuves et toujours brûlantes de la syphilis, il n'est assurément aucun médecin qui ait pu l'ignorer, si éloigné qu'il soit du foyer où toutes ces choses s'agitent. Il est loin de notre pensée de prétendre que tout ce bruit et ce mouvement aient été sans résultat. Il y aurait à la fois ignorance et ingratitude à méconnaître tout ce qu'il y a eu de fécond pour la science, d'utile pour l'art et d'éclat pour le nom de son auteur, dans ce laborieux enfantement de la nouvelle doctrine syphiliographique. Et s'il est vrai qu'elle n'ait pas tenu tout ce qu'elle a promis, on n'en doit pas moins de la reconnaissance pour l'observateur sagace qui a enrichi de tant de faits nouveaux le domaine déjà si étendu de l'histoire symptomatique de la syphilis; pour l'expérimentateur hardi qui a cherché dans des procédés scientifiques nouveaux la solution des questions les plus ardues de la génésie syphilitique; pour l'esprit ingénieux qui a su coordonner avec art les résultats de ces observations et de ces expériences en un système séduisant par sa simplicité et son apparente rigueur, plus séduisant peut-être encore par la verve et le talent avec lesquels il a été enseigné. Mais la vérité a des exigences auxquelles nul ne doit ni ne peut se soustraire, les hommes de talent moins que les autres. Quelque séduisante qu'ait paru, au premier abord, cette doctrine — elle l'a été un instant au point de croire qu'elle ne pouvait avoir de contradicteurs —, elle n'a pas longtemps résisté, dans quelques-uns de ses points au moins, à un examen critique sévère qui ne s'est pas borné à opposer l'argument à l'argument, l'observation à l'observation, qui a opposé encore les expériences aux expériences.

C'est au moment où ces critiques venant d'élever la voix commençaient à soulever les doutes sur la parfaite légitimité des lois formulées par le nouveau législateur syphiliographe, où la confiance dans la certitude des moyens d'expérimentation et dans l'exacte vérité des propositions fondamentales de la doctrine commençaient à être ébranlées, que l'un des plus redoutables d'entre eux par son incisive dialectique autant que par son expérience du sujet, a publié la première édition de l'ouvrage qui nous occupe. Tout en faisant une œuvre principalement didactique, M. Vidal ne pouvait évidemment se dispenser d'examiner, ne fût-ce que dans un discours préliminaire, les points les plus litigieux de la syphiliologie. Aussi est-ce ce qu'il a fait, non point comme un opposant systématique qui a ses vues propres, ses idées, sa doctrine à faire prévaloir contre les idées et les doctrines d'un antagoniste, mais en clinicien qui a soumis une à une les propositions de son collègue au critérium de l'observation et de l'expérience. C'est là surtout le caractère de la partie dogmatique et critique de cet ouvrage que nous tenions avant tout à constater.

Maintenant, sans prendre directement parti dans les dissidences, nous allons essayer, en analysant rapidement quelques chapitres de cet ouvrage, de mettre en relief les points principaux en litige, laissant à nos lecteurs d'apprécier la valeur des arguments contradictoires, et au temps de juger en dernier ressort le fond même du débat.

Les questions générales sont traitées dans des *préliminaires*. C'est dans cette partie du livre que nous devons rechercher l'esprit et la philosophie qui ont présidé à sa conception. Voici en peu de mots en quoi ils se résument.

Le virus syphilitique est *un*. C'est le fond de l'étiologie. Les effets, les formes des lésions sont très-variés. L'école les divise, pour la facilité des études, mais la nature les réunit tous par le lien étiologique. Ainsi on peut, par des procédés artificiels, établir deux classes principales de lésions : 1° les *primitives;* 2° les *consécutives*. Extérieurement, cette division a une raison d'être; mais, au fond, cette raison n'existe plus, parce qu'on ne trouve qu'une chose : le virus.

Cette proposition peut surprendre au premier abord ceux qui savent que la division des lésions syphilitiques en deux classes repose sur l'expérimentation; mais on n'ignore pas non plus que c'est par l'expérimentation aussi que M. Vidal l'a attaquée. A l'école qui prétendait que la lésion primitive seule (le chancre) s'inoculait, il a répondu que les lésions consécutives, les pustules, certaines syphilides, s'inoculaient aussi. Que cette inoculation ne soit ni aussi facile à produire ni aussi constante dans ses effets que l'inoculation du chancre, cela n'est douteux ni contestable pour personne, pour M. Vidal lui-même sans aucun doute; aussi l'objection tirée de ce fait s'applique-t-elle moins en réalité à la loi elle-même, envisagée dans sa plus grande généralité, qu'à la forme trop absolue et trop exclusive dans laquelle elle a été énoncée.

Obligé cependant d'adopter une classification, l'auteur a donné la préférence à celle qui lui a paru la plus simple et la plus naturelle,

(1) Deuxième édition. Paris, 1855. Chez Victor Masson.

La ponction suivie de l'injection iodée suffit-elle toujours pour amener la cure radicale? Les faits que nous venons de rapporter d'après M. Marcé, et ceux qui ont été antérieurement publiés tendent à faire penser qu'il devra en être, sinon toujours, du moins le plus habituellement ainsi, nonobstant l'opinion contraire énoncée par quelques auteurs. L'opinion de ceux-ci se fonde sur ce que la membrane interne du kyste, étant analogue par son organisation aux membranes muqueuses, ne saurait se comporter à l'égard de l'injection iodée comme les tuniques séreuses, et ils en concluent qu'à ce moyen il faut substituer l'incision ou l'excision du kyste.

Les faits seuls résoudront cette question. Or les faits connus jusqu'ici sont favorables à l'injection. Il est d'ailleurs une autre raison qui porterait à la préférer, quand elle ne mettrait pas sûrement à l'abri de la récidive : c'est le danger dont les autres méthodes ne sont pas exemptes. M. Velpeau pose, en règle générale, que l'incision et l'excision doivent être rejetées, d'une part, à cause de la suppuration inévitable qui en résulte et qui peut toujours donner lieu, dans ces régions, à des accidents sérieux ; et, en second lieu, parce que, en raison des connexions intimes des voies séminales avec le kyste, l'instrument tranchant peut blesser l'épididyme et amener une oblitération dont les conséquences ne laisseraient pas que d'être fâcheuses. Nous pensons d'ailleurs, avec M. Marcé, que ces moyens pourraient être réservés pour les cas où l'injection aurait échoué ou serait suivie de récidive.

Hématocèle rétro-utérine résultant d'une rupture des vaisseaux ovariques survenue pendant une suppression brusque des règles. — Ouverture spontanée de la tumeur dans le rectum. — Mort.

On connaît les dissentiments qui se sont élevés entre quelques chirurgiens et anatomo-pathologistes au sujet du siége et de l'origine de l'hématocèle rétro-utérine. Cette question, plusieurs fois débattue à la Société de chirurgie à l'occasion de présentations relatives à des faits de ce genre, a laissé les esprits divisés sur le point de savoir si ces sortes de tumeurs étaient intra ou extra-péritonéales, si elles reconnaissaient pour cause des hémorrhagies ovariques coïncidant avec les phénomènes menstruels, ou bien une exhalation directe des vaisseaux utérins, une rupture de varice ou toute autre cause analogue. Des faits ayant été invoqués en faveur de l'une et de l'autre étiologie, il en résulte qu'on a évidemment compris sous la même dénomination des faits pathologiques différents et qui peuvent résulter de causes diverses.

Quoi qu'il en soit, la production de l'hématocèle rétro-utérine par la rupture des vaisseaux ovariques ne nous paraît point contestable, et, si elle était encore l'objet de quelques doutes, le fait suivant, qui vient de se passer dans le service de M. Guérard à l'Hôtel-Dieu, serait de nature à les faire cesser.

Nous devons à l'obligeance de M. Crequy, interne du service, de pouvoir reproduire tous les détails de cette observation et de la nécropsie qui établit le fait en question.

Le 3 janvier 1856 est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, dans le service de M. Guérard, une jeune femme de vingt-deux ans, d'une bonne constitution. Cette femme était accouchée depuis dix-huit mois; ses couches s'étaient bien passées; elle n'avait pas été malade depuis. Mais vers les derniers jours de décembre, environ huit jours avant son entrée à l'hôpital, pendant qu'elle avait ses règles, elle mit les mains dans l'eau froide pour laver du linge.

Le lendemain, les règles se suspendirent pendant une journée et demie. En même temps, elle éprouva des douleurs dans le bas-ventre et les lombes. Elle s'appliqua des sinapismes sur les jambes et des cataplasmes sur le ventre; les règles reparurent un peu. Mais, les douleurs persistant, elle entra à l'hôpital, où l'on constata l'état suivant :

Les traits du visage sont un peu altérés. La malade accuse des douleurs assez vives dans la partie inférieure du ventre, derrière le pubis; ces douleurs augmentent par la pression, par les mouvements et pendant la miction.

Dans le même point du ventre et en inclinant un peu à gauche, on sent une tumeur difficile à circonscrire par suite de la douleur dont elle est le siége et du volume du ventre, qui est un peu distendu.

Le toucher vaginal fait reconnaître une tumeur située à la partie postérieure du petit bassin et le remplissant en grande partie. L'utérus est refoulé en avant, le col caché derrière la symphyse. Le doigt ne peut atteindre que la lèvre postérieure. Le toucher rectal permet aussi de reconnaître cette tumeur, qui fait saillie dans le rectum.

L'appétit est perdu, la bouche amère, la soif vive; point de vomissements; constipation depuis trois jours; pouls à 80.

La miction est très-douloureuse, les urines sont jumenteuses. On prescrit : huile de ricin, 30 grammes; cataplasme, lavement émollient et un bain.

Cet état persiste une huitaine de jours sans changement bien appréciable.

Le 15 janvier, la malade remarque qu'elle rend des matières glaireuses par l'anus. Cet écoulement, peu abondant, persiste jusqu'au 19. Ce jour-là, il sort par l'anus environ un quart de litre de sang mêlé de mucosités.

Les jours suivants, on constate que le ventre a diminué de volume; la tumeur du petit bassin est moins considérable, l'état général s'est amélioré.

Le 30, la tumeur est réduite de plus de moitié; l'utérus a presque repris sa position normale. La malade peut se lever et marcher dans la salle, et elle se proposait de sortir sous peu lorsqu'un accident survenu sous ses yeux lui causa une grande frayeur. Elle ressentit aussitôt une sorte de constriction intérieure; peu d'instants après, elle s'endormit, mais son sommeil était troublé par des rêves effrayants, ayant trait à l'accident dont elle venait d'être témoin. Dans la soirée, elle s'éveilla en proie à de vives coliques accompagnées de frissons intenses et qui persistèrent toute la nuit.

Le lendemain, on la trouva la face pâle et exprimant la douleur, les yeux excavés et entourés d'un cercle noirâtre, le regard fixe, les traits tirés, avec une physionomie générale de stupeur.

Le ventre était volumineux et très-douloureux; cette douleur s'exaspérait par la moindre pression. La respiration était anxieuse. Inappétence, soif vive; langue blanche; nausées; quelques vomissements dans la matinée. Pouls très-petit et très-fréquent. — Eau de Seltz; lavement; bain; julep avec éther, 0,60 centigrammes.

A dater de ce moment l'état de la malade conserve toujours la même gravité. Elle succombe le surlendemain matin vers sept heures.

Autopsie. — Le grand épiploon est d'une coloration noirâtre. Les intestins sont distendus et présentent des plaques rouges formées par l'injection de leurs vaisseaux. Entre les circonvolutions, existent des dépôts de lymphe plastique peu consistante. Il n'y a pas de pus dans le péritoine.

Le petit bassin renferme un liquide noirâtre.

Derrière l'utérus, entre cet organe et le rectum, existe une poche du volume du poing, dont les parois, formées par le péritoine, sont noirâtres et ramollies. Cette poche s'étend un peu plus à gauche qu'à droite. A sa partie supérieure, existent des adhérences étendues du bord supérieur de l'utérus au péritoine, qui revêt la face antérieure du rectum.

Cette cavité communique avec le rectum par une ouverture en forme d'ulcération, à bords noirâtres, d'un diamètre de 7 à 8 millimètres. Elle est située à 26 millimètres au-dessus de l'anus; elle fait communiquer la partie supérieure du foyer avec le rectum.

L'ovaire gauche est noirâtre; on y découvre un petit foyer purulent de 4 ou 5 millimètres de diamètre.

L'ovaire droit est adhérent à l'utérus. Il y existe deux petits foyers sanguins, l'un d'origine récente, formé par du sang noir; l'autre, plus ancien, paraît formé par un caillot fibrineux. Tous deux communiquent avec la poche sanguine située derrière l'utérus. On a pu le constater avec un stylet mousse et par l'incision du trajet fistuleux.

Il est assez facile de se rendre compte des principaux accidents éprouvés par cette malade. L'imprudence qu'elle a commise en mettant les mains dans l'eau froide paraît avoir déterminé la suppression du flux menstruel, une congestion de l'ovaire et partant une rupture des vaisseaux de cet organe, un foyer hémorrhagique, lequel s'est ouvert dans le cul-de-sac du péritoine situé entre l'utérus et le rectum. Ce foyer sanguin a déterminé une péritonite locale qui explique les accidents que la malade a éprouvés dès le début de son affection, et les adhérences trouvées à l'autopsie entre le bord supérieur de l'utérus et le péritoine qui revêt la face antérieure du rectum.

L'amélioration survenue quinze à vingt jours après son entrée à l'hôpital trouve suffisamment son explication dans la perforation du rectum, qui a laissé échapper une partie du contenu de la poche sanguine; mais cette poche ne s'étant vidée qu'incomplétement, la tumeur n'a jamais disparu entièrement. Le point très-élevé (26 centimètres) où s'est faite la perforation du rectum rend facilement compte de cette particularité.

Comment s'expliquer maintenant la terminaison fatale qui est survenue inopinément, alors que la communication établie entre le foyer et le rectum semblait faire espérer une guérison spontanée et prochaine, qui contre-indiquait toute intervention active de l'art? Est-ce par la pénétration de l'air dans le foyer et par l'altération que ce mélange aurait produite dans les liquides qu'il contenait encore? Se serait-il fait un reflux de matières fécales dans la cavité accidentelle, qui aurait déterminé une péritonite mortelle? Dans chacune de ces hypothèses, quelle a été, dans la production de ce fâcheux événement, la part de la vive frayeur éprouvée par cette malade? Nous n'oserions résoudre la question dans aucun sens; mais il nous paraît de toute évidence que cette dernière circonstance a déterminé la série d'accidents qui ont amené cette issue funeste, sans qu'il soit possible de dire par quel mécanisme cela a eu lieu.

HOTEL-DIEU DE NANTES. — M. LETENNEUR.

Obs. I. — **Anévrisme de l'artère poplitée traité sans succès par la compression. — Amputation de la cuisse. — Mort.**

Un portefaix, nommé Provost (Auguste), âgé de trente-sept ans, grand, fort, aux formes vigoureusement dessinées, vint à la consultation de l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 29 août 1853, pour une écorchure au pied; c'est alors que par hasard on s'aperçut qu'il portait au creux du jarret une tumeur qu'on reconnut immédiatement pour un anévrisme de l'artère poplitée.

Cet anévrisme existait depuis longtemps; mais, bien qu'il eût beaucoup augmenté de volume depuis quelques mois, le malade n'y avait attaché aucune importance, car il n'en souffrait pas et avait pu supporter sans difficulté les fatigues de son état; aussi vit-il avec étonne-

mais non sans faire quelques restrictions sur ce que cette division peut avoir jusqu'à un certain point d'arbitraire. Ainsi il adopte la division en *maladies vénériennes dites primitives* et *maladies vénériennes dites consécutives*. Mais, ajoute-t-il, « il faut qu'il soit bien entendu que par maladies vénériennes primitives on ne désigne pas seulement des *lésions locales*. Les maladies primitives sont celles qu'on observe, en général, en premier lieu, et *ordinairement* à une époque rapprochée de l'application de la cause et sur le point même de cette application. Les maladies consécutives sont celles qui se manifestent après que le virus a agi sur les liquides et les solides de manière à créer une constitution à part, une diathèse. »

M. Vidal reconnaît que cette division n'est pas inattaquable, puisque la lésion dite primitive n'apparaît pas toujours là où le virus a été appliqué, et il est certaines lésions qui peuvent être rangées parmi les primitives et les consécutives, telles, par exemple, que les pustules muqueuses, les végétations.

La blennorrhagie et le chancre dominent toute la section première. M. Vidal, après l'histoire très-détaillée des blennorrhagies, étudie et crée en partie le traitement du principal accident de cette inflammation particulière. Le principal, le plus fréquent, c'est l'orchite; non pas la simple congestion, la fluxion du testicule, mais la véritable inflammation de cet organe. Pour la combattre, l'auteur pratique une petite opération : c'est une incision d'un centimètre et demi partant sur la substance même du testicule. Cette petite opération fut d'abord accueillie avec un certain effroi. Depuis près de dix ans, les faits se sont multipliés, et ils sont assez nombreux aujourd'hui pour rassurer les praticiens sur les conséquences de cette opération.

Les questions que soulève le chancre sont traitées avec détail. On sait tout le bruit qui s'est fait dans ces derniers temps autour du chancre induré, l'importance qu'on a donnée à cette base dure de l'ulcération syphilitique. Cette circonstance, selon quelques syphiliographes, sert à établir une variété à part. L'ulcération sans induration constitue une autre variété; celle-ci est le chancre simple; il peut être inoculé, mais il n'infecte pas. Il est incapable de produire la vérole. Son action reste donc locale. La première variété, l'ulcération avec base indurée, non-seulement s'inocule aussi, mais de plus elle infecte. D'où le nom de *chancre infectant*, qu'on a cherché à substituer à celui de chancre induré.

Selon M. Vidal, le phénomène de l'induration et la propriété infectante appartiendraient à tous les chancres. Sans doute, il admet qu'il y a une différence, et une différence même bien marquée, pour la consistance des tissus qui entourent l'ulcération, entre le chancre très-superficiel et presque fugitif, qu'on a appelé volant à cause de cela, et le chancre dont l'induration est à son summum. Mais, entre ces deux extrêmes, il admet des chancres médiocrement indurés, puis des chancres plus indurés : ce sont, pour lui, des chaînons qui lient le tout et établissent l'unité. Pour ce qui est des propriétés des chancres, il est certain qu'on voit plus souvent la vérole avec le chancre très-induré; mais M. Vidal explique cela par une raison toute simple, c'est qu'à ce degré l'induration c'est déjà la vérole. Ce qui le prouve, c'est que deux élèves de M. Ricord, MM. Hélot et Montanier, dans leurs écrits classent le chancre manifestement induré parmi les accidents consécutifs. Aussi, au lieu d'appeler ce chancre *chancre infectant*, propose-t-il de l'appeler *chancre infecté*; car, dit-il, le virus produit d'abord la vérole, dont un des premiers effets se manifeste autour du chancre qui a été le point de départ de cette même vérole. On voit que sous ce point de vue encore la manière de voir de M. Vidal diffère notablement de celle de l'école dominante.

L'histoire du chancre phagédénique est exposée avec non moins de soin et de détails. Nous nous bornerons à signaler ici en passant un traitement local dont l'auteur a retiré de très-grands avantages, l'emplâtre de Vigo. Il se sert du sparadrap, dont il fait des bandelettes; elles sont appliquées comme pour les ulcères atoniques des jambes. On fait ainsi un *pansement par occlusion*, qu'on renouvelle tous les deux ou trois jours. Ces bandelettes ont un effet physique bien évident; mais, par le mercure que l'emplâtre contient, elles agissent aussi par absorption. Quelle que soit l'explication du mode d'action de ce pansement, son efficacité est démontrée. L'ouvrage de M. Vidal contient deux observations qui ne laissent aucun doute sur l'action réelle et prompte de ce mode de pansement.

Nous arrivons à la deuxième section, celle qui traite des *accidents dits consécutifs*, *la vérole*. L'auteur commence par des généralités, dans lesquelles perce encore son esprit philosophique. En parlant de l'*ordre de l'époque d'apparition* de ces accidents, M. Vidal apprécie ce qu'il appelle la *triade syphilitique*, c'est-à-dire la distinction des accidents syphilitiques en trois catégories fondées sur leur transmissibilité ou non-transmissibilité. Suivant lui, cette triade est vieille comme toutes les triades; seulement celle-ci ne lui paraît point justifiable, l'accident dit secondaire (la syphilide) pouvant s'observer quelquefois d'emblée, ce qui compromet fort l'accident qui suit, et qui dès lors ne peut plus être appelé tertiaire.

Cet accident tertiaire d'ailleurs, qui est surtout représenté par des souffrances de l'appareil locomoteur (c'est M. Vidal qui parle) est souvent observé avant le secondaire, la syphilide. Ainsi, après le chancre, et avant l'affection cutanée, on observe fréquemment des douleurs musculaires et articulaires, des douleurs de tête très-fortes. Ce sont les douleurs dites rhumatoïdes, la céphalée, qui forment un groupe d'accidents tout à fait séparé des autres groupes. Il est évident qu'ils expriment la souffrance des tissus fibreux et musculaires, et qu'ils précèdent les syphilides ou les accompagnent.

Après ces interversions viennent les intermédiaires : ainsi l'iritis, le testicule syphilitique, si on veut être logique, ne peuvent trouver place dans la triade, car ces lésions ne sont ni primitives, ni secondaires, ni tertiaires. Elles ont cependant assez d'importance pour être classées. Il faut donc les mettre entre les trois. Mais alors que devient la triade?

C'est dans la *section* des accidents consécutifs que se place la syphi-

ment et ennui l'attention dont il devint l'objet dans la salle où il fut placé.

La tumeur remplissait tout le creux du jarret. La vue et le toucher y constataient des battements et un mouvement d'expansion bien marqués. L'oreille y sentait un bruit de souffle simple, très-fort, disparaissant facilement et complétement par la compression de l'artère crurale. Cette artère paraissait plus volumineuse que du côté sain, ses battements étaient très-énergiques; un bruit de souffle rude se faisait entendre dans tout son trajet, surtout à la partie supérieure, ce qui fit craindre que les parois du vaisseau ne fussent malades. Cette circonstance et le désir d'épargner une opération au malade décidèrent le chirurgien chargé alors du service à avoir recours à la compression de l'artère fémorale.

Le membre, très-légèrement fléchi, fut immobilisé dans une boîte de Baudens; un tourniquet fut placé sur le pubis, et, lorsque la compression devenait douloureuse sur ce point, on reportait l'instrument plus bas dans le triangle inguinal.

On eut recours aussi au compresseur de Dupuytren, et même pendant plusieurs jours les deux instruments furent appliqués en même temps, de sorte que la compression était exercée alternativement sur deux points différents.

En somme, la compression fut employée pendant trois mois d'une manière régulière. De temps en temps, pour délasser le malade, on remplaçait pendant quelques jours le tourniquet et le compresseur par des compressions graduées maintenues en place au moyen d'un spica de l'aine.

Cette compression, quelque soin qu'on y ait apporté, n'a presque jamais interrompu complétement le passage du sang dans l'artère crurale; mais elle a toujours diminué d'une manière très-sensible la force et le volume de la colonne sanguine, ainsi qu'on s'en assurait chaque jour en appliquant la main sur la tumeur.

Malgré ce traitement, le volume de l'anévrisme ne diminua pas; on peut même dire que, lorsque le malade demanda à sortir de l'hôpital le 26 novembre et après qu'on eut cessé la compression, le mal s'était aggravé. Les parois de la tumeur étaient plus molles et plus dépressibles, ce qui prouve que les couches de fibrine qui doublaient l'intérieur du sac étaient moins épaisses qu'au début du traitement.

Le malade rentra à l'Hôtel-Dieu le 21 janvier 1854.

Pendant les deux mois qu'il était resté dans sa famille, il n'avait pas constamment gardé le lit; mais la douleur qu'il éprouvait dans la tumeur avait rendu la marche à peu près impossible. Du reste, pendant ce court intervalle la maladie avait fait des progrès effrayants : le volume de la tumeur avait augmenté de moitié en hauteur et en largeur; elle faisait une saillie considérable de chaque côté du genou; sa surface présentait plusieurs bosselures au niveau desquelles la peau était violacée et amincie.

Toute la jambe était énormément œdématiée; la circulation ne s'y faisait que d'une manière très-incomplète, et la gangrène était imminente.

La seule chance de salut pour le malade était dans l'amputation de la cuisse; elle fut pratiquée le 23 janvier par M. le docteur Cochard, à l'obligeance duquel je dois la plupart des détails consignés dans cette observation.

Les suites de cette opération furent d'abord assez simples; mais au bout de vingt jours, il survint une ostéo-myélite avec phlegmon diffus dans tout le moignon, et le malade mourut le 17 mars.

A l'autopsie, on constata l'existence d'une plaque crétacée dans les parois de l'artère crurale, au niveau du pubis; quelques ossifications à l'origine de l'aorte, et une légère hypertrophie du cœur. L'artère crurale était solidement oblitérée à son extrémité dans le moignon.

L'examen du membre avait démontré un œdème de tout le tissu cellulaire de la jambe, et, en outre, une transformation graisseuse d'une partie des muscles de ce membre.

La veine poplitée avait été englobée dans les parois de la tumeur, et il n'était plus possible d'en retrouver les traces.

L'intérieur du sac anévrismal contenait des caillots noirs peu consistants et du sang liquide en énorme quantité. Des couches fibrineuses existaient seulement, en avant, du côté de l'axe du membre; en arrière, le sac n'était plus formé dans quelques points que par la peau.

La pièce anatomique est conservée dans les collections de l'Ecole de médecine de Nantes.

Obs. II. — **Anévrisme de l'artère grande musculaire externe de la cuisse droite. — Ligature de la grande musculaire; récidive. — Ligature de l'artère crurale sous le ligament de Fallope; hémorrhagie. — Ligature de l'artère iliaque externe; récidive de l'anévrisme. — Mort causée par la phthisie pulmonaire.**

M. Mettereau, âgé de vingt-trois ans, né à Nort (Loire-Inférieure), est venu me consulter le 19 mai 1854 pour une tumeur volumineuse qu'il portait à la partie antérieure et externe de la cuisse droite.

Ce jeune homme a toujours eu une bonne santé; cependant il dit que tous les deux ou trois mois il a des étouffements accompagnés d'une toux sèche et fréquente, qui durent plusieurs jours et disparaissent sans traitement particulier.

Il y a quinze ans, il reçut à la cuisse droite un coup de pied de cheval; cet accident n'eut aucune suite grave, et il serait peut-être difficile de lui attribuer l'origine de la tumeur, qui n'a commencé à paraître que depuis un an.

Au début, cette tumeur était petite, mobile, indolente au toucher; mais son apparition coïncida avec un peu d'engourdissement et quelques douleurs vagues dans tout le membre. Elle s'accrut rapidement sans donner lieu à d'autre symptôme que la gêne occasionnée par son volume.

Lorsque je vis le malade pour la première fois, voici ce que je constatai :

A la partie antérieure et externe de la cuisse existait une tumeur ayant la forme d'une demi-sphère, offrant dans toute son étendue la consistance d'un corps fibreux, occupant en hauteur tout le tiers moyen du membre et ayant pour limite en dedans l'artère fémorale, dont il était possible de l'isoler complétement.

Lorsqu'on prenait cette tumeur à pleine main et qu'on lui imprimait des mouvements de latéralité, on voyait qu'elle était très-mobile, et lorsqu'elle revenait à sa place on sentait une secousse, je dirais presque un bruit, analogue à ce qui se passe au moment de la réduction d'une luxation. Il semblait, en effet, que par sa face profonde la tumeur était creusée d'une gouttière qui s'adaptait à la convexité du fémur. Les mouvements de haut en bas étaient très-bornés.

Le muscle droit antérieur était soulevé par la tumeur et s'étalait sur elle de manière à lui fournir une enveloppe qui était complétée en dehors par le vaste externe.

Du reste, pas de douleur à la pression, pas de fluctuation, aucun signe qui pût me permettre d'arriver à un diagnostic précis, lorsqu'enfin je sentis au-dessus de la tumeur de légers battements qui fixèrent mon attention. J'auscultai et j'entendis très-distinctement un bruit de souffle simple, sensible surtout en haut et en dehors. Ce bruit diminuait ou même disparaissait lorsqu'on pressait sur la tumeur avec l'oreille ou le stéthoscope. Je ne pus constater aucun indice d'un mouvement d'expansion.

En comprimant l'artère crurale sur le pubis, on suspend complétement le bruit de souffle dans la tumeur; on arrive au même résultat en comprimant directement au-dessus de la tumeur. Dans ce point, on sent une artère dont on peut suivre le trajet jusqu'au-dessous du pli de l'aine vers le point d'origine de la fémorale profonde : cette artère ne pouvait être que la grande musculaire externe.

J'avais donc sous les yeux un *anévrisme de l'artère grande musculaire externe*, contenant une grande quantité de caillots fibrineux.

Je fis entrer le malade à l'Hôtel-Dieu (pavillon des pensionnaires), et mes collègues purent tour à tour l'examiner et confirmer le diagnostic tel que je viens de l'exposer; après quoi, je demandai l'avis de chacun sur le parti à prendre relativement au traitement. (Ces consultations, qui ont lieu en présence des élèves, auxquels elles sont très-utiles, sont en usage à l'Hôtel-Dieu de Nantes chaque fois qu'il se présente un cas de chirurgie difficile ou curieux.)

Parmi les divers moyens que possède la science pour le traitement des anévrismes, la *compression directe ou indirecte* et la *ligature de l'artère musculaire externe* furent plus spécialement l'objet de la discussion que je soulevai à cette occasion.

La compression fut rejetée, bien qu'elle pût offrir quelques chances favorables, parce que nous étions tous sous l'influence d'un insuccès récent dans un cas d'anévrisme de l'artère poplitée, qui, malgré une compression faite pendant plusieurs mois alternativement sur le pubis et sur le triangle inguinal, avait pris un accroissement tel que l'amputation de la cuisse dut être pratiquée (*voir* plus haut cette observation). Peut-être la compression, appliquée d'après les règles si bien formulées depuis par M. P. Broca, aurait eu un meilleur résultat. Probablement aussi la compression n'eût pas été rejetée pour mon malade, si le savant travail auquel je fais allusion eût été publié à cette époque.

Quoi qu'il en soit, la ligature de la musculaire externe nous parut une opération simple, rationnelle, exempte de dangers, et pouvant, en cas d'insuccès, permettre d'avoir recours à d'autres moyens.

Cette opération fut pratiquée le 24 mai.

Une incision de huit centimètres, faite dans la direction du bord interne du muscle droit antérieur, met à découvert le bord externe du couturier, que je rejette en dedans; je pénètre entre ces muscles, que je fais écarter l'un de l'autre au moyen de larges crochets mousses; leur aponévrose d'enveloppe est incisée sur la sonde cannelée, et l'artère avec ses veines satellites paraît au fond de la plaie, recouverte par un autre feuillet aponévrotique qui fut incisé comme le premier. Les vaisseaux croisaient obliquement la direction de la plaie, et avaient exactement la position que les battements de l'artère avaient révélée.

Le volume de chacun de ces vaisseaux était presque égal à celui d'une plume d'oie de moyenne grosseur. L'artère a une couleur violacée, mais bien plus pâle que celle des veines; ses parois sont souples, sans inégalités ni ossifications.

En dehors des vaisseaux, on voit un filet nerveux assez volumineux.

Il fut facile d'isoler l'artère et de passer au-dessous la ligature. En comprimant le vaisseau sur l'anse de fil, on faisait cesser complétement le bruit de souffle dans la tumeur. Ce n'est qu'après avoir répété cette expérience plusieurs fois, que je serrai le fil au moyen d'un double nœud.

Pendant l'opération, je remarquai une petite artère qui suivait le bord du muscle droit antérieur, dans les fibres duquel elle paraissait se perdre. Cette circonstance, à laquelle je fis peu d'attention alors, mérite d'être notée, ainsi qu'on le verra plus tard.

Après la ligature, on constata immédiatement dans la tumeur un affaissement, un mouvement de retrait qui en diminua le volume d'un cinquième environ. — Pansement simple; bandage roulé sur le membre et compression très-modérée sur la tumeur; diète.

Deux jours après l'opération il survint de la fièvre sans frisson, accompagnée de toux, de point de côté et d'une expectoration sanguinolente. Les battements du cœur sont très-énergiques; céphalalgie. Une saignée du bras est pratiquée, le sang est couenneux; une seconde saignée et un vésicatoire sur le côté firent disparaître les accidents.

La ligature tomba le dixième jour, mais la cicatrisation de la plaie marcha lentement; je craignis même un instant la pourriture d'hôpital, et je ne cherchai point à retenir le malade, qui désirait retourner dans sa famille, et dont le séjour à l'Hôtel-Dieu a été d'un mois.

La tumeur avait considérablement diminué de volume; elle était réduite de plus de moitié, et bien souvent j'avais constaté par l'auscultation qu'aucun mouvement sanguin ne s'y était fait sentir.

Le jour du départ du malade, je voulus l'examiner de nouveau, persuadé que la guérison était assurée; mais je crus entendre un petit frémissement qui me parut de mauvais augure. Je fis part de mes craintes au docteur Vaugiraud (de Nort), aux soins éclairés duquel M. Mettereau allait être confié.

Mes craintes n'étaient que trop fondées. Le bruit de souffle se manifesta bientôt d'une manière évidente, et la tumeur devint, en outre, le siége de battements et d'un mouvement d'expansion très-marqués. Le sang arrivait à la tumeur par une artère qu'on sentait très-distinctement dans la direction du bord interne du muscle droit antérieur : c'était, sans aucun doute, la petite artère que j'avais remarquée pendant l'opération, et qui, ayant acquis un volume assez considérable que l'artère que j'avais liée, s'était ouverte dans le sac anévrismal. En la comprimant, on faisait cesser le bruit de souffle et les battements : et

---

lis des viscères. On trouvera des observations de la plus grande importance sur la syphilis du cerveau et des poumons.

Si de la partie doctrinale nous passons à la pratique, à la thérapeutique, nous verrons que M. Vidal, sans abandonner ses principes, accepte tous les résultats de l'expérience et en fait profiter le lecteur. L'article qu'il consacre à l'exposition des moyens thérapeutiques, à la manière de les doser, de les choisir, de les administrer, est un des plus étendus et des plus complets de cet ouvrage. Mercure, iode, fer, végétaux dits sudorifiques ou dépuratifs, tout est étudié au lit du malade et vu à l'optique du bon sens et de la pratique.

Si on joint à cette thérapeutique de la syphilis proprement dite ce que M. Vidal a innové touchant le traitement des douleurs urétrales persistantes, des catarrhes utérins chroniques, du phimosis; si on lit tout ce qui a trait à la composition de la verge, aux injections intra-utérines, à l'application des serres-fines, on verra que la moitié au moins de l'ouvrage est consacré à la thérapeutique.

La *syphilis infantile* est exposée pour la première fois d'une manière un peu complète dans un livre sur les maladies vénériennes. Ici surgit de nouveau la question de transmissibilité des accidents secondaires. Les contagionistes ont encore ici plus de faits et d'arguments à opposer à leurs adversaires. L'infection des nourrices par les enfants et réciproquement des enfants par les nourrices, l'influence de la mère, celle du père, ou l'influence combinée de l'un ou de l'autre, sont autant d'éléments d'une étiologie qu'on a plus obscurcie qu'éclairée par les vues théoriques, et qui ne peut être définitivement constituée qu'en consultant les faits, mais les faits de toutes les époques de l'histoire de la syphilis. Il est évident que la mère peut avoir une grande influence sur la production de la syphilis qui atteint l'être qu'elle a conçu et porté pendant neuf mois; mais l'hérédité par le père seul n'en est pas moins établie. Ainsi, la mère qui n'a jamais eu la moindre atteinte syphilitique peut mettre au monde un enfant déjà syphilitique, ou qui le deviendra avant le premier anniversaire de sa naissance. C'est même là la véritable syphilis héréditaire. Il est des syphiliographes qui n'en admettent pas d'autres. Quelques-uns la nient encore, en n'admettant la transmissibilité de la syphilis que par la mère syphilitique. M. Vidal oppose à cette opinion des faits qui déposent contre elle de la manière la plus explicite.

Le traitement soulève des questions très-importantes, mais très-complexes. Nous regrettons que le défaut d'espace ne nous permette pas d'entrer ici dans quelques développements. Nous résumerons les points principaux en disant que M. Vidal est d'avis de faire subir un traitement spécifique aux parents entachés d'antécédents syphilitiques avant de permettre le mariage, et après le mariage si l'on observe plusieurs avortements. C'est le mercure qu'il préfère dans ce cas, et particulièrement la liqueur de Van-Swieten.

Pour les enfants, il adopte le *traitement direct*, et, d'accord en cela avec M. Cullerier, il préfère à tout autre mode de traitement les frictions avec l'onguent napolitain sur la partie supérieure et latérale de la poitrine.

On peut voir, par ce rapide résumé, quels sont les points principaux sur lesquels portent les dissidences, et quelles objections sérieuses l'auteur oppose à quelques-unes des propositions fondamentales de la doctrine. Nous avons dit que nous nous abstiendrions de nous prononcer; pour tenir la balance entre les deux partis, il faut une main ferme dirigée par un esprit éclairé et une expérience que ne saurait donner l'observation superficielle et distraite de quelques faits isolés. Nous laissons donc cette tâche aux hommes qu'une longue pratique spéciale peut seule mettre à même de réunir les éléments d'un jugement motivé. Cependant, si nous nous en rapportions à l'impression générale que les lectures, les discussions et les quelques faits qu'il nous a été donné d'observer ont produits sur notre esprit, nous résumerions notre appréciation à cet égard en nous tenant à une égale distance des adhésions bruyantes et quelquefois peu dithyrambiques dont on nous a récemment entretenus, et des exagérations évidentes de quelques critiques aux yeux desquels il ne reste plus pierre sur pierre de l'édifice jadis tant admiré. L'édifice est vivement ébranlé dans quelques-unes de ses parties essentielles, cela ne nous paraît pas contestable, mais il est debout encore sur ses fondements, et son architecte est assez habile pour le consolider encore, s'il a surtout le courage de sacrifier les parties les plus compromises. Loin donc de l'engager à suivre les conseils de quelques amis habituellement mieux inspirés, nous faisons des vœux pour qu'il se remette à l'œuvre, en utilisant les enseignements de l'expérience et de la contradiction.

Pour revenir au livre de M. Vidal, dont cette digression nous a un peu détourné, le peu que nous en avons dit a pu donner à ceux qui ne le connaissent point encore une idée des divers genres d'intérêt et de mérite qu'il comporte. Il a d'ailleurs reçu la sanction de deux jugements académiques, qui disent plus que tous nos éloges. Dr Brochin.

La lettre suivante, récemment adressée à M. le docteur A. Latour, nous paraît d'autant plus utile à faire connaître, qu'un de nos collaborateurs a failli avant-hier être victime du voleur signalé dans cette lettre.

« Je crois devoir, dans l'intérêt de mes confrères, signaler un genre de vol qui se commet en ce moment exclusivement chez les médecins.

» Mon voleur, assez bien mis et fort grand, vêtu d'un raglan fort large, s'introduit chez les médecins sous prétexte de les consulter. Notez qu'il s'y présente aux heures où il suppose qu'ils ne sont plus chez eux. Il demande à écrire, et pendant qu'on lui procure du papier et de l'encre, il fait main basse sur ce qu'il trouve.

» M. le docteur Lagneau a été volé ainsi.

» Dimanche dernier, c'était mon tour.

» Inutile de dire qu'il prie le docteur de passer à une fausse adresse.

» Je serai heureux d'empêcher, par la publicité de cette lettre, mes confrères de subir le même sort.

» Recevez, etc. Dr Corbel. »

en continuant la compression pendant quelque temps, la tumeur s'affaissait beaucoup, ce qui prouve qu'elle contenait peu de fibrine stratifiée et beaucoup de sang liquide. On eut recours de nouveau à la compression, qui fut portée principalement sur l'artère afférente. Malgré ce moyen, la tumeur continua do s'accroître, et avait repris son ancien volume à la fin du mois d'août, époque à laquelle M. Mettereau revint à Nantes pour me consulter. C'est alors que j'eus l'occasion de le faire voir à mon excellent confrère le docteur Chassaignac, qui partagea mon avis sur la nécessité de renoncer à la compression et d'employer un autre moyen.

La ligature de l'artère afférente ne pouvait me faire espérer de plus heureux résultats que la première fois. Les artères de petit volume en rapport avec la tumeur pouvaient se dilater et s'ouvrir encore dans le sac, ou bien le sang pouvait revenir par l'extrémité inférieure des vaisseaux. Ce qui s'était passé ne prouvait-il pas que les vaisseaux de cette région avaient une disposition toute particulière à se laisser distendre, et qu'il fallait, par conséquent, diminuer la force du courant sanguin qui y arrivait, en s'attaquant au tronc principal du membre?

J'ai toujours considéré la ligature de l'artère crurale au-dessous du ligament de Fallope comme une opération peu sûre, à cause de la brièveté du cul-de-sac où doit se former le caillot, et parce que, dans ce point, des mouvements nombreux qu'il est impossible d'éviter doivent nécessairement se faire sentir jusqu'au niveau de la ligature, circonstances qui expliquent très-bien les hémorrhagies qu'on a observées trop souvent à la suite de cette opération.

Cependant, craignant d'être accusé de témérité en portant la ligature jusque sur l'artère iliaque externe, encouragé d'ailleurs par M. Chassaignac, je me décidai à lier l'artère fémorale à sa partie supérieure.

Je pratiquai l'opération le 12 septembre, en présence de MM. Vaugiraud et Périgaud, médecins à Nort.

Un fil ciré double fut employé pour la ligature. Pansement simple retenu en place par deux bandelettes de sparadrap. Le membre, légèrement fléchi, est posé sur des coussins, et la jambe est entourée de sacs remplis de son chauffé.

La douleur a été peu vive au moment de la striction du fil; mais quelques instants après, engourdissement très-pénible dans tout le genou, et un peu dans le pied. La tumeur s'est affaissée immédiatement après la ligature bien plus qu'après la première opération, ce qui prouve, comme je l'ai déjà dit, que la quantité de fibrine stratifiée avait diminué dans le sac.

Dans la soirée, la tumeur devint dure, tendue, très-douloureuse à la pression. Ces douleurs se calmèrent aux approches de la nuit, et alors la tumeur reprit le caractère qu'elle avait immédiatement après l'opération. La circulation se rétablit promptement dans le membre, et les applications chaudes ne furent continuées que deux jours.

Le 15, des symptômes de pléthore nécessitèrent une saignée du bras, qui soulagea instantanément le malade.

Le 19 au soir, septième jour après l'opération, M. Mettereau fit quelques efforts pour aller à la selle, et sentit tout à coup le sang s'échapper en abondance par la plaie. Il porta la main sur le pubis et comprima lui-même l'artère pendant qu'on allait chercher les médecins. Ceux-ci continuèrent la compression et envoyèrent immédiatement un exprès à Nantes pour me prévenir.

Il avait suffi de comprimer l'artère pendant une heure pour suspendre l'hémorrhagie. Cependant mes deux confrères n'avaient pas cru devoir quitter le malade, et je les trouvai près de lui le lendemain.

Un caillot existait dans la plaie autour du fil de la ligature; l'artère crurale battait au-dessus et jusqu'au centre de la plaie avec une énergie extraordinaire, et il était facile de comprendre qu'il n'y avait pas eu de travail d'oblitération.

L'artère tégumenteuse abdominale avait pris un développement considérable, et on pouvait suivre avec les doigts ses ramifications sur l'abdomen.

L'artère circonflexe iliaque est aussi très-dilatée, ainsi que le révèle la force de ses pulsations, qu'on distingue très-facilement. Cette artère fournit une branche qui, naissant au voisinage de l'épine iliaque inférieure, descend presque en ligne droite en dehors de la tumeur, jusqu'à la partie inférieure de laquelle on peut la suivre.

La tumeur est dure, un peu douloureuse au toucher; mais elle ne présente ni battements ni bruit de souffle.

Pendant que nous étions réunis près du malade, l'hémorrhagie se reproduisit. M. Vaugiraud la suspendit de nouveau en exerçant la compression, et je m'empressai de pratiquer la ligature de l'artère iliaque externe.

Une incision de 6 centimètres fut faite dans la direction d'une ligne qui, partant à 1 centimètre en dehors de l'artère, remonterait à quelques centimètres en dehors de l'ombilic (procédé de M. Malgaigne).

Les doigts de l'aide qui comprimait l'artère me forcèrent à porter la limite inférieure de l'incision, ainsi qu'on vient de le voir, non pas à *quelques millimètres*, mais à 1 centimètre au moins en dehors du vaisseau.

L'artère sous-cutanée abdominale fut coupée entre deux ligatures. L'aponévrose du grand oblique, bien dénudée jusqu'au ligament de Fallope, fut fendue sur la sonde cannelée dans la direction de la plaie; le doigt put alors facilement soulever le petit oblique et arriver sur l'artère. Afin de faciliter l'opération, il fallut débrider l'ouverture en dehors en coupant avec le bistouri boutonné quelques fibres du petit oblique.

Pour soulever l'artère et l'isoler, je me servis d'une petite algalie d'argent, dont l'extrémité mousse éloignait toute crainte de léser les vaisseaux, et qui, remplissant exactement le même office que l'aiguille d'A. Cooper, me parut préférable à cet instrument. Les yeux de la sonde, placés vis-à-vis l'un do l'autre, entraînèrent un fil ciré double sous le vaisseau, qui fut lié après que je me fus assuré qu'il était bien isolé.

Alors les battements qui avaient lieu dans la plaie cessèrent, et en même temps cessèrent aussi les battements de la circonflexe iliaque et de l'artère qui en naissait et descendait au côté externe de la cuisse.

L'application de cette ligature n'a causé que très-peu de douleur, et on comprend qu'elle n'a pas eu de retentissement bien notable dans tout le membre, dont la température n'a pas même été modifiée.

Le 30 septembre, dix jours après l'opération, M. le docteur Vaugiraud m'adresse la note suivante:

« Votre opéré, cette fois, me paraît dans un état des plus satisfai-» sants. Nous avons soin d'entretenir la faiblesse par une diète sévère; » aucun trouble général n'est survenu; la suppuration de la plaie est » de bonne nature; les chairs sont fermes, rosées et bien disposées à » la cicatrisation. La tumeur a considérablement diminué.

» La ligature de la crurale vient de tomber. »

Le 8 octobre, les nouvelles que je reçois sont de plus en plus rassurantes:

« La ligature est tombée hier soir, seize jours après avoir été posée.

» La tumeur a tellement diminué de volume que la guérison est as-» surée. Pas de fièvre; sommeil paisible; bon appétit, que nous nous » gardons bien de satisfaire complétement.

» Le succès sera complet et définitif. »

Le 29 octobre, appelé à Nort avec M. J. Maisonneuve pour voir un malade atteint d'une affection chirurgicale des plus graves, je priai mon savant et habile confrère de visiter avec moi M. Mettereau.

La tumeur était considérablement réduite; mais au lieu de former un noyau dur et résistant, ainsi qu'on l'observe en général dans les anévrismes en voie de guérison, elle était aplatie et présentait une certaine mollesse.

L'auscultation me révéla l'existence d'un frémissement qui me rappela celui que j'avais entendu un mois après la première opération; j'exprimai mes craintes à M. Maisonneuve, qui me rassura, déclara qu'à ses yeux la guérison n'était pas douteuse, et approuva cependant la pensée d'établir une légère compression sur le membre afin de modérer la force du courant sanguin dans les artères voisines de la tumeur. Cette précaution me semblait nécessaire, en raison du développement qu'avaient pris de nouveau les artères de cette région; c'est ainsi que la circonflexe iliaque et l'artère qui en naissait, pour descendre à la partie externe de la cuisse, étaient revenues perméables et avaient un volume considérable.

Malgré cette compression, qui fut surveillée avec soin par le docteur Vaugiraud, la récidive ne put être conjurée, et l'anévrisme reprit peu à peu son ancien volume; ses enveloppes s'amincirent dans quelques points et firent craindre une rupture dans un avenir prochain. En même temps la santé générale s'altéra; la toux devint fréquente, mais sans expectoration. A une faiblesse, à un amaigrissement extrêmes se joignit du découragement, et Mettereau déclara qu'il se refuserait à l'avenir à toute opération.

Cependant, l'art possédait encore des ressources: on pouvait attaquer la tumeur par des moyens directs: l'opération par l'ouverture du sac, l'extirpation de la tumeur, les injections coagulantes. Mais en face de la volonté inébranlable du malade, nous dûmes nous borner à des applications réfrigérantes et la compression au moyen d'un tourniquet auquel on adapta une plaque métallique dont la forme correspondait à celle de l'anévrisme.

Cette compression, ou plutôt cette contention empêcha la tumeur de s'accroître. Il semblait même, pendant quelque temps, que des caillots solides s'étaient formés dans le sac.

Mais peu à peu l'état général s'aggrava, et le malade succomba dans le mois de septembre 1855, aux progrès de la phthisie pulmonaire.

L'autopsie n'a pu être faite.

Je dois mentionner en terminant que malgré les efforts provoqués par une toux fréquente, il ne se forma pas de hernie au niveau de la plaie pratiquée pour la ligature de l'artère iliaque externe.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 février 1856. — Présidence de M. GOSSELIN.

M. LARREY montre un enfant de sept mois et demi, maigre, pâle, qui est venu au monde avec une imperforation anale. Deux jours après la naissance, M. Maisonneuve tenta vainement d'ouvrir une voie aux matières fécales par le périnée; il se décida alors à pratiquer l'entérotomie lombaire par la méthode de Callisen. L'opération réussit, en cela que l'enfant a pu vivre jusqu'au jour actuel; mais il est survenu une remarquable complication. L'anus contre nature est devenu le siége d'une invagination très-étendue des deux bouts, d'où résulte la formation d'une tumeur saillante de la forme la plus bizarre. Retenus par une sorte de pédicule très-court au niveau de l'incision cutanée, les deux boudins invaginés divergent en sens contraire et figurent les deux branches horizontales d'un T, dont le pédicule en question représenterait la branche verticale très-courte. A leur extrémité libre, ces deux boudins présentent un orifice. L'un ne donne passage qu'à des mucosités: c'est l'inférieur; l'autre à des matières fécales verdâtres: c'est le supérieur. Couchés sur la paroi abdominale, ces deux boudins, réunis bout à bout, atteignent une longueur d'au moins 20 centimètres; leur diamètre varie entre 2 et 4 centimètres. Au moment de l'examen, l'inférieur, un peu plus court, plus volumineux, se termine en massue; le supérieur s'effile, au contraire, à son extrémité libre, et devient conique comme le museau de tanche d'un utérus vierge; mais les dimensions et les diamètres sont variables d'un moment à l'autre. Tous les deux sont revêtus par une muqueuse rouge, épaissie, tomenteuse, sillonnée par des plis, des rides; toutefois on n'y découvre ni glandes de Peyer, ni follicules isolés. Ces deux cylindres intestinaux sont le siége de quelques contractions vermiculaires simultanées ou alternatives. En général, quand le supérieur s'allonge, l'inférieur se raccourcit et s'épaissit, et réciproquement.

M. Larrey n'a encore rien entrepris, il n'a pas même cherché à réduire l'intestin. Il communiquera à la Société la suite de cette observation remarquable.

M. CHASSAIGNAC. La première indication consiste à réduire l'intestin, soit à l'aide de la glace, soit à l'aide du taxis. Dès que cela sera fait, on pourrait tenter de retrouver et de rétablir l'anus au périnée en introduisant une sonde ou une série de sondes dans le bout inférieur, de manière que ces instruments, venant presser sur la terminaison en cœcum du rectum, fasse proéminer celui-ci au périnée, et serve de conducteur aux incisions qu'on pratiquerait alors au siége normal de l'anus. Dans un cas de ce genre, et en réunissant cinq sondes bout à bout, il a pu leur faire parcourir toute la portion du gros intestin sous-jacente à l'anus artificiel, et retrouver ainsi au périnée la terminaison inférieure du rectum.

La réduction faite, il faudrait prévenir l'issue nouvelle de l'intestin. C'est là un point difficile. On y parviendrait en engageant dans les deux bouts à la fois un gros tube de caoutchouc qu'on fixerait solidement au dehors, et dont la cavité centrale permettrait le cours des matières fécales du bout supérieur vers le bout inférieur.

M. HOUEL. La tumeur que présente cet enfant est bien due à une invagination des deux bouts de l'intestin. On pourrait la comparer exactement à une exstrophie de vessie avec invagination des deux uretères. M. Cruveilhier a très-bien étudié cet accident des anus contre nature. Chaque bout a un orifice distinct; il est composé de deux tuniques. La cavité du supérieur ne communique point avec celle de l'inférieur, mais bien avec la portion de l'intestin sus-jacente à l'anus artificiel. Il en est de même du bout inférieur.

La réduction sera peut-être plus difficile que M. Chassaignac ne le suppose. En effet, les deux cylindres qui constituent l'invagination se correspondent par leurs surfaces séreuses, et celles-ci ont probablement contracté des adhérences. Si donc on ne pouvait pas réduire, il faudrait se contenter de protéger la muqueuse contre le frottement des vêtements, de manière à prévenir les inflammations gangréneuses.

M. MARJOLIN. Il ne faut pas désespérer d'obtenir ici un bon résultat, car l'enfant a déjà résisté depuis sept mois aux suites de l'opération. Dans les chutes anciennes du rectum, on voit souvent des invaginations très-étendues et irréductibles depuis plusieurs mois. La muqueuse s'enflamme, des eschares se forment; mais si l'on parvient à réduire, l'inflammation cesse d'elle-même et avec elle les accidents. La réduction est donc ici la première chose à tenter.

M. GOSSELIN se demande si l'intestin qui a été ouvert est bien réellement le côlon, et si l'on n'aurait pas plutôt affaire à l'iléon. La présence des replis qui sillonnent la surface muqueuse le font incliner vers cette dernière hypothèse. Il serait bon d'avoir sur ce point des renseignements précis de M. Maisonneuve. Dans ses essais sur le cadavre, M. Gosselin s'est convaincu que dans l'entérotomie lombaire, non-seulement on ne peut pas toujours éviter l'ouverture du péritoine, mais encore on amène assez souvent l'intestin grêle, et on l'ouvre par une erreur difficile à éviter.

C'est une circonstance à faire intervenir dans le parallèle à établir entre la méthode de Littre et celle de Callisen.

M. GUERSANT a pratiqué dix fois l'urétrotomie de Littre; deux fois seulement l'intestin grêle s'est présenté. Quatre fois seulement il a opéré par la méthode de Callisen; il a rencontré assez aisément l'intestin en décollant le mésocôlon.

Au reste, tous ces enfants sont morts vers le troisième ou le quatrième jour. L'autopsie d'un certain nombre d'opérés a été faite.

— M. GUERSANT n'a pas retrouvé de tubercules incisifs ne portant que deux dents.

M. LENOIR demande à M. Denonvilliers s'il réclame la priorité des procédés autoplastiques qu'il a exposés dans la dernière séance.

M. DENONVILLIERS n'a aucune prétention de ce genre. Beaucoup de chirurgiens, et M. Denonvilliers lui-même, ont bien des fois et depuis bien longtemps opéré de la même manière, mais dans des cas isolés, et sans en faire une méthode générale.

— M. MARJOLIN donne lecture des observations de tumeurs anévrismales adressées par M. Letenneur (de Nantes), membre correspondant. (Voir plus haut.)

— La Société se forme en comité secret.

Le secrétaire de la Société, Dr A. VERNEUIL.

Nous avons annoncé dans notre dernier numéro que M. le professeur Paul Dubois est installé depuis le 1er de ce mois au palais des Tuileries. Nous trouvons à ce sujet, dans la *Gazette hebdomadaire*, quelques détails qu'on ne lira pas sans intérêt.

L'appartement occupé par M. Paul Dubois est précisément celui dans lequel son illustre père Antoine Dubois s'installa à pareil jour, il y a quarante-cinq ans, pour l'accouchement de l'impératrice Marie-Louise. Le séjour de M. Paul Dubois aux Tuileries se prolongera sans doute jusqu'à la fin de la première ou de la seconde semaine après l'accouchement de l'Impératrice. Nous croyons que ce grand événement s'accomplira entre le 15 et le 25 de ce mois; tel est du moins, si nous ne nous trompons, le terme indiqué par les données de la science et aussi par l'article inséré dans le *Moniteur* du 12 octobre dernier, et qui annonçait que Sa Majesté allait entrer dans le cinquième mois de sa grossesse. Si ces indications sont exactes, il ne serait pas impossible que la date du 20 mars, qui a été celle de la naissance du roi de Rome, fût aussi celle de l'héritier ou de l'héritière de l'empereur Napoléon III. Il est bien entendu que nous n'exprimons ici que de simples présomptions. La durée de la grossesse n'est pas invariable, et, quelque précis que puissent être les renseignements, dans une question de cette nature, nos lecteurs savent bien qu'il est impossible de fixer exactement le jour où elle se résoudra. Ce jour est attendu avec un grand intérêt, et cette attente ne saurait être ni longue ni troublée par la moindre inquiétude, car la santé de l'Impératrice est excellente; et s'il est permis de juger par des apparences qui sont en général et avec raison considérées comme significatives, la délivrance sera naturelle et heureuse.

La curiosité publique s'est préoccupée de la question de savoir si l'Impératrice serait ou ne serait pas soumise, pendant l'accouchement, à l'action du chloroforme. Nous sommes porté à croire qu'aucune décision n'a été prise encore sur cette question délicate, et qu'elle sera résolue selon les circonstances.

Nous voudrions pouvoir en résoudre une autre qui, par son importance, l'emporte de beaucoup sur la précédente.

L'Impératrice donnera-t-elle naissance à un fils ou à une fille?

Sur une telle alternative, des paris peuvent être engagés, mais des conjectures raisonnables sont impossibles. Nous n'ignorons pas cependant que beaucoup de gens se croient, en cette matière, infiniment plus instruits que nous ne croyons l'être, et que cette prétention à deviner le sexe de l'enfant qui doit naître se rencontre surtout dans un monde tout à fait étranger aux études médicales. C'est sans doute parce que nous sommes dans une condition différente que nous nous montrons beaucoup plus réservé. Néanmoins, si nous étions mis en demeure de nous expliquer, nous dirions très-modestement que, s'il existe une différence, très-légère, il est vrai, elle est en faveur de la naissance d'un fils, puisque, au point de vue du nombre, les naissances des garçons sont supérieures à celles des filles.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 MARS 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

La séance a été féconde en communications médicales; elle ne comprend pas moins de trois mémoires de candidature dont l'Académie a entendu la lecture, et de quatre communications diverses, mémoires ou notes, ayant trait à la médecine ou à la physiologie. Les trois candidats entendus par l'Académie sont MM. J. Guérin, Cruveilhier et Piorry.

Le sujet de la lecture de M. J. Guérin est une question intéressante de physiologie. Les tendons sont-ils actifs dans l'acte de la contraction musculaire, ou bien, comme l'a dit Bichat et comme l'ont enseigné depuis tous les anatomistes, ne jouent-ils dans cette fonction qu'un rôle purement passif borné à la transmission des mouvements des muscles aux leviers osseux auxquels ils s'insèrent? M. Guérin pense, contrairement à ce qui est généralement professé dans les écoles, que les tendons sont doués d'une certaine contractilité, et qu'en vertu de cette propriété qu'ils partagent, mais à des degrés différents, avec les muscles et quelques autres tissus, ils interviennent d'une manière active dans la fonction du mouvement.

Les preuves de la contractilité des tendons, M. J. Guérin les a trouvées dans trois ordres de faits, les uns empruntés à l'histologie, les autres à la physiologie, et les derniers à la pathologie. Dans de précédentes recherches qui remontent déjà à un grand nombre d'années, il a démontré que sous de certaines conditions déterminées les muscles subissent une transformation ou sorte de dégénérescence fibreuse. Or l'examen le plus minutieux ne permet pas de trouver la plus légère différence entre les caractères histologiques du tendon de nouvelle formation et ceux du tendon primitif. Cette parfaite ressemblance des deux tendons, dont l'un n'est qu'une modification accidentelle du tissu musculaire, impliquant leur identité de nature, restait à se demander si cette identité des tissus n'impliquait pas à son tour l'identité de fonction.

Ce n'était jusque-là qu'une simple induction. M. Guérin en a appelé à l'observation et aux expériences pour en vérifier l'exactitude. Les expériences physiologiques rapportées dans son mémoire transforment déjà cette présomption en fait. Mais c'est surtout l'observation pathologique qui a apporté la preuve la plus démonstrative, à notre avis, de la contractilité tendineuse.

Nous avons souvent insisté sur l'importance que nous attachions aux faits pathologiques comme moyen de démonstration ou de vérification des faits physiologiques corrélatifs; l'état pathologique d'un organe ou d'une fonction n'est en effet le plus souvent que cet organe ou cette fonction mêmes rendus plus apparents et plus sensibles, soit par l'exagération de quelques-uns de leurs éléments ou par la permanence de ce qui n'est habituellement que transitoire et fugitif. Tel est le cas pour le fait qui nous occupe, pour la rétraction pathologique des tendons, qui, de même que la rétraction des muscles, n'est en quelque sorte qu'une contraction physiologique permanente. Si l'observation montrait l'existence de la rétraction des tendons indépendamment et à l'exclusion de la rétraction du tissu musculaire, la contractilité tendineuse était par cela seul démontrée. On trouvera dans le mémoire de M. Guérin plusieurs exemples de ces rétractions tendineuses avec leur double caractère anatomique et physiologique.

Ce premier point établi, il y avait encore à démontrer que les tendons ne se contractent ni comme les muscles, ni de la même façon, ni au même degré; que le véritable caractère de la contraction tendineuse et de son but physiologique est la *résistance*, d'où M. Guérin a été conduit à la désigner sous le nom de *contraction de résistance*. C'est l'objet de la dernière division de ce mémoire, auquel l'auteur se propose de donner une suite, pour indiquer les conséquences physiologiques et les applications pathologiques qui résultent de ce fait.

Les quelques mots que M. Flourens a ajoutés à la lecture de M. Guérin tendent à confirmer sous un autre point de vue une partie des faits qui y sont exposés.

M. Cruveilhier a terminé la lecture de son mémoire sur l'ulcère simple de l'estomac. La première partie, on s'en souvient, était consacrée à l'examen des caractères anatomiques qui établissent l'existence de l'ulcère simple de l'estomac comme espèce morbide. Dans cette deuxième partie, l'auteur étudie les caractères diagnostiques et la thérapeutique de cette affection.

Le diagnostic différentiel de l'ulcère simple de l'estomac n'offrait de difficultés réelles que relativement à l'ulcération cancéreuse de l'estomac. C'est surtout sous ce rapport que M. Cruveilhier a étudié la question. En plaçant ces deux affections en regard l'une de l'autre, il a cherché à en saisir les dissemblances, et il a trouvé dans l'analyse de leurs symptômes physiologiques respectifs des caractères qui, s'ils n'établissent pas d'une manière toujours certaine leur délimitation, permettent du moins d'approcher le plus possible de la certitude.

L'un des caractères, nous pourrions dire le caractère qui tranche le plus nettement la différence entre l'ulcère cancéreux et l'ulcère simple de l'estomac, c'est la curabilité de celui-ci. Les conditions anatomiques et le mécanisme de la curation naturelle de cet ulcère ont été exposés dans la première partie de ce travail. Il s'agissait ici d'en déduire la thérapeutique. Mais la curabilité d'une maladie, alors même qu'on en connaît le mécanisme et les conditions organiques, n'implique pas toujours la connaissance des moyens propres à déterminer, hâter ou favoriser la guérison. Les tâtonnements de l'expérience ont eu ici, en effet, plus de part que les déductions scientifiques dans la découverte des agents diététiques susceptibles d'amener ce résultat. Ce régime une fois trouvé, procure ce double avantage, de donner la vérification la plus complète du diagnostic en favorisant les tendances naturelles de la guérison.

M. Piorry pousse, comme chacun sait, le diagnostic local ou organique des maladies jusqu'au luxe. Il ne s'est pas borné à utiliser tous les moyens physiques d'exploration connus avant lui, à en perfectionner plusieurs, à en inventer quelques-uns. Après avoir ausculté, percuté, palpé, mesuré et pondéré tous les organes, il a imaginé encore de fixer d'une manière indélébile sur le papier ou sur le corps même des malades les dimensions, la forme et les limites de ces organes, de manière à pouvoir suivre jour par jour les progrès du mal ou ceux de la guérison. C'est ce qu'il désigne sous le nom d'*organographisme*. L'exposition de cette méthode complémentaire des moyens physiques d'exploration des organes a fait le sujet de sa lecture à l'Académie. On trouvera dans le résumé de ce travail, que nous publions au compte rendu, les indications des nombreuses applications dont cette méthode lui paraît susceptible.

Nous regrettons que l'espace nous manque pour analyser les autres communications qui ont été faites dans cette séance, et dont quelques-unes présentent un véritable intérêt. Nous nous bornerons pour le moment à signaler à l'attention de nos lecteurs les recherches expérimentales de M. Poulet sur cette question : « L'eau et les substances dissoutes sont-elles absorbées par la peau ? » les recherches anthropologiques de M. Silbermann sur les proportions physiques du corps humain, et le mémoire de M. Leclerc sur l'action que diverses infusions végétales exercent sur le sang veineux. — Dr Brochin.

Le ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique et des cultes, vu le statut du 20 décembre 1855 sur l'agrégation des Facultés, arrête :

Art. 1er. Il est ouvert un concours pour huit places d'agrégés stagiaires, à répartir de la manière suivante entre les trois Facultés de médecine :

	Section des sciences anatomiques et physiologiques.	Section des sciences physiques.
Faculté de médecine de Paris. . .	2	2
Faculté de médecine de Montpellier.	1	1
Faculté de médecine de Strasbourg.	1	1

Ce concours s'ouvrira à Paris le 2 novembre prochain.

Art. 2. Il est ouvert un concours pour neuf places d'agrégés stagiaires, à répartir de la manière suivante dans la Faculté de médecine de Paris.

Section de la médecine proprement dite et de la médecine légale. . . . . 5 places.
Section de la chirurgie et des accouchements. . . . 4 —

Ce concours s'ouvrira à Paris le 2 janvier 1857.

Art. 3. Il est ouvert un concours pour quatre places d'agrégés stagiaires, à répartir de la manière suivante dans la Faculté de médecine de Montpellier :

Section de la médecine proprement dite et de la médecine légale. . . . . 3 places.
Section de la chirurgie et des accouchements. . . . 1 —

Ce concours s'ouvrira à Montpellier le 2 janvier 1857.

Art. 4. Il est ouvert un concours pour deux places d'agrégés stagiaires, à répartir de la manière suivante dans la Faculté de médecine de Strasbourg :

Section de la médecine proprement dite et de la médecine légale. . . . . 1 place.
Section de la chirurgie et des accouchements. . . . 1 —

Ce concours s'ouvrira à Strasbourg le 2 janvier 1857.

Art. 5. Les recteurs des Académies sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera inséré au *Moniteur*.

Fait à Paris, le 7 mars 1856. H. FORTOUL.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Cours de séméiotique cutanée, suivi de leçons théoriques et pratiques sur la scrofule et les teignes (1).

Anatomie pathologique. — A l'autopsie des scrofuleux, on trouve les nombreuses lésions qui caractérisent chacune des affections que nous avons précédemment signalées, très-souvent aussi des lésions organiques qui ne se sont révélées par aucun trouble fonctionnel pendant la vie, des tumeurs fibreuses ou lardacées, des tumeurs graisseuses. Le plus ordinairement on constate une altération non équivoque de la membrane muqueuse des voies digestives. Le foie est assez souvent altéré, atrophié ou hypertrophié, granuleux ou tuberculeux ; la bile cystique est décolorée, etc. A ces lésions, il faut encore ajouter celles des complications ou accidents survenus dans les dernières périodes de la maladie : des phlegmasies ultimes, de la phlébite, de l'obturation artérielle, etc.

Diagnostic. — On doit établir le diagnostic de la maladie, considérée comme unité pathologique, le diagnostic des affections et celui des symptômes.

La scrofule, considérée comme unité pathologique, peut être confondue avec la dartre, la phthisie essentielle et le rachitisme. Voyons quels sont ses caractères distinctifs.

1° La *dartre*, au début, est caractérisée par des éruptions cutanées morbides, erratiques, qui ont plus particulièrement pour siége les extrémités supérieures et inférieures du corps. Les affections cutanées de nature scrofuleuse affectent, en général, de préférence la tête et le cuir chevelu ; et, circonstance importante à noter, elles ont un retentissement très-marqué sur l'appareil lymphatique ganglionnaire voisin ; dans les gourmes, les ganglions cervicaux sont habituellement engorgés, ce qui n'a pas lieu, en général, pour les dartres proprement dites. Ces dernières sont éminemment prurigineuses, les démangeaisons sont provoquées et aggravées par la chaleur du lit ; elles affectent quelquefois des personnes dont les parents avaient été eux-mêmes dartreux. Les sujets chez lesquels elles se montrent ne présentent pas les attributs que nous avons reconnus comme étant propres à la constitution scrofuleuse.

Les scrofulides de la seconde période ont pour caractère dominant leur fixité, leur persistance dans les lieux où elles sont nées, tandis que la dartre est mobile, comme nous l'avons déjà dit, ou bien suit une marche rampante, progressive, et alterne souvent avec des névralgies, des névroses de diverse nature.

Pendant le temps qui répond à la troisième période, la dartre est fixe et généralisée ; elle couvre l'enveloppe tégumentaire, et les lésions viscérales qui lui appartiennent diffèrent de celles qui caractérisent la scrofule.

2° La *phthisie essentielle* a été confondue par les auteurs avec la phthisie scrofuleuse. L'identité d'aspect de la lésion anatomique, le tubercule, a fait croire à l'identité de nature ; mais c'est là une erreur très-sérieuse. En raisonnant ainsi, on arriverait à confondre des maladies essentiellement distinctes. Ainsi, on ne ferait nulle différence entre la carie scrofuleuse et la carie syphilitique. Le tissu fibro-plastique peut se rencontrer chez des scrofuleux, des dartreux... L'origine est-elle la même? Non, assurément. Ce n'est donc point sur la lésion matérielle qu'il faut se baser pour établir son diagnostic, sous peine de commettre de singulières et bien graves erreurs.

Si vous lisez l'histoire de la phthisie dans R. Morton, vous verrez que cet auteur distingué a établi sur de très-bonnes raisons la nécessité de reconnaître une phthisie scrofuleuse. (*Phthisiological*, lib. III, cap. 1).

Quels sont donc, en réalité, les caractères distinctifs?...

(1) Suite. — Voir les nos des 26, 28 juillet; 21 août; 4, 22 septembre; 20 novembre; 1er décembre 1855; 31 janvier, 7 février et 4 mars 1856.

Dans la phthisie essentielle, le tubercule est plus petit, plus répandu dans le poumon; il provoque plus promptement l'inflammation éliminatoire. Enfin, il y a ici habituellement des désordres du côté du larynx et des intestins.

Dans la phthisie scrofuleuse, les tubercules sont plus gros, ordinairement agglomérés en masse, qui restent ainsi pendant un temps quelquefois fort long sans provoquer de réaction inflammatoire et sans se fondre. La phthisie scrofuleuse s'accompagne presque toujours d'engorgements dans les ganglions bronchiques, dans les ganglions cervicaux et enfin dans les ganglions du mésentère.

Les symptômes offrent également des différences très-tranchées. La marche est beaucoup plus rapide dans la phthisie essentielle, la dyspnée plus forte, la fièvre hectique plus prononcée; les sueurs, la diarrhée sont très-abondantes et concourent activement à l'épuisement des malades, ce qui n'a pas lieu dans la phthisie scrofuleuse. Ici on observe un désaccord très-remarquable entre les lésions anatomiques et les phénomènes morbides; la réaction fébrile est très peu marquée, et vers la fin on voit plutôt survenir de l'anasarque et des hydropisies que de l'émaciation.

3° Le *rachitisme* est exclusivement propre à l'enfance, tandis que la scrofule peut se montrer à tous les âges. Il est caractérisé par une seule lésion, le ramollissement des os; tandis que dans la scrofule on rencontre, comme nous l'avons tant de fois répété, une foule de lésions différentes. Et quant aux lésions du système osseux propres à cette dernière maladie, elles ne présentent pas dans leurs manifestations l'ordre régulier d'évolution propre au rachitisme, comme l'a parfaitement établi M. J. Guérin, c'est-à-dire en allant de bas en haut. Enfin les lésions de la scrofule sont des caries, des nécroses, etc.; tandis que celles du rachitisme sont des déviations, des incurvations.

Passons actuellement au diagnostic des affections locales. Nous allons seulement examiner ensemble les plus importantes, celles sur lesquelles j'ai cru devoir appeler un instant votre attention.

L'*ophthalmie scrofuleuse* ne sera pas confondue avec l'ophthalmie syphilitique qui siége sur l'iris, entraîne des déformations de la pupille et coïncide le plus souvent avec d'autres accidents de nature syphilitique.

Vous distinguerez facilement l'*adénite scrofuleuse* de l'adénite symptomatique, de l'érysipèle facial, des affections du cuir chevelu, d'une fluxion, etc. Les tumeurs sont ovoïdes, plus petites, plus roulantes, du volume d'une aveline, légèrement douloureuses à la pression. Il faut cependant convenir que le diagnostic est assez difficile quand l'engorgement résultant de l'adénite simple a acquis un certain volume; mais lorsque cette dernière résulte d'une cause locale, comme il arrive chez les soldats par l'usage des cols d'uniforme, l'erreur ne saurait avoir lieu.

Une carie dentaire peut occasionner un gonflement des ganglions sous-maxillaires voisins, s'accompagner de fusées purulentes sous les gencives qui viennent former, sous la peau de la face ou du col, de petits abcès arrondis, nettement circonscrits, et, par suite de leur rupture, des fistules et des saillies allongées, étroites, fluctuantes, toutes lésions qui peuvent en imposer facilement pour des affections de nature scrofuleuse. J'ai vu, dans des cas pareils, des praticiens même expérimentés commettre les méprises les plus fâcheuses. C'est en vous aidant des signes de la constitution et en examinant avec soin l'état de la bouche que vous préviendrez toute erreur.

Il vous sera plus difficile de savoir si l'engorgement ganglionnaire est constitué par une simple hypertrophie de la glande ou par une infiltration de matière tuberculeuse. Dans le premier cas, l'engorgement, a-t-on dit, est moins gros, moins lourd, moins bosselé..... Heureusement que ce diagnostic n'a qu'une faible importance au point de vue thérapeutique.

L'oreillon et le goître ne simulent que bien imparfaitement une tumeur de nature scrofuleuse, à cause des conditions particulières au milieu desquelles le premier apparaît, et en raison du siége et de la forme qui caractérisent le second.

La tumeur squirrheuse est plus dure, plus adhérente, et devient plus tard le siége de douleurs lancinantes.

L'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs dans la syphilis secondaire pourrait faire croire à une lésion de nature scrofuleuse; mais il coexiste le plus souvent avec d'autres symptômes syphilitiques, et le malade ne présente pas l'ensemble des caractères propres à la constitution strumeuse.

La ganglite axillaire, de nature scrofuleuse, peut être confondue avec une adénite suite d'une écorchure aux doigts, avec des tumeurs de diverse nature. La moindre attention suffit pour écarter tous les doutes.

Le bubon scrofuleux peut aussi être confondu avec toutes les tumeurs de l'aine, et plus particulièrement avec le bubon syphilitique. Mais ce dernier a une marche plus rapide; il est plus aigu, moins gros, moins bosselé, plus superficiel; il n'est pas, comme le bubon scrofuleux, partagé en plusieurs lobes. Quand il est ulcéré, il présente encore des caractères distinctifs très-tranchés: ce sont les caractères différentiels des ulcères scrofuleux et syphilitiques.

Le *lupus* a été pris pour une syphilide tuberculeuse ou serpigineuse, et je dois dire que l'erreur est souvent difficile à éviter. Le siége, la couleur, la forme de l'affection ne fournissent pas toujours des données suffisantes pour dissiper toute incertitude, et l'on sait combien il est difficile d'obtenir des aveux complets de la part des malades. D'un autre côté, les antécédents syphilitiques ou la coexistence avec le lupus d'une autre affection vénérienne ne sauraient complétement résoudre la question. Ne peut-il pas, en effet, se présenter des cas où les deux diathèses, coexistant sur le même individu, se traduisent toutes deux à la peau par les éruptions tuberculeuses qui leur sont propres? Sans aucun doute cela est possible; mais alors les deux affections ne se confondent-elles pas entre elles dans leur nature intime, et n'est-ce pas une question insoluble que nous posons, de savoir si elles sont scrofuleuses ou syphilitiques. En un mot, faut-il admettre ou rejeter les *métis* en fait d'affections cutanées?

Vous connaissez déjà mon opinion: je ne crois pas à l'existence des métis. Si les caractères sont obscurs, si vous êtes dans le doute, le deuto-iodure de mercure, employé avec ménagement, viendra rétrospectivement éclairer votre diagnostic. L'affection de nature vénérienne disparaîtra promptement sous son influence. Si elle résiste, c'est qu'elle est de nature scrofuleuse.

Dans d'autres cas, le lupus a été confondu avec une affection de nature cancéreuse, avec le *noli me tangere*. L'évolution du mal, les antécédents du malade, sa constitution serviront à fixer votre diagnostic.

Enfin, pour quelques observateurs, l'*acne sebacea* tend chaque jour à prendre du terrain, et je vous ai fait voir dans le service un jeune scrofuleux atteint d'un lupus acnéique, qui ailleurs avait été considéré comme une forme particulière d'acné sébacé. Mais l'hypersécrétion des glandes sébacées n'est jamais suivie de cicatrices, tandis qu'à la suite du lupus acnéique on voit sur la peau de petites dépressions cicatricielles qui correspondent aux glandules cutanées détruites par l'affection morbide. Le nez est recouvert de squammes ou de croûtes épidermiques individuelles, séparées les unes des autres, et non d'un enduit sébacé, graisseux, qui forme une couche continue, entière, jaunâtre ou noirâtre.

La goutte fixe, les hydarthroses offrent quelque ressemblance avec les *tumeurs blanches*. Mais dans la goutte le mouvement fluxionnaire se présente avec une acuité qui n'est pas ordinaire aux tumeurs blanches, et chez des sujets placés dans des conditions tout autres que celles offertes généralement par les scrofuleux. Dans l'hydarthrose, outre l'abondance de l'épanchement sans induration, sans engorgement des parties molles, la douleur est peu considérable et succède aux lésions locales, tandis que dans les véritables tumeurs blanches la douleur a précédé le gonflement.

La *carie* ne doit pas être confondue avec la nécrose. Dans cette dernière affection il y a formation d'un os nouveau, et dans son intérieur une portion de l'os ancien mortifié. Mais la carie est souvent accompagnée de petits fragments osseux qui sont chassés au dehors avec le pus. On distingue la carie de la nécrose en sondant le trajet fistuleux. Dans le premier cas le stylet arrive sur une surface rugueuse, inégale, tendre; dans le second cas sur une surface dure, lisse et mobile.

Il ne faut pas confondre la scrofule osseuse avec la syphilis osseuse. Mais d'abord le siége n'est pas le même. La syphilis attaque surtout les os du crâne, les os du nez ou de la voûte palatine, tandis que la scrofule, nous l'avons dit, a une prédilection marquée pour les os des membres. Dans les maladies osseuses d'origine scrofuleuse, c'est la carie qui prédomine; dans les affections de nature vénérienne, c'est la nécrose. Enfin, dans le diagnostic, il faut interroger non-seulement les commémoratifs, mais encore les symptômes concomitants que l'on a actuellement sous les yeux.

Le diagnostic différentiel des *ulcères scrofuleux* et des ulcères syphilitiques n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le penser au premier aperçu. Quand les signes physiques des uns et des autres sont bien tranchés, quand les antécédents sont franchement accusés, l'erreur serait assurément fort difficile; mais il n'en est pas toujours ainsi, et le praticien est quelquefois fort embarrassé en présence de ces ulcères à bords roulés, à fond grisâtre, granuleux ou fongueux. Dans ces cas, si les antécédents font défaut, on doit surtout s'attacher aux phénomènes concomitants; examiner avec soin le malade, voir s'il ne présente aucune lésion que l'on puisse rattacher à la scrofule ou à la syphilis. Enfin le traitement lui-même peut venir en aide. Une prompte amélioration par l'emploi des mercuriaux donnerait une grande probabilité en faveur de l'origine syphilitique de la maladie.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

sur les phénomènes qui se montrent du côté de la sensibilité et de la motilité dans les fièvres typhoïdes, et leur explication physiologique.

Par M. H. Colliac.

Parmi les altérations apparentes qui accompagnent les fièvres typhoïdes, celles du système nerveux sont les plus fréquentes et les plus intéressantes à étudier, puisqu'elles exercent une si grande influence sur l'issue de la maladie. Il serait téméraire, de ma part, de vouloir discuter les diverses opinions émises sur cette affection par nos maîtres, je veux simplement exposer ici quelques considérations sur certains phénomènes qui se montrent du côté de la sensibilité et de la motilité, et essayer de l'expliquer d'après les données de la physiologie, en les rattachant à d'autres altérations pathologiques.

Voici quels sont ces phénomènes et quel est leur mode le plus ordinaire d'apparition. Le plus souvent c'est une céphalalgie assez intense; la face est plus ou moins rouge, des épistaxis surviennent fréquemment; on remarque dans les mouvements une paresse caractéristique; l'intelligence a perdu de sa lucidité; le malade perçoit des bruits étranges; la sensibilité même n'a plus cette délicatesse qui accompagne l'état d'intégrité du système nerveux. Ce sont là évidemment tous les symptômes d'une contagion sanguine qui agit en même temps sur les nerfs du mouvement et du sentiment, si l'on y joint l'état fébrile remarquable qui caractérise ces débuts, la chaleur intense qui se développe, et qui ne doit être rattachée qu'à une plus grande activité dans les phénomènes de la combustion, et l'accumulation dans le sang de l'acide carbonique, dont l'action n'est pas sans influence sur les désordres observés. Cet état de choses peut durer quelques jours, puis la maladie rentre dans sa voie la plus simple pour aboutir à une terminaison plus ou moins heureuse. Mais ce n'est pas le cas le plus fréquent; quelquefois la fièvre typhoïde devient rapidement mortelle par suite des phénomènes intenses qui se montrent du côté du système nerveux: délire, convulsions, accidents tétaniques, tous les symptômes, en un mot, de la plus violente excitation se déroulent aux yeux du praticien, et provoquent une mort rapide par les troubles qu'ils apportent dans les principales fonctions. Cherchons à démontrer quelles peuvent en être les causes, en nous appuyant sur les données des expériences physiologiques.

Toute excitation nerveuse provient de la volonté, ou se rattache à une action mécanique ou chimique, dont le principe est au dehors ou au dedans de l'organisme, et nullement dans les centres nerveux eux-mêmes. Or, dans les phénomènes qui nous occupent, ce n'est pas dans la volonté qu'il faut rechercher la cause, pas plus que dans les agents extérieurs physiques ou mécaniques; c'est dans l'intérieur même de nos organes. Mais encore, où réside-t-elle? Dans les solides? Tout le monde sait que les solides, réduits à leur action isolée, sont incapables de produire une excitation quelconque sur le système nerveux; que les fibres nerveuses ne sont excitables qu'autant qu'elles sont environnées d'un élément liquide, et de là cette sage précaution de la nature qui a créé partout autour d'elles un réservoir d'autant plus intarissable qu'il a sa source dans le sang lui-même. C'est à l'action simultanée des liquides et des solides sur le système nerveux que la science physiologique rattache la série de phénomènes d'excitation qui nous occupent. C'est donc dans le sang lui-même et dans ses principes constitutifs que nous devons rechercher leur cause. Mais si dans l'état physiologique il se produit un certain nombre d'actions qui ont le même caractère, dans l'état pathologique nous sommes forcément amenés à demander au sang compte des désordres qui nous frappent. Il a dû nécessairement se produire une altération dans ses éléments, altération qui réagit sur les fibres nerveuses par le contact d'un principe nouvellement introduit. C'est ce qui a conduit des auteurs remarquables à admettre dans la fièvre typhoïde une véritable intoxication du sang: de là l'état fébrile, les troubles de la circulation dont nous avons déjà parlé, l'augmentation de l'acide carbonique, et les nouvelles expériences de plusieurs physiologistes ont parfaitement démontré que le contact de cet agent avec les centres nerveux produit des désordres en partie semblables à ceux que nous avons énumérés. L'état inflammatoire donne raison des autres excitations.

Analysons maintenant ce qui se passe dans une des formes, malheureusement trop fréquente, de la fièvre typhoïde. Après les premières exacerbations, la céphalalgie diminue avec la congestion, et tout semble se résumer dans les altérations du tube intestinal et de la rate, suivies d'un état fébrile continu, mais qui prend souvent un caractère rémittent avec des types divers. Cependant des symptômes en apparence légers, et qui pourtant seront la source de complications redoutables, ne tardent pas à se montrer du côté des voies respiratoires. C'est une toux le plus souvent sèche, et plus ou moins pénible, indice certain d'une inflammation d'autant plus dangereuse qu'elle s'est produite lentement, d'une manière latente, et que sa cause, l'inflammation voisine du tube digestif, persiste avec plus d'intensité. Je dis que sa cause gît dans l'inflammation du tube digestif; mais comment manifeste-t-elle son influence? Ce n'est point par voie de continuité, puisque l'autopsie, si elle démontre un peu de rougeur à la muqueuse de la partie supérieure des voies digestives, n'annonce pas une phlegmasie véritable qui ait pu se propager ainsi jusqu'aux bronches et de là au parenchyme pulmonaire. Du reste aurait-elle progressé ainsi qu'elle n'en rentrerait pas moins dans notre théorie.

C'est ici que se montre clairement la manifestation d'une de ces actions réflexes dont les lois ont reçu, surtout dans ces derniers temps, une si grande extension dans leurs applications, et qui donnent la clef d'une foule de phénomènes physiologiques et pathologiques jusque-là inexplicables. En effet, pour les physiologistes toute action réflexe n'est autre chose qu'une action de nutrition, de sécrétion ou de mouvement produite par un centre nerveux, quand celui-ci a été stimulé soit directement, soit par l'excitation des fibres centripètes.

Ainsi, lorsque le sang veineux excite la moelle épinière par l'acide carbonique qu'il contient, il y a des mouvements par action réflexe; si, par un accident quelconque, le nerf sus-orbitaire a été contusionné, il arrive souvent que l'œil correspondant s'enflamme et devient le siége d'altérations souvent dangereuses. Il y a eu une action réflexe qui s'est portée du nerf affecté sur l'organe de la vision, et de là l'idée qu'ont eue des chirurgiens habiles physiologistes de sectionner le cordon nerveux et d'arrêter ainsi sa funeste influence.

C'est encore par action réflexe qu'une blessure extérieure des parois de la poitrine peut amener une pleurite, que le refroidissement des extrémités inférieures détermine une bronchite, que la blessure de l'œil droit amène l'inflammation de l'œil gauche, qu'une pneumonie est suivie d'une entéro-colite, etc., etc.

Les physiologistes nous apprennent encore que les muqueuses, et surtout la muqueuse des voies digestives, sont les lieux d'élection pour la production de ces actions réflexes. Il n'en faut pas davantage pour admettre cette influence dans la production des phlegmasies pulmonaires, des fièvres typhoïdes, alors que les surfaces muqueuses sont continues, et que l'état général et souvent même l'état atmosphérique se montrent plus favorables à cette complication.

Cette pneumonie ne tarde pas à prendre, le plus souvent, un caractère passif, adynamique, qui se rattache à des phénomènes nerveux dont elle est cause, et qui à leur tour réagissent sur les divers systèmes de l'économie et partant sur elle-même. En effet, après un temps plus ou moins long, lorsque, le médecin s'endormant dans une fausse sécurité, on néglige de reconnaître cette nouvelle affection, on ne prévoit pas les fâcheuses conséquences qu'elle peut avoir; on n'est pas peu étonné de voir survenir tout à coup du côté des centres nerveux des phénomènes bien autrement intenses que ceux qui s'étaient produits au début.

Le malade tombe le plus souvent dans un coma plus ou moins profond; sa respiration devient courte, rapide, stertoreuse, par suite de la contraction convulsive des muscles qui président aux fonctions respiratoires. On aperçoit, en effet, une espèce de trismus, de contraction tétanique plus ou moins étendue provenant d'une action réflexe sous l'influence de l'excitation générale du système nerveux, par la maladie et l'état du sang.

Ces phénomènes doivent surtout être rattachés à deux causes principales :

1° A la gêne de la circulation par suite de la splénisation progressive du poumon, splénisation qui augmente d'autant plus rapidement que, la congestion sanguine dans les centres nerveux affaiblissant leur action, la contractilité des vaisseaux diminue et ne leur permet pas de se débarrasser dans le poumon du sang dont ils sont engorgés;

2° Au défaut d'hématose, et par conséquent à l'accumulation de l'acide carbonique dans le sang, augmentée encore par la congestion remarquable de la rate, dont les fonctions, d'abord exagérées, puis affaiblies par les causes énoncées plus haut, ne peuvent débarrasser le sang du carbone qu'il contient en excès.

C'est donc à cet état congestionnel, à une intoxication progressive du sang et à son action sur les centres nerveux qu'il faut rattacher la plupart des phénomènes que l'on observe, et qui se produisent par une action réflexe, comme je l'ai déjà dit plus haut. Mais là ne s'arrête pas leur marche funeste. La masse sanguine augmente sans cesse dans le cerveau par suite de la gêne extrême de la circulation; la sensibilité s'émousse, et l'on voit des malades supporter la présence de larges vésicatoires et de sinapismes sans paraître éprouver de douleur.

L'intelligence est presque anéantie; puis surviennent du délire, des mouvements convulsifs, des soubresauts des tendons, de la carphologie, et quelquefois, comme j'ai pu l'observer moi-même, une véritable paralysie du mouvement et de la sensibilité, qui se termine par la mort.

Si les forces de l'organisme triomphent de la gravité des symptômes, le malade ne s'en relève entièrement qu'après une convalescence fort longue; l'intelligence n'est plus aussi vive, la mémoire est paresseuse; il entend mal les bruits du dehors, et l'équilibre ne se rétablit que peu à peu, si toutefois il se rétablit tout à fait.

Parlerai-je encore de certains accidents qui se montrent, par exemple, chez les femmes enceintes? L'utérus se contracte par une action réflexe dont la source est dans l'excitation générale, et le plus souvent l'avortement a lieu.

Nous devons donc distinguer deux sortes de phénomènes nerveux, les uns se rattachant à une excitation générale qui n'est pas le résultat d'une encéphalite, puisque l'autopsie ne nous donne jamais les traces d'une inflammation (j'en ai indiqué les causes); les autres à un état congestionnel; sous l'influence de la pression, les forces nerveuses surexcitées ou déterminent la mort en troublant outre mesure les fonctions des organes, ou s'épuisent par le fait même de leur surexcitation. L'état congestionnel déprime ce qui en reste. De ces considérations générales naissent diverses indications importantes dans l'emploi des moyens thérapeutiques, mais je n'en parlerai pas aujourd'hui.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 mars 1856. — Présidence de M. BINET.

Contractilité tendineuse.—M. J. Guérin lit un mémoire sur la contractilité tendineuse.

Depuis dix années, dit-il, j'ai acquis la conviction, et j'ai professé à plusieurs reprises que la doctrine de Bichat et de ses continuateurs sur le rôle passif des tendons dans la contraction n'est nullement fondée. L'analyse histologique, les faits pathologiques, l'observation et l'expérience physiologiques m'ont paru s'accorder pour établir d'une façon certaine que les tendons se contractent. Je me hâte d'ajouter qu'ils ne se contractent pas d'une manière identique à celle des muscles, ni d'une manière aussi évidente que ces derniers, ce qui explique comment un fait de cet intérêt a pu échapper à tous les anatomistes jusqu'à ce jour.

§ I. *Faits histologiques.* — Dès l'année 1835, j'avais fait connaître, et une commission de l'Académie avait constaté que dans certaines conditions déterminées, comme une tension constante et exagérée, les muscles ont la propriété de passer à l'état fibreux. Dans ces différents cas, les portions de tendon résultant du travail de transformation fibreuse s'offrent avec tous les caractères histologiques du tendon primitif, dont elles ne sont qu'un simple prolongement, aussi impossible à distinguer au microscope qu'à l'œil nu. De l'identité de tissu, j'ai été porté immédiatement à conclure à l'identité de fonction.

§ II. *Faits pathologiques.* — Ce que les études histologiques ne permettaient encore d'établir que par induction, l'observation pathologique m'a permis de le constater directement.

J'ai fait connaître pour la première fois en 1840 que les tendons sont susceptibles de se rétracter spécialement et à l'exclusion du muscle proprement dit.

Le caractère anatomique de la rétraction tendineuse, c'est la diminution de longueur du tendon par rapport au muscle, lequel, dans certains cas, conserve sa longueur normale : le contraire ayant lieu lorsque la fibre musculaire participe primitivement à la rétraction ou en est le siége principal.

Le caractère physiologique de la rétraction tendineuse, c'est d'abord de s'opérer sous l'influence d'une lésion et d'une douleur localisée au voisinage de l'insertion du tendon, comme dans certaines arthropathies; c'est ensuite, sous l'influence de cette douleur, de provoquer une attitude articulaire en rapport avec l'action des tendons raccourcis, sans participation du muscle proprement dit.

§ III. *Faits physiologiques.* — Les muscles et les tendons forment un tout continu. Il fallait, pour mettre hors de doute le fait de la contractilité propre des tendons, pouvoir isoler les deux portions charnue et fibreuse, et observer séparément dans chacune d'elles le phénomène de la contractilité.

Il existe chez l'homme et tous les animaux vertébrés un muscle sur le trajet duquel un os parfaitement distinct, la rotule, a pour effet de séparer en deux portions, et comme deux tendons distincts, un des plus forts tendons de l'économie; les tendons rotuliens supérieur et inférieur. Or il arrive assez souvent qu'à la suite des maladies du genou, la rotule se soude, s'ankylose avec la surface correspondante du fémur. Les cas de cette sorte réalisent de la manière la plus parfaite la condition que j'avais d'abord songé à provoquer chez les animaux, à savoir, d'isoler, à l'aide d'une adhérence de l'extrémité musculaire du tendon, la contractilité propre de ce dernier. En effet, lorsque chez les sujets affectés de ces sortes d'ankyloses, on veut observer ce qui se passe dans les efforts pour soulever le membre, on s'assure aisément qu'en même temps que les muscles extenseurs de la cuisse, le tri-fémoro-rotulien se contracte, le tendon rotulien inférieur, c'est-à-dire la portion du tendon située entre la rotule ankylosée immobile et le tibia mobile ou immobile, participe à la contraction du muscle; elle se soulève, se durcit ou se raccourcit d'une quantité sensible au toucher et à l'œil.

Voici d'autres faits infiniment plus fréquents, et par conséquent plus faciles à observer et à vérifier.

Lorsque dans la position assise, la jambe étant fléchie sur la cuisse à angle droit, on applique les doigts sur le trajet du tendon rotulien inférieur, on sent manifestement le tendon se soulever, s'étendre et se durcir à chaque effort pour soulever la jambe maintenue invariablement au même degré de flexion. Avec un peu d'exercice, on parvient aisément à produire le même résultat, au repos du membre, en provoquant, par la seule force de la volonté, la contraction générale et simultanée de tous les muscles et tendons de l'articulation. Dans cette attitude et dans ces deux sortes d'expériences, la rotule reste immobile, appliquée fortement contre la surface correspondante du fémur, et comme encastrée dans la rainure fémorale, sollicitée qu'elle est en sens inverse par la contraction simultanée du muscle et du tendon.

§ IV. *De la nature de la contractilité tendineuse.* — Les tendons ne se contractent pas comme les muscles, ni de la même façon ni au même degré. Un tronçon de tendon, séparé de son aboutissant musculaire, ne paraît pas sensible à l'action de l'électricité, sous quelque forme qu'on l'emploie. (Il est dans l'économie animale des tissus autres que les tendons qui jouissent d'une sorte de contractilité bien établie, quoiqu'ils soient réfractaires à l'action du galvanisme.)

L'impuissance de l'électricité à provoquer la contraction tendineuse implique, non l'absence de cette contractilité, bien attestée d'ailleurs, mais un mode de contractilité différente de la contractilité musculaire générale.

Pour démêler la part qui revient à la contractilité tendineuse dans le raccourcissement d'un muscle pendant la contraction, j'ai fait les expériences suivantes.

Expérience I. — Le pied étant maintenu à angle droit sur la jambe, j'ai planté dans le milieu du tendon d'Achille, et perpendiculairement à son axe, une aiguille en platine de 12 centimètres de longueur, de manière à atteindre le centre du tendon. J'ai fait étendre par la volonté le pied sur la jambe; aussitôt l'extrémité libre de l'aiguille a basculé vers le talon, accusant ainsi un déplacement en sens opposé de son autre extrémité, laquelle avait été entraînée en haut d'une quantité égale au déplacement de son point d'insertion au tendon.

Dans cette expérience, le sens et le degré du déplacement des deux extrémités de l'aiguille se sont montrés bien en rapport avec ce que l'on sait et croit savoir du rôle actif du muscle et du rôle passif du tendon.

Expérience II. — Le même sujet, tenu debout, l'un des deux pieds étendu à angle de 130 degrés sur la jambe, on plante l'aiguille horizontalement au même point que dans l'expérience précédente, le pied maintenu invariablement au même degré d'extension; on invite le sujet, que l'on tient par la main, à soulever la jambe dépourvue d'aiguille, de façon à faire supporter le poids du corps exclusivement par l'autre pied. On recommande au sujet de se tenir parfaitement immobile. Or voici ce que l'on observe : dès que le poids du corps commence à porter exclusivement sur le pied dont le tendon est armé de l'aiguille, on voit immédiatement l'extrémité libre de celle-ci basculer du côté de la jambe, c'est-à-dire en sens inverse de la direction qu'elle affectait dans le cas précédent. On constate en même temps que le tendon d'Achille acquiert une dureté et une résistance beaucoup plus grandes. L'extrémité implantée de l'aiguille entraînée du côté du talon par son point d'insertion au tendon, c'est-à-dire par suite du déplacement de ce point vers le talon, en vertu du raccourcissement du tendon, exprime donc tout à la fois le fait et le degré de la contraction tendineuse.

Si l'on analyse cette expérience, on voit que dans le premier temps la contraction volontaire du muscle a réglé la direction du pied, et, conjointement, la somme de déplacement du tendon agissant comme corde de tirage. Dans le second temps, c'est-à-dire lorsque le poids du corps a provoqué un supplément de résistance de la part du tendon, celui-ci est entré dans la lutte, et, par sa résistance active, il a empêché que la traction exercée sur l'axe entier du muscle et du tendon ne déterminât un allongement passif de ce dernier. C'est donc là une *contraction de résistance*, et c'est ainsi que je me propose de l'indiquer pour exprimer son véritable caractère expérimental, et la différencier de la contraction volontaire.

Des considérations, des faits et des expériences exposés dans ce mémoire, je crois donc pouvoir conclure :

1° Que les tendons, considérés jusqu'ici comme des cordes inertes, jouissent de la propriété de se contracter;

2° Que cette propriété établie par l'analyse histologique, les observations pathologiques et les expériences physiologiques, consistent dans un mode d'activité spéciale, espèce d'érection et de turgescence, accompagnée de raccourcissement de l'axe tendineux;

3° Les circonstances qui mettent en jeu la contraction tendineuse permettent de la considérer comme tout à fait différente de la contraction volontaire, et de la désigner sous le nom de *contraction de résistance*.

— M. Flourens prend occasion de cette lecture pour annoncer que des recherches sur les tendons, qu'il poursuit depuis longtemps, l'ont conduit à reconnaître la sensibilité de ces parties, à préciser le mode de cette sensibilité, et à déterminer les procédés d'excitation au moyen desquels on l'oblige à se manifester.

Ulcère simple de l'estomac. — M. Cruveilhier lit la deuxième partie de son mémoire sur l'ulcère simple de l'estomac; il s'exprime en ces termes:

Dans la première partie de ce mémoire, qui a fait l'objet d'une précédente lecture, je crois avoir établi sur des caractères irrécusables:

1° L'existence de l'ulcère simple de l'estomac comme espèce morbide bien distincte de l'ulcère cancéreux, avec lequel il avait été confondu ;

2° La tendance naturelle de cet ulcère simple à la cicatrisation, et par conséquent sa curabilité en opposition avec l'incurabilité absolue, dans l'état actuel de la science, de l'ulcère cancéreux ;

3° Les caractères de la cicatrice, sa résistance physique en tant que tissu fibreux, mais son défaut de résistance sous le rapport de la vitalité;

4° La reproduction facile de l'ulcère aux dépens de cette cicatrice, d'où la tendance aux récidives ;

5° L'hémorrhagie et la perforation de l'estomac qui en sont souvent la conséquence, et qui constituent le danger principal de la maladie.

Reste donc, pour compléter la description de l'ulcère simple de l'estomac, à déterminer :

1° Ses caractères cliniques ou de physiologie pathologique, à l'aide desquels on pourra le reconnaître au lit du malade ;

2° Ses caractères thérapeutiques, qui établiront avec sa curabilité les moyens proposés à amener la guérison.

I. *Caractères cliniques ou de physiologie pathologique de l'ulcère simple de l'estomac.* — S'il n'est pas toujours possible d'établir le diagnostic de cette lésion d'une manière positive, on peut au moins en soupçonner la présence et la faire entrer comme élément dans le calcul des probabilités. En procédant par voie d'exclusion ou d'élimination, on pourra le plus souvent arriver à une somme de probabilités voisine de la certitude.

Rien de décidément caractéristique au début de l'ulcère simple de l'estomac, à moins que l'un des premiers symptômes de la maladie ne soit le vomissement noir. Mais arrive un moment où au malaise épigastrique se joignent les caractères suivants :

1° Crises de douleur caractérisées par la circonscription de cette douleur à une petite région, celle de l'appendice xyphoïde (*point xyphoïdien*), qui s'accompagne souvent d'une douleur de même nature au rachis (*point rachidien*). Ce caractère est commun à l'ulcère simple et à certaines gastralgies idiopathiques, dont l'ulcère simple se distingue par la permanence des accidents.

2° *Vomissement et déjection noirs*, caractère qui est commun à l'ulcère simple et au cancer.

3° Les caractères différentiels entre l'ulcère simple et le cancer se déduisent de la *marche de la maladie* et de la *différence des effets du régime et du traitement.* Dans le cancer, le régime diététique est inutile et serait nuisible s'il était trop sévère. Dans l'ulcère simple, le régime diététique est tout, et s'il frappe juste, en quelques jours le malade est soulagé; il se sent renaître.

II. *Caractères thérapeutiques de l'ulcère simple de l'estomac.* — Que ferions-nous si nous avions à traiter à l'extérieur un pareil ulcère ? Rien autre chose que de condamner au repos l'organe malade et de le soustraire à l'action de toutes les causes locales d'irritation. Mais si le repos de l'estomac peut et doit être absolu quant aux médicaments proprement dits, il ne saurait l'être quant à l'alimentation. Le repos de l'estomac, c'est la diète, c'est-à-dire le régime. Or c'est une étude bien digne de la méditation des physiologistes que celle des modifications qui se produisent dans les instincts de l'estomac malade. Ainsi, il est des conditions de la muqueuse gastrique dans lesquelles l'estomac humain, omnivore de sa nature, se trouve tout à coup transformé en un estomac univore, tantôt exclusivement carnivore, tantôt exclusivement herbivore; mais il est une transformation bien plus fréquente dans les instincts de l'estomac : c'est celle dans laquelle l'estomac du jeune homme, de l'adulte et du vieillard semble rétrograder vers l'état de la première enfance. Le lait seul peut être supporté. L'estomac est devenu lactivore.

Le régime lacté, voilà le grand moyen de guérison de l'ulcère simple de l'estomac, le seul aliment dont il puisse supporter la présence sans se révolter, le seul topique qui lui convienne, et quelquefois le lait réussit comme par enchantement.

Dès le premier jour de son emploi comme aliment exclusif, l'angoisse épigastrique diminue; les jours suivants, elle disparaît complétement. Un sentiment de bien-être inexprimable la remplace, et les forces reviennent à vue d'œil.

Mais il arrive un moment où le lait commence à être moins agréable

au goût et à fatiguer l'estomac. Hâtons-nous de lui associer d'abord, pour lui substituer plus tard, un autre mode d'alimentation, pour le choix duquel les instincts de l'estomac doivent être consultés.

Quant aux médicaments proprement dits, je les regarde comme très-secondaires dans ce traitement.

Les amers, les ferrugineux, sont ici formellement contre-indiqués. L'opium ne réussit que dans le cas où l'élément gastralgique s'associe à l'élément phlegmasique.

L'eau gazeuse, la glace, la médication alcaline, et surtout le phosphate de chaux préparé par la calcination des os et porphyrisé, les bains alcalins et gélatineux, les ablutions fraîches sur toute la surface du corps, et dans quelques cas des ablutions très-chaudes, des bains frais par immersion, et dans quelques cas des bains de siége très-chauds également par immersion, des frictions stimulantes avec massage sur toute la surface du corps, des dérivatifs ou révulsifs appliqués sur l'épigastre, tels que vésicatoires, cautères; voilà les moyens qui m'ont paru exercer une influence salutaire sur la marche de la maladie.

Conclusions. — 1° L'ulcère simple de l'estomac, véritable gastrite ulcéreuse, peut être toujours soupçonné et presque toujours positivement diagnostiqué.

2° Le diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac est fondé sur les caractères différentiels qui le séparent, d'une part, de la gastralgie et de la gastrite non ulcéreuse, d'une autre part du cancer de l'estomac.

3° L'ulcère simple de l'estomac se distingue de la gastralgie idiopathique par la permanence des accidents avec alternatives d'exaspération et de rémission, tandis que la gastralgie est temporaire, survient brusquement, disparaît de même, ne laisse aucune trace après elle, et qu'elle est d'ailleurs soudainement calmée par l'opium.

4° L'ulcère simple de l'estomac se distingue de la gastrite non ulcéreuse, non moins que de la gastralgie, par les vomissements noirs et par les déjections noires.

5° Il est infiniment probable qu'il existe des ulcères simples de l'estomac sans vomissements noirs et sans déjections noires, et dans ce cas le diagnostic différentiel entre l'ulcère simple et la gastrite non ulcéreuse devient difficile.

6° Les vomissements noirs ne sont nullement caractéristiques du cancer de l'estomac. Ils sont communs au cancer et à l'ulcère simple.

7° Il en est de même des déjections noires, qui sont tout aussi caractéristiques d'une gastrorrhagie que les vomissements noirs.

8° Les vomissements noirs et les déjections noires sont en quelque sorte plus inhérents à l'ulcère simple qu'au cancer de l'estomac, car ils appartiennent à toutes les périodes de l'ulcère simple, dont ils sont souvent le premier symptôme. On voit, au contraire, un grand nombre de cancers de l'estomac sans vomissements noirs et sans déjections noires, et, quand ils se produisent, ce n'est le plus souvent qu'à la dernière période de la maladie.

9° Les caractères différentiels entre l'ulcère simple et le cancer se déduisent : 1° de *signes physiques* : absence de tumeur dans l'ulcère simple; 2° de la *douleur* : il y a assez souvent absence de douleur dans le cancer, jamais absence de douleur dans l'ulcère simple; 3° du *caractère de cette douleur* : dans l'ulcère simple, sensation de plaie vive, de brûlure, de morsure au niveau du sommet de l'appendice xyphoïde (point *xyphoïdien*), retentissant à la région correspondante du rachis (point *rachidien*); dans le cancer, crampes ou contractions spasmodiques avec durcissement de l'estomac.

10° La véritable pierre de touche pour le diagnostic différentiel entre l'ulcère simple et le cancer est dans la différence des effets du régime alimentaire, qui échoue complétement dans le cancer et produit de merveilleux effets dans l'ulcère simple.

11° Le grand problème à résoudre dans le traitement de l'ulcère simple, c'est de trouver un aliment qui soit toléré sans douleur par l'estomac; cet aliment une fois trouvé, la guérison s'effectue avec la plus grande facilité.

12° Dans l'immense majorité des cas, le régime lacté est le seul qui réponde parfaitement aux instincts de l'estomac dans le cas d'ulcère simple. Le lait semble agir à la manière d'un spécifique. Sa spécificité vient exclusivement de son innocuité.

13° Dans le traitement de l'ulcère simple, les moyens médicamenteux proprement dits, tant intérieurs qu'extérieurs, ne peuvent être considérés que comme des moyens secondaires.

Organographisme. — M. Piorry lit un mémoire intitulé : *De l'organographisme, ou dessin des organes, considéré au point de vue du diagnostic et du traitement.*

Ce mémoire a pour objet l'exposition d'une méthode qui forme le complément des moyens de diagnostic en usage : c'est le dessin linéaire des organes destiné soit à représenter leurs lésions, soit à faire juger pendant la durée d'un mal, ou son traitement, des variations de forme, de volume qu'il présente.

1° Tantôt on reproduit sur du papier l'image des affections que l'on veut étudier, et pour le faire M. Piorry recommande, de préférence aux divers moyens qu'il a proposés, un crayon de mine de plomb assez tendre, et qui a été longtemps trempé dans des huiles grasses, ce qui lui sert en général de plume et d'encre. Ce crayon est destiné à figurer et à estomper en quelques secondes presque tous les dessins d'anatomie que l'on veut conserver. Ce procédé est applicable à un grand nombre de tumeurs, de maladies de la peau, et surtout aux affections du col de la matrice. La photographie serait ici préférable, mais le temps et les frais qu'elle nécessite la rendent pour la clinique tout à fait inapplicable.

2° Ailleurs on trace sur la peau elle-même la limitation des organes que l'on veut voir, ou dont on cherche à déterminer les limites. C'est le même crayon dont il a été parlé qui, dans ce cas, réussit le mieux. L'azotate d'argent est préférable alors que l'on veut se servir non-seulement d'un moyen graphique, mais encore d'une substance légèrement cautérisante et propre à arrêter l'extension d'un mal, d'un érysipèle, par exemple. Par ces procédés on limite, on mesure, on montre aux yeux l'étendue, la forme, la circonscription des organes ou des phénomènes maladifs.

Je dessine ainsi à la surface du corps de l'homme :

1° Les résultats de la palpation du foie, de la rate, des tumeurs, etc.;

2° La limitation des surfaces douloureuses, sensibles ou paralysées, et cela à l'effet d'apprécier les progrès ou la décroissance du mal, ou encore de représenter un nerf endolori;

3° Les limites d'un espace où la fluctuation existe;

4° La configuration des organes, la hauteur du niveau d'un épanchement, l'étendue d'une région indurée, ramollie, contenant des gaz ou des liquides, et le tout déterminé par le plessimétrisme;

5° Les espaces où l'auscultation fait reconnaître les diverses variétés de respiration, de souffle, de râles, de voix, de bruits.....;

6° L'indication fixe du point où à l'aide d'un lien métrique on a mesuré un organe.

Enfin, je pense que dans toute opération où la peau doit être incisée, il est utile pour diriger un jeune chirurgien pendant qu'il agit; l'art a ainsi un moyen de plus de guider sa main mal assurée.

L'organographisme, d'après l'idée générale que je m'en suis faite, est, comme on le voit, applicable non-seulement à la percussion, mais encore à la plupart des méthodes d'investigation.

L'eau et les substances dissoutes sont-elles absorbées par la peau? — M. Poulet communique des recherches expérimentales sur cette question. L'auteur résume dans les termes suivants les résultats de ses expériences :

1° Le corps d'un homme plongé pendant une heure dans un bain d'eau à 28 degrés perd une très-faible partie de son poids; mais dans la deuxième heure la déperdition ne s'élève pas à moins de 50 grammes.

2° Ce qui rend la perte presque tout à fait insensible pendant la première heure, ce n'est pas l'absorption de l'eau du bain qui viendrait contre-balancer les effets de la perspiration pulmonaire et d'un reste de transpiration cutanée, mais bien l'imbibition de l'épiderme et des poils, matières très-hygroscopiques. En effet, si la conservation du poids du corps était due à l'absorption de l'eau, le même phénomène se reproduirait inévitablement pendant la seconde heure d'immersion; car l'eau qui aurait pénétré dans les cellules épidermiques serait bientôt entraînée par le torrent circulatoire et remplacée par d'autre. Or loin de là, le corps perd, comme nous l'avons dit, pendant cette deuxième heure, une proportion notable de son poids.

3° Cette déperdition, qui dépasse de beaucoup celle que Lavoisier et Seguin ont assignée à l'influence de la perspiration pulmonaire (en moyenne 18 grammes par heure), est due : 1° à une augmentation d'activité de cette dernière, tant par le fait d'une accélération de la respiration, que par ce qu'elle est une fonction supplémentaire de la transpiration cutanée en grande partie supprimée; et 2° à la transpiration cutanée des organes non immergés (de même qu'à un reste de transpiration cutanée des organes plongés dans l'eau).

4° Les expériences tentées jusqu'à ce jour par divers physiologistes pour démontrer l'absorption de l'eau dans le bain n'ont point abouti, parce qu'ils n'ont pas songé à se débarrasser d'une cause d'erreur flagrante : je veux parler de la propriété hygrométrique de l'épiderme et des poils. Au moyen de deux bains immédiatement consécutifs et d'une triple pesée, j'ai pu, comme je le montre dans mon mémoire, faire la part de l'imbibition de ces organes, et exonérer la peau d'un attribut qu'elle n'a jamais possédé.

5° L'augmentation de quantité de l'urine n'est pas une preuve de l'absorption de l'eau dans le bain; car, d'après la loi de l'antagonisme des sécrétions, les variations de la quantité du liquide urinaire étant en raison inverse de celles de la sueur, il est simple que l'urine augmente quand la transpiration cutanée est en tout ou en partie supprimée.

6° Il est vrai, comme l'a annoncé M. Homolle, que la densité de l'urine diminue par le fait du bain simple; mais cette diminution n'est que la conséquence de l'augmentation de l'urine : elle ne prouve donc rien de plus que cette dernière.

7° L'urine devenant alcaline aussi bien après le bain acide qu'après le bain alcalin, l'alcalisation des urines à la suite des bains minéraux, loin de servir à la démonstration de la doctrine de l'absorption par la peau, est au contraire un des meilleurs arguments à y opposer.

8° On ne trouve pas un atome d'antimoine dans l'urine après l'usage répété des frictions stibiées. Et pourtant, pour peu qu'on administre à l'intérieur quelques centigrammes de tartre stibié, à doses fractionnées, on en retrouve la trace dans l'urine.

9° L'emploi externe de l'extrait fluide de belladone ne donne lieu à la dilatation de la pupille qu'à la condition d'être en contact avec la conjonctive.

10° Donc la peau n'absorbe ni l'eau, ni les substances solubles, pourvu, d'une part, que l'épiderme soit intact et ne puisse être altéré par les agents employés, et d'autre part, que ceux-ci ne soient point volatils.

11° Enfin, bien que les divers agents qui ne sont ni volatils, ni susceptibles de léser l'épiderme, n'agissent jamais par absorption lorsqu'ils sont appliqués sur la peau, cela ne veut pas dire qu'il faille renoncer à leur usage externe. Il reste d'autres modes d'action, l'influence électrique surtout, qui en motivent l'emploi et qui expliquent le mieux qu'on en a parfois éprouvé.

Existence du phosphore à l'état libre dans les organes. — M. Duchesne adresse une note sur ce sujet en réclamation de priorité, à l'occasion de la communication récente de MM. Orfila et Rigout relative à l'action du phosphore rouge sur l'économie animale.

L'auteur fonde sa réclamation sur les faits suivants :

Dans l'empoisonnement du jeune F..., décédé le 12 novembre 1854 à Condé-sur-Huisn, une commission rogatoire du 23 novembre 1854 nommait comme experts MM. Chevallier, Lassaigne et Duchesne, et le 10 décembre, en examinant les organes, nous remarquions « dans la portion iliaque du gros intestin, au milieu de quelques matières fécales et de mucosités verdâtres, de petits fragments d'une matière jaunâtre qui ne s'écrasent pas sous le scalpel, fument au contact de l'air, et projetés sur des charbons ardents, donnent une vive lumière jaunâtre et une odeur très-prononcée et très-caractéristique; nous avons trouvé le poison, et ce poison était du phosphore. »..... Dans cette première affaire, nous avons donc constaté qu'il existait du phosphore libre, que nous avons pu réunir et fondre en culot plus de trente jours après le décès de l'enfant.

Dans l'empoisonnement de la femme Picquet, décédée le 15 décembre 1854 à Abjat (Dordogne), une commission rogatoire du 24 janvier 1855 nommait comme experts MM. Chevallier, Reveil, Duchesne, et le 30 janvier, c'est-à-dire quarante-cinq jours après le décès, nous trouvions du phosphore libre vers la fin du gros intestin. Ces faits sont constatés dans notre rapport et dans l'*Echo de Vésone* du 10 juillet 1855.

Proportions physiques du corps humain. — M. Silbermann adresse une note sur les proportions physiques ou naturelles du corps humain exprimées en mesures métriques. (Nous reviendrons sur cette communication.)

Action de diverses infusions végétales sur le sang veineux fraîchement sorti de la veine. — M. Le Clerc communique un travail sur l'action des diverses infusions végétales sur du sang veineux fraîchement sorti de la veine, sur les indications fournies par ce moyen relativement à l'existence d'un alcaloïde dans le végétal et les déductions thérapeutiques de ce fait. Voici le résumé de ce travail :

1° Le sang veineux traité, au moment de la sortie de la veine, par une infusion végétale ou par un extrait végétal quelconque, est un véritable réactif qui décèle instantanément la présence d'un principe alcaloïde dans le végétal.

Du sang veineux traité par infusion de noyer (Juglans regia) mêlée d'un extrait de noyer, a pris aussitôt la teinte rouge.

Du sang veineux pris chez le même individu et mêlé à une infusion de tilleul a conservé la teinte du sang veineux.

Une foule d'autres infusions donnent invariablement le même résultat.

Le noyer n'a jamais été analysé, ou du moins aucun chimiste n'en a encore retiré le principe actif que ce végétal renferme très-certainement.

2° Depuis le 29 décembre dernier, je conserve des flacons renfermant un mélange de sang veineux et de diverses substances, telles que suc de belladone, extrait de belladone, atropine, extrait et infusion de datura stramonium, nicotine, infusion et extrait de tabac, brucine, infusion de noix vomique, strychnine, extrait de quinquina, etc.

Le sang veineux a pris la teinte *lie-de-vin* au bout de quelques jours dans les flacons qui contiennent l'atropine, la brucine, la nicotine, la morphine, la strychnine, etc.

Puis la teinte lie-de-vin a presque complétement disparu aujourd'hui pour revenir à une *teinte noire* semblable à celle que présente le même sang veineux conservé pur et à l'abri du contact de l'air.

Les flacons contenant la belladone et le stramonium sont les seuls dans lesquels le sang ait gardé invariablement la *teinte rouge*. Cette teinte n'est pas aussi foncée, aussi rutilante que dans les premiers jours de l'expérience; mais elle est, chose remarquable, la seule qui soit restée d'un rouge très-prononcé.

Après la belladone et le stramonium vient, mais d'assez loin, le flacon renfermant l'extrait de quinquina. Ce flacon présente encore une teinte un peu rougeâtre. Tous les autres flacons sont plus ou moins noirs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 27 février, M. Villermé, membre de l'Institut, membre honoraire du comité consultatif d'hygiène publique et de salubrité, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Le concours pour deux places de médecin du Bureau central des hôpitaux a commencé le 5 mars. Le jury se compose de MM. Gillette, Guérard, Hardy, Marrotte, Nélaton, *juges*; et de MM. Laugier et Bernutz, *suppléants*.

Les candidats inscrits sont au nombre de 26, savoir : MM. Axenfeld, Blain des Cormiers, Blondeau, Boivin, Cahen, Caillault, Champmartin, Charcot, Clairin, De Beauvais, Destouches, Dumoulin, Gallard, Grange, Hervieux, Labric, Laboulbène, Lamaestre, Mesnet, Montanier, Racle, Rotureau, Triboulet, Simonet, Simonis-Empis, Vulpian.

— L'Académie de médecine vient encore de faire une nouvelle perte. M. le docteur Emery, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur d'anatomie à l'École des beaux-arts, et membre de l'Académie (section d'hygiène), est mort à Paris vendredi dernier.

— Ampelio Calderini, l'illustre et savant rédacteur des *Annales universelles de médecine*, est mort le 11 février à la suite d'une longue maladie, âgé de 48 ans. Il avait été membre de l'Académie physico-médico-statique, membre correspondant de l'Institut des sciences de Lombardie et d'autres sociétés savantes.

— Sont décédés récemment : MM. G. de Sartorius, le Nestor des médecins d'Aix-la-Chapelle; Colette (de Liége), Buchner (de Gouda), Bettner (de Vienne).

— Il vient de paraître dans la presse allemande un nouveau journal de médecine intitulé *Schweitzerische monatschrift für Praktisch medicin* (Recueil mensuel de médecine pratique), paraissant une fois par mois, et ayant pour rédacteur en chef M. le docteur Bellemont, assistant à la Clinique médicale de Berne. Le premier numéro, de deux feuilles in-8°, contient les articles suivants : *Communication sur l'épidémie de dyssenterie qui a régné à Berne dans l'automne de 1855; De la falsification des vins et de la manière de la reconnaître; Deux cas d'empoisonnement par de petites doses de tartre stibié; Concordat sur l'exercice de la médecine en Suisse; De l'extrophie congéniale de la vessie et de son traitement.* De plus, une revue de quelques journaux de médecine étrangers.

— La prochaine séance de la Société médicale du XII[e] arrondissement aura lieu demain mercredi 12 mars, à huit heures très-précises du soir, à la mairie, place du Panthéon.

L'ordre du jour est ainsi fixé :

1° Applications de la chimie à la thérapeutique; 2° de l'ophthalmoscopie; 3° du furoncle.

Les membres des autres Sociétés médicales sont invités aux séances.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 12 MARS 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance, en partie consacrée à des travaux d'intérieur, à des nominations de commissions pour l'examen des travaux envoyés au concours, à des communications officielles, à la lecture du discours prononcé par M. Robert au nom de l'Académie sur la tombe de M. Emery, il n'est resté qu'un temps assez restreint pour les travaux scientifiques. Ce temps a été occupé par une lecture de M. Robiquet, candidat pour la section de physique et chimie médicales, et par la reprise de la discussion sur l'occlusion des paupières dans le traitement des ophthalmies. Un seul orateur a pu être entendu. M. Velpeau, ainsi qu'on devait s'y attendre, a traité la question d'une manière magistrale, mais sans l'épuiser toutefois. Il reste encore assez de choses à dire sur ce sujet pour que plusieurs membres aient cru devoir s'inscrire. MM. Bouvier et Larrey se proposent de prendre la parole dans la séance prochaine. Il y a toute apparence que M. Bonnafont ne voudra pas rester sous le coup de l'argumentation pressante de M. Velpeau; de sorte que la discussion ne sera probablement pas close encore de sitôt. Nous aurons donc tout le temps pour en suivre les évolutions et pour la résumer quand elle sera arrivée à son terme.

Au sujet de cette discussion, nous avons reçu de M. Piorry une lettre par laquelle l'honorable professeur réclame contre quelques inexactitudes involontaires de notre part dans l'exposé ou l'interprétation de ses opinions. Nous sommes heureux de pouvoir rétablir le véritable sens des paroles de M. Piorry en mettant sa lettre sous les yeux de nos lecteurs. On la trouvera à la fin du compte rendu de la séance.

DE LA LEUCOCYTHÉMIE.

Une maladie nouvelle frappe au seuil de la science et demande sa place au foyer de la médecine. Elle dit s'appeler *leucocythémie* ou *leucémie*. Doit-on la faire entrer ? a-t-elle des titres suffisants pour justifier sa demande ? Tel est le problème nosographique débattu depuis plusieurs années déjà par les médecins de tous les pays sans qu'une solution satisfaisante ait encore été donnée. Les avis sont très-différents et très-partagés. Autant d'hommes, autant d'opinions contraires. Cependant la leucocythémie s'impatiente; on la trouve partout, et il n'est presque personne qui n'ait entendu parler d'elle et de ses prétentions. Dans toute la presse médicale, à la Société de biologie, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, à l'Académie de médecine, son nom a bruyamment retenti.

Qu'est-ce donc que la *leucocythémie ?* C'est une altération du sang caractérisée par la prédominance des globules blancs et des globulins du sang.

Habituellement, on le sait, le sang n'offre au microscope que des globules rouges en très-grand nombre, quelques globules plus volumineux, blancs ou pour mieux dire incolores, et enfin quelques globulins que l'on a appelés de la poussière de globules. Eh bien, il y a différents états morbides dans lesquels le nombre des globules blancs ou incolores est considérablement augmenté, ainsi que celui des globulins, et c'est là ce qu'on appelle *leucocythémie*, c'est-à-dire sang rempli de cellules blanches.

Est-ce là une maladie, c'est-à-dire un état primitif de souffrance ayant ses causes déterminées, ses symptômes particuliers, une marche et une évolution spéciales ; ou bien n'est-ce, au contraire, qu'une altération organique du sang, comme il y en a tant d'autres, produite par une maladie antérieure et primitive? Est-ce une maladie ou une altération secondaire, comme la diminution des globules rouges dans les maladies chroniques ou la dissolution de la fibrine dans les fièvres graves ? C'est ce qu'il faut établir. Pour mon compte, je suis tout disposé à admettre cette dernière hypothèse, qui me paraît être plus conforme à ce que j'ai vu et à ce qui a été publié. En effet, on ne connaît pas de leucocythémie primitive, spontanée, exempte d'altération organique préalable.

Il y a treize ans, en 1842, pendant mon internat chez le professeur Trousseau, à l'hôpital Necker, je rédigeai l'histoire d'une épidémie de fièvre puerpérale dans laquelle j'observai, avec d'autres altérations anatomiques, ce qu'on appelle aujourd'hui *leucocythémie*. Un certain nombre de mes malades offrirent à l'examen microscopique cette altération du sang, que je considérai avec M. Ch. Robin comme étant constituée par du *pus*. Mes observations furent reproduites par MM. Monneret et Fleury dans le *Compendium de médecine*, accompagnées d'une critique assez vive, et il n'en fut plus question. Ce que j'avais pris pour des globules de pus n'était peut-être que des amas de globules blancs ou incolores, et l'explication vraie de mes recherches va peut-être ressortir des travaux récents de Virchow et de Bennett.

Voici la description de ce que j'avais vu :

Chez une femme morte trois jours après son accouchement, sans offrir aucune suppuration des parenchymes ni des vaisseaux lymphatiques ou sanguins, je trouvai à la nécropsie l'altération suivante du sang : « Au milieu des globules rouges ordinaires, *nullement altérés*, se trouvait un nombre considérable de globules » plus volumineux, incolores, frangés à la circonférence, réunis » par groupes de quatre à dix ou isolés, immobiles entre les deux » plaques de verre, tandis que les globules rouges circulaient autour d'eux comme l'eau autour d'une île. » Le nombre considérable de ces globules (130 à 150 dans chaque préparation) m'empêcha de les considérer comme des globules blancs, qui sont ordinairement en petit nombre et isolés dans le sang de l'homme sain, et je les considérai comme des globules de pus.

Plusieurs fois je rencontrai des altérations analogues dans la fièvre puerpérale, et je les considérai comme ayant un rapport particulier avec cette maladie. C'est probablement là une erreur d'interprétation justifiée par la circonstance particulière dans laquelle je me trouvai, et due à ce que cette altération était observée dans un cas de fièvre puerpérale, c'est-à-dire de fièvre purulente.

Quoi qu'il en soit, des faits analogues ont été observés par d'autres médecins, et cela chez des individus atteints des maladies les plus diverses. Ainsi, en 1839, M. Barth a vu des globules blancs, qu'il a pris, avec M. Donné, pour des globules de pus, dans le sang d'une femme atteinte d'hypertrophie de la rate; et on pourrait citer beaucoup d'autres médecins qui ont fait de semblables méprises. Le temps n'était pas venu de donner à ces faits leur véritable signification.

MM. Bennett, Virchow, en 1844 et 1845, sont les premiers qui aient fixé le sens à donner au mot leucocythémie. Ces auteurs ont chacun de son côté découvert la présence de cette altération dans le cours de diverses maladies aiguës; dans les anciennes hypertrophies du foie; dans les hypertrophies de la rate avec ou sans fièvre intermittente; dans l'hypertrophie ancienne des ganglions lymphatiques, etc. Je suis persuadé, maintenant que l'attention est appelée sur ce point, qu'on en trouvera dans une foule d'autres maladies entraînant après elles une diathèse ou une cachexie quelconque. En voici un exemple recueilli chez une enfant anémique et cachectique par suite de diarrhée et de néphrite albumineuse, et qui a été observé dans mon service à l'hôpital Sainte Eugénie.

Caroline Lardin, neuf ans, entrée le 25 février, au n° 8 de la salle Sainte-Marguerite, pour une diarrhée chronique compliquée d'œdème et d'anasarque, avec albuminurie, se trouvait dans un tel état cachectique, que je voulus voir si dans son état d'anémie elle serait en même temps leucocythémique.

Une piqûre au bras fit sortir du sérum strié de sang, et, porté dans le microscope, la plaque de verre nous montra des globules rouges en petit nombre, clair-semés, au milieu desquels se trouvaient des globules incolores, dans la proportion d'un quarantième environ.

J'examinai le ventre, et ne trouvai pas d'hypertrophie du foie, de la rate ou des ganglions lymphatiques.

C'était une leucocythémie cachectique.

A l'autopsie, une entérite ulcéreuse chronique et une néphrite chronique albumineuse, sans hypertrophie de la rate (9 centimètres sur 5), sans hypertrophie du foie ni des ganglions, furent les seules altérations organiques constatées.

Sur les vingt-cinq cas rapportés par Bennett, l'un d'eux a été observé dans le cours de la phthisie, deux avec la cachexie de la néphrite albumineuse, et trois avec la cachexie du cancer. On n'en cite pas qui soit primitive et développée sans altération organique préalable.

Si l'on n'oublie pas en même temps que dans la digestion, dans la grossesse et dans la plupart des affections inflammatoires ou typhoïdes le nombre des globules blancs se trouve transitoirement augmenté dans le sang, il devient difficile de faire de l'altération pathologique nouvellement découverte une véritable entité pathologique. C'est là une exagération de Bennett et de Virchow que l'avenir ne sanctionnera pas. Quant à l'opinion particulière de Virchow, qui consiste à envisager la leucocythémie comme une décoloration du sang, une *leucopathie* ou un *albinisme* (1), elle est encore moins soutenable. Le sang n'a pas changé d'aspect, et d'après Virchow lui-même, « il n'est pas assez changé pour qu'on puisse immédiatement, et à l'œil nu, juger de son altération d'après sa couleur. » Ce qu'on appelle, en hématologie, *sang blanc* ou *sang laiteux*, est une altération de ce liquide par de la graisse, et rien n'est plus aisé que de le reconnaître à première vue.

En conséquence, la leucocythémie n'est pas du sang blanc, c'est une augmentation des globules blancs et des globulins du sang, fait invisible à l'œil nu ; et ce n'est pas une entité pathologique, puisqu'elle n'existe jamais seule et qu'on l'observe dans une foule de circonstances physiologiques et pathologiques différentes.

Ceci étant établi, afin de ne pas confondre une question doctrinale avec une question de fait, il faut rendre pleine et entière justice à l'exécution des travaux de MM. Bennett et Virchow sur la leucocythémie. Le dernier de ces auteurs vient de s'en occuper récemment, et il a publié en allemand un nouveau mémoire traduit par les *Archives de médecine*, et dans lequel il fixe définitivement ses connaissances.

Pour lui, c'est une maladie nouvelle dans laquelle la proportion des globules blancs du sang, au lieu d'être de 1/350, est de 1/20, 1/19, 1/7, Percy; 1/2, Vogel.

Il y en a aujourd'hui une trentaine d'exemples bien connus dans la science. Elle se développe consécutivement aux tumeurs et à l'hypertrophie de la rate, à l'hypertrophie du foie et à la tuméfaction des ganglions lymphatiques (Bennett, Scherer, Rineker, Vogel, Virchow, etc., etc.), à la cachexie du cancer et de la néphrite albumineuse (Bennett).

D'après cette étiologie, Virchow admet une leucocythémie *splénique* et une leucocythémie *lymphatique*. Celle-ci a cela de particulier, qu'avec les globules blancs, le sang renferme « des noyaux » innombrables ronds, granuleux, pourvus le plus souvent d'un » corpuscule et du volume habituel des noyaux lymphatiques. Elle » amène dans le sang des éléments analogues à ceux du paren- » chyme des ganglions lymphatiques, tandis que l'autre y introduit » des éléments semblables à ceux qui se trouvent dans la pulpe de » la rate. » Comme on le voit, la constitution de l'entité pathologique de M. Virchow n'est pas absolue ; à peine née, il faut la dédoubler et en faire une seconde, dont un autre nosographe fera une *lymphémie* avec autant de raison que MM. Bennett et Virchow ont fait la *leucocythémie*. L'erreur de méthode médicale contre laquelle je me suis élevé, et qui a créé l'une de ces maladies, donnera naissance à l'autre. C'est là une conséquence rigoureuse, impossible à éviter tant qu'on voudra étayer sur des épiphénomènes et des complications anatomiques accessoires l'édifice des maladies nouvelles à introduire dans la nosologie. Déjà même on nous annonce une *mélanémie* caractérisée par des cellules munies de noyaux noirs, et dont la découverte appartient à H. Meckel.

Quoi qu'il en soit, pour Virchow, il y a une leucocythémie splénique et une leucocythémie lymphatique. Sauf l'état anatomique, elles ont même apparence, des symptômes semblables, et leur terminaison est la même. Ce ne sont que des variétés du même état morbide.

La leucocythémie est, d'après Virchow et Bennett, une maladie « permanente dont le progrès est incessant et fatal. » Elle n'est jamais primitive, et succède ordinairement aux fièvres intermittentes prolongées, avec ou sans hypertrophie de la rate, à l'hypertrophie du foie, à l'hypertrophie des ganglions lymphatiques, aux maladies chroniques de l'intestin et à un grand nombre de *cachexies.* On l'a déjà observée conjointement avec la cachexie scrofuleuse et cancéreuse. Un jour peut-être, mieux éclairés que nous ne sommes, le mot de cachexie, trop vague et trop général, sera remplacé par le mot organique précis de leucocythémie.

Cet état morbide peut se montrer sous la *forme aiguë ;* je l'ai observé dans le cours de la fièvre puerpérale, espèce d'empoisonnement aigu qui se rapproche tant des cachexies. Il est probable qu'on le rencontrera dans un certain nombre de cas analogues, et en particulier dans les fièvres graves, dès qu'on fera des recherches dans cette direction. Tout est à faire sur ce point, et on s'est trop pressé d'arriver, d'après les premières observations de leucocythémie publiées par les journaux, à une systématisation quelconque de cette altération du sang.

(1) *Arch. de méd.*, février, p. 130.

Les faits de leucocythémie aiguë dont j'ai parlé et que d'autres pourront observer encore me paraissent devoir modifier un peu ces conclusions sous le double rapport de l'étiologie et du pronostic. Pour le moment, les pathologistes ne voient dans cette altération du sang qu'une dyscrasie chronique constamment mortelle. C'est peut-être vrai dans quelques circonstances, lorsque l'altération est très-prononcée et très-ancienne; mais on n'a pas eu le temps de multiplier les observations; il y a des cas aigus et peut-être aussi des cas légers qui ont été méconnus; aussi ferai-je mes réserves sur ce pronostic, que je crois exagéré. C'est une assertion dont l'avenir fera justice.

Dans l'état actuel de nos connaissances incomplètes, nous devons l'avouer, il y a une *leucocythémie locale*, une *leucocythémie générale aiguë* et une *leucocythémie générale chronique.*

Leucocythémie locale. — On a depuis longtemps noté l'accumulation des globules blancs durant la stase inflammatoire. Virchow la signale également (1), mais c'est pour en atténuer l'importance. Il s'exprime ainsi :

« Le sang en est si chargé que Weber et plus tard Rokitausky et » Griesinger ont admis que ces globules en excès étaient de nou» velle formation, soit qu'ils provinssent d'une altération des glo» bules, soit qu'ils fussent créés de toutes pièces. L'opinion la plus » probable est celle d'Eunert, qui admet que les globules blancs » s'accumulent dans le fluide sanguin à l'état de stagnation, parce » qu'ils sont plus entravés que les rouges dans leur mouvement à » mesure que la circulation devient plus active. »

Cette explication n'est qu'une hypothèse tendant à détruire la portée du fait anatomique, mais ne détruisant pas le fait lui-même. L'avenir montrera bien qui a raison de Virchow ou de Griesinger et Rokitausky; mais dans le présent, il faut, pour rester dans la vérité, admettre en quelque sorte à titre provisoire une leucocythémie locale provoquée par l'inflammation des tissus. — E. Bouchut.

(*La fin au prochain numéro.*)

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

De l'asthme.

Lorsque j'ai étudié les phénomènes des maladies, j'ai été frappé de l'inanité des idées anciennes. Je ne pouvais admettre l'existence de lésions fonctionnelles sans lésions d'organes. Je fis alors de nombreuses recherches, et je publiai un travail intitulé *L'asthme des vieillards est-il une affection nerveuse?* Ce qui m'avait conduit à ce genre d'investigations, c'est que tous les hivers, à l'hospice de la Salpêtrière, les septuagénaires et les octogénaires venaient encombrer les salles de mon service, et qu'aux ouvertures cadavériques je ne trouvais, pour m'expliquer la grande difficulté dans la respiration, que des ossifications dans les gros vaisseaux, des incrustations dans les valvules, des hypertrophies du ventricule gauche, des augmentations d'épaisseur de 3 à 4 cent. à la base du cœur. Je rencontrais donc des anévrismes actifs, comme disait Corvisart, avec des obstacles au jeu circulatoire. Il devait nécessairement advenir que le sang, poussé à travers des vaisseaux subissant ou ayant subi des altérations pathologiques, dût s'arrêter en route, stagner dans les poumons, et produire ainsi cette gêne si manifeste de tout l'appareil de la respiration. L'asthme (de ἀάζω, *j'exhale* et *j'aspire*) était la conséquence de cet état.

De ce que je viens d'avancer, voici une application clinique : Une femme âgée de cinquante ans, ayant la face cyanosée, les yeux caves, les pommettes déprimées, est entrée il y a peu de temps à l'Hôtel-Dieu. Chez elle, la percussion accusait un son clair sur toute la partie antérieure de la poitrine. Le poumon gauche était sonore; le droit l'était un peu moins. Tout se passait normalement à la partie postérieure du thorax. A l'auscultation, nous trouvâmes des rhuncus secs, sonores et crépitants fins, ce qui annonçait la propagation de l'inflammation dans les dernières ramifications bronchiques. Le diagnostic porté fut celui-ci : bronchite capillaire, emphysème pulmonaire, engouement du poumon. J'ajoute qu'il a été rencontré de l'albumine dans l'urine. Cette circonstance prouve qu'il suffit d'une hyperémie dans les reins pour qu'il y ait production d'albumine. Le sang a stationné chez cette femme dans les tissus perméables.

La malade a succombé, et l'autopsie est sous nos yeux, savoir : cœur hypertrophié, cavités droites dilatées, parois épaissies; poumon gauche crépitant et augmenté de volume, poumon droit hyperémié. D'un côté il y a anévrisme des cellules pulmonaires, de l'autre rupture par l'air des espaces intervésiculaires, hypostase consécutive et engouement, comme l'indiquait bien le diagnostic.

Laënnec, qui comparait les poumons emphysémateux à des poumons de batraciens, a émis l'opinion suivante : l'emphysème pulmonaire, disait-il, se développe presque toujours à la suite des catarrhes secs intenses et étendus; et presque tous les sujets asthmatiques par cette cause présentent, à l'ouverture, une dilatation plus ou moins marquée d'un certain nombre de cellules bronchiques.

Cette observation conduit à concevoir, ajoutait-il, d'une manière toute physique la dilatation des cellules pulmonaires. Dans le catarrhe sec, les petits rameaux bronchiques sont souvent complétement obstrués soit par les crachats nacrés, soit par le gonflement de leur membrane muqueuse; or, comme les muscles qui servent à l'inspiration sont forts et nombreux, que l'expiration, au contraire, n'est produite que par l'élasticité des parties et la faible contraction des muscles intercostaux, il doit souvent arriver que dans l'inspiration l'air, après avoir forcé la résistance que lui offraient les mucosités ou la tuméfaction de la membrane bronchique, ne peut la vaincre dans l'expiration, et se trouve emprisonné par un mécanisme analogue à celui de la crosse d'un fusil à vent. C'est ensuite par l'accumulation de l'air dans cette cavité, dont l'ouverture est obstruée, que Laënnec explique la dilatation des vésicules.

Après ce tribut payé à l'historique de la maladie, j'en reviens à ce que j'ai observé à la Salpêtrière.

Il y avait intermittence dans les accidents, et je n'observais les étouffements des vieillards que pendant l'hiver; aussi, lorsque je voyais le thermomètre descendre à quatre ou cinq degrés au-dessous de zéro, j'écrivais à l'administration de l'assistance publique pour qu'elle voulût bien mettre à ma disposition un certain nombre de lits supplémentaires. C'est que le froid refoulait le sang à l'intérieur, et comme il y en avait une plus grande quantité à passer dans l'aorte, il stagnait et déterminait l'asthme.

Il ne convient pas, en général, de saigner un octogénaire moribond, c'est le tuer plus vite que ne le feraient les progrès de la maladie; mais quand le sujet est fort, très-robuste, une légère émission sanguine, en diminuant la masse totale du liquide en mouvement, active la circulation, diminue la stase pulmonaire, et la respiration se fait mieux.

Chez les vieillards dont je parle, lorsque la circulation revenait à la périphérie, au printemps, par exemple, les poumons se dégageaient et la guérison se faisait peu attendre, ce qui prouve surabondamment, ce me semble, que la lésion anatomique, que la raison de l'asthme consiste dans un trouble du mécanisme circulatoire, dans un obstacle apporté au libre jeu du torrent de la circulation.

Laënnec a dit : L'asthme accompagne toujours l'emphysème pulmonaire. Cela fut admis sur-le-champ et sans contrôle; mais comment l'emphysème peut-il rendre compte de la difficulté de respirer et de l'intermittence observée dans les accidents d'étouffement ?

M. Bégin a publié un mémoire dans lequel il avance que l'emphysème est dû à des bronchites répétées. La chose est extrêmement possible.

On a objecté à mon mémoire que la percussion et l'auscultation décelaient toujours l'existence des maladies du cœur. Mais ces précieux moyens de diagnostic ne sont pas toujours applicables et constamment vrais; car dans un bon nombre d'autopsies que j'ai faites à la Salpêtrière, je trouvais un cœur de bœuf, *cor bovinum*, là où il n'avait rien été observé pendant la vie qui pût faire soupçonner une lésion organique de cette importance.

Il est une vérité qu'il faut qu'on sache bien, c'est que Corvisart reconnaissait surtout une affection de l'appareil circulatoire à l'orthopnée, à la cyanose, à l'infiltration. Quand il rencontrait ces signes, il n'en demandait pas davantage. Aujourd'hui, nous cherchons avec une minutieuse attention les plus petits bruits, et nous leur donnons une signification. Cette façon d'agir est excellente; mais il faut néanmoins se tenir un peu en garde contre les indications qu'elle nous fournit.

J'ai vu maintes fois des vieillards dont les couvertures étaient soulevées par la force des battements du cœur, et qui, lorsque je les interrogeais, m'affirmaient ne rien éprouver du côté de la région précordiale. Ils n'avaient donc point conscience de la lésion fonctionnelle.

L'asthme, chez les personnes avancées en âge, s'accompagne d'ossifications dans l'aorte thoracique ou dans l'aorte ventrale. Que doit-il en advenir ? Des congestions viscérales plus ou moins graves, des pneumonies mécaniques, des pleurésies, une injection du sang dans les tissus, et de là des éblouissements, de la céphalalgie, des vertiges, une sensation de pesanteur épigastrique, de l'inappétence, etc.

On a prétendu que lorsqu'il y avait infiltration des tissus, c'est que le système veineux, le cœur droit, était malade. Une semblable opinion est très-rationnelle : mais comme j'ai vu l'infiltration commencer par les extrémités sans que les cavités droites fussent atteintes, et alors que l'obstacle à la circulation avait son siége dans le cœur gauche, je dis que l'œdème survient aussi facilement dans un cas que dans l'autre.

De tout ce qui précède, la conclusion est facile à tirer. Pour moi, l'emphysème pulmonaire n'est qu'un phénomène secondaire placé sous la dépendance d'une gêne de la circulation.

HOTEL-DIEU DE NANTES. — M. Letenneur.

Note sur un anévrisme du genou.

Je ne puis résister au désir d'ajouter aux deux observations précédentes (1) quelques mots sur un fait qui me paraît digne d'intérêt, et que j'ai cru devoir intituler *Anévrisme du genou.*

Je n'ai pas été à même d'examiner assez souvent le malade qui fait le sujet de cette observation pour donner un exposé complet de la marche de cette curieuse affection; cependant je regretterais de laisser en oubli les notes que j'ai recueillies à cette occasion et que je transcris fidèlement ici.

Pendant l'été de 1846, passant en voiture dans un village de la commune de Soullans (Vendée), je fus arrêté par un homme nommé Caillon, qui travaillait dans un champ voisin, et qui me demanda ce qu'il devait faire pour se débarrasser d'une douleur sourde qu'il avait depuis plusieurs mois au genou droit.

A la distance où je me trouvais de cet homme, il me sembla que son genou était un peu gonflé : je lui conseillai quelques jours de repos, des frictions d'huile camphrée, et je passai outre.

Deux mois après, je fus appelé pour visiter ce malade.

En arrivant près de lui, je fus véritablement consterné de l'état dans lequel je le trouvai.

Le genou présentait un gonflement énorme, qui rappelait très-bien à première vue certaines tumeurs blanches dans lesquelles la peau, distendue outre mesure, est sur le point de s'ulcérer.

La peau d'ailleurs avait conservé sa couleur normale; elle était soulevée par des vaisseaux que je pris d'abord pour des veines.

La cuisse, très-amaigrie, faisait paraître le genou plus gros. La jambe était un peu œdématiée, placée dans la demi-flexion et depuis longtemps condamnée à l'immobilité.

Quand j'appliquai la main sur le genou, elle fut soulevée avec force par des battements isochrones aux battements du pouls; ces battements, du reste, étaient très-sensibles à la vue.

En comprimant un peu fortement la tumeur, on sentait un bruit de frottement, une sorte de vibration très-énergique.

L'oreille y entendait un double bruit de souffle : le premier, très-fort, que je comparerais volontiers à celui d'un gros soufflet de forge; le second, plus faible, se confondant en partie avec la fin du premier bruit.

Ce double bruit se retrouvait dans tout le trajet de l'artère crurale. Cette artère était dilatée énormément, et avait un volume à peu près égal à celui de l'aorte abdominale; ses parois ne paraissaient point être le siége d'ossifications.

En arrière, l'artère poplitée se perdait dans les parois postérieures de la tumeur. Là on sentait que le choc du liquide était bien moins fort qu'en avant; aucune saillie anormale n'existait dans le creux du jarret, dont la forme était encore assez bien conservée.

Dans le tiers inférieur de la cuisse, et surtout dans les points correspondant aux condyles du fémur, existent, sous la peau, des artères nombreuses formant un riche réseau et ayant, pour la plupart, le volume de l'artère radiale; ces artères semblaient venir s'ouvrir dans la tumeur.

A la partie inférieure de la jambe, on retrouve les battements de l'artère tibiale postérieure plutôt affaiblis qu'exagérés.

En comprimant l'artère crurale pendant quelque temps, cette vaste poche anévrismale s'affaissait, et alors on reconnaissait qu'il existait entre le fémur et le tibia un espace très-considérable résultant de la destruction de la plus grande partie des condyles de ces deux os.

Pendant que l'artère était ainsi comprimée, il était possible d'imprimer à la jambe des mouvements de latéralité; mais quand on laissait le sang revenir dans la tumeur, la distension des parois était telle que tout mouvement devenait impossible.

Le peu d'œdème de la jambe, l'état à peu près normal dans lequel j'avais trouvé l'artère tibiale postérieure, la forme du genou et surtout du creux poplité, l'aspect des parties la première fois que je vis le malade, semblent prouver que l'artère poplitée était étrangère à l'anévrisme, et que celui-ci avait pour siége les artères articulaires et probablement le tissu osseux de l'extrémité inférieure du fémur.

Le malade était très-amaigri, d'une faiblesse extrême, et les souffrances qu'il éprouvait le privaient entièrement de sommeil.

J'invitai plusieurs confrères à venir le visiter, et, comme moi, ils ne virent d'autre ressource que dans l'amputation de la cuisse. Mais cette opération n'était pas sans danger, à cause de la dilatation extrême de l'artère crurale. Elle fut d'ailleurs énergiquement refusée par le malade et par sa famille.

J'ai appris depuis que quinze jours environ après notre visite, le sac anévrismal s'était ouvert, et que la mort avait été presque instantanée.

DES DIFFÉRENTS MODES DE PERCEPTION,

Par le docteur Judée.

L'étude des phénomènes psychiques observés pendant l'état de rêve et de somnambulisme nous a conduit à admettre qu'il existe dans le cerveau deux ordres d'organes. Un premier ordre, formé par un seul, et que nous avons appelé *sensorium commune;* un second, formé par ceux qui sont destinés à nous transmettre certaines impressions, comme celles de la vue et de l'ouïe.

Maintenant que nous connaissons les appareils, voyons quel est leur mécanisme.

Lorsqu'une sensation extérieure de la première classe est perçue, elle arrive jusqu'à l'organe sensible, et là il se passe à l'état physiologique un phénomène sur lequel j'ai déjà insisté. La sensation externe n'est pas reçue si une autre sensation interne très-vive existe. Dans le cas contraire, elle passe outre et arrive au *sensorium commune*, qui nous en donne connaissance. Mais dans certaines conditions qu'il ne nous est pas possible encore d'apprécier, la sensation interne vient se mêler avec la sensation externe et donner naissance aux *hallucinations.* Le plus ordinairement, les choses se passent tout différemment; pendant le sommeil, les autres facultés de l'âme, fortement excitées, réagissent sur l'organe percepteur d'une manière assez puissante pour transformer l'image furtive existant dans la mémoire ou dans l'imagination en une image réelle. Cet organe la transmet alors au *sensorium commune* comme provenant de l'extérieur, et nous avons, ainsi que je l'ai déjà dit, ce que l'on a désigné sous le nom de *songe.*

Ces derniers sont, du reste, assez naturels; car alors les sensations externes ne sont nullement perçues et permettent aux autres d'agir.

Lorsque l'homme est sur le point de s'endormir, il se trouve à peu près dans les mêmes conditions que précédemment. Par con-

(1) *Loc. cit.*, page 131.

(1) Voir le numéro du 8 mars.

séquent, il n'est pas étonnant de voir les sensations internes devenir encore réelles, si je peux l'exprimer ainsi, et constituer une variété de songes plutôt que d'hallucinations, à cause des conditions spéciales à leur production.

Supposons maintenant que l'organe percepteur soit capable de recevoir les sensations de l'extérieur; mais que ces sensations, au lieu d'arriver jusqu'au *sensorium commune*, aillent se distribuer dans d'autres facultés mettant l'homme dans la possibilité de produire un certain nombre d'actes, et nous aurons ce que l'on a désigné sous le nom de somnambulisme. L'homme pourra alors voir, entendre tout ce qui se passe autour de lui sans en avoir nullement conscience.

Mais si on le touche, si on le secoue, tous les phénomènes disparaissent; il revient à lui-même, et recommence à se rendre parfaitement compte de son existence. Il s'agit de s'expliquer ce fait curieux. Mais si l'on admet, comme j'ai essayé de le démontrer, que le *sensorium commune* n'est pas alors capable de recevoir une impression, la difficulté est levée; car en irritant le sens de la deuxième classe, on fait parvenir une sensation jusqu'à lui; il se réveille immédiatement et fait tout rentrer dans l'ordre.

Ainsi, dans l'état de somnambulisme, le *sensorium commune* se reposerait, et une autre faculté, qui à l'état normal doit marcher en même temps que lui, fonctionnerait. Il s'agit de savoir quelle est cette faculté. La difficulté devient assez grande; mais l'expérience physiologique va venir un peu à notre aide.

Si vous donnez à une personne du chloroforme, tout le monde sait qu'elle ne tardera pas à s'endormir; pendant ce sommeil, elle ne sentira nullement les perceptions qui lui viennent du dehors. Coupez-lui un bras, une jambe, et elle ne poussera pas le moindre cri; placez-lui sous les narines les odeurs les plus fortes, elle ne sentira absolument rien, et ainsi des autres choses; cependant elle aura des songes.

Le *sensorium commune* fonctionne donc, ainsi que les organes percepteurs des sens de la première classe, puisqu'ils perçoivent leurs sensations. Mais quelque chose se repose, car celles provenant du dehors ne lui sont pas transmises, et ce quelque chose est précisément ce qui ne se repose pas dans le somnambulisme, puisque la sensation douleur parvient immédiatement au *sensorium commune*, ce qui tout revient à l'état normal.

Cette inconnue doit donc être le pouvoir de percevoir les sensations provenant de l'extérieur. Cette faculté peut manquer pendant quelque temps, et alors la perception des sensations externes cesse complétement d'exister, mais l'organe percepteur peut encore agir et les sensations continuer à être perçues.

Dans le sommeil *complet*, ces différentes portions de l'intelligence n'agissent pas; mais quelquefois les appareils sensitifs sont seuls en repos, et alors on a ce que l'on a désigné sous le nom de sommeil *incomplet* ou état de rêve. D'autres fois, les appareils sensitifs et leurs annexes, si je puis m'exprimer ainsi, peuvent fonctionner, mais le *sensorium commune* ou *conscience* être dans l'incapacité de sentir, ce qui constitue cet état anormal auquel on a donné le nom de *somnambulisme*.

Pour résumer aussi nettement que possible ma pensée, je dirai :

1° Qu'avec le chloroforme on endort complétement tous les *appareils* sensitifs, et seulement que ces derniers ;

Que les mêmes remarques s'appliquent au sommeil incomplet ou état de rêve, mais que dans ce dernier leur engourdissement n'est pas assez profond pour ne pas permettre l'arrivée des sensations de la seconde classe jusqu'au *sensorium commune* sans cependant occasionner le réveil ;

2° Que dans l'état de *somnambulisme* les sens ne dorment pas, ni leurs dépendances, qu'il n'y a que le *sensorium commune* ou *conscience* qui se repose, ce qui explique comment il se fait que l'homme soit alors capable d'exécuter un certain nombre d'actes sans cependant s'en rendre nullement compte ;

3° Que cet état ne peut persister que tant que les perceptions reçues sont seulement visuelles et auditives, car dès qu'elles rentrent dans la deuxième classe des sens, elles arrivent directement à l'organe percepteur par excellence, qu'elles réveillent et qu'elles mettent par conséquent dans la possibilité de recevoir les impressions des sens, ou la première classe.

Je dois déclarer, en finissant, que les mots *conscience* et *sensorium commune* ne sont pas pris par moi avec la signification qu'on leur donne généralement. J'ai trouvé deux expressions qui rendaient assez clairement ma pensée, et je m'en suis tout simplement servi. Avec cette explication, je crois que l'on ne peut me faire aucun reproche et m'accuser de choses qui sont très-éloignées de ma pensée.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 mars 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret qui approuve l'élection de M. F. Boudet dans la section de pharmacie.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture de ce décret. Après cette lecture, M. Boudet, sur l'invitation de M. le président, prend place parmi ses collègues.

— M. le ministre du commerce transmet :

1° Une demande en autorisation d'exploitation d'une source minérale sise à Champfleuret (Puy-de-Dôme) (commission des eaux minérales);

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Drôme en 1855. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Deschamps, pharmacien en chef de la maison de Charenton adresse une note sur la glycérine. (Commissaires : MM. Michel Lévy, Chevallier et Bouchardat.)

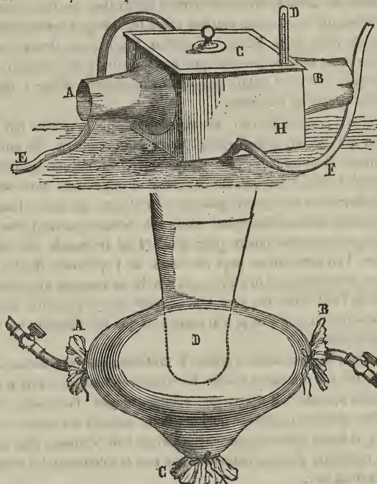
— M. J. L. Lambert-Séron, médecin à Chauny (Aisne), transmet un mémoire sur l'emploi de la glycérine iodée comme succédanée de l'huile de foie de morue, et quelques considérations relatives à la glycérine. (Même commission.)

— M. E. Leudet, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine de Rouen, adresse un mémoire sur les caractères de la fièvre typhoïde, à propos d'un cas de fièvre avec accidents typhoïdes, sans lésion des éléments glandulaires de l'intestin grêle. (Commissaires : MM. Depaul et Grisolle.)

— Le même médecin transmet un mémoire sur l'inflammation et la perforation de la vésicule biliaire, consécutive à la fièvre typhoïde. (Même commission.)

Appareils à irrigation continue pour le pansement des plaies. — M. L. Mathieu présente à l'Académie deux appareils à irrigation continue de M. Langenbeck, professeur à Berlin, pour le pansement des amputations et des plaies en général.

Ces deux appareils, construits par M. L. Mathieu d'après les indications de l'auteur, se composent :



Le premier, d'une boîte en gutta-percha (fig. 1) munie de deux manchons en caoutchouc vulcanisé AB, servant à entourer le moignon ; dans le cas d'une opération pratiquée sur le genou, ces deux manchons compriment la cuisse d'une part, et la jambe de l'autre. Le couvercle C est pour voir la partie opérée. Des deux conduits E, F, l'un communique avec un seau placé au-dessus du lit, amène l'eau dans l'appareil ; tandis que l'autre, communiquant avec un vase placé par terre, opère le déversement du trop-plein et établit le double courant continu, qui est réglé par un robinet plus ou moins fermé.

Le second appareil (fig. 2), en usage aujourd'hui dans les hôpitaux (services de MM. Laugier et Gosselin), est un simple manchon en caoutchouc vulcanisé à quatre ouvertures de différentes grandeurs, et pouvant s'approprier aux diverses dimensions des membres (cuisses ou jambes) ; à deux de ces ouvertures correspondantes s'adaptent deux conduits en caoutchouc qui établissent le double courant, comme dans le premier appareil : un verre fixé dans le milieu permet de voir le moignon ou la plaie. Cet appareil est simple, portatif, d'un prix peu élevé, d'une application facile, comparativement aux boîtes de zinc ou de fer-blanc imaginées par M. Fock, interne à Berlin, qui sont très-difficiles à transporter à cause de leur volume et de leur poids.

— M. Charrière fils présente à l'Académie un appareil du même genre qu'il désigne sous le nom de *bain local chaud et permanent*.

Cet appareil n'est qu'une modification de celui que M. Charrière père avait fabriqué en 1844 pour M. Mayor (de Lausanne), et de celui qui a été publié dans ces derniers temps par M. le professeur Langenbeck, et que M. Gosselin a si heureusement appliqué à l'hôpital Cochin.

Il se compose d'un réservoir en zinc à peu près cubique, dont la paroi supérieure est constituée par une glace qui entre à coulisse et forme le couvercle. Cette disposition permet de voir ce qui se passe dans l'appareil, et laisse la faculté de sortir le moignon pour le pansement. Une de ses extrémités présente une ouverture circulaire munie d'un rebord saillant sur lequel on fixe, à l'aide d'un bracelet, un manchon en caoutchouc vulcanisé. La partie opposée est hermétiquement close, mais peut être disposée toutefois de manière à recevoir un second manchon en caoutchouc. Cette disposition permet d'appliquer le bain local permanent à la partie moyenne du membre, au genou, au coude, par exemple.

Enfin, sur une des parois de la boîte, se trouvent deux ouvertures dans lesquelles on engage, à vis ou à frottement, des tuyaux qui font arriver de l'eau dans la caisse ou lui permettent de sortir. L'ouverture inférieure donne passage à l'eau tiède du réservoir ; la supérieure fait l'office du trop-plein de sortie. La boîte est toujours remplie d'eau.

Le manchon en caoutchouc est la seule pièce susceptible de se détériorer. Sa forme est conique, de manière à pouvoir s'appliquer parfaitement par son extrémité non adhérente à la boîte sur la partie que l'on veut soumettre à l'action du bain local.

Au-dessous du réservoir destiné à alimenter la boîte, se trouve une lampe à alcool qui maintient toujours l'eau à la même température.

Cet appareil fonctionne actuellement dans le service de M. le professeur Laugier et dans celui de M. Voillemier.

— M. le président informe l'Académie qu'il a reçu une lettre de M. Renault qui lui annonce qu'étant obligé de s'absenter pour une mission scientifique dans l'est de l'Europe, il ne pourra pas avant un mois assister aux séances de l'Académie. Il y a lieu, par conséquent, à renvoyer la discussion sur le typhus contagieux de l'espèce bovine à l'époque où M. Renault sera de retour.

Mort de M. Emery. — M. le président fait part ensuite à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Emery, membre de la section d'hygiène et de police médicale. Une députation de l'Académie lui a rendu les derniers devoirs. Un discours a été prononcé sur sa tombe par M. Robert.

Sur l'invitation de l'Académie, M. Robert donne lecture de ce discours, qui est accueilli par des applaudissements.

NOMINATIONS.

Commissions des prix. — L'Académie procède au scrutin pour la nomination des commissions des prix. Voici les résultats du scrutin :

Prix de l'Académie (microscope) : MM. Velpeau, Robert, Barth, Poiseuille, Delafont.

Prix Portal (kystes) : MM. Cruveilhier, Cloquet, Blache, Laugier, Bouley (Henri).

Prix Civrieux (névralgie et névrite) : MM. Bouillaud, Huguier, Mêlier, Gibert, Hervez de Chégoin.

Prix Capuron (saignée dans la grossesse) : MM. P. Dubois, Moreau, Danyau, Depaul, Cazeaux.

Prix d'Argenteuil (rétrécissements de l'urètre) : MM. Bégin, Robert, Gimelle, Roche, Ségalas, Malgaigne, Laugier.

— M. le président annonce que dans la prochaine séance l'Académie aura à nommer une commission de onze membres pour déterminer à quelle section devra être affectée la prochaine vacance.

LECTURE.

Diabétomètre. — M. Robiquet, candidat pour la section de chimie et de physique médicales, lit un travail sur un nouvel instrument destiné à doser le sucre des urines, auquel il donne le nom de diabétomètre-Robiquet.

Voici en quels termes l'auteur expose le but et les avantages de cet instrument :

Ce nouvel instrument est destiné à doser rigoureusement le sucre dans les urines diabétiques. Il a l'incontestable avantage de pouvoir donner les indications les plus précises en opérant avec la lumière artificielle.

Le but spécial pour lequel il a été inventé a permis de simplifier considérablement sa construction ; son prix très-modeste en fera, nous l'espérons, un objet de première nécessité pour tout médecin jaloux de pouvoir suivre jour par jour chez un diabétique les progrès du mal ou de la guérison.

Dans le diabétomètre-Robiquet, la lumière est polarisée par un premier prisme de Nicol; viennent ensuite un tube de 20 centimètres de longueur contenant l'urine diabétique, une plaque de quartz à double rotation destinée à donner la teinte sensible, un second prisme de Nicol servant d'analyseur et une loupe fixant la vision. L'analyseur peut se mouvoir dans le plan qui contient l'axe de l'appareil, et ce mouvement est mesuré par un cercle divisé de telle sorte que chacun de ses degrés correspond à 1 gramme de sucre. Le maniement de l'appareil ne demande que deux ou trois minutes; les teintes qu'y affecte le rayon polarisé sont très-faciles à saisir, et la graduation adoptée donne sans aucun calcul le poids du sucre cherché.

L'auteur a confié la construction de son diabétomètre aux mains expérimentées de M. J. Duboscq, dont les physiciens apprécient depuis longtemps l'incontestable habileté.

DISCUSSION.

De l'occlusion dans le traitement des ophthalmies. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'occlusion des paupières dans le traitement des ophthalmies.

La parole est à M. Velpeau.

M. Velpeau. J'ai vu avec quelque surprise l'énoncé des faits contenus dans le mémoire de M. Bonnafont. Il m'a paru assez extraordinaire, au premier abord, qu'un même traitement pût convenir à toute espèce d'ophthalmie. Cependant comme cette assertion venait d'un homme sérieux, pour qui je professe une entière estime, j'ai dû y songer sérieusement. Mais une première difficulté m'a arrêté. Qu'est-ce qu'une ophthalmie? C'est là une désignation très-vague; ce mot exprime des inflammations très-diverses. J'ai peine à comprendre comment un même traitement peut convenir à une conjonctivite, à un iritis ou à une kératite ulcéreuse. On n'a que rarement spécifié dans ce travail de quelles espèces d'ophthalmies on a voulu parler. Il y a là-dessous une difficulté réelle, qu'il dépendrait des médecins de faire disparaître s'ils voulaient s'entendre.

Ainsi les uns ne parlent que des causes, les autres n'ont égard qu'au siége. Il y a une doctrine étiologique et une doctrine anatomique. D'après la première, qui régnait en France dans le siècle dernier, et qui règne encore actuellement à l'étranger, on distingue les différentes inflammations de l'œil, d'après les causes connues ou présumées, en ophthalmies scrofuleuses, rhumatismales, arthritiques, syphilitiques, etc. La doctrine qui domine actuellement en France procède directement des travaux de Bichat. On y désigne les diverses inflammations de l'œil d'après les tissus affectés ; de sorte qu'il n'y a plus telles ou telles ophthalmies, mais des blépharites, des conjonctivites,

des kératites, etc.; parmi les blépharites, on distingue même les inflammations des glandes de Meibomius, celles des follicules ciliaires, des follicules cutanés, etc.

Cette dernière doctrine est celle que je professe depuis bien longtemps; elle me paraît être la seule qui puisse servir à la désignation des diverses espèces d'ophthalmies. Et pourquoi n'en serait-il pas de l'œil comme des autres organes? Ne distingue-t-on pas dans la pathologie tout entière les inflammations suivant leur siége, non-seulement dans tel ou tel organe, mais encore dans chacun des tissus dont cet organe se compose? C'est ainsi que, dans les inflammations de l'intestin, on distingue l'inflammation du péritoine de celle de la membrane muqueuse intestinale. Cette distinction est, en effet, des plus légitimes; elle est fondée sur ce grand fait d'anatomie générale démontré par Bichat, savoir : que les tissus jouent un grand rôle sur le caractère et la marche des maladies. Ce fait a été le fil conducteur des travaux et des études de ma vie entière. C'est afin de le bien établir dans la science que j'ai publié dans le temps mon *Anatomie chirurgicale*.

Cette influence des tissus sur les maladies est si grande qu'il n'y a pas de maladie qui n'en soit modifiée. Il n'y a pas jusqu'aux abcès, cette maladie si semblable à elle-même en apparence, qui ne diffèrent beaucoup suivant les régions qu'ils occupent et les tissus aux dépens desquels ils sont formés.

Il en est de même pour les diverses parties constitutives de l'œil, et ici les différences des inflammations suivant leur siége sont peut-être plus apparentes encore et plus faciles à étudier que partout ailleurs. L'œil, que l'on appelle au point de vue moral le miroir de l'âme, peut être considéré anatomiquement comme le résumé, la miniature de l'organisme. Il est donc très-important d'insister sur cette manière d'envisager les inflammations.

Les inflammations des diverses parties de l'œil, ai-je dit, ne se ressemblent pas. En effet, une blépharite ne ressemble pas à une conjonctivite, une conjonctivite à une kératite, celle-ci à l'iritis, etc. La blépharite elle-même présente des variétés suivant les éléments de la paupière envahis par l'inflammation. L'inflammation des glandes de Meibomius ne ressemble pas à celle des follicules ciliaires ou des follicules cutanés. On ne saurait donc admettre le mot d'ophthalmie comme une désignation suffisante de la maladie à laquelle on a affaire. On ne serait pas admis davantage à dire qu'on traite ces différentes ophthalmies par un même moyen. Il y a en effet une très-grande différence pour la gravité, et partant pour le pronostic et pour les moyens de traitement à leur opposer, entre une conjonctivite et une kératite.

M. Bonnafont, il est vrai, je dois le reconnaître, se range à la doctrine anatomique; il indique bien de temps en temps dans ses observations les diverses espèces d'ophthalmies par leur nom anatomique; mais, lorsqu'il s'agit de l'appréciation des effets thérapeutiques de la méthode qu'il préconise, il oublie bientôt ces distinctions, et dans la discussion il ne se sert plus que des expressions d'ophthalmie intense ou légère, d'ophthalmie grave ou bénigne. M. Larrey en a fait autant dans son excellent résumé historique, de sorte qu'il est très-difficile de se faire une idée juste de la valeur de ces faits.

J'entends bien d'ici l'objection qu'on va me faire. On me dira : Vous niez donc les ophthalmies spécifiques, les ophthalmies scrofuleuses, rhumatismales, syphilitiques? Je ne les nie nullement. Je les admets; non pas avec toutes les distinctions établies par les ophthalmologistes allemands, mais enfin je les admets. Seulement, ce que je veux, c'est que l'adjectif reste adjectif, et ne devienne pas substantif; je veux que les désignations syphilitique et autres soient appliquées comme qualifiant seulement la cause des diverses espèces d'inflammations oculaires, dont le nom doit toujours rappeler le tissu, l'organe affecté. Je ne nie nullement l'influence des causes, pas plus que je ne conteste la part qu'il faut faire à la constitution, aux cachexies, aux vices généraux de l'économie. Tout cela, je le répète, je l'admets, et j'en tiens compte dans la pratique. Mais tout cela est parfaitement compatible avec la distinction anatomique, qui doit être la base principale de la classification des diverses espèces d'ophthalmies. Aussi ai-je l'habitude d'ajouter l'adjectif qui rappelle la cause au nom de la maladie tiré du tissu malade, et je me sers tous les jours de ces expressions : conjonctivite scrofuleuse, kératite ou iritis syphilitique, etc.

Maintenant, ceci bien entendu, quand j'ai voulu examiner les preuves données par M. Bonnafont à l'appui de l'efficacité de sa méthode, j'ai été encore embarrassé. Il y a dans son travail des expressions, des formes de langage qui m'ont empêché de me fixer sur le sens véritable des faits. Ainsi, tandis que dans quelques passages il emploie les termes de kératite, de conjonctivite, d'iritis, etc., dans d'autres il semble confondre ces divers états sous le nom commun d'ophthalmie, sans qu'on puisse distinguer à quoi on a affaire; dans d'autres, je vois qu'il est question de conjonctivites ulcéreuses, puis de kératite avec fièvre. Mais je ne présume pas qu'il en soit autrement pour les militaires que pour les civils. Or jamais, quelque intense que soit une kératite, à moins de complication, nous ne l'avons vu produire la fièvre.

Cependant, comme M. Bonnafont est un chirurgien d'une parfaite bonne foi, j'ai dû examiner avec soin sa méthode.

Il m'a semblé que théoriquement on partait d'un fait très-contestable. Clore les yeux! Mais pourquoi? Pour soustraire, dit-on, l'organe malade à l'action de l'air et de la lumière. Depuis quelque temps on paraît redouter beaucoup l'action de l'air. On a imaginé pour la prévenir une foule de méthodes par occlusion. La méthode sous-cutanée, imaginée d'après cette vue, est assurément une bonne chose, je suis loin de le contester; mais je crains qu'il n'y ait dans tout cela quelque exagération. On pourrait opposer aux prétendues influences pernicieuses de l'air une foule de faits soit chirurgicaux, soit médicaux, où cette influence pernicieuse n'existe nullement. A-t-on oublié que le pneumothorax n'offre pas par lui-même un danger bien réel? (Je ne parle pas, bien entendu, des causes qui le produisent et des complications graves qui l'accompagnent habituellement.) Les emphysèmes qui se manifestent si souvent à la suite de certains traumatismes, des fractures de côtes, par exemple, n'entraînent non plus aucun accident bien grave. J'en dirai de même de l'infiltration des paupières qui se produit dans certains cas de fistule lacrymale, etc. Si je voulais passer en revue tous les cas où l'air pénètre dans nos tissus sans produire aucun effet fâcheux, on verrait qu'en somme l'action de l'air n'est pas aussi dangereuse qu'on l'a dit. Je ne méconnais pas cependant qu'il n'ait dans certains cas une action nuisible; mais je comprends cette action autrement qu'on ne l'a dit jusqu'ici. Je crois que dans certaines circonstances, l'air introduit dans des foyers où il se trouve mêlé avec des liquides épanchés, agit chimiquement sur ces liquides, les altère et les rend délétères.

Relativement à l'action de la lumière, nous retrouvons encore les mêmes exagérations. On est dans l'usage de placer les sujets atteints d'ophthalmies dans l'obscurité; on s'est fondé sur ce que ces sujets, en général, fuient la lumière; cela est vrai pour quelques cas, en particulier pour les sujets affectés de kératite ulcéreuse, mais ce n'est pas exact pour tous, et pour ces derniers même cela ne prouve pas que l'obscurité soit nécessaire. Je sais que je vais me trouver sur ce point en contravention avec l'opinion la plus générale, mais depuis longtemps je me suis prononcé contre cette méthode. Ce n'est pas toujours un bon moyen de conjurer le danger que de lui tourner le dos; il faut quelquefois savoir l'affronter. J'ai souvent obtenu de meilleurs résultats en laissant les yeux exposés à la lumière et à l'air libre qu'en les plaçant dans l'obscurité. J'ai remarqué que la photophobie se dissipait plus vite. Il faut tenir compte d'ailleurs des différences très-grandes qui existent à cet égard entre les diverses espèces d'ophthalmies.

En somme, le contact de l'air n'est pas aussi dangereux qu'on le croit.

Voyons ce que dit l'expérience.

L'occlusion est une méthode ancienne. On a rappelé qu'elle est en usage chez les Arabes. Mais assurément les Arabes ne font point les distinctions que nous avons établies entre les diverses sortes d'inflammations de l'œil, et M. Furnari lui-même, à qui nous devons la connaissance de ce fait, ne les distingue pas toujours d'une manière assez catégorique. J'en dirai autant des ophthalmologistes belges, qui ont également préconisé l'occlusion.

Mais il y a, nous dira-t-on, les expériences que la nature fait elle-même et qui doivent nous éclairer. Si l'occlusion guérit, les enfants, qui tiennent toujours leurs yeux fermés quand ils ont une ophthalmie, les individus atteints de kératite ulcéreuse et qui évitent avec soin la lumière devraient tous guérir plus vite. Or il n'en est rien. Dans les conjonctivites blennorrhagiques, l'œil est hermétiquement clos; les malades guérissent-ils mieux pour cela? Tout le monde sait bien le contraire. J'en dirai autant pour les suites de l'opération de la cataracte par abaissement. On n'évite pas par là les chances fréquentes de la fonte de l'œil. Pour ma part, j'ai souvent essayé plusieurs moyens populaires d'occlusion, et je n'ai jamais vu que les malades en aient été guéris plus vite.

Cependant M. Bonnafont a guéri. Il faut donc que cela tienne à son procédé. On sait comment il agit. Le sparadrap dont il se sert n'a pas une action spéciale; il n'agit que comme moyen d'occlusion, voilà tout. Mais ne sait-on pas avec quel art Roux pansait ses opérés de cataracte; il serait difficile assurément d'avoir une occlusion plus exacte et plus complète. Je ne m'explique donc pas la différence des résultats dans les deux cas.

Mais voyons les preuves de M. Bonnafont. C'est par là que j'aurais dû commencer. Je me serais épargné peut-être bien des arguments inutiles. En effet, sur les 18 observations de M. Bonnafont donnant un total de 317 jours, je trouve pour chacun de ses malades une moyenne de 17 jours de traitement; mais en relevant tous les cas d'ophthalmies traités dans mon service durant une année, par des moyens divers, je trouve une moyenne de 13 jours pour chaque malade. Si, au lieu de prendre les choses en bloc, nous les prenons en détail et par séries de même nature, je ne trouve pas que les résultats de M. Bonnafont soient plus satisfaisants.

Il résulte donc de cette analyse que tout cela n'est pas très-clair, et je crains que, dans cette circonstance, le chirurgien n'y ait guère vu mieux que ses malades.

Est-ce à dire que je rejette le moyen? Non. Je le crois utile, mais dans de certaines limites. Il faut réduire l'usage de la méthode à certains cas bien spécifiés. Par exemple, je l'emploie volontiers dans quelques cas de conjonctivite simple, dans les lésions traumatiques de l'œil, dans les abcès, les dépôts plastiques de la cornée, etc. Seulement je ne l'emploie pas dans le même but et d'après les mêmes vues que M. Bonnafont; ce n'est pas pour soustraire les malades à l'action de l'air et de la lumière, c'est, je me trompe peut-être, pour agir par compression.

J'ajouterai que l'occlusion n'a jamais été pour moi une méthode unique, exclusive; je l'ai toujours secondée par l'emploi de certains moyens adjuvants internes ou autres, et c'est de cette manière que j'en ai retiré de bons effets. Mais je ne dois pas dissimuler que les avantages de cette méthode sont compensés par quelques inconvénients, tels que la gêne, la douleur.

En définitive, je pense que cette méthode ne repose encore jusqu'ici ni sur une expérience suffisamment concluante, ni sur des faits assez précis. Telle qu'on l'a employée jusqu'à présent, c'est une sorte de traitement à la colin-maillard. Je suis porté à croire qu'on s'est fait à son égard quelque illusion; qu'elle a moins d'efficacité qu'on ne l'a dit, et qu'elle a dans certains cas des dangers qu'on a méconnus ou dissimulés. C'est donc encore une méthode à mettre à l'étude.

— Plusieurs membres sont inscrits pour prendre la parole après M. Velpeau, mais vu l'heure avancée, la suite de la discussion est remise à la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Réclamation au sujet du compte rendu de la précédente séance. — Nous recevons de M. Piorry la lettre suivante, que nous nous empressons d'insérer textuellement :

« Monsieur le Rédacteur,

» Il faut que dans la dernière séance de l'Académie de médecine je me sois bien mal expliqué sur les cas où les bandelettes de taffetas icthyocollé conviennent dans les ophthalmies, puisqu'on lit dans votre journal du jeudi 7 mars que je les recommande dans les cas de phlegmasie purulente ou virulente de l'œil. C'est précisément le contraire que j'ai voulu dire; je croyais si bien l'avoir fait, qu'il me semble avoir ajouté que, par la même raison qu'il ne faudrait pas chercher à retenir le pus syphilitique dans l'urètre ou dans un bubon, il ne serait pas opportun de laisser un liquide virulent séjourner entre les deux lames de la conjonctive. J'ai même lu, dans une autre feuille périodique, que telle avait été l'opinion formulée dans mon allocution; il y a donc lieu de croire que l'erreur a été du côté de la personne qui a rédigé le compte rendu de la séance.

» On a dit, dans ce même numéro, que je n'avais pas spécifié les cas où la méthode de l'occlusion est préférable; veuillez vous informer de ce qui a été dit à l'Académie, et vous penserez comme moi que je suis entré à cet égard dans des détails aussi étendus que le comportait la simple communication que je faisais à ce corps savant.

» Je connais assez votre impartialité et votre désir d'être dans le vrai et dans l'utile, pour que je ne doute pas de votre empressement à rectifier l'erreur que je vous signale.

» Veuillez agréer, etc. Professeur Piorry. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 8 mars, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officier : M. Brisset, médecin-major de 1re classe;

Chevaliers : MM. Perrin, médecin aide-major de 1re classe, et Vallois, médecin aide-major de 1re classe.

— La candidature de l'Académie des sciences est en ce moment l'objet d'une vive préoccupation. Le terme probablement très-prochain de l'élection fait accueillir avec une certaine avidité les bruits qui circulent à son sujet.

Voici celui que nous avons recueilli de plusieurs bouches et que nous reproduisons sans en garantir l'exactitude :

La section de médecine et de chirurgie, sollicitée et tiraillée en sens divers par les prétentions des médecins, des chirurgiens et des physiologistes, paraîtrait avoir voulu se décharger de la responsabilité du choix sur l'Académie elle-même, en lui soumettant une liste double, l'une de chirurgiens, l'autre de médecins et de physiologistes placés parallèlement et *ex æquo*.

Cette double liste, si les renseignements qu'on nous a fournis sont exacts, serait ainsi composée :

1° Pour la médecine :

En première ligne, *ex æquo* : MM. Cruveilhier et Longet;

En deuxième ligne, *ex æquo* : MM. Piorry et Poiseuille.

2° Pour la chirurgie :

En première ligne, *ex æquo* : MM. J. Guérin et Jobert (de Lamballe);

En deuxième ligne, *ex æquo* : MM. Laugier et Malgaigne.

Si l'on rapproche cette seconde liste de celle que la section a présentée pour la dernière élection, on y remarquera des changements notables, et en particulier l'absence du nom d'un de nos chirurgiens les plus distingués, qui y figurait le second.

— Le corps médical de l'armée d'Orient est cruellement éprouvé depuis quelque temps. Il y a quinze jours à peine nous annoncions la mort de trois médecins militaires; trois autres viennent de succomber encore aux atteintes des maladies régnantes, victimes de leur zèle et de leur dévouement.

Le 28 février ont eu lieu les funérailles de M. Sagne, médecin aide-major à l'hôpital de Dolma-Baqtché; le lendemain celles de M. Volage, médecin principal de l'hôpital de Rami-Tchifflik, et de M. Girard, médecin-major.

M. le général Larchey, commandant en chef des troupes françaises à Constantinople, et la plupart des chefs de service avaient voulu rendre un dernier hommage à la mémoire de ces hommes de bien; un grand nombre d'officiers suivaient aussi le convoi funèbre.

M. Baudens, inspecteur du service de santé, s'est fait le digne interprète des sentiments de l'armée dans les adieux suprêmes qu'il a adressés aux docteurs Sagne, Girard et Volage; M. Artigue, médecin chef à l'hôpital de Maslaq; M. Cuvillon, médecin-major à l'hôpital de Rami-Tchifflik, au nom de leurs camarades, ont prononcé de touchants adieux sur la tombe de leurs collègues.

— Les nouvelles de Crimée annoncent que la température s'est radoucie. Après avoir marqué 15 et 16 degrés de froid, le thermomètre est remonté à 10 degrés au-dessus de zéro.

L'état sanitaire s'améliore sur quelques points. Le gouvernement français a donné ordre d'embarquer pour la Crimée une grande quantité de légumes frais, afin qu'une alimentation végétale y paralyse les influences scorbutiques.

— L'individu dont il a été question dans la lettre de M. le Dr Corbel (*Voir* notre numéro de samedi dernier) continue à exploiter nos confrères.

Il s'était présenté, comme nous l'avons dit, mercredi à dix heures du soir chez un de nos collaborateurs du quartier de l'Odéon, et l'ayant trouvé chez lui, il l'avait simplement prié de passer le lendemain matin à une adresse qui, bien entendu, était fausse. Le même jour il n'était pas plus heureux chez un docteur de la rue de l'Ancienne-Comédie. Vendredi il faisait une tentative également infructueuse chez un médecin de la rue St-Jacques, M. V... Mais aujourd'hui la *Patrie* nous apprend qu'il a commis un vol chez le docteur P..., rue de la Sourdière, 18.

Voici le signalement du voleur qui s'est présenté chez notre collaborateur : c'est un homme d'assez haute taille, ayant de bonnes manières; il porte des moustaches et une barbiche noire. Lorsque par hasard il trouve chez lui le médecin qu'il ne comptait pas rencontrer, ou il donne une fausse adresse, en priant de s'y rendre le lendemain, ou il se borne à demander l'heure de la consultation pour amener un malade le jour suivant. Inutile de dire qu'il ne revient jamais.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Lettres sur la rage humaine, par le Dr Bellenger. In-8° de 64 pages. Prix : 1 fr. 50 c. par la poste. — Dans toutes les librairies médicales.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Méningo-encéphalite rhumatismale. — Autopsie.

Existe-t-il réellement une méningite rhumatismale ? Cette méningite, en admettant l'affirmative, peut-elle amener des désordres matériels de l'encéphale, une véritable encéphalite avec désorganisation et ramollissement de la substance du cerveau ? Peut-on trouver dans la constatation de ces faits des indications utiles pour le pronostic et le traitement, même en présence d'un fait où la terminaison a été funeste ?

Ce sont là autant de questions jusqu'à présent peu élucidées, faute d'observations cliniques péremptoires, et sur lesquelles pourtant les médecins seraient sans doute heureux de se sentir fixés.

Le fait suivant nous a paru de nature à préparer cette solution. Il a été recueilli dans le service de M. Sandras, à l'Hôtel-Dieu, par M. Letellier, son interne ; nous le publions avec quelques réflexions que M. Sandras a communiquées à ses élèves à propos de l'autopsie.

F... (Emilie), domestique, âgée de trente-neuf ans, entre le 6 février 1856 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Monique, n° 19.

Il y a deux mois et demi, cette malade fut prise de douleurs articulaires qui parcoururent successivement les principales articulations des membres inférieurs et supérieurs. Ces douleurs s'étaient à peu près complétement dissipées, lorsque, il y a quinze jours, la tête devint à son tour le siége de douleurs excessives qui persistent encore.

Ces renseignements sont les seuls que l'on puisse obtenir de la malade. Elle ne se rappelle ni si elle a été traitée ni comment elle l'a été. Toutefois il est probable qu'aucune émission sanguine n'a été pratiquée, car on ne constate pas de traces apparentes de saignées, de sangsues ou de ventouses.

Quoi qu'il en soit, elle se présente actuellement dans l'état suivant :

Les articulations sont toutes revenues à l'état normal. Au cœur, un bruit de souffle très-évident se fait entendre au premier temps. Les pulsations, au nombre de 86, sont fortes, mais régulières.

Tout le côté gauche du cœur est à peu près complétement paralysé du mouvement et de la sensibilité ; celle-ci paraît seulement un peu conservée au voisinage des orifices des muqueuses. La face est déviée à droite, et l'œil, un peu dévié en dedans, est presque immobile. La vue cependant est conservée du côté paralysé ; les mouvements de la langue sont restés intacts. Lorsqu'on introduit une cuiller ou un biberon entre les dents, les mâchoires se resserrent, et une partie du liquide est expulsée de la cavité buccale. Ce phénomène est sans doute lié à des contractions convulsives des muscles du côté droit, qui sont animés par la cinquième paire ; en effet, les branches sensitives de ce même nerf sont douloureuses à la pression exercée au niveau de leurs points d'émergence.

A part ces phénomènes, le côté droit ne présente rien d'anormal.

La tête est toujours très-douloureuse, et la malade répète à chaque instant qu'elle a éprouvé et qu'elle éprouve encore des douleurs aiguës. La région cervicale l'est également, et la pression exercée au niveau des trois ou quatre premières vertèbres fait pousser des cris de douleur.

Quant à l'intelligence, elle n'a pas éprouvé d'altération profonde. On ne peut savoir si la malade a eu du délire ; actuellement, au moins, elle répond assez bien à un certain nombre de questions ; elle a conscience de son état, et la parole n'est nullement embarrassée.

Respiration libre ; peau un peu chaude et halitueuse ; langue saburrale ; soif assez vive.

Diagnostic. — La marche de la maladie, l'ensemble des symptômes prouvent suffisamment que cette malade a été atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu ; que la maladie, après s'être manifestée successivement aux principales articulations et au cœur, a ensuite porté son action sur les méninges encéphaliques ; que le côté droit surtout a été intéressé ; qu'enfin, consécutivement à la méningite, une portion de la pulpe cérébrale s'est trouvée affectée.

En conséquence, le traitement a été dirigé à la fois contre le rhumatisme et contre la méningite. — 1° Sulfate de quinine, 1 gramme 50 centigr., en huit paquets, à prendre à intervalles égaux dans les vingt-quatre heures. Après chaque paquet, une cuillerée à bouche d'un julep gommeux acidulé avec 10 gouttes d'acide sulfurique. — 2° 4 pilules d'extrait d'opium de 5 centigr. chaque, à intervalles égaux. Oranger sucré, 2 pots. Diète.

Le 8 février, la céphalalgie paraît moins vive ; la pression au niveau des branches de la cinquième paire à droite et des vertèbres cervicales est moins douloureuse. Assoupissement assez prononcé ; soif plus vive. Le sulfate de quinine a déterminé des bourdonnements d'oreilles et quelques douleurs d'estomac, mais pas de vomissements. — Même traitement.

Le 9, les symptômes sont restés à peu près les mêmes ; seulement la malade souffre moins et a du sommeil. Le pouls, à 110 le soir, redescend le matin à 90. Peau toujours chaude et sudorale. La malade urine sous elle. — Même traitement, auquel on ajoute une potion avec 75 grammes de sirop de morphine.

Le 10. Hier au soir, pouls à 120 ; engourdissement tel que la malade répond beaucoup plus difficilement aux questions. Pendant la nuit, il a été très-difficile de lui faire prendre ses paquets de sulfate de quinine. Ce matin, état semi-comateux ; pupilles plus contractées ; pouls à 160, petit, filiforme ; respiration très-fréquente ; peau chaude, couverte de sueur. La malade ne répond plus aux questions ; le facies est très-altéré.

La malade est morte deux heures environ après la visite.

A l'autopsie, faite quarante-quatre heures après la mort, on a constaté les lésions suivantes :

Encéphale. — La dure-mère est d'une extrême ténuité, de sorte qu'elle s'est trouvée déchirée en plusieurs points, par suite de l'ablation de la calotte crânienne. Cette membrane ne paraît d'ailleurs aucunement altérée. L'espace sous-arachnoïdien est infiltré d'un liquide opalin un peu louche. Cette infiltration, qui existe sur toute la périphérie du cerveau, est plus prononcée du côté gauche.

En incisant couche par couche l'hémisphère cérébral droit, par conséquent l'hémisphère opposé à la paralysie, on constate qu'il est sain dans tout son pourtour ; mais arrivé à 6 ou 7 millimètres environ de la cavité ventriculaire, on rencontre la pulpe cérébrale ramollie. La substance blanche qui constitue la paroi externe du ventricule se trouve presque diffluente, de teinte verdâtre ; on croirait presque qu'il s'est fait un travail de suppuration, bien qu'il n'y ait pas là de pus bien caractérisé. En ouvrant la cavité du ventricule, on voit que ce ramollissement occupe toute l'étendue des parois, et notamment de la substance blanche. Au niveau de la couche optique et du corps strié il s'étend moins en profondeur, de telle sorte que ces deux amas de substance grise peuvent être en quelque sorte énucléés du milieu des tissus altérés. Au moment où le ventricule a été ouvert il ne s'en est pas échappé de liquide.

L'hémisphère cérébral gauche, le cervelet, la protubérance, le bulbe, la partie supérieure de la moelle ne présentaient aucune altération notable.

Cœur. — Le péricarde, de même que la dure-mère, offre une très-grande ténuité ; ce peu d'épaisseur se retrouve dans les parois de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Une petite plaque laiteuse de 5 à 6 millimètres est la seule altération qui existe dans la cavité péricardique.

En examinant les valvules auriculo-ventriculaires gauches par l'oreillette, on aperçoit, sur celle qui est du côté de l'orifice aortique, une petite production verruqueuse de la grosseur d'une lentille, vasculaire, à surface chagrinée, et implantée sur la valvule par une partie un peu rétrécie. Dans d'autres points de cette valvule, ainsi que dans la seconde valvule du même orifice, au sommet des valvules aortiques et dans différents points des valvules auriculo-ventriculaires droites, se voient des épaississements blanchâtres, des espèces de dépôts pseudo-membraneux, qui bien évi-

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale ; description et iconographie pathologique des altérations morbides observées dans le corps humain ; par le docteur LEBERT, professeur de clinique médicale à l'Université de Zurich (1).

Il y a un an aujourd'hui nous annoncions dans le feuilleton de ce journal le commencement de la publication de l'ouvrage de M. le professeur Lebert, duquel nous ne craignions pas de dire que ce serait sans contredit le plus splendide monument élevé à l'anatomie pathologique qu'aurait produit le dix-neuvième siècle. A cette époque, trois livraisons seulement avaient vu le jour. Le succès était loin d'être décidé ; à peine semblait-il possible, d'après ce spécimen, quelque beau qu'il fût, de hasarder un jugement favorable sans craindre d'être taxé de témérité. Le plan en était si nouveau ; les données sur lesquelles il devait reposer étaient encore si en dehors des études habituelles et généralement admises, qu'il eût bien été permis de douter de la réussite. Mais pour nous, qui connaissions depuis longtemps la valeur de l'homme qui avait entrepris cet immense travail, son intelligence, son habileté pratique, nous que des circonstances particulières avaient mis à même de parcourir d'avance, grâce à l'obligeance de l'auteur, la plus grande partie des matériaux qu'il avait entre les mains, de voir dans ses cartons, il y a plus de dix ans, bon nombre des merveilleux dessins qu'il faisait exécuter à grands frais dans les amphithéâtres des hôpitaux de Paris, nous étions plus à même de prédire, pour ainsi dire à coup sûr, le succès auquel il ne pouvait manquer d'être appelé. Nous avons eu le bonheur de ne pas nous tromper dans notre pronostic. Les dix fascicules que nous avons sous les yeux ont réalisé les promesses qu'avaient faites les trois premiers. Une immense carrière est ouverte à l'anatomie pathologique, et les conséquences scientifiques auxquelles conduiront les nouvelles méthodes d'investigation sont encore incalculables, même approximativement. *Novus rerum nascitur ordo.*

Dans notre premier article, nous nous sommes assez longuement étendu sur l'introduction pour ne pas avoir à y revenir. Nous avons dit que dans ces considérations générales l'auteur exposait et la tendance générale de son livre, et la doctrine philosophique qu'il avait adoptée. Ceci une fois établi, il entre en matière par l'histoire de l'hypérémie et de l'inflammation, de ses principaux phénomènes anatomiques, de ses divers modes d'être et de ses modifications successives.

L'étude de la localisation inflammatoire, des changements vasculaires qui surviennent dans l'inflammation, a été faite tant à l'aide d'expériences directes sur les animaux vivants qu'au moyen de l'observation sur l'homme malade, conditions essentielles pour pouvoir différencier l'inflammation *traumatique* de celle dite *spontanée*. Comme modes d'être de l'inflammation, expression qu'il préfère à celle de *terminaison*, plus journellement employée, mais préjugeant d'une façon trop absolue les divers modes des changements d'origine phlegmasique qui surviennnent dans la nutrition, M. Lebert passe successivement en revue :

1° La résolution ;

2° L'exsudation, qu'il divise en séreuse, coagulable, et coagulable et corpusculaire ;

3° Le pus. Dans ce dernier paragraphe, tracé de main de maître, nous signalerons en passant des considérations neuves et tout à fait originales sur la réunion *immédiate* qui a lieu sans inflammation et sans exsudation, la réunion *adhésive* ou *par première intention*, s'opérant en vertu d'une exsudation glutineuse, qui recolle pour ainsi dire les parties séparées, et celle par suppuration, la plus fréquente et la plus importante, dont les différentes phases sont examinées avec le plus grand soin. Puis viennent l'induration et le ramollissement, l'hypertrophie et l'atrophie inflammatoires, qui complètent le premier chapitre.

L'ulcération et la gangrène, par lesquelles se termine ce qui est relatif à l'inflammation et à ses suites, ont été réunies dans un même chapitre comme offrant de nombreux points de contact, et entre autres cette circonstance, qu'elles reconnaissent l'une et l'autre pour dernière cause l'oblitération d'un certain nombre de vaisseaux qui ne sont pas remplacés par des vaisseaux de nouvelle formation. Cette analogie avait déjà été, du reste, exposée par M. Lebert dans sa *Physiologie pathologique*, et l'expérience ultérieure n'a fait que le confirmer dans son opinion.

Viennent ensuite l'hémorrhagie, étudiée dans ses causes, dans son mécanisme, suivant les organes ou les tissus dans lesquels elle se produit ; l'atrophie et l'hypertrophie considérées en général d'abord, puis dans le tissu glandulaire en particulier.

M. Lebert définit l'hypertrophie : l'augmentation des molécules constituantes, essentielles d'un tissu ou d'un organe, un véritable accroissement de nutrition avec excès de ses matériaux. Il élague donc de cette classe de lésions les simples augmentations de volume désignées sous le nom de fausses hypertrophies, et qui peuvent être produites par les causes les plus diverses. L'hypertrophie joue dans l'histoire des maladies chroniques un rôle aussi important que l'inflammation dans celle des affections aiguës, et embrasse en grande partie les altérations décrites sous le nom de tumeurs.

C'était évidemment là la place que devait occuper la classification des tumeurs. M. Lebert l'a parfaitement compris ; aussi établit-il sur-le-champ et avec un rare talent d'exposition et une parfaite clarté les quatre grandes classes de tumeurs qui dérivent des recherches modernes :

1° Simple accroissement d'un tissu ou d'un organe normal ou physiologique ; *productions hypertrophiques simples*. Ces tumeurs sont essentiellement homœomorphes.

2° Un tissu homœomorphe peut se montrer dans des parties de l'é-

(1) Livraisons de 1 à 10. Prix de chaque, 15 fr. In-fol. avec pl. J.-B. Baillière.

demment sont le produit d'une endocardite récente ; toutefois, autour de ces épaississements, il n'y a pas de vascularisation comme autour de la végétation dont il vient d'être parlé.

L'examen des autres viscères n'y a fait trouver aucune altération importante.

Le poumon droit présentait des adhérences assez étendues, mais elles remontaient évidemment à une époque antérieure. L'estomac offrait en plusieurs endroits des plaques d'un rouge vif, mais en aucun point il n'y avait ulcération de la muqueuse.

Tel est le fait matériel. A ce sujet, M. Sandras fait remarquer la marche qu'avaient suivie les symptômes et la maladie : l'invasion successive des séreuses articulaires et cardiaques, la méningite ventriculaire prouvée par l'altération si prononcée de la substance blanche qui constitue les parois de cette cavité et le ramollissement déchiqueté de la paroi externe, le développement progressif de la maladie anatomique, enfin l'inévitable terminaison que de pareils désordres devaient amener.

Et à ce sujet se présentait l'examen du pronostic et du traitement pour une maladie de cette sorte.

Dans l'opinion de M. Sandras, le pronostic comme le traitement avaient dû être dès le principe subordonnés à deux choses : la nature du mal, le degré des altérations produites. Le premier élément n'était pas douteux : il s'agissait d'un rhumatisme, et par conséquent le pronostic devait être réservé, c'est-à-dire favorable si l'affection était restée purement rhumatismale; grave, très-grave, si le rhumatisme avait amené des lésions matérielles de l'encéphale. Au point de vue de la nature de l'affection, le traitement antirhumatismal le plus énergique se trouvait indiqué. Il l'était d'autant mieux que les parties envahies exigent plus que toutes les autres que la médecine soit puissante et promptement active.

Le second élément de la question, le degré des altérations produites, devait donc dominer les précautions de l'avenir et les déterminations thérapeutiques à prendre. Malheureusement, quand la malade est entrée à l'Hôtel-Dieu, ces altérations matérielles étaient plus que probablement insolubles. La durée antérieure, le degré, la forme de la paralysie ne laissaient que bien peu d'espoir d'un retour vers le mieux. Admettre sans réserve un pareil diagnostic, c'était conclure au pronostic le plus grave, à la nullité du traitement. Or il est certain que, même avec des symptômes d'une apparence aussi menaçante, la méningite cérébro-spinale a cédé devant un traitement énergique; que l'opium à haute dose, entre les mains de M. Pomard, de M. Boudin, de Requin, entre celles de M. Sandras lui-même, a produit des succès véritablement merveilleux contre cette maladie, toutes les fois qu'il a pu être employé avant que la désorganisation cérébrale se soit faite ; comme il est certain que l'on ne peut pas déterminer dans le plus grand nombre des cas le moment où se fait la désorganisation insoluble, que ce traitement par l'opium employé avant la désorganisation est incomparablement plus efficace que tous les autres, qu'après la désorganisation le mal est suffisant pour que l'art se réduise à peu près tout entier dans un pronostic et encore dans un pronostic funeste, ce qu'il y avait de mieux à faire pour cette malade était encore de supposer le mal curable et d'agir en conséquence.

Le sulfate de quinine à cause de la nature du mal, l'opium à haute dose à cause de la méningite ont été employés et ont produit tout ce qu'on en pouvait attendre, la diminution des douleurs, du repos pendant la nuit. Ils ne pouvaient rien pour réparer de si graves désordres de l'encéphale et pour reculer la mort, que la marche des accidents matériels avaient rendue inévitable.

Hypertrophie douloureuse de la glande mammaire chez un homme.

Il existe dans les annales de la science un certain nombre d'exemples de développement de la glande mammaire chez l'homme. Le fait n'est même pas très-rare. Aussi est-ce moins pour ajouter un exemple de plus aux faits de ce genre déjà connus, que nous signalons à l'attention de nos lecteurs le cas qui va nous occuper, qu'à cause de l'affection particulière et peu connue encore dont l'organe anormal se trouve être le siége chez ce sujet.

Un jeune homme de vingt-trois ans est entré dans le service de M. Nélaton, se plaignant de douleurs dans la région du sein gauche. En examinant cette région, on fut frappé du volume beaucoup plus considérable que présentait le sein de ce côté, relativement au côté opposé. Le palper y fit reconnaître l'existence d'une véritable glande mammaire, et le liquide séreux, blanchâtre, ayant l'aspect et tous les caractères physiques du lait, qui s'échappait du mamelon lorsqu'on pressait avec une certaine force sur cette glande, ne laissait pas de doute à cet égard.

Ce jeune homme, disons-nous, éprouvait dans cette mamelle hypertrophiée des douleurs assez vives, et qui s'irradiaient dans les parties voisines. Il n'y avait, du reste, pas d'autres tumeurs dans le voisinage.

Cette douleur, qui accompagne assez fréquemment ces sortes d'hypertrophies, paraît devoir être rapprochée de la *névralgie mammaire*, ou *tumeur irritable* d'Astley Cooper. Dans un mémoire déjà ancien, M. le docteur Rufz (de la Martinique), a rapporté un certain nombre d'exemples de ces engorgements douloureux du sein chez les femmes, et il en a esquissé l'histoire sous le nom d'*affection douloureuse des glandes mammaires*. La nature de cette affection est encore un sujet de litige. Valleix, adoptant l'opinion d'Astley Cooper, la croyait de nature névralgique, et il se fondait sur ce qu'il avait constaté chez les femmes ce caractère, qu'il considérait comme commun à cette classe de maladies, de présenter des points douloureux disséminés à des distances variables sur le trajet des nerfs qui se rendent à la partie souffrante. M. Rufz, au contraire, considérant que la douleur coïncide toujours avec un engorgement du sein, est disposé à accorder le premier rôle à l'engorgement, dont la douleur ne serait qu'un effet. Pour M. Velpeau, le plus habituellement la douleur précède l'engorgement.

Quoi qu'il en soit du rapport de ces deux phénomènes, la douleur, dans un assez grand nombre de cas, acquiert une intensité telle, que les malades demandent à en être débarrassées à tout prix, même au prix de l'amputation du sein. M. Rufz rapporte l'histoire d'une femme qui souffrait depuis dix ou douze ans de douleurs tellement fortes, qu'après avoir vainement employé toutes les ressources de la thérapeutique, on fut obligé d'en venir à l'amputation.

Ce que nous venons de dire de l'affection douloureuse des glandes mammaires chez les femmes peut également s'appliquer à la même affection chez l'homme. Ainsi, M. Nélaton a vu un homme qui, après avoir déjà subi l'amputation du sein pour se soustraire aux douleurs intolérables auxquelles il était en proie, vint, quelques années après, réclamer la même opération pour l'autre sein.

Frappé de l'extrémité à laquelle ces malades se trouvent réduits et de l'étendue du sacrifice auquel ils se dévouent pour se soustraire à ces douleurs, M. Rufz a proposé de pratiquer une large incision sous-cutanée dans le but de diviser les filets nerveux qui se rendent à la mamelle. On pratique, à cet effet, à l'aide d'un ténotome introduit par une petite piqûre faite à la partie externe et à une certaine distance de la mamelle, une incision semi-elliptique contournant le bord externe de la glande et comprenant toute l'épaisseur de la couche cellulo-graisseuse comprise entre la peau et la couche musculeuse du grand pectoral.

M. Nélaton a pratiqué une fois cette opération sans résultat, bien qu'il ait divisé profondément jusqu'aux muscles et dans une étendue assez considérable pour comprendre la plus grande partie des filets nerveux dans la section ; il n'a même pas obtenu par cette opération une cessation temporaire de la douleur. Cette section, faite ainsi en aveugle et avec aussi peu de chance de succès, se recommande très-peu à ses yeux. L'amputation lui paraît jusqu'ici le seul moyen certain à opposer à cet état. Cependant ce n'était pas le cas de la proposer à ce jeune malade, qui n'éprouve pas encore des douleurs assez vives pour nécessiter ce sacrifice. On attendra donc, et il sera jusqu'à nouvel ordre tenu en observation.

Dans quelques-uns des faits de ce genre on a remarqué qu'il existait, coïncidemment avec le développement anormal de la glande mammaire, des états pathologiques, des vices de conformation ou anomalies diverses des organes génitaux. Quelques observateurs ont constaté dans ce cas l'existence d'une atrophie de ces organes ou d'une anomalie, telle qu'un hypospadias. M. le docteur Galliet a communiqué, il y a quelques années, à la Société de biologie, deux observations très-curieuses de coïncidence du développement anormal de la mamelle chez l'homme, avec une tumeur cancéreuse de l'épididyme. Il semblerait donc, d'après cela, que, dans le cas d'existence anormale des mamelles chez l'homme, ces dernières sont liées avec les organes génitaux par la même sympathie qui les lie chez la femme, et qui se manifeste aussi bien à l'état pathologique qu'à l'état physiologique.

Chez le malade en question, il n'existe rien de semblable. L'examen attentif des organes génitaux n'y a fait constater aucune anomalie. Il est bon de faire remarquer d'ailleurs, à ce sujet, que la plupart de ces anomalies des organes génitaux, ne pouvant se produire qu'à un âge peu avancé et avant le développement complet de ces organes, on ne les observe guère en effet que chez des sujets chez qui l'hypertrophie des mamelles s'est manifestée avant le terme normal de leur complet accroissement. Or ce malade a aujourd'hui vingt-trois ans, et l'hypertrophie mammaire ne s'est développée chez lui que depuis quelques mois seulement, du moins d'après ce qu'il affirme, car il reste quelques doutes encore sur ce point.

Quant à la cause qui a donné naissance à cette hypertrophie douloureuse de la mamelle, elle est aussi obscure ici que dans presque tous les autres faits de ce genre. Le malade dit ne s'être aperçu pour la première fois du développement de la mamelle qu'à l'occasion de la douleur qu'il y a ressentie un jour (il y a environ trois mois, dit-il), après avoir eu longtemps cette région appuyée contre une table. Sans contester la part que cette circonstance peut avoir eue sur le développement de la sensibilité de cet organe, il paraît douteux que ce soit là l'origine de l'hypertrophie, si l'on considère surtout le degré de développement qu'aurait acquis en aussi peu de temps le mamelon, qui présente une conformation parfaitement semblable à celle du mamelon d'une femme.

Contagion du muguet des enfants nouveau-nés.

Nos lecteurs n'ont probablement pas oublié l'intéressant travail que M. le docteur Seux (de Marseille) a publié dans la *Gazette des Hôpitaux* (numéro du 7 juin 1855) sur la contagion du muguet chez les enfants nouveau-nés. On se rappelle que M. Seux a cherché à établir, dans ce court et substantiel travail, à l'aide d'observations faites avec une attention et une persévérance dignes d'éloges, que le muguet, non transmissible par voie d'infection

---

conomie où il ne se trouve pas d'habitude; une tumeur cartilagineuse au milieu d'une glande. Ce sont les tumeurs *homœomorphes hétérotopiques*, tissus normaux à siége anormal.

3° Dans une troisième classe se rangent les productions qui, comme ensemble de tissu et de manifestation locale, ne se rencontrent pas à l'état normal dans l'économie; le cancer et le tubercule, par exemple. Les lois générales de formation sont bien, pour ces tissus, les mêmes que pour toute espèce de tissu normal et pathologique; mais des caractères différentiels permettent de les distinguer, sous le rapport physique, des autres tissus, de même que leurs caractères chimiques en forment des groupes morbides distincts, productions hétéromorphes.

4° Enfin la quatrième classe comprend les tumeurs dues au développement d'êtres parasites du règne animal ou végétal. C'est dans cette section que viennent se ranger, entre autres, ces poches hydatiques qui contiennent les échinocoques et les cysticoques, dont le diagnostic est quelquefois entouré de tant de difficultés.

Ces grandes divisions une fois posées, et M. Lebert les regarde non comme définitives, mais comme un acheminement vers une classification plus naturelle et plus physiologique des tumeurs, il entre immédiatement dans l'étude des productions hypertrophiques simples, par celle des hypertrophies glandulaires.

Les hypertrophies glandulaires comprennent celles des glandes sanguines, lymphatiques, sudoripares, sébacées, mucipares, salivaires, lacrymales; du pancréas et des reins; du testicule, des ovaires. Ce chapitre fort complet, et dans lequel on rencontre à chaque ligne des faits nouveaux et peu connus, n'offre cependant pas, par son sujet même, l'importance et l'originalité des suivants.

Il n'en est pas de même des productions homœomorphes hétérotopiques, en première ligne desquelles nous trouvons la production pigmentaire anormale et les tumeurs mélaniques. Ici nous rencontrons des études entièrement neuves sur un sujet qui préoccupe encore souvent les chirurgiens et les divise quant au pronostic et au traitement. Les pigments d'origine hématique, démontrée ou non, les pigments pathologiques des divers organes, sont décrits avec une minutieuse et scrupuleuse fidélité, et l'on reste tout surpris, après avoir lu cette section du livre, des conséquences thérapeutiques qui jaillissent de recherches qui, au premier abord, ne paraissent devoir offrir qu'un intérêt de curiosité. Nous y avons trouvé aussi des faits qui, s'ils sont moins importants au point de vue pratique, n'ont pas moins de valeur au point de vue de l'histogénèse, des analyses de cataracte noire, par exemple, desquelles il ressort que cette forme est le résultat d'un ancien épanchement hémorrhagique.

Une autre série de productions homœomorphes hétérotopiques comprend celles dont la graisse fait la base, et ici nous rencontrons d'utiles recherches sur le lipome et son diagnostic différentiel.

Les tumeurs épidermiques, épithéliales et papillaires, qui suivent immédiatement, ont été jusqu'à présent encore peu connues, quant à leur véritable structure; elles sont de toutes les plus difficiles à classer, et leur diagnostic est fort embarrassant. Aussi M. Lebert a-t-il longuement insisté sur leur histoire, comme aussi sur celle des tumeurs fibroïdes et fibreuses accidentelles, parmi lesquelles les névromes et les tumeurs de l'utérus ont fixé spécialement son attention.

Les études microscopiques pouvaient seules permettre au chirurgien de se convaincre des différences essentielles qui séparent du cancer les tumeurs fibro-plastiques, ces productions formées d'un tissu qui existe à l'état normal dans l'économie et qui n'est autre que du tissu cellulaire ou fibreux incomplétement développé. On sait aujourd'hui quel intérêt présente l'étude de ces tumeurs susceptibles de donner naissance à une maladie qui peut entraîner les conséquences les plus graves. M. Lebert s'est attaché à déterminer autant que possible les limites et les conditions de cette malignité, et à démontrer qu'en aucun cas celle-ci n'autorise à identifier ces productions avec le cancer.

Aux tumeurs érectiles, cartilagineuses et osseuses succèdent les kystes, qui forment une des divisions les plus étendues et les plus importantes de la deuxième classe. M. Lebert les distingue en *deutérogènes*, ayant pour point de départ un conduit excréteur ou une cavité normale soit d'origine glandulaire, soit occupant une bourse muqueuse normale simple ou tendineuse, et *autogènes*, qui se forment de toutes pièces au milieu des tisssus. Il passe nécessairement en revue les kystes deutérogènes des différentes parties du corps, ceux qui se forment dans les parties solides et compactes, les kystes séreux et dermoïdes. Les polypes muqueux sont les tumeurs hypertrophiques des membranes muqueuses; ils forment la dernière division de la seconde classe.

Les 9e et 10e livraisons comprennent l'histoire du cancer et des productions cancéreuses, premier chapitre de la troisième classe, tissus hétéromorphes, et le commencement de celle des tubercules. Tout d'abord l'auteur étudie les caractères physiques du cancer, le suc cancéreux, l'aspect du tissu cancéreux sur une coupe fraîche, et ses caractères externes accidentels; passant à l'investigation microscopique, il décrit la cellule cancéreuse qui a fait tant de bruit dans ces derniers temps, ainsi que les éléments secondaires de la maladie. La fréquence et le développement du cancer sont l'objet de recherches étendues et de la plus grande valeur. Cependant ici nous ferons un petit reproche à l'auteur : il a ce nous semble un peu trop prodigué les chiffres et abusé de la statistique. Des pages entières, couvertes de tableaux, auraient pu être remplacées par quelques lignes succinctes où M. Lebert aurait consigné simplement ses résultats généraux. A notre avis, ces colonnes de chiffres sont les pièces d'un échafaudage qu'il convient de faire disparaître lorsque l'édifice est construit.

Répétons en terminant, à l'occasion de ces dix premières livraisons dont nous venons de tracer si incomplétement une courte esquisse, ce que nous avons déjà dit du travail actuel envisagé dans son ensemble, que c'est un livre dont la portée scientifique et les conséquences pratiques seront immenses, et qui, comme œuvre d'art, laisse bien loin derrière lui tout ce que l'on avait vu jusqu'à ce jour. Dr A. Foucart.

miasmatique, peut se communiquer et se communique par contact direct; que cette communication peut également avoir lieu d'un enfant à un autre par voie intermédiaire, c'est-à-dire par un biberon, un verre ou tout autre corps sur lequel auraient été déposées les semences du végétal microscopique qui constitue le muguet; et que la même contamination peut avoir lieu par l'intermédiaire du mamelon de la nourrice, bien que celle-ci ne soit pas elle-même atteinte du muguet, le mamelon ne faisant en quelque sorte ici que l'office de véhicule de l'élément contagieux, de même que les divers objets dont nous venons de parler.

M. le docteur Delpierre (de Campagne-lès-Hesdin) nous a communiqué depuis ce que lui a appris à cet égard son expérience personnelle, basée sur des faits qu'à raison de sa position particulière il a été à même de voir se reproduire souvent. — M. Delpierre est chargé du service de santé de cent cinquante enfants environ, provenant de la Maternité de Paris et placés à la campagne. — Il est arrivé plusieurs fois, dit-il, qu'une nourrice partie de chez elle avec beaucoup de lait, après dix et douze jours quelquefois d'attente à l'hospice, revenait avec un nourrisson, mais aussi avec un lait insuffisant pour le nourrir pendant le retour. Elle confiait alors son élève au sein d'une autre nourrice qui allaitait un enfant atteint de muguet; celle-ci communiquait la maladie. Les faits de ce genre, d'ailleurs, sont si communs, que dans le peuple, et principalement à la campagne, où il ne répugne pas aux femmes qui donnent le sein d'offrir leurs mamelles à d'autres nourrissons, elles refusent de le présenter aux enfants qui ont le muguet; car elles n'ignorent pas qu'elles communiqueraient cette maladie à celui qui est sain. Il y a là plus qu'un préjugé, ainsi que le fait remarquer avec raison notre confrère.

MODIFICATION AU TRAITEMENT GÉNÉRAL DES FRACTURES.

Par M. le docteur Bally (de Marseille).

J'ai vu, pendant que j'étais élève dans les hôpitaux de Marseille, de Montpellier et de Paris, des cas de fracture dans lesquels la réduction ayant été très-facile et l'appareil bien posé, la consolidation ne s'était pas faite.

Cela vient d'arriver à un de mes confrères dans sa pratique civile; cela est arrivé aussi, il y a peu de temps, à un officier de santé d'un de nos villages voisins.

Dans presque tous ces cas, on a pu obtenir plus tard la consolidation en soumettant ces malades à des traitements généraux.

Je considère le préjudice occasionné par cet accident comme immense. Les Anglais ont dit *Time is money*, et cela est vrai pour tout homme ou toute femme qui travaille; et de quelle somme n'achèteraient tous les oisifs l'avantage d'être guéris aussi vite que possible!

Pour arriver à ce but, recherchons les causes d'où provient le plus souvent cette non-consolidation. Nous trouvons, en mettant de côté les cas où la réduction n'a pas été bien faite et où les fragments ne se rencontraient pas, chose qui ne peut arriver à un chirurgien attentif, la cachexie cancéreuse, contre laquelle nous ne pouvons rien; le scorbut, qu'il faut évidemment commencer à traiter de suite; nous trouvons encore la syphilis et la diathèse scrofuleuse.

Au bout de trente, quarante ou cinquante jours, je suppose, en ôtant l'appareil, le chirurgien, désappointé, s'aperçoit que le cal n'est pas formé; alors il s'informe s'il n'y a pas dans les antécédents du malade la syphilis ou des signes de scrofule.

Ces affections étant très-communes, surtout dans les grandes villes, presque toujours une des deux au moins est reconnue.

L'appareil est replacé; un traitement antisyphilitique ou antiscrofuleux est ordonné, et le malade guérit au bout de deux ou trois fois le temps qu'il faut dans un cas simple.

Eh bien, je propose, comme je le pratique moi-même, de faire prendre tout d'abord, dès que la fièvre traumatique qui suit ordinairement ses fractures est tombée, en même temps qu'une nourriture substantielle, l'iodure de potassium à tous ceux qui sont d'ailleurs d'un excellent tempérament, et à ceux qui sont d'un tempérament lymphatique l'huile de foie de morue le matin et l'iodure de potassium le soir.

En agissant ainsi, je n'ai jamais eu de cas de non-consolidation. Il est vrai que l'on peut m'opposer que, ce dont je me flatte étant le résultat ordinairement obtenu, j'y serais arrivé sans cela. C'est possible; mais par ce traitement je supprime deux des principales causes de la non-formation du cal, les seules du reste des causes générales sur lesquelles les chirurgiens peuvent prétendre avoir de l'influence.

Je mets ainsi en pratique cet adage, qui pour être vieux n'en est pas moins bon : La prudence est la mère de la sûreté.

NOUVEAUX FAITS EN FAVEUR DE LA VACCINE

comme moyen préservatif de la petite vérole.

S'il était encore permis de conserver le moindre doute sur l'efficacité préservative de la vaccine par rapport à la petite vérole, les faits suivants, que nous communique M. le docteur Plonquet, seraient à eux seuls de nature à convaincre les plus incrédules.

La nommée Joséphine Longis, âgée de dix-huit ans, couturière, après un séjour de plusieurs semaines à l'Hôtel-Dieu de Reims, où quelques cas de petite vérole sévissaient alors, revint à Aï vers le milieu du mois de juillet. Elle avait contracté la petite vérole; le jour où je la vis pour la première fois, c'est-à-dire le 25 juillet, les pustules varioliques étaient très-apparentes, et le 28 j'avais affaire à une petite vérole confluente. La malade n'a point été vaccinée. Quatre de ses frères sur cinq ne le sont également pas. Je vaccine l'un d'eux, le plus jeune, le 26 juillet, un autre le 28; le troisième, habitant sous le même toit, se refuse à l'opération. Le quatrième, non vacciné, qui reste assez loin du foyer de la maladie, est en ce moment atteint, ainsi que celui qui a refusé de se soumettre à la vaccine. Une tante, âgée de soixante ans, non vaccinée, est aussi fortement attaquée, de sorte que, à l'exception de la mère, qui a eu la petite vérole assez jeune (avant la découverte de Jenner), dans cette famille tous les sujets non vaccinés sont aujourd'hui stigmatisés ou couverts de pustules; ils sont au nombre de quatre; les quatre autres, vaccinés antérieurement ou pendant la maladie de la fille Longis, sont préservés.

M. le docteur Vincent, qui a visité les malades, peut témoigner de l'exactitude de ces faits, bien qu'il appartienne à la croisade contre la vaccine.

CAS REMARQUABLE D'INCONTINENCE D'URINE.

Par M. Lawrence.

Un vieillard se présente à M. Lawrence dans un état d'angoisse extrême, parce qu'il se trouvait depuis six semaines trempé à son réveil dans l'urine qui s'échappait involontairement de sa vessie pendant son sommeil. Cela lui avait causé des douleurs rhumatismales très-vives dans tout le côté sur lequel il avait l'habitude de se coucher; généralement il n'éprouvait pas de difficulté dans la miction, il en avait eu cependant dans les derniers temps. Son urine était troublée par un sédiment rougeâtre. On ne sentait pas d'épaississement de la prostate par le toucher rectal.

La cause de l'incontinence ne paraissait pas très-claire; pensant toutefois que cela provenait du défaut de contractilité tonique des fibres musculaires du col de la vessie, M. Lawrence prescrivit le mélange suivant :

Teinture de sesquichlorure de fer, .	8 grammes.
Baume de copahu.	4 —
Strychnine.	5 centigr.
Infusion de casse.	360 grammes.

Il apprit avec surprise, la première fois qu'il revit le vieillard, qu'après avoir pris deux doses de ce médicament dans le même jour, ce dernier s'était trouvé complétement guéri. (*Revue méd.-chirurg.*)

PILULES POUR COMBATTRE LES ÉRECTIONS DOULOUREUSES

et prévenir l'incitation génitale.

Par M. Van den Corput.

Extrait de belladone.	0,10
Lupulin récent, poudre de camphre; de chaque	0,60

Mêlez et divisez en huit pilules. De une à quatre, à prendre vers le soir.

Ces pilules, employées contre les érections qui compliquent certains états pathologiques bien connus des organes génitaux et les aggravent, ou du moins en perpétuent la durée, ces pilules, nous dit l'auteur, font merveilleusement tomber *l'habitude érectile morbide*. Mais leur effet ne se prolongeant guère au delà d'un jour, il est bon d'en renouveler l'emploi tous les soirs.

Ces pilules ont-elles la vertu antiaphrodisiaque que l'auteur leur attribue? C'est ce que l'expérience nous apprendra.

NOTE SUR LE TARTRATE D'AMMONIAQUE

et de peroxyde de fer.

Par M. Cazac, pharmacien, à Toulouse.

La combinaison chimique qui fait l'objet de cette note n'a été préparée jusqu'ici que dans les laboratoires. Berzélius ne la signale pas dans son traité, et MM. Pelouze et Fremy lui consacrent à peine quelques lignes dans la dernière édition du leur.

Nous croyons cependant que ce sel est susceptible de certaines applications médicales. Il ressemble beaucoup au tartrate ferrico-potassique par ses propriétés physiques et chimiques. Il a l'avantage de pouvoir être obtenu plus facilement et d'être moins déliquescent. De plus, aujourd'hui que le commerce fournit tous les produits chimiques, il n'est guère possible d'avoir du tartrate ferrico-potassique qui ne soit pas ammoniacal. Nul ne peut alors avancer qu'il y ait identité parfaite entre ces sels d'origine si variée, et l'on doit considérer comme une bonne fortune en thérapeutique, la mise en usage d'un composé à formule définie. Enfin certaines observations médicales qui nous sont connues nous permettent d'affirmer que le tartrate d'ammoniaque et de fer jouit des mêmes propriétés que son congénère.

On le prépare en chauffant au bain-marie du bitartrate d'ammoniaque dans six parties d'eau, et en saturant avec du peroxyde de fer en bouillie précipité par l'ammoniaque. Quand cette première partie de l'opération est terminée, on filtre et on évapore à une douce chaleur, jusqu'à consistance sirupeuse. On étend alors cette solution sur des assiettes, et on termine l'évaporation à la chaleur de l'étuve.

Ainsi préparé, ce sel se présente sous forme d'écailles brillantes d'un rouge grenat, solubles dans l'eau en toute proportion, insolubles dans l'alcool. Leur saveur n'est pas, à vrai dire, styptique. On l'emploie aux mêmes doses que le tartrate ferrico-potassique. Quand on le dissout dans l'eau, il arrive quelquefois qu'il se prend en gelée. Il suffit de quelques gouttes d'ammoniaque pour rendre à la solution toute sa limpidité.

Le tartrate acide d'ammoniaque ne se trouve pas dans le commerce. On le préparera de la manière suivante :

Dans 400 grammes d'eau, on fera dissoudre 100 grammes d'acide tartrique. On divisera cette solution en deux parts égales; on prendra l'une d'elles, que l'on saturera avec du carbonate d'ammoniaque, après quoi l'on mélangera les deux liquides. Immédiatement on verra un précipité de paillettes blanches et nacrées se former; on le recueillera sur un filtre pour le séparer de ses eaux-mères, et on le desséchera sur une plaque de grès poreux.

Ainsi préparé, le bitartrate d'ammoniaque pourra être employé à confectionner du tartrate de fer et d'ammoniaque.

(*Journal de médecine de Toulouse.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 février 1856. — Présidence de M. Gosselin.

Le procès-verbal est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur énorme et indéterminée du poignet. — M. Larrey. J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade de la ville qui porte au poignet gauche une tumeur d'un volume considérable, dont l'origine ancienne, le développement progressif et les rapports anatomiques me semblent offrir de l'intérêt et des difficultés au double point de vue du diagnostic et du traitement.

Voici d'abord le résumé des antécédents de l'observation :

M. L..., âgé de trente et quelques années, de petite taille et de forte constitution, est musicien et maître de piano (circonstance à noter). Il fait, en 1846, un effort du poignet en luttant de force avec l'un de ses amis. Une douleur assez vive et instantanée ressentie vers la région dorsale de la main, qui s'était brusquement fléchie, l'oblige aussitôt à cesser tout mouvement de ce côté; mais la douleur n'est point accompagnée d'une sensation de craquement, et elle disparaît assez vite. M. L..., rentré chez lui, se met au piano, et il ressent encore la douleur, il cesse et ne l'éprouve plus, il recommence et l'éprouve de nouveau. Le médecin consulté ne constate aucune lésion appréciable vers le point douloureux, si ce n'est une douleur à la pression, au niveau à peu près des tendons extenseurs de l'index et du médius, et il conseille simplement des lotions résolutives, en engageant même M. L... à continuer ses occupations habituelles.

Cependant au bout de six mois, une petite tumeur apparaît dans l'endroit même où s'était manifestée la douleur. Cette tumeur, d'après les indications que nous a données le malade, pouvait être un kyste synovial; mais un autre médecin, consulté alors, la considère comme une exostose, et prescrit divers traitements inutiles pendant trois années.

La tumeur augmente de volume, peu à peu d'abord, d'une manière plus marquée ensuite, assez rapidement enfin pour mesurer 26 centimètres dans sa plus grande circonférence. Son accroissement semble se faire dès lors par des bosselures surajoutées les unes aux autres, en provoquant des douleurs proportionnelles mais passagères. C'est dans ces conditions que M. L... s'adresse à un chirurgien habile (M. Thierry), qui lui fait appliquer sans résultat un emplâtre de ciguë et d'autres topiques. Il consulte également divers autres praticiens, mais sans suivre leurs recommandations, jusqu'à ce que, détourné de se confier aux ressources de l'art, il se livre aux conseils empiriques des magnétiseurs, des somnambules et des homœopathes. Tous lui promettent successivement la guérison, et lui prescrivent les remèdes les plus bizarres, les plus inutiles ou les plus innocents, pour n'en rien dire de plus. Le malade s'y soumet jusqu'en 1855, avec une persévérance tout à fait regrettable.

Il consulte enfin M. le professeur Velpeau, qui, à première vue, lui déclare qu'il doit se soumettre à l'amputation du membre, comme seule ressource pour être débarrassé de sa tumeur. Mais avant de se résigner à cette triste détermination, M. L... a occasion de voir, vers la fin de février 1856, M. l'inspecteur Alquié, directeur de l'école du Val-de-Grâce, qui veut bien me l'adresser aussitôt.

Voici maintenant dans quel état se présente le malade à notre examen :

Il porte au poignet gauche une tumeur énorme, plus volumineuse que la tête d'un enfant nouveau-né, circonscrivant toute cette région d'une manière assez tranchée, quoique irrégulière, très-saillante surtout à la région dorsale, où elle offre plusieurs bosselures semblant superposées les unes aux autres. La peau, fortement distendue, est lisse et amincie dans différents points, offrant dans sa couleur normale des teintes blanches, rosées ou bleuâtres et des veinosités qui sillonnent sa surface. Point de plaie d'ailleurs ni d'ulcération. La circonférence du plus grand diamètre de la tumeur mesure 47 centimètres. Sa consistance générale est dure à différents degrés, formant une sorte de coque osseuse imparfaite; mais elle est molle, dépressible et même semi-fluctuante dans deux ou trois de ses bosselures; la pression du doigt, dans quelques points, y fait sentir une sorte de crépitation fibro-cartilagineuse, sans déplacement de matières solides ou liquides. On perçoit le pouls radial, mais comme si l'artère avait subi un soulèvement et une déviation sensibles. Une sensation de chaleur marquée est perceptible à toute la surface. Les mouvements de totalité ou en masse de la tumeur sont très-bornés dans une partie de sa circonférence, mais nuls plus profondément et surtout vers la région radio-carpienne.

Les rapports extérieurs sont les suivants :

La tumeur forme un bourrelet volumineux enveloppant tout le tiers inférieur de l'avant-bras, qui au-dessus est intact jusqu'au coude; tandis que du centre de ce bourrelet sort comme d'un manchon la main tout entière parfaitement conformée, sans gonflement, sans œdème, sans décoloration ni amaigrissement, conservant enfin presque toute l'agilité de ses doigts pour les mouvements usuels aussi bien que pour le jeu du piano, à moins de fatigue ou d'exercice trop prolongé.

D'après cette disposition, il n'est pas probable que la tumeur procède de l'intérieur de l'articulation du poignet, ni même des tendons, qui ne paraissent pas sensiblement déplacés. Elle ne dépend pas non plus du

cubitus, dont on sent la diaphyse intacte dans toute sa longueur. Cet os semble même un peu allongé, quoique non dévié, d'après la saillie de son apophyse styloïde. Mais il n'en est pas de même du radius, dont le tiers supérieur est seul appréciable ; les deux tiers inférieurs se trouvent sinon désorganisés, du moins entièrement cachés par la portion correspondante de la tumeur. Y aurait-il eu dans le principe une fracture méconnue de cet os, et ultérieurement une dégénérescence du cal, soit ostéo-sarcomateuse, soit vasculaire ou autre? C'est ce qu'il semble impossible de savoir aujourd'hui.

Je serais plus porté à croire qu'il y a eu primitivement un kyste synovial de la région dorsale du poignet, entretenu et augmenté progressivement par l'exercice habituel du piano, jusqu'à déterminer enfin le développement et les complications de l'énorme tumeur dont la base semble appuyée sur l'aponévrose, et dont l'ensemble, paraissant de nature fibro-cartilagineuse, formerait une sorte d'enchondrome. Ajoutons que son augmentation progressive s'effectue par des soulèvements partiels, successifs et spontanés, accompagnés de douleurs plus ou moins vives, comme celles qui résultent d'ailleurs des pressions un peu fortes. Quoi qu'il en soit, je n'émets mon opinion sur le diagnostic de cette tumeur qu'avec une extrême réserve.

Reste à savoir ce qu'il convient de faire en présence d'un cas aussi difficile. Peut-on tenter l'extirpation de la tumeur, en conservant la main, ou faut-il en venir d'emblée à l'amputation de l'avant-bras? J'avoue qu'il me serait pénible de déclarer au malade la nécessité de ce sacrifice extrême, sans lui laisser auparavant l'espoir ou la chance de l'en préserver, par une opération bien compliquée sans doute et incertaine, mais justifiée par les considéretiuns précédentes.

C'est donc afin de m'éclairer doublement de l'avis de mes honorables collègues sur la nature et les rapports de cette tumeur et sur la décision à prendre pour en débarrasser le malade que je viens la présenter à la Société.

(La discussion est ajournée à la séance prochaine.)

— M. Larrey donne des nouvelles de l'enfant auquel M. Maisonneuve a pratiqué l'anus artificiel à la région lombaire. Une tentative de réduction de l'invagintion est restée sans succès. — L'observation entière sera suivie et communiquée ultérieurement.

— M. Marjolin présente un bistouri de la part de M. Lüer. La modification réside dans un engrenage destiné à fixer la lame lorsque l'instrument est ouvert.

— La Société se forme en comité secret à quatre heures moins un quart.

Le secrétaire de la Société : A. Verneuil.

Séance du 5 mars 1856. — Présidence de M. Gosselin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Gaujot adresse pour le prix Duval deux exemplaires de sa thèse *sur la réduction des luxations de l'épaule par le refoulement uni à l'élévation du bras.*

— M. Marjolin donne lecture d'une lettre de M. le docteur Mattei contenant des remarques sur la communication récente de M. Cazeaux relative à l'hydrocéphale externe.

M. Cazeaux réfute ces objections. M. Mattei pense, dit-il, que les deux cas que j'ai rapportés ont trait à des infiltrations séro-sanguines comme celles qu'on trouve souvent sur la surface externe du crâne des enfants morts dans le sein de la mère depuis huit, dix ou quinze jours. Cette interprétation est inadmissible en présence des détails que j'ai donnés; il ne s'agissait point d'infiltrations, mais bien de collections liquides, séreuses, renfermées dans des poches distinctes, s'étant vidées instantanément par une ponction très-petite; la quantité de liquide évacué aurait rempli un verre ou à peu près. Il est impossible de retrouver là aucun des caractères de l'infiltration, que tout le monde connaît et a observé soit dans cette région, soit dans toute autre. L'explication de M. Mattei n'est donc nullement fondée.

La lettre de M. Mattei sera déposée aux archives.

DISCUSSION.

La discussion s'engage sur le malade présenté dans la dernière séance par M. Larrey, et qui offre une volumineuse tumeur de la partie inférieure de l'avant-bras.

M. Lenoir. Le cas est très-difficile et l'obscurité du diagnostic laisse également beaucoup d'hésitation dans le traitement.

Il existe un allongement manifeste du cubitus et un gonflement de la partie inférieure du radius qui feraient croire que les os sont le point de départ de la tumeur ; le toucher donne de plus une sorte de crépitation analogue à celle des kystes osseux ; mais, d'un côté, les tendons ne sont point soulevés, les mouvements sont libres, ce qui serait difficile à expliquer si la tumeur avait une implantation profonde.

M. Lenoir avait songé un instant qu'il s'agissait d'une affection fongueuse des gaînes tendineuses, maladie peu connue, et dont il a eu l'occasion d'observer déjà trois cas, une fois au poignet, deux fois au cou-de-pied.

La tumeur du poignet était portée par une jeune fille ; elle avait le même siége, la même apparence que celle du malade de M. Larrey. Mollasse, bosselée, cette production avait acquis le volume de deux gros œufs de dinde ; elle n'était point douloureuse et laissait les mouvements libres.

Plusieurs moyens avaient été employés sans succès, à savoir : la cautérisation transcurrente, les eaux minérales, qui dans un cas semblable avaient réussi à M. Robert.

M. Lenoir diagnostiqua une tumeur fibro-plastique des gaînes tendineuses et entreprit l'extirpation. Il fut obligé de disséquer les tendons les uns après les autres, comme s'il s'agissait d'une préparation d'amphithéâtre, et vérifia la justesse du diagnostic.

La réunion immédiate réussit ; la malade guérit et conserva l'intégrité des mouvements.

Cependant, dans le cas actuel, cette hypothèse ne peut être acceptée, car la physionomie de la tumeur n'est pas la même, et d'ailleurs le gonflement du radius, l'allongement du cubitus ne s'expliqueraient point dans le cas de maladie des gaînes.

Il y a donc dans cette affection des symptômes contradictoires qui ne permettent guère de s'arrêter à un diagnostic précis. Peut-être n'aura-t-on pas d'autres ressources que l'amputation.

M. Larrey rappelle en quelques mots les caractères et la marche de la maladie. Il établit que le siége primitif n'est point dans les os, et que la supposition d'un cancer n'est guère admissible. Il ne voudrait pas recourir d'emblée à l'amputation, mais tenter d'abord une extirpation, quitte à couper l'avant-bras si cela devenait inévitable.

M. Verneuil pense qu'il serait important de faire une ponction exploratrice ; quelques points sous-fluctuants et la constatation de la nature du liquide pourraient éclairer le diagnostic. Dans l'incertitude où l'on est, il est bon de faire remarquer que la maladie a débuté comme les ganglions à la suite d'un effort, dans le siége habituel de cette affection, chez un pianiste ; on sait que cette tumeur est commune chez les personnes qui exercent cette profession. Elle s'est accrue par jetées successives et par l'apparition assez brusque de nouvelles bosselures ; enfin elle présente une consistance inégale, des mamelons, des lobes, toutes particularités qu'on rencontre dans les tumeurs synoviales du poignet. On n'a point, il est vrai, signalé encore un volume aussi excessif dans les lésions de ce genre ; mais la maladie est fort ancienne, et les kystes n'ont pour ainsi dire point de limites de volume quand ils datent de loin, qu'ils ont des parois résistantes et sont bridés par des tissus fibreux.

Le diagnostic n'en reste pas moins très-obscur ; mais l'hypothèse d'une tumeur synoviale ancienne présente presque autant de vraisemblance que les autres.

M. Huguier a constaté aussi l'allongement du cubitus, mais cet os ne lui paraît pas prendre part à la formation de la tumeur. Ce qui prouve l'allongement passif du cubitus, c'est que l'apophyse styloïde de cet os s'est rapprochée de l'extrémité phalangienne du cinquième métacarpien. Malgré l'augmentation de volume du radius, il ne croit pas que la tumeur procède de cet os, car les tendons seraient déviés, soulevés, et les mouvements n'auraient pas conservé leur intégrité complète ; la main elle-même serait déformée ou au moins inclinée d'un côté quelconque.

M. Huguier pense que la maladie siége dans l'aponévrose d'enveloppe, les ligaments annulaires du carpe, les gaînes, en un mot, l'appareil fibreux compliqué qui entoure la région malade.

Elle a eu pour point de départ une violence extérieure, une déchirure des tissus fibreux péri-articulaires survenue dans l'effort qu'a fait le malade pour renverser le bras de son adversaire.

Tout récemment il a vu un cas analogue. Une jeune femme très-vigoureuse, luttant de la même manière, sentit une douleur vive au poignet. Il se forma rapidement une tuméfaction volumineuse, siégeant sans doute dans les gaînes, et entourant de la même manière l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras. Cette tumeur était fluctuante et due à une véritable hydropisie des tissus synoviaux de la région.

Dans le cas de M. Larrey, comme dans celui-ci, la tumeur est interrompue au niveau du bord interne du cubitus, là où précisément cet appareil fibreux fait défaut.

— M. Larrey lit un rapport sur les travaux de M. Riberi (de Turin), et propose de le nommer associé étranger (1).

Le vote de la Société est remis à une des séances suivantes.

— M. Boinet lit une observation de luxation de la rotule appartenant à la variété curieuse dite luxation de champ.

(Cette observation sera publiée dans un prochain numéro.)

M. Verneuil demande que des détails plus circonstanciés soient donnés sur la position précise de la rotule, afin qu'il soit bien établi que cet os occupe précisément la ligne médiane. On peut en effet prendre pour une luxation de champ un degré extrême de la luxation latérale externe. Une pièce et une observation, que M. Verneuil soumettra à l'examen de la Société, justifieront cette assertion.

M. J. Cloquet trouve le fait de M. Boinet très-curieux et très-concluant. Jamais il n'a observé cette variété, pas plus que la luxation en dedans. Il rappelle qu'il a signalé la prédisposition qu'ont pour la luxation en dehors les sujets qui sont dits *cagneux*. On peut encore remarquer que lorsque la rotule est déplacée en dehors d'une manière permanente, les muscles extenseurs deviennent fléchisseurs de la jambe, de telle façon que si les malades veulent donner un coup de pied à quelqu'un, ils se frappent eux-mêmes la fesse avec leur propre talon. C'est ce qu'on observe en particulier chez les culs de jatte.

M. Chassaignac. Une prédisposition bien plus puissante à la luxation externe réside dans le relâchement des ligaments rotuliens latéraux par suite d'hydarthrose incomplètement guérie. Beaucoup de sujets atteints de cette maladie sortent de l'hôpital et marchent en conservant encore deux à trois cuillerées de liquide dans l'articulation. La capsule, ainsi dilatée, permet très-aisément le déplacement consécutif de la rotule.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Broca montre une exostose pédiculée de la partie supérieure du tibia qu'il a enlevée par section du pédicule. Cette tumeur siégeait sous les tendons de la patte d'oie, qu'il a fallu isoler et écarter pour atteindre la tumeur. Celle-ci, du volume d'une petite pomme, est mamelonnée, inégale, partie osseuse, partie cartilagineuse. Développée à la suite d'un coup léger reçu il y a deux ans, elle était naguère indolente et stationnaire. M. Broca avait conseillé de la respecter, mais dans ces derniers temps elle s'accrut assez rapidement par la formation de mamelons à la surface. Ces mamelons sont formés par du cartilage pur. La tumeur ancienne, au contraire, est constituée par un tissu osseux bien conformé et de date ancienne. Ce surcroît d'accroissement par l'addition de productions cartilagineuses nouvelles à la surface d'une tumeur osseuse est très-insolite. On ne peut pas dire qu'il s'agit là d'une tumeur ostéo-cartilagineuse en voie d'ossification, mais au contraire d'une tumeur osseuse devenue ostéo-cartilagineuse par addition de cartilage récent.

M. Broca complétera l'observation.

— La Société se forme en comité secret à cinq heures.

Le secrétaire de la Société : A. Verneuil.

(1) L'abondance des matières nous force de retarder de quelques jours la publication de ce rapport. (*Note du rédacteur du journal.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

MM. Alquié, directeur de l'Ecole du Val-du-Grâce, et Mélier, membre de l'Académie de médecine, ont reçu de M. le ministre de la guerre la mission d'aller étudier le typhus qui s'est manifesté à Marseille parmi les militaires revenant de Crimée.

— Par arrêté du 29 février, M. le ministre de l'intérieur a nommé M. Louis de Laffore médecin en chef de l'hospice impérial des Quinze-Vingts, en remplacement de M. G. Dumont, démissionnaire. En qualité de médecin du Bureau de bienfaisance du 12e arrondissement, M. de Laffore avait rendu de véritables services pendant la dernière épidémie de choléra.

— Il résulte d'un relevé dont on peut garantir à peu près l'exactitude, que le nombre des journaux de médecine et de pharmacie publiés actuellement dans les principales langues de l'Europe s'élève au chiffre suivant : langue allemande, 58 ; hollandaise, 8 ; suédoise, 8 ; anglaise, 30 ; française, 47 ; italienne, 42 ; espagnole, 9. Chacune de ces langues ne répond pas à une seule nationalité ; c'est ainsi que les journaux belges figurent dans la même catégorie que les journaux français, et y sont représentés par le chiffre relativement assez considérable de 13.

(*Ann. méd. de la Flandre occid.*)

— Le docteur Sandwith, qui dirigeait le service de santé de l'armée turque au siége de Kars, vient de publier une intéressante relation du siége de cette ville. Il avait sous ses ordres, au début de la campagne, cinquante officiers de santé, médecins, chirurgiens et pharmaciens compris. Les médecins étaient les plus instruits de ce personnel. Les chirurgiens appartenaient à un rang inférieur ; c'étaient des barbiers ou à peu près, mais en général très-intelligents et prompts à apprendre. L'arsenal chirurgical et pharmaceutique envoyé à grands frais de Constantinople contenait, entre autres inutilités, beaucoup d'instruments d'obstétrique, de l'huile de croton et une grande quantité de semences de lin. Grâce aux soins du général Williams, éclairé et guidé du reste par le docteur Sandwith, les mesures furent tellement prises que jusqu'à la fin du siége les blessés et les fiévreux ont reçu journellement tous les soins que réclamait leur situation.

— On nous prie de faire savoir à nos confrères qu'un poste médical est vacant à Gournay-sur-Aronde (Oise).

Nous nous empressons de porter à la connaissance de nos confrères la lettre suivante, que nous recevons à l'instant :

Veuillez être assez bon pour annoncer à nos confrères volés l'arrestation de leur voleur, afin qu'ils puissent, si cela est possible encore, réclamer les objets qui leur ont été soustraits. Il s'est présenté chez moi ce soir (13). Je le reconnus au signalement que vous nous en avez donné. J'étais seul, et je descendis de suite après lui pour le faire arrêter ; mais quand je fus dans la rue il avait déjà disparu. Je pensai qu'il pouvait être chez M. le Dr Roujon, mon voisin. En effet, son concierge me dit que cet homme venait de monter chez le confrère. Je priai un sergent de ville de m'accompagner, et nous l'arrêtâmes au bas de l'escalier. Il était porteur d'une reconnaissance du Mont-de-Piété constatant l'engagement de jetons de jeu probablement volés dans la journée.

Dr Joulin.

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons que M. le Dr R..., rue de Varennes, a été volé hier ; et d'après les renseignements que nous a donnés notre confrère, il y a tout lieu de croire que les jetons dont il est question dans la lettre de M. Joulin font précisément partie de la boîte à jeu qui a été soustraite chez M. R...

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Mongrand, né à Rochefort (Charente-Inférieure) ; *Le bagne de Brest, considéré au point de vue hygiénique et médical.*

Brangier, né à Breloux (Deux-Sèvres) ; *Considérations sur un appareil à fractures de jambe, proposé par M. Gaillard* (de Poitiers).

Lejeune, né à Moulins (Allier) ; *De la scarlatine.*

Caron, né à Moislains (Somme) ; *Du traitement des varices par les injections de perchlorure de fer dans les veines.*

M. B. T., à C. (Saône-et-Loire). — Nous avons bien reçu votre billet ; et puisqu'il vous convient de payer en décembre prochain les deux années à la fois, nous attendrons.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 33. — MARDI 18 MARS 1856. (29e ANNÉE.) N° 33. — MARDI 18 MARS 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 MARS 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

La candidature pour la section de médecine et de chirurgie est près de son terme. L'Académie, sur la proposition du doyen de la section, a décidé qu'il y avait lieu de pourvoir sous un bref délai à la place vacante. En conséquence, le rapport sur les candidats aura lieu dans la prochaine séance, et l'élection dans celle qui la suivra. Dans la séance dernière, deux candidats ont encore été entendus. M. Jobert (de Lamballe) a lu un mémoire sur les propriétés du tissu cicatriciel et l'application de l'autoplastie aux brides. M. Longet, retenu par une maladie, a présenté, par l'organe de M. J. Cloquet, un mémoire sur le sulfo-cyanure de potassium considéré comme un des éléments normaux et constants de la salive.

Le mémoire de M. Jobert a un double objet : exposer quelques-unes des propriétés des tissus cicatriciels, dont ses nombreuses opérations autoplastiques lui ont fourni l'occasion de faire une étude approfondie ; et en second lieu, faire connaître les applications qu'il a faites ensuite de la connaissance de ces propriétés au traitement des cicatrices vicieuses et difformes.

Des diverses propriétés des cicatrices, la plus intéressante au point de vue physiologique, et l'une des plus fécondes en même temps en applications à la chirurgie plastique, c'est la conservation de la sensibilité dans le tissu cicatriciel. Quelques-unes des conditions inhérentes à la constitution même du tissu cicatriciel ont pu aisément faire croire que ce tissu était dépourvu de sensibilité ; mais indépendamment de ce qu'apprend l'observation de ces sensations de prurit dont les cicatrices sont fréquemment le siége, de ces douleurs vives que ressentent à certains moments les porteurs d'anciennes cicatrices, une expérience directe est venue démontrer que le tissu cicatriciel est sensible, et que son apparente insensibilité n'est qu'un effet de la rétractilité et du tiraillement que subit ce tissu dans certaines conditions, qui sont celles que l'on rencontre le plus habituellement. Il suffit, en effet, de faire cesser ce tiraillement et de maintenir d'une manière permanente la cicatrice dans de nouvelles conditions d'écartement et de mobilité, pour voir reparaître cette sensibilité que l'on croyait anéantie, et qui n'était qu'obscurcie.

Ce fait, des plus intéressants physiologiquement, a suscité l'idée de plusieurs procédés ingénieux, dont quelques-uns ont été appliqués avec succès au traitement des cicatrices difformes. M. Jobert y a puisé pour les mêmes cas l'indication d'une méthode nouvelle, qui lui a déjà donné d'heureux résultats. Cette méthode consiste à interposer entre les deux segments d'une bride cicatricielle divisée un lambeau autoplastique emprunté aux parties voisines. C'est à la description de cette méthode qu'est consacrée la deuxième partie de ce mémoire, où M. Jobert rapporte un cas remarquable de guérison, à l'aide de ce moyen, d'une difformité considérable produite par le retrait d'une cicatrice ancienne et très-étendue du cou.

Le mémoire de M. Longet, dont l'objet peut paraître au premier abord d'un intérêt assez restreint, se rattache en réalité à l'une des plus importantes questions de la physiologie, la digestion. L'étude que M. Longet a faite de la présence du sulfo-cyanure de potassium considéré comme un des éléments normaux et constants de la salive, n'est en effet qu'une partie détachée d'un travail plus considérable que l'auteur prépare sur les divers liquides digestifs de l'économie animale. Il y établit, ainsi qu'on le verra dans les conclusions, au compte rendu, que le sulfo-cyanure de potassium, que l'on croyait n'exister dans la salive de l'homme que dans des circonstances fortuites et sous l'influence de causes pathologiques, y existe au contraire comme principe constitutif normal et constant.

Cette partie du travail de M. Longet, presque exclusivement chimique, a pour objet la démonstration de ce fait. L'auteur ne nous y dit pas quelle part revient à ce principe dans le rôle physiologique attribué à la salive dans la digestion. C'est ce que nous apprendra sans doute une seconde communication. — Dr Brochin.

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'OCCLUSION PALPÉBRALE dans le traitement des maladies des yeux.

Bien que la *Gazette des Hôpitaux* se propose d'apprécier à son point de vue les diverses opinions émises au sein de l'Académie dans la discussion sur l'occlusion des paupières, nous n'avons pas moins cru devoir accueillir avec empressement la communication qu'a bien voulu nous faire M. Furnari, dont la compétence sur ce sujet est bien connue de nos lecteurs.

Les opinions exprimées par M. Furnari n'engagent en rien, bien entendu, celles que nous pourrons avoir à émettre nous-même par la suite.

La question de l'occlusion palpébrale dans les maladies des yeux étant encore à l'étude, et l'Académie de médecine devant se prononcer sur la valeur pratique de cette méthode, je demande la permission aux lecteurs de ce journal de leur indiquer la part que j'ai prise à la propagation et au perfectionnement de l'occlusion.

Dans le discours prononcé à la dernière séance de l'Académie, M. Velpeau, après avoir cité honorablement mes travaux sur l'occlusion, m'a reproché de n'avoir pas assez précisé les indications et les contre-indications de cette méthode. « L'occlusion, a dit le savant professeur, est une méthode ancienne ; les Arabes, dont M. Furnari nous a appris la pratique, ne font pas les distinctions que nous avons établies entre les diverses sortes d'inflammations de l'œil ; et M. Furnari lui-même ne les distingue pas toujours d'une manière assez catégorique. »

Les lignes qui suivent, et que je transcris ici sous forme de corollaires, résument tout ce que j'ai publié sur cette matière depuis 1843, époque à laquelle j'ai fait connaître aux médecins européens la pratique médico-chirurgicale des thebibes arabes. Le lecteur jugera si j'ai traité la question d'une manière *assez catégorique*.

1° Pour bien s'entendre sur la valeur pratique de l'occlusion palpébrale, il faut d'abord admettre qu'elle a été : 1° un moyen de pansement ; 2° un moyen thérapeutique ; 3° une méthode mixte combinée avec les topiques. Comme pansement, depuis qu'il y a des maux d'yeux, depuis qu'on pratique des opérations sur ces organes, on a toujours cherché à les garantir contre les agents extérieurs par des bandages et des appareils, qui ont varié selon les temps et selon les pays ; comme moyen thérapeutique, l'idée primitive appartient aux Arabes. Le point de départ de cette pratique est dans la grande aversion qu'ont les indigènes pour laisser un organe malade au contact de l'air. Dans toutes les inflammations, dans les plaies et les blessures, ils poussent même ce principe jusqu'à l'exagération ; enfin, c'est grâce aux travaux simultanés des médecins français et belges, que l'occlusion, combinée avec les topiques, constitue aujourd'hui une véritable méthode thérapeutique.

2° Dans le moyen arabe employé avec discernement, il y a deux indications importantes, la compression de l'organe et sa préservation du contact de l'air ; dans la combinaison de l'occlusion coïncidant avec les topiques, j'en ai constaté une troisième plus importante encore, l'action des agents modificateurs de la muqueuse oculaire et des granulations palpébrales, action qui n'est entravée ni par l'écoulement des larmes, ni par l'air, ni par la lumière, ni par le mouvement des paupières ; c'est sous ce triple point de vue que doit être envisagée la méthode d'occlusion.

3° La compression est presque instinctive chez les malades, car elle calme souvent la douleur en empêchant le mouvement du globe et des paupières ; employée par le médecin d'une manière rationnelle, graduelle et permanente, la compression donne d'excellents résultats dans certaines conditions de chronicité et de varicosité des vaisseaux de la conjonctive, des productions staphylomateuses de la cornée, de turgescence et de boursouflement des annexes de l'œil. La simple occlusion par un moyen agglutinatif ne constitue qu'une très-faible compression, mais elle suffit pour empêcher le mouvement des paupières et brider légèrement l'œil ; on évite ainsi les accidents qui résultent souvent d'une compression trop forte, telle que la pratiquent les Arabes ; enfin, si l'on fait précéder l'occlusion de l'application des topiques, on remplit les trois conditions dont je viens de parler.

4° Quel est le meilleur moyen pour pratiquer l'occlusion ? J'ai fait usage alternativement du collodion, du coton cardé et trempé dans une solution de gomme et de bandelettes de taffetas ; après un grand nombre d'essais, je me suis décidé à donner la préférence aux bandelettes multiples de taffetas ; l'occlusion ainsi faite peut rester deux ou trois jours sans se déranger, et sans provoquer d'*échauffement* et de congestion dans l'œil ; le médecin peut à volonté détacher les bandelettes si quarante-huit heures après il doit faire une nouvelle application de poudres, de pommades ou de collyres.

5° En appréciant de plus en plus les avantages de l'occlusion palpébrale dans une foule de maladies oculaires, en prévoyant surtout que la pratique arabe pouvait se généraliser parmi nous, j'ai fait une série de recherches pour trouver un moyen d'occlusion encore plus simple et plus économique que le taffetas ; je dis plus simple, car, lorsqu'on veut faire une occlusion complète, il est nécessaire d'appliquer plusieurs bandelettes, et il faut encore assez de temps et de patience pour les préparer et les faire adhérer sur les paupières. Quant à l'économie, à l'aide d'un carré de taffetas de 10 centimètres tel qu'on le vend dans les pharmacies et dont le prix est de 40 centimes, on peut faire à peine cinq ou six pansements ; or, pour peu qu'on emploie ce moyen sur plusieurs malades, on s'apercevra que ces détails d'économie de temps et d'argent ne sont pas à dédaigner pour un praticien. Voici le moyen aussi simple qu'économique que j'ai définitivement adopté.

6° Après avoir introduit dans l'œil la substance médicamenteuse indiquée par la nature et la période de l'affection, on engage le malade à fermer les paupières, et l'on étale sur ces voiles mobiles une légère couche de solution de colle de poisson ou de blanc d'œuf, ou tout simplement de gomme arabique ; immédiatement après, on applique horizontalement deux ou trois bandelettes superposées de tulle, de la forme d'un ovale allongé, ayant 4 ou 5 centimètres de long, c'est-à-dire dans le sens horizontal, et 2 centimètres de haut. Ces petites bandes s'adaptent parfaitement sans exercer aucune pression à la forme et au bombement des paupières, et constituent une adhérence multiple et filiforme tellement forte que quelquefois, après deux ou trois jours d'occlusion, il est nécessaire pour les détacher de faire usage d'eau tiède. Quant au produit des sécrétions ordinaires de l'œil, s'il est abondant, il se fait jour à travers les espaces interstitiels de la trame du tulle ; s'il s'agit, au contraire, d'un simple suintement, il se solidifie au contact de l'air, forme une légère couche plastique et contribue à l'occlusion. Lorsqu'il est nécessaire de faire l'occlusion après les opérations, on peut superposer plusieurs bandelettes, en se servant de préférence de tulle noir.

Il serait difficile de réduire un pansement et une occlusion à une plus grande simplicité ; aussi je crois inutile d'insister sur sa comparaison avec le collodion, la ouate collante et même les bandelettes multiples de taffetas.

7° Quelle doit être la durée moyenne de l'occlusion appliquée aux cas ordinaires ? M. Hairion (de Louvain) a fixé une limite de quarante-huit heures ; je pense qu'on peut au bout de vingt-quatre heures découvrir l'œil, continuer l'usage des collyres et des pommades et fermer de nouveau les paupières. Ce n'est que dans les cas de névralgies que je laisse l'occlusion en permanence, dans la crainte de voir reparaître les douleurs en exposant l'œil à l'air et à la lumière. La durée de l'occlusion après les opérations ne peut pas être déterminée d'avance ; on peut laisser le petit appareil tant qu'aucune indication n'oblige le chirurgien à examiner l'état de l'œil ; cependant au bout de quatre à cinq jours il est plus convenable de *rafraîchir* l'œil, et, après un examen très-rapide, de pratiquer de nouveau l'occlusion.

8° Quelles sont les indications et les contre-indications de l'occlusion ? Les cas dans lesquels on peut en faire usage sont nombreux et variés ; je me borne à énumérer ici les résultats de ma pratique : ulcérations simples et primitives de la cornée, 16 ; ulcérations entretenues par les vaisseaux de la conjonctive, 10 ; ulcérations chroniques entretenues par des granulations, 5 ; photophobies opiniâtres, 6 ; staphylomes commençants de la cornée et de l'iris, 2 ; staphylomes de l'iris consécutifs à l'opération de la cataracte par extraction, 2 ; blépharites granuleuses sans ulcérations cornéennes, 12 ; ectropions commençants, 4 ; névralgies sus-orbitaires, 4 : total, 61 résultats heureux. J'entends par résultats heureux disparition complète, dans presque tous les cas, de la douleur et de la rougeur ; rétablissement plus ou moins complet de la vision lorsque les lames de la partie centrale de la cornée n'étaient pas profondément lésées.

9° C'est dans les cas d'ulcération de la cornée, que l'occlusion, combinée avec les topiques, constitue un remède véritablement héroïque. Elle ne guérit pas la maladie comme par enchantement ; elle n'exclut pas la cautérisation et les autres prescriptions, mais, associée à ces moyens, elle calme immédiatement la douleur intense, la photophobie et le larmoiement, qui résistent quelquefois aux émissions sanguines, aux cautérisations, aux révulsifs et aux calmants. J'ai remarqué plusieurs fois que dans les ulcérations cornéennes simples, primitives et superficielles, l'occlusion et l'application d'une pommade astringente dispensaient de la cautérisation. J'ajoute que dans deux cas de kératite simple sans ulcération, la seule occlusion a suffi pour les guérir dès le début.

10° Pour ce qui concerne les névralgies circum et sus-orbitaires, j'en fais deux classes : celles qui se manifestent sans cause connue, et qui affectent d'ordinaire les femmes et les sujets nerveux, et celles qui sont consécutives à l'opération de la cataracte par abaissement. Dans les névralgies de la première classe, l'occlusion palpébrale permanente pendant plusieurs jours réussit parfaitement à calmer les douleurs intenses, et permet au médecin d'étudier les causes de maladie et de faire usage, tout en tenant l'œil des malades bouché, de moyens internes

et externes. Les quatre cas que j'ai cités plus haut appartiennent à cette catégorie. Quant aux névralgies consécutives à l'opération de la cataracte par abaissement, l'occlusion n'a qu'une efficacité passagère, car dès qu'on découvre l'œil l'accès névralgique reparaît. Au reste, cette espèce d'affection résiste à tous les moyens connus: je ne connais pas un seul cas de guérison, excepté celle qui arrive *naturellement* lorsque l'amblyopie amaurotique qui se manifeste dès le début des accidents nerveux devient une amaurose complète, et lorsque le globe est complétement atrophié.

11° Dans trois cas d'ectropions commençants, l'occlusion a parfaitement réussi; dans un quatrième cas, la lésion étant ancienne, l'occlusion a entièrement échoué. Dans une des trois premières observations, il s'agissait d'un renversement palpébral provoqué par un grand boursouflement de la muqueuse et par des granulations. J'ai remarqué que l'occlusion pratiquée immédiatement après la cautérisation avait produit un engorgement considérable des tissus et entravé la marche consécutive de la cautérisation, tandis que l'occlusion faite vingt-quatre heures après la cautérisation donnait de meilleurs résultats. Aussi, à dater de cette époque, toutes les fois qu'il s'agit d'une simple et légère cautérisation sur un point limité d'une ulcération cornéenne ou d'une affection papuleuse de la conjonctive, je fais immédiatement après l'occlusion des paupières. Mais lorsque je suis forcé de cautériser une surface plus étendue, soit de la cornée, soit de la conjonctive, je ne fais l'occlusion que vingt-quatre heures après la cautérisation. En agissant ainsi, on donne à l'œil le temps de se débarrasser de ces mucosités épaisses, de ces fragments d'eschares qui résultent toujours de la cautérisation des muqueuses.

12° Cette manière d'agir détruit, en outre, l'objection qu'on a faite à l'emploi de l'occlusion, consistant à dire qu'on ne pourrait pas sans danger pour un œil le tenir hermétiquement fermé, et que la rétention des matières *âcres* et puriformes, et les sécrétions ordinaires des mucosités et des larmes ne pouvant se faire jour à travers les paupières, deviendraient à leur tour une nouvelle cause d'irritation. Pour ce qui concerne les matières puriformes et surtout l'ophthalmie purulente, l'objection est fondée; mais elle n'a plus de valeur pour les mucosités et les larmes, car elles se résorbent facilement, ou bien, comme je l'ai dit plus haut, elles forment une couche épaisse qui consolide l'occlusion, et d'ailleurs, par cela même qu'on préserve l'œil du contact de l'air et de la lumière, les larmes sont moins abondantes.

13° Quel est le meilleur agent thérapeutique qui, combiné avec l'occlusion, donne les résultats les plus satisfaisants? Il n'y a pas de règle à établir à cet égard; on peut dire cependant d'une manière générale que, toutes les fois qu'un topique quelconque est indiqué, l'occlusion ne fait que faciliter l'action du médicament et hâter la guérison. Quant au mode de préparation, les collyres secs et les pommades sont préférables aux collyres liquides.

14° En résumé, l'occlusion palpébrale appliquée avec discernement et dans les conditions que je viens d'indiquer constitue une ressource thérapeutique de premier ordre dans une foule de complications ophthalmiques qui font souvent le désespoir des malades; j'ai la certitude que son usage sera adopté par nos confrères et généralisé dans leur pratique.

Tout ce que je viens de dire est extrait d'un travail publié dans la livraison de mars 1854 des *Annales d'oculistique;* si M. Bonnafont l'avait su, il n'aurait pas présenté à l'Académie comme une nouveauté une méthode dont l'idée appartient aux Arabes, et dont le perfectionnement est dû aux publications de M. Hairion, professeur à Louvain, aux travaux de M. Larrey et à mes propres recherches, sans compter les applications heureuses qui ont été faites de cette méthode par MM. Piorry, Bégin, Gama, Cunier, Pétrequin, Forget (de Strasbourg), Caffe et Warlomont. Il n'est pas inutile de rappeler, en outre, que l'Académie royale de médecine de Belgique avait consacré une séance à la discussion de cette méthode (27 janvier 1849).

Bien loin de moi la pensée de mettre en doute la bonne foi de M. Bonnafont; mais je m'étonne qu'un homme qui occupe une position élevée dans la chirurgie militaire, un praticien qui a exercé longtemps en Afrique, un membre correspondant de l'Académie de médecine ait pu ignorer ce qui avait été fait avant lui au sujet de l'occlusion.

Quoi qu'il en soit, M. Bonnafont a eu un mérite, il ne m'en coûte nullement de le reconnaître, c'est d'avoir fixé l'attention de l'Académie sur une question très-importante; cela nous a valu une savante et consciencieuse appréciation historique de M. Larrey, les aperçus physiologiques et les judicieuses observations pratiques de M. Piorry, et le discours magistral de M. Velpeau. Aussi l'occlusion se recommandera désormais à la confiance des médecins par la double sanction de la science et de la pratique. — S. Furnari, D.-M.

DE LA LEUCOCYTHÉMIE [1].

(Deuxième et dernier article.)

Leucocythémie générale aiguë. — Jusqu'ici, Bennett, Virchow et les médecins qui ont entrepris la vérification des travaux de ces deux observateurs, n'ont parlé que d'une leucocythémie chronique, développée dans le cours et sous l'influence des maladies chroniques de la rate, du foie, des ganglions lymphatiques, de l'intestin, etc. Ils n'ont signalé l'influence des autres maladies que comme une cause occasionnelle très-rare. C'est là, sans doute, une grande partie de la vérité; mais ce n'est pas la vérité tout entière. En effet, la leucocythémie peut se montrer dans le cours de plusieurs maladies aiguës. J'ai vu plusieurs cas de leucocythémie sur des femmes atteintes de fièvre puerpérale, mortes en quelques heures ou en quelques jours; et, bien que le fait n'ait pu être constaté que sur le cadavre, il n'en a pas moins une grande importance. J'ai rapporté le plus curieux de tous au commencement de cet article. Longtemps j'avais pensé que cette altération du sang dans la fièvre puerpérale était formée par du pus, opinion vivement critiquée; mais après la découverte de Virchow et Bennett, ces faits me paraissent devoir s'expliquer différemment, et ils me semblent devoir être considérés comme des cas de leucocythémie aiguë plutôt que comme des exemples de pyohémie.

On se le rappelle, chez des femmes mortes après quelques jours de fièvre puerpérale, avec dépôts purulents des vaisseaux, des membranes et des parenchymes, j'ai trouvé le sang de la veine cave rempli de globules blancs en quantité considérable.

Chose plus curieuse; chez une femme morte au troisième jour de l'accouchement, sans aucune lésion appréciable de l'utérus et de ses annexes, sans lymphangite ni phlébite, sans suppuration d'aucune partie du corps, j'ai rencontré la même altération, et j'en ai donné les détails au début de ce travail. Une leucocythémie des plus caractérisées a été la seule altération anatomique trouvée sur le cadavre.

Quand la leucocythémie aiguë sera aussi étudiée que l'est déjà celle dont la marche est chronique, elle aura autant et peut-être plus d'importance qu'elle. Mais il ne m'appartient pas de devancer la marche des progrès de la science par de fausses hypothèses. J'ai voulu rappeler ici quelques faits qui trouveront ultérieurement leur place lorsqu'ils auront pu être contrôlés par d'autres observateurs, soit dans la fièvre puerpérale, soit dans la fièvre typhoïde grave et dans les différents typhus.

Leucocythémie générale chronique. — C'est la leucocythémie de Bennett, de Virchow et de tous ceux qui se sont occupés du sujet. On est encore loin d'être d'accord sur sa nature. Virchow lui-même, dans le mémoire qu'il vient de publier, ne le sait guère plus que nous, et son indécision se révèle par les contradictions de son langage: « C'est, dit-il, une dyscrasie dépendante de la lésion d'organes déterminés (1). » Plus loin, il ajoute: « Il est constant que les altérations de la rate et des ganglions préexistent à la leucocythémie, quelle que soit celle des deux formes qu'elle revête, qu'elles peuvent exister des mois et des années avant que la dyscrasie se manifeste, et d'un autre côté, il n'est pas moins certain que la leucémie n'est pas toujours proportionnelle à l'intensité de la lésion organique dont elle dépend (2). »

Cependant, à la fin de son mémoire on trouve cette phrase; « La leucémie n'est donc pas une simple conséquence d'un autre état pathologique, c'est une maladie essentielle et *sui generis.* » Il me paraît difficile de concilier ces propositions opposées et de ne pas y voir une incertitude de doctrine bien évidente, que justifie le petit nombre d'observations sur lesquelles repose la systématisation prématurée de nos connaissances sur la leucocythémie.

Je ne crois pas, pour mon compte, que la leucocythémie soit une entité pathologique et une maladie spéciale, *sui generis*, elle paraît être la conséquence d'un état morbide antérieur, c'est-à-dire une véritable complication, ou maladie secondaire, et je suis bien aise de voir que pour Virchow la question est loin d'être résolue.

Les lésions organiques qui favorisent le développement de cette leucémie chronique sont: les hypertrophies de la rate (Bennet, Virchow, Vogel, Schreiber, Charcot, Vigla, etc.); les hypertrophie des ganglions lymphatiques (Virchow, Schreiber); les hypertrophies des glandes de Peyer (Schreiber) (3); les hypertrophies du foie, l'inflammation chronique de l'intestin, comme on peut le voir dans l'observation d'une petite fille de trois ans et demie, publiée par Virchow.

Le sang des leucocythémiques, analysé dans ses éléments constitutifs, offre des changements considérables; ainsi, d'après Bennett, Virchow, Vogel, sa densité est moindre qu'à l'état normal. Cela se comprend par la quantité d'eau surabondante du sang. Les chiffres de la fibrine, de l'albumine et des sels ne varient guère, dit Virchow, et cependant, dans les six analyses publiées par Bennett, on trouve, pour la fibrine, les chiffres énormes que voici:

Sur 1,000 :	6,00
—	2,30
—	7,08
—	4,75
—	5,00
—	4,46

Le nombre des globules rouges est très-diminué, comme dans l'anémie, et il y a parmi eux une quantité exagérée de globules blancs dans la proportion d'un tiers, d'un quart, d'un dixième, d'un vingtième, etc., au lieu de la proportion ordinaire de 1 sur 300 ou 350 environ.

67,50
49,70
101,63
97,93
80,00
97,39

La proportion d'eau a été représentée dans ces analyses par les chiffres suivants:

854,50
881,00
816,07
819,80
820,00
815,80

Dans une analyse plus récente de M. Becquerel, on a trouvé:

Pour les globules.	70,5
Pour la fibrine.	2,9

Et sur 1000 parties de sérum:

Albumine.	40,5
Matières extractives	12,5

Dans la leucocythémie générale chronique, le début est très-insidieux, et cette altération du sang n'est reconnue que trop tard, lorsqu'elle a déjà atteint un assez haut degré. Bennett, Virchow ont rapporté des observations d'individus affectés depuis trois ou quatre ans de tumeurs de la rate et du foie sans leucocythémie, et qui un peu plus tard leur ont présenté cette altération pathologique. On ne peut savoir quand ni comment elle se forme. C'est la complication possible et non pas nécessaire d'une foule de lésions organiques variées de la rate, du foie, des intestins, des ganglions lymphatiques, etc; c'est, en un mot, la raison anatomique d'un certain nombre de cachexies.

La leucocythémie est caractérisée par une pâleur mate ou jaunâtre très-grande de la peau avec ou sans amaigrissement du corps, par de l'œdème des membres ou de l'anasarque, par l'hydropisie des séreuses; dans quelques cas par de la disposition au *purpura*, aux hémorrhagies de la peau, des muqueuses et du tissu cellulaire. Ainsi, M. Vigla a raconté à la Société de médecine des hôpitaux l'observation d'un homme qui eut dans le cours de cette maladie une tumeur sanguine du tissu cellulaire de l'aisselle formée en quelques heures, et d'où l'on tira une fois 300 grammes, une deuxième fois 200 grammes et une troisième fois 1,200 grammes de sang brunâtre leucocythémique. Ordinairement ce sont des taches de purpura sur la peau, sur les muqueuses ou des hémorrhagies de l'intestin. Chez ces malades, il y a de la dyspnée, des palpitations avec ou sans bruit de souffle au cœur et dans les carotides; la soif est augmentée, et il y a soit de la constipation alternant avec la diarrhée ou de la diarrhée; les malades, enfin, ont souvent de la fièvre et des sueurs venant par paroxysmes avant de s'établir d'une manière continue.

Ce sont là, comme on voit, les principaux symptômes de l'anémie, et sans l'analyse optique du sang il n'y aurait guère moyen de distinguer ces deux états l'un de l'autre. Je regrette même que les parrains de la leucocythémie n'aient pas fait eux-mêes ce diagnostic différentiel et n'aient pas examiné comparativement le sang dans les différentes anémies essentielles ou symptomatiques connues, de manière à faire un tableau comparatif de l'état des globules dans la chlorose, dans la chloro-anémie, dans les maladies aiguës ou chroniques, dans la cachexie scrofuleuse, cancéreuse ou syphilitique, etc., de manière à ne pas laisser de doutes dans l'esprit des cliniciens.

Quand il s'agit d'une révolution à opérer dans la science et d'un nouvel état morbide à classer, on ne saurait trop prendre de précautions pour éviter l'erreur et pour donner à tous les moyens de distinguer cet état morbide de ceux qui s'en rapprochent le plus. Quelles précautions a-t-on prises? quel est le diagnostic différentiel de la leucocythémie et de l'anémie des maladies aiguës ou chroniques, cancéreuses, tuberculeuses et autres? Si l'on en juge par les traductions de Bennett et Virchow publiées en France et par les observations des médecins français, ce diagnostic comparatif n'a pas été fait avec beaucoup de soin. Or c'est là une considération importante que tous les médecins apprécieront comme moi, et qui enlève à la création de la nouvelle entité morbide appelée leucocythémie une partie de son importance.

Une fois établie et constatée, la leucocythémie est, d'après Virchow, une dyscrasie mortelle. J'en ai déjà appelé de cet arrêt trop absolu à de nouvelles recherches. En effet, la marche si lente des accidents morbides autorise à faire cette réserve. Il y a des malades chez lesquels l'altération reste stationnaire pendant des mois, des années, et que l'on a perdu de vue sans constater de changement dans leur position. Bennett en a observé un à plusieurs reprises pendant dix-huit mois, et à la fin de cette longue observation le nombre des globules incolores était semblable à ce qu'il était dans les premiers temps. Addinel Hewson dit même avoir observé un cas dans lequel la maladie a rétrogradé; tous les symptômes morbides ont disparu en deux mois, et il n'est resté dans le sang qu'un petit nombre de globules incolores en excès.

Peut-être trouvera-t-on des faits plus caractérisés de guérison lorsque cette altération aura été recherchée chez tous les anémiques et dans toutes les cachexies indistinctement, ce qu'on a eu le tort de ne pas faire. Le pronostic est un art difficile qui repose sur une longue expérience, et le nombre des faits de leucocythémie publiés n'est pas assez considérable pour permettre d'affirmer que c'est une altération organique constamment mortelle. Cette manière de procéder me rappelle les débuts du diabète, maladie qu'on regardait comme très-rare, toujours suivie de phthisie tuberculeuse et de mort. Elle est devenue plus fréquente à mesure qu'on a mieux su la reconnaître, et on a vu que pouvant rester très-longtemps stationnaire, elle n'amenait pas toujours la mort par phthisie, et qu'elle pouvait guérir dans un assez grand nombre de cas. Il en sera de même de la leucocythémie. En la cherchant avec soin on en trouvera de nouveaux exemples à leur début, et qui n'auront pas encore atteint leur maximum d'intensité ni de gravité. Alors avec des observations très-nombreuses il sera permis de commencer le travail nosographique relatif à cette altération du sang.

Le traitement de la leucocythémie n'existe pas à vrai dire, il ne repose sur aucune donnée expérimentale sérieuse; c'est le traite-

(1) Voir le numéro du 13 mars.

(1) *Arch. de méd.*, février, p. 133.
(2) *Loc. cit.*, page 135.
(3) *Loc cit.*, page 135.

ment de l'anémie et des maladies dans le cours desquelles cette altération se développe. Le séjour à la campagne et sur les bords de la mer, les bains froids et les bains d'eau salée, le régime tonique, les viandes grillées, l'usage du vin, les préparations de fer et de manganèse, sous toutes les formes, le quinquina, les boissons aromatiques ou amères, les frictions de toute espèce, sont les meilleurs moyens à employer. La raison conseille leur usage; et dans le cas de guérison rapporté par Hewson, l'expérience a montré combien cette médication peut être avantageuse. C'est au fer, au quinquina et à l'usage des pilules mercurielles que cette guérison a été attribuée.

Comme on le voit, la leucocythémie demande à être étudiée avec plus de soin, et surtout avec une méthode toute différente. Ce n'est pas avec une trentaine d'observations qu'on peut espérer déduire les lois générales d'une maladie quelconque, et spécialement d'une maladie récemment découverte. Il faut rendre justice aux recherches de Bennett et de Virchow, qui constituent un progrès scientifique réel; mais il ne faut pas s'abuser sur leurs conséquences immédiates. Non-seulement elles ont besoin d'être vérifiées et contrôlées, mais encore elles doivent être faites, comme je l'ai dit, sur une foule d'individus indistinctement et dans toutes les maladies aiguës ou chroniques qui altèrent profondément la composition du sang. A cette condition seule on saura à quoi s'en tenir sur la leucocythémie, et il sera permis d'entreprendre l'histoire de cette altération de façon à la classer comme elle mérite de l'être, soit dans les maladies proprement dites, ou seulement dans les complications des maladies, c'est-à-dire dans les maladies secondaires. MM. Virchow et Bennett se sont un peu trop hâtés de conclure. Déjà illustrés par leur découverte, ils auraient bien fait de la consacrer définitivement par une expérimentation plus complète, plus précise et plus variée, sans laisser à d'autres le soin d'achever leur œuvre.

En résumé :

La leucocythémie n'est pas une maladie primitive, c'est une altération secondaire, et une complication.

On n'a jamais vu de leucocythémie primitive.

Il y a une leucocythémie *locale* produite par l'accumulation locale des globules blancs à la suite de l'inflammation des tissus.

Il y a une leucocythémie *générale aiguë* produite par les fièvres graves, et notamment par la fièvre puerpérale.

Il y a une leucocythémie *générale chronique* causée par les hypertrophies de la rate et du foie, par l'entérite chronique, par la néphrite albumineuse; par la phthisie, le cancer et par un certain nombre de cachexies. — E. Bouchut.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

Des applications de l'électricité à la pathologie (1).

Appareil de M. Bianchi. — L'appareil de M. Bianchi, qui est fort ingénieux, est partagé en trois parties :

1° Un ou deux couples de Bunsen;

2° Une bobine munie de deux fils : le premier, qui est un gros fil, par où passe le courant inducteur; le second, qui est un fil fin, dans lequel se développe le courant induit. A l'intérieur de cette bobine, on place des tiges de fer dont l'aimantation et la désaimantation, dues au courant inducteur, donnent lieu au courant induit dans le petit fil;

3° Un interrupteur semblable au petit tourniquet électro-magnétique de Ritchie, et dans lequel les interruptions se font au moyen du mouvement d'un petit électro-aimant, mobile entre les armatures d'un aimant permanent fixe; ce petit électro-aimant entraîne deux fils de platine qui plongent alternativement dans deux cellules isolées pleines de mercure et placées dans le circuit du courant inducteur.

Aussitôt que le courant passe dans le gros fil de la bobine et dans le bain de mercure, le petit morceau de fer doux placé en croix sur la tige de support prend un mouvement de rotation très-rapide, et il paraît dans chaque cuvette de mercure une succession d'étincelles à l'extrémité des aiguilles de platine.

On gradue le courant à l'aide de petites tiges de fer doux introduites successivement dans la bobine.

Cet appareil peut, avec un courant initial très-faible, donner un courant d'induction d'une telle intensité et fournir un tel développement d'électricité qu'il serait difficile de le supporter.

Appareil de MM. Legendre et Morin. — Cet appareil est portatif et peu dispendieux. Il peut être considéré comme une modification ou plutôt une simplification du premier appareil de MM. Breton frères. Il est renfermé dans une boîte partagée en deux compartiments : l'un contient les instruments d'excitation, et l'autre un multiplicateur terminé dans le fond de la boîte par une lame de laiton sur laquelle repose le charbon, et supérieurement par une plaque de cuivre jaune qui est l'axe du multiplicateur. Plusieurs lames de fer doux sont placées dans son intérieur et permettent de graduer le courant; il y existe un interrupteur en communication avec le multiplicateur. Aux extrémités du multiplicateur se trouvent de petites saillies métalliques destinées, soit à faire communiquer la pile avec le multiplicateur, soit à recevoir les extrémités des réophores.

Dans les appareils dont on vient de parler, les courants induits sont produits dans un fil séparé de celui dans lequel passe le courant inducteur. Mais on peut employer aussi le courant induit dans le fil même par lequel passe le courant inducteur, c'est-à-dire ce que l'on nomme l'extra-courant. Il suffit, ainsi que l'a proposé M. Masson, d'interposer dans le circuit d'une pile voltaïque quelconque une bobine à un fil ayant au centre un fer doux, c'est-à-dire un électro-aimant et un interrupteur, tel qu'une roue dentée. En mettant en mouvement cet interrupteur, on produit une série de courants induits dans le fil lui-même; mais si à l'aide de deux conducteurs ou réophores on touche aux deux extrémités de la bobine, alors on ressent des commotions dues principalement à l'extra-courant direct, et produites par la rupture du circuit.

Je me bornerai à cette courte description de quelques-uns des appareils électro-magnétiques les plus employés; je crois, en effet, qu'ils sont destinés à disparaître de la pratique et à être complétement remplacés par les appareils magnéto-électriques. Je suis loin de penser cependant qu'ils ne présentent pas de grandes qualités et qu'ils ne puissent suffire à tous les cas de la pratique médicale. Cela est possible, cela est même vrai; mais les avantages qu'ils présentent sont rachetés par un inconvénient bien sérieux : cet inconvénient, c'est l'usage d'une pile; cette pile complique l'appareil, elle le rend moins portatif; il faut la charger dès qu'on veut s'en servir, la nettoyer ensuite. Ces petites opérations exigent du soin.

Si on veut laisser la pile chargée ou si elle est contenue dans l'appareil, il s'en dégage constamment des vapeurs acides qui ne tardent pas à l'altérer. Enfin, l'usage d'acides dans la pratique civile expose à salir et à altérer les meubles, et dans les hôpitaux elle réclame des élèves appelés à faire ces opérations des soins et des nettoyages qu'il ne leur est pas toujours possible de pratiquer. Ces raisons me paraissent suffisantes pour engager à ne pas faire usage de ces appareils. Cependant, si on désirait faire employer l'un d'eux, je crois que l'on devrait avoir recours à l'appareil de M. Masson, ou bien à celui de M. Bianchi. Ce dernier appareil, en effet, est assez simple, assez facile à manier; le prix en est peu élevé; la pile destinée à le mettre en action est placée en dehors de l'instrument et n'a besoin que d'être mise en communication avec lui par des fils. Les courants sont très-énergiques, et on peut parfaitement les graduer à volonté.

J'ai eu plusieurs fois occasion d'en faire usage avec succès.

Avant de passer à l'examen des appareils magnéto-électriques, nous croyons devoir parler d'une réclamation qui nous a été adressée par un physicien distingué, M. Masson, et dont, après avoir pris connaissance des articles qu'il nous a indiqués, nous avons reconnu la justesse.

Nous avons dit précédemment que les courants par induction étaient employés avec un grand avantage pour produire des effets physiologiques en raison de l'instantanéité de leur production et la rapidité avec lequelle on pouvait les faire succéder les uns aux autres. Nous avons également dit que l'on pouvait utiliser l'extra-courant, c'est-à-dire le courant par induction développé dans un circuit voltaïque, pourvu que l'on interrompît ce circuit à des intervalles très-courts à l'aide d'une roue dentée ou par tout autre moyen mécanique.

M. Masson, qui a étudié il y a une vingtaine d'années les effets de l'extra-courant, a fait usage de ce procédé pour étudier les effets physiologiques de l'électricité. Il avait remarqué à cette époque (1) la propriété que possède l'électricité de n'affecter que les points du corps qui étaient touchés par les conducteurs, et avait proposé d'utiliser ce fait dans la thérapeutique; c'était l'électrisation localisée, comme on l'a appelée depuis. Ainsi, on doit rapporter à M. Masson les premières applications qui en ont été faites.

Un appareil d'induction, composé d'une bobine ou d'un électro-aimant à un seul fil, dans lequel on fait passer périodiquement le courant d'un couple voltaïque, permet donc d'utiliser l'extra-courant induit, ou le courant par induction du premier ordre; c'est là l'appareil employé par M. Masson. Nous pensons néanmoins que, malgré la simplicité de cette machine et en raison des motifs que nous avons donnés précédemment, les appareils magnéto-électriques, qui sont toujours prêts à entrer en fonction, sont d'un usage plus commode. Du reste, les effets obtenus sont les mêmes, l'électricité agissant de la même manière, quels que soient les instruments, pourvu que l'on se place dans les mêmes conditions d'intensité et de rapidité de production de courant.

Ce sont ces instruments que nous allons maintenant examiner.

B. *Appareils électro-magnétiques.*

La première machine magnéto-électrique qui ait été construite et qui ait donné des effets énergiques est celle de M. Pixii. L'aimant permanent était mobile, et l'électro-aimant dans le circuit duquel les courants induits inverses et directs se manifestent était fixe. On lui substitua la machine de Saxton, dans laquelle l'aimant était fixe et l'électro-aimant mobile. Cet appareil fut suivi de l'appareil de Clarke, qui n'était qu'une modification de celle-ci, et dont on fit usage pendant plusieurs années pour les applications électro-médicales. Dans cette machine, comme dans les précédentes, les positions relatives de l'aimant et de l'électro-aimant, changeant à chaque instant les variations d'intensité magnétique qui ont lieu dans celui-ci, donnent lieu aux courants induits dans le fil conducteur dont on fait usage.

Des appareils construits sur de plus petites dimensions et moins sujets à se déranger ont été préférés, et nous citerons les appareils de M. Duchenne, celui de MM. Breton et celui de M. Gaiffe.

Appareil de MM. Breton frères. — Le principe de l'appareil construit par MM. Breton est dû à M. Page, qui a produit les courants par induction dans des hélices placées autour des branches d'un aimant permanent en fer à cheval et fixe; alors, en faisant tourner rapidement une armature en fer doux devant les faces polaires de cet aimant, il se manifeste des changements dans l'intensité magnétique des différents points de l'aimant, d'où résultent des courants induits dans le fil conducteur.

M. Dujardin a construit un appareil analogue, et MM. Breton se sont servis de ce principe dans la construction de l'appareil qu'ils ont répandu dans la pratique médicale. MM. Breton graduent l'instrument sans changer la disposition des parties.

A l'aide d'une vis de rappel, ils éloignent ou rapprochent à volonté l'aimant du fer doux qui tourne à l'extrémité, et cet éloignement amène l'affaiblissement graduel du courant par induction.

Appareil de M. Duchenne. — Cet appareil se compose d'un aimant, d'une armature en cuivre basée sur le principe de M. Dove, d'un régulateur de cette armature, d'un commutateur, de deux bobines recouvertes de fil de cuivre d'épaisseur et de longueur inégales, d'un régulateur des intermittences et d'une roue dentée à engrenage pouvant tourner avec une grande rapidité. Malgré ses qualités, cet appareil n'offre pas de grands avantages, et on peut lui adresser un reproche applicable du reste à tous les instruments qui ont été basés sur cette application d'un double fil autour d'un aimant fixe.

L'action de l'aimant influence les deux fils à la fois, et l'on n'obtient que des courants du même ordre. L'action des fils l'un sur l'autre n'existe pas, parce que celle de l'aimant prédomine. Cependant on peut, avec deux fils, obtenir des circuits d'inégale longueur, et avoir des différences par ce seul motif.

Si, au contraire, on n'avait pas disposé les deux fils sur la même bobine et autour de l'aimant, on aurait pu avoir les courants des deux ordres. Aucun appareil toutefois n'a été basé sur cette donnée. En résumé, on a eu tort, dans la construction de ces appareils, de croire à l'influence réciproque des deux fils indépendamment de l'action de l'aimant.

Appareil de Gaiffe et Loiseau. — L'appareil de MM. Gaiffe et Loiseau est fondé sur les mêmes principes que celui de MM. Breton frères. Il est seulement beaucoup moins volumineux, et en outre il contient une modification importante. Cette modification consiste en ce que l'armature qui tourne à l'extrémité de l'aimant, au lieu d'être tout simplement formée par une lame de fer doux, est formée par une armature en fer doux entourée de deux bobines à induction, et constituant un électro-aimant. Il se manifeste dans cet électro-aimant un courant par induction qui vient se croiser avec le courant induit développé autour de l'aimant du fer à cheval.

Cet appareil a un petit volume; il est doué d'une grande énergie, et il est très-suffisant pour toutes les maladies dans lesquelles on a à employer l'électricité. Il est construit avec grand soin, et donne d'excellents résultats. J'y ai très-souvent recours, et je ne saurais que lui donner des éloges.

Il résulte de tout ceci que c'est aux appareils magnéto-électriques qu'il est préférable d'avoir recours, et je pense qu'ils remplaceront complétement d'ici à quelques années les appareils électro-magnétiques. J'ai recours indifféremment à l'appareil de MM. Breton frères et à celui de MM. Gaiffe et Loiseau. L'un et l'autre sont excellents.

On pourrait, en adaptant un commutateur sur l'axe de rotation de ces appareils, avoir une succession de courants induits dans le même sens, au lieu de présenter des courants alternativement en sens inverse. Cette addition permettrait de faire des études physiologiques intéressantes.

On pourrait également, en ajoutant une enveloppe cylindrique en cuivre rouge à l'ensemble des bobines de l'aimant fixe, retarder la rapidité de production des courants induits, et par conséquent l'énergie de la secousse, car ce mode de graduation de l'appareil est différent de celui qui consiste à éloigner l'armature de l'aimant.

MODE D'APPLICATION DE L'ÉLECTRICITÉ A L'ORGANISME.

Pour appliquer l'électricité à l'homme sain ou malade, il est nécessaire d'avoir recours à des intermédiaires qui sont situés à l'extrémité des fils conducteurs des courants, et qui sont destinés à être mis en rapport avec la peau, les tissus ou les organes. Ces intermédiaires sont de deux sortes, et nous allons successivement les passer en revue.

Établissons d'abord que la première condition qu'ils doivent remplir c'est d'être bons conducteurs de l'électricité. Voici maintenant leurs principales variétés. Nous les réduirons à six espèces :

1° *Appareils appliqués directement sur la peau.* — On applique directement l'appareil électrique sur la peau de la partie sur laquelle on veut faire agir le courant. Les chaînes électriques de diverses espèces, la mixture de MM. Breton frères sont dans ce cas. J'en ai suffisamment parlé plus haut, et je n'y reviendrai pas ici; je dirai seulement qu'il est des cas peu nombreux, il est vrai, dans lesquels on peut avoir recours avec succès à ce mode d'application.

2° *Conducteurs métalliques.* — Les courants sont introduits dans l'organisme à travers la peau préalablement humectée d'un liquide conducteur (eau salée, eau acidulée) ou simplement humidifiée par la transpiration insensible, à l'aide d'un métal qui sert d'agent conducteur, et qui est en général du cuivre.

On a donné des formes très-diverses au cuivre ainsi placé à l'extrémité des fils conducteurs des courants. Tantôt ce sont des cy-

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 mars.

(1) *Annales de physique et de chimie*, 1837, t. LXVI, p. 26.

lindres plus ou moins volumineux ; tantôt des plaques de cuivre d'une étendue variable ; tantôt des boutons ou des boules métalliques. On a quelquefois recours à des tiges métalliques droites ou recourbées, et destinées à être introduites à une certaine profondeur dans les cavités, pour y diriger des courants. C'est ainsi qu'on les fait pénétrer quelquefois dans la bouche, les fosses nasales, l'anus, la vulve, l'urètre.

Ce mode d'application de l'électricité ne doit pas être négligé, et nous y avons quelquefois recours. On peut se demander si le platine ne serait pas bien préférable au cuivre. Je le crois ; mais on peut objecter comme argument sérieux le prix très-élevé du platine.

3° *Électro-puncture.* — Il y a quelques années, l'électro-puncture était le moyen le plus employé, je dirai même le seul en usage. Il consiste à introduire des aiguilles à acupuncture en acier, ou mieux encore en platine, dans l'épaisseur des muscles que l'on veut faire contracter, et à diriger les courants à travers deux aiguilles placées à une certaine distance l'une de l'autre, soit dans le même muscle, soit dans le même système musculaire, soit dans le même membre, soit enfin entre deux points entre lesquels on veut faire circuler le courant électrique.

Ce procédé a quelques inconvénients, mais il a aussi de sérieux avantages. L'introduction des aiguilles, quelque peu douloureuse qu'elle soit véritablement, effraye toujours les malades. Quelquefois la blessure de petites veinules qu'il est impossible d'éviter, produit un écoulement de sang qui toutefois n'est jamais considérable, mais qui contribue à augmenter la frayeur des malades.

La contraction est généralement un peu douloureuse, et on n'est pas toujours maître, même avec de faibles instruments, de la modérer à volonté.

Malgré cela, il est fâcheux qu'on ait à peu près renoncé à l'électro-puncture. Il est en effet facile, avec un peu d'habitude, de parer à ces légers inconvénients. D'un autre côté, ce mode d'application des courants localise parfaitement leur action, et il mériterait peut-être beaucoup mieux que d'autres modes le nom d'électricité localisée. On peut, avec des appareils modérés et bien gradués, éviter les inconvénients de la douleur de la contraction et sa trop grande énergie. Je répète donc encore une fois qu'il est à regretter qu'on y ait renoncé, et j'espère que les détails dans lesquels j'entrerai plus loin engageront les praticiens à y avoir recours quelquefois.

4° *Éponges humectées d'un liquide conductenr.* — L'emploi des éponges est très-précieux.

Les deux éponges imbibées d'un liquide conducteur qui est, en général, de l'eau salée, sont placées chacune dans un godet métallique placé à l'extrémité des fils conducteurs et en communication avec eux. Ces deux godets métalliques sont supportés par deux tiges isolantes destinées à être tenues entre les mains de l'expérimentateurs. Pour en faire usage, on établit la communication et on place les deux éponges mouillées soit aux deux extrémités du même muscle, soit aux extrémités d'un même système musculaire, soit enfin entre les deux parties entre lesquelles on veut faire circuler le courant.

L'emploi des éponges mouillées localise parfaitement le courant, et c'est grâce à leur emploi que M. Duchenne a pu jeter de vives lumières sur plusieurs points de la physiologie musculaire. On les applique avec succès dans beaucoup de cas pathologiques que nous aurons successivement occasion de passer en revue.

5° *Pinceaux ou brosses métalliques.* — Les pinceaux ou les brosses métalliques sont placés sur un manche isolant et en communication avec l'un des fils conducteurs, tandis que l'autre fil communique avec un conducteur métallique placé sur un point quelconque de la surface du corps. Ce pinceau ou cette brosse sont destinés à agir énergiquement sur la peau et à produire l'électrisation cutanée bien étudiée et bien décrite par M. Duchenne, et sur laquelle nous reviendrons. Je pense, en effet, que c'est le seul moyen de produire l'excitation cutanée à l'aide des courants électriques.

6° *Bains électriques.* — Je n'entends pas par bains électriques ces bains exploités par le charlatanisme, et qui consistent dans l'emploi de baignoires composées de plusieurs métaux différents. Non, c'est tout autre chose. Je distingue le bain de pieds électrique et le bain entier.

Le bain de pieds électrique est composé de deux petites cuves indépendantes l'une de l'autre, et dans chacune desquelles on place de l'eau salée ou de l'eau acidulée tiède.

Le malade plonge chacun de ses pieds dans une cuve différente. Une d'elles est en communication avec le pôle positif, l'autre avec le pôle négatif, à l'aide des conducteurs métalliques qui y sont plongés. Dès que la communication est établie, et si l'on agit par intermittences, les extrémités inférieures du sujet sont en proie à une contraction fibrillaire des muscles continuelle, contraction dont l'intensité est en rapport avec celle de l'appareil et qui rend de grands services dans certains cas de paraplégie.

Les cuves peuvent être métalliques ; mais les effets sont beaucoup plus nets et plus gradués si on les emploie en bois, ou mieux encore en porcelaine ou en verre.

Les bains électriques entiers sont fondés sur le même système. Seulement l'une des deux cuves est une grande baignoire pleine d'eau légèrement salée, et dans laquelle est plongé le patient ; l'autre consiste dans un simple vase également plein d'eau salée, et dans laquelle le malade plonge simplement la main.

La communication s'établit comme dans le cas précédent.

Les bains entiers ont jusqu'ici été peu employés ; je crois cependant qu'ils seraient susceptibles de quelques usages dont je parlerai plus tard.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 mars 1856. — Présidence de M. Binet.

Propriétés du tissu cicatriciel et application de l'autoplastie aux brides. — M. Jobert (de Lamballe) lit un mémoire sur ce sujet. En voici l'extrait :

Propriétés du tissu cicatriciel. — On est dans l'habitude de refuser à ce tissu toute sensibilité, et on admet qu'il est doué d'une propriété de resserrement ou de rétractilité extraordinaire. Cette opinion, basée sur ce que sa section sur le vivant, les piqûres, les torsions, les pincements et les températures différentes n'y développent aucune sensibilité, est généralement admise, et pendant longtemps, dit M. Jobert, je l'ai partagée avec tous les auteurs qui ont écrit sur cette matière. Mais de nouvelles expériences auxquelles je me suis livré à propos de l'application de l'autoplastie aux brides, m'ont conduit à des résultats tout à fait opposés à ceux que le temps avait sanctionnés jusqu'à ce jour.

Il résulte de ces recherches que le tissu cicatriciel est sensible, et que son apparente insensibilité n'est que le résultat de sa rétractilité. Il suffit, pour le démontrer, de le placer dans d'autres conditions, et de lui donner de la souplesse en faisant cesser le tiraillement dont il est l'objet. C'est à quoi l'on parvient en transplantant dans son centre un lambeau emprunté aux parties voisines, et que l'on aura soin de détacher complétement pour que l'expérience soit tout à fait concluante. Aussitôt que le lambeau et les lèvres du tissu cicatriciel seront confondus, on reconnaîtra facilement l'existence de la sensibilité. Cette sensibilité qui se développe avec la cessation du tiraillement est-elle due à un changement de vitalité ? Rien ne porte à le croire ; et n'est-il pas plus logique, et partant plus rationnel, d'admettre que les nerfs, dont la présence était ignorée, existent pourtant à l'état rudimentaire, et qu'ils se forment de la même manière que les vaisseaux.

Ces résultats m'ont donné l'explication de certains phénomènes dont j'avais essayé de me rendre compte à une époque antérieure : je veux parler de ces sensations de prurit dont les cicatrices sont fréquemment le siége, et de ces vives douleurs que ressentent particulièrement les anciens militaires porteurs de cicatrices, sous l'influence des variations de température, de l'électricité répandue dans l'air ou d'autres agents extérieurs.

Il ressort des considérations précédentes et de l'examen anatomique du tissu cicatriciel que sa vitalité est peu développée ; mais, si la rareté des vaisseaux sanguins est un obstacle à l'apparition de l'inflammation, des éruptions, de l'érysipèle, etc., d'un autre côté, c'est probablement à cette même cause que sont dues les ulcérations qui se développent et deviennent promptement désorganisatrices.

Les idées qui précèdent peuvent trouver leur application dans le traitement des cicatrices difformes.

Voici, à ce sujet, en quels termes s'exprime l'auteur :

Autoplastie des brides. — Pendant longtemps on s'est proposé d'allonger les brides pour faire disparaître les difformités auxquelles leur action de resserrement donnait lieu. Cette action rétractile détruisait rapidement l'effet de tout agent mécanique. Ce procédé doit être rejeté, tant à cause des douleurs qu'il occasionne, que parce que son emploi n'est justifié par aucun succès. Bientôt s'est présentée l'idée de détruire la bride en la divisant, afin d'allonger les parties vicieusement déformées. Ce mode opératoire obtient généralement un résultat immédiat ; mais il ne présente pas de garanties suffisantes à cause de l'inflammation et de la suppuration qui s'établissent à la surface de la plaie ; il se forme un tissu inodulaire plus résistant que le premier, et la bride prend plus de force et d'épaisseur. Pourtant il peut arriver que l'inflammation soit si faible et la suppuration si peu abondante, que, les lèvres de la plaie se cicatrisant isolément, la guérison devienne définitive.

Delpech a proposé d'*extirper* la totalité des brides et d'opérer la réunion des lèvres de la plaie par la suture. Ce procédé, fondé sur la connaissance exacte de la nature du tissu des cicatrices, diminue les chances de récidive et a été plusieurs fois employé avec succès. Il n'est pas cependant applicable à toutes les difformités cicatricielles : il y aurait un vrai danger à y recourir pour une large cicatrice ; on peut craindre une inflammation grave et la récidive.

Préoccupé des accidents sérieux que cette méthode a quelquefois entraînés, je me suis demandé s'il n'y aurait pas d'autre moyen de combattre cette rétractilité du tissu inodulaire, et j'ai songé à l'application de l'autoplastie aux brides. J'ai pensé à réparer la perte de substance par une addition de parties molles empruntées au voisinage et transplantées au milieu du tissu inodulaire. Mes prévisions se sont réalisées, et j'ai vu le tissu cicatriciel cesser ses tiraillements sur les parties environnantes, les mouvements articulaires se rétablir, et la sensibilité renaître dans les lieux où elle semblait éteinte pour toujours.

Au premier abord, on serait tenté de croire qu'un lambeau transplanté au milieu du tissu cicatriciel ne devrait pas y prendre racine, à cause du peu de vitalité de ce dernier. Mais l'expérience a prouvé que la greffe animale se réunit aussi bien au tissu cicatriciel divisé qu'aux autres tissus. C'est un fait remarquable que ce travail ne donne lieu à aucun excès d'inflammation et se maintient dans de justes limites.

Voici comment on doit procéder au pansement et à la réunion.

On doit :

1° Enlever avec de l'eau le sang de la surface de la plaie ;

2° Coucher le lambeau dans la rigole saignante ;

3° Pratiquer la suture entrecoupée, en commençant par le sommet du lambeau, l'angle correspondant de la plaie de la bride, et terminant par les côtés des surfaces saignantes ;

4° Comprimer doucement le lambeau avec les doigts, en versant de l'eau à sa surface ;

5° Pratiquer le pansement avec un linge enduit de cérat et des compresses trempées dans l'eau froide.

L'opéré doit user d'une extrême prudence jusqu'à la section du pédicule, qui ne doit être pratiquée que lorsque le lambeau a pris racine dans son nouveau domicile. Il faut attendre qu'il y ait communauté de vitalité entre les surfaces. Il s'écoule peu de sang par cette section, qui permet aux deux parties de la greffe de s'éloigner immédiatement l'une de l'autre : on découvre alors une partie saine de peau ou de tissu cicatriciel que le lambeau recouvrait. Les deux lèvres saignantes, après s'être écartées, se gonflent, se tuméfient et se recouvrent d'une cicatrice. Après la section du pédicule, celui-ci se rétracte, s'atrophie ; il n'en reste qu'un petit mamelon, rougeâtre d'abord et blanchâtre ensuite. Le lambeau se rétracte vers son nouveau domicile, et la peau du pédicule se cache dans l'angle correspondant de la plaie faite à la bride. La saillie que forme d'abord le lambeau s'affaisse, et une ligne rougeâtre indique ses limites avec les parties voisines ; il s'arrondit, et gagne en largeur ce qu'il perd en longueur. Je n'ai jamais vu ce lambeau s'hypertrophier, et il y a toujours eu adhésion entre lui et la bride divisée. Aucun changement appréciable ne se manifeste avant la section du pédicule ; mais lorsqu'elle a été pratiquée, la bride s'étale, la difformité disparaît, les tiraillements cessent, la partie inclinée se redresse et reprend son attitude.

A l'appui de ces principes, M. Jobert cite en quelques mots un fait remarquable de guérison obtenue par cette méthode chez une jeune fille qui, à la suite d'une brûlure, avait une inclinaison vicieuse de la tête et du cou, produite par une large et forte bride.

Depuis longtemps, ajoute M. Jobert, la chirurgie plastique a prouvé qu'on pouvait obtenir des résultats extraordinaires dans les réparations du corps humain. Cette observation démontre comment la science réparatrice peut conduire le chirurgien à des applications propres à éclairer certains points de physiologie et d'anatomie. Elle a dévoilé la sensibilité dans un tissu réputé insensible, en faisant ressortir cette propriété par la seule application de la greffe animale. Elle fait voir aussi combien étaient peu fondées les idées de Delpech, qui, persuadé de la constante rétractilité du tissu inodulaire, avait proposé comme règle d'en faire l'extirpation. Pendant longtemps aussi, j'ai cru que c'était le seul moyen pour arriver à la guérison ; j'ai dû renoncer à cette opinion en présence des résultats obtenus. Ce grand pathologiste n'avait vu que le fait, et ne s'était pas demandé s'il existait un moyen de s'opposer à cette influence rétractile.

L'observation précédente vient confirmer les principes que j'ai posés et donner une sanction nouvelle à des vérités pratiques que l'expérimentation et l'observation ont mises en évidence.

Du sulfocyanure de potassium, principe normal et constant de la salive. — M. J. Cloquet présente au nom de M. Longet un mémoire qui est extrait d'un travail plus étendu, et intitulé *Etudes expérimentales et critiques sur les divers liquides digestifs de l'économie animale*, travail dont il se propose de soumettre les principaux résultats à l'Académie avant leur publication, dans le second volume de son *Traité de physiologie*.

Le nouveau mémoire de M. Longet, dont je vais faire connaître les conclusions, dit M. Cloquet, et qui présente un grand intérêt à la fois sous le rapport chimique et sous le rapport physiologique, porte le titre suivant : *Du sulfocyanure de potassium considéré comme un des éléments normaux et constants de la salive.*

Voici les conclusions par lesquelles M. Longet termine ce mémoire :

1° Le *sulfocyanure de potassium*, qui, d'après l'opinion la plus généralement admise, n'existerait pas normalement dans la *salive* de l'homme, mais s'y développerait sous certaines influences fortuites, ou même dont l'apparition serait liée à un état pathologique, *doit*, au contraire, *être considéré comme un des principes normaux et constants de ce fluide.*

2° Il se rencontre non-seulement dans la salive mixte ou buccale, mais aussi dans la salive parotidienne et dans les salives sous-maxillaire et sublinguale.

3° Sa présence caractérise en quelque sorte la sécrétion salivaire ; car la sueur, l'urine, les larmes, le liquide cérébro-spinal, le sérum du sang et la sérosité provenant de vésicatoires ne m'ont jamais donné aucune trace de sulfocyanure : il en a été de même du fluide pancréatique pris chez le mouton et le bœuf.

4° Ce sel existe dans la salive en proportions variables, mais toujours très-petites : ces variations ne dépendent ni de l'âge, ni du sexe, ni du régime, ni d'états particuliers du système nerveux, *mais seulement du degré de concentration du liquide salivaire.*

5° Avec un trop grand état de fluidité de la salive, succédant à une excrétion très-abondante, le sulfocyanure peut devenir inappréciable aux réactifs ; mais dans ce cas il suffit de concentrer le liquide salivaire par une évaporation lente pour obtenir *constamment* la réaction caractéristique de la présence du sulfocyanure, comme je l'ai observé dans le pyrosis et les salivations mercurielles.

6° L'état sain ou morbide des dents n'a aucune influence sur la présence ou l'abondance de ce produit, qui d'ailleurs se retrouve aussi chez les personnes absolument dépourvues de dents.

7° Le sulfocyanure ne résulte pas non plus, comme on l'avait avancé, d'une altération spontanée de la salive.

8° Pour l'*isoler*, comme je l'ai fait, il importe d'analyser de préférence la salive d'individus à jeun.

9° De tous les persels de fer, le perchlorure est le meilleur réactif pour déceler la présence du sulfocyanure dans la salive ; il donne à ce liquide *suffisamment concentré* une belle coloration rouge de sang.

10° Aucune autre substance organique ou inorganique contenue dans la salive ne donne lieu avec le perchlorure de fer à la même réaction que le sulfocyanure : c'est à tort qu'on a rapporté la précédente coloration à la présence d'acétates alcalins dans le fluide salivaire. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 16 mars, M. Paul Dubois, chirurgien-accoucheur de S. M. l'Impératrice, a été promu au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

— Le concours pour une place de chirurgien du bureau central a été ouvert aujourd'hui lundi. La question que les candidats ont eu à traiter par écrit est la suivante : *Du débridement.*

La Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garencière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 19 MARS 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie est en travail d'enfantement : élection dans l'avant-dernière séance, élection mardi prochain, laquelle, à son tour, sera suivie très-prochainement d'une autre.

La commission des Onze nous dira sans doute à la prochaine séance dans quelle section cette troisième élection devra avoir lieu, et vers quel but devront se diriger les ambitions des nombreux prétendants aux honneurs académiques. La première élection, fixée à mardi prochain, aura lieu, ainsi qu'on le sait déjà, dans la section de physique et chimie médicales. L'Académie a entendu hier, en comité secret, le rapport de la section, et a discuté les titres des candidats. Il n'est pas dans nos habitudes d'écouter aux portes ; mais quel que soit notre respect pour le huis-clos, nous ne pouvons empêcher les petites indiscrétions de se produire.

Si nous en croyons les échos qui sont parvenus jusqu'à nos oreilles, la discussion aurait été orageuse, et l'Académie aurait assez mal accueilli la liste de présentation. Par une singulière coïncidence — car ce ne peut être par imitation de ce qui a eu lieu la veille dans une autre académie —, la section a eu l'idée, assez malencontreuse à ce qu'il paraît, de présenter une double liste, l'une de physiciens, l'autre de chimistes. Nous ne saurions dire si c'est cette circonstance ou le classement lui-même qui a suscité l'opposition; toujours est-il que la liste de candidature n'a pas été adoptée, et aurait, dit-on, été renvoyée à la section, avec invitation de présenter une nouvelle liste. Le même fait, s'il faut en croire des bruits dont nous ne garantissons pas davantage l'exactitude, se serait produit la veille à l'Académie des sciences, au sujet de la double liste de médecins et de chirurgiens.

Quoi qu'il en soit de ces tribulations des sections, l'élection n'en aura probablement pas moins lieu à l'une et à l'autre Académie dans la séance prochaine, et il est douteux que le résultat du scrutin en soit modifié : les Académies sont souveraines dans leurs choix, et les listes de présentation ne les engagent qu'à titre de renseignement. Espérons qu'au milieu de ces petites agitations la justice seule prévaudra, et que les majorités ne se laisseront guider par d'autres mobiles que les intérêts bien compris de la science et de leur propre dignité.

La discussion sur l'occlusion des paupières dans les ophthalmies a continué dans cette séance; mais le comité secret n'a permis d'entendre qu'un seul orateur. La portée du discours de M. Bouvier, ainsi que de celui de M. Velpeau, sera appréciée plus tard par celui de nos collaborateurs qui a bien voulu se charger de suivre cette discussion.

Entre ce discours et le comité secret, M. Chatin a eu le temps de lire un excellent rapport sur un mémoire de M. Lepage (de Gisors), relatif au marron d'Inde. Ce rapport très-savant, ainsi que le mémoire qui en fait le sujet, au point de vue chimique et sous le rapport de l'érudition, nous laisse à regretter que le rapporteur n'ait fait que glisser sur la question la plus digne d'intérêt à nos yeux, celle des usages alimentaires de ce fruit. — Dr Brochin.

Nous apprenons à l'instant la mort de M. le professeur Gerdy. Il a succombé hier mardi à une longue et douloureuse maladie contre laquelle il luttait depuis plusieurs années avec une rare énergie. La mort de M. Gerdy est une perte réelle pour la science, pour la Faculté et l'Académie de médecine dont il était depuis longtemps un des membres les plus actifs.

Nous consacrerons prochainement une notice à sa mémoire.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. CHAMPOUILLON.

De la médication iodée.

Si nous en exceptons le sulfate de quinine, aucun médicament n'a conquis une vogue comparable à celle qui s'attache actuellement à l'iode. Son emploi, autrefois restreint aux engorgements du corps thyroïde, s'est rapidement étendu aux maladies du système glandulaire et des membranes séreuses, à la phthisie pulmonaire et abdominale, aux cachexies syphilitique, scrofuleuse, herpétique, au rachitisme, etc., etc. Préparons-nous à apprendre, demain peut-être, que le cancer ou la tumeur blanche a été l'occasion d'un triomphe de plus pour la médication iodée.

On se fatigue à compter tant de succès, et quelquefois l'idée vient de les mettre en doute; mais ils sont tous garantis avec une telle intrépidité d'affirmation, qu'il est facile de comprendre la confiance qu'ils inspirent. N'est-il pas naturel pourtant de se demander, puisqu'on n'admet plus d'alchimie en thérapeutique, s'il est bien avéré qu'une même substance puisse guérir des affections de nature si diverse? Cela est invraisemblable. Mais il y a, parmi les jeunes médecins surtout, des esprits faciles à subjuguer; ceux-là croient à tout sur la parole hardie et retroussée du maître. Pour le praticien devenu circonspect par l'habitude des déceptions, il sera toujours tenté de se ranger de côté afin de se mettre face à face avec l'expérience. Or l'expérience, intraitable sur le chapitre des illusions, vient précisément remettre les choses en leur véritable état, en traçant d'une manière assez précise les limites de l'efficacité réelle de l'iode, et en corrigeant ainsi les usurpations exercées en son nom.

Des observations cliniques sont journellement invoquées pour grandir et consolider la faveur accordée aux préparations iodées; voici, au contraire, un certain nombre de faits qui témoignent péremptoirement de l'impuissance et des inconvénients possibles de cette médication.

OBS. I. — Dans les premiers jours du mois de novembre 1855, M. d'A..., âgé de vingt-six ans, d'une constitution moyenne inclinant vers le tempérament bilieux, fut atteint d'un *rupia* siégeant sur la région antérieure des deux cuisses. L'iodure de potassium, employé seul contre cette éruption, fut administré à la dose de 2 grammes par jour. Au bout de trois semaines, ce malade ayant pris 38 grammes d'iodure, éprouva de la céphalalgie, de la gêne dans la déglutition et dans la phonation; puis survint progressivement une paralysie presque complète de la langue, de la rétine, des membres supérieurs et inférieurs, ainsi que des muscles du menton. Bien que l'appétit fût en partie conservé, la digestion cependant ne se faisait qu'avec lenteur et beaucoup de malaise, tant l'estomac paraissait délabré.

C'est dans cet état que M. d'A... fut transporté à l'hôpital du Val-de-Grâce le 3 février 1856.

Un régime composé d'aliments légers, des tentatives d'élimination dirigées sur l'intestin, la peau et les reins, ont eu des effets tellement satisfaisants qu'aujourd'hui ce jeune homme est rentré dans toute la plénitude de sa santé; mais le rupia n'est pas guéri.

Il ne serait pas rationnel de généraliser, d'après ce seul fait, l'action de l'iode sur l'organisme humain; mais il est permis d'en conclure :

1° Qu'à la dose quotidienne de 2 grammes, ce médicament n'a point une efficacité constante contre les maladies cutanées;

2° Qu'il irrite l'estomac et altère les centres nerveux, au point d'amener la dyspepsie et des perversions morbides dans la motricité.

OBS. II. — M. G..., âgé de vingt-deux ans, d'une constitution robuste et d'une santé ordinairement brillante, contracta, au mois de mai 1855, une gonorrhée indolente. Inquiet outre mesure de cet accident, et craignant pour l'avenir les conséquences d'un empoisonnement syphilitique, cet officier se mit à l'usage de l'iodure de potassium, à la dose de 5 décigrammes par jour. Après un mois de ce traitement, M. G.. en était arrivé à ne plus pouvoir digérer que des potages au lait ou des fruits cuits. Toute autre alimentation donnait lieu à des révoltes de l'estomac, qui se terminaient souvent par le vomissement ou la diarrhée lientérique.

Le malade renonça de lui-même à l'iodure, et dès lors l'appareil digestif recouvra progressivement sa puissance habituelle.

On sait que l'iodure de potassium est d'une brutalité d'action peu commune dans ses rapports avec les membranes muqueuses, et l'on conçoit ainsi qu'à la dose, même de 1 gramme, il trouble, anéantisse quelquefois les fonctions de l'estomac. Dans cette seconde observation, la dyspnée est évidemment due moins à la quantité qu'à la nature du médicament.

OBS. III. — En 1847, M. C..., chirurgien élève au Val-de-Grâce, âgé de vingt et un ans, d'une taille élevée, d'un tempérament féminin, souffrait depuis plusieurs mois d'une blennorrhagie subaiguë traitée vainement par les antiphlogistiques d'abord, puis à l'aide du cubèbe et du copahu. Fatigué de l'opiniâtreté de la maladie, ne prenant conseil que de lui-même, M. C... eut recours, pour se guérir, à l'iodure de potassium à la dose de 5 décigrammes matin et soir. Sous l'influence de cette médication intempestive, l'urétrite revint promptement à la forme aiguë. Néanmoins le malade ne se rebuta pas; mais bientôt, c'est-à-dire vers le douzième jour, il fut arrêté dans son traitement par un accès de fièvre d'une violence extrême, et précédant de quelques heures seulement la lymphangite la plus générale et la plus intense qui se puisse voir. Chaque vaisseau lymphatique superficiel du tronc et des membres se dessinait en reliefs rouges très-douloureux au toucher ou au moindre effort de contraction musculaire. Les ganglions surtout étaient le siége d'élancements intolérables. Malgré l'abondance des saignées locales et générales, l'emploi des bains tièdes et des topiques émollients sur tous les points où leur application était possible, ces accidents ne cédèrent qu'avec lenteur.

Tandis que les propriétés excitantes, résolutives de l'iode sont utilisées en chirurgie avec tant de succès, on voit ici à quels déplorables résultats peut aboutir cet agent thérapeutique administré intérieurement, même à dose moyenne, quand le système blanc prédomine dans la constitution du malade. Depuis longtemps l'iode occupe une place distinguée dans le traitement des scrofules; mais en y regardant de près on constate que son action ne porte que sur les engorgements glandulaires; elle n'a absolument rien de spécifique.

Où est le médecin en mesure de prouver que ce médicament suffit à corriger l'état diathésique chez les scrofuleux?

OBS. IV. — M. B..., capitaine instructeur dans un régiment de cavalerie, âgé de quarante-sept ans, pléthorique et d'une constitution robuste, a pendant toute sa vie joui d'une santé irréprochable. Cependant depuis deux ans environ l'excrétion de l'urine ne se faisait chez lui qu'avec quelque difficulté. L'exploration de l'appareil urinaire pratiquée par l'anus permit de reconnaître un engorgement considérable de la prostate dû très-probablement à l'abus de l'équitation.

Cet officier s'est mis au régime de l'iodure de potassium : 8 grammes de ce médicament avaient été absorbés en trois semaines, lorsque le malade se sentit atteint d'amygdalite, de diarrhée et de bronchite avec sensation de chaleur et de constriction sous-sternales. L'emploi de l'iode ayant été suspendu, la diarrhée guérit promptement, l'amygdalite résista davantage, mais la bronchite demeura rebelle à tous les traitements dirigés contre elle. Bientôt la toux, d'abord sèche, devint humide, fournissant en abondance des crachats d'abord nummulaires, puis purulents.

M. B..., dépourvu d'appétit, épuisé par des sueurs nocturnes, arriva en moins de quarante jours au dernier terme de la phthisie pulmonaire. Quelques heures avant de succomber, cet officier avoua que, durant le cours de cette dernière maladie, il avait clandestinement pris chaque soir 2 décigrammes d'iodure en solution dans un verre d'orgeat.

A l'autopsie, la prostate fut trouvée dure et notablement hypertrophiée. Le tiers supérieur du poumon gauche était parsemé de tubercules parvenus à des degrés différents d'évolution; une caverne de moyenne grandeur occupait le centre de cette même région.

Quant au poumon droit, il était complétement sain, de même que tous les autres viscères.

Du mois de janvier 1849 au mois de décembre 1852, quatre-vingt-huit sujets adultes atteints de tuberculisation pulmonaire furent traités à l'hôpital du Val-de-Grâce par la méthode iodée (potion avec iodure, teinture d'iode en frictions, inspirations de vapeurs iodées).

Toutes les formes de la phthisie, sauf les cas de tuberculisation fébrile, ont été soumises à ce traitement, en procédant toutefois avec une sage réserve à l'administration de l'iode.

Deux malades seuls bénéficièrent de ce traitement, lequel ne tarda pas, en effet, à diminuer l'abondance d'une expectoration catarrhale datant de plusieurs mois. L'iode fut supporté sans impressions manifestes, mais sans aucun avantage, par vingt-neuf tuberculeux. L'expérience, au contraire, dut être suspendue chez les cinquante-sept autres sujets qui en furent éprouvés, la plupart par une recrudescence marquée dans la violence de la toux et les progrès de la consomption pulmonaire, quelques-uns par de la céphalalgie, de la diarrhée, le coryza ou une sialorrhée désagréable et importune.

Aucun de ces malades n'a pu être soustrait aux chances funestes et d'ailleurs à peu près inévitables de la phthisie.

Il suffit de se reporter aux recherches qui ont été faites sur l'origine, la nature et le mode de développement du tubercule pulmonaire pour apprécier à leur juste valeur les prétentions élevées en faveur de l'iode contre cette maladie. Suivant Vanderkolk et Rochoux, le tubercule rudimentaire se présente sous l'apparence de

granulations rougeâtres composées de lymphe concrescible, et tenant au parenchyme pulmonaire par une multitude de filamentt vasculaires, tomenteux. M. Lebert a trouvé dans la matière tuberculeuse, à son premier âge, des globules spéciaux, plus un liquide hyalin interglobulaire engendrés et nourris par la gangue celluleuse qui les enveloppe. C'est à cette coque mucoso-membraneuse que M. Kuhn donne le nom de tissu tubéreux : nous savons ce qu'il devient plus tard. Dalmazonne, Baron, Vogel et M. Nathalis Guillot ont produit des témoignages analogues sur le mode de formation et de nutrition de la matière tuberculeuse.

Le tubercule n'a donc rien de commun avec la glande à laquelle on l'assimile trop volontiers; la glande est un organe, le tubercule une production morbide.

L'iode appartient à la classe des médicaments excitants; il s'y distingue par une action spéciale sur le système glandulaire. Tous ce qu'on peut lui accorder théoriquement à l'égard du tubercule, c'est de seconder dans une certaine mesure la méthode antiphlogistique appliquée à la résolution des phlegmasies chroniques de la muqueuse bronchique ou du parenchyme pulmonaire circonvenant le corps tuberculeux. Mais là s'arrêtent les libéralités de l'induction. En fait, l'iode justifie-t-il davantage la ferveur de ses partisans?

L'illustre Laënnec nous apprend qu'il a employé sans le moindre succès l'iode dans plusieurs cas de phthisie.

Cooper et Bardsley n'ont pas été plus heureux dans les mêmes circonstances.

L'iodure de fer, préconisé par M. Dupasquier contre la tuberculisation pulmonaire, a échoué entre les mains de M. Louis.

M. Baudelocque déclare qu'à l'hôpital des Enfants l'iode lui a paru plus nuisible qu'utile.

MM. Mériadec, Laënnec et Flandin ont fait de leur côté la même observation.

M. Récamier a vu des sujets scrofuleux traités par les préparations iodées devenir phthisiques avec une rapidité qui décelait évidemment l'influence désastreuse de la médication qu'on leur avait fait subir.

Ainsi, voilà un médicament vanté comme l'antidote du tubercule, et qui devient précisément l'agent et jusqu'à un certain point le régulateur de son développement! L'heure n'est-elle pas venue de s'arrêter un moment, afin d'examiner les résultats de la besogne faite dans une voie où l'on s'expose chaque jour à de regrettables catastrophes?

La question mérite qu'on y réfléchisse. Si l'efficacité de la médication iodée est solidement établie aujourd'hui en chirurgie sous la garantie de l'observation, en médecine son crédit n'a jusqu'ici pour base que la valeur hypothétique de l'engouement et de l'imitation.

LUXATION VERTICALE INTERNE DE LA ROTULE GAUCHE produite par un choc léger. — Réduction facile par la flexion forcée de la jambe.

Par M. le docteur Boinet.

Les luxations de la rotule sont si rares, surtout la variété désignée sous le nom de luxation verticale ou de champ, que bien des praticiens placés à la tête d'un grand hôpital et ayant une longue pratique n'ont jamais été à même de l'observer. Cette variété de luxation de la rotule, dite luxation verticale, est si singulière et paraît au premier abord si difficile à concevoir en raison de la disposition des surfaces articulaires du fémur, de la forme de la rotule et de la position de cet os dans cette luxation, que pendant longtemps elle a été mise en doute par bien des chirurgiens et regardée comme impossible. En effet, il paraît étrange que la rotule puisse dans un accident se placer de champ sur une surface aussi glissante que la poulie articulaire des condyles fémoraux et rester perpendiculairement dans cette position. Des faits très-authentiques et déjà nombreux sont venus démontrer la réalité de ce que la théorie semblait rejeter *à priori*. M. Malgaigne, dans un intéressant mémoire publié en 1836 dans la Gazette médicale *sur les luxations de la rotule*, relate huit observations de luxations verticales, auxquelles je m'empresse de joindre le fait que je viens d'observer avec mon confrère le docteur Marx. Outre l'intérêt qu'il peut offrir comme un fait rare, il servira à démontrer que la réduction de cette espèce de luxation peut être facilement et promptement obtenue par la flexion forcée de la jambe.

Le 21 février 1856, je fus appelé en toute hâte, rue des Martyrs, pour une jeune dame qui, me dit-on, venait de se luxer le genou.

Voici les renseignements que je recueillis :

Étant couchée, la rotule gauche de cette jeune dame avait été heurtée légèrement par le genou du mari dans un mouvement qu'il fit en se retournant dans le lit. Aussitôt douleurs très-vives, impossibilité de faire le moindre mouvement; le genou est complétement déformé, et d'une façon toute particulière. M. le docteur Marx soigne habituellement cette dame, on l'avait envoyé chercher en même temps que moi; en attendant son arrivée, j'examinai le genou avec d'autant plus de soin que cette affection est très-rare, et même contestée par plusieurs chirurgiens.

La malade est âgée d'environ vingt-deux à vingt-trois ans, très-nerveuse, d'une constitution grêle, molle, lymphatique; les membres sont maigres. Elle dit être enceinte de deux ou trois mois, est souffreteuse depuis quelque temps. Elle assure ressentir de fortes douleurs dans le genou gauche, et n'ose faire le moindre mouvement, tant elle redoute la douleur.

Voici la position de la malade dans son lit : il y a environ deux heures que l'accident est arrivé; la jambe gauche est dans l'extension forcée; le genou est sensiblement déformé, et offre une saillie singulière et un aspect que je ne puis mieux comparer qu'à des cordes de violon soulevées par un chevalet. Des enfoncements latéraux existent en dehors et en dedans de cette saillie, qu'à la vue et au toucher on reconnaît être formée par la rotule placée verticalement au-devant du fémur. On ne remarque ni gonflement ni ecchymose, et la malade est si maigre que toutes les saillies et tous les enfoncements sont très-marqués. Au-dessus et au-dessous de la rotule sont deux cordes dures, tendues, tordues sur elles-mêmes, faciles à distinguer à la vue, et qui sont formées, celle d'en bas par le ligament rotulien, celle d'en haut par les muscles qui l'attachent au rebord rotulien supérieur. La rotule paraît placée dans le creux sus-condyloïdien et maintenue dans cette position par ces cordes, qui, agissant en sens inverse, la rendent absolument fixe; tous les muscles extenseurs sont violemment tendus. Il est facile de sentir à travers les téguments qui recouvrent la rotule et qui sont très-minces les faces de cet os; ainsi, au toucher, on reconnaît que la face externe ou antérieure de la rotule regarde en dehors, et que la face interne ou postérieure regarde en dedans. Le toucher le plus léger détermine des douleurs si vives que la malade demande ardemment à être chloroformée pendant la réduction, ce qui n'eut pas lieu.

M. Marx étant arrivé, et ayant constaté tous les signes que je viens d'énumérer, la réduction fut obtenue de la manière suivante :

La malade étant couchée sur le dos, les deux jambes dans l'extension, on fit fléchir la jambe lésée, et aussitôt la réduction eut lieu. La rotule reprit sa position normale, la difformité disparut, la douleur avait cessé et les mouvements d'extension et de flexion étaient devenus possibles, ce qui n'avait pas lieu auparavant. Un bandage roulé fut placé autour de l'articulation, et deux jours après M. G... m'écrivait que sa dame était aussi bien que possible et qu'elle ne se ressentait plus de son accident.

Les seules remarques que je veuille faire sont que chez cette dame les articulations m'ont paru très-mobiles; que probablement les ligaments étaient un peu relâchés, puisque huit ou dix jours avant cet accident elle nous a raconté qu'elle a éprouvé dans le genou une fatigue, une douleur, qu'elle attribuait à un dérangement du genou, dérangement qui ne l'a pas empêchée de marcher et de vaquer à toutes ses occupations. J'insisterai surtout sur la facilité de la réduction par le procédé de la flexion forcée de la jambe, en faisant observer que les quelques efforts que j'avais faits dans le but de replacer l'os, en essayant de le renverser en le soulevant, avaient été très-douloureux et n'avaient amené aucun résultat. Mais la douleur ressentie par la malade m'avait empêché d'insister sur cette manœuvre que j'avais tentée en examinant le genou.

Ce fait serait donc une preuve que dans la luxation de champ de la rotule la réduction est facile, et que la flexion forcée de la jambe est un bon procédé.

RAPPORT SUR UN OUVRAGE DE CHIRURGIE de M. le professeur Riberi (de Turin).

Par M. le Dr H. Larrey.

Messieurs,

J'ai eu l'honneur de présenter à la Société de chirurgie (1), en novembre dernier, de la part de M. le professeur Alexandre Riberi (de Turin), un ouvrage en deux volumes, avec la demande de cet éminent chirurgien d'être admis au nombre de nos correspondants étrangers.

Vous avez nommé une commission composée de MM. Denonvilliers, Marjolin et Larrey, pour vous rendre compte du livre de M. Riberi, et c'est le rapport de la commission que je viens vous soumettre aujourd'hui (2).

Sous le titre de (3) *Recueil d'opuscules, avec des annotations et additions d'arguments inédits*, M. Riberi a rassemblé en deux volumes les divers mémoires publiés par lui dans les journaux de médecine, et dont l'ensemble représente la plupart des questions importantes de la chirurgie.

Les observations citées ont été recueillies par des docteurs en médecine témoins des faits, et qui, dans bien des cas, ont revu longtemps encore les malades, pour connaître les résultats du traitement ou des opérations pratiquées. Nous ne saurions trop signaler tout d'abord cette manière de faire comme une condition indispensable, comme une garantie sûre de l'appréciation exacte des faits observés et de la valeur des matériaux utiles à la statistique chirurgicale.

La plupart des mémoires reproduits dans ces deux volumes ont été analysés par la presse médicale lors de leur publication; tous sont empreints d'une haute idée de l'art unie à une bonne foi dans la science que la Société de chirurgie ne saurait trop honorer.

La série des faits ou observations insérés dans ces deux volumes est si considérable, que nous ne pourrions en faire l'analyse, même sommairement, sans dépasser de beaucoup les limites habituelles d'un rapport.

Mais si l'énumération et presque la table des matières peut suffire pour la plupart des sujets déjà publiés, il en est quelques-uns d'inédits, ou de moins connus en France, et qui doivent fixer plus particulièrement l'attention de la Société.

Commençons par énumérer tous les titres d'observations ou têtes de chapitres de l'ouvrage du savant professeur.

Compte-rendu de treize cystotomies et comparaison des deux méthodes d'extraire la pierre de la vessie urinaire, connues sous le nom de grand appareil latéralisé et de taille recto-vésicale, avec des observations sur les réflexions critiques, faites par le professeur Vacca au professeur Géry. — Ce premier travail est un mémoire fort étendu, dans lequel M. Riberi discute avec autorité la question de l'opération de la taille, en appréciant complétement la méthode de Vacca Berlinghieri.

Cas de guérison de trois trajets fistuleux invétérés, communiquant avec le médiastin antérieur et entretenus par la présence de six éclats osseux détachés de la face interne du sternum. — L'énoncé de cette observation suffit pour en indiquer l'intérêt.

Lettre d'Alexandre Riberi au baron Dupuytren sur la taille bilatérale pour extraire la pierre de la vessie. — Cette lettre semble faire suite au précédent travail de l'auteur sur les deux autres méthodes de cystotomie.

Premiers essais de lithotripsie. — Sous ce titre l'auteur exprime la désignation à laquelle M. Heurteloup attache de l'importance, puisqu'elle indique elle-même un mode opératoire distinct des autres méthodes. De nouvelles observations sur la lithotripsie par percussion annoncent la préférence de M. Riberi, qui du reste s'accorde avec l'opinion de la plupart des chirurgiens non spécialistes.

Onanisme avec ses graves conséquences; guérison par la résection du clitoris et des petites nymphes. — Cette observation, recueillie chez une femme d'une quarantaine d'années, offre des particularités intéressantes.

Plusieurs faits prouvant l'usage probable de la prostate, avec un essai sur une rare anomalie de cette glande.

Cas de pupille artificielle et mouvements de cette pupille.

Présence du lait dans la mamelle d'une petite fille d'un mois et demi.

Essai sur le spasme de la vessie dans l'urétro-cystotomie, et sur deux cas extraordinaires de calculs dans la vessie.

Cas remarquable de pseudo-cataracte, avec un essai sur la capsulite et la cristallidite.

De l'orchiectomie et de la valeur comparative des différentes méthodes et modifications de la nouvelle pratique.

Observations de lithotripsie avec quelques réflexions.

Abcès du sinus frontal gauche ouvert dans l'orbite, et guérison par une opération particulière.

Cas rare de varice anévrismatique de l'artère ischiatique droite.

Cas rare de pulsation des veines jugulaires internes, et de celles des extrémités thoraciques.

Amaurose guérie par la strychnine et la noix vomique, par la méthode endermique.

Exostose épiphysaire extra-orbitaire guérie par l'extirpation.

Tableau des calculeux soumis à la cystotomie, à la clinique de juillet 1837 à janvier 1839.

Résultats de l'excision du nerf sous-orbitaire gauche découvert, à la suite d'une blessure de la joue, avec fracture comminutive de plusieurs os de cette région.

Trois cas de longue et abondante sécrétion des mamelles sans grossesse.

Note relative à la nouvelle méthode attribuée au professeur Regnoli (de Pise) pour exciser la langue.

Sur les effets produits par la dégénérescence granuleuse de la conjonctive.

Cas de rhino-géno-chéiloplastie avec remarques sur l'autoplastie. — Ce cas intéressant termine le tome Ier.

Voici l'indication des chapitres ou mémoires du tome II :

Sur le staphylome pellucide.

Traitement d'une tumeur fongueuse médullaire de l'orbite, venue à la suite de l'extirpation d'une tumeur de la même cavité.

Six guérisons au moyen de l'acupuncture, et réflexions sur ce moyen.

Sur les blessures et fistules du conduit de Sténon, et projets opératoires nouveaux.

Deux modifications à l'opération du phimosis.

Cas de synéchisis avec pseudo-cataracte; guérison par la pupille artificielle; procédé Maunoir.

Introduction d'air dans une veine volumineuse pendant une opération.

Dix-sept cas de pieds équins opérés par la ténotomie.

Constriction du vagin vaincue par des incisions sous-muqueuses.

Monstruosité de la main.

Névralgie guérie par incision sous-cutanée.

Nouvelles vues relativement à la luxation de la tête de l'humérus avec fracture de son col.

Cas prouvant l'utilité de l'incision de la marge de l'iris dans le cas de spasme de l'iris dans l'extraction de la cataracte.

Cas de blépharoplastie et son utilité.

Nécrose et extraction du condyle gauche du maxillaire inférieur.

Cas de chéiloplastie avec modification heureuse.

Amputation du col utérin, cas qui la réclament.

Abcès de l'orbite à la suite d'une maladie du sinus frontal; guérison par la perforation de la lame orbitaire et ethmoïdale.

Prompte guérison d'une blessure de la main avec tendons découverts et isolés.

Résection de l'urètre chez une femme, avec réflexions sur cette nouvelle opération.

Tumeur érectile volumineuse du cou guérie par des injections de vin aromatique.

Sur les divers moyens conseillés contre les hémorrhoïdes internes, et perfectionnement de la ligature.

Bons effets de l'opium introduit dans la vessie pour certaines maladies.

Discours d'ouverture, 12 février 1856.

Deux observations de tétanos traumatique guéri par l'éthérisation.

Amputation de la verge; modification à cette opération.

Sur la gangrène contagieuse ou nosocomiale. — C'est le compte rendu de l'épidémie de pourriture d'hôpital qui a régné en 1817, 1818 et 1819 à l'hôpital Saint-Jean de Turin, avec des notes sur les épidémies de 1848 à Turin et de 1849 à Alexandrie. Dans toutes ces épidémies, l'utilité des caustiques est démontrée.

Sur l'érysipèle contagieux. — Épidémie observée par l'auteur en 1819, et dont il a publié la relation en 1820.

Des trajets fistuleux et des fistules, ou des ulcères sinueux et fistuleux en général (53e et dernier chapitre de l'ouvrage).

Tel est le simple aperçu et pour ainsi dire l'inventaire des importantes questions cliniques traitées dans l'ouvrage du professeur Riberi, et reproduites en partie ou analysées dans les journaux de médecine.

Sous le titre de : Arguments inédits, l'auteur traite à la fin de son ouvrage de diverses questions importantes, à savoir :

Six cas de cotyloïdite (ou coxalgie) aiguë avec apparence d'élongation; rapide guérison par les antiphlogistiques. — Ces six observations offrent ceci d'intéressant; c'est qu'elles démontrent tous les ca-

---

(1) Ce rapport a été lu à la Société de chirurgie dans la séance du 5 mars.

(2) Je dois des remerciments particuliers au savant bibliothécaire du Val-de-Grâce, M. le docteur Buttura, qui a bien voulu m'aider avec toute obligeance dans l'analyse de cet ouvrage.

(3) *Raccolta delle opere minori con annotazioni e con la giunta d'argomenti inediti*, di Alessandro Riberi. Torino, 1851.

ractères de la coxalgie aiguë, si différente de la forme chronique plus communément observée. Le membre affecté d'élongation apparente a repris chaque fois, à la guérison, sa longueur naturelle. Le froid humide, chez des sujets de dix à vingt ans, avait été chez tous la cause de la maladie.

Guérison de graves et profondes affections, carie et nécrose du premier métatarsien, sans amputation.

Deux cas d'abcès tonsillaires ouverts spontanément sur le côté gauche du cou, l'un d'eux lié à une dégénérescence de l'amygdale. — M. Riberi veut parler de certains abcès profonds de l'arrière-gorge, péritonsillaires plutôt que parenchymateux, et qui, heureusement assez rares, présentent de grandes difficultés à l'ouverture artificielle. Il en cite deux cas fort compliqués.

A quel âge les enfants nés avec un bec-de-lièvre peuvent-ils être soumis à l'opération, et quel est le mode de suture préférable à employer? — Cette question, récemment et longuement discutée au sein de la Société de chirurgie, est traitée avec beaucoup de soin par M. Riberi. Après avoir fait connaître l'opinion des divers auteurs, il dit que pendant longtemps il a opéré dès le bas âge, souvent avec succès; mais que des insuccès par la suture entortillée l'ont décidé à ajourner l'opération à plusieurs années, à moins de nécessité contraire. Il n'applique plus que la suture enchevillée, et rapporte plusieurs observations à l'appui de sa pratique.

Trois cas d'abcès de la glande thyroïde ouverts dans la trachée; guérison. — M. Riberi a vu six fois la suppuration établie dans la thyroïde pénétrer dans les voies aériennes; mais dans trois cas on ne pouvait savoir si le mal avait débuté par la glande, tandis que dans les trois cas rapportés cela n'était pas douteux pour lui.

Suivent les observations.

Enorme tumeur kystique sous-linguale.

Cas de varice anévrismale de l'artère fémorale.

Guérison de deux tumeurs volumineuses lardacées adhérentes au péritoine.

Corps étranger extrait de l'oreille au moyen de la séparation de la conque de son attache à l'os temporal, et par conséquent par l'ouverture de la paroi postérieure du conduit auditif.

Deux cas de diarrhée chronique guérie par une injection dans le rectum d'une solution de nitrate d'argent.

Observation d'une portion de kyste convertie en tégument.

Rétrécissement organique de l'œsophage guéri par la cautérisation précédée d'une légère dilatation. — M. Riberi, comparant les rétrécissements de l'urètre à ceux de l'œsophage, considère ceux-ci seulement comme de nature maligne dans la plupart des circonstances. Il a obtenu deux fois la guérison de rétrécissements de l'œsophage consécutifs à l'abus des alcooliques. L'obstacle, dans le premier fait relaté par lui, existait près du cardia, depuis plus de six mois, à un degré extrême. La dilatation graduelle et des cautérisations avec le nitrate d'argent amenèrent une guérison sans récidive.

Hydrophthalmie antérieure guérie par l'excision d'un lambeau de la cornée. . . . .

Résultat heureux d'une amputation de la cuisse, malgré la complication d'un vaste abcès. — M. Riberi pense, d'après plusieurs faits observés par lui, que lorsque des abcès tiennent à l'état d'un membre assez malade pour être amputé, l'opération peut être faite comme dans les cas ordinaires.

Modification à l'amputation partielle des os du métacarpe et du métatarse.

Cas peu ordinaire d'hydrocèle chez l'homme. — M. Riberi a eu occasion de rencontrer dans sa longue pratique trois cas d'hydrocèle communiquant de la tunique vaginale à la cavité péritonéale, comme Sabatier en a rapporté un exemple, et comme notre éminent collègue M. Cloquet en a vu un autre. Mais dans les cas observés par l'habile chirurgien sarde, l'épanchement semblait avoir seulement refoulé le péritoine par l'anneau inguinal distendu, de manière à constituer une double tumeur dans la région inguino-scrotale et dans la région iliaque. La guérison a été radicale dans les trois cas par l'injection, que Sabatier rejette par crainte d'une péritonite. Chez l'un des malades, la portion abdominale de la tumeur était si volumineuse, qu'elle refoulait la vessie vers le côté opposé.

Réflexions sur divers arguments relatifs aux hernies étranglées (avec des développements assez étendus).

Cas de mort par lacération de la veine émulgente droite.

Exostose sous-onguéale du gros orteil. — Dix fois M. Riberi a observé cette affection; dix fois il a suivi les conseils de Dupuytren, et toujours avec succès, en faisant l'excision lorsque la tumeur est molle, la résection lorsqu'elle est dure.

Luxation postérieure du cubitus, ou luxation huméro-cubitale postérieure sans déplacement du radius. — Cette luxation, décrite par A. Cooper, par M. Sédillot et par d'autres chirurgiens, a été observée par M. Riberi à la suite d'une chute sur la paume de la main. Il la considère même comme assez fréquente, d'après les exemples qu'il en a vus lui-même; mais il croit aussi qu'elle est souvent méconnue. Quant à la réduction, elle lui semble praticable, même assez longtemps après l'accident. Il l'a obtenue dans un cas au delà du sixième mois. Deux autres faits ont été aussi observés par lui à sa clinique pendant l'année 1850.

Fissure anale avec spasme, guérie par l'excision. — M. Riberi préfère cette méthode à la cautérisation, aux diverses pommades, aux douches froides, à la dilatation, à l'incision, etc. Il la considère comme facile, certaine et sans danger. Dix fois il a eu recours avec succès à cette opération, qui se rapproche de celle proposée par Albucasis, Guy de Chauliac et Dionis pour la fistule.

Huit cas de résection des os maxillaires par cause de dégénérescences cancéreuses diverses, et description d'une énorme exostose de la paroi du sinus maxillaire. — Persuadé que pour le bien de la science, le praticien doit faire connaître ses revers comme ses succès, M. Riberi annonce que sept fois il a fait la résection, soit d'un seul, soit des deux os maxillaires supérieurs, et que dans tous les cas il a vu la récidive plus ou moins prompte du mal et la mort des opérés. Il n'a pas été plus heureux dans un cas de résection du maxillaire inférieur, et il croit que si les chirurgiens étaient à même de revoir plus tard les sujets opérés par eux, ils pourraient constater les mêmes résultats. L'auteur fait, à ce sujet, une remarque; c'est que la récidive du cancer de la mâchoire supérieure est plus certaine et plus prompte lorsque le mal a débuté par le sinus que lorsqu'il procède des gencives. Quant au mode opératoire, M. Riberi donne la préférence à celui de M. Gensoul.

Je regrette, messieurs, de ne pouvoir donner plus de développements à l'analyse des faits remarquables de la pratique de M. Riberi. Sa renommée chirurgicale n'a pas besoin d'éloges; elle est assez solidement établie en France, comme dans les autres contrées savantes de l'Europe, pour se passer des formules ordinaires d'un rapport de candidature. Il nous suffira de vous rappeler que le savant professeur de médecine opératoire à l'Université de Turin doit à son honorable caractère autant qu'à ses utiles travaux tous les titres dont il est justement revêtu : chirurgien du roi, sénateur, président du conseil militaire de santé, commandeur de la Légion d'honneur et de plusieurs ordres, membre correspondant de notre Académie de médecine, etc., etc. M. Riberi doit appartenir aussi à la Société de chirurgie dans le rang que votre opinion lui assignera sans doute.

En conséquence, messieurs, votre commission a l'honneur de vous proposer pour seule conclusion de ce rapport de nommer M. le professeur Riberi (de Turin) associé étranger de la Société de chirurgie.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 mars 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Les rapports finaux de M. Dauvin, médecin des épidémies de l'arrondissement du Saint-Pol (Pas-de-Calais), sur les épidémies de fièvre typhoïde et de diphthérite qui ont régné en 1855 et 1856 dans les communes de Noyel-lès-Hunières et de Monchy-Breton;

2° Les tableaux des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans les départements du Morbihan et de la Gironde;

3° Un rapport de M. Dusouil, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Melle (Deux-Sèvres), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Loubigné (commission des épidémies);

4° Plusieurs communications relatives à des remèdes secrets. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. le ministre de la guerre adresse à l'Académie un exemplaire de la 19e livraison de la *Carte de France*.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Cambay, médecin en chef de l'hôpital militaire de Péra, à Constantinople, adresse une note complémentaire de son mémoire sur le traitement du typhus. (Commissaires : MM. Mélier, Bégin et Michel Lévy.)

— M. le docteur Duchenne (de Boulogne), adresse une note sur quelques propriétés différentielles des courants d'induction de premier et de second ordre. (Commissaires : MM. Bérard, Poiseuille et Bouvier.)

— M. A. Mercier adresse une réclamation relative au prix d'Argenteuil.

— M. le docteur V. Collongues (de Montpellier) adresse un pli cacheté contenant l'énoncé de recherches entreprises sur un nouveau moyen d'auscultation pour apprécier la nature et le degré des forces organiques chez l'homme, tant à l'état de santé qu'à l'état pathologique. (Le dépôt est accepté.)

— M. da Costa (de Rio-Janeiro) adresse une lettre ayant pour but de réfuter les diverses assertions contenues dans la lettre de M. le docteur Peixoto.

— M. le président annonce à l'Académie qu'elle se formera en comité secret à quatre heures, pour entendre le rapport de la section de physique et chimie sur les candidats.

NOMINATIONS.

L'Académie procède au scrutin pour la nomination de la commission de onze membres chargée de choisir la section à laquelle devra être affectée la première vacance. Cette commission est composée de MM. Baillarger, Michel Lévy, Bégin, Chatin, Lagneau, Louis, Danyau, Guérard, Huzard, Bussy, Boulron.

DISCUSSION.

Occlusion des paupières. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'occlusion des paupières.

La parole est à M. Bouvier :

M. Bouvier. Voltaire a dit quelque part, que « nous, médecins, nous guérissons infailliblement les maux qui se guérissent d'eux-mêmes. » Cela ne veut pas dire que Voltaire ne croyait pas à l'utilité de la médecine; il a élevé très-haut ailleurs les services qu'elle rend à l'humanité. Mais il croyait surtout à l'hygiène et à la nature. Vous penserez sans doute comme moi qu'il n'avait pas tout à fait tort. Les faits intéressants qui nous ont été communiqués par notre collègue M. Bonnafont en seraient au besoin une nouvelle preuve.

Sur 18 cas d'ophthalmie aiguë avec ou sans inflammation de la cornée et de l'iris, avec ou sans ulcères ou obscurcissement de la cornée, avec ou sans chémosis, avec ou sans sécrétion purulente de la conjonctive, il a eu 18 guérisons.

Et quel moyen M. Bonnafont a-t-il employé? Il a tout simplement fermé les yeux à ses malades.

Ce sont là assurément des résultats d'une portée beaucoup plus grande qu'on ne se l'est peut-être imaginé au premier abord.

Notre éminent collègue M. Velpeau vous a dit, et avec raison, que l'œil était une miniature, un abrégé de toute l'anatomie humaine. J'ajouterai que, par une conséquence naturelle, les maladies des yeux sont aussi une sorte d'abrégé de toute la pathologie.

Ce qui se passe dans l'œil doit se passer aussi dans les profondeurs de l'organisme. Par les phénomènes morbides de l'appareil visuel, que nous voyons à nu, nous pouvons juger des phénomènes morbides les moins accessibles à nos sens.

A ce point de vue, les guérisons de M. Bonnafont sont un argument considérable en faveur de la médecine expectante, du traitement hygiénique des maladies ou de la méthode dite naturelle.

Puisque des phlegmasies oculaires graves ont guéri par le simple repos fonctionnel de l'organe, par la *diète* de lumière, par la seule précaution de couvrir l'œil de son voile naturel, ne doit-on pas s'attendre à voir des pleurésies, des pneumonies, des hépatites, des métrites, des fièvres aiguës, etc., céder de même à la seule influence du repos et de la diète d'aliments.

Certainement c'est là une méthode fort ancienne; elle remonte au moins à Hippocrate, à qui Asclépiade reprochait déjà de réduire la thérapeutique à une *méditation sur la mort*. Mais on conviendra que la méthode hippocratique n'est pas celle qui inspire généralement le plus de confiance. La médecine agissante lui est de beaucoup préférée dans la pratique. M. Bonnafont vous a fait voir qu'on pouvait étendre le champ de l'autre médication, de celle qui sait se passer de médicaments, de remèdes perturbateurs actifs.

Cela pesé, le point essentiel maintenant c'est de savoir à quelles limites il faut s'arrêter dans cette voie.

M. Bonnafont, frappé des succès de sa méthode, ne voit pour ainsi dire pas de bornes à son emploi. Du moins il n'y admet que de rares exceptions; encore semble-t-il les regarder comme provisoires.

Telle n'a pas été la manière de voir des orateurs qui ont jusqu'ici pris la parole. Tous ont pensé qu'il fallait faire la part de la méthode par occlusion, tous se sont attachés à délimiter son action, à fixer les cas où son insuffisance doit faire recourir à des méthodes plus actives.

Je viens à mon tour apporter quelques faits propres à jeter du jour sur cette question.

Ces faits, je les emprunte presque uniquement à ce que nous savons des effets de l'occlusion naturelle. Deux orateurs vous ont déjà parlé de cette occlusion naturelle. M. Larrey vous l'a présentée comme principe servant d'appui à l'occlusion artificielle; M. Velpeau, comme preuve de l'inefficacité du traitement par occlusion. Je tiendrai une sorte de milieu entre ces deux doctrines opposées.

Je distinguerai d'abord trois sortes d'occlusion naturelle des paupières, l'occlusion physiologique ou fonctionnelle, l'occlusion volontaire, l'occlusion pathologique.

Le sommeil fournit le type de l'occlusion fonctionnelle. Or cet état favorise en général la guérison des ophthalmies. Il y a trois cents ans, Fallope disait déjà : « Un long sommeil est excellent dans les maladies des yeux, car le sommeil est le véritable repos des yeux. » Qui n'a vu des conjonctivites légères à leur début disparaître du jour au lendemain par le repos de la nuit? Cependant, quand le mal est plus grave, cette occlusion le modifie fort peu, et il est même digne de remarque que, dans nos ophthalmies de l'hôpital des Enfants, les petits malades ont plus de photophobie et d'injection conjonctivale le matin à leur réveil que l'après-midi. Cela se voit aussi dans certains cas chez les adultes. Ce genre d'occlusion ne serait donc pas toujours également avantageux. Mais le sommeil ne produit qu'une occlusion temporaire, intermittente; il s'accompagne de la position horizontale, de certaines modifications fonctionnelles qui ajoutent leur influence à celle de l'occlusion. Par tous ces motifs, on ne peut complétement assimiler ses effets à ceux du traitement par occlusion proprement dit.

L'occlusion volontaire est rarement le principal moyen de guérison des ophthalmies. Voici pourtant un fait dans lequel j'ai pu observer ses effets :

Un monsieur de ma connaissance fut atteint, il y a trente ans, d'une inflammation de la cornée et de l'iris. Fatigué de l'inutilité de divers remèdes, il condamna ses yeux pendant quinze ou vingt jours à un repos presque absolu, se tint dans l'obscurité, les paupières fermées, une grande partie du jour. Cette occlusion, non permanente à la vérité, n'amena point de changement. L'ophthalmie céda à des moyens plus actifs sans laisser de trace apparente de son existence. Mais l'appareil visuel a conservé depuis une sensibilité exagérée, qui l'exposerait à de fréquentes rechutes sans l'usage habituel que le malade fait de l'occlusion. Après toute fatigue, toute irritation de l'œil, il ferme volontairement les paupières pendant plusieurs heures chaque jour, dans son appartement, en voiture et même en marchant. L'organe recouvre ainsi son aptitude fonctionnelle. Il la recouvre aussi quelquefois sans l'occlusion, par le seul effet d'une excitation générale physique ou morale, les causes débilitantes aggravant au contraire le mal. Il y a quelques années, il survint une ophthalmie moins grave que la première; l'occlusion se montra encore impuissante, comme la première fois.

En eût-il été autrement avec le bandage de M. Bonnafont? Cela est possible; l'occlusion eût été plus constante. Aussi ne veux-je pas arguer de ce double insuccès contre la méthode de notre honorable collègue. Je cite ce fait pour montrer, au contraire, les avantages de l'occlusion quand il s'agit de prévenir une ophthalmie imminente, d'arrêter ses premiers symptômes. Je suis convaincu que la personne dont je viens de parler a évité par ce moyen depuis trente ans de nombreuses récidives de son ophthalmie. Ce n'est, à mon avis, que dans des cas particuliers que l'on peut se bien trouver de laisser l'œil exposé à l'air et à la lumière, comme cela est arrivé à M. Velpeau. Encore cette exception embrasse-t-elle vraisemblablement des cas beaucoup moins nombreux que notre savant collègue ne paraît le croire, parce que les malades qu'il a traités en leur laissant les yeux ouverts ont dû plus d'une fois lui jouer le tour de recourir instinctivement à l'occlusion volontaire des paupières.

La nature, on l'a déjà dit, a devancé M. Bonnafont. Elle pratique de temps immémorial l'occlusion dans les maladies des yeux; c'est là l'occlusion pathologique.

Cette occlusion est de deux sortes. L'une est forcée, violente, je dirais presque convulsive. Toute la face est contractée et altérée vers les paupières. Il y a des alternatives de contraction et de relâchement; un clignement, comme l'on dit, et par conséquent des frottements, des pressions répétées sur les parties enflammées. Si ce genre d'occlusion ne paraît pas influer favorablement sur la marche de la maladie, je ne crois pas qu'on en puisse rien conclure contre l'occlusion produite par l'art, qui agit tout différemment, qui tend à immobiliser l'œil et à faire cesser le spasme des paupières.

Mais il est une autre forme d'occlusion pathologique. Elle consiste en une contraction douce, égale, uniforme; elle amène simplement les paupières au contact, comme dans le sommeil, et elle les maintient indéfiniment dans cet état par l'équilibre qui s'établit entre les dilata-

teurs et le constricteur de l'ouverture palpébrale. Les paupières ne clignent pas alors, parce que leurs muscles n'oscillent pas plus que le sphincter anal dans le resserrement normal de l'extrémité inférieure du rectum.

Ce second mode d'occlusion pathologique me paraît tout à fait comparable à l'occlusion produite par l'art, et son influence sur la marche des ophthalmies peut, ce me semble, conduire à mieux apprécier ce qu'on doit attendre de l'occlusion artificielle.

C'est surtout dans l'enfance qu'on observe ce genre d'occlusion. On a fait depuis longtemps la remarque que les enfants pris d'ophthalmie avaient bien plus souvent les yeux fermés que les adultes.

M. Velpeau a même puisé autrefois, dans cette circonstance, un des principaux caractères différentiels de certaines ophthalmies de l'adulte et de l'enfant.

Mais il y a plus : cette disposition particulière du premier âge donne lieu à une forme d'affection oculaire presque exclusivement propre à l'enfance, et que nous voyons journellement à l'hôpital des Enfants. Les traités classiques en font à peine mention. Cependant cette affection a été décrite dès 1823 par Benedict dans un ouvrage allemand sur l'ophthalmologie. Cet auteur l'appelle *photophobie scrofuleuse* des enfants, parce que l'état inflammatoire est si peu marqué que la photophobie semble constituer toute la maladie.

Cette affection, qui n'atteint pas seulement les scrofuleux, est pour moi, comme pour Mackensie, une conjonctivite légère, catarrhale, occupant surtout les paupières et présentant pour caractère spécial une photophobie hors de proportion avec les autres symptômes. Mon savant confrère et ancien camarade M. le docteur Mirault (d'Angers) y a vu une affection de la rétine, et cette opinion a été récemment reproduite par M. Bouchut à l'occasion d'un fait de cette nature qu'il a observé à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Les enfants, ordinairement très-jeunes, qui sont affectés de cette espèce d'ophthalmie restent des jours entiers, des semaines, des mois même immobiles, les yeux fermés, la face collée sur leur oreiller, sans effort des paupières, sans clignement, dans les mêmes conditions, en un mot, que celles où les placerait l'occlusion artificielle. Cette occlusion naturelle des paupières paraît favorable à la guérison, la maladie se dissipe ordinairement d'elle-même sans aucun traitement, et il est douteux qu'il en fût ainsi si l'on s'obstinait à maintenir les yeux ouverts. Je conviens que le remède est lent, qu'on abrège même quelquefois la durée du mal par des médications actives ; mais, en général, elles ont peu de prise sur cette affection.

Aussi les règles de traitement prescrites par Bénédict, celles que l'on suit à l'hôpital des Enfants, sont-elles des plus simples. S'occuper de l'état général des sujets ; combattre les complications, s'il en existe ; éloigner les causes occasionnelles de la maladie, si l'on en connaît ; s'abstenir d'applications locales ; se borner à préserver l'enfant d'une trop vive lumière, et surveiller les symptômes afin d'agir si le mal venait à changer de nature : telle est la marche généralement adoptée dans cette circonstance. C'est la méthode naturelle, c'est le traitement hygiénique de M. Bonnafont. C'est le triomphe de l'occlusion, comme dans les guérisons de notre honorable collègue.

La kératite dépendant de la scrofule ou d'autres causes s'accompagne aussi, chez les petits enfants, de photophobie et d'une occlusion des paupières analogue à celle dont je viens de parler ; mais ici l'effet n'est plus le même. Si l'on se borne aux soins hygiéniques, au traitement interne, la maladie entraîne trop souvent, malgré l'occlusion prolongée des yeux, l'opacité ou la perforation de la cornée et l'affaiblissement ou la perte de la vue. Il est, je crois, rationnel *à priori* que le bandage à occlusion ne serait pas plus efficace dans ce cas.

Les enfants plus âgés affectés de kératites se rapprochent des adultes au point de vue de l'occlusion des paupières. Suivant le degré de la photophobie, ils tiennent les yeux entr'ouverts ou font de grands efforts de contraction des paupières. L'occlusion artificielle les place évidemment dans d'autres conditions.

Depuis la communication de M. Bonnafont, j'ai cherché à reconnaître sur trois malades si ces conditions étaient de nature à hâter la guérison. Ces enfants étaient trois filles, âgées de six ans, onze ans et douze ans, plutôt d'un tempérament scrofuleux qu'atteintes de scrofule proprement dite. Leur maladie avait deux mois, trois ans et un an de date. Chez toutes trois, une kérato-conjonctivite aiguë était entée sur une inflammation chronique. La cornée était obscurcie dans les trois cas, ulcérée dans un seul. Le bandage de M. Bonnafont fut appliqué et renouvelé tous les deux ou trois jours chez deux malades. Il dut être réappliqué tous les jours à la plus jeune, qui le dérangeait chaque nuit, Après cinq jours de ce traitement chez les deux filles les moins âgées, après dix jours chez la plus grande, les yeux étaient dans le même état qu'auparavant.

Deux de ces enfants avaient les paupières rouges et un peu plus enflammées, par suite du frottement et de la pression des pièces de l'appareil.

Je n'ai pas continué ces essais, dont le début était peu encourageant. Ils ont peu de valeur par eux-mêmes ; mais si on les rapproche de l'insuffisance de l'occlusion naturelle des paupières pour la guérison de la kératite des petits enfants, on sera disposé à admettre que l'inflammation scrofuleuse de la cornée dans l'enfance réclame un traitement plus actif.

L'ophthalmie purulente est, comme on le sait, en permanence à l'hôpital des Enfants-Malades, de même qu'à l'hospice des Enfants-Trouvés, et de plus elle s'y développe fréquemment sous forme épidémique. Des travaux importants ont été publiés d'après les observations recueillies dans ces établissements. Il me suffira de rappeler les écrits de MM. Dequevauvillers, Chassaignac, la thèse de M. Paincarré.

M. Bonnafont conserve des doutes sur les effets de l'occlusion dans cette espèce d'ophthalmie, mais il exprime l'espoir que cette méthode, seule ou associée à d'autres moyens, lui sera également applicable.

Pour moi, la valeur de l'occlusion des paupières comme moyen de traitement de l'ophthalmie purulente des enfants est jugée par des milliers de faits.

En effet, cette occlusion est le moyen employé par la nature pour garantir les yeux de l'action de la lumière et du contact de l'air. Chez tous les enfants atteints d'ophthalmie purulente les yeux restent constamment fermés, même quand la maladie commence à décroître. Cette occlusion n'a rien de violent quand les petits malades ne sont pas au grand jour et qu'on ne veut pas leur ouvrir forcément les yeux. Elle ne nécessite qu'une faible contraction musculaire, parce que le gonflement des paupières — M. Velpeau l'a déjà rappelé — suffit presque pour le produire. C'est bien là l'occlusion telle que l'art pourrait la pratiquer. Les bandelettes agglutinatives, les linges cératés, la charpie, les bandes ne feraient rien de plus.

Or, quels sont les résultats de cette occlusion naturelle des yeux, identique à l'occlusion pratiquée par l'art, abstraction faite de la compression, que M. Bonnafont n'a pas en vue dans l'emploi de sa méthode ?

Ces résultats diffèrent suivant le siége de l'ophthalmie, suivant qu'elle est simplement *palpébrale* ou *palpébro-oculaire*. Si l'ophthalmie purulente des enfants n'est que palpébrale, elle se termine heureusement dans la plupart des cas, malgré un gonflement considérable des paupières, malgré une sécrétion puriforme des plus abondantes.

L'occlusion est certainement en droit de réclamer sa part dans cette guérison spontanée. Grâce à elle la conjonctive est à l'abri d'irritations qui aggraveraient le mal. Les soins de propreté, la nature font le reste.

Voilà donc toute une catégorie de cas que la seule occlusion naturelle guérit, et que l'occlusion artificielle n'empêcherait pas sans doute de guérir, pourvu qu'elle ne mît pas obstacle à l'écoulement du pus.

Mais les choses se passent autrement quand l'ophthalmie puriforme des enfants est palpébro-oculaire. Avec les seuls soins hygiéniques il arrive fréquemment que la cornée s'infiltre de pus, s'ulcère ou se ramollit et se perfore. Mackensie dit avoir vu beaucoup d'enfants dont le mal avait été ainsi abandonné à lui-même, réduits à ce triste état. M. Guersant, mon collègue à l'hôpital des Enfants, a observé des faits semblables. M. Chassaignac a sauvé la vue à cent-six enfants qu'il a pu traiter à temps ; mais d'autres qui lui ont été présentés trop tard avaient déjà la cornée ramollie ou détruite.

La guérison spontanée est donc l'exception dans cette deuxième forme d'ophthalmie purulente, et l'occlusion naturelle des yeux s'y montre tout à fait insuffisante pour prévenir sûrement la perte de la vue. Je dirai, avec M. Velpeau, que c'est là une expérience toute faite qui, pour ce cas particulier, n'est pas en faveur de l'occlusion artificielle. Mais ici l'occlusion n'est pas seulement inefficace ; elle a encore le grand inconvénient de laisser séjourner le pus à la surface de l'œil, et le contact de ce liquide, susceptible de transmettre la maladie à des yeux sains, ne peut que nuire aux membranes déjà malades. Aussi les lavages incessants, les injections répétées, font-ils une partie essentielle de tous les modes de traitement de cette blennophthalmie.

En résumé, la méthode expectante hygiénique serait non-seulement insuffisante, mais encore dangereuse dans la forme palpébro-oculaire de l'ophthalmie purulente des enfants. Sans doute, on pourrait l'appliquer avec quelque succès à la forme palpébrale ; mais, comme on n'a jamais la certitude que la maladie ne gagnera pas le globe oculaire, il vaut mieux recourir dans tous les cas à une méthode plus active, que l'on aura seulement le soin de proportionner à l'intensité du mal.

Parmi les nombreux relevés statistiques qui attestent la supériorité de la médecine agissante dans l'ophthalmie purulente des enfants, permettez-moi de vous citer en terminant un document peu connu en France. Je le tire de la *Gazette médicale de Berlin*, qui l'a pris dans un journal russe : c'est le relevé des résultats thérapeutiques obtenus dans l'espace de six années à l'hospice des Enfants-Trouvés de Saint-Pétersbourg. Il a pour auteur le docteur Frœbélius, médecin du service des ophthalmies dans cet établissement.

2,718 enfants ont été traités d'ophthalmie purulente du 1er septembre 1846 au 1er septembre 1852.

1,766 ont été complétement guéris.

736 sont morts de maladies étrangères à l'affection oculaire.

216 ont conservé diverses lésions de l'organe de la vision, telles que taches ou cicatrices de la cornée, synéchie antérieure, etc. ; mais sur ce nombre 48 seulement ont perdu la vue d'un œil ou des deux yeux.

M. Frœbélius n'a introduit que dans les dernières années le traitement qu'il nomme *abortif*.

Ce traitement consiste, sauf quelques modifications spéciales, en lavages à grande eau, suivant le procédé de M. Chassaignac, et en instillations d'une solution peu concentrée de nitrate d'argent.

Or, sur 958 malades, il n'y a eu les deux dernières années parmi les enfants qui ont vécu que 4 enfants restés borgnes ou aveugles, et 45 qui aient conservé des altérations moins graves de l'œil ; tandis que les deux premières années avaient donné, sur 925 malades, 39 cécités complètes ou incomplètes et 54 lésions moins profondes, et les deux années suivantes 5 cas de perte simple ou double de la vue et 69 lésions diverses sur 835 enfants.

Il faut noter que non-seulement un meilleur traitement a été employé les deux ou trois dernières années, mais encore qu'après les deux premières les enfants ont été admis à une période moins avancée de la maladie ; que par conséquent les premières années un plus grand nombre de cas ont été d'abord abandonnés à la nature. M. Frœbélius indique des différences encore plus considérables dans la proportion par année des lésions consécutives à l'inflammation, lorsqu'on tient compte de celles qui ont disparu par l'effet du traitement ou qui ont été observées sur les enfants décédés.

Les propositions suivantes me paraissent découler des considérations que je viens de présenter :

1° Les résultats de l'occlusion artificielle de M. Bonnafont montrent que des inflammations oculaires graves peuvent guérir sans l'intervention d'une médecine active ;

2° De nouvelles observations sont nécessaires pour déterminer plus exactement la limite rationnelle des applications du procédé de M. Bonnafont ;

3° Les effets de l'occlusion naturelle, physiologique, volontaire ou pathologique ne confirment qu'en partie les avantages attribués par M. Bonnafont à l'occlusion artificielle ;

4° La blépharite photophobique, catarrhale ou scrofuleuse des enfants guérit par l'occlusion ;

5° L'occlusion paraît beaucoup moins avantageuse dans la kératite scrofuleuse ;

6° La blenno-ophthalmie palpébrale des enfants peut guérir par le seul effet de l'occlusion ; mais le danger attaché à l'extension de la maladie au globe oculaire doit faire généralement préférer le traitement abortif.

— La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

RAPPORT.

Analyse chimique du marron d'Inde. — M. Chatin lit, en son nom et au nom de M. Guibourt, un rapport sur un mémoire de M. Lepage, pharmacien à Gisors, intitulé *Faits pour servir à l'histoire chimique et technologique du marron d'Inde.*

M. le rapporteur, après un historique très-développé de la question, résume en ces termes le mémoire de M. Lepage :

M. Lepage s'est à son tour livré à des recherches analytiques dont le résultat est d'étendre et de préciser nos connaissances sur la composition chimique du marron d'Inde. Il a opéré sur des fruits récemment récoltés et décortiqués, c'est-à-dire sur la grosse amande formée à peu près en totalité par deux énormes masses cotylédonaires soudées entre elles.

Le premier objet que s'est proposé l'auteur a été d'évaluer, par une dessiccation absolue, la proportion d'eau, qui a été trouvée de 45/100 ; le second, de déterminer la proportion des cendres, qui n'a pas dépassé 2,1/100 de la matière sèche. Les cendres contenaient d'ailleurs 79/100 de sels solubles.

Par des traitements dans lesquels l'éther et l'alcool, la distillation et le sous-acétate de plomb ont successivement été employés comme véhicules et moyens de concentration ou d'élimination, M. Lepage a obtenu enfin la saponine privée de petites quantités de sucre qui l'accompagnaient, toujours préparée suivant les procédés de ses devanciers.

De l'action sur le tartrate cupro-potassique des liqueurs dans lesquelles il avait concentré les matières sucrées, M. Lepage conclut à ce que le sucre du marron d'Inde serait, sinon en totalité, du moins en partie du glucose.

M. le rapporteur pense que l'opinion du savant pharmacien de Gisors est sans doute fondée, mais qu'elle s'imposerait plus aisément si les essais n'eussent pas été faits sur des matières sucrées ayant subi longtemps l'action de la chaleur, si surtout ils avaient été complétés dans un soluté fait à froid, par l'observation du caractère optique.

Voici les résultats généraux de l'analyse de M. Lepage :

Les marrons décortiqués et venant d'être récoltés avaient, en résumé, la composition suivante rapportée à 100 parties :

Eau.	45,00
Tissu végétal.	8,50
Fécule.	17,50
Huile douce saponifiable.	6,50
Glucose ou sucre analogue.	6,75
Substance particulière d'une saveur à peine douceâtre.	3,70
Saponine ou principe amer.	4,45
Matière protéique (albumine et caséine). . . .	3,35
Gomme.	2,70
Acide organique indéterminé et substance minérale (potasse, chaux, magnésie, chlore, acides sulfurique et phosphorique, traces de silice).	1,55
	100

Après avoir complété son étude chimique, M. Lepage aborde dans une deuxième section de son mémoire la question des applications possibles et avantageuses du marron d'Inde, qu'il considère au point de vue de la fabrication de la dextrine, du glucose, de l'acide oxalique, des colles et apprêts, de l'alcool, de la fabrication d'un pain mélangé de froment, de la nourriture des animaux, etc.

En somme, dit le rapporteur, le travail de M. Lepage ajoute à nos connaissances sur le marron d'Inde. La commission propose, en conséquence, de décider que des remercîments seront adressés à l'auteur, et que son mémoire sera renvoyé au comité de publication. (L'Académie adopte.)

— A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Académie de médecine a discuté hier en comité secret la liste de présentation des candidats à la place vacante dans la section de physique et chimie médicales. Si nous en croyons les renseignements qui nous ont été donnés à cet égard, voici quel serait le classement des candidats proposés par la section, qui a cru devoir établir une liste double de physiciens et de chimistes.

Liste de chimistes.	*Liste de physiciens.*
M. Wurtz, hors ligne, puis,	En 1re ligne. . . M. Regnauld.
En 1re ligne. . . M. Figuier.	En 2e ligne. . . M. Grassi.
En 2e ligne. . . M. Langlois.	
En 3e ligne. . . M. Robiquet.	

— M. le docteur Philibert, l'un des praticiens les plus estimés et les plus répandus de la ville de Lyon, vient de mourir à Montpellier, où il s'était rendu pour prendre quelque repos.

M. J., à B. (Vendée). — Vous avez parfaitement raison : l'erreur est reconnue et rectifiée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq ; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Les merveilles du corps humain, précis méthodique d'anatomie, de physiologie et d'hygiène ; par M. J.-B. Descuret, docteur en médecine et docteur ès lettres de l'Académie de Paris, auteur de la *Médecine des passions*. Un vol. in-8°. Prix : 6 fr. — A Paris, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garencière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Erysipèle des nouveau-nés et des enfants à la mamelle.

Nous avons appelé plusieurs fois l'attention de nos lecteurs sur l'érysipèle des nouveau-nés, cette affection si grave, qui a été depuis un certain nombre d'années l'objet d'une étude particulière de la part des médecins plus spécialement voués à l'étude des maladies de l'enfance. M. le docteur Hervieux, à qui l'on doit déjà plusieurs recherches intéressantes sur les maladies du premier âge, a repris à nouveau ce sujet, et dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, il a présenté une histoire complète de cette affection. Nous allons essayer de résumer les principaux résultats de ces nouvelles recherches, que l'auteur vient tout récemment de publier dans la *Gazette médicale*.

M. Hervieux a réuni trente observations, qu'il a recueillies lui-même dans les divers services hospitaliers consacrés à l'enfance. C'est à l'aide de ces trente faits, contrôlés à l'occasion par les observations de ses devanciers, qu'il a établi les diverses propositions qui suivent, et qui sont relatives à l'étiologie, à la symptomatologie, à la marche, au pronostic et au traitement de l'érysipèle des nouveau-nés.

Le plus jeune des malades chez lesquels il a rencontré l'érysipèle avait 4 jours ; le plus âgé 14 mois. 22 sujets sur 30 avaient moins de 6 semaines ; 8 seulement d'entre eux se trouvent compris dans la période de 6 semaines à 14 mois. Ces faits, joints aux relevés statistiques de Billard, montrent que c'est bien dans les 4 à 6 premières semaines qui suivent la naissance que l'érysipèle atteint son maximum de fréquence.

La considération du sexe n'a fourni à l'étiologie aucune donnée importante. Sur les 30 cas, 17 appartenaient au sexe masculin, et 13 au sexe féminin.

La plupart des jeunes sujets sur lesquels s'est manifesté l'érysipèle (24 sur 30) étaient déjà malades, six seulement étaient bien portants ; 8 d'entre eux étaient atteints de sclérème, lequel s'est trouvé, dans quatre cas, compliqué d'ictère. A moins d'admettre une simple coïncidence, la fréquence de cette complication semble indiquer, ainsi que le pense M. Hervieux, que le sclérème est une cause prédisposante de l'érysipèle chez les nouveau-nés. Les conditions morbides particulières dans lesquelles se trouve la peau des petits sclérémateux créerait chez eux une prédisposition réelle à l'érysipèle, de la même manière que les infiltrations séreuses du tissu cellulaire chez l'adulte prédisposent non-seulement aux érysipèles, mais encore aux eschares, aux inflammations gangréneuses, etc. : les chiffres viendront à l'appui de cette analogie.

Sept petits malades avaient présenté les symptômes d'affections intestinales diverses, entérite simple ou compliquée de l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés, ramollissement de la muqueuse gastro-intestinale, avant la manifestation de l'érysipèle ; d'où l'auteur s'est cru fondé à conclure à une influence prédisposante de ces affections sur la production de l'érysipèle. Il en est de même de la bronchite simple ou généralisée, qui a été observée quatre fois.

L'influence de ces affections viscérales a paru s'étendre sur le siége de l'érysipèle. Voici sur quels faits M. Hervieux fonde cette autre proposition :

Dans un cas d'érysipèle de la paroi antérieure de l'abdomen chez une petite fille de trente-quatre jours, la cavité péritonéale a été trouvée, à l'autopsie, remplie de pus, et les circonvolutions intestinales agglutinées et recouvertes par des pseudo-membranes.

Chez un enfant de treize mois atteint de pleurésie purulente à droite, l'érysipèle avait débuté par la partie latérale droite du thorax pour s'étendre de là à l'épaule et au membre supérieur correspondant.

Quatre petits sujets atteints de stomatite ulcéreuse présentèrent un érysipèle de la face, et deux fois l'exanthème débuta par la tuméfaction de l'une des lèvres.

M. Hervieux a constaté en outre, comme tous les auteurs, que la suppuration de l'ombilic, l'érythème compliqué d'ulcérations, l'inflammation suppurative des pustules vaccinales étaient autant de causes déterminantes d'érysipèle. Il a vu, enfin, souvent cet exanthème se produire à l'époque où l'on avait imaginé de placer des boucles d'oreilles à tous les nouveau-nés de la crèche.

Mais de toutes les causes de l'érysipèle des nouveau-nés, l'épidémicité et les mauvaises conditions hygiéniques des établissements hospitaliers sont celles qui lui ont paru manifestement avoir le plus d'énergie.

Eu égard aux différentes formes sous lesquelles se présente l'érysipèle des nouveau-nés, M. Hervieux a trouvé comme la plus fréquente la forme simple ou érythémateuse ; c'est celle qu'il affecte particulièrement lorsque, s'éloignant avec plus ou moins de rapidité de son point de départ, il tend à envahir une partie considérable de la surface du corps.

La forme œdémateuse s'est toujours montrée, à l'exception d'un seul cas, lorsque l'érysipèle était compliqué de sclérème.

La forme miliaire n'a pas été observée.

En ce qui concerne le siége, les observations de M. Hervieux ne confirment point ce qui a été avancé par les auteurs relativement à sa prédilection pour la région abdominale antérieure, et à la rareté de l'érysipèle de la face. Sur les 30 cas qu'il a recueillis, 12 fois l'érysipèle siégeait à la face ou bien au cuir chevelu et à la face simultanément, 1 fois au cou, 3 fois à la partie supérieure du tronc, 5 fois à la partie inférieure, 5 fois aux membres inférieurs et 4 fois aux membres supérieurs.

Considéré relativement à sa marche, l'érysipèle des nouveau-nés s'est présenté sous deux formes distinctes : la forme fixe et la forme erratique. Cette dernière s'est montrée de beaucoup la plus fréquente, et c'est celle qui s'est toujours accompagnée des phénomènes de réaction les plus intenses : fièvre ardente, agitation, cris continuels, pâleur extrême, vomissements, diarrhée, convulsions, etc.

La durée de l'érysipèle s'est montrée très-variable.

Sur 23 cas terminés par la mort, 5 sont survenus le jour même de la mort ; 4 un jour avant ; 2 deux jours ; 6 trois jours ; 2 quatre jours ; 3 cinq jours ; 1 six jours et 1 huit jours avant la mort.

Les 7 autres cas ayant accompli leurs phases pendant la vie, les uns par le fait de la guérison, les autres un certain temps avant la terminaison funeste, la durée totale de l'exanthème a été : pour 4 d'entre eux de trois jours ; pour 1 de quatre ; pour 1 de cinq et pour 1 de huit. D'où l'on voit que le maximum de la durée a été de huit jours, et le minimum de trois jours, en élaguant les cas où la mort est survenue pendant que l'exanthème régnait encore.

Dans les cas de guérison, la terminaison la plus ordinaire a été la desquammation. Deux cas se sont terminés par gangrène.

M. Hervieux n'a point observé la terminaison par suppuration, mais il a rencontré deux fois la terminaison par gangrène.

Les lésions cadavériques constatées à l'autopsie ont varié suivant la nature des complications de l'érysipèle. Ainsi chez les huit enfants sclérémateux on a trouvé, outre les lésions cutanées propres au sclérème et à l'érysipèle, les principaux viscères gorgés d'un sang noir, épais et visqueux. Le cerveau, les méninges, les poumons, le foie, la rate, les intestins étaient pour la plupart plus ou moins congestionnés. De plus, la cavité des séreuses, telles que l'arachnoïde, la plèvre, le péricarde, le péritoine, contenaient une certaine quantité de sérosité quelquefois sanguinolente.

Dans les sept cas d'entérite compliquant l'érysipèle, la muqueuse intestinale a été trouvée tantôt plaquée de rouge ou finement arborisée, tantôt ramollie dans une portion variable de son étendue. Trois d'entre ces sujets présentaient une altération évidente des plaques de Peyer et des follicules isolés.

La péritonite avec pus et pseudo-membranes n'a été observée qu'une fois. M. Hervieux n'a noté qu'une fois aussi la phlébite de la veine ombilicale. Il y avait coïncidemment un développement énorme du foie qui remplissait presque toute la capacité de l'abdomen. Les lésions de la pneumonie simple, primitive et exempte de toute complication n'ont été notées qu'une fois ; mais dans sept cas l'hépatisation pulmonaire accompagnait quelqu'une des lésions déjà mentionnées, et particulièrement les phlegmasies intestinales. Dans un cas, enfin, l'autopsie a révélé l'existence d'une pleurésie purulente.

Si l'on ne savait déjà par les faits acquis à la science et ceux que révèle l'expérience journalière quelle est la gravité habituelle de cette maladie, on s'en ferait une idée par l'effrayante proportion de mortalité qu'ont donné les 30 observations analysées par M. Hervieux : sur ces 30 sujets, 28 ont péri.

Voici à l'égard du pronostic les propositions qu'il formule :

L'érysipèle primitif est moins grave que l'érysipèle secondaire.

L'érysipèle circonscrit est moins grave que l'érysipèle généralisé.

L'érysipèle qui se développe dans le cours d'une fièvre grave, d'une entérite, d'une pneumonie, d'une inflammation purulente de la plèvre ou du péritoine, que cet érysipèle se résolve ou non, est l'indice certain d'une mort prochaine.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches cliniques sur les maladies du cœur, d'après les leçons de M. le professeur Bouillaud, par le docteur Ernest AUBURTIN, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris à l'hôpital de la Charité ; précédées de *Considérations de philosophie médicale sur le vitalisme, l'organicisme et la nomenclature médicale*, par M. le professeur BOUILLAUD, membre de l'Académie impériale de médecine (1).

Les maladies des voies circulatoires n'ont été que très-imparfaitement connues jusqu'à la fin du dix-huitième siècle. A cette époque, les notions un peu précises que les médecins commencèrent à en avoir, et que Sénac consigna dans son célèbre traité, furent un des premiers fruits de la grande découverte de Harvey. A l'aurore de notre ère, Corvisart unit aux méthodes d'investigation mises en usage par ses devanciers une anatomie pathologique plus exacte. L'emploi de la percussion, de l'auscultation ; l'observation devenue plus rigoureuse ; les lésions nécroscopiques étudiées avec plus d'art encore imprimèrent une impulsion toute nouvelle aux recherches cliniques, et grâce aux persévérants efforts de quelques éminents praticiens, les affections du cœur firent de très-rapides progrès. Elles ont acquis aujourd'hui un degré de certitude inconnu jusqu'à nos jours ; aussi la presse scientifique enregistre-t-elle avec bonheur chaque nouveau pas tenté dans cette voie.

Le livre que M. le docteur Auburtin vient de publier sous les auspices et sous l'inspiration des savantes leçons de M. le professeur Bouillaud, son maître, se divise en deux parties distinctes : 1° l'anatomie et la physiologie du cœur ; 2° la pathologie de cet organe.

Comme introduction, et en manière d'exposition des doctrines philosophiques qui dirigent la clinique de la Charité, M. Auburtin a fait placer en tête de son livre les derniers discours académiques de M. Bouillaud.

Notre dessein n'est pas de revenir sur les considérations de philosophie médicale (vitalisme, organicisme, nomenclature médicale) qui, à l'époque où étaient engagées les brillantes discussions au sein de la docte assemblée, ont retenti du haut de sa tribune avec tant de force et d'autorité ; elles ont été analysées et jugées. Disons seulement que ces éloquentes pages offrent le plus grand intérêt, et qu'à part une polémique un peu trop acerbe vis-à-vis d'un zélé collègue, elles constituent de très-brillants morceaux oratoires.

M. le docteur Auburtin se livre, dans la première partie de l'ouvrage, à une étude approfondie de la structure anatomique du cœur ; rappelle tous les résultats obtenus par M. Bouillaud, qui le premier établit péremptoirement le poids et le volume de cet organe, puis il arrive à en analyser les mouvements. Dans une argumentation facile et brillante, il réfute l'opinion de M. Beau, qui considère l'oreillette comme l'organe central de la circulation, le cœur proprement dit. Ne savons-nous pas en effet, d'après les nombreuses expériences et vivisections de Haller, que les ventricules et les oreillettes sont le siége de contractions et de dilatations *alternatives;* que les oreillettes se contractent simultanément pendant que les ventricules sont en repos, et que les ventricules se contractent à leur tour d'une manière simultanée comme les oreillettes?

Les expériences des physiologistes modernes sont en cela confirmatives de celles de Harvey, Haller et Sénac. M. Magendie, ce chef de la physiologie expérimentale dont la science porte en ce moment le deuil, s'exprime ainsi : « Si le cœur d'un animal est mis à découvert, on re» connaît aisément que les oreillettes et les ventricules se resserrent » et se dilatent alternativement. Ces mouvements sont tellement com» binés, que le resserrement des oreillettes arrive *concurremment* » avec la dilatation des ventricules, et *vice versa*, que la contraction » des ventricules coïncide avec la dilatation des oreillettes. » La théorie de M. Beau donne à penser qu'en la formulant il a moins écouté l'expérience que les séduisantes suggestions de son imagination. Chaque jour apporte contre les idées de ce médecin une objection nouvelle, et M. Auburtin, en les réfutant une à une avec une grande puissance d'argumentation, ne contribuera pas peu à faire prédominer la doctrine adverse.

M. Auburtin consacre une note fort étendue à la fissure congéniale du sternum de M. Alexandre Graux, dont les journaux de médecine ont longuement parlé au mois d'avril dernier. Grâce à ce vice de conformation qui aurait entraîné des modifications considérables dans les relations des parties osseuses et musculaires du cou et de la poitrine,

(1) Un volume in-8°, 1856. — J. Viat, éditeur, cour du Commerce, 12.

Toutes choses égales d'ailleurs, l'érysipèle est d'autant plus grave qu'il se manifeste à une époque plus voisine du moment de la naissance.

Cette proportion de la mortalité dit assez combien peu il y a à compter sur les ressources de la thérapeutique. M. Hervieux a vu successivement échouer sous ses yeux les différents topiques, tels que l'onguent napolitain, la pommade d'extrait de belladone, de sulfate de fer, de nitrate d'argent, les lotions, les fomentations de toute sorte. Les moyens les plus simples et les plus doux lui ont paru les meilleurs, tels que l'emploi des bains de lait chaud combinés avec les boissons diaphorétiques et antispasmodiques que recommandait Hufeland, les larges cataplasmes de fécule ou de mie de pain. Ce qui lui a paru surtout devoir être recommandé de la manière la plus expresse, c'est de n'éloigner jamais du sein de sa nourrice l'enfant atteint d'érysipèle, quelle que soit d'ailleurs l'intensité des lésions viscérales existantes. Il n'y a eu quelques chances de guérison que chez les nouveau-nés qui pendant toute la durée de l'exanthème n'avaient pas cessé de teter.

Restauration de la moitié antérieure de la face après une blessure par arme à feu.

Les élèves qui suivent la clinique de M. le professeur Jobert (de Lamballe) ont pu y remarquer depuis quelque temps un blessé de Sébastopol, qui a été pour tous l'objet d'un vif intérêt, autant à cause de la nature même de sa blessure et des désordres considérables qui en ont été la suite, que de l'heureuse issue des opérations réparatrices pratiquées dans le but d'y remédier. Nous devons à l'obligeance de M. Colliac, qui a recueilli avec soin l'observation de ce malade, de pouvoir reproduire la description exacte des graves lésions qu'il a présentées, et tous les détails des opérations que M. Jobert a pratiquées avec son habileté ordinaire.

F... (Louis-Philippe), âgé de vingt-quatre ans, militaire, travaillait à la construction d'une batterie près de la tour Malakoff. Un coup de mitraille le frappe à la face, de droite à gauche, et emporte à la fois une partie des maxillaires supérieurs, des os et des cartilages du nez, et les téguments correspondants.

Malgré la violence du coup, le malheureux ne perdit pas connaissance, retint avec ses doigts la lèvre inférieure qui retombait sur le menton, et les lambeaux de chair et d'os broyés qui pendaient de la mâchoire supérieure. Il attendit ainsi pendant deux heures qu'un chirurgien militaire pût lui donner les premiers secours. Pendant ce temps il se fit une hémorrhagie assez abondante qui l'affaiblit extrêmement. La joue droite était divisée dans la portion qui n'avait pas été enlevée, par une déchirure en V, que l'on réunit au moyen de quelques points de suture, et ce qui restait du nez fut réappliqué par sa base, et maintenu par des bandelettes agglutinatives. Quant à la partie antérieure et inférieure qui correspondait à la lèvre, la portion enlevée était si considérable que le chirurgien ne put songer à la réunir immédiatement. Il se contenta de maintenir le lambeau droit et gauche avec du diachylon, en rapprochant le plus possible les bords par une pression modérée, se réservant de faire plus tard une opération restauratrice. La réunion se fit à la déchirure de la partie supérieure.

Le blessé avait été évacué sur l'hôpital de Gulhané, à Constantinople, lorsqu'au bout de quinze jours un érysipèle survint autour de la blessure, et, d'après les renseignements qu'il a pu fournir, la solution de continuité, non encore entièrement cicatrisée, devint le siége d'une ulcération de pourriture d'hôpital. Une longue suppuration eut lieu, et l'ouverture ne fit que s'accroître.

Rentré en France, il se présenta à l'Hôtel-Dieu pour se mettre entre les mains de M. Jobert (de Lamballe).

Voici quel était l'état et l'aspect de ce jeune homme à son arrivée :

1° Absence presque complète du nez;

2° Solution de continuité qui laissait à la partie antérieure et médiane de la mâchoire supérieure une ouverture béante, à travers laquelle on pouvait voir jusque dans la partie supérieure du pharynx et dans l'intérieur de la bouche.

Le maxillaire supérieur droit, enlevé dans ses deux tiers antérieurs, était à peine recouvert par un lambeau déchiqueté de peau et conservait quelques dents. Le maxillaire supérieur gauche, moins profondément lésé, faisait contraste par sa saillie avec la portion déprimée du côté opposé. La voix, comme on peut le penser, était profondément modifiée, et le malade ne pouvait articuler que quelques sons. C'était un spectacle vraiment horrible à voir, et d'autant plus pénible que le sujet, jeune et vigoureux, paraissait avoir été doué d'une physionomie assez remarquable.

M. Jobert, après l'avoir laissé reposer pendant quelques jours, l'opéra le 4 février.

Il y avait à refaire à la fois et les deux tiers antérieurs du nez, dont il ne restait qu'un lambeau, les os eux-mêmes ayant été enlevés, et toute la lèvre supérieure remplacée par l'énorme ouverture dont il a été question. Un premier lambeau fut décollé à droite et les extrémités ravivées; le second lambeau fut formé aux dépens des téguments de la portion gauche, qu'une incision latérale et perpendiculaire de quelques millimètres permit de rapprocher de la ligne médiane.

Restait la portion enlevée du nez. Un lambeau taillé aux dépens des parties latérales et supérieures gauches fut destiné à remplir la perte de substance.

Ce petit édifice préparé, il s'agissait de construire. Quatre points de suture réunissant les lambeaux latéraux forment d'abord la lèvre supérieure; le troisième lambeau, appliqué de gauche à droite sur la partie antérieure du nez, vient s'attacher par une petite languette habilement conservée sur la partie médiane et supérieure de la lèvre, et forme en même temps le lobe antérieur et la sous-cloison : de sorte que les fosses nasales se trouvent parfaitement séparées. Deux rondelles creuses de diachylon, placées dans les deux ouvertures, serviront à les maintenir béantes et à conserver leur calibre. Deux incisions latérales avaient été pratiquées aux commissures labiales aux dépens de la lèvre inférieure, afin de faciliter le rapprochement des deux lambeaux supérieurs, et de ne pas étrangler cette même lèvre en rapprochant outre mesure ses deux bords.

On panse avec des bandelettes de diachylon servant à maintenir les téguments rapprochés l'un de l'autre, compresse cératée, bandage léger pour maintenir l'appareil, etc. La lèvre inférieure pendante, et d'abord augmentée de volume, fut soutenue par une petite bande. Une plaque de taffetas placée sous le menton servit à recevoir la salive, qui dans les premiers temps s'échappait avec assez d'abondance de la solution de continuité des commissures labiales.

Le malade est nourri au moyen d'un biberon garni à son ouverture d'une canule élastique.

Au bout de trois jours, les points de suture furent successivement enlevés; mais le malade s'étant laissé aller imprudemment à un accès de rire, la faible adhérence des deux lambeaux qui formaient la lèvre supérieure fut détruite, ce qui nécessita une nouvelle opération. Elle se réduisit au ravivement des bords de la solution de continuité; quatre points de suture; même pansement, mêmes précautions.

Les points de suture ne furent enlevés que six jours après, les uns après les autres, et cette fois la consolidation était parfaite et s'est maintenue.

Peu à peu la lèvre inférieure se relève, la salive cesse de s'écouler au dehors; le lambeau supérieur est parfaitement adhérent. Les ouvertures nasales, toujours maintenues béantes par les rondelles de diachylon, conservent une forme assez régulière.

Le 13 mars, la guérison est complète. Voici un aperçu de l'état que présentent en ce moment les parties restaurées :

Le nez est entièrement rétabli, légèrement déprimé à sa partie médiane par la traction de la languette qui a servi à former la sous-cloison. Les fosses nasales, parfaitement séparées et ouvertes, permettent à la respiration de se faire librement. La lèvre supérieure, entièrement refaite, présente une légère cicatrice imitant à peu près la dépression qui y existe à l'état normal. La portion droite de la mâchoire supérieure est légèrement déprimée au niveau de la solution de continuité osseuse, tandis que le côté opposé offre une petite saillie, mais sans difformité. La lèvre inférieure rentre peu à peu dans sa position normale; le malade peut articuler assez facilement les sons. En un mot, pour conserver les expressions mêmes de M. Colliac, qui rendent parfaitement l'impression que produit la vue de ce blessé, d'un horrible débris, l'art du chirurgien a su reconstruire des organes qui, s'ils ne présentent pas leur élégance première, accomplissent du moins parfaitement leurs fonctions et redonnent à la physionomie son expression naturelle.

Abcès par congestion. Cinq ponctions successives suivies d'injection iodée. Guérison.

Une femme de la campagne présentant tous les attributs d'une belle constitution et l'aspect d'un bonne santé, est entrée récemment dans le service de M. le professeur Nélaton, à la Clinique, dans le but d'y recevoir des soins prophylactiques destinés à prévenir le retour d'un affection grave dont elle a déjà été guérie une première fois. Les circonstances de cette guérison sont assez intéressantes pour que nous devions les rappeler ici. Voici en quelques mots l'histoire de cette malade.

Il y a trois ou quatre ans, faisant un voyage à âne en hiver, elle fit une chute dans laquelle le sacrum vint heurter violemment sur le sol endurci par la gelée. A dater de ce moment, elle ne cessa de sentir des douleurs dans cette région, mais sans s'en préoccuper beaucoup. Cela même ne l'empêcha pas de devenir enceinte quelque temps après. Toutefois, le mal ayant empiré après son accouchement, elle se décida à entrer à l'hôpital; il y a de cela environ vingt mois. On constata alors l'existence de bosselures ou tumeurs fluctuantes autour du bassin, dans la fosse iliaque externe et à la partie supérieure et postérieure de la cuisse. Au toucher, on sentait que la demi-circonférence correspondante du bassin était remplie par une tumeur fluctuante évidente.

Ne doutant pas que ce fût un abcès par congestion, M. Nélaton pratiqua une ponction à la région fessière. Cette ponction donna issue à 2 litres 80 centilitres de pus. L'évacuation de ce vaste foyer terminée, on y fit pénétrer une injection iodée.

L'abcès se reproduisit quelque temps après. Lorsqu'il eut acquis un volume suffisant pour permettre de donner issue au liquide, on pratiqua une nouvelle ponction, mais dans un autre point, sur la paroi abdominale, à 2 centimètres de l'épine iliaque. Il sortit encore cette fois une très-grande quantité de pus. Bref, dans l'espace de cinq ou six mois, il fut fait ainsi successivement cinq ponctions, dont la dernière ne donna issue qu'à un demi-verre de pus seulement. Les cinq ponctions avaient fourni en tout l'énorme quantité de 9 litres de matière purulente.

A la suite de cette cinquième ouverture, l'abcès ne se reproduisit plus, et après quelque temps de séjour à l'hôpital à titre d'observation, l'état de la malade étant des plus satisfaisants, elle sortit et retourna dans son pays reprendre ses occupations habituelles.

Ce fait est intéressant à un double point de vue; d'abord à cause de l'énorme quantité de pus qui a été retirée, et en second lieu à cause du mode de guérison, laquelle paraît s'être faite par une sorte de tarissement de la source même du pus, c'est-à-dire par la résolution du travail inflammatoire des parties profondes du bassin qui alimentait cette sécrétion morbide, et en partie aussi peut-être par la résorption des derniers produits de cette sécrétion.

Ce dernier mode de guérison rappelle ce qui se passe assez souvent dans l'hydrocèle à la suite d'une première opération. On voit quelquefois, après la ponction et l'injection iodée, la tunique vaginale se remplir de nouveau. On est généralement porté à croire que la maladie s'est reproduite, et on considère dès lors l'opération comme ayant échoué. On se dispose en conséquence à pratiquer une seconde opération. Eh bien! le plus souvent cette seconde opération est tout à fait inutile. Le liquide qui s'est ainsi reproduit à la suite de l'injection se résorbe le plus habituellement peu à peu, et la guérison s'établit et se maintient sans qu'il soit besoin de recourir à une nouvelle évacuation. C'est ce que M. Nélaton a vu souvent, notamment chez les vieillards de Bicêtre; c'est ce que nous avons

---

il était possible d'étudier à travers la peau les battements du cœur. Ce fait est trop connu de nos lecteurs pour que nous insistions davantage.

L'auteur des *Recherches cliniques* se livre ensuite à un sérieux examen des bruits du cœur; il discute, les faits en main, la plupart des opinions émises par les auteurs, et soumettant les causes de ces bruits au plus sévère contrôle de l'observation, il développe et consolide la théorie de Rouanet, modifiée par M. le professeur Bouillaud. Ce chapitre nous a incomparablement paru l'un des plus remarquables, et il décèle chez M. Auburtin un esprit aussi judicieux qu'une érudition variée et qu'une expérience peu commune.

Enfin, nous posons le pied dans le domaine de la pathologie cardiaque, et notre introducteur, le chef de clinique de la Charité, nous conduit à travers un exposé de considérations générales, une classification — les maladies du cœur sont divisées en douze classes —, une description de lésions cadavériques et de signes diagnostiques, à l'importante question de l'étiologie. Jusqu'ici, nous n'avons eu à exprimer que des éloges; mais nous ne saurions laisser passer sans critique et s'accréditer une opinion que nous considérons comme une grande erreur.

M. Auburtin fait le procès à tous les médecins qui regardent les influences morales comme susceptibles d'engendrer quelquefois des lésions organiques du cœur. « Cette croyance est fondée sur une erreur de dia-
» gnostic, et celle-ci peut-elle passer pour un fait acquis à la science? »

Si l'auteur des *Recherches cliniques* avait attentivement parcouru les salles de la maison impériale de Charenton et des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, s'il avait ausculté bon nombre des malades qui s'y trouvent renfermés, et interrogé avec soin les familles de ces aliénés, il n'aurait pas si vite taxé d'erreurs de diagnostic toutes les lésions organiques du cœur dues aux émotions morales, aux troubles de l'exercice de la pensée, que son oreille attentive lui eût fait découvrir. Qu'il me permette de lui rapporter, parmi tous les autres faits que je pourrais citer, une observation fort concluante, ce me semble. Je choisis celle-là de préférence, parce qu'elle a presque un côté comique, et parce que, dans les pleines eaux du feuilleton où nous nageons en ce moment, il est d'usage de s'octroyer parfois quelques licences. *Honny soit qui mal y pense!*

Denis était un ouvrier ébéniste fort intelligent; à l'âge de vingt-trois ans, il travaillait à Paris, lorsque, prenant tout à coup de lui-même et de ses propres talents l'opinion la plus ridiculement exagérée, il résolut de se marier et de n'épouser qu'une femme jeune, riche et belle. Après avoir vainement cherché dans la capitale, il écrivit à l'impératrice Marie-Louise, en 1826, une lettre extraordinairement curieuse dont j'ai entre les mains la copie, dans laquelle, après avoir emphatiquement énuméré tous ses avantages, il postulait en termes élégants et tendres la main de la veuve du plus grand capitaine de tous les siècles (*sic*).

Le lecteur a déjà diagnostiqué une monomanie; mais poursuivons l'histoire de cet homme.

En attendant la réponse à sa lettre, il se fit splendidement habiller pour le jour solennel de la célébration du mariage. Mais, ô douleur! ô désespoir! ce jour ne vint pas. Il se mit alors à composer des *Mémoires philosophiques* et à vendre sur la voie publique ses folles élucubrations.

Arrêté, jugé et mis en prison, Denis, à l'expiration de sa peine, se fit colporteur. Comme le vieillard de la romance de feu Bérat, *il visita bien des pays*, mais aussi il y vit bien des femmes. Or il a littéralement demandé en mariage toutes celles qui n'étaient pas en puissance d'époux. Je recule devant les difficultés que présente l'addition et je passe outre.

Dans le département où il avait reçu le jour, il eut maille à partir à propos d'une intempestive déclaration avec un dépositaire de l'autorité municipale, qui, en vertu des pouvoirs à lui conférés par la tricolore écharpe, dirigea Denis, de brigade en brigade, jusqu'au chef-lieu, où son état mental fut constaté.

J'ai connu et soigné ce pauvre homme jusqu'à sa mort, qui eut lieu au commencement de l'année 1851, à l'asile public d'aliénés de Dijon. Il avait une hypertrophie *énorme* du cœur. Cet organe, dont les dimensions rappelaient le *cor bovinum*, pesait 657 grammes. Denis n'avait été ni érotomaniaque ni satyriasiaque; jamais il n'avait recherché ni goûté (il l'affirmait du moins) les amoureux plaisirs. Denis, atteint de la très-rare monomanie du mariage, n'a vécu qu'au milieu d'émotions et d'angoisses; elles ont amené de fréquentes palpitations et consécutivement une considérable hypertrophie du cœur.

Dans le cas où l'exemple que je viens de rapporter ne convaincrait pas M. Auburtin, nous l'adjurons de suspendre la rigueur de son jugement jusqu'à plus ample informé. Ce ne sont pas seulement nos con-

eu l'occasion de constater récemment chez un malade de son service de la Clinique, qui, étant rentré quelque temps après avoir été opéré, avec une récidive apparente, a fini par guérir par résorption du liquide.

Revenons à la malade qui est le sujet de cette digression, et qui est rentrée, disions-nous, pour se soumettre à un traitement prophylactique. Cette détermination a été motivée par la réapparition de quelques douleurs dans la région sacrée.

En vue de la possibilité du retour des premiers accidents, M. Nélaton se propose de lui pratiquer des cautérisations transcurrentes répétées autour de cette région. C'est le moyen qui lui a paru offrir le plus de chances de succès, et celui qu'il emploie le plus habituellement en pareil cas. On a d'autant plus de motifs de compter sur son efficacité dans ce cas-ci, qu'il s'agit ici d'une affection traumatique, et non d'une altération scrofuleuse ou tuberculeuse. Cette circonstance explique aussi la facilité de la première guérison, dont les exemples sont malheureusement beaucoup trop rares dans les cas d'abcès par congestion symptomatique de l'une des affections que nous venons d'indiquer.

Loupes du cuir chevelu. — Parallèle entre le traitement par les caustiques et l'ablation par le bistouri.

En même temps que M. Nélaton nous entretenait du fait que nous venons de rapporter, il se présentait dans son service deux malades offrant la même affection, et avec des conditions presque identiques; ils avaient chacun une loupe sur le front.

Le rapprochement fortuit de ces deux cas a fourni au professeur l'occasion de formuler son opinion sur la valeur d'une méthode de traitement dont il a été fait quelque bruit dans ces derniers temps, et pour laquelle nous avions laissé percer quelque préférence, à cause de son extrême facilité d'exécution et des résultats très-satisfaisants que nous en avions obtenus nous-même dans plusieurs circonstances; nous voulons parler de l'ablation des loupes à l'aide des caustiques.

Voici quels sont les motifs qui portent M. Nélaton, non pas à rejeter entièrement cette méthode, dont il ne conteste pas quelques-uns des avantages, mais à lui préférer généralement le bistouri.

A l'exemple de Marjolin, qui avait depuis longtemps renoncé au bistouri pour l'emploi des caustiques auxquels il donnait la préférence (on voit que cette méthode n'est pas précisément nouvelle), M. Nélaton y a eu recours plusieurs fois lui-même il y a un certain nombre d'années. Ce moyen consiste, comme on le sait, à placer sur le trajet de la tumeur une traînée de caustique (Marjolin employait la potasse caustique; c'est le caustique de Vienne qu'on lui a substitué depuis et qu'a employé M. Nélaton). Dans l'espace de quelques heures avec la potasse, d'un quart d'heure et même moins avec le caustique de Vienne, l'eschare est formée. Il n'y a aucun pansement à faire. On attend cinq, six, sept, huit ou dix jours jusqu'à ce qu'il se fasse autour de l'eschare un petit cercle d'inflammation éliminatrice. Quand l'eschare est vacillante et en partie soulevée, il suffit d'exercer sur elle une légère traction pour l'enlever; et comme il se fait une adhérence entre l'eschare et la tumeur sous-jacente, celle-ci suit l'eschare et sort en totalité comme par énucléation. M. Nélaton avoue avoir été émerveillé, comme nous l'avons été depuis nous-même, de la simplicité avec laquelle les choses se passent, de l'extrême facilité avec laquelle le kyste est énucléé, et de la promptitude de la guérison, qui n'exige aucun appareil chirurgical, et qui n'interrompt pas un seul instant les occupations du malade.

L'avantage qu'avait surtout cette méthode aux yeux de Marjolin et de ceux qui s'en sont constitués depuis les défenseurs, c'était de prévenir l'érysipèle du cuir chevelu, complication si redoutable et dont on connaît plusieurs exemples funestes, notamment ceux qui ont eu lieu entre les mains de Roux et de Blandin. C'était surtout à cet avantage que M. Nélaton était le plus sensible pour avoir été témoin par lui-même des accidents formidables et des graves dangers auxquels donne lieu en pareil cas l'érysipèle traumatique.

Mais il est arrivé ici, au sujet de l'opération par les caustiques, ce qui arrive trop souvent pour un grand nombre d'autres opérations. Son innocuité ne s'est montrée ni aussi absolue ni aussi constante que le pensait Marjolin et que M. Nélaton inclinait aussi à le croire d'après ses premières observations. Après une série de cas heureux qui lui avaient inspiré cette première confiance, il a vu survenir successivement plusieurs cas d'érysipèle tout aussi graves que ceux qui se manifestent quelquefois à la suite de l'ablation par le bistouri.

Tels sont les motifs qui l'ont fait revenir de la préférence qu'il avait un instant accordée à l'usage des caustiques sur l'instrument tranchant.

Sans dissimuler combien les faits signalés par M. Nélaton font perdre de ses avantages, à nos yeux, à la méthode de la cautérisation, nous croyons cependant qu'il lui en reste encore assez pour pouvoir être mise en balance avec l'opération ordinaire, surtout dans la pratique civile. Il y aurait lieu tout au moins, suivant nous, à un choix entre ces deux méthodes suivant certaines indications qui pourraient être assez aisément établies. Ainsi, dans les deux cas qui ont été l'occasion de ce parallèle autant à cause du siége de ces deux loupes sur le front, où la cicatrice est nécessairement apparente, qu'à cause surtout de leur enchâssement dans l'épaisseur même des os du crâne et en raison de leur ancienneté, le choix ne pouvait être douteux, et il n'y avait pas à hésiter entre les deux méthodes. Le parti auquel s'est arrêté M. Nélaton, d'enlever ces deux tumeurs par l'instrument tranchant, était le seul admissible.

CANCER DE L'ESTOMAC; FISTULE STOMACALE.

Par M. le docteur Balluff.

L'observation suivante mérite d'être enregistrée à cause de la marche et de l'issue de la maladie.

Une femme de cinquante-deux ans, mère de dix-sept enfants, d'une faible constitution, souffrait depuis plusieurs années d'un asthme produit par une hypertrophie du cœur. A ce mal se joignirent d'autres symptômes qui indiquaient une affection abdominale. Bientôt on put sentir à travers les téguments une tumeur de la grosseur du poing; cette tumeur, jointe aux douleurs lancinantes, aux vomissements, etc., ne laissa plus aucun doute sur l'existence d'un cancer de l'estomac.

Au commencement d'octobre, les vomissements étaient très-fréquents, et toute espèce d'aliments solides ou liquides déterminaient d'atroces douleurs.

Vers le milieu d'octobre, les vomissements devinrent plus rares et cessèrent entièrement; la tumeur descendait peu à peu vers l'ombilic et était devenue d'une extrême sensibilité au moindre contact.

Sur la fin du même mois, la tumeur se dessinait à travers les parois de l'abdomen dans la région ombilicale; bientôt les téguments s'ulcérèrent; il se forma un point gangréneux qui s'ouvrit et donna issue à une prodigieuse quantité de matière liquide, véritable bouillie cancéreuse semblable à de la substance cérébrale ramollie.

A partir de ce moment, toute substance liquide avalée par la malade sortait au bout de quelques instants par la fistule stomacale; la plaie fistuleuse s'agrandit rapidement, et la gangrène des téguments s'étendit tout à l'entour de cette ouverture jusqu'à une assez grande distance; la malade mourut le 1er novembre.

MIXTURE ET PILULES

contre les douleurs lancinantes du cancer.

M. Jobert emploie d'ordinaire une des préparations suivantes :

Sirop de codéine. . . . . 8 grammes.
— d'éther. . . . . 8 —
— diacode. . . . . 6 —

Faites une mixture dont on prendra une cuillerée chaque soir.

Extrait de jusquiame. . . 3 milligr.
— de ciguë;
— aqueux thébaïque, de chaque. 1 centigr.

Faites une pilule.

Extrait de ciguë;
— aqueux d'opium, de chaque. 1 centigr.
Sous-carbonate de fer. . . . . 2 —

Faites une pilule.

Ces pilules sont prises le soir, et, s'il s'agit d'un cancer de l'utérus, on y joint dans la journée des injections narcotiques et émollientes faites avec une décoction de morelle, de pavots et de racines de guimauve.

SIROP DE PEPSINE.

Par M. Corvisart.

Pepsine (acide ou neutre). . . . . . 66 grammes.

Faites dissoudre dans :

Eau froide. . . . . 14 grammes.

Filtrez et ajoutez :

Sirop de cerise acidule. . . . . . 70 grammes.

Chaque cuillerée à soupe de sirop (15 grammes) contient 1 gramme de pepsine. La dose est donc d'une cuillerée pour les adultes et d'une demi-cuillerée pour les enfants, que l'on fait prendre à la fin de chaque repas. (*Répert. de pharm.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 décembre. — Présidence de M. Magne, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Douleur articulaire suite d'un effort. — M. Masson entretient la Société d'un accident qui lui est arrivé il y a quelque temps. Il se trouvait assis dans un jardin, sur une chaise, dont un des pieds s'enfonça subitement dans le sol. Sentant qu'il perdait l'équilibre, et voulant se retenir, il fit un violent effort, à la suite duquel il ressentit dans le genou un craquement douloureux, qu'il prit pour une rupture des ligaments croisés. La douleur, peu sensible dans la marche, devient excessivement vive dans certains mouvements du genou, surtout dans les mouvements latéraux. Du reste il n'est survenu ni ecchymose, ni gonflement, ni changement de coloration. Cependant, même aujourd'hui, après plus de trois mois, les douleurs se font encore sentir, même à l'état de repos.

M. Guersant croit plutôt à la rupture de quelques fibres musculaires autour du genou; mais quant à celle des ligaments croisés, il faudrait, à son avis, des efforts d'une violence excessive.

M. Duhamel dit avoir éprouvé la rupture de fibres du muscle grand fessier et de quelques vaisseaux de cette région également à la suite d'un effort. L'ecchymose n'a paru qu'après cinq ou six jours. Le point de la rupture n'était le siége d'aucune douleur, mais celle-ci occupait tout l'espace ecchymosé. Cette ecchymose s'est étendue de proche en proche, et aujourd'hui, après trois semaines, la douleur persiste encore dans le mollet correspondant.

M. Boyer, qui a éprouvé un accident du même genre, a ressenti une vive douleur suivie d'une ecchymose qui a persisté pendant plus de six semaines. La douleur, très-forte les huit premiers jours, a été en diminuant peu à peu.

M. Guersant veut qu'on distingue la rupture des fibres tendineuses de celle des fibres musculaires. La première est ordinairement très-douloureuse et très-persistante; l'autre présente moins de douleur et dure moins longtemps. L'une et l'autre peuvent quelquefois être compliquées de la rupture de quelques filets nerveux, ce qui en augmente évidemment la gravité.

Incision conjonctivo-bulbaire demi-circulaire dans les affections graves de la cornée. — Scarification des vaisseaux dans les ulcérations profondes de la cornée. — M. Coursserant lit la note suivante :

Quoique les incisions ou scarifications péri-cornéennes soient recommandées dans un grand nombre de traités d'ophthalmologie, elles sont pourtant accueillies avec peu de faveur dans la pratique; cependant des faits nombreux m'ont démontré qu'elles sont d'une utilité incontestable dans des cas graves, réfractaires, pour ainsi dire, aux autres moyens dont dispose la thérapeutique.

A côté pourtant de ces avantages pratiques, il ne faut pas se dissimuler les dangers inhérents à leur emploi si on n'observe pas quelques

---

naissances des maladies mentales, acquises par un long internat dans divers établissements spéciaux, qui nous font à ce point différer de l'opinion émise par le chef de clinique de M. le professeur Bouillaud; mais nous avons pris à ce sujet l'avis de plusieurs aliénistes éminents, et leur manière de voir s'est trouvée conforme à la nôtre.

Chacun porte en soi pour ainsi dire son patrimoine organique; aussi voyons-nous l'hérédité jouer un rôle assez important dans l'étiologie des affections du cœur. Corvisart a beaucoup insisté sur ce point, et Sénac, Morgagni, Lancisi et Albertini ont parlé de familles dans lesquelles plusieurs générations auraient été successivement atteintes par l'influence héréditaire.

M. Auburtin décrit ensuite l'histoire de la péricardite, et fait remarquer avec raison que la connaissance exacte de cette maladie doit être rangée parmi les conquêtes modernes. On ne trouve, en effet, chez Sénac que quelques lambeaux épars qui lui soient relatifs, et ce n'est pas sans quelque surprise que l'on voit Laënnec avouer aussi complétement qu'il le fait l'incertitude du diagnostic de la péricardite, et le peu de résultats fournis par l'auscultation. — « Il est, dit-il, peu de » maladies plus difficiles à reconnaître que la péricardite, et dont les » symptômes soient plus variables..... Dans d'autres cas, on observe » tous les signes attribués par les nosographes à la péricardite, et l'on » ne trouve à l'ouverture aucune trace de cette maladie, et quelque- » fois rien qui justifie le trouble de la circulation..... J'ai vu quelque- » fois *deviner des péricardites*, et j'en ai *deviné* moi-même. » — L'auteur des *Recherches cliniques* analyse le beau travail dans lequel M. Louis a fait connaître un signe de la péricardite d'une grande valeur, la voussure de la région précordiale avec matité correspondante; puis, dans un chapitre fort remarquable, il traite des signes locaux de la péricardite à sa période de congestion et d'épanchement.

L'étude de l'endocardite, la plus importante des maladies inflammatoires du cœur, est ensuite tracée par M. Auburtin avec un réel bonheur. Il en est du cœur comme des autres organes : les affections de ses divers tissus n'ont été bien étudiées que dans ces derniers temps. Il fallait que l'anatomie générale, si brillamment fondée par Bichat, vînt éclairer la pathologie, pour que l'observation, qui s'exerçait jusque-là sur les maladies complexes d'un organe considéré dans son ensemble, distinguât enfin les unes des autres les lésions simples des divers tissus. Les tissus membraneux, plus difficiles à isoler, devaient surtout se ressentir de ces progrès de l'anatomie. Aussi les maladies de l'endocarde, primitivement confondues avec les autres affections du cœur et à peine soupçonnées par Corvisart, Kreysig et Laënnec, ont-elles été découvertes à une époque si peu éloignée par M. Bouillaud, qui le premier a étudié la maladie sous tous ses points de vue et en a rapporté des observations complètes. Plusieurs auteurs, et en particulier MM. Simonet, Cazeneuve, Hope, Grisolle, ont cité des faits où l'existence de cette affection est démontrée de la façon la plus péremptoire; elle est aujourd'hui mise hors de doute par tout le monde.

Notre cadre est trop étroit pour suivre désormais l'auteur des *Recherches cliniques* dans la description complète qu'il fait de la cardite et de l'hypertrophie du cœur. L'histoire de ces maladies est décrite avec talent, et nous ne pouvons qu'engager médecins et élèves à se munir de l'ouvrage de M. Auburtin. Il résume parfaitement toutes nos connaissances sur la physiologie et la pathologie cardiaque, et, comme toutes les productions utiles, il est appelé à un grand et légitime succès; d'autant plus que M. Viat, ce jeune mais déjà habile éditeur, n'a rien négligé pour faire réussir son livre : excellente exécution typographique et bon marché.

H. Legrand du Saulle.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Mémoire sur la monomanie, considérée sous le rapport psychologique, médical et légal; par le docteur C. Pinel neveu, chevalier de la Légion d'honneur, directeur de la maison de santé du château Saint-James, etc. — Paris, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière, par E. Chassaignac, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode opératoire pour leur ablation, in-8°, avec 8 figures intercalées dans le texte.
Leçons sur la trachéotomie, in-8°, avec 8 figures intercalées dans le texte. Prix de chaque partie, 2 fr.
Leçons sur l'écrasement linéaire. Paris, J.-B. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille.

règles qui, tout en n'enlevant rien de l'efficacité de la méthode, semblent écarter toutes les complications si fâcheuses qu'on a vues éclater à la suite de cette petite opération chirurgicale : c'est ainsi que chez M. Dubois, graveur d'un grand mérite, attaché à la Monnaie de Paris, auteur de la médaille d'Hippocrate qu'on donne aux lauréats de l'Ecole de médecine, une incision péricornéenne complète, pratiquée sur les deux yeux par un de nos confrères de Paris dans un cas de kératite vasculaire et ulcéreuse grave consécutive à une conjonctive granuleuse, fut suivie dans l'espace de vingt-quatre heures d'une fonte purulente des deux cornées et de la perte à tout jamais de la faculté visuelle.

Dernièrement un médecin allemand, grand partisan de l'incision péricornéenne complète, même dans les kératites vasculaires de peu d'étendue, ayant pratiqué cette opération en sa présence dans une clinique oculaire, une inflammation des plus vives se manifesta, et ne put être arrêtée dans sa marche réellement inquiétante que par un traitement antiphlogistique des plus énergiques.

Les accidents précédemment mentionnés doivent-ils être attribués à la méthode ou au procédé suivi dans son application? M. Coursserant les attribue au procédé. En effet, si, lorsque la cornée est profondément affectée, enflammée, ramollie en certains points, l'incision circulaire est pratiquée tout près de cette membrane, le traumatisme peut retentir trop énergiquement sur un tissu déjà trop profondément altéré pour pouvoir résister à l'inflammation de voisinage, de continuité pour ainsi dire, et la fonte purulente de la cornée peut survenir avec le cortége de ses terribles conséquences. Si, au contraire, l'incision est faite à 6, 8, etc., millimètres de l'insertion de la cornée à la sclérotique; si elle ne comprend que la moitié de la circonférence bulbaire; si, au moyen de l'instrument tranchant, on divise les vaisseaux sanguins les plus volumineux qui rampent dans le tissu cellulaire sous-conjonctival et à la surface de la sclérotique, on obtient un écoulement sanguin assez considérable, une déplétion sanguine directe, immédiate, sous l'influence de laquelle s'arrêtent des processus inflammatoires jusque-là rebelles aux traitements les plus énergiques, les plus divers, les plus opiniâtrément suivis et variés. Au reste, dans les différentes applications qu'il a faites de ces phlébotomies oculo-conjonctivales demi-circulaires, notre confrère n'a vu survenir aucun accident grave, aucun traumatisme inquiétant.

Non-seulement cette méthode et ce procédé exercent la plus heureuse, la plus prompte influence sur diverses affections phlegmasiques graves qui intéressent profondément et dans une certaine étendue les lamelles de la cornée, mais encore l'observation attentive des faits démontre que ces incisions péricornéennes, suivies dans un temps opportun de la scarification des vaisseaux conjonctivaux et sous-conjonctivaux et de la section transversale de ceux d'entre eux qui s'étalent en un réseau plus ou moins serré, en une nappe plus ou moins confluente à la surface des ulcérations cornéennes, ces dernières se réparent, se cicatrisent, dans des conditions telles que des ulcérations profondes, presque perforantes dans quelques points, ayant envahi le tiers et même la moitié environ de la cornée, ont guéri, cette dernière membrane conservant presque toute sa transparence normale.

Les propositions précédentes trouvent une confirmation complète chez le nommé Sylvestre, demeurant rue des Noyers, nº 42, et soumis en ce moment à l'observation de notre confrère. Cet homme, déjà porteur d'un leucoma qui occupait le tiers environ de la partie supérieure de la cornée, fut pris d'une ophthalmie grave pour laquelle il reçut pendant quelque temps des soins à la consultation du Bureau central des hôpitaux; une ulcération profonde envahit le leucome, pénétra en deux points jusqu'à la membrane de l'humeur aqueuse, et ne s'arrêta, ne se limita, malgré un traitement antiphlogistique énergique, malgré l'usage de divers collyres, que sous l'influence de l'incision conjonctivale demi-circulaire pratiquée d'après le mode mentionné ci-dessus.

A partir de ce moment, la réparation kératique commença, le fond de l'ulcération s'exhaussa, et, malgré l'exfoliation suppurative de presque toute l'épaisseur de la cornée dans quelques points et dans une étendue comprenant le tiers de la surface de cette membrane, la réparation s'opère régulièrement, et établit par sa transparence presque normale un contraste frappant avec un reste de l'ancien leucome respecté par l'ulcération, et qui par la comparaison qu'on peut faire de son tissu avec le tissu nouveau, cicatriciel, formé sous l'influence des scarifications des vaisseaux, ou plutôt modifié par elles, apporte un élément précieux pour l'appréciation des faits contenus dans cette simple note.

M. Guersant s'étonne de voir M. Coursserant repousser avec tant d'énergie, avec une espèce d'horreur, l'emploi du nitrate d'argent. C'est avec raison que l'on a pu dire du nitrate d'argent qu'il était l'*ami de l'œil*; pour sa part, il n'a jamais hésité à en faire usage toutes les fois qu'il en a trouvé l'occasion; il en a toujours retiré des avantages réels, et jamais il n'en a vu résulter le moindre accident. Lorsque la cornée est parcourue par des vaisseaux vasculaires, il cautérise énergiquement ces vaisseaux avec le nitrate d'argent en *crayon*.

M. Dupertuis croit que dans les cas cités par M. Coursserant, et lorsque tous les autres moyens antiphlogistiques ont échoué, les incisions dont il s'agit peuvent être d'une grande utilité.

M. Coursserant croit que M. Guersant est en dehors de la question; il ne proscrit nullement le nitrate d'argent dans la thérapeutique oculaire. La communication qu'il fait à la Société n'a pas trait au nitrate d'argent; elle laisse cette question complétement en dehors du débat. Dans des cas graves, avec destruction imminente d'une partie considérable de la cornée, il emploie les saignées locales sur le bulbe même, au moyen des scarifications mentionnées plus haut. Quant à détruire avec le crayon d'azotate d'argent les vaisseaux sanguins plus ou moins nombreux, plus ou moins confluents qui parfois sillonnent la cornée, il n'a jamais employé ce moyen, et il ne l'emploiera jamais, parce que la science possède d'autres ressources bien plus puissantes contre les affections kératiques, si graves et si opiniâtres.

M. Magne regarde le nitrate d'argent comme l'instrument des cautérisations superficielles; mais il faut l'employer avec précaution. Il ne partage pas sur ce point l'opinion de M. Coursserant. Il ne voit pas non plus comment ces incisions modifieraient la marche, et surtout la nature de l'inflammation, de manière à rendre les cicatrices plus transparentes.

M. Coursserant se voit forcé encore une fois de répéter à son honorable confrère ce qu'il a déjà répondu à M. Guersant, à savoir que dans sa communication il n'est nullement question du nitrate d'argent; ce sel est laissé de côté dans ce débat, quels que soient ses avantages, quels que soient ses inconvénients. Il s'agit purement et simplement des scarifications. Dans les formes les plus graves des ulcérations de la cornée, ces ulcérations se cicatrisent, et la réparation kératique se fait en conservant presque toute la transparence de la cornée normale. Il ne donne pas l'explication du fait, il le signale à l'attention des médecins, alors surtout qu'il a eu pour témoins des médecins et des étudiants en médecine de Paris.

M. Boyer. Pour ce qui concerne le nitrate d'argent appliqué soit en nature, soit en solution dans les cas d'ophthalmies accompagnées d'ulcérations, il me semble que l'expérience en a démontré l'efficacité réelle. Pour mon compte, j'ai vu fréquemment une cicatrisation linéaire et transparente survenir sous son influence et dans des cas qui semblaient désespérés. Chez un malade, à la suite de l'instillation de quelques gouttes de solution d'azotate d'argent, j'ai vu survenir l'opacité de la cornée; eh bien, cette opacité s'est parfaitement dissipée dans l'espace de trois à quatre jours, après lesquels il ne restait plus aucune trace de l'accident. Quelques jours plus tard la guérison était parfaite. Je crois, d'autre part, les incisions multiples de M. Cousserant utiles dans les cas de larges ulcérations, etc. Je les ai employées assez souvent, et je m'en suis généralement bien trouvé.

Le secrétaire annuel : Vergne.

M. GERDY.

P.-N. Gerdy, né à Loches (département de l'Aube) le 1er mai 1797, était donc à peine âgé de cinquante-neuf ans quand la mort est venue l'atteindre à travers tant de souffrances si courageusement supportées. De même que plusieurs de nos sommités médicales contemporaines, M. Gerdy était le fils de ses œuvres; c'est à la rude école de la nécessité et des privations qu'il s'était formé : de là peut-être cette austérité de formes qu'on lui a si souvent reprochées. Mais ceux-là seulement qu'il admettait dans son intimité savent ce qu'il cachait de bienveillance, de douceur, j'ai presque dit de bonhomie, sous cette enveloppe sévère; ceux-là seulement encore savent avec quelle patience cet homme si ombrageux, si susceptible dans les relations extérieures du monde, dans ses fonctions académiques, acceptait de ses amis les contradictions mêmes les plus directes et les plus opiniâtres. Ce n'est pas qu'il abandonnât facilement ses idées : il les défendait au contraire avec cette chaleur, cette conviction ardente qu'il mettait dans tout et qui ont tant contribué à user sa vie, mais sans jamais s'irriter contre son contradicteur. Ce n'est point, en effet, par pur amour de la science, ainsi que beaucoup de personnes l'ont pensé, qu'il se jetait si souvent dans l'arène des discussions, où il s'est d'ailleurs montré avec tant d'éclat; mais cela tient à deux circonstances que nous devons faire connaître : d'abord à sa passion pour la vérité, qui ne lui permettait pas de laisser passer sans la combattre une assertion qu'il regardait comme erronée; et, en second lieu, à un principe de haute morale dont il était profondément imbu, et qu'il répétait souvent, savoir, que l'honnête homme ne doit point se borner à pratiquer la justice et l'équité, mais qu'il lui faut encore y contraindre les autres. De là tant de luttes animées contre les idées et contre les personnes; et s'il s'est parfois trompé sur les unes ou sur les autres, ses erreurs doivent être mises uniquement sur le compte de la faillibilité du jugement humain.

Persuadé que l'homme ne doit attendre son avancement que de son travail, c'est toujours au concours qu'il a demandé les positions importantes qu'il a occupées. Aussi s'est-il montré en toute circonstance défenseur enthousiaste de cette institution. C'est ainsi qu'il conquit successivement les places d'aide d'anatomie (1817), d'élève naturaliste au Muséum (1820), de prosecteur à la Faculté de médecine (1821), d'agrégé aux chaires d'anatomie et de physiologie (1824), de chirurgien des hôpitaux (1825), et enfin de professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine en 1833, c'est-à-dire à l'âge de trente-sept ans. Pendant toute cette période il ne cessa de se livrer à l'enseignement de l'anatomie, de la physiologie, des opérations, des bandages, de l'hygiène, etc., faisant quelquefois jusqu'à trois leçons dans une même journée. Dans le même temps il avait successivement publié ses *Recherches sur l'organisation du cœur* (1818) *et de la langue* (1821), *sur la circulation* (1819); un *Traité des bandages*, devenu promptement classique (1826); une *Anatomie des formes* (1829), destinée aux peintres, mais qui renferme une foule de notions applicables à la chirurgie, et enfin les deux premières parties de sa *Physiologie* (1831-1832), qu'il a laissée si malheureusement inachevée.

Parvenu en 1833 à l'apogée de son ambition, sa santé, originairement si vigoureuse, était déjà profondément minée par tant de travaux et tant de fatigues. Mais son ardeur ne se ralentit pas pour cela. Sans abandonner son étude de prédilection sur l'anatomie, la physiologie et la psychologie, il se livra plus particulièrement à la pathologie externe. Depuis l'époque de son avénement au professorat jusqu'au moment de sa mort, il fit paraître, parmi tant d'autres travaux, ses belles *Recherches sur la structure et l'anatomie pathologique du tissu osseux*, qui ont jeté une si vive lumière sur les maladies de ce système; ses observations sur diverses espèces de fractures et de luxations, sur la cure radicale des hernies inguinales par l'invagination, sur la rétraction des tissus blancs occasionnée par l'inflammation, sur les effets de la déclivité et le traitement par l'élévation, etc., etc. Quelques années avant sa mort, il avait commencé la publication d'un traité de chirurgie qui devait embrasser toute la science sous forme de monographies successives. Mais il n'a pu achever cette grande entreprise, à laquelle il travaillait avec une ardeur qui a certainement contribué à hâter sa fin. C'est pour livrer à l'impression le 3e volume, consacré aux maladies du système locomoteur, qu'il résista aux instances si pressantes de ses amis, qui l'engageaient à passer dans les contrées méridionales l'hiver de 1854 à 1855. Déjà atteint à cette époque d'un crachement de sang assez considérable, de pyémie, d'une affection gastralgique et de douleurs rhumatismales chroniques, ses souffrances allèrent sans cesse en augmentant; la toux devint continuelle, et enfin à ses autres souffrances se joignirent les caractères d'une tuberculisation pulmonaire, à laquelle il succomba, dans un état d'épuisement extrême, le 18 mars dernier, en pleine connaissance et souriant encore aux amis qui entouraient son lit de mort.

Dr Beaugrand.

Le Conseil de santé des armées a envoyé l'adresse suivante à l'Empereur, à l'occasion de la naissance du prince impérial :

Sire,

Le Conseil de santé des armées, heureux d'être l'interprète des médecins militaires de tous les grades, s'associe avec enthousiasme aux sentiments de gratitude envers la Providence que la naissance d'un prince impérial a fait éclater dans l'armée et dans la France entière.

Gage précieux de stabilité, de repos et de prospérité pour la patrie, le prince, grandi sous les auspices de Votre Majesté, sera le continuateur de sa sagesse.

Le Conseil de santé vous prie, Sire, d'agréer l'expression de ses sentiments, et celle du profond respect avec lequel ses membres sont, de Votre Majesté, les très-humbles et très-obéissants serviteurs et sujets.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 16 mars, M. le docteur Conneau, premier médecin de l'Empereur, a été promu au grade de commandeur dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

— La lettre suivante d'un de nos correspondants de Constantinople, en confirmant quelques-unes des pertes que nous avons déjà annoncées, nous en apprend quelques nouvelles et qui ne sont pas moins regrettables. On y trouvera en outre plusieurs détails dignes d'intérêt. Cette lettre est du 10 mars :

« Depuis quinze jours, nous avons perdu encore cinq médecins : M. Volage, médecin principal; M. Girard, médecin major; MM. Sagne, Miltenberger et Gourau, médecins aide-majors, sans parler de ceux qui sont morts en Crimée, et dont je ne vous donne pas les noms, dans la crainte d'erreur.

» M. le docteur Boucquerot, médecin aide-major, vient également de succomber victime de son dévouement pour les malades de l'hôpital de Rami-Tchifflick.

» Nous avons à Constantinople trente médecins malades à l'hôpital de l'ambassade russe.

» MM. les aide-majors Chevassu, Siren, Baudoin, Sifflaye, Théron et Guirard, également atteints de typhus, se trouvent à peu près hors de danger. L'état de M. Le-Kère seul inspire encore des inquiétudes.

» M. Baudens, inspecteur du service de santé, a reçu, par dépêche télégraphique, l'ordre de retourner en Crimée pour y prendre des mesures sanitaires. Il s'est embarqué le 8 mars pour Kamiesh.

» Quatorze médecins aide-majors sont annoncés de France.

» MM. les médecins anglais ont offert à l'autorité supérieure de concourir, avec les médecins français, au service de nos hôpitaux, encombrés de typhiques, l'état sanitaire de l'armée anglaise leur laissant des loisirs. Mais l'autorité leur a exprimé sa reconnaissance pour cet empressement, et a, avec raison, pensé que le nombre des médecins militaires français, bien que décimé par la maladie, pourrait suffire à la tâche. Nous nous applaudissons de cette détermination, qui prouve que l'on prend acte de ce que nous avons fait pour ne pas douter de ce que nous pouvons faire encore si les circonstances l'exigent. »

— Notre savant confrère M. le docteur Comarmond, vient de recevoir de S. M. le roi de Sardaigne la croix des SS. Maurice et Lazare, à l'occasion de son bel ouvrage sur le *Musée lapidaire de Lyon*.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

— La *Patrie* annonce que le voleur qui a exploité un si grand nombre de médecins à Paris se nomme H..., et est ancien clerc de notaire. Il est à la disposition de la justice.

— MM. les professeurs particuliers sont prévenus que la distribution des amphithéâtres de l'École pratique, pour les cours d'été, aura lieu le 31 mars, à midi précis, dans une des salles de la Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Couttin, né à Rethel (Ardennes); *De l'hypertrophie du cœur.*

Boudet, né à Limoges (Haute-Vienne); *De la valeur de l'anasarque dans les maladies aiguës de l'enfance.*

Guillaud, né à Bourgoin (Isère); *Des périodes et du rôle du pouls dans l'aliénation mentale.*

Gallard-Bournazel, né à Tulle (Corrèze); *De la glycosurie et du diabète sucré.*

Diaz Albertini, né à la Havane (île de Cuba); *De la paracentèse de l'œil dans les cas d'ulcères perforants de la cornée.*

Henry, né à Nantes (Loire-Inférieure); *Considérations sur l'anévrisme artérioso-veineux.*

Rossignol, né à Orléans (Loiret); *Aperçu médical sur la maison de Saint-Lazare.*

Argain, né à Saint-Ybars (Ariége); *De l'éclampsie pendant la grossesse, pendant l'acte de la parturition et après l'accouchement.*

Ribadieu, né à Bascours (Gers); *Des fractures transversales de la rotule.*

Moricand, né à Genève (Suisse); *De quelques causes de l'amaurose.*

Astier, né à Paris (Suine); *Etude sur l'atrophie musculaire.*

Briband, né à Courtivron (Côte-d'Or); *Des abcès sous-pectoraux.*

Toutes les thèses soutenues à la Faculté sont annoncées dans la *Gazette*; celles qui sont remises à notre bureau sont analysées dans un des numéros qui suit la remise.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garencière, 8.

N° 36. — MARDI 25 MARS 1856. (29e ANNÉE.) N° 36. — MARDI 25 MARS 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 24 MARS 1856.

DE L'ABSTINENCE DANS LES MALADIES.

Tel est le titre d'un mémoire extrêmement intéressant que vient de publier M. Frédéric Duriau, et qui lui a valu la médaille d'or de la Faculté de médecine de Paris pour le concours de l'année dernière (1855). Les importantes questions de physiologie, de pathologie et de diététique qui se rattachent à ce sujet nous engagent à en présenter ici un résumé substantiel.

M. Duriau, s'aidant des travaux déjà publiés sur cette matière, particulièrement de ceux de MM. Piorry, Chassat et Marrotte, s'est proposé de les compléter et de les contrôler par de nouvelles observations et de nouvelles expériences. C'est surtout sous le point de vue pathologique et diététique qu'il a le plus insisté, c'est-à-dire celui qui a pour nous un intérêt plus immédiat.

Voici les principales questions que M. Duriau a cherché à résoudre :

L'abstinence prolongée détermine-t-elle des désordres appréciables à l'ouverture des cadavres? Quels sont ces désordres? A quels signes peut-on reconnaître les progrès de l'abstinence? Comment s'assurer qu'un malade a supporté assez longtemps la privation d'aliments? Enfin, quelle est la valeur curative de l'abstinence?

La solution de ces diverses questions impliquait une série de recherches préalables fort longues et d'une analyse très délicate. Il fallait, en effet, après avoir établi d'abord quels sont les effets directs de l'abstinence dans l'état physiologique, chercher ensuite à les démêler de cet ensemble complexe de symptômes des diverses affections morbides si nombreuses avec lesquelles ils se combinent et se confondent, soit comme effets de la maladie, soit comme éléments du traitement. Il a dû, en un mot, étudier successivement les différents phénomènes que présentent les animaux soumis à l'abstinence dans l'état de santé, puis étudier les effets de l'abstinence sur l'homme malade, afin de pouvoir, en dernière analyse, établir le diagnostic des divers symptômes de l'inanition et le rôle de l'abstinence dans chaque maladie.

Ne pouvant entrer ici dans tous les détails des observations et des expériences qui constituent le fond de ce travail, nous nous bornerons à en reproduire les conclusions, qui en résument parfaitement tous les points essentiels, en insistant plus particulièrement sur celles qui ont une portée directement pratique.

D'après M. Duriau, la mort par inanition ne serait pas la conséquence unique et exclusive de la décalorification, ainsi que cela a été avancé par quelques physiologistes. L'abaissement du calorique animal n'est, dans ce cas, qu'un fait secondaire; c'est la diminution progressive de la masse du sang et l'altération de ce fluide qui constituent la cause première, directe ou indirecte de la mort par abstinence.

Les lésions cadavériques ne se sont montrées ni aussi simples ni aussi constantes que la plupart des auteurs s'accordent à l'admettre. Il en est qui ont été considérées par des physiologistes comme constantes et en quelque sorte pathognomoniques, que M. Duriau n'a jamais rencontrées; telle, par exemple, l'ulcération de la cornée. D'un autre côté, il a constaté des lésions très-nombreuses et très-variées dans la plupart des appareils de l'économie; il est vrai de dire qu'elles se résument presque toutes en un phénomène principal dont elles procèdent, l'anémie, qui entraîne à sa suite les congestions hypostatiques, etc.

L'amaigrissement, les vomissements, la diarrhée, les désordres cérébraux et les troubles du côté de la respiration, de la circulation et de la calorification, tels sont les principaux phénomènes qui annoncent que l'alimentation est insuffisante et que le malade approche du terme fatal. Les phénomènes de ce genre qui peuvent se produire dans d'autres circonstances se distinguent des effets de l'inanition par la nature des désordres qui les accompagnent et par l'époque à laquelle ils apparaissent. L'ensemble de ces phénomènes aboutit en définitive à l'*adynamie* ou *cachexie famélique*, qui se reconnaît à la faiblesse du pouls, à la température basse de la peau, à l'obscurcissement des sensations, des facultés affectives et intellectuelles.

Quant à ce qui concerne le rôle de l'abstinence dans les maladies les plus communes du cadre nosologique, voici en quels termes M. Durieu résume le résultat de ses observations et les préceptes pratiques qui en découlent :

« L'abstinence n'exerce aucune action sur les fièvres continues; elle n'en modifie point la marche ni les manifestations symptomatiques.

» Dans ces affections, l'inanition prime souvent la maladie principale et devient une nouvelle cause d'accidents.

» Dans les fièvres intermittentes, on devra se garder de priver les malades de nourriture; une alimentation insuffisante peut donner à la maladie un caractère sinistre et faciliter le développement de la cachexie paludéenne.

» Très-utile dans les inflammations du tube digestif, l'abstinence ne doit jamais être conseillée dans les maladies dont elle peut favoriser la production, telles que la gastralgie, etc.

» Les inflammations du poumon sont combattues par l'abstinence avec autant de succès que par tout autre agent thérapeutique.

» Les épanchements séreux de la plèvre se résorbent rapidement sous l'influence de la privation d'aliments et de boisson.

» L'abstinence prolongée peut contribuer puissamment à amender les symptômes des maladies du cœur lorsqu'il n'existe aucune lésion organique de ce viscère; mais elle n'est d'aucun secours quand cet organe présente des altérations dans sa structure, dans les maladies des vaisseaux, etc.

» Les affections rhumatismales ne disparaissent point par l'emploi exclusif de l'abstinence.

» Cet agent diététique est funeste dans l'anémie.

» Facilement tolérée dans les névroses, l'abstinence ne doit jamais être mise en usage dans les névralgies.

» Enfin, dans les maladies de l'appareil urinaire, l'abstinence des boissons amène toujours une diminution notable dans la quantité des urines et dans la proportion d'albumine que ce liquide peut renfermer anormalement. »

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Trois opérations de cataracte par abaissement pendant l'anesthésie. — Amygdalotomie par le procédé de l'ablation simultanée.

I. Nous nous proposons, dans cette séance, d'opérer successivement de la cataracte deux sujets. Chez tous les deux l'opération sera faite par abaissement. Ce qui nous décide à choisir la méthode de l'abaissement, ce sont les circonstances suivantes. Chez l'un des malades, qui est une femme déjà âgée, les yeux sont extrêmement saillants; or dans cette condition de proéminence du globe oculaire, il y aurait lieu de craindre l'issue trop facile des humeurs essentielles de l'œil si l'opération était faite par extraction. Chez l'autre malade, nous avons affaire à une cataracte adhérente qui a amené une déformation de la pupille. Cette adhérence, qui résiste d'une manière absolue à l'action dilatante de la belladone, pourrait opposer des obstacles sérieux à l'accomplissement de l'opération et déterminer des tiraillements très-fâcheux. Il y a donc lieu, chez les deux malades, à préférer l'abaissement. Cela prouve qu'on ne peut pas, et que l'on ne doit pas adopter une méthode exclusivement la même pour toutes les opérations de cataracte. Il faut appliquer des méthodes diverses suivant le cas particulier.

L'aiguille dont se sert M. Chassaignac pour pratiquer l'abaissement est pourvue d'une crête sur sa convexité; elle est plane sur sa concavité. L'existence de cette crête sur le dos de l'aiguille a l'avantage de toute aiguille en forme de pyramide triangulaire, savoir, de présenter une pointe bien soutenue, ferme, solide, et qui n'est pas sujette à se casser. L'aiguille de Scarpa est bien comme celle-ci munie d'une crête, mais sur sa face concave, et non sur sa face convexe. Il en résulte qu'en opérant avec cette aiguille, on est exposé à sectionner le cristallin quand on cherche à le déprimer. Quant à l'aiguille de Dupuytren, elle est, comme on sait, lisse sur ses deux faces, et peu recourbée. Elle manque donc des conditions de solidité qu'offrent les pointes à forme triangulaire; et de plus, le peu de courbure qu'elle présente ne lui permet pas de harponner les objets avec la même facilité que les aiguilles à courbure plus prononcée. Tels sont les motifs qui nous ont fait adopter les modifications que nous venons de signaler dans la construction de notre aiguille à cataracte. On verra tout à l'heure que chez l'un des opérés ce mode de construction a été d'une incontestable utilité.

M. Chassaignac opère les cataractes après avoir plongé les malades dans un état anesthésique complet. Il y trouve plusieurs avantages : d'abord celui d'une entière immobilité, qui facilite singulièrement le manuel opératoire; ensuite des conditions plus propices eu égard à une dilatation plus stable de la pupille. On sait que chez les individus qu'on opère de cataracte, alors même que par l'emploi préalable de l'extrait de belladone on a obtenu une dilatation pupillaire suffisante, il y a resserrement de l'iris au moment où le cristallin est entraîné hors du champ de la pupille par l'instrument. Or cette contraction n'a pas lieu au même degré quand on opère pendant le sommeil chloroformique.

Mais pour retirer du chloroforme tous les avantages qu'on est en droit d'en attendre, il importe que les malades soient amenés à l'état de tolérance anesthésique. Cette condition, dont à la rigueur il serait possible de se dispenser dans des opérations d'une autre nature et surtout moins délicates, est ici absolument nécessaire. On conçoit, en effet, que si l'on n'attendait pas que la période d'excitation fût passée, que si le malade, au lieu d'arriver à ce calme complet qui caractérise la tolérance, s'agitait encore, se livrait à des mouvements désordonnés, le chloroforme, au lieu d'être un bienfait, deviendrait éminemment nuisible. En se conformant, au contraire, au principe de la tolérance, l'opération se fait au milieu d'un calme admirable et d'autant plus précieux qu'on agit sur des parties extrêmement délicates.

Depuis l'adoption de cette manière d'opérer les cataractes chez des sujets soumis au chloroforme, M. Chassaignac n'a pas eu une seule fois à constater le moindre accident consécutif du côté de l'iris. Dans un seul cas, et après une opération par extraction, il y a eu formation d'un staphylome pellucide, auquel l'iris est resté complétement étranger. Le sujet de l'observation est encore actuellement dans les salles.

Sur le sujet atteint de cataracte double, l'abaissement a été accompli dans les deux yeux avec la plus grande facilité et sans se compliquer d'aucun incident digne d'être noté.

L'autre sujet était un homme entré à l'hôpital pour une de ces fractures comminutives qu'on peut appeler fractures en *sac de noix* à cause de la multiplicité des fragments et du bruit particulier que produit leur collision dans le foyer de la fracture. Un bandage plâtré avait été appliqué d'après la méthode de MM. Mathysen et Van Loo sur la jambe malade, qui est actuellement en voie de guérison.

Cet homme devant rester encore un certain temps à l'hôpital, on profite de ce séjour prolongé pour le débarrasser d'une cataracte adhérente dont l'œil gauche est affecté.

L'œil droit ayant été recouvert d'un emplâtre de diachylon coupé diagonalement sur ses angles de manière à bien se mouler sur la partie qu'il s'agit de recouvrir, on procède à l'opération.

Trois fois l'opérateur fut obligé d'attaquer avec l'aiguille le point opaque, qui adhérait à la pupille et offrait la résistance comme cartilagineuse. A chaque tentative de dépression exercée sur le cristallin, l'iris entraîné se creusait en godet, mais sans se détacher des parties auxquelles il semblait lié par des adhérences intimes. Ce ne fut qu'à la troisième tentative que les adhérences furent rompues, et que la pupille, qui, comme nous l'avons dit plus haut, était déformée, apparut très-régulièrement ronde, d'un beau noir, en un mot complétement délivrée.

Sur ce malade, comme sur la femme opérée auparavant, on recouvrit l'œil opéré d'une cuirasse faite avec beaucoup de soin. Non-seulement ces cuirasses servent à préserver l'œil du contact des rayons lumineux, mais encore elles permettent l'application facile de la glace enfermée dans des sacs de baudruche. On épargne ainsi à l'organe les variations trop brusques de température qui résultent de la nécessité de remplacer souvent les sacs de baudruche.

Cette pratique de l'occlusion à la suite du traumatisme de l'œil est employée depuis nombre d'années par M. Chassaignac, et la *Gazette des Hôpitaux* renferme plusieurs observations sur ce sujet. Pour en indiquer une entre toutes les autres, nous citerons le n° du 13 septembre 1851 de ce journal. On trouvera aussi des considérations sur l'occlusion des paupières par les cuirasses emplastiques dans le n° du 15 septembre 1853 du même journal.

II. La troisième malade est une jeune fille de dix-huit à vingt ans, chez laquelle on se propose d'enlever les deux amygdales par le procédé de l'ablation simultanée. Entre autres avantages qui ont été formulés dans un mémoire *sur l'hypertrophie des amygdales* (Paris, Baillière, 1854, in-8° de 120 p.), cette méthode a pour but d'éviter l'écoulement du sang pendant la partie délicate de l'opération, c'est-à-dire pendant le placement des amygdalotomes. Tant

qu'on n'a pas sectionné les amygdales, les malades éprouvent le sentiment de gêne qui résulte de la présence d'un corps étranger dans la bouche, mais ils n'éprouvent que cela; du moment, au contraire où l'une des glandes a été coupée, le sang qui s'écoule dans la gorge deviendrait un obstacle très-réel au placement du second amygdalotome, si l'on n'avait pas pris la précaution de fixer préalablement les deux glandes dans l'anneau des deux instruments.

Les deux amygdalotomes ayant donc été placés chez notre malade, l'opération a pu être faite avec la plus grande rapidité et une réussite complète, en ce sens que chaque amygdale a été enlevée non pas en partie, mais en totalité.

M. Chassaignac attache une certaine importance à cette ablation totale. Selon ce chirurgien, on affranchit ainsi les malades non-seulement de la possibilité des récidives, c'est-à-dire d'une hypertrophie de la partie restante qui ramène les mêmes accidents, mais encore des inflammations chroniques du moignon amygdalien, lesquelles sont, dans certains cas, pour les malades une cause de gêne pharyngée et de maux de gorge interminables.

Ce qui dans le cas particulier a démontré la réalité de l'ablation totale, c'est l'existence, d'une part, d'un bord frangé que M. Chassaignac appelle *la collerette*; d'une autre part, de la demi-capsule fibreuse dont est toujours pourvue cette face par laquelle l'amygdale repose dans sa loge naturelle. Pour constater l'existence de cette membrane, il suffit d'introduire un stylet par les trous que présente la face libre de la glande; la pointe du stylet, au lieu de ressortir par la face opposée, est arrêtée par la résistance que lui oppose la demi-capsule.

HOPITAL St-ANDRÉ DE BORDEAUX. — M. H. GINTRAC.

Observation d'hémorrhée pétéchiale.

Louis Dupont, âgé de vingt-six ans, demeurant à Bordeaux, menuisier, d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin, use d'une alimentation assez substantielle; et les conditions hygiéniques au milieu desquelles il vit ne peuvent en aucune manière altérer sa santé, qui jusqu'à ce moment a toujours été excellente. En juillet, et sans cause appréciable, Dupont éprouve un peu de faiblesse, quelques douleurs vagues dans les membres, de l'inappétence et une céphalée presque continue. Dans le courant du mois d'août, deux ou trois fois chaque semaine, il a des épistaxis parfois fort abondantes. Ces hémorrhagies répétées ne s'accompagnent point de fièvre, mais elles déterminent une certaine prostration des forces.

Le 1er septembre, le malade est reçu à l'hôpital Saint-André, dans mon service de clinique, salle 16; il présente les phénomènes suivants: la peau est aride, sans chaleur; le pouls, peu développé, donne 76 pulsations; la face est pâle, mais n'est nullement altérée; les forces paraissent peu diminuées; la langue tend à se dessécher et à se couvrir au centre d'un enduit brunâtre; il y a peu de soif, de l'anorexie; le ventre n'est point douloureux; les selles sont rares; la toux n'apparaît sous forme de quintes qu'à des intervalles éloignés; la percussion et l'auscultation n'offrent aucune particularité digne d'être notée; deux épistaxis assez copieuses ont eu lieu pendant la nuit. — Limonade; sinapismes aux pieds, bouillon.

Le 2, le pouls est à 70 pulsations, la sécheresse et l'enduit brunâtre de la langue sont manifestes; les gencives fournissent un suintement sanguinolent, et cependant elles ne sont pas tuméfiées, elles sont plutôt pâles que colorées. Une nouvelle hémorrhagie nasale s'est produite dans la journée, — Limonade; infusion de cachou, 100,0; bouillon.

Le 3, la toux est rare, mais elle s'est accompagnée d'une véritable hémoptysie. La quantité de sang expectoré peut être évaluée à un demi-verre environ; il est rouge, vermeil, écumeux. Du reste, il n'y a point de dyspnée; aucune douleur ne se fait sentir dans la poitrine, même lors des grandes inspirations. La percussion, pratiquée avec soin, est partout entièrement sonore; l'auscultation ne laisse découvrir que quelques râles sibilants légers; en un mot, l'examen attentif du thorax écarte tout soupçon d'une lésion pulmonaire ayant pu déterminer cette hémorrhagie. Les battements du cœur sont réguliers; le pouls est à 68-72 pulsations. Il n'y a pas eu d'épistaxis. — Infusion de cachou avec addition d'extrait de ratanhia, 4,0; limonade; potage.

Le 4, l'hémoptysie s'est renouvelée; elle est aussi forte que la précédente. Il y a en même temps un suintement gingival très-manifeste, et il est bien facile de distinguer le sang qui provient des bronches de celui qui est fourni par les gencives; l'écoulement de ce dernier est presque constant. — Même traitement qu'hier, plus ergotine, 0,50 en pilules; potages, riz au lait, pain.

Le 5, sur les côtés du cou, en dedans des bras et des jambes, sur le tronc, apparaissent des taches assez nombreuses, violacées, arrondies ou ovalaires, de 2 millimètres à 3 centimètres de diamètre; elles ne font aucune saillie, ne déterminent point de démangeaison, ne disparaissent pas sous la pression; la peau qui les sépare conserve sa teinte naturelle. J'apprends en même temps que les urines sont chargées d'une certaine quantité de sang, elles sont fortement rougeâtres; il existe par le canal de l'urètre un suintement indolore, mais continu, d'un liquide brunâtre. Le malade assure n'avoir jamais eu d'affection ni vénérienne ni blennorrhagique. — Décoction de quinquina acidulée avec extrait de ratanhia, 2,0; ergotine, 1,0 en cinq pilules; même alimentation.

Le 6, l'hématurie se reproduit peut-être plus abondante que le jour précédent. Du sang en quantité notable a été rejeté par la bouche, il me paraît avoir pour point de départ l'estomac; il est en effet noirâtre, pris en grumeaux assez fermes; il est mêlé avec quelques parcelles de substances alimentaires réduites en pâte chymeuse. Enfin, il en a été aussi rendu par l'anus. Quoi qu'il en soit, le ventre est parfaitement souple, indolent, même à la pression; la soif nulle. Sur la muqueuse buccale, sur le voile du palais, sur les gencives, on remarque des taches rouges et arrondies; celles des membres ont pris un aspect plus foncé, plusieurs se sont réunies et offrent une surface d'un rouge livide. A la partie interne de la jambe droite, deux d'entre elles sont couvertes d'une bulle contenant du sang; on dirait un pemphigus. Les membres qui sont le siége de ces diverses plaques n'offrent aucune trace d'engorgement. Malgré ces hémorrhagies constantes et multiples, l'état général est satisfaisant. Le pouls ne dépasse pas 80 à 90 pulsations; la faiblesse n'est pas trop grande, le malade se tourne et se retourne facilement dans son lit; sa physionomie n'offre point l'expression de la souffrance; les fonctions digestives s'exécutent bien; l'appétit est conservé; les facultés intellectuelles n'ont subi aucune dépression notable. — Même prescription.

Le 7, du sang est encore fourni par les muqueuses nasale, bronchique, gastro-intestinale et urétrale. Il est à noter que le sang perdu par les épistaxis se coagule promptement et ne présente que peu de sérum. Les taches semblent arrivées à leur plus haut degré de développement; elles sont larges, irrégulières, d'une couleur lie de vin violette. Aux jambes, il en est plusieurs qui se recouvrent de bulles remplies d'une sérosité sanguinolente. Les plaques rouges sont très-évidentes sur les gencives et la muqueuse buccale. Le pouls donne 84 pulsations. Les fonctions digestives et respiratoires sont régulières. Les mouvements du cœur sont parfaitement naturels. — Même décoction de quinquina avec extrait de ratanhia 6, alun 1,0; ergotine, 1,00 en 5 pilules; un quart de portion d'aliments.

Les 8, 9 et 10, les mêmes accidents persistent; toutefois, ils offrent moins d'intensité. La quantité de sang fournie par les diverses muqueuses est moins considérable. — Même traitement.

Le 11, il n'y a eu ni hémoptysie, ni hématémèse, mais deux épistaxis peu abondantes. Les taches des membres n'offrent plus une teinte aussi foncée; on dirait des ecchymoses qui résultent d'une contusion. Il ne se forme pas de nouvelles bulles; les anciennes sont à peu près cicatrisées. — Même prescription.

Le 12, tout écoulement sanguin a complétement cessé. Le traitement indiqué déjà est continué. L'alimentation est rendue plus substantielle; bientôt une amélioration manifeste se produit, les forces se raniment; les plaques ecchymotiques de la peau et des gencives disparaissent, celles des jambes pâlissent insensiblement.

Le 30, toute trace de maladie s'est dissipée, et Dupont peut sortir le 14 octobre parfaitement guéri.

Les divers phénomènes morbides que je viens de retracer caractérisent d'une manière évidente cet état décrit sous les noms de maladie tachetée hémorrhagique de Werlhof, de purpura hémorrhagica, d'hémorrhée pétéchiale. Cette dernière dénomination me paraît plus convenable; elle exprime mieux la nature de la maladie; elle fait pressentir que la lésion cutanée n'en constitue qu'un simple élément, ne doit pas avoir l'importance symptomatologique que plusieurs auteurs lui ont attribuée. Chez notre malade, l'effusion du sang s'est produite simultanément à la surface de plusieurs membranes muqueuses et dans le tissu de la peau; aussi, tandis que des taches ecchymotiques s'observaient au cou, sur les membres, des hémorrhagies s'effectuaient par les muqueuses nasale, buccale, bronchique, gastro-intestinale, vésicale; il y avait donc sept sources desquelles émanait le sang. Les cas analogues sont assez rares pour que celui-ci puisse prendre rang dans la science. La coexistence d'une sorte d'éruption pemphygoïde est un fait encore notable. C'est ordinairement plutôt sur les membranes muqueuses que sur la peau qu'on a vu se former des bulles remplies de sang.

La maladie dont j'ai donné l'histoire ne pouvait pas être rattachée au scorbut; elle n'en présentait pas les caractères pathognomoniques; les gencives n'étaient ni tuméfiées, ni fongueuses, ni ulcérées. Elle ne me paraissait pas non plus être le résultat d'une altération, d'une défibrination du sang; car, au lieu d'être liquide et noirâtre, le sang évacué était vermeil et se coagulait facilement. Il ne s'agissait pas d'un état passif ou hyposthénique; la constitution de l'individu, les conditions hygiéniques qui l'entouraient, ne l'y prédisposaient nullement; de plus, les pertes de sang considérables qu'il avait subies ne l'avaient point affaibli; elles semblaient plutôt comme un besoin de l'économie qui tendait à se débarrasser d'un corps étranger. Le sang se renouvelait avec d'autant plus d'activité, qu'il s'en échappait davantage à l'extérieur. Tout concourt donc à prouver que ces hémorrhagies étaient actives.

(Journal de médecine de Bordeaux.)

VICES DE CONFORMATION DES ORGANES GÉNITAUX

chez la femme.

Par M. le docteur Rossignol.

Obs. I. — *Double vagin.* — La fille M... (Marie), ouvrière, est entrée à Saint Lazare pour une urétrite. La vulve est régulièrement disposée. Quand on entr'ouvre les grandes lèvres, on aperçoit l'entrée du vagin, qui occupe sa place normale; mais lorsqu'on déprime un peu la commissure postérieure, on aperçoit une cloison verticale qui divise le calibre du vagin en deux parties latérales. Cette cloison existe dans toute la longueur du vagin, qui est de 9 centimètres, et au fond de chacun de ces vagins on découvre un col utérin. L'ouverture du vagin droit est un peu plus évasée, mais le spéculum se développe au même degré dans les deux. Pour constater l'existence des deux cols;

1° J'ai introduit un spéculum dans un des vagins et cautérisé le col avec de l'azotate d'argent; le col cautérisé devint blanc. J'allai ensuite, par l'autre vagin, examiner l'autre col, que je trouvai avec sa coloration ordinaire; puis je revins au premier col, que je retrouvai blanc (cautérisation).

2° Je parvins à introduire deux spéculums à la fois, un dans chaque vagin, et j'ai chargé chacun des cols sur chacun des spéculums.

3° Pour rechercher si la cavité de la matrice était, comme celle du vagin, divisée par une cloison médiane, j'introduisis un stylet dans chacun des deux cols, et j'écoutai bien attentivement s'il se produisait un cliquetis résultant du choc des deux tiges métalliques; mais il me fut toujours impossible de le percevoir. En outre, ces deux tiges restaient à peu près parallèles.

4° Par le toucher rectal, on ne peut percevoir aucune trace extérieure sur la face utérine correspondante qui indique une division de l'organe.

Cette fille est nullipare. Avant cette découverte des deux vagins, elle ignorait qu'elle eût quelque chose de particulier, et, sans s'en rendre compte, elle utilisait les deux vagins dont la nature prodigue l'a dotée.

Obs. II. — *Absence de vagin.*

Depuis quelques années, une jeune fille nommée P... (Antoinette), âgée de vingt-trois ans, est venue à plusieurs reprises à Saint-Lazare pour différents accidents syphilitiques; elle n'a jamais été réglée, n'a jamais éprouvé de douleurs périodiques dans aucune région du corps, n'est sujette à aucune hémorrhagie, à aucun écoulement supplémentaire; elle a la voix grêle, les seins rudimentaires; elle est petite de taille, les traits du visage sont enfantins; elle confesse n'avoir jamais éprouvé de désirs vénériens.

Cette fille n'a pas de vagin, et le toucher rectal, combiné avec la palpation abdominale, ne permet, malgré la souplesse du ventre, de constater aucun corps qui puisse faire croire à l'existence d'une matrice: probablement même n'a-t-elle point d'ovaires. Comme elle a longtemps cumulé les fonctions de choriste à l'Opéra avec celles de fille galante, elle a mille fois vendu sa virginité; aussi actuellement possède-t-elle une sorte de cul-de-sac, de refoulement du pli qui forme l'adossement des grandes lèvres, et qui n'admet tout au plus que la phalange unguéale de l'indicateur.

Y a-t-il dans ce cas absence complète des ovaires, de l'utérus ou seulement atrophie? On ne saurait se prononcer d'une manière certaine, et on se trouve réduit à un diagnostic posthume.

Dans les cas très-rares où il n'existe pas d'ovaire (Négrier), où il n'y a que des ovaires atrophiés (Morgagni, Lisfranc), il n'y a pas d'hémorrhagie menstruelle, et, aujourd'hui que nous savons la relation intime qui existe entre l'acte ovarien et l'excrétion sanguine utérine, nous nous rendons facilement compte de cela. Pas d'ovulation, partant pas d'excitation du côté de l'utérus pour le préparer à recevoir le germe; en un mot, la fonction n'a pas sa raison d'être, et en effet elle n'existe pas.

Obs. III. — *Diaphragme placé transversalement dans le vagin, et s'opposant à l'écoulement du sang des menstrues.*

P... (Reine), âgée de vingt et un ans, est entrée à Saint-Lazare. Elle porte dans le vagin, un peu en avant du col de l'utérus, une sorte de cloison membraneuse placée de champ et percée à son centre d'un orifice arrondi, étroit comme la lumière d'une plume d'oie. Cette cloison partage ainsi le vagin en deux portions. Cette fille n'a jamais eu d'enfants. Elle est entrée pour une inflammation du col utérin avec ulcération granulée avec catarrhe utérin très-abondant, purulent. Cet écoulement muco-purulent séjourne dans cet arrière-compartiment du vagin, sorte de vestibule de la matrice. A l'époque des règles, quand le sang coule avec abondance, et que quelques mucosités épaisses obstruent l'étroit orifice, tous les symptômes d'une dysménorrhée par obstacle mécanique éclatent; des douleurs, des coliques très-vives, etc., mettent cette fille dans un état de souffrance extrême. Au fur et à mesure que le sang coule, les accidents diminuent et disparaissent.

M. Boys de Loury divisa cet écran membraneux en trois lambeaux, qu'on maintint écartés au moyen d'un tampon qui remplissait le fond du vagin. Dès lors l'écoulement menstruel, comme aussi l'écoulement catarrhal, eurent une issue facile, et le col une fois démasqué, on eut un libre accès pour agir sur l'érosion et en obtenir plus rapidement la guérison.

OTITE CHRONIQUE DOUBLE

avec destruction des deux tympans. Otorrhée considérable et granulations des deux caisses. — Application de deux tympans artificiels.

Par M. le docteur Triquet.

Une demoiselle de dix-sept ans se présente à notre dispensaire le 28 juillet 1855. Sa mère nous donne les renseignements suivants:

La malade a été vaccinée, non variolée; elle n'a été atteinte ni de rougeole, de scarlatine ni de fièvre typhoïde. Elle est réglée depuis deux ans convenablement.

A l'âge de cinq ans, cette enfant reçut un coup de volet sur l'occiput. Dans la chute, le front alla rencontrer l'appui de la fenêtre, et de là elle fut renvoyée par terre. Perte de connaissance; commotion violente; point d'écoulement de sang par le nez et les oreilles; point de plaie à l'endroit frappé. Une petite bosse sanguine se montre et disparaît en quelques jours. La mère ne pense pas que l'ouïe ait été plus dure le lendemain de l'accident.

Quoi qu'il en soit, six semaines après un abcès se fit jour par chaque oreille et par la bouche. Le pus sortit en abondance; il était jaune et d'une grande fétidité. Cet écoulement dure encore par le méat, et de temps en temps du sang pur remplace le pus en assez grande abondance.

Etat actuel. — La malade est une personne blonde, au teint coloré, à la peau blanche. Point de traces de glandes au cou ni de ganglions auriculaires. Elle n'est point sujette aux maux de gorge ni au coriza; elle ne tousse point, et présente d'ailleurs les apparences de la plus belle santé.

Signes anatomiques. — Des deux côtés les conduits sont en plein état d'otorrhée. A droite, le tympan est détruit; on ne voit que des granulations rougeâtres de la caisse qui font hernie au fond du conduit. A gauche, le tympan est conservé dans sa circonférence; mais au centre, il est perforé, et il y a en outre des granulations de la caisse qui font hernie dans le conduit. On aperçoit sur la paroi interne de la caisse une sorte de verrue rougeâtre qui n'est autre chose que l'étrier, retenu en place par la muqueuse hypertrophiée.

Signes physiologiques. — Bourdonnements; un peu de douleur; difficulté considérable pour entendre la voix. Les battements de la montre sont perçus à droite à 0,12; à gauche, à 0,13 cent.

Traitement. — Iodure de potassium; vin blanc; pain grillé; viandes rôties; injections: eau de roses, 100 grammes; miel rosat, 40; sel de Saturne, 0,50 matin et soir.

Le 31 juillet, insufflation de sulfate de cuivre porphyrisé dans les deux oreilles.

Le 2 août, la suppuration a diminué, ainsi que les bourdonnements.

Le 14, même état. — Même traitement.

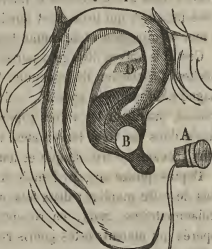
En septembre et octobre, la malade habite la campagne et suit le traitement général assez bien; mais les injections ne sont faites que très-irrégulièrement.

Le 5 novembre elle revient à notre dispensaire, et nous constatons peu ou point de suintement. Quelques mucosités se voient au fond du méat. Les granulations ont presque entièrement disparu. La montre est entendue à droite, à 0,84; à gauche, à 0,43. — Nouvelle insufflation de sulfate de cuivre, etc.

Le 24 novembre, malgré un temps humide et froid, la malade entend la montre à gauche, à 0,50; à droite, à 9,50.

En décembre 1855, cette jeune fille est complétement guérie de son otorrhée et de ses bourdonnements; elle entend toujours la montre à 0,50 cent. et même à 0,60, quand le temps est beau.

Pour éviter l'impression de l'air froid sur la muqueuse de la caisse, et les accidents qui en sont la conséquence (douleur, écoulement, etc.), je lui fis porter deux petits tympans artificiels fabriqués par M. Lüer.



A, l'appareil seul, petit tube d'argent garni d'une baudruche à son extrémité externe ou évasée.

B, l'appareil en place.

C, le petit fil destiné à le retirer, caché dans la rainure de l'hélix.

Lorsque les deux petits appareils sont bien appliqués et que leurs membranes sont convenablement tendues et légèrement humides, la portée de l'ouïe est augmentée de quelques centimètres.

Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que la perception des sons articulés est beaucoup plus nette: la malade entend bien plus facilement la parole.

INJECTION IODO-TANNIQUE DANS LES VARICES.

Jusqu'ici les divers traitements curatifs appliqués aux varices donnaient lieu parfois à des accidents d'une telle gravité, que le traitement palliatif semblait être le seul auquel la prudence permît d'avoir recours. La science possède aujourd'hui des moyens qui, sans offrir le danger des méthodes employées autrefois, conduisent avec plus de certitude à une guérison radicale.

L'idée émise par Pravaz, et à laquelle Lallemand promettait une si haute fortune, tend à se généraliser de plus en plus dans ses applications à la chirurgie. Seulement, au perchlorure de fer, il est possible de substituer d'autres liquides coagulants dont l'expérience démontre l'avantage dans des cas particuliers. Nous voyons, à la Pitié, le liquide iodo-tannique appliqué avec succès par M. Maisonneuve à la cure radicale des varices. De quatre malades opérés sous nos yeux, deux sont sortis guéris au bout de dix à quinze jours; les deux autres, chez lesquels l'injection est toute récente, sont en voie de guérison. Tous ces malades auront acheté la guérison d'une infirmité gênante au prix d'une opération simple et sans danger. L'un d'eux, Jean Breuillot, âgé de cinquante-sept ans, marchand ambulant, entré le 8 février, a subi l'injection le 9, et a quitté l'hôpital le 20 du même mois; un autre, Etienne Humbert, âgé de trente-cinq ans, journalier, entré le 5 février et opéré le 7, est aussi actuellement sorti avec une guérison complète.

CANCER DU RECTUM. — EXTIRPATION. — GUÉRISON.

Par M. le docteur A. Robert.

La dame X..., âgée de cinquante-sept ans, d'un caractère pusillanime, très-sensible à la douleur, et d'une intelligence peu développée, après avoir éprouvé pendant longtemps de la gêne, de la pesanteur dans le fondement, se plaignit, pendant l'excrétion des matières stercorales, de cuissons, puis de douleurs qui, augmentant incessamment d'intensité, finirent par devenir intolérables.

Cette excrétion était quelquefois accompagnée ou suivie d'un écoulement sanguinolent ou glaireux; douleurs lancinantes spontanées, devenant de jour en jour plus fréquentes. En même temps la santé générale s'altérait, l'appétit devenait capricieux, les digestions difficiles; à la constipation succédait la diarrhée, et on remarquait souvent un mouvement fébrile.

Quand elle se présenta à mon observation, elle était dans l'état suivant: face pâle, traits tirés, pouls petit, chairs flasques, appétit nul, langue sale, troubles digestifs, divers mouvements fébriles irréguliers.

Le doigt introduit dans le rectum trouve, à deux centimètres au-dessus de l'anus, un bourrelet circulaire présentant des bosselures et des anfractuosités. Ce bourrelet a plus d'étendue en arrière qu'en avant et sur les côtés; en arrière, l'indicateur le mesure avec peine. Au point où il cesse, on sent un ganglion mobile dont on ne peut connaître le volume.

Le 12 août 1854, assisté de mon collègue et de plusieurs autres confrères, je procédai à l'opération de la manière suivante:

La malade, préalablement soumise à l'influence anesthésique du chloroforme, et placée comme pour la taille latéralisée, je pratiquai, à trois centimètres de l'anus, deux incisions semi-lunaires se réunissant en arrière et en avant du rectum, et divisant les parties jusqu'au tissu cellulaire. Puis, disséquant en tenant le bistouri perpendiculairement à l'intestin, j'isolai la partie postérieure du rectum à une hauteur de 6 centimètres.

Je procédai ensuite à la séparation de la tumeur du vagin; la dissection fut facilitée par le doigt d'un aide. J'appliquai alors des érignes sur la partie inférieure de l'intestin, pensant pouvoir l'abaisser et obtenir facilement l'isolement complet. Mais les tractions ne déterminèrent pas un centimètre d'abaissement, ce qui tenait à l'induration du tissu cellulaire, et à ce que la séparation du rectum d'avec le vagin ne s'étendait pas assez haut. Je divisai transversalement les parties latérales et antérieures du rectum à un centimètre au dessus du bourrelet. J'achevai d'isoler la partie postérieure sans y voir, en ayant pour guide l'indicateur de la main gauche. Je fis ensuite, à droite et à gauche, deux sections, qui, partant de la division transversale, se dirigeaient obliquement jusqu'aux limites du mal, en laissant entre elles, à cet endroit, un pédicule assez large. Deux tractions furent faites par les aides. L'intestin s'abaissa, entraînant le ganglion, et un dernier coup de bistouri termina l'opération.

Aucun vaisseau ne fut lié.

L'opérée resta pendant une heure dans un état de demi-syncope, due à l'action du chloroforme, à l'appréhension de l'opération et à la perte de sang.

La circulation rétablie et la malade complétement remise, il survint une hémorrhagie qui fut arrêtée par le tamponnement.

Quelques heures après, refroidissement général, douleur dans tout l'abdomen, vomissements fréquents. — Cruchons remplis d'eau chaude; cataplasmes laudanisés; potion calmante; glace.

Le 13, envies de vomir, mais sans vomissements; pouls petit; sentiment de défaillance; douleurs abdominales augmentant par la pression, surtout dans la région hypogastrique, où on sent la vessie distendue. — Cathétérisme; on enlève le tampon; cataplasmes; bouillon froid; eau vineuse.

Le 14, les envies de vomir ont cessé, ainsi que les douleurs abdominales. Le contact de l'urine avec la plaie est tellement douloureux, qu'on est obligé d'en débarrasser la malade au moyen de la sonde. — *Ut suprà.*

Le 15, les accidents généraux sont dissipés. La malade prend quelques aliments. Il y eut une selle abondante. A compter de ce jour rien ne vint troubler la marche de la cicatrisation, et le 1er octobre la malade sortit de l'hôpital.

Je lui recommandai de la manière la plus pressante d'introduire pendant quelques semaines, tous les soirs, une grosse mèche dans le rectum, et de la laisser en place toute la nuit. La dame X..., qui est l'incurie personnifiée, ne tint aucun compte de ces conseils; aussi revint-elle trois mois après demander des avis pour des accidents dus au rétrécissement de l'intestin. Sa santé générale est excellente; elle a repris de l'embonpoint et des forces; les digestions se font régulièrement. Les matières solides sont conservées. Quand elle a de la diarrhée, il lui arrive des selles involontaires. Le doigt, introduit dans le rectum, reconnaît un tissu inodulaire dur qui tend à se coarcter, mais ne découvre rien qui pourrait faire craindre une récidive. Un traitement méthodique lui a été prescrit pour empêcher la coarctation de la cicatrice.

La masse enlevée dans sa plus grande hauteur mesure 11 centimètres; elle se compose de deux parties: une inférieure, qui comprend le cylindre complet de l'intestin; une supérieure, qui a la forme d'un triangle, et qui est uniquement constituée par la paroi postérieure du rectum.

La circonférence du bourrelet squirrheux est de 19 centimètres; sa plus grande épaisseur, qui est en arrière, est de 5 centimètres. Il est formé par un tissu lardacé, dur, criant sous le scalpel. On ne remarque de ramollissement sur aucun point. (*Rev. méd.-chirur.*)

EMPLOI DU CUBÈBE
dans l'incontinence d'urine des enfants.

Le docteur Deiters a trouvé que le cubèbe avait, dans cette affection, plus d'effet que les autres agents thérapeutiques. L'incontinence d'urine, chez les enfants, peut dépendre de l'atonie de la vessie ou de la présence de vers intestinaux. Dans le premier cas, le cubèbe agit comme tonique; dans le second, comme anthelminthique. On donne ce médicament à haute dose. Pour un enfant, deux pincées, c'est-à-dire quelques grains; pour un enfant un peu plus âgé, une demi cuillerée deux ou trois fois par jour. L'effet produit est prompt et permanent; et, quoique parfois l'incontinence reparaisse par intervalles, ces apparitions deviennent de moins en moins nombreuses et bientôt disparaissent complétement.

Pour obtenir la cure radicale, il faut continuer ce traitement de trois à huit semaines. Jamais ce traitement n'a été suivi d'accidents. Le même médecin recommande le cubèbe comme très-efficace dans les pertes séminales nocturnes. (*Preuss. Var. Zeil.*)

SIROP CALMANT ATROPO-THÉBAIQUE.

Extrait d'opium.	15 centigrammes.
— de belladone.	10 —
Sirop de capillaire du Canada. . .	90 grammes.

F. S. A. — A prendre par cuillerées à café, trois dans les vingt-quatre heures, dans les irritations nerveuses, et particulièrement dans les toux d'irritation.

La commission désignée pour suivre à l'hôpital général de Vienne les expériences relatives à l'action du caustique de M. Landolfi, vient de faire son rapport. En voici les conclusions:

1° La pâte de Landolfi est un caustique qui, sous certains rapports essentiels, n'est surpassé par aucun des caustiques connus, et qui, dans divers circonstances, est supérieur à tous les autres caustiques conseillés et employés jusqu'ici.

2° La pâte de Landolfi n'est rien de plus qu'un bon caustique; elle ne peut être considérée comme un remède universel, qui convienne pour l'ablation de toutes les tumeurs hétérologues; elle est encore moins un spécifique contre les dégénérescences cancéreuses.

3° Les indications et les règles de son emploi sont suffisamment définies par la nature même du remède, et l'on ne saurait, sans danger pour les malades, dépasser les limites imposées aux caustiques (1).

La commission française n'a pas encore publié son rapport.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 mars 1856. — Présidence de M. Gosselin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Broca consulte la Société pour un malade de trente ans environ, bien constitué et d'une bonne santé, auquel il a déjà pratiqué deux opérations, et qui devra sans doute en subir une troisième.

Voici les antécédents:

Il y a six ans le sujet fut atteint d'une brûlure profonde dans la région de l'os malaire; la cicatrice qui en résulta devint plus tard le siége d'une ulcération profonde, qui envahit même les couches les plus superficielles de l'os. M. Broca enleva les parties molles malades, puis à l'aide de la scie à chaîne et de la scie à molettes il détacha l'arcade zygomatique et une portion de l'os malaire. La paupière inférieure avait été ménagée, et les incisions étaient restées à quelques millimètres en dehors de la commissure interne. Peut-être la crainte de faire de grands désordres fut-elle cause que le mal ne fut pas assez largement enlevé.

Néanmoins la réunion immédiate manqua, la plaie ayant été envahie par la pourriture d'hôpital. La cicatrisation était néanmoins effectuée au bout de six semaines. Quelque temps après un petit bouton apparut à l'angle de l'œil. Un médecin fit sept cautérisations au nitrate d'argent. L'ulcération gagna l'os maxillaire et pénétra dans le sinus. M. Broca fit une nouvelle opération. Il enleva largement les téguments de la joue, extirpa la presque totalité des parois du sinus, et, pour prévenir l'ectropion de la paupière inférieure, qui n'aurait pas manqué de survenir, il combla la brèche avec un lambeau qu'il infléchit suivant les conseils de Dieffenbach, sur lesquels M. Denonvilliers insistait récemment. Malgré l'apparition d'un léger érysipèle, la réunion s'effectua aisément, et la guérison put être considérée comme complète et sans grande difformité. Le malade retourna dans son pays.

Depuis quelque temps une nouvelle ulcération, fort petite encore, mais qui fait craindre la reproduction du mal, s'est montrée à l'angle externe de l'œil. M. Broca demande à ses collègues si une nouvelle opération ne serait pas indiquée. Il ajoute qu'après les deux premières opérations la nature épidermique de la production a été constatée. La marche du mal, son origine, la conservation d'une santé générale parfaite après deux récidives viennent d'ailleurs corroborer cliniquement cette opinion sur la nature de la maladie.

M. Huguier engage M. Broca à opérer de nouveau. On a affaire ici à une de ces affections connues sous le nom de *noli me tangere*, qui vont sans cesse en progressant et en détruisant de proche en proche les tissus. Si on ne fait rien, l'ulcération gagnera l'orbite et fera infailliblement, dans un temps plus ou moins long, périr le malade. Au risque donc de comprendre l'œil dans la prochaine opération, il faut sans hésiter poursuivre la nouvelle récidive.

M. Chassaignac partage complétement l'opinion de M. Huguier. Le mot de *noli me tangere*, créé par les anciens, est le résultat d'une observation juste, mais sur laquelle il faut s'entendre, parce que par une mauvaise interprétation le mot a été l'origine de beaucoup d'inconvénients. Fidèles à l'expression, beaucoup de médecins assistant au début de ces lésions n'y font rien; le mal gagne et les malades consultent les chirurgiens alors seulement que les ressources opératoires n'existent pour ainsi dire plus. Ces maladies doivent être opérées, mais radicalement. On doit poursuivre les récidives dès qu'elles se montrent, et quand elles sont encore peu étendues; on obtient ainsi des guérisons très-durables.

M. Huguier. Il faut revenir sur ce sujet et y insister beaucoup. Les anciens avaient adopté le mot de *noli me tangere* pour deux raisons:

1° Parce que certaines ulcérations de la face restent parfois superficielles, circonscrites et stationnaires pendant de longues années;

2° Parce que les opérations qu'on leur fait subir sont souvent suivies de récidives.

Le mot, de là, est passé à l'état de principe pratique. Ces observations des anciens sont vraies; mais il faut passer outre, et les recherches modernes des micrographes ont démontré que les opérations échouent souvent parce qu'elles sont incomplètes, insuffisantes. On obtient, au contraire, de très-beaux et très-durables succès quand on opère largement avant que les ganglions lymphatiques soient envahis. Dans ce dernier cas, le pronostic est beaucoup plus grave, quoique l'opération ait été radicale, car la récidive n'envahit pas la cicatrice, mais bien son voisinage, et surtout les ganglions. M. Huguier en a vu un exemple bien remarquable. Un malade portait une ulcération épidermique à la base de la langue; M. Robert n'avait pas jugé à propos de l'opérer; M. Huguier fit la section médiane de la mâchoire inférieure, extirpa la maladie, et pendant deux ans la guérison ne se démentit pas. Mais au bout de ce temps la repullulation eut lieu, non pas *in situ*, mais dans un ganglion du cou qui ulcéra la carotide primitive et amena la mort par hémorrhagie.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

Documents pour servir à l'histoire de l'enchondrome (thèse inaugurale, 1856), par M. O. Fayau. Ce travail renferme une reproduction

(1) La commission était composée de MM. Haller, Mikschik, Bittner, Eder et Ulrich, rapporteur.

littérale des travaux de Müller, qui ne sont connus en France que par des analyses plus ou moins complètes; de plus, l'indication bibliographique très-soignée de tous les cas de tumeurs cartilagineuses qui ont été observés depuis la publication de Müller. Ce travail sera très-utile pour écrire l'histoire complète de l'enchondrome.

Nature et traitement des tumeurs hémorrhoïdales (thèse inaugurale, 1856), par M. J. Germain. Ce travail renferme une série de propositions résumant les recherches de M. Verneuil sur l'anatomie pathologique des hémorrhoïdes.

— M. Debout fait hommage du tome XLIX du *Bulletin général de thérapeutique.*

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Robert présente une femme opérée il y a dix jours de la fistule lacrymale par le procédé de M. Reybard, procédé qui consiste à trépaner l'os unguis à l'aide d'un instrument particulier. Cette malade avait été traitée, il y a trois ans, par la canule de Dupuytren. Au bout de trois mois une inflammation chronique se développa. Elle fut d'abord peu intense; mais dans ces derniers temps une recrudescence eut lieu, et un abcès se forma. La canule dut être extraite; mais l'inflammation chronique persista. C'est ce qui engagea M. Robert à recourir au procédé de M. Reybard, qu'il a déjà mis en usage cinq ou six fois avec succès.

Aujourd'hui la maladie est en très-bonne voie et guérie; les larmes ne coulent plus sur la joue; la fistule est oblitérée. La seule précaution que la malade doive prendre, c'est de placer le doigt sur la région du sac au moment où elle se mouche, car l'air, dans cette circonstance, passant par la voie artificielle que l'on a créée, tend à dilater la paroi antérieure du sac et à former une sorte de pneumatocèle dans le point où naguère existait la fistule.

M. Robert n'ignore point que le peu de temps écoulé depuis l'opération ne permet pas d'affirmer que la cure sera radicale, et il ne s'est décidé à présenter cette malade que parce qu'elle est sur le point de quitter Paris.

Ce fait prouve encore combien l'opération de Dupuytren est infidèle. Ce chirurgien prétendait, par sa méthode, guérir 19 fois sur 20; c'est la proposition inverse qui serait plutôt vraie: c'est ce qui fait que l'on revient de toutes parts à la méthode qui consiste à détruire le sac. Cette pratique est cependant grave, et on a peine à croire qu'on puisse sans inconvénients détruire des parties qui doivent avoir un usage; avant d'y recourir, il est bon de tenter d'autres moyens, et celui de M. Reybard, sur lequel M. Robert donne quelques détails, doit être essayé.

Au reste, après la destruction du sac, la cure n'est point aussi radicale qu'on le dit. M. Robert l'a pratiquée quatre fois; deux fois il a vu persister un épiphora assez abondant, surtout lorsque les malades s'exposaient à l'air froid ou à l'humidité.

M. Follin est partisan de la destruction du sac. Trois fois déjà il l'a employée, et le succès lui a paru justifier cette opération. Il y a, à la vérité, un épiphora modéré pendant les premiers temps; mais peu à peu, et au bout de quelques mois, ce symptôme s'atténue et finit par disparaître. Il s'est assuré cependant que le sac était bien réellement oblitéré.

M. Robert croit précisément avoir vu, il y a six semaines, un des opérés de M. Follin, et avoir constaté sur lui l'épiphora en question très-prononcé lorsque l'œil était exposé à l'air. Pour lui, et théoriquement, cette méthode est irrationnelle.

M. Verneuil a vu à la consultation de M. Chassaignac, à l'hôpital Lariboisière, une femme qui avait été opérée de cette façon par M. Desmarres, et qui, consécutivement à la destruction du sac, avait été atteinte d'une névralgie très-violente du nez, du front et des paupières, qui était rebelle à tous les moyens. Quelque rare que puisse être cette complication, il faut en tenir compte si l'on veut faire l'histoire de la méthode.

M. Richard a vu employer un grand nombre de fois l'opération en question, et il a observé les plus beaux résultats. A la vérité, il n'a pas suivi tous les malades; quelques-uns ont été perdus de vue au bout de quelques mois. Cependant il en a revu d'autres longtemps après, le succès ne s'était pas démenti. Au reste, cette méthode n'est pas d'une application générale; elle ne s'applique qu'à des cas bien caractérisés: elle ne laisse pas de cicatrice. Quant à l'épiphora, il est vrai qu'il persiste parfois à un faible degré dans les circonstances que M. Robert a signalées, mais cet écoulement, qui serait très-remarqué par des gens du monde, n'empêche nullement les ouvriers, par exemple, de reprendre leurs travaux. Or, chez quelques-uns de ces malheureux, la fistule lacrymale n'est pas seulement une incommodité; c'est un obstacle presque absolu au travail journalier, et la destruction du sac y remédie très-efficacement.

M. Follin. On compte de nombreux succès par la méthode du séton: or cet agent n'opère qu'en amenant l'oblitération du sac. Quant à ses opérés, il en a suivi deux: l'un est parfaitement guéri; l'autre, il est vrai, a conservé un peu de larmoiement, mais dans des limites vraiment très-minimes, et il espère le voir disparaître dans la suite.

M. Chassaignac. La cautérisation est une méthode tout à fait exceptionnelle et qu'il faut se garder d'appliquer d'une manière générale; à l'exemple des anciens chirurgiens, on se presse souvent trop, et on abandonne trop vite des opérations très-bonnes et beaucoup moins sérieuses. Il pourrait citer l'exemple d'une femme opérée deux fois par M. Desmarres, et sans succès; elle était dans les plus mauvaises conditions, et cependant M. Chassaignac la soumit de nouveau à la dilatation progressive et lente. Au bout de deux mois, elle fut guérie. Ce n'est point avec des fils, avec le séton qu'il faut faire cette dilatation, car ces agents coupent les tissus, mais bien avec des bougies, des tubes élastiques; quand cette dilatation a été continuée plusieurs semaines, on peut employer une canule si on le croit nécessaire.

Placer une canule immédiatement après l'incision du sac constitue une très-mauvaise pratique; on arrache, on déchire la muqueuse et le périoste: de là des inflammations consécutives très-rebelles. Lorsqu'au contraire le canal a été préparé au contact des corps étrangers, on place la canule avec douceur, et on s'assure qu'elle est dans la bonne voie, qu'elle est bien maintenue, etc., etc.

En résumé, si la dilatation progressive est bien faite, ou on peut se passer de canule, ou bien celle-ci est facilement supportée. La destruction du sac est une méthode barbare qu'il faut mettre de côté ou réserver pour des circonstances très-exceptionnelles.

M. J. Cloquet a employé très-souvent le séton. C'était la méthode d'A. Dubois, qui en obtenait d'excellents résultats. M. Cloquet en avait fait sa méthode générale; il se servait de clous de plomb. L'exécution est très-simple: le fil métallique se place et se retire très-aisément; il est facile de faire des injections. Autrefois, cependant, la méthode de Dupuytren jouissait d'une très-grande faveur; mais M. Cloquet, qui avait contre elle beaucoup de défiance, ne l'a employée que trois ou quatre fois. Il eut occasion une fois de retirer une canule qui déterminait des accidents; il eut beaucoup de peine. L'opération fut très-longue; la malade souffrit beaucoup; c'est alors qu'il imagina son petit mandrin à crochet, qui rend en général l'extraction très-facile. Plus de vingt fois, M. Cloquet a été dans l'obligation de retirer des canules qui causaient des accidents divers; il a observé des migrations très-curieuses de la canule, et entre autres dans le cas suivant:

La femme d'un gendarme avait été opérée par Dupuytren sept ou huit ans auparavant; elle vint consulter M. Cloquet pour une ulcération assez profonde de la face supérieure de la langue; cette ulcération avait été causée par la canule, qui, après avoir quitté le canal nasal, avait perforé la voûte palatine, et faisait dans la bouche une saillie de 3 ou 4 lignes qui déchirait la face supérieure de la langue.

M. Cloquet n'a d'expérience sur la méthode de Dupuytren qu'en ce qui regarde les accidents qu'elle entraîne.

Quant aux autres méthodes, il les a quelquefois employées ou en a vu les résultats. Il a vu des guérisons par le procédé de Laforest et aussi par les injections; dans un cas, une seule injection avait amené la cure. La création d'une voie artificielle compte également quelques succès, et autrefois M. Cloquet a fait des expériences avec M. Talrich, qui avait imaginé une pince emporte-pièce ingénieuse dont une branche pénétrait dans les fosses nasales pour servir de contre-appui à l'autre qui portait l'emporte-pièce, et qui, après l'ouverture du sac, réséquait une portion de l'os unguis.

Au reste, il a pratiqué au moins dix à douze fois cette voie artificielle par le procédé de Scarpa, qu'il s'étonne d'avoir vu tomber en désuétude. L'opération est très-facile, très-expéditive; elle convient surtout quand on a besoin d'une guérison prompte. M. Cloquet l'a mise en usage dans des cas qui avaient résisté déjà à plusieurs tentatives. Il reste bien parfois un peu d'épiphora, mais en général cet inconvénient est peu marqué.

M. Huguier. Tout le monde semble d'accord sur le précepte de n'employer la cautérisation du sac que lorsqu'on a échoué par des moyens plus doux. Dans deux cas où il se proposait de mettre la canule de Dupuytren, il ne put pénétrer dans le canal nasal, qui paraissait oblitéré. Comme il est fâcheux de remettre une opération commencée, et qu'il n'avait pas sous la main d'instruments spéciaux pour créer une voie artificielle, il eut tout simplement recours à une des branches de la pince à pansement ordinaire, et la faisant agir par ses bords tranchants par pression et par rotation, il creusa à son aide et de vive force une voie à travers l'os maxillaire, dans la direction du canal. Dans les deux cas la guérison fut très-prompte et très-durable. Il ne donne pas cette pratique comme un exemple à suivre, mais comme un procédé de nécessité qui lui a rendu service dans des cas embarrassants.

M. Monod a vu une fois M. Demarquay employer le procédé de M. Reybard chez une malade chez laquelle la canule avait d'abord été appliquée, et qui avait été à la suite affectée d'érysipèle de la face. L'opération a eu un très-bon résultat. Mais il pense que le sac est oblitéré. Ce serait donc par ce mécanisme que la méthode de M. Reybard aurait de l'efficacité. L'aérocèle, ou le soulèvement de la paroi antérieure du sac par l'air expiré, qu'on observe sur la malade de M. Robert, constitueraît une rare exception.

M. Cloquet. Les fistules lacrymales d'origine syphilitique ne sont pas très-rares, et on en observe parfois la guérison spontanée sans opération chirurgicale. Il a observé un cas de ce genre. Un vieux syphilitique portait une tumeur lacrymale avec gonflement et nécrose des os du nez. Un traitement spécifique fut suivi. Le malade rendit par la narine plusieurs fragments osseux; la tumeur et la fistule guérirent spontanément et radicalement. L'autopsie, faite plusieurs années après, permit de constater une brèche osseuse très-large et comprenant la presque totalité de l'os unguis. Le sac lacrymal s'ouvrait largement dans la fosse nasale correspondante. L'élimination du séquestre avait agi comme une résection étendue.

M. Broca a observé aussi un cas de tumeur lacrymale syphilitique chez une jeune femme couchée dans le service de M. Gerdy. M. Richet, qui remplaçait alors le professeur, ne put parvenir à introduire une canule. Le canal était obstrué par une exostose de l'os unguis, dont la convexité était dirigée en avant et en dehors. L'opération en resta là. Plus tard M. Gerdy eut l'idée de pénétrer par le cul-de-sac inférieur de la conjonctive dans le sinus maxillaire pour créer une voie artificielle. L'ouverture de la cavité osseuse étant faite, on y plaça une canule de 4 à 5 millimètres de long, munie d'un renflement et d'une rainure sphéroïde destinés à assurer sa fixité. Ces précautions furent vaines; la canule se déplaça, tomba à plusieurs reprises. En somme, on y renonça. L'insuccès paraissait assuré. Il en fut autrement. La fistule conjonctivo-maxillaire persista sans corps étranger, et la guérison fut permanente, ou du moins l'était encore dix-huit mois après, dernière époque à laquelle la malade fut revue.

Quant à la canule de Dupuytren, M. Broca trouve qu'elle est aujourd'hui trop dépréciée. Il n'ignore ni ses insuccès, ni ses inconvénients, ni les accidents qu'elle entraîne; mais de là à dire qu'elle ne guérit jamais il y a loin, et l'exagération est évidente. Pour sa part il l'a employée trois fois, et avec succès. Une des opérations date seulement du mois d'avril 1855. On peut n'en pas tenir compte, parce que l'opération est trop récente; mais les deux autres cas sont beaucoup plus anciens. Une femme de soixante-cinq ans, entre autres, portait à l'angle de l'œil une ulcération très-large, de mauvais aspect, et qui avait été jugée cancéreuse. M. Broca mit une canule en 1849; en 1853 la guérison ne s'était pas démentie.

Plus tard peut-être des accidents surviendront; la canule s'altérera, il faudra l'extraire. Tout cela est possible; mais néanmoins on aurait tort de rejeter pour cela une opération très-simple, qui exige à peine quelques minutes; qui n'est nullement dangereuse, et qui peut amener des guérisons durables. Ces guérisons, d'ailleurs, ne dépassant pas quelques années, ne seraient pas achetées trop cher par une opération aussi courte et aussi facile; on en serait quitte pour y revenir de temps en temps. Le séton, la dilatation, ont, au contraire, l'inconvénient d'exiger des soins très-longs, très-minutieux, des pansements difficiles, etc., etc.

M. Lenoir vient à son tour parler en faveur de la canule de Dupuytren; il n'emploie jamais pour sa part d'autre méthode, et en a retiré de nombreux succès. Il ne se rappelle guère d'insuccès. Seulement il a jugé à propos d'y introduire deux modifications assez importantes: Dupuytren, après avoir incisé le sac, introduisait de vive force et immédiatement une canule terminée par un biseau tranchant. Il en résultait parfois une déchirure de la muqueuse, du périoste, etc., la pointe de la canule venant heurter contre le rétrécissement; en supposant même qu'elle fût bien placée dans la lumière de l'obstacle, sa forme conique la prédisposait à remonter incessamment. M. Lenoir, pour corriger ces défauts, a pour première règle de ne jamais procéder à l'introduction immédiate. Le rétrécissement, étant reconnu, est dilaté pendant huit ou dix jours à l'aide de sondes, de bougies, d'un corps étranger quelconque; puis on introduit dans le canal ainsi préparé une canule spéciale en platine disposée de telle façon qu'une fois en place elle ne peut ni monter ni descendre. Son extrémité supérieure, en effet, présente un renflement, comme la plupart des instruments de ce genre; mais à son extrémité inférieure, le tube métallique présente trois incisures qui le divisent longitudinalement en trois valves mousses à leur terminaison et de même longueur pour éviter le biseau.

Ces trois valves divergent par élasticité, de telle sorte qu'elles empêchent l'ascension de la canule. L'instrument de M. Lenoir est accompagné d'un mandrin spécial, qui, lorsqu'il est dans l'intérieur de la canule, maintient les valves rapprochées pour permettre l'introduction facile dans les voies lacrymales, et qui les met en liberté au moyen d'un mécanisme très-simple et leur permet de s'écarter de nouveau.

Depuis quinze ans, M. Lenoir a opéré environ trente ou quarante fois de cette manière; deux fois seulement il a observé des accidents inflammatoires; mais, en revanche, il a revu bon nombre de ses opérés qui étaient restés guéris radicalement et que la canule ne gênait point du tout.

M. J. Cloquet a examiné à son tour le malade affecté de tumeur du poignet dont il a été question dans les dernières séances. Il a mesuré avec soin les cubitus des deux côtés, et les a trouvés parfaitement égaux; ils ont l'un et l'autre 0,25. Les os sont probablement étrangers à la maladie qui siége dans les parties molles. La tumeur, du reste, présente des degrés très-variables de consistance; là elle est molle, ici très-dure. En d'autres points, on sent comme une coque osseuse; probablement plusieurs tissus morbides sont réunis.

Il faut tenter l'extirpation, mais s'appliquer à mesurer exactement la peau qui sera nécessaire pour recouvrir la plaie, et prendre dans la dissection les précautions nécessaires pour prévenir l'exfoliation des aponévroses et des tissus fibreux.

— M. le Président, qui est allé visiter M. Gerdy au nom de la Société, exprime sur son état les craintes les plus sérieuses.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, Dr A. Verneuil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 17 mars, MM. de Comeiras et Poupeau, chirurgiens de 1re classe de la marine, ont été nommés chirurgiens principaux.

— On nous assure que cent bourses exclusivement affectées à des *élèves en médecine militaires* vont être créées à la Faculté de Strasbourg.

— Outre les distinctions dont M. P. Dubois et M. Conneau ont été l'objet à l'occasion de l'accouchement de l'Impératrice, on dit que l'*honorarium* a été ainsi réglé: à M. P. Dubois, 30,000 fr.; à M. Conneau, 8,000 fr.; à chacun des médecins présents à l'accouchement, 6,000 fr. (*Union médicale.*)

— Le concours pour une place de chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier s'est terminé par la nomination de M. Batlle.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM.:

Rolland, de Valence (Drôme); *Du cancer en général.*

Rivalz, de Tunis (Afrique); *Diagnostic et traitement du tétanos traumatique.*

Dupré, de Davejan (Aude); *Du tétanos traumatique.*

Coste, de Saint-Félix de Lodès (Hérault); *Du forceps dans les rétrécissements du détroit supérieur.*

Garnier, de Chazay-d'Azergues (Rhône); *De quelques lois de physiologie pathologique.*

Beaujean, de Rochefort (Charente-Inférieure); *Quelques observations médicales sur une campagne dans la Baltique.*

Eschauzier, de Lille (Nord); *Quelques considérations sur le bec-de-lièvre congénial.*

Vernet, de Saint-André de Sangoins (Hérault); *De l'avortement, considéré au point de vue étiologique.*

Montagné, de Villegailhenc (Aude); *De la fièvre dans la phthisie pulmonaire.*

Duprada, de Barsac (Gironde); *Considérations sur les maladies qui ont régné à bord de la frégate* la Virginie, *dans la campagne de la Baltique, et en particulier sur le scorbut et la fièvre typhoïde.*

Guibourt, de Viélaines (Aube); *Quelques considérations sur le scorbut observé sous différentes latitudes.*

Bertrin, de Saint-Bazeille (Lot-et-Garonne); *Quelques considérations sur le scorbut observé sur la flotte de la mer Noire pendant l'épidémie de 1855.*

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par se[illegible]
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 MARS 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'un des événements les plus importants de la séance est la communication que M. le secrétaire perpétuel a faite à l'Académie du décret ministériel approuvant diverses modifications apportées à son règlement.

L'Académie avait reconnu depuis longtemps, et après une longue expérience, plusieurs inconvénients dans le mode de recrutement et dans la répartition de ses correspondants et associés. Nous avions nous-même été frappé plus d'une fois de ce qu'il y avait de vicieux et d'insuffisant, au point de vue des garanties scientifiques qu'exige ce titre, dans l'élection par scrutin de listes qui ne comportait qu'une appréciation très-imparfaite du mérite des candidats. D'un autre côté, le nombre des correspondants, resté indéterminé aux termes de l'ordonnance du 20 octobre 1820, était beaucoup plus considérable que ne le comportent les besoins réels de l'Académie, et en disproportion avec le chiffre des titulaires fixé par l'ordonnance du 18 octobre 1829. Il devenait donc nécessaire, au double point de vue des intérêts mieux compris de l'Académie et de la considération même qui doit s'attacher au titre de correspondant, que le nombre en fût réduit et ramené à de justes proportions avec les limites actuelles du chiffre des titulaires, et que les nominations fussent faites à l'avenir de manière à assurer une plus grande sévérité dans les choix. C'est là le but que l'Académie s'est proposé en soumettant au ministre un projet de modifications des articles du règlement qui régissent les élections des correspondants et des associés.

On trouvera dans le compte rendu la teneur du décret qui approuve ces modifications. Les principales consistent dans la fixation et la réduction du nombre des associés correspondants; dans la répartition de ces derniers, suivant la nature de leurs travaux et de leurs aptitudes, en quatre divisions qui correspondent par groupes aux onze sections de l'Académie, et dans la substitution du scrutin individuel sur listes multiples au scrutin de liste, jusqu'ici en usage pour leur nomination.

Conformément au vœu exprimé par l'Académie, le décret modifie, en faveur des associés seulement, l'article 40 de l'ancien règlement, qui exigeait de tout candidat à un titre quelconque, soit le diplôme de docteur, soit le brevet de pharmacien ou de médecin vétérinaire, dispositions qui, par parenthèse, n'avaient jamais été observées à leur égard. Les mêmes exigences, bien entendu, sont maintenues pour les membres titulaires et les correspondants nationaux et étrangers.

Enfin le même décret répartit les cent titulaires dans les onze sections suivant les proportions dont l'expérience a démontré l'utilité.

Nous ne pouvons qu'approuver sans réserve ces nouvelles modifications, qui assureront un fonctionnement plus régulier de ce corps savant, et relèveront en même temps le titre justement envié de correspondant, en donnant de meilleures garanties du savoir et de l'aptitude des candidats.

La séance a été occupée par la lecture d'un mémoire de M. A. Tardieu, que nous regrettons d'autant plus de n'avoir pu entendre distinctement qu'il ne nous a pas été possible de consulter son manuscrit, — et par la suite de la discussion sur l'occlusion des paupières, qui a été close après un discours de M. Bonnafont et quelques courtes observations de MM. Larrey et Velpeau. Cette discussion sera résumée dans l'un des prochains numéros.

A quatre heures et demie l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre le rapport de présentation et la discussion des titres des candidats à la place vacante dans la section de physique et chimie médicales. D'après ce que nous avons pu apprendre, les deux listes auraient été fondues en une seule, en plaçant les candidats dans le même ordre, physiciens et chimistes, *ex æquo*. A mardi l'élection.

Dr Brochin.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

Exercice illégal de la pharmacie.

Nous recevons d'un de nos abonnés la lettre suivante :

Monsieur le rédacteur,

Permettez à un de vos abonnés de vous soumettre une question d'intérêts professionnels.

Un médecin établi dans une localité où existe une seule officine, éloignée de plusieurs lieues de tout autre centre, est-il répréhensible et peut-il être poursuivi pour *exercice illégal de la pharmacie*, s'il fournit dans un rayon de une à deux lieues aux environs des médicaments à ses malades

1° En raison de l'absence fréquente du pharmacien, qui confie la préparation de médicaments à des personnes entièrement étrangères à la profession qu'il exerce ;

2° S'il est établi que la mauvaise préparation des médicaments ait pu faire courir un danger aux malades, et partant compromettre la responsabilité du médecin ;

3° En raison du manque réitéré de médicaments usuels chez le pharmacien?

Je vous serais infiniment obligé, monsieur le rédacteur, de me donner votre appréciation sur une question qui peut intéresser plus d'un médecin de campagne jaloux de ne pas contrevenir à la loi, et pourtant soucieux de sauvegarder l'intérêt de ses malades et sa propre responsabilité.

Dans le cas où le médecin serait répréhensible devant la loi comme exerçant illégalement la pharmacie, quelle conduite doit-il tenir, n'ayant à sa disposition que des médicaments auxquels il ne peut avoir confiance?

La réponse à la première partie de cette lettre ne saurait être douteuse.

OUI, *le médecin est répréhensible et peut être poursuivi pour exercice illégal de la pharmacie.*

La loi sur l'exercice et la police de la pharmacie du 21 germinal an XI porte, titre IV, article 27 :

« Les officiers de santé (1) établis dans les bourgs, villages ou » communes *où il n'y aura pas de pharmaciens ayant officine* » *ouverte* pourront fournir des médicaments simples ou composés » aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir » le droit de tenir une officine ouverte. »

D'après cela, il est évident que notre confrère est en contravention formelle, et que, si le pharmacien voulait le poursuivre, il serait passible d'une condamnation par les tribunaux.

Les raisons qu'il fait valoir ne seraient point admises par les tribunaux ; elles n'ont pas été prévues par la loi, qui doit supposer que tout pharmacien tenant officine exerce convenablement sa profession.

Quant au conseil qu'il nous demande sur la conduite à tenir en pareille occurrence, la réponse est délicate. Voici cependant celui que nous croyons pouvoir lui donner.

S'il arrivait que, lorsqu'une formule dont l'exécution *urgente* serait présentée à la pharmacie, le pharmacien fût absent, et que la prescription fût remplie par des personnes n'ayant pas qualité et auxquelles le médecin n'aurait pas confiance, que dès lors l'état du malade en souffrît, nous pensons que le médecin n'aurait d'autre conduite à suivre que de faire constater *officiellement* le fait, et d'avertir le pharmacien qu'en cas de récidive il se verrait obligé d'en référer à l'autorité.

Si pareil fait se renouvelait, il n'aurait autre chose à faire que d'avertir l'autorité compétente, faire dresser un procès-verbal, et porter plainte à qui de droit, puis laisser la justice suivre son cours.

Dans ce dernier cas, et s'il avait été prescrit de ces substances énergiques que la chimie moderne retrouve avec tant de facilité

(1) Par ces mots, OFFICIERS DE SANTÉ, les lois de cette époque désignaient indifféremment les médecins, chirurgiens et officiers de santé, c'est-à-dire toutes les personnes ayant droit d'exercer l'art de guérir.

FOUQUIER (PIERRE-ÉLOY).

Par M. PIORRY, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, etc., etc.

L'un de nos savants professeurs, M. Piorry, vient de rédiger pour la deuxième édition de la *Biographie universelle* (Michaud) la biographie d'un médecin qui a laissé dans le souvenir de ses élèves de profonds souvenirs. M. Fouquier, dont la perte a été si justement regrettée, a été un des hommes qui par leur caractère et leurs connaissances ont le plus honoré le corps médical de Paris. L'éditeur de la deuxième édition de la *Biographie universelle* (Mme C. Desplaces) a bien voulu nous communiquer l'épreuve de la notice que M. Piorry a consacrée à sa mémoire. Nous croyons être agréable à nos lecteurs en reproduisant cette notice. Nous saisirons cette occasion d'applaudir aux efforts que fait l'éditeur de cette publication importante, déjà illustrée par les écrits des Chaussier, Adelon, Cadet-Gassicourt, Percy, Desgenettes, Esquirol, Richerand, etc., pour la maintenir au niveau des progrès qu'ont faits depuis quelques années les sciences historiques, les sciences naturelles et l'art de guérir. (L'article de M. Piorry est inséré dans le quatorzième volume de cette grande collection.)

« Fouquier (Pierre-Éloy), célèbre médecin et professeur à la Faculté de médecine de Paris, naquit le 16 juillet 1776 d'une famille d'honnêtes cultivateurs, à Maissemy, près Saint-Quentin. Il fit ses études classiques dans cette dernière ville, et elles durent être excellentes, car plus tard, en 1823 ou 1824, il publia conjointement avec M. Ratier une édition latine et une traduction de Celse, sur lesquelles le professeur Requin a donné de remarquables annotations bibliographiques.

» La vie médicale de Fouquier commença avec ce siècle. Après avoir été chirurgien sous-aide à l'Ecole de Meaux, il étudia dans l'Ecole de santé, acquit le droit d'exercer la médecine le 2 fructidor an X (1801), et reçut le diplôme de docteur le 29 thermidor an XI (1802). Bien que se livrant parfois aux études littéraires et mathématiques, l'occupation principale de toute sa longue carrière fut d'acquérir une instruction médicale solide. Pour donner une idée juste de ce qu'était alors la médecine, il suffit de lire l'épigraphe que Fouquier inscrivit en 1805 sur le titre de sa traduction de l'ouvrage latin de Brown, épigraphe qu'il emprunta à la préface de cet écrit systématique. « La médecine, di- » sait-il, est un art conjectural rempli d'incohérences, et faux dans » presque toutes ses parties. » Frappé sans doute de ces conjectures, de ces incohérences, de ces faussetés, Fouquier semblait alors, et en désespoir de cause, venir se réfugier dans les hypothèses du médecin d'Edimbourg, et se demandait avec lui « si cet art conjectural et men- » teur ne serait pas enfin ramené à une science certaine qui pût être » appelée la science de la vie? » Cette science de la vie dont il voulait parler était la doctrine brownienne de l'incitabilité. Cette théorie, l'expérience et le temps l'ont rejetée comme tant d'autres. Il ne faudrait pas croire cependant que Fouquier, que Brown lui-même, ne sentissent pas dès lors l'immense utilité du positivisme en médecine et du diagnostic des états matériels, ces bases de la médecine moderne. Fouquier, comme pour soumettre les idées du médecin écossais à l'expérimentation clinique, dédia sa traduction à l'illustre médecin qui avait vulgarisé la percussion d'Avenbrugger, à l'auteur du *Traité des maladies du cœur,* au professeur qui avait élevé la doctrine médicale de Paris à un haut degré de splendeur et organisé la Société d'instruction médicale, à Corvisart enfin.

» Brown, tout en se livrant à de brillantes et vaines hypothèses, s'écrie : « Sachez ce qu'il y a de nécessaire en anatomie, ne perdez pas » le temps à des choses superflues; étudiez l'illustre Morgagni; ouvrez » des cadavres, connaissez les causes cachées par les effets encore » subsistants. » (*Eléments de médecine* de Brown, traduits par Fouquier, p. 52.) Mais ces idées étaient bien loin d'être générales; l'épigraphe de Fouquier restait toujours trop juste. Heureusement depuis ce temps le progrès a marché en médecine autant au moins que dans les autres sciences naturelles, et aujourd'hui la certitude du diagnostic est devenue si grande, que presque jamais pour les lésions matérielles il ne trahit les prévisions du médecin instruit.

» En quelques années la réputation et la science de Fouquier grandirent assez rapidement pour qu'en 1817 il fût nommé médecin de l'hôpital de la Charité. Il fut un de ceux qui, suivant les traces de Stoll et de Corvisart, se livrèrent avec le plus de succès à l'enseignement clinique. Son auditoire se composait de nombreux élèves dont l'auteur de cet article eut le bonheur de faire quelquefois partie. Mais quand on compare ce qui existait alors avec ce qui a lieu maintenant; les observations incomplètes de symptômes recueillies dans ces temps avec les données de diagnose anatomiques obtenues de nos jours; quand on voit en 1814 et dans les années suivantes Corvisart ne reparaissant plus à l'Ecole, et celle-ci n'ayant plus, à vrai dire, qu'une seule clinique médicale et presque déserte, dont Leroux, parvenu à un âge avancé, était le professeur; et quand, d'un autre côté, on établit un parallèle entre cet enseignement incomplet et les cours actuellement suivis par une multitude d'élèves aussi remarquables par leur assiduité que par leur instruction, on est forcé de convenir que la science a complétement

dans les liquides les plus composés, il serait bon qu'il pût annexer à sa plainte tout ou partie du médicament qu'il aurait lieu de supposer infidèlement préparé. Mais, dans tous les cas, nous lui recommanderions toujours la plus grande prudence, autant pour ne pas faire de tort à un innocent que pour ne pas voir retomber sur lui l'odieux de poursuites qui ne seraient pas suffisamment motivées et accompagnées de preuves irréfragables.

Dr A. Foucart.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

Des applications de l'électricité à la pathologie (1).

ACTION DES COURANTS SUR L'ORGANISME.

L'action des courants sur l'organisme et les effets qu'ils produisent sont subordonnés à un certain nombre de conditions inhérentes aux courants eux-mêmes, et qu'il est assez facile de déterminer. Ces conditions sont les suivantes :

1° L'intensité du courant;

2° La rapidité et l'instantanéité du courant;

3° Le sens du courant.

Avant d'examiner ces conditions diverses, constatons un grand fait, un fait très-important.

Les courants agissent sur l'organisme comme un agent stimulant. C'est un stimulus énergique qui pénètre dans la trame des organes, qui agit sur les muscles et qui peut être porté sur le système nerveux lui-même, à la condition toutefois de ne pas dépasser certaines limites qu'il est d'une très-grande importance de fixer.

Les courants électriques ne possèdent donc qu'une puissance stimulante toujours la même comme nature d'action, et qui ne diffère que par son énergie. Cette énergie étant réglée d'abord par les trois conditions énumérées ci-dessus, ensuite par le mode d'application, enfin par les propriétés vitales des tissus sur lesquels on les fait agir, il est facile d'expliquer, avec ces trois ordres de conditions tous les effets que l'on obtient, et ensuite de les produire à volonté. On a donc lieu de s'étonner qu'on ait cherché à donner à des effets identiques au fond des noms différents.

L'expression électrisation est la seule qui doive être conservée. Depuis longtemps on a renoncé à celle de galvanisation. Quant à donner le nom de faradisation à l'application des courants par induction, ainsi que cela a été proposé, ce changement ne me semble pas heureux, et n'est motivé par rien. Faraday a bien découvert les courants par induction; mais ces courants n'ont pas d'autre action que celle des diverses espèces de courants électriques; il est préférable de les employer, parce que plusieurs des appareils mis en usage satisfont mieux à telle ou telle condition que l'on veut remplir et que nous allons étudier; mais ces courants par induction n'ont en aucune manière une action spéciale, et leur effet consiste, comme celui de tout courant électrique, dans son action stimulante. Nous n'insisterons pas sur ce point, et nous n'emploierons pas cette dénomination, tout en rendant hommage au célèbre physicien anglais dont elle rappelle le nom. Du reste, ce changement de dénomination que rien ne justifie et qui ne s'appuie sur aucune bonne raison, n'a pas été généralement adopté. Nous examinerons successivement :

1° Les conditions inhérentes au courant;

2° L'influence du mode d'application;

3° L'influence des organes et des tissus sur lesquels agissent les courants.

I. *Conditions inhérentes aux courants.*

1° *Intensité des courants.* — Personne ne saurait contester qu'avec un courant électrique intense on ne puisse produire de puissants effets physiologiques. Cependant, ce n'est pas le meilleur moyen d'arriver à ce résultat; car des courants très-intenses peuvent amener une grande perturbation dans le système nerveux, et quelquefois même en désorganiser certaines parties. D'un autre côté, comme cela résulte des recherches de plusieurs physiologistes, les nerfs et les muscles peuvent s'habituer à l'action des courants continus d'une certaine énergie, et ce n'est plus alors que par les changements d'intensité que l'excitation vient à se manifester. Dans les appareils que l'on met en usage, on peut admettre que l'intensité du courant, sous le rapport des effets physiologiques, est en raison directe du peu d'épaisseur des fils et du grand nombre de tours de spirale qu'ils exécutent.

2° *Instantanéité et rapidité des courants.* — Cette seconde condition est de beaucoup la plus importante. On peut établir en principe que plus les courants sont instantanés et rapides, plus les effets physiologiques sont nets, caractéristiques et énergiques, et se produisent sans qu'il y ait de perturbation ou de désorganisation dans le système nerveux. D'après Henry, en effet, pour produire les effets physiologiques les plus énergiques, il ne faut en mouvement qu'une très-petite quantité d'électricité circulant très-rapidement dans un fil.

Les effets signalés par M. Duchenne comme propres aux courants du deuxième ordre et qui lui semblent constituer des propriétés physiologiques toutes spéciales, ne sont que la conséquence du principe que nous venons de poser. Le courant électrique induit dans une bobine voisine de la bobine inductrice circulant dans un fil très-long et très-fin a une tension très-énergique, et cette tension est même telle dans l'appareil de Rumkorff qu'elle produit des étincelles très-vives; il en est de même de la puissance stimulante de cette espèce de courants. On explique ainsi les apparences lumineuses plus énergiques que ces courants induits déterminent sur la rétine et l'espèce d'action spéciale qu'ils paraissent produire sur la peau.

Ces effets, ainsi que nous l'avons déjà dit dans la première leçon, se rapprochent plutôt des effets que produit la bouteille de Leyde; car ici on a l'exemple d'une très-petite quantité d'électricité se mouvant très-vite, mais ayant une forte tension et donnant des commotions énergiques. En général, on peut dire que l'excitation musculaire est due à la destruction ou au rétablissement de l'équilibre électrique du nerf, et que plus cet équilibre sera troublé rapidement, plus fort sera l'effet physiologique.

Il est certain que ces effets sont produits d'une manière plus nette avec des courants induits; mais on peut les obtenir également avec tout autre appareil, pourvu que l'on se place dans les mêmes conditions d'intensité et de rapidité de transmission électrique ainsi que de conductibilité.

3° *Le sens du courant.* — On a peut-être un peu oublié ce qu'on doit entendre par le sens du courant. Voici ce dont il s'agit : Quand on place le pôle positif d'un appareil électrique du côté du bout central d'un nerf de mouvement et le pôle négatif du côté de l'extrémité périphérique de ce même nerf, on produit surtout des contractions musculaires et très-peu ou même point de douleur. Quand on place le pôle négatif au bout central du nerf et le pôle positif à l'extrémité périphérique, le contraire a lieu; il y a une très-vive douleur et peu ou point de contractions musculaires. Je le répète, ce n'est que lorsque les courants sont modérés, car avec des courants énergiques cette distinction ne saurait être établie.

II. *Conditions inhérentes au mode d'application des courants.*

1° *Application continue ou intermittente d'un courant.* — L'action d'un courant sur l'organisme diffère suivant qu'on le fait agir d'une manière continue ou intermittente. Lorsqu'on l'emploie d'une manière intermittente, son mode d'action est celui d'un agent stimulant, et il produit, suivant qu'il remplit telle ou telle des conditions établies plus haut, soit de la douleur, soit des contractions musculaires. Les effets sont donc la conséquence non pas tant de l'intensité du courant électrique mis en jeu que de l'instantanéité de son action et de la succession des intermittences que l'on peut produire, et, ainsi qu'on l'a dit plus haut, par suite de la rapidité avec laquelle est troublé l'équilibre électrique.

Quand, au contraire, on fait circuler dans un nerf un courant continu et qu'on prolonge un peu l'action de ce courant, le nerf, sans doute en vertu d'un dérangement momentané quelconque dans l'équilibre des molécules organiques qui le constituent, perd pour quelque temps ses propriétés sensitives et motrices; il ne peut plus transmettre la douleur au centre cérébro-spinal; il ne peut plus animer le mouvement des muscles auxquels il se distribue. Il faut, pour lui rendre ses propriétés, soit attendre un certain temps, soit lui administrer un courant intermittent. Les courants continus peuvent donc être employés avec quelque chance de succès dans certaines maladies nerveuses résultant d'un état de surexcitation. Il y a là tout une étude à faire, et de nouvelles applications à tenter. C'est surtout avec une pile à auge qu'on obtient ces courants continus agissant comme hyposthénisants. On peut bien obtenir le même résultat avec des appareils d'induction en maintenant appliqués d'une manière continue les conducteurs ou les deux points sur lesquels on les fait agir. L'effet n'est pas identique, et cependant le résultat est le même. En effet, cette application continue des deux réophores sur la partie qu'on soumet à l'électrisation détermine une succession excessivement rapide de contractions musculaires, et cette succession rapide aboutit à une action hyposthénisante absolument semblable à celle des courants intenses de la pile à auge.

B. *Corps conducteurs mis en contact avec le muscle.* — L'emploi des éponges imbibées d'un liquide conducteur, ou des aiguilles de platine à électro-puncture introduites dans les muscles eux-mêmes a pour effet de déterminer des contractions musculaires subordonnées, il est vrai, aux principes exposés plus haut. Je n'ai pas besoin d'y revenir ici.

C. *Pinceaux et brosses métalliques sur la peau.* — En appliquant sur la surface de la peau naturellement sèche, ou préalablement privée de son humidité par une friction avec de la poudre d'amidon, un pinceau ou une brosse métallique en communication avec la machine, on produit surtout une excitation de la surface de la peau, et parfois une douleur assez vive.

Ce mode d'électrisation a surtout été bien étudié par M. Duchenne, qui en a fait d'heureuses applications. Nous ne pensons pas toutefois que l'électricité ait dans cette circonstance une action spéciale. C'est un agent stimulant qui, comme tel, excite les houppes nerveuses, et consécutivement accélère la circulation capillaire, et peut même produire à la peau des hypérémies capillaires. Malgré cela ce n'est pas un moyen à dédaigner; il agit surtout comme dérivateur.

4° Le mode d'application des courants peut permettre des effets chimiques ou des effets calorifiques, qui ont été mis à profit dans la thérapeutique. Ces applications regardant plutôt la chirurgie, je ne compte pas m'en occuper dans ces leçons.

III. *Influence des propriétés des tissus sur lesquels on agit.*

On obtient souvent des effets différents suivant qu'on agit sur tel ou tel tissu. Pour bien étudier ces actions, nous ferons observer qu'il faut tenir compte des principes précédemment établis. Ceci posé, nous résumerons les faits connus de la manière suivante :

1° *Système musculaire.* — L'action des courants intermittents sur les muscles a pour effet de déterminer des contractions musculaires, et rien autre chose; l'action des courants continus sur ces mêmes muscles affaiblit ou anéantit même momentanément cette action, qu'on peut rétablir par des courants intermittents.

(1) Suite. — Voir les numéros des 6 et 18 mars.

---

changé de face, et que les justes reproches que lui adressait Brown de son temps seraient très-injustes dans le nôtre.

» Traducteur de Brown, élève de Desault comme de Corvisart et de Pinel, Fouquier s'était particulièrement adonné à l'étude de la médecine; mais il n'avait pourtant pas négligé celle de la chirurgie. En publiant une observation sur un cas de transposition des viscères et se livrant pendant toute sa carrière à l'anatomie pathologique, il prouva que, dans son opinion, la connaissance de l'organisation était le flambeau de la pratique. Imbu du livre de Brown, partisan des idées de Pinel, il savait les défendre avec cette énergie douce et ferme qui s'alliaient à l'aménité de son caractère. Il dut par conséquent se trouver souvent en opposition avec Broussais, et plus d'une fois il combattit les brillantes exagérations de l'illustre auteur du *Traité des phlegmasies chroniques*. Néanmoins il reconnut aussi que plus d'une de ses théories étaient fondées sur des observations aussi profondes qu'ingénieuses, et la droiture d'esprit et le discernement de Fouquier y puisèrent plus d'une raison pour modifier sa pratique médicale. Tout en admettant encore l'existence des fièvres essentielles, il étudia avec soin les organes malades, tint compte de leurs souffrances, évita de tomber dans l'abus des stimulants, et se fit une méthode fondée sur les études anatomiques et sur les expérimentations.

» Dans sa carrière de médecin, Fouquier a laissé de nombreux exemples de sa sagacité dans l'appréciation des symptômes et de sa rare perspicacité à démêler dans les affections compliquées les organes malades. Une des névralgies les plus fréquentes, qui d'ailleurs se présente avec des phénomènes très-variables en raison du nerf attaqué, est à coup sûr celle qui occupe les nerfs intercostaux. Il y a vingt ans, nous avons vu Fouquier palper le thorax avec une attention qui nous frappa singulièrement. Il s'agissait de la maladie à laquelle succomba un des membres de l'Académie de médecine, le docteur Chantourelle. Il pressait successivement tout le bord inférieur de chaque côté, cherchant évidemment le siége d'une névralgie intercostale. Or ce n'est que beaucoup plus tard, et lorsque l'étude de la névralgie thoraco-brachiale venait d'être publiée, que M. Bassereau, élève interne de l'auteur de cette notice, fit connaître les faits recueillis dans son service à la Pitié. L'histoire de ces souffrances a élucidé plusieurs points obscurs de la pathogénie. Dans ce nombre, il faut surtout citer des recherches relatives au point de côté pleurétique et qui ont conduit M. Bouillaud à y reconnaître des névrites; la coïncidence des névralgies intercostales à gauche avec certaines fièvres intermittentes, ou encore les douleurs vagues dont, chez les hystériques et les phthisiques, les nerfs des parois thoraciques sont si fréquemment le siége. Or Fouquier a été pour beaucoup dans la connaissance de ces faits. Il a étudié, professé; d'autres ont ultérieurement observé et publié le résultat de leurs recherches.

» Indépendamment des ouvrages que nous avons déjà cités, Fouquier a publié plusieurs mémoires relatifs à l'action de divers médicaments, tels que l'extrait aqueux d'aconit, la jusquiame, la laitue vireuse, l'opium, l'acétate de plomb destiné à modérer les diarrhées, les sueurs ou les évacuations chez les phthisiques, et notamment l'extrait aqueux de noix vomique. Il a réuni dans ce travail seize observations, dans lesquelles le médicament dont il s'agit paraît avoir quelquefois guéri, et ailleurs amélioré l'état de malheureux atteints de paraplégie, d'hémiplégie, etc.

» Appliquant à l'occasion les sciences naturelles à la pathologie et à la clinique, sachant prescrire au besoin des agents chimiques et utilisant pour l'art de guérir les hauts enseignements de la physique, on ne le vit pas vouloir tout expliquer et tout guérir par des médications dont l'observation rigoureuse au lit du malade n'avait pas encore démontré l'efficacité réelle. Certes il ne repoussa point et accueillit même avec faveur les travaux des micrographes, mais il ne put leur donner toute l'extension que l'on était disposé à leur attribuer; il en espéra, surtout pour l'avenir, de grands résultats. En toute chose, l'expérimentation raisonnée était de son goût, et il le fit hautement voir, alors que, de 1812 à 1850, il s'est agi des progrès que la diagnose anatomique a fait faire à la médecine.

» Nous l'avons déjà dit : Fouquier était l'un des médecins dont la diagnose était la plus sûre. En voici deux exemples. Nous les citons, parce qu'ils sont à notre connaissance personnelle : Un jeune médecin, à la suite de longs et pénibles travaux, est atteint de fièvre et d'accidents variés. Pendant huit jours, une abstinence rigoureuse lui est imposée; il délire alors, et des rêves épouvantables, qui semblent avoir même lieu pendant la veille, le poursuivent d'une manière incessante : on le croirait aliéné. Il affirme, lui, qu'il meurt de faim et de douleur. Fouquier, l'un des très-nombreux médecins qui soignaient le malade, attribue l'exaspération du fébricitant à la privation d'aliments et aux souffrances excessives que causent des vésicatoires, des sinapismes et des morsures de sangsues ulcérées; il prescrit du lait en abondance, et substitue des cataplasmes et de l'eau de guimauve à la moutarde et aux cantharides. A l'instant, le calme renaît, le sommeil et la raison reparaissent, et quatre jours après le malade était rendu à la santé. Dans une autre circonstance, Fouquier fut appelé au chevet d'une dame de soixante ans, atteinte d'une maladie grave. Les voies urinaires étaient obstruées et ne fonctionnaient plus. A plusieurs reprises elle avait rendu des graviers rouges, et ressentait parfois de violentes douleurs dans la région lombaire gauche. Fouquier, sans que le plessimétrisme ou la palpation lui eussent fait connaître le volume des reins,

2° *Système nerveux.* — En faisant agir à l'extrémité centrale d'un nerf du mouvement les deux électricités positive et négative d'un appareil quelconque, on détermine des contractions musculaires des muscles animés par le nerf dont il s'agit. Si c'est un nerf de sentiment, ce sont des douleurs plus ou moins vives qui se manifestent dans toutes ses branches.

On obtiendrait les mêmes effets, mais doubles, si le nerf est à la fois nerf de mouvement et de sentiment.

C'est à l'aide de ces principes que M. Longet a pu faire ses recherches physiologiques.

3° *Sang.* — L'action d'un courant sur une certaine quantité de sang, pourvu que cette quantité ne soit pas trop forte et que le mouvement dont ce liquide est agité ne soit pas trop rapide, a pour effet de déterminer la coagulation du sang. C'est cette propriété qui a permis d'appliquer l'électricité à la coagulation du sang dans les tumeurs anévrismales.

4° *Système sanguin capillaire.* — Des expériences nombreuses que nous ne pouvons rapporter ici prouvent que l'action des courants électriques a pour effet d'accélérer le cours du sang dans les vaisseaux capillaires.

5° *Système cutané.* — L'action des courants électriques sur la peau a pour effet, ainsi que je l'ai dit plus haut, de stimuler les houppes nerveuses de la peau, et consécutivement d'accélérer le cours du sang dans le système capillaire de la peau jusqu'à produire même des hypérémies.

POUDRE CORROBORANTE.

Cinchonine.	20 centigrammes.	
Fer réduit.	5	—

Mêler, pour une prise, en commençant le repas principal, dans les gastralgies avec affaiblissement général, la convalescence des fièvres intermittentes et les fièvres récidivées. Une prise chaque jour. (*Répert. de pharm.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 mars 1856. — Présidence de M. BINET.

L'Académie reçoit de M. Reybard (de Lyon) un travail intitulé *Mémoire sur les tumeurs et les fistules lacrymales. Nouveaux procédés de traitement.*

L'auteur, qui destine ce mémoire au concours pour les prix de médecine et de chirurgie, y joint, conformément à une condition imposée aux concurrents, une analyse raisonnée de son travail, et deux instruments qu'il désigne sous les noms de *emporte-pièce à vrille* et *emporte-pièce lenticulaire.*

— M. Duriau présente, pour le concours à deux des prix de la fondation Montyon (prix de médecine et de chirurgie; prix de physiologie expérimentale), deux opuscules imprimés, ayant pour titres: l'un, *De l'abstinence dans les maladies;* l'autre, *Recherches expérimentales sur l'absorption et l'exhalation par le tégument externe, sur la température animale, la circulation et la respiration.* Ce dernier est accompagné d'un résumé analytique en double exemplaire. L'auteur annonce l'envoi prochain d'un résumé semblable pour le premier opuscule.

Nouvelle doctrine de la vie physique. — M. le secrétaire perpétuel signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance, un opuscule publié à Washington par M. Girard, sous le titre de *Life in ist physical aspects* (la vie au point de vue physique).

Cet opuscule, destiné au concours pour le prix de physiologie expérimentale, est accompagné d'une note dont nous reproduisons le passage suivant :

« J'ai fait une observation que je crois importante; j'ai trouvé la fibrine, ou partie nutritive du fluide nourricier ou sang, composée de cellules à peine visibles sous un grossissement de 900 diamètres. Ces cellules sont difficiles à analyser et à isoler par les moyens ordinaires de manipulation. Pour les obtenir dans un état d'isolement, il est nécessaire que le sang soit maintenu dans des conditions telles, qu'il perde sa température naturelle d'une manière insensible et graduelle. Lorsque l'abaissement de la température s'opère d'une manière subite, il se forme alors ce que nous appelons le caillot, dont les éléments essentiels sont les cellules de la fibrine agglomérées en filières ou d'autres manières. Dans cet état, les cellules de la fibrine ont déjà, en majeure partie, perdu leur structure et forme primitives; elles sont presque méconnaissables. Dans leur état d'isolement, les cellules de la fibrine ressemblent à s'y méprendre aux cellules vitellaires de l'œuf; les unes et les autres jouent un rôle analogue dans la fabrique animale. »

Sur de tels faits, l'auteur fonde une doctrine nouvelle de la vie physique, brièvement exposée dans le travail qu'il soumet au jugement de l'Académie.

Fonctions du foie. — M. Oré, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Bordeaux, annonce l'envoi prochain d'un travail sur les fonctions du foie, et indique dans les termes suivants un des résultats auxquels il est arrivé dans le cours de ses recherches :

« J'ai voulu me rendre compte de l'influence qu'exerce la veine porte sur la sécrétion biliaire. Je suis parvenu à oblitérer à volonté le tronc de cette veine et à empêcher, par conséquent, le sang qu'elle renferme d'arriver au foie. Malgré cette oblitération, les animaux ont continué à vivre, et la sécrétion biliaire a continué à se faire. »

— La section de médecine et de chirurgie a déclaré dans le comité secret, par l'organe de son doyen M. Serres, qu'il y a lieu d'élire pour la place vacante dans son sein, par suite du décès de M. Magendie.

L'Académie, consultée par la voie du scrutin sur cette proposition, l'a votée à 39 voix de majorité contre 2 voix.

En conséquence, la section de médecine et de chirurgie a été invitée à présenter dans la séance prochaine une liste de candidats.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 mars 1856. — Présidence de M. BUSSY.

CORRESPONDANCE GÉNÉRALE.

Décret approuvant diverses modifications du règlement de l'Académie. — M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un arrêté en date du 15 mars, par lequel il a approuvé les modifications et additions que l'Académie de médecine, dans sa séance du 29 janvier dernier, a proposé d'apporter à son règlement.

Voici le texte de cet arrêté :

Art. 1er. Les articles 1, 2, 3, 4, 5, 44, 51 et 89 de l'ancien règlement de l'Académie de médecine seront rédigés ainsi qu'il suit :

Art. 1er. Les membres titulaires sont au nombre de cent, distribués en onze sections, ainsi qu'il suit :

1re	section.	Anatomie et physiologie.	10
2e	—	Pathologie médicale.	13
3e	—	Pathologie chirurgicale.	10
4e	—	Thérapeutique et histoire naturelle médic.	10
5e	—	Médecine opératoire.	7
6e	—	Anatomie pathologique.	7
7e	—	Accouchements.	7
8e	—	Hygiène publique, médecine légale et police médicale.	10
9e	—	Médecine vétérinaire.	6
10e	—	Physique et chimie médicales. . . .	10
11e	—	Pharmacie.	10
		Total. . .	100

Art. 2. Les associés libres peuvent être au nombre de 10.

Art. 3. Les associés nationaux (dénomination substituée à celle de régnicoles) pourront être portés au nombre de 20. Les associés étrangers pourront être également au nombre de 20.

Art. 4. Le nombre des correspondants nationaux est fixé à 100; celui des correspondants étrangers à 50.

Art. 5. Les correspondants nationaux et étrangers sont distribués en quatre divisions, ainsi qu'il suit :

1re division.	Anatomie et physiologie. Pathologie médicale. Thérapeutique et histoire naturelle médicale. Anatomie pathologique. Hygiène publique et médecine légale.	
	Correspondants nationaux. . . .	50
	— étrangers. . . .	25
2e division.	Pathologie chirurgicale. Médecine opératoire. Accouchements.	
	Correspondants nationaux. . . .	24
	— étrangers. . . .	12
3e division.	Médecine vétérinaire.	
	Correspondants nationaux. . . .	6
	— étrangers. . . .	3
4e division.	Physique et chimie médicales. Pharmacie.	
	Correspondants nationaux. . . .	20
	— étrangers. . . .	10
	Total. . .	150

Art. 44. Nul ne pourra obtenir le titre de membre titulaire de l'Académie : 1° s'il n'est docteur en médecine ou en chirurgie, ou reçu dans une école spéciale de pharmacie ou de médecine vétérinaire; 2° s'il n'en a pas fait la demande expresse.

Art. 51. L'élection des membres titulaires se fait au scrutin individuel; celle des associés et correspondants se fait également au scrutin individuel et sur listes multiples, comme il est dit à l'article 49. Pour les uns et pour les autres, il faut la majorité absolue des membres présents.

Art. 89. Jusqu'à ce que les classes de correspondants nationaux et étrangers soient rentrées dans les limites fixées par l'article 4 du présent règlement, il ne sera fait qu'une nomination sur trois extinctions.

Art. 2. Les chiffres des autres articles du règlement seront changés en raison de ces additions.

M. le secrétaire perpétuel fait remarquer après la lecture de cet arrêté qu'il ne sera pas difficile à l'Académie de classer les correspondants dans les quatre divisions établies par les nouveaux articles du règlement. Mais la tâche du bureau actuellement chargé de la répartition des correspondants dans ces quatre sections n'est pas sans difficulté. Il a fallu écrire à cet effet à tous les membres correspondants de l'Académie. Quarante-deux seulement ont répondu jusqu'à présent. Il faudra attendre que le plus grand nombre ait répondu pour les répartir dans telle ou telle division d'après leurs travaux et leurs aptitudes.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Joulin transmet un mémoire sur l'ergot de seigle comme anti-abortif dans les premiers mois de la grossesse. (Commissaire : M. Danyau.)

— M. le docteur Denamiel (de Rives-Altes) adresse pour le concours du prix d'Argenteuil de 1856 :

1° Un mémoire sur le diagnostic des calculs urinaires par le toucher seul et combiné à l'action des instruments;

2° Un mémoire sur le traitement des calculs urinaires par le toucher combiné avec l'action des instruments, dans lequel se trouve exposée une nouvelle méthode opératoire qu'il appelle la lithothlibie ;

3° Et une nouvelle observation de calcul vésical guéri en une seule séance par la lithothlibie, suivie de considérations à l'appui de cette méthode opératoire. (Commission d'Argenteuil.)

— M. le président annonce que M. Haime (de Tours) et M. Négrier (d'Angers), membres correspondants de l'Académie, assistent à la séance.

— M. le président fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Gerdy, membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale. Une députation de l'Académie a assisté à ses obsèques.

Il annonce également à l'Académie qu'elle vient de perdre M. Lasserre, correspondant à Agen.

LECTURE.

M. Tardieu lit un mémoire sur le charlatanisme considéré au point

---

annonça que l'un de ces organes, profondément altéré, avait cessé de sécréter, et qu'un calcul récemment échappé de l'autre rein était tombé dans l'uretère correspondant et l'avait oblitéré. La malade vécut quinze jours encore dans le même état, et après la mort on trouva exactement ce que le grand praticien avait annoncé.

» La science de Fouquier était une science pratique, ce qui ne l'empêchait pas d'être érudit et lettré. Successeur de Corvisart et de Laënnec, il ne porta pas sans doute dans son enseignement le même éclat que ces illustres médecins; mais il eut le mérite non moins grand d'instruire une jeunesse studieuse qui longtemps se pressa à ses utiles leçons. Il la forma à l'école de l'observation, de l'honnêteté et de la tolérance scientifique. Auprès des malades, il avait une dignité affectueuse; sa politesse accomplie n'excluait en rien une haute honorabilité professionnelle. On aurait pu, en le voyant si bienveillant, si modéré dans ses paroles et dans ses actions, croire que la fermeté lui faisait défaut; il n'en était rien, et Fouquier avait le courage de ses opinions, de sa conviction et de sa profession.

» Si d'autres bravent les batailles, les médecins affrontent les épidémies et les contagions, plus dangereuses encore. Fouquier, en 1813, s'exposa au typhus pour secourir nos soldats épuisés, et reçut en 1832 et 1849 les médailles décernées à ceux que le choléra n'avait pas effrayés; alors qu'il s'était agi de combattre le fléau. Ami sincère et dévoué, il était fidèle à ses promesses, mais ne les donnait que rarement. Ce n'était pas un homme de parti, mais un homme honnête et disposé à soutenir fortement ceux qu'il croyait dignes de son appui. Il ne se passionna pas pour ou contre Dupuytren, pour ou contre l'école du Val-de-Grâce, etc.; mais on le vit toujours se mettre du côté où il croyait que la justice et la vérité se trouvaient. D'une exactitude scrupuleuse, il entrait chaque jour à une heure fixe et matinale dans son service, et, après avoir bien employé le temps, il sortait de la Charité à une heure déterminée. On ne le voyait manquer ni une leçon, ni négliger ses malades, ni s'occuper avec indifférence des élèves qu'il avait pour mission d'instruire. Ajoutons, pour peindre avec son dernier trait la sérénité de son caractère, que les luttes scientifiques les plus ardentes le laissèrent toujours bienveillant, modéré, plein de bienséance dans les formes aussi bien que dans le langage, et c'est un éloge rare à décerner dans la vie orageuse des savants.

» Nommé à la chaire de pathologie médicale en 1821, Fouquier fit un cours estimé et suivi. Professeur de clinique en 1830, il fut soigneux, attentif, utile à la science et aux élèves. Membre de la Société de la Faculté, puis de l'Académie dès sa formation, il y parla peu, mais vota constamment avec raison et impartialité. Médecin consultant de Charles X, ensuite premier médecin du roi Louis-Philippe en 1840, entouré de la confiance du monarque et de la reine avant et après leurs malheurs; officier (1838), puis commandeur (1847) de l'ordre de la Légion d'honneur, sa position ne l'avait point changé, et Fouquier ne refusait pas plus ses soins aux indigents qu'il ne l'avait fait autrefois; il lui arriva même dans de pauvres logis de remettre à l'homme peu fortuné auprès duquel un confrère ami l'avait appelé les honoraires de sa consultation. Il était devenu en quelque sorte le médecin des médecins qui en si grand nombre avaient été ses élèves. A la cour, il était digne et savait se faire respecter dans les hautes régions du pouvoir. La tempête de 1848 fut un coup douloureux pour le cœur de Fouquier. Il aimait la royale famille qui lui avait donné toute sa confiance, non par intérêt, mais par affection. Il resta fidèle à son infortune et la suivit dans l'exil de son attachement et de ses larmes. Mais une douleur encore plus vive ne tarda pas à l'assaillir. Il eut à regretter une épouse qu'il chérissait; il vit sa fille bien-aimée perdre son enfant à peine ornée de la couronne nuptiale. A ces terribles épreuves, Fouquier semblait opposer une résignation inébranlable. Sa vénérable figure, que depuis trente ans le temps avait si peu altérée, resta impassible. On eût pu croire que le stoïcisme du médecin avait amorti l'angoisse de l'homme. Mais le calme était sur l'écorce et la mortelle atteinte dans les profondeurs.

» A quelques mois de là, il succombait, le 5 octobre 1850, à l'âge de soixante-quatorze ans, carrière que ne semblait pas présager sa faible constitution, dont il a fait l'apologie dans sa thèse de docteur sous ce titre : *Des avantages d'une constitution débile.* Ses collègues, MM. Cruveilhier, Depaul, etc., lui adressèrent sur sa tombe le dernier adieu. Son éloge fut prononcé à l'Académie de médecine par le médecin qui a écrit cette notice.

» Pauvre dans son enfance, il a parcouru avec bonheur tous les échelons de la prospérité médicale. Partout estimé, entouré d'amis, ne connaissant pas d'ennemis, il a conservé en expirant la sérénité et le contentement intérieur que donnent une conscience pure et une vie passée à faire le bien. »

M. le docteur Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, continuera son cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfants, à dater du jeudi 3 avril : les visites à sept heures et demie, tous les jours; les leçons et opérations les jeudis, de sept heures et demie à dix heures.

— M. le docteur Becquerel reprendra ses leçons cliniques, à l'hôpital de la Pitié, le vendredi 28 mars, à neuf heures du matin. Il traitera spécialement, pendant ce semestre, des maladies du cerveau et de la moelle.

de vue de la police médicale. (Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Guérard, Chevallier et Robinet.)

DISCUSSION.

Occlusion des paupières. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'occlusion des paupières.

M. Larrey, inscrit pour parler le premier, cède son tour de parole.

La parole est à M. Bonnafont.

M. Bonnafont. A propos d'une discussion récente et sérieuse dont les voûtes de cette enceinte garderont longtemps le souvenir, M. le professeur Bouillaud disait qu'*il était dans les destinées de l'Académie d'agrandir les discussions*, paroles vraies qui peignent en deux mots la noble mission de cette Société savante et le but que s'est proposé son fondateur en l'instituant. L'Académie, en effet, est un véritable tribunal scientifique où toutes les questions qui lui arrivent sont soumises à une discussion d'autant plus sérieuse qu'elles touchent à un point de doctrine plus délicat ou à un point de pratique plus important. Mais par cela même qu'elle est constituée en un jury intelligent et impartial qui condamne ou qui approuve, il y a intérêt à ce que tous les sujets en litige et dont l'application dans la pratique a une certaine importance lui soient soumis, afin que les praticiens sachent à quoi s'en tenir sur la confiance qu'il convient de leur accorder. Se plaçant au point de vue de ce principe de philosophie médicale pratique, M. Bonnafont se félicite d'avoir lu son mémoire, puisque le moyen dont il traite, connu depuis longtemps, dit-il, mais employé tantôt d'une manière, puis d'une autre, l'occlusion des yeux dans le traitement des ophthalmies, recevra de cette discussion une réglementation sage et prudente. Ayant réussi entre les mains d'un grand nombre de praticiens, dont plusieurs jouissent d'une honorable célébrité, je ne pense pas, ajoute-t-il, que ce procédé soit condamné d'une manière absolue et surtout dans l'admission de circonstances atténuantes. Ce sont ces circonstances que je viens défendre aujourd'hui en réponse à l'argumentation si pressante de M. le professeur Velpeau.

Ni diagnostic, ni pronostic, ni traitement, rien n'a trouvé grâce devant son argumentation.

Toutefois, voyons si, en rapprochant les lambeaux auxquels mon travail a été réduit, il ne sera pas possible d'y trouver quelques moyens de défense contre une attaque si incisive. Et d'abord, en lisant le discours de M. Velpeau, je trouve que la distance qui nous sépare n'est pas aussi grande qu'il le dit au commencement. Aussi, après avoir condamné de la manière la plus absolue le mode d'occlusion, M. Velpeau ajoute que ce moyen peut être appliqué très-avantageusement dans les conjonctivites, les chémosis, les lésions traumatiques de l'œil, les abcès, les dépôts plastiques de la cornée, les kératites, etc; mais je ne l'ai employé que dans des affections pareilles, sauf seulement dans un cas de conjonctivite blennorrhagique, dans deux cas de kératite ulcéreuse, un cas d'ophthalmie purulente et un cas d'iritis.

Etonné d'un résultat aussi avantageux contre des affections que tous les ophthalmologistes considèrent comme assez graves, voici comment je m'exprime dans mon mémoire : « Bien que l'occlusion eût réussi dans des cas pareils, les faits ne sont pas assez nombreux pour conclure; de nouvelles expériences sont indispensables afin d'accorder à ce mode de traitement l'efficacité que je ne fais que signaler aujourd'hui. » Je regrette que M. Velpeau n'ait pas lu ou ne se soit pas rappelé ces paroles, qui m'eussent très-probablement évité le reproche si direct qu'il m'a adressé.

Passant ensuite à la classification des ophthalmies et au diagnostic différentiel de chaque lésion des tissus qui composent l'œil, M. Velpeau me reproche d'avoir établi une grande confusion; et à ce propos, il se demande si les maladies des hôpitaux militaires diffèrent de ceux des hôpitaux civils. Je ne le pense pas, ni M. Velpeau non plus; mais j'aurai l'honneur de répondre que le peu de chirurgie que je sais je l'ai appris sous des maîtres militaires dont l'un des plus illustres est dans cette enceinte, et que si je n'ai pas adopté à cet égard les idées du célèbre professeur de la Faculté, c'est que les circonstances m'ont, malheureusement pour moi, tenu toujours éloigné de son enseignement, et que j'ai dû conserver ainsi les errements de mes anciens maîtres. Toutefois, je ne pense pas que mes connaissances en ophthalmologie, si faibles qu'elles soient, aient pu me faire confondre, comme M. Velpeau l'insinue, une conjonctivite oculaire avec une blépharite, pas plus qu'une kératite avec un chémosis, ni avec une iritis.

M. Velpeau, dans la désignation des maladies qui ont servi de base à mon mémoire, dit que tantôt je penche pour la doctrine étiologique et tantôt pour la doctrine anatomique; j'avouerai franchement que sous ce rapport je n'ai pas des idées bien arrêtées, et que je suis ici une méthode très-éclectique. Ainsi, une ophthalmie étant donnée, quel qu'en soit le siége, je cherche, avant d'arrêter aucune espèce de traitement, à m'enquérir de la cause qui a pu la produire, et je m'estime très-heureux lorsque je peux arriver à la constatation de ce principe, à cause de la facilité que cela me donne pour établir les bases d'une thérapeutique rationnelle. Ainsi, une kératite, une conjonctivite, une iritis se lient-elles avec une constitution scrofuleuse ou une infection syphilitique, je ne manque pas, comme M. Velpeau l'indique aussi, après avoir précisé la lésion anatomique des tissus, d'y ajouter l'adjectif servant à désigner la cause ou le vice auquel est dû la maladie. Mais il est évident que, lorsque la maladie ne peut être attribuée à aucune de ces affections générales, elle doit conserver simplement la dénomination anatomique purement locale. Il me semble que M. Velpeau, si j'ai bien compris le sens de son discours, n'agit pas autrement, malgré qu'il se montre partisan presque exclusif de la doctrine anatomique, qu'il pousse ici bien loin, puisqu'il ne veut pas que l'on confonde l'inflammation de la conjonctive palpébrale avec celle des follicules de Meïbomius, distinction très-subtile, parce que la plupart du temps ces deux inflammations marchent l'une avec l'autre.

M. Velpeau est très-étonné que des hommes atteints d'ophthalmies intenses, comme, par exemple, de conjonctivite avec ou sans chémosis, de kératite aiguë avec ulcération récente de la cornée, aient présenté une fièvre et une céphalalgie intenses. Ici je demande la permission à M. Velpeau de lui adresser la même remarque qu'il me faisait lui-même tout à l'heure; c'est que si les malades civils atteints de ces affections au même degré ne présentent aucun symptôme de réaction, c'est qu'ils sont bien différents de ceux que nous recevons dans nos hôpitaux militaires. Cela tiendrait-il à l'âge des individus et à leur constitution généralement robuste?...

Mais si M. Velpeau niait l'existence de symptômes de réaction dans quelques cas de maladie des yeux, il serait en contradiction avec la plupart des praticiens, comme le prouve le passage suivant.

(M. Bonnafont cite ici un passage de M. Jourdan, *Dictionnaire des sciences médicales*, vol. XXXVII, p. 423.)

Parmi les observations que j'ai citées, deux malades ont présenté des symptômes de réaction qui semblaient exiger impérieusement les déplétions sanguines, et ce ne fut pas sans une grande hésitation, comme je le dis dans la première observation, que je me décidai à clore simplement l'œil, et à borner le traitement à ce seul moyen. Le malade a guéri, et même assez vite, sans présenter aucun incident. Maintenant la guérison est-elle due à l'occlusion de l'œil ou au hasard? Si c'est à ce dernier, comme M. Velpeau semblerait le croire, il faut convenir qu'il m'a très-heureusement servi, puisque depuis trois ans il m'aurait été constamment fidèle.

M. Velpeau, afin de prouver le danger qu'il y a à clore un œil lorsqu'il est malade, conteste l'action nuisible de l'air et de la lumière, et va même jusqu'à contester l'utilité de maintenir dans l'obscurité les individus affectés de maladies des yeux. C'est là une doctrine que pour la première fois j'ai entendu professer, et il faut certainement une parole aussi grave, aussi expérimentée et aussi imposante que celle de M. Velpeau pour proclamer un tel principe. Que l'on ait exagéré l'efficacité de l'obscurité dans le traitement des maladies des yeux, cela est possible; mais jusqu'à preuve contraire j'aimerais mieux laisser mon malade s'ennuyer quelques jours de plus dans un milieu peu éclairé que de le plonger dans une lumière dont le contact entretient le plus souvent des douleurs atroces chaque fois qu'elle plonge immédiatement dans l'œil. Dans nos hôpitaux militaires nous agissons autrement, et c'est là encore une différence qu'il est bon de signaler.

Ainsi, nos maîtres nous ont appris qu'il fallait, autant que possible, séparer les malades atteints de maladies d'yeux; les placer dans une salle spéciale dans laquelle on puisse à volonté intercepter ou diminuer l'action de la lumière, et nous nous estimons très-heureux, nous, chirurgiens militaires, de trouver dans les établissements nosocomiaux une pièce où les malades puissent être mis dans ces heureuses conditions. C'est pour obéir à ce principe d'hygiène oculaire que mon estimable camarade M. Larrey, dont M. Velpeau ne contestera ni le savoir ni la haute prudence, fit établir au Gros-Caillou, comme il l'a fait depuis au Val-de-Grâce, une salle réunissant les conditions énoncées ci-dessus. Et c'est après avoir constaté les bons effets de cette sage mesure pendant que j'étais au Gros-Caillou, que j'ai imité cette pratique à l'hôpital du Roule.

En réponse à la réprobation que M. Velpeau jette sur l'occlusion des yeux, je suis heureux de pouvoir m'étayer de l'opinion d'un des praticiens, une des gloires de la chirurgie militaire, et auquel M. Velpeau ne refusera pas, je l'espère, le degré de confiance qu'il inspire dans tout ce qu'il dit.

M. Bégin est grand partisan de l'occlusion des yeux, non-seulement dans l'inflammation superficielle de cet organe, mais bien plus encore dans les altérations qui atteignent les parties profondes de l'œil. Contrairement donc à M. Velpeau, qui repousse d'une manière complète l'occlusion dans ces derniers cas, M. Bégin assure que l'efficacité de ce traitement se manifeste alors d'une manière plus évidente.

M. Furnari, dont je regrette de n'avoir pas connu les travaux sur l'occlusion des paupières, s'en montre aussi très-grand partisan, puisqu'il la considère comme un des moyens les plus efficaces, soit seule ou associée à d'autres médications. M. Furnari m'a même considérablement dépassé, ce dont je me félicite dans l'intérêt de la médication que je défends.

A cette nomenclature, qui comprend déjà une assez grande variété des maladies de l'œil, si nous ajoutons celles indiquées par M. Bouvier comme devant subir une transformation salutaire sous l'influence de l'occlusion, telle que l'ophthalmie purulente des enfants avec ou sans photophobie scrofuleuse, ainsi que celles énoncées par MM. Larrey et Piorry, je serai bien excusable de proclamer devant l'Académie l'occlusion des paupières comme un des moyens les plus efficaces contre le plus grand nombre d'ophthalmies.

M. Velpeau, afin de réfuter l'efficacité de l'occlusion artificielle des paupières, vous a dit que les enfants les fermaient naturellement quand ils avaient les yeux malades, et qu'ils n'en guérissaient pas pour cela plus vite. M. Bouvier a répondu à cette objection beaucoup mieux que je n'aurais pu le faire; il dit, et avec raison, je crois, que dans l'occlusion naturelle l'œil continue à se mouvoir, et le clignotement des paupières n'est nullement arrêté, deux conditions dans lesquelles il y a toujours un certain frottement entre les deux surfaces palpébrale et oculaire qui ne peut qu'entretenir et nullement diminuer l'irritation de ces parties. Si donc l'occlusion naturelle, a ajouté M. Bouvier, ne paraît pas influer favorablement sur la marche de la maladie, il ne faut pas en conclure contre l'occlusion produite par l'art, qui agit tout différemment, qui tend à immobiliser l'œil et à faire cesser le spasme et toute espèce de mouvement des paupières.

M. Velpeau m'a aussi adressé le reproche de vouloir employer l'occlusion des yeux contre toutes les ophthalmies. Il me semblait que ma réponse à M. Larrey au sujet de la même observation m'aurait évité, dans le cours de cette discussion, de répondre à une pareille accusation. Je suis donc obligé de rappeler succinctement ce que j'ai dit dans mon mémoire ainsi que dans ma réponse au médecin en chef du Val-de-Grâce. Ainsi j'ai dit de la manière la plus formelle, et je le répète encore, pour qu'il n'y ait aucun doute dans l'opinion que j'ai déjà exprimée à cet égard, que je n'avais pas eu l'occasion d'employer ce mode de traitement contre les ophthalmies strumeuses, granuleuses ou purulentes, ni contre celles qui règnent épidémiquement dans les armées, mais que les bons résultats que j'en avais retirés dans les cas où j'en avais fait usage faisaient espérer qu'elle pourrait soit seule, soit associée à d'autres moyens curatifs appropriés, rendre des services à cette branche de la thérapeutique.

Il est évident que par cette dernière phrase, j'ai voulu entendre, et toute l'Académie l'aura ainsi compris, excepté M. Velpeau peut-être, que dans les ophthalmies dues à une cause spécifique, telle que la syphilis, la blennorrhagie, les scrofules, etc., il fallait de toute nécessité combattre la cause première du mal par des moyens spéciaux, tout en mettant l'œil dans les meilleures conditions pour favoriser sa guérison. Il me semble qu'aucun doute ne peut exister sur le degré d'importance que j'attache à l'occlusion et sur la restriction que je fais à son application.

Du reste, en soumettant ce mode de traitement à l'Académie, j'ai eu soin de dire et de répéter que je ne l'avais encore employé ni dans un assez grand nombre de cas ni dans une variété suffisante des affections de l'œil pour pouvoir en préconiser l'usage d'une manière générale; je voulais seulement en signalant les bons résultats que j'en avais obtenus appeler l'attention des praticiens sur un sujet qui me semblait avoir une certaine importance pratique; les engager eux-mêmes à l'expérimenter, afin d'en apprécier la valeur et le mérite, tel a été le seul but que je me proposais, et il est présumable que, malgré le dissentiment qui existe dans cette discussion, quelques praticiens, voulant connaître son degré d'efficacité, viendront plus tard en proclamer les résultats négatifs ou affirmatifs dans cette enceinte; c'est ce qu'a déjà fait un des membres les plus distingués de cette assemblée, M. Bouvier, dans un discours fort remarquable que vous avez entendu dans la dernière séance.

M. Velpeau, à propos de l'occlusion des yeux, soulève un point de doctrine fort important dont la solution exigerait un espace qu'il est impossible de lui accorder dans cette discussion : je veux parler de l'influence sur les plaies du contact de l'air dont l'action nuisible a été singulièrement exagérée, suivant lui, par la plupart des praticiens. En général, je dois avouer que je n'appartiens pas à cette dernière école; et tous les jours dans mon service je démontre le peu de crainte que j'ai à cet égard pour les blessés qui me sont confiés. Toutefois, bien des praticiens d'un mérite incontestable ont adopté et reconnu l'efficacité de certains procédés opératoires dans l'unique but de soustraire les parties opérées au contact de l'air, tel que les sections sous-cutanées, etc.

Mais peut-on, comme le fait M. Velpeau, comparer l'action de l'air et de la lumière sur la plaie d'un membre, par exemple, avec celle que ce double agent exerce sur un œil malade? Je ne le pense pas, et cela parce qu'il existe dans l'organe de la vision, de plus que sur toutes les parties du corps, une sensibilité fonctionnelle spéciale dont la susceptibilité est toujours exagérée dans un œil enflammé. Si donc dans ce cas l'action de l'air est nuisible, c'est bien moins en agissant sur les tissus enflammés ou ulcérés qu'en provoquant le fonctionnement de l'organe alors que sa sensibilité exaltée n'en supporte que très-péniblement le contact; de sorte que l'occlusion, comme l'a dit M. Bégin, agit autant, et plus peut-être, en condamnant l'œil à un repos absolu, qu'en soustrayant cet organe au double contact de l'air et de la lumière.

M. Velpeau a terminé son argumentation en disant qu'il craignait beaucoup que l'occlusion des yeux ne subisse le même sort que l'emploi du collodion contre les orchites. Quel que soit le sentiment qui ait pu déterminer M. Velpeau à rappeler ce débat académique, je le remercie sincèrement de me fournir l'occasion de lui dire que mon opinion sur l'efficacité du collodion n'a nullement changé, que je l'emploie toujours avec le même succès, et que certains praticiens ne dédaignent pas d'en faire usage avec des résultats non douteux.

Il y a pourtant cette différence entre l'ancien débat et celui-ci; c'est que dans le premier j'étais seul pour soutenir la lutte, tandis que maintenant je compte, tant dans cette enceinte qu'au dehors, de hauts et puissants alliés dont le concours contribuera, je l'espère, à me faire faire un honorable traité d'alliance avec mon si redoutable adversaire.

M. Larrey monte à la tribune pour déclarer qu'il renonce à la parole. La question lui paraît suffisamment éclairée, et en cet état il pense que ce qu'il aurait pu ajouter ne changerait en rien l'opinion que chacun a pu se former sur le sujet du débat. Il propose, en conséquence, de clore la discussion.

M. Velpeau, par les mêmes motifs, croit inutile de répliquer. Il pense que l'opinion de M. Bonnafont ne serait pas plus modifiée par ce qu'il pourrait dire de plus, que la sienne ne l'a été par la réponse que l'Académie vient d'entendre. Depuis six semaines, ajoute M. Velpeau, j'ai de nouveau essayé l'occlusion, et je dois dire que je n'en ai pas obtenu de meilleurs résultats qu'auparavant. L'occlusion a produit d'assez bons effets, comme autrefois, contre la conjonctivite, mais sans que la guérison ait été plus prompte que par l'emploi des moyens habituellement usités. Quant à la kératite, elle n'a pas été plus avantageusement modifiée cette fois par l'occlusion qu'elle ne l'avait été dans les essais précédents. Je crois, en résumé, qu'il n'y aurait qu'un seul moyen de résoudre définitivement cette question de thérapeutique, ce serait de faire pendant longtemps des essais comparatifs, de traiter, par exemple, tout un rang de sujets atteints d'ophthalmie par l'occlusion, et un autre rang par les moyens ordinaires. Je propose ce procédé d'expérimentation à M. Bonnafont, s'il le juge praticable.

La discussion est déclarée close.

— L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie, pour entendre le rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de physique et chimie médicales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'élection d'un membre dans la section de médecine et de chirurgie à l'Académie des sciences aura lieu lundi prochain, et l'Académie de médecine aura à élire le lendemain mardi un membre dans la section de physique et chimie médicales. Nous avons dit plus haut ce qui nous était parvenu du comité secret de l'Académie de médecine. Quant à l'Académie des sciences, si les *on dit* sont exacts, la section aurait persisté à présenter la double liste que nous avons fait connaître, et sur sa déclaration formelle de la maintenir quand même, l'Académie aurait fini par prendre le parti de l'accepter.

— M. le docteur J.-J. Cazenave (de Bordeaux) vient d'être nommé à l'unanimité membre correspondant de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Madrid.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garencière, 8.

N° 38. — SAMEDI 29 MARS 1856. (29e ANNÉE.) N° 38. — SAMEDI 29 MARS 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Dégénérescence syphilitique du foie.

La syphilis des organes internes et des viscères, admise autrefois avec trop de facilité peut-être et sans preuves suffisantes, révoquée en doute par un grand nombre de médecins il y a quelques années seulement, semble aujourd'hui prendre de nouveau, dans le cadre nosologique, les droits et le rang qui lui avaient été contestés. Ainsi, depuis quelques années nous avons vu successivement se produire des observations d'affections syphilitiques du cerveau, des méninges, de la moelle, des poumons, du cœur, du foie, etc. En ce qui concerne les affections du foie en particulier, depuis que MM. Rayer et Ricord ont considéré certains engorgements de cet organe comme syphilitiques et curables par une médication spécifique, elles sont devenues l'objet d'une attention particulière, et plusieurs travaux importants ont été publiés sur ce sujet. Il nous suffira de citer entre autres le mémoire de M. Gubler sur une nouvelle affection du foie chez les nouveau-nés; les recherches de M. Foucaut sur les tubercules syphilitiques du foie, et celles plus récentes de M. Diétrich (de Prague), qui a cherché à établir, par des observations cliniques et nécroscopiques nombreuses, l'existence d'une affection spéciale du foie d'origine syphilitique. Mais de tous ces faits résulte-t-il qu'il existe réellement pour les divers viscères de l'économie, et pour le foie en particulier, une lésion essentiellement syphilitique, ayant des caractères anatomiques à part et des symptômes propres qui en démontrent la spécificité; ou bien ces diverses affections prétendues syphilitiques ne seraient-elles que l'explosion de maladies en germe ou à l'état de prédisposition antérieurement à toute influence syphilitique, et que celle-ci n'aurait fait qu'exciter ou activer? On comprend assez l'importance pratique de cette distinction, sur laquelle M. Vidal a insisté avec beaucoup de raison dans la seconde édition de son *Traité des maladies vénériennes*, dont nous avons récemment rendu compte.

Quoi qu'il en soit, l'influence soit directe, soit indirecte de l'intoxication syphilitique sur le développement de certains états morbides du foie, ainsi que d'autres viscères, ne paraît pas douteuse. Mais l'histoire de ces affections est à peine ébauchée encore, et les faits connus ne permettent pas de résoudre la question que nous venons de poser. C'est donc rendre un service réel à la science que de publier les faits de ce genre qui peuvent se présenter à l'observation. On lira avec intérêt l'observation suivante, que M. le professeur Schützenberger (de Strasbourg) a recueillie dans son service clinique, et dont nous empruntons les détails à la *Gazette médicale de Strasbourg*.

Une femme de quarante ans, d'une bonne constitution primitive, entra à la clinique en 1851 pour une affection syphilitique constitutionnelle caractérisée par des ulcérations très-étendues du voile du palais, par un engorgement de quelques glandes lymphatiques du cou, une syphilide squammeuse déjà ancienne, des douleurs ostéocopes dans les tibias et plusieurs périostoses circonscrites; un teint jaune terreux et une diminution notable des forces et de l'embonpoint annonçaient un état général profondément altéré; enfin la malade se plaignait d'une douleur sourde dans la région hypocondriaque droite.

A l'exploration, on reconnut une augmentation notable du volume du foie, dépassant le bord des côtes de plusieurs travers de doigt. Cet organe hypertrophié était dur, peu douloureux à la pression; il offrait des bosselures analogues aux marrons des foies cancéreux. Il n'existait ni ascite ni ictère.

Un traitement mercuriel par les frictions fut institué. Vers la troisième semaine du traitement, la syphilide avait disparu, les ulcères du voile du palais étaient cicatrisés et les douleurs ostéocopes avaient cessé. Le foie lui-même avait sensiblement diminué de volume, les douleurs sourdes n'existaient plus; mais l'organe dépassait encore le rebord des fausses côtes, offrant plusieurs bosselures manifestes.

A cette époque, la malade quitta le service, malgré les instances de M. Schützenberger, sans avoir achevé le traitement. Elle fut perdue de vue pendant quatre années.

En octobre 1855 elle rentra à la clinique, et raconta que pendant deux ans son état était resté très-satisfaisant; mais dès 1853 les anciennes douleurs sourdes reparurent dans l'hypocondre droit; le côté droit du ventre devint plus douloureux; il se développa de l'ictère. L'appétit diminua, ainsi que l'embonpoint. Constipation alternant avec la diarrhée; perte des forces. Aucun des anciens symptômes de la syphilis n'avait reparu ni à la peau, ni au voile du palais, ni dans le système lymphatique. Mais au côté gauche du cou, le chapelet de glandes lymphatiques engorgées, qui n'avait jamais disparu complétement, avait augmenté peu à peu de volume dans ces derniers temps, au point de former une tumeur bosselée, irrégulière, s'étendant depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à la clavicule.

On constatait alors :

1° Une cicatrice solide au bord libre du voile du palais avec destruction de la luette;

2° Une ouverture triangulaire à bords cicatricés à la partie adhérente du voile du palais;

3° Une tumeur considérable allongée et bosselée, de la grosseur du poing, s'étendant depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à la clavicule, formée par une série de glandes lymphatiques malades;

4° Une coloration jaune verdâtre de tout le tégument externe et des sclérotiques; ictère très-prononcée avec selles décolorées, urines brunes, devenant vertes par l'addition d'un excès d'acide nitrique;

5° Ventre volumineux, arrondi, distendu par du liquide épanché dans la cavité péritonéale (ascite considérable); légère infiltration des extrémités inférieures;

6° Enorme tuméfaction du foie facilement reconnaissable par la palpation profonde et par le choc en déplaçant le liquide; la tumeur hépatique, dure, bosselée, lobulée, indolente à la pression, s'étendait à droite depuis le rebord des fausses côtes jusque dans la fosse iliaque; elle occupait toute la région sus-ombilicale, et s'étendait à gauche jusqu'à une ligne partant du [illegible] la crête iliaque;

7° Rate également volumineuse et dépassant le rebord des fausses côtes gauches. Enfin, appétit capricieux, souvent nul; déjections difficiles, diarrhée fréquente, amaigrissement considérable et perte des forces. Pas de fièvre.

L'affection parut à M. Schützenberger trop avancée et trop générale pour autoriser l'espoir d'une guérison. Néanmoins il crut devoir prescrire une médication mercurielle iodée, tout en ne se faisant aucune illusion sur l'issue probable de l'affection.

Cette médication ne put être continuée que pendant trois semaines. Au bout de ce temps, la malade sortit de nouveau de l'hôpital, pour y rentrer pour la troisième fois, le 10 janvier 1856, avec une ascite énorme et dans un état de faiblesse extrême. Il fallut pratiquer la ponction. Puis la malade reprit pendant quelque temps l'iodure de potassium, mais sans avantage marqué.

Pendant toute cette dernière période de la maladie, on constata la persistance des mêmes phénomènes locaux : hypertrophie, dureté lobulée du foie, ascite, ictère, faiblesse progressive, marasme, dyspepsie ultime, dyspnée, etc.

La mort survint le 5 février.

Voici le résultat de l'autopsie :

Le foie occupe sa situation normale, mais il est énormément augmenté de volume; il s'étend en bas jusque dans la fosse iliaque, et à gauche jusque dans l'hypocondre gauche. L'estomac est complétement refoulé dans l'hypocondre gauche, et se trouve recouvert en partie par le foie; celui-ci recouvre également le colon transverse.

Cette hypertrophie du foie ne porte que sur le lobe gauche; le lobe droit est atrophié et réduit au volume du rein. La partie droite du grand lobe a presque complétement disparu et se trouve réduite à une lame mince, recouverte de fausses membranes cellulaires parfaitement organisées qui partent sous forme de brides très-épaisses et très-résistantes du diaphragme, et s'insèrent dans l'espèce de sillon qui se prolonge en haut du sillon de la vésicule.

Le lobe gauche occupe toute la région épigastrique et sus-ombilicale, il est d'une épaisseur considérable. Au lieu d'offrir une surface lisse, il offre, ainsi que la portion du lobe droit qui n'est pas complétement atrophiée, une surface inégale, très-irrégulièrement lobulée.

La densité générale du foie est considérable et analogue à celle du foie cirrheux.

La capsule de Glisson paraît épaissie et offre une teinte laiteuse, remarquable surtout dans les sillons qui séparent les lobules et les lobes.

A l'extrémité gauche d'une grande scissure de nouvelle formation qui coupe horizontalement le lobe gauche en deux portions, on voit une plaque irrégulière qui offre à l'extérieur les apparences d'une cicatrice stellaire, dont l'un des rayons se continue avec la scissure décrite plus haut. En plusieurs autres points de la surface convexe et concave du foie, on observe une accumulation de ce tissu cicatriciel. A la section, le tissu du foie présente une lobulation analogue à celle qui existe extérieurement. Les lobules sont circonscrits par du tissu cellulaire cicatriciel.

L'analyse microscopique, faite par M. Kœberle, a donné les résultats suivants :

La branche droite de l'artère hépatique est notablement rétrécie, tandis que la branche gauche est dilatée et représente la continuation du tronc.

Les veines des parois de l'estomac, la veine splénique, les veines mésaraïques sont dilatées et distendues par du sang. La dissection de la veine porte démontre une oblitération presque complète avec épaississement considérable des parois de sa branche droite. Cette branche ne fournit qu'à une portion très-restreinte du lobe de Spigel, presque disparu, et à l'éminence-porte antérieure, qui représente à elle seule le lobe du côté droit. La veine donne à peine passage à une plume à écrire. La veine porte du côté gauche est très-dilatée et laisse facilement pénétrer le doigt.

Les vaisseaux biliaires sont notablement dilatés dans le lobe gauche; dans le lobe droit, ils sont revenus sur eux-mêmes, et se perdent en majeure partie, sous forme de cul-de-sac, au milieu du tissu cellulo-graisseux qui remplace le lobe droit.

Les éminences maxillaires, lobulées, bornées par le tissu de cicatrice, correspondent chacune centralement à un canal biliaire et représentent une granulation hépatique hypertrophiée. Autour du canal biliaire se trouvent accumulées de nombreuses cellules, groupées par séries irrégulières, concentriques. Dans quelques-unes des granulations hypertrophiques, le canal se trouve complétement déjeté sur le côté par une atrophie unilatérale des cellules. [illegible] tions graisseuses.

Le lobe droit est transformé d'une manière complète en tissu cellulo-graisseux, dans lequel rampent les restes des canaux biliaires, dont le calibre est rétréci. On y rencontre d'énormes vésicules graisseuses et des cellules d'un diamètre inférieur, dont les plus petites sont pâles et renferment un noyau, et se chargent de granulations graisseuses à mesure qu'elles sont plus développées.

Le tissu de cicatrice se présente dans toute l'étendue du foie avec des caractères analogues : ce sont des corps fibro-plastiques d'une longueur et d'un diamètre variables, non encore parvenus au fendillement complet des extrémités. Ce tissu accompagne toutes les ramifications des vaisseaux biliaires, les unit intimement entre eux et englobe les granulations hépatiques hypertrophiées.

En résumé, de l'ensemble de ces lésions il résulte :

1° Que la veine porte a été oblitérée, soit consécutivement à une hépatite, soit primitivement, auquel cas elle aurait déterminé l'inflammation du foie;

2° Que la circulation du sang provenant des organes de la digestion, entravée dans la veine porte, a déterminé une stase sanguine et une dilatation en amont, une congestion et une hypertrophie de la rate, une hydropisie ascite, dont l'action sur la veine cave inférieure et les veines iliaques a produit une infiltration des extrémités inférieures;

3° Que, sous l'influence de la syphilis, le tissu cicatriciel du foie ne s'est pas développé de la manière ordinaire, mais qu'il a été hypertrophié dans quelques parties, arrêté dans son développement d'autres points;

4° Que, sous l'influence du travail morbide (probablement inflammatoire), les granulations se sont hypertrophiées et les cellules se sont multipliées d'une manière exagérée;

5° Enfin que, sous l'influence de la disparition des vaisseaux, les cellules hépatiques se sont atrophiées en même temps que les granulations.

M. le professeur Schützenberger, du vivant de la malade, avait diagnostiqué une hépatite chronique de nature syphilitique, et le traitement, ainsi qu'on a pu le voir, avait été institué en conséquence. Les motifs de cette détermination diagnostique étaient fondés sur les considérations suivantes :

Les symptômes de l'altération hépatique s'étaient manifestés en même temps que ceux d'une syphilis constitutionnelle.

Le traitement mercuriel institué en 1851 avait produit une amélioration notable et une diminution manifeste du volume de l'organe.

Cette détermination nous paraît parfaitement juste, et l'influence

syphilitique ne nous semble pas douteuse. Mais si l'on veut pousser plus loin la précision du rôle de la syphilis et appliquer à ce fait particulier la question posée en tête de cet article, savoir : si c'est là une lésion réellement spécifique, ou si la syphilis n'a agi ici que comme une complication, ou comme influence modificatrice d'une affection hépatique préexistante ou concomittante, nous avouons, même après les détails microscopiques très-circonstanciés rapportés par M. Schützenberger, n'être pas en mesure de la résoudre.

Le fait n'en est pas moins très-digne d'intérêt, et nous avons dû nous empresser de l'enregistrer comme un document qui pourra concourir plus tard à la solution de cette question.

Luxation tibio-tarsienne incomplète en avant, compliquée de fracture du péroné. — Réduction facile et immédiate.

Un exemple rare et remarquable de luxation tibio-tarsienne s'est présenté récemment dans le service de M. le professeur Velpeau, à la Charité. Nous en devons la relation à l'obligeance de M. Félix Guyon, interne du service. Nous faisons suivre l'observation des réflexions cliniques judicieuses dont il l'a accompagnée et qui nous dispensent, pour notre part, de toute autre commentaire.

Le nommé Victor Nurel est entré à l'hôpital de la Charité le 4 février 1856. Cet homme est âgé de quarante ans, d'une forte constitution, d'une santé habituelle bonne ; il exerce la profession de charretier.

Le jour même de son entrée, il était occupé à empiler des ballots de chiffons que l'on déchargeait de sa voiture; chacun de ces ballots pesait en moyenne 200 kilogr. Déjà la pile s'élevait, et notre homme, monté sur deux ballots exactement appliqués l'un contre l'autre, s'arc-boutait avec force contre un troisième qu'il voulait placer sur un rang plus élevé, lorsqu'un ballot jeté de la voiture lui tombe sur les épaules, le pousse en avant et passe par-dessus sa tête. Appuyé contre le ballot qu'il poussait, cet homme ne tombe pas; mais sa jambe gauche s'engage entre les ballots sur lesquels il était monté, et quoiqu'elle se trouve serrée entre eux, le pied vient toucher terre sous l'influence de l'impulsion reçue de haut en bas. Tout cela se passe en un instant, et le blessé, qui au moment où le pied a touché terre a senti un craquement et une violente douleur, s'écrie qu'il a la jambe cassée. Le membre ne put être dégagé qu'en déplaçant les ballots qui le pressaient. Nous devons faire remarquer que le ballot jeté de la voiture avait d'abord été retenu par la roue; ainsi l'on s'explique comment cet homme n'a pas été écrasé.

A son entrée à l'hôpital, qui a eu lieu immédiatement après l'accident, voici ce que l'on constate :

La marche est impossible; le pied et la jambe reposent sur leur face externe, et l'on est immédiatement frappé de la saillie du calcanéum, qui semble dépasser en arrière la malléole du double de sa longueur ordinaire. Du sommet de la malléole interne à l'extrémité du talon on mesure en effet 0,11 du côté malade, et 0,08 du côté sain. De l'extrémité du gros orteil au sommet de la malléole interne on mesure 0,21 du côté malade, et 0,19 du côté sain. Enfin la circonférence du cou-de-pied malade donne 0,28, celle du côté sain 0,26. Le pied est porté dans l'abduction sans être renversé. La malléole interne est saillante, et au-dessous d'elle existe une dépression dans laquelle on enfonce facilement le doigt; ses ligaments semblent entièrement déchirés. La mortaise tibiale est portée en avant; son bord antérieur fait saillie sous les ligaments, et il est facile de sentir, en déprimant la peau, la surface articulaire du tibia. En arrière, la tension du tendon d'Achille empêche de reconnaître la position du bord postérieur de la surface articulaire relativement à l'astragale.

En arrière la déformation est caractéristique. Il existe un angle obtus ouvert en arrière, et dont un des bords est formé par le tendon d'Achille, qui, tendu du sommet du calcanéum, vient tomber sur l'axe de la jambe, à deux travers de doigt au-dessus de la malléole interne, de sorte qu'à la partie inférieure de la jambe existe un creux à concavité postérieure. La malléole externe a conservé ses rapports avec l'astragale, le péroné ayant été fracturé à 65 millimètres du sommet de son extrémité inférieure. Seul, le fragment supérieur a été entraîné en avant; il n'a cependant pas complétement quitté le fragment inférieur, dont le sommet s'incline légèrement en avant, de telle sorte qu'il existe au niveau de la fracture une dépression en forme d'encoche et un léger angle à sommet antérieur. Le gonflement du pied est assez prononcé pour rendre très-difficile l'exploration des saillies osseuses. La douleur est assez intense pour avoir empêché le sommeil.

Le 5 février, la réduction est faite à la visite du matin par M. Velpeau. Un aide saisit le pied avec les deux mains, embrassant de l'une le talon et de l'autre l'avant-pied; un second aide fait la contre-extension; le membre est maintenu dans l'extension; les tractions sont faites selon son axe, et la réduction s'opère avec le bruit caractéristique sans aucune difficulté, et après des tractions de très-courte durée et de peu de force. Toute déformation a disparu; les deux extrémités de la fracture sont parfaitement en contact.

Des compresses imprégnées d'eau blanche sont appliquées sur le pied; une alèze ployée en cravate maintient le membre sur un coussin, et le pied est soutenu par une bande dont les chefs sont fixés à droite et à gauche.

Le 7 février, les douleurs ont cessé depuis la réduction; celle-ci s'est parfaitement maintenue. Deux attelles de carton ramolli sont appliquées à nu de chaque côté du membre, moulées sur lui et maintenues par un bandage roulé.

Le 8 mars, on enlève l'appareil, qui n'a même pas été resserré depuis son application. La fracture est parfaitement et régulièrement consolidée. Le pied a repris sa forme normale; les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont possibles, mais il existe un peu de roideur.

Le 12, le malade se lève et sort le 17, encore obligé de se servir de béquilles, mais s'appuyant sur son pied et pouvant être considéré comme parfaitement guéri.

La rareté du fait rendrait déjà l'observation intéressante — M. Malgaigne n'en a pu réunir que dix-huit cas — ; mais nous avons à revenir sur quelques particularités qui en augmentent de beaucoup l'intérêt. Il est impossible de n'y pas reconnaître une luxation tibio-tarsienne en avant, luxation incomplète, comme le prouvent les résultats de la mensuration comparés à ceux que l'on a obenus sur le cadavre dans les cas de luxation complète, et la nature du déplacement lui-même, malgré la difficulté que nous avons éprouvée à préciser les rapports exacts des surfaces osseuses. Il nous paraît impossible de rien conclure pour le mécanisme des renseignements fournis par le malade, renseignements que nous avons d'ailleurs tout lieu de croire exacts, et qui ne ressemblent en rien à ceux fournis dans des cas analogues.

Le pied a été fixé, il est vrai, mais le corps a été poussé en avant; le plan sur lequel est venu porter le pied était-il incliné comme le veut Boyer? C'est ce que nous n'avons pu savoir. Ce qui a trait à la réduction et à ses suites est surtout remarquable; celle-ci a été obtenue par une simple traction exercée selon l'axe du membre, et immédiatement obtenue.

La réduction des luxations du pied a toujours été considérée comme chose très-difficile, ce qui ne nous paraît pas absolument vrai aujourd'hui. Mais ce qui est encore maintenant une sérieuse difficulté, c'est le maintien de la réduction. C'est précisément dans la luxation incomplète que la difficulté a été grande et que se sont produits les accidents les plus fâcheux. Ici, exception entière aux faits observés. Après une réduction facile, contention plus facile encore. Le membre est resté pendant deux jours sans appareil, on l'a seulement maintenu immobile, et l'on s'est contenté d'attelles de carton pour achever le traitement. On est en droit de supposer que la position et l'immobilité eussent tout aussi bien pu en faire les frais.

Ce cas a donc été remarquable par sa simplicité, et le malade, comme l'a fait remarquer M. Velpeau à sa clinique, s'est trouvé, sitôt après la réduction, seulement affecté d'une fracture simple du péroné qui a guéri par les moyens ordinaires et dans le laps de temps habituel.

Oblitération du canal intestinal chez un nouveau-né.

Nous avons rapporté il y a dix-huit mois environ, en octobre 1854 (voir le n° du 24 octobre de cette année), un fait intéressant d'oblitération congéniale du canal intestinal observée par M. Depaul chez un enfant nouveau-né de la Maternité. Ce fait présentait un double intérêt, au point de vue de la nature et de la disposition de l'obstacle, en même temps qu'au point de vue de la difficulté des indications opératoires. Un second fait du même genre, et qui présente avec celui-ci une très-grande analogie, vient de se présenter de nouveau à l'observation de cet habile accoucheur.

Il s'agit d'un enfant né à la Clinique, et chez lequel il s'était manifesté, quelques heures après sa naissance, des vomissements qui frappèrent par leur nature l'attention des assistants. Le produit de ces vomissements était une matière liquide tout à fait semblable à du méconium délayé; on remarqua alors qu'il n'avait point rendu de méconium par l'anus. L'examen de l'enfant fit constater une tension assez marquée du ventre, avec absence de matité et même une sonorité exagérée sur les parties latérales de l'abdomen. L'anus existait et paraissait bien conformé. Une sonde portée dans son orifice pénétra aisément jusqu'à une profondeur de 10 centimètres environ; mais à ce point elle se trouva arrêtée par un obstacle infranchissable. L'instrument retiré n'amena qu'une petite quantité de matière demi-liquide d'un blanc grisâtre qui y était demeurée fixée.

M. Depaul se décida à pratiquer un anus artificiel dans la fosse iliaque, d'après la méthode ancienne.

Ayant successivement attiré à lui plusieurs anses intestinales, il rencontra une espèce de cul-de-sac par lequel se terminait l'intestin grêle. Ce fut immédiatement au-dessus de ce cul-de-sac terminal qu'il pratiqua l'incision du tube intestinal, après l'avoir attiré en dehors de la plaie abdominale. Les segments de l'intestin furent fixés en ce point aux lèvres de cette plaie.

Les premières heures qui suivirent l'opération se passèrent assez bien; l'enfant teta comme auparavant. Il succomba néanmoins au bout de douze heures, après quelques mouvements convulsifs.

L'autopsie a montré qu'à quelques centimètres du cœcum l'intestin grêle se terminait en cul-de-sac. Il était cependant continué par un cordon très-étroit, qui allait se rendre dans le cœcum. Ce conduit, qui faisait ainsi communiquer le cul-de-sac de l'intestin grêle avec le cœcum, était perforé et perméable; il contenait une matière liquide d'un blanc grisâtre, semblable à celle qu'avait amené la sonde. L'anus, ainsi que nous l'avons dit, était bien conformé. Il n'y avait du reste aucune trace de péritonite ni d'inflammation autour de la plaie chirurgicale.

Le souvenir du fait précédent, dans lequel M. Depaul avait pu diagnostiquer avec une rare précision le siége approximatif de l'obstacle au cours des matières, et affirmer qu'il n'était ni dans l'S iliaque, ni dans aucun point du côlon lui-même, ce qui avait déterminé son choix pour la méthode ancienne, à l'exclusion de la méthode de Callisen et de M. Amussat, le souvenir de ce fait, disons-nous, lui a heureusement servi dans cette circonstance, où, ainsi qu'on vient de le voir, il a pu également annoncer d'avance que l'obstacle devait exister dans l'intestin grêle.

Il est regrettable que le succès n'ait pas couronné une opération entreprise et effectuée dans d'aussi heureuses conditions.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. MANEC.

Deux amputations successives de la cuisse à vingt-cinq ans de distance. — Oblitération presque complète des principales artères du moignon. — Hémorrhagie par les vaisseaux du troisième nerf sciatique.

(Observation recueillie par M. E. Pineau, interne des hôpitaux.)

Il est heureusement fort rare que l'on soit obligé de pratiquer l'amputation d'un membre déjà amputé une première fois, surtout lorsque entre ces deux opérations il s'est écoulé un espace de temps considérable. Cependant, il est des cas où cette amputation secondaire est de toute nécessité. L'opérateur se trouve quelquefois alors en face de certaines anomalies qui doivent apporter quelques modifications au manuel opératoire ordinaire. Le fait suivant, dont j'ai été témoin, n'est peut-être pas sans intérêt au double point de vue de la science et de la pratique. Considéré scientifiquement, il est une preuve ajoutée à tant d'autres du développement considérable que prennent les artères d'un ordre inférieur lorsque l'artère principale est oblitérée. Au point de vue pratique, il offre l'exemple d'une disposition assez rare qui aurait pu embarrasser le chirurgien avant la découverte d'un agent hémostatique précieux.

M. G... reçut, il y a vingt-cinq ans, un coup de feu dans la jambe droite. L'amputation fut pratiquée le lendemain, un peu au-dessous de l'articulation péronéo-tibiale supérieure. Depuis cette époque, et à différentes reprises, le malade a éprouvé dans le moignon divers accidents inflammatoires par suite desquels il était obligé de garder le repos au lit ou dans la chambre. Ces accidents ne se sont pas bornés au moignon; des abcès multiples se sont formés à la partie inférieure de la cuisse, et on y voit aujourd'hui de larges cicatrices adhérentes aux tissus sous-jacents.

Il y a environ deux ans, M. G..., en descendant un escalier, est tombé sur son moignon; il s'y est alors déclaré une violente inflammation qui n'a pas tardé à se propager aux parties osseuses. Celles-ci, par le fait de cette extension inflammatoire, et n'étant plus, du reste, recouvertes de parties molles, se sont nécrosées. De là, formation de fistule sans remède, entretenue par une suppuration incessante, source d'épuisement continuel. La maladie des os faisant sans cesse des progrès et menaçant d'envahir l'articulation du genou, et de plus, l'état général devenant inquiétant, M. G... s'est décidé à subir une seconde amputation après vingt-cinq ans de souffrances presque continuelles.

Le 4 décembre dernier, l'opération fut pratiquée par M. Manec au tiers inférieur de la cuisse. Ce chirurgien, malgré la présence en ce point des cicatrices dont j'ai parlé plus haut, se décida à employer la méthode circulaire, en ayant soin, après la section de la peau, de disséquer les adhérences du tissu cicatriciel.

L'opération terminée, nous procédons à la ligature des troncs artériels.

Voici ce que nous observons :

L'artère fémorale a conservé son volume, mais elle est très-dure et très-résistante au toucher; ses parois sont considérablement épaissies, à tel point que la lumière du vaisseau est presque complétement oblitérée, et que c'est à peine s'il s'en échappe un maigre filet de sang lorsqu'on suspend la compression. L'oblitération presque complète de ce vaisseau nous explique ce que nous avions remarqué avant de commencer l'opération, à savoir, le peu d'énergie du pouls crural du côté malade, comparé aux battements violents de celui du côté opposé. Une seconde artère, que nous supposons provenir de la fémorale profonde, se trouve dans le même état que la fémorale superficielle; elle est également presque oblitérée. Quoi qu'il en soit, ces deux vaisseaux sont liés comme à l'ordinaire.

En poursuivant nos recherches, nous remarquons, vers la partie postérieure de la plaie, un endroit d'où le sang s'échappe avec abondance. M. Manec constate immédiatement que ce liquide provient du tronc du grand nerf sciatique. En effet, ce nerf étant séparé avec soin des parties voisines, et sa surface coupée étant épongée, nous voyons distinctement sortir de son épaisseur, par jets isochrones aux battements artériels, plusieurs filets sanguins dont le volume et la force de projection ne s'expliquent que par le grand développement qu'ont dû prendre les artérioles ordinairement si petites du nerf sciatique, développement consécutif à l'oblitération des branches principales.

Essayer de lier séparément ces artérioles était chose impossible, d'autant plus qu'elles se retiraient dans l'épaisseur du nerf, qui lui au contraire s'allongeait par suite des tractions que l'on faisait pour saisir ces petits vaisseaux; d'un autre côté, faire une ligature en masse, c'était lier le nerf sciatique lui-même, et une semblable manière de faire aurait pu déterminer des accidents d'une gravité extrême. M. Manec appliqua sur l'extrémité du nerf coupé, et à plusieurs reprises, de petites boulettes de charpie imbibées de perchlorure de fer. L'écoulement de sang s'arrêta immédiatement et ne s'est pas renouvelé. Nous avons constaté qu'au moment de l'application du perchlorure de fer le malade, qui n'était plus sous l'influence du chloroforme, a ressenti une douleur très-vive, mais qui a cessé presque immédiatement.

Disons, en terminant, que, par suite sans doute de l'épaisseur des tuniques artérielles, les deux seules ligatures que nous avions posées

ont mis beaucoup de temps à tomber; en effet, l'une s'est détachée le douzième jour de l'opération, et l'autre le vingt-cinquième.

En résumé, d'après ce qui précède, on voit d'une part une oblitération presque complète des principaux tissus artériels, d'un autre côté un développement considérable d'artérioles ordinairement très-minimes. Ces faits sont en harmonie avec cette loi générale qui dit que les vaisseaux compris dans une même partie et communiquant entre eux présentent des volumes qui sont en raison inverse l'un de l'autre. Cette loi de compensation est parfaitement exacte; mais quelle est la raison qui fait que telle artère est volumineuse plutôt que telle autre? Cette disposition ne peut s'expliquer, chez un individu ordinaire, que par un état congénial; tandis que chez les amputés, et spécialement chez celui dont il s'agit, on peut expliquer d'une autre façon le renversement du volume des artères. En effet, quelles sont les artères qui ont diminué de volume? Ce sont surtout celles qui alimentaient la jambe, qui n'existent plus depuis vingt-cinq ans. Quelles sont celles qui ont augmenté de volume? Ce sont celles qui alimentaient la douleur depuis vingt-cinq ans. *Ubi stimulus ibi fluxus.* De même qu'il y a un renversement congénial du volume des artères, que l'on constate sans l'expliquer, n'y aurait-il pas également un renversement acquis accidentel que l'on pourrait expliquer et prévoir, et dont on pourrait se rendre compte par l'observation rigoureuse de certains symptômes?

AMPUTATION TIBIO-TARSIENNE.

Par M. le docteur Jules Roux (de Toulon).

Adoptant les conclusions de M. le docteur Verneuil dans le rapport qu'il a lu dans la séance du 12 juillet 1855, la Société de chirurgie a bien voulu m'engager à lui faire parvenir les nouveaux documents que je pourrais recueillir sur l'amputation tibio-tarsienne (1).

Je viens aujourd'hui l'entretenir d'un nouveau cas d'amputation de ce genre, pratiquée il y a dix mois, dont le résultat est des plus satisfaisants, comme l'attesteront l'observation, le modèle en plâtre qui l'accompagne et les renseignements complémentaires qui pourront être donnés par M. le docteur Gariel, qui a récemment examiné l'opéré avec la plus grande attention.

J'aime à penser que mon observation détaillée trouvera une certaine opportunité dans sa coïncidence avec les travaux de la Société, qui tendent à fournir de nouveaux documents à la solution de la question qu'elle a proposée pour sujet de prix de 1856 : « Faire connaître les » résultats ultérieurs des amputations des membres abdominaux. » (Séance du 19 juillet 1854.)

Gangrène du pied gauche suite de typhus. Amputation tibio-tarsienne. — Procédé de nécessité. — Guérison. — Déambulation facile depuis sept mois.

Le condamné Maxime, âgé de trente-quatre ans, est d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution; il doit encore passer dix ans au bagne, où il est depuis quatre années.

Ce malade provient de la salle des fiévreux, à peine convalescent d'un typhus très-grave qu'est venu compliquer la gangrène du pied gauche.

Le 2 mai 1855, à son entrée dans la salle des blessés, on observe :

Etat général. — Stupeur moindre, céphalalgie obscure, pas de fièvre, abdomen indolore, langue humide, sommeil encore agité, appétit; sentiment des forces plus prononcé.

Etat local. — Pied gauche entièrement noir, exhalant l'odeur de la gangrène; des bourgeons charnus rouges limitent le sphacèle qui est circonscrit par une ligne qui, partant en arrière et au-dessous de la malléole interne, passerait sur la face dorsale du pied à trois centimètres en avant de l'articulation tibio-tarsienne, arriverait à un centimètre de la malléole externe, et de ce point descendrait obliquement sous la plante du pied pour rejoindre la malléole interne. L'artère tibiale postérieure bat sur la limite des bourgeons charnus : il n'y a donc de parties molles saines que le talon dans l'étendue de six centimètres, les régions externe, postérieure, interne, à partir de la tibiale postérieure.

Mon procédé à lambeau *plantaire latéral interne* ne me paraissant pas applicable dans ce cas, à cause de la destruction d'une grande étendue des parties molles de la face interne du pied, j'ai eu recours à un *procédé de nécessité*, dans lequel le couteau a exactement suivi la ligne tracée par la nature dans la limitation de la gangrène; j'ai presque accompli le procédé de Syme, rendu ici plus facile par l'incision commencée bien plus en arrière que ne le fait le chirurgien anglais.

Le 5 mai, l'opération eut lieu dans l'éthérisme chloroformique.

Les premiers jours les choses suivent une marche régulière, bien que la réunion par première intention ait échoué. Mais bientôt une inflammation violente des gaînes synoviales antérieures se déclare; un foyer purulent s'y montre. Une incision est pratiquée; la suppuration est très-abondante. Une injection de teinture d'iode étendue d'eau à mélange égal est alors faite dans le foyer, suivant la direction des gaînes tendineuses. Une amélioration rapide s'ensuit, et les lambeaux peuvent de nouveau être rapprochés à l'aide de bandelettes agglutinatives.

Peu après (7 juin) un nouvel abcès se forme à la partie interne le long du tendon d'Achille; il nécessite de nouvelles incisions, et fournit une suppuration des plus abondantes. En même temps, à la partie externe apparaît une plaie de position provoquée par l'état général et par l'indocilité du malade, qui se refuse avec opiniâtreté à garder la position qu'on donne au membre. Cependant la réunion du lambeau plantaire fait sans cesse des progrès; il ne reste plus dans le milieu qu'un espace de 3 centimètres dans lequel la peau se recroqueville, et qui ne se cicatrise définitivement que par l'application réitérée du nitrate d'argent.

Peu à peu l'inflammation des gaînes tendineuses se dissipe, la suppuration se tarit, et la cicatrisation est complète le 20 juin. Pendant tout ce temps le malade n'a cessé d'être soumis à un régime tonique et réparateur.

Le 1er août, quatre-vingt-sept jours après l'opération, Maxime a commencé à marcher avec une bottine en cuir très-fort et à l'aide de béquilles, qu'il remplaçait quelques jours après par un simple bâton. L'œdème des jambes, inséparable des premiers temps de la déambulation, a été de peu de durée.

Aujourd'hui, 5 mars 1856, dix mois après l'opération, et sept mois depuis que la marche s'accomplit sans interruption et sans accident aucun, voici quel est l'état du blessé :

Le moignon, d'une coloration naturelle, est souple, mobile sur l'extrémité inférieure de la jambe; la peau n'offre ni rougeur, ni excoriation, ni douleur, et c'est en vain qu'on chercherait à y découvrir un point plus sensible qu'un autre. Les callosités épidermiques qu'on y rencontre quelquefois sont de temps en temps coupées par le malade. La cicatrice, non adhérente, solide, ne porte pas sur l'appareil de prothèse, bien que située trop inférieurement par suite de l'exiguïté du lambeau plantaire, que la gangrène n'avait pas permis de conserver plus grand. La marche s'accomplit aisément toute la journée sans le secours d'un bâton, sans claudication prononcée, sans fatigue plus grande de ce membre que de l'autre, et à l'aide d'un appareil grossier d'un prix modique.

Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que le membre inférieur gauche est, dans toute son étendue, moins volumineux que le droit; que la différence va en augmentant de la racine vers l'extrémité; que tandis que la circonférence la plus étendue du mollet droit est de 39 centimètres, celle du gauche n'en mesure que 30.

Maxime, qui a recouvré tout son embonpoint et la force de sa constitution, est depuis plusieurs mois servant d'appareil dans la salle des blessés, où il remplit toutes les obligations de sa condition.

Sur le modèle en plâtre que j'ai l'honneur d'adresser à la Société de chirurgie, et que j'ai fait mouler sur le moignon de Maxime il y a vingt jours à peine, il sera facile de prendre une idée plus complète du résultat définitif de l'amputation qui a fait le sujet de cette communication.

(1) L'observation suivante a été lue à la Société de chirurgie dans la séance du 19 mars 1856.

ESSAI DE L'ALUMINIUM DANS LE TRAITEMENT DU CANCER.

Par M. le docteur A. Joux.

Il y a six mois nous avions opéré, le docteur Jules Dubreuil et moi, un cultivateur nommé Jérôme, d'une tumeur encéphaloïde occupant le testicule gauche. Soixante jours après le mal étant revenu, nous jugeâmes à propos de recommencer l'opération. Deux mois plus tard il y eut une autre récidive; le trajet du cordon des vaisseaux spermatiques devint douloureux, bosselé, puis une tumeur de nouvelle formation ayant son siége dans le petit bassin comprima les nerfs sciatiques et donna lieu à des engourdissements dans les jambes, à de la paresse dans l'intestin rectum et dans la vessie; il y eut en un mot un commencement de paralysie de ces organes.

Jérôme n'avait que quarante-deux ans; il était dans une bonne position de fortune, avait de l'intelligence, et conservait d'ailleurs une santé passable; *il voulait vivre.* « Faites, disait-il; opérez encore, donnez-moi des médicaments, prescrivez le régime le plus dur; je suis disposé à tout, excepté à la mort! »

Comment agir avec un tel homme et une pareille maladie? Les paroles ne suffisant plus, ayant épuisé les calmants, la ciguë, etc., je songeai à employer l'*aluminium, intus et extra.* Je demandai à M. Robiquet 10 grammes de ce métal. On le réduisit en poudre par la lime, et ensuite en particules très-fines au moyen du porphyre, puis on en fit cent pilules de 2 centigrammes chacune, et l'on mit le reste dans 120 grammes de pommade.

Le malade prit une pilule le premier jour, en augmentant jusqu'à six, et le sixième jour il absorbait cette dose dans les vingt-quatre heures.

De plus, des frictions longues, douces et dans tous les sens étaient faites sur la peau des parties malades.

Mais, hélas! tout cela sans le moindre résultat physiologique ou pathologique; le pauvre Jérôme succomba la semaine dernière, c'est-à-dire à peu près à l'époque où devait arriver son décès.

Pourquoi avoir agi ainsi? Est-ce une action insensée et sans précédent que celle de demander à un corps nouveau des propriétés nouvelles? J'ai essayé l'*aluminium* comme médicament spécifique du cancer :

1° Parce que j'étais à bout de moyens;

2° Parce que le malade voulait faire quelque chose;

3° Et que l'aluminium est un métal dont on ignore (je crois) les propriétés médicinales.

Puis je suis convaincu que Dieu n'a pas mis sur la terre une affection incurable, témoins ces vers de La Fontaine :

Tout mal a son remède au sein de la nature;
Nous n'avons qu'à chercher. De là nous sont venus
L'antimoine avec le mercure,
Trésors autrefois inconnus.

Ces moyens sont-ils toujours à notre portée? Non; Voltaire, dans ses critiques sur l'imprévoyance du Créateur, nous apprend lui-même qu'il faut aller loin et longtemps pour les rencontrer :

Dieu place en Arabie, dans le golfe Persique,
Le café, nécessaire au pays des frimas;
Il met la fièvre en nos climats,
Et le remède en Amérique.

Je n'ai pas trouvé le spécifique, j'ai donc agi comme un *empirique aveugle*; dites, si cela vous plaît, comme un insensé. Je ne serai honteux de ma tentative qu'alors que vous m'aurez prouvé (ce que j'ai déjà demandé) le rapport raisonnable qu'il y a entre le quinquina et la fièvre, le mercure et la syphilis, le soufre et les dartres, l'iode et les strumes, etc.

Ceci me conduit à rappeler ici comment les propriétés médicinales spécifiques ont été successivement découvertes.

Pour ce qui est du soufre, je l'ignore, à cause de sa haute antiquité, de ses services comme médicament interne et externe. Pline nous apprend que l'on connaissait ses vertus longtemps avant lui.

Il n'en a pas été de même du mercure. Dioscoride, Galien, Oribase, Paul d'Egine et tous les anciens le regardaient comme un poison; il faut arriver jusqu'aux médecins arabes pour commencer à voir l'emploi externe de ce précieux agent thérapeutique. Arnaud de Villeneuve, Gordon, Guy de Chauliac ne s'en servirent aussi que comme médicament extérieur. Ce fut en 1512 que Berenger de Carpi l'employa avec confiance contre la vérole. Les propriétés spécifiques du mercure ne furent connues que plusieurs années après l'apparition de la syphilis, qui, étant alors d'une violence extrême, exerça d'affreux ravages, son médicament étant ignoré.

Si nous examinons l'histoire du quinquina, nous verrons qu'il est de découverte récente.

Quant à l'iode, trouvé en 1812 par M. Courtois dans les eaux mères des soudes de varechs, il fut employé, après plusieurs années, par Coindet (de Genève), qui eut la gloire de l'introduire dans sa pratique; puis Bréra (de Padoue) répéta ses expériences, et Biett, à Paris, essaya l'association du mercure et de l'iode pour combattre la syphilis invétérée.

Ne parlons pas de l'éthérisation, que, pour ma part, je regarde comme la découverte la plus utile de ce siècle.

Appuyé sur ces faits, respectables pour tous les hommes de bonne volonté, s'il m'était adressé des reproches au sujet de ma tentative infructueuse, ils ne m'empêcheraient pas de chercher à l'avenir, par tous les moyens connus ou méconnus, des remèdes *contre le cancer, le tubercule* et les autres infamies qui désolent l'humanité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 mars 1856. — Présidence de M. Gosselin.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. Demarquay demande la parole.

M. Demarquay. Je puis donner des détails précis sur les malades que j'ai opérés de la fistule lacrymale par la perforation de l'os *unguis.* J'ai pratiqué cette opération six fois : dans quatre cas, il s'agissait de fistules graves compliquées; les deux autres cas étaient simples.

J'ai pu suivre cinq de ces malades, tous ont bien guéri. Je les ai revus après un temps assez long, qui a varié entre quelques mois et six ans. Sur les malades que j'ai pu examiner pendant les premiers mois, voilà ce que j'ai observé : je pratiquais par un des points lacrymaux une injection, qui d'abord suivait la voie nouvelle ouverte aux larmes par la perforation de l'os unguis; puis, après deux ou trois mois, le liquide revenait par l'autre point lacrymal, et néanmoins les malades n'avaient pas d'épiphora; de telle sorte que la guérison avait lieu sans que cependant il puisse être démontré que le conduit artificiel ait été maintenu perméable.

M. Huguier. Dans la dernière séance, la discussion sur la fistule lacrymale, qui avait pour point de départ la présentation faite par M. Robert d'un nouvel instrument perforateur de l'os unguis, a pris des proportions considérables. M. Cloquet a rappelé les accidents déterminés par la présence de la canule. M. Lenoir nous a dit comment il pensait qu'on pouvait faire disparaître ou tout au moins amoindrir ces accidents en perfectionnant la forme de l'instrument mis en usage. Permettez-moi d'ajouter quelques considérations pratiques qui devront, je l'espère, rendre l'opération encore plus simple.

Quand on réfléchit aux causes qui font échouer l'opération et qui déterminent les accidents signalés, on reconnaît qu'elles doivent être spécialement imputées au mauvais procédé mis en usage. On s'efforce toujours de faire pénétrer de prime abord et immédiatement le bistouri dans le canal nasal, et dans cette tentative on peut ou perforer l'os unguis, ou pénétrer dans le sinus maxillaire, ou bien encore on engage la pointe de l'instrument non pas dans le canal, mais entre l'os et le tissu fibreux qui le recouvre. Dans ce dernier cas, lorsque le bistouri est suffisamment entré pour qu'on puisse croire à son introduction régulière dans le canal, on glisse la canule, et, si on la pousse plus profondément, on achève la dénudation du canal, et l'extrémité de l'instrument vient appuyer sous la muqueuse sans entrer dans la cavité des fosses nasales. On comprend alors que l'opération ne peut être suivie d'aucun résultat heureux, et que, de plus, elle doit amener des accidents.

Si vous rencontrez une oblitération presque complète du canal, votre canule déterminera encore des accidents en déchirant la muqueuse.

Pour parer à ces accidents, j'ai imaginé de supprimer le temps qui consiste à plonger le bistouri dans le canal. Je fais pénétrer par le sac, s'il y a une fistule, un stylet que je cherche à engager dans le canal.

Pendant trois ou quatre jours, je renouvelle plusieurs fois ce cathétérisme, et quand j'ai ainsi préparé la voie, et alors seulement, je place la canule; mon stylet me sert de conducteur, et, si cela est nécessaire, je le recourbe.

Dans quatre ou cinq cas, j'ai eu recours à ce procédé, et j'ai parfaitement réussi. On peut être certain en l'adoptant de ne pas produire d'altération ni de la muqueuse ni du tissu fibreux, et on évite les abcès consécutifs.

M. Guersant. En écoutant les divers membres de la Société qui ont pris la parole, on peut reconnaître que, comme toujours, dans les discussions de ce genre, chacun se présente avec un procédé auquel il donne la préférence, sans cependant apporter à l'appui de son appréciation une statistique bien faite. C'est qu'en effet, en méthode et en

procédé, il y a le *modus faciendi* de chacun, *modus faciendi* qui détermine sa préférence. Dupuytren avait de grands succès par l'emploi de la canule; pendant mon internat dans le service de ce chirurgien, je n'exagère pas en disant que j'ai suivi plus de 100 malades, et dans la très-grande majorité des cas la guérison était définitivement obtenue. Il est vrai aussi que sur quelques malades on a dû extraire les canules, et j'ajouterai que la guérison ne s'ensuivait pas moins. Mais Dupuytren, pour assurer le succès de ses opérations, ne négligeait aucun détail; dans ses leçons, il entrait dans les explications les plus minutieuses sur le manuel opératoire, sur la forme, la longueur, les dimensions des canules qu'il voulait faire approprier aux individus mêmes sur lesquels il les employait. Si on s'éloigne de ces préceptes, on compromet le succès de l'opération, qui en résumé reste bonne et d'un utile emploi.

M. Cloquet pense qu'un corps métallique non perforé peut rendre le plus souvent les mêmes services que la canule; il a vu bon nombre de malades guérir par ce simple procédé.

M. Larrey a suivi aussi le service de Dupuytren, et il l'a vu bien souvent appliquer la canule; mais il l'a vu également être assez souvent forcé d'extraire cette canule; il avait même, comme on le sait, imaginé un instrument pour rendre cette extraction facile. Il reconnaissait aussi que souvent la canule s'oblitérait et agissait à la manière d'un corps plein. La guérison s'effectuait néanmoins.

M. Guersant. L'observation de M. Larrey est fort juste : Dupuytren reconnaissait parfaitement que la guérison pouvait s'obtenir malgré l'oblitération de la canule, qui agissait alors comme corps étranger métallique plein, ainsi que le font et le séton et le clou de Scarpa.

M. Verneuil. Malgré l'impossibilité où je suis d'apporter dans cette discussion des éléments pratiques personnels, je demande à la Société de vouloir bien me permettre de lui soumettre quelques considérations que j'emprunterai à un excellent travail de M. Béraud publié dans les *Archives de médecine*.

La plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question de thérapeutique chirurgicale l'ont traitée à un point de vue presque exclusif. Ils ont admis la présence d'un obstacle dans le canal nasal. M. Béraud a démontré qu'il existait plusieurs variétés bien distinctes de fistules : ainsi il a reconnu par de nombreuses dissections que cette affection pouvait tenir quelquefois à une altération fongueuse de la muqueuse du sac lacrymal sans obstacle dans le canal nasal. Dans ces cas, l'air pénétrait parfaitement bien de bas en haut dans les voies lacrymales. D'autres fois, il a trouvé dans la muqueuse du canal des glandes assez volumineuses, glandes susceptibles de se transformer en kystes. C'est cette altération que M. Giraldès a si bien décrite pour la muqueuse du sinus maxillaire. Quand ces altérations existent, la fistule lacrymale est donc d'une nature spéciale; et que pourront produire alors d'avantageux le clou, le séton ou la canule, car ces procédés ne peuvent avoir d'autre effet que de faire disparaître des obstacles qui en réalité n'existent pas dans le canal nasal?

On ne peut alors recourir, pour obtenir la guérison, qu'à la destruction du sac, siége de l'altération organique qui détermine la maladie. Il est donc indispensable, avant de s'arrêter à telle ou telle méthode, de s'attacher à établir un diagnostic rigoureux.

— M. le Président annonce la mort de M. Gerdy.

La Société est convoquée pour assister aux obsèques du savant professeur, membre honoraire de la Société de chirurgie.

— M. Houzelot, membre correspondant, est présent à la séance.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Lambron écrit pour obtenir le titre de membre correspondant. A l'appui de sa demande, il adresse une observation de *gangrène sénile*, et une *Notice historique et médicale sur les eaux de Bagnères-de-Luchon*. (Commissaires : MM. Maisonneuve, Bouvier, Desormeaux.)

— M. E. Cadet de Gassicourt adresse, pour le prix Duval, sa thèse inaugurale sur la *Rupture des kystes hydatiques du foie à travers la paroi abdominale et dans les organes voisins*.

COMMUNICATIONS.

M. Larrey communique à la Société, de la part de M. Reverdit, ancien chirurgien militaire, l'observation suivante de bec-de-lièvre compliqué, et présente un tubercule osseux provenant de l'opération.

Bec-de-lièvre double. — Fente de la voûte palatine. — Tubercule osseux contenant trois dents incisives.

Le 18 mai 1841, le sieur Cristophe, de la commune de Nueil (Maine-et-Loire), me présenta son fils, âgé de sept ans. Ce garçon était affligé d'un bec-de-lièvre double qui n'avait jamais été opéré. La voûte du palais offrait une difformité extraordinaire; ses deux moitiés, écartées de deux à trois millimètres au plus sur la ligne médiane, formaient une fente dans laquelle était enchâssée la cloison mobile et sans adhérences. Cette fente se terminait au voile du palais, qui ne présentait rien d'anormal. L'extrémité antérieure de la cloison, élargie et formant une espèce d'os intermaxillaire, portait un tubercule osseux de la grosseur d'une noisette, recouvert à sa partie supérieure par le lobule médian de la lèvre relevé contre le nez, et dans le reste de son étendue par la muqueuse des gencives. Une dent incisive de la seconde dentition faisait saillie au milieu de cette petite tumeur; elle était posée de champ, son bord tranchant en avant et un peu oblique. L'enfant aurait pu dire, comme le jeune homme présenté à la Société de chirurgie par M. Chassaignac, qu'il avait une dent au bout du nez. L'arcade dentaire portait de chaque côté les petites molaires, les canines et une seule incisive du côté droit. L'aspect de la physionomie était hideux.

L'opération fut décidée pour le lendemain.

Bien que les mouvements imprimés au tubercule se communiquassent à toute la cloison, la fente intermaxillaire était trop étroite pour penser à refouler dans cet écartement la saillie anormale.

Le lobule médian fut donc détaché de son tubercule osseux, et celui-ci réséqué au niveau de l'arcade dentaire à l'aide de forts ciseaux courbes. J'éprouvai dans cette section une résistance insolite, qu'expliqua fort bien la présence d'une dent incisive dont la racine fut coupée en deux. Les bords des divisions labiales furent rafraîchis et réunis selon la méthode de M. Malgaigne, qui venait à peine d'être mise au jour dans le *Journal de chirurgie*.

La guérison eut lieu sans incident notable.

J'ai revu plusieurs fois ce garçon depuis son opération. C'est aujourd'hui un grand jeune homme de dix-neuf ans, qui exerce l'état de maçon et dont la physionomie n'a rien de choquant; les cicatrices sont à peine apparentes et n'offrent pas trace d'encoche sur le bord libre de la lèvre. La cloison est rendue immobile par le rapprochement des maxillaires; aussi n'existe-t-il aucune communication entre la bouche et les fosses nasales. La voix est claire et la parole franchement articulée. L'arcade dentaire porte deux incisives séparées sur la ligne médiane par un écartement de quelques millimètres.

Le tubercule osseux contient trois dents, dont une seule était apparente au moment de l'opération; des deux autres, qui étaient alors recouvertes par la muqueuse, l'une appartient évidemment à la seconde dentition, mais l'autre paraît être de la première.

M. Guersant. Cette observation vient à l'appui de ce qui a été dit sur les chances avantageuses que présente l'opération du bec-de-lièvre compliqué lorsqu'elle n'est pas faite dans les premiers jours de la vie de l'enfant.

M. Cloquet signale comme digne d'attention la manière dont les maxillaires se sont rapprochés après l'opération, malgré l'âge déjà assez avancé du jeune malade.

Election. — M. Larrey reproduit la conclusion de son rapport pour l'élection de M. le professeur Riberi (de Turin) comme associé étranger (1). Cette conclusion est immédiatement adoptée par le vote général de la Société.

Sur un nouveau procédé de suture après l'opération du bec-de-lièvre. — M. Denonvilliers fait la communication suivante :

Lors de la discussion sur le bec-de-lièvre, j'avais insisté sur la nécessité de modifier la suture ordinairement usitée, et qui me paraissait tout à fait défectueuse. Voyez, en effet, ce qui se produit en employant la suture entortillée. Si on essaye, après l'avivement des bords de la division, de les réunir avec les doigts, on affronte bien régulièrement, et sur toute leur longueur, les surfaces saignantes; la réunion est alors parfaite. Si, pour arriver au même résultat, on emploie l'épingle, cet instrument, résistant, inflexible, en traversant les tissus assez profondément pour affronter la partie profonde de la plaie, rejette en avant les lèvres antérieures de la division, qui s'écartent et forment un hiatus. Pour lutter contre cet écartement antérieur, vous avez alors recours au fil, qui doit mettre en contact les surfaces disjointes. Dans ces conditions, toute la partie antérieure de la plaie se trouve enfermée dans un triangle dont la base est métallique et inflexible. Le fil, pour être bien appliqué, doit exercer une contraction assez forte, et le point sur lequel porte la traction du fil est précisément le point le plus mince, le moins résistant. Dès lors il y a tendance à produire la déchirure de cette partie. L'épingle doit tendre à couper les tissus situés en avant d'elle, et cette tendance est des plus manifestes. On voit, en effet, quelquefois cette section s'opérer complétement; dans d'autres cas, il se fait des ulcérations, ou même de la gangrène; et toute cette surface triangulaire ainsi étranglée peut se sphacéler. Il me paraissait donc urgent de supprimer cette compression, en substituant à la suture ainsi faite un moyen contentif simple. Voici comment je suis parvenu à mettre cette idée à exécution :

J'ai fait faire une petite plaque, primitivement en caoutchouc et ensuite en corne, pour l'avoir plus résistante. Cette plaque est percée de trous; je la glisse derrière la lèvre; j'engage dans les trous de cette plaque un fil de chaque côté, formant une anse postérieure, tandis que chaque chef de ce fil, armé d'une aiguille, traverse à égale distance, et d'avant en arrière, la lèvre auprès de son bord divisé et avivé. Sur chacun des côtés de cette dernière est placé de même un double fil. Ceci fait, une autre plaque semblable à la première et percée de trous, est appliquée sur la face antérieure des lèvres. Les fils sont engagés dans les trous et noués ensuite sur un rouleau de diachylon.

De cette façon, la division labiale bien affrontée sur toute sa surface saignante légèrement comprimée, se cicatrise sans accidents.

J'ai appliqué cet appareil sur un adulte de 26 ans. Dès le lendemain, en enlevant la plaque antérieure, j'ai pu reconnaître que la réunion était parfaite. J'ai néanmoins réappliqué l'appareil, que j'ai laissé en place trois jours. Les trous des fils étaient imperceptibles. Je dois dire qu'il est survenu chez ce malade un peu de gonflement sans rougeur érysipélateuse; je me suis contenté de relâcher un peu les fils.

Cette suture me paraît applicable à beaucoup d'autres lésions, chaque fois qu'elle peut être placée sur des parties libres. Ainsi, par exemple, dans les fistules vésico-vaginales et recto-vaginales. J'ai déjà conçu un procédé pour l'extraction de la plaque intra-vésicale dans la fistule vésico-vaginale.

M. Guersant, tout en reconnaissant la justesse des observations de M. Denonvilliers sur les inconvénients inhérents à la suture entortillée, pense cependant que bon nombre de ces accidents peuvent être prévenus en suivant toutes les précautions indiquées.

Quant à l'application d'une plaque sur la partie postérieure de la division labiale après la suture, je partage absolument les opinions de M. Denonvilliers, et je crois que l'on augmente les chances de succès en soustrayant, par ce moyen, la plaie aux efforts de succion et aux impulsions transmises par la langue chez les jeunes enfants.

M. Denonvilliers m'avait déjà parlé de cette petite addition apportée au pansement, et sur un malade j'y ai eu recours.

M. Huguier reconnaît aussi la justesse des accusations dirigées contre la suture entortillée; mais il pense qu'on pourrait améliorer ce genre de suture en se servant d'épingles moins résistantes, comme celles, par exemple, employées par les naturalistes, et en avant soin de les recourber en avant.

Après quelques observations de MM. Cloquet et Guersant, la discussion est close.

— M. Verneuil, au nom de M. Jules Roux, donne communication de l'observation suivante. (Voir plus haut.)

Après quelques observations de M. Verneuil sur l'importance de cette observation, la Société décide l'insertion du travail de M. J. Roux dans les *Bulletins*.

(1) La commission, composée d'abord de MM. Denonvilliers, Marjolin et Larrey, s'est adjoint ensuite MM. Michon et Robert.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Larrey présente à la Société une masse cancéreuse considérable provenant d'un double ostéosarcome du maxillaire supérieur droit et de la clavicule gauche.

L'observation, recueillie dans tous ses détails par M. le docteur Védrenne, aide-major de l'armée, peut se résumer ainsi :

Un ex-sous-officier de carabiniers, en garnison à Rambouillet, jeune, bien constitué, n'ayant eu dans sa famille aucun antécédent de cancer ni lui-même d'accidents syphilitiques, si ce n'est une blennorrhagie aiguë, est atteint, au mois d'août 1855, d'un gonflement spontané de la joue droite, suivi d'ulcération des gencives au niveau de l'os maxillaire supérieur du côté droit, avec mobilité des dents, qui tombent ensuite et laissent à nu l'os malade.

Quelques jours après, un simple effort de l'épaule gauche détermine une fracture de l'extrémité externe de la clavicule, qui se tuméfie presque aussitôt de plus en plus, et se ramollit ensuite progressivement vers son extrémité interne comme au niveau même de la fracture. Une troisième tumeur se forme bientôt après au-dessous de cet os, et remplit le creux sous-claviculaire.

Une fluctuation apparente en ce point motive l'application du caustique de Vienne, mais à la chute de l'eschare apparaît une fongosité saillante qui augmente de plus en plus de volume et acquiert en peu de temps une énorme dimension. La clavicule n'est déjà plus appréciable sous cette masse morbide, qui, par ses caractères locaux et son influence sur l'état général, offre les signes d'un cancer encéphaloïde, ainsi que la tumeur beaucoup plus petite de la mâchoire. Les douleurs lancinantes, le ramollissement progressif de la tumeur de l'épaule, la suppuration fétide et colliquative entraînent enfin le marasme et la mort du malade le 18 mars 1856.

L'autopsie démontre, comme on peut le voir sur la pièce anatomique, la destruction totale de l'os maxillaire supérieur et de la clavicule par la dégénérescence cancéreuse.

Le secrétaire, E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

A l'occasion de la naissance du prince impérial, S. M. l'Empereur a daigné accorder, sur les fonds de la liste civile, une somme de 10,000 fr. à la caisse de secours de l'association des médecins du département de la Seine. (*Moniteur.*)

— Il sera ouvert, le 15 avril prochain, un concours à la Faculté de médecine de Paris, pour deux places d'aide d'anatomie. Les candidats nommés entreront immédiatement en fonctions. Tous les élèves en médecine sont admis à ce concours.

— MM. Millet, Avice, Goguel, Chartier et Janvier, médecins aides-major des hôpitaux de la 6ᵉ division militaire (Strasbourg), et Martial, sous-aide-major de la même division, ont été envoyés en Crimée au commencement de ce mois.

— Plusieurs personnes ont paru s'étonner qu'aucun discours n'ait été prononcé aux obsèques de M. Gerdy; c'est que le savant professeur en avait exprimé la volonté formelle. L'Académie et la Faculté accompliront plus tard, sans aucun doute, les devoirs que leur imposent les titres de M. Gerdy et les services qu'il a rendus à la science.

Dans la notice nécrologique que nous avons publiée dans le numéro du 22 mars, il s'est glissé deux erreurs que nous prions nos lecteurs de rectifier : 17ᵉ ligne, 2ᵉ colonne de la 4ᵉ page, au lieu de : *par pur amour de la science*, lisez : *par pur amour de la lutte*; et à la dernière ligne de la 2ᵉ colonne, au lieu de *pyémie*, lisez : *pyurie*.

— On nous prie d'informer nos jeunes lecteurs que *le Succès*, de 800 tonneaux, doit quitter Bordeaux du 5 au 10 mars. Ce navire se rend à Singapour, puis à Hong-Kong, où il prendra un chargement pour la Havane ou pour Porto-Rico. Le capitaine désire embarquer un médecin (docteur ou officier de santé). Les avantages offerts sont : la nourriture, le logement à la chambre avec le capitaine, des appointements fixés de gré à gré, et la faculté de quitter le navire à la Havane ou à Porto-Rico, ou bien de revenir en France avec lui. Le voyage entier doit durer de douze à quatorze mois.

—M. le professeur Piorry commencera ses leçons cliniques à la Charité le mercredi 9 avril, et les continuera les lundis et les vendredis suivants. Une leçon supplémentaire aura lieu tous les jeudis, dans laquelle le professeur traitera de l'*anatomie pathologique*, et présentera aux élèves les pièces recueillies à l'amphithéâtre dans les autopsies de la semaine. La visite des malades a lieu tous les jours à huit heures et demie.

— M. Sappey, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera un cours public d'anatomie descriptive le mercredi 16 avril, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique. Ce cours comprendra l'histoire complète de l'appareil des sensations (organes du sens, système nerveux); il aura lieu les lundis, mercredis et vendredis à quatre heures.

— M. Cl. Bernard reprendra ses leçons de physiologie au Collége de France le mercredi 2 avril à une heure, et continuera à traiter des effets des substances toniques et médicamenteuses.

Le [illegible]

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garencière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 31 MARS 1856.

Dans notre numéro du 8 mars dernier, nous avons cherché à rendre un compte exact de la discussion sur l'occlusion dans les maladies de l'appareil de la vision. Nos lecteurs se rappelleront que cette question avait été à peine abordée. M. Bonnafont avait conseillé d'une manière générale l'occlusion dans les maladies des yeux, et en particulier un nouveau mode de pansement, auquel il attribue une grande partie de ses succès, sans préciser exactement toutefois les cas où cette méthode thérapeutique devait être préférée. Les orateurs qui lui ont succédé n'ont fait avancer cette question que sur un seul point. La partie historique a été développée avec un rare talent par M. Larrey. Il a fait connaître un grand nombre de modes d'occlusion ; il en a pesé les avantages et les inconvénients; mais il ne s'est pas arrêté sur les points qui, selon nous, doivent le plus vivement préoccuper les chirurgiens ; à savoir, sur les affections de l'œil auxquelles l'occlusion est surtout applicable. M. Piorry est bien entré dans quelques détails à ce sujet; ainsi, il proscrit l'occlusion dans les affections virulentes de l'œil ; de plus, il a fait une longue énumération des affections auxquelles cette méthode est applicable. Mais malgré les efforts de cet infatigable praticien, nous pensions, et avec raison, que la question était loin d'être épuisée, lorsque M. Velpeau a pris la parole.

Deux points ont été traités par le savant académicien. Il a examiné la méthode en elle-même, et il a étudié les cas auxquels elle convient. Cette partie de son discours était loin d'être la plus facile. En effet, pour se comprendre parfaitement, il faut parler le même langage; aussi, avant de poser les indications, M. Velpeau, dans un préambule du plus haut intérêt, non-seulement pour cette question, mais pour l'ophthalmologie tout entière, a-t-il cherché à débrouiller le chaos qui entoure encore la nomenclature ophthalmologique. Il a repoussé les dénominations tirées des causes de la maladie, pour adopter la nomenclature basée sur l'anatomie. Depuis longtemps c'est celle qui est le plus en usage parmi nous; il serait à désirer qu'elle fût définitivement admise par tout le monde, car nul doute que la dénomination étiologique adoptée par M. Bonnafont dans son mémoire, n'ait été la cause de quelques erreurs dans l'appréciation des résultats qu'il a obtenus.

Partant de là, M. Velpeau admet que l'occlusion est utile dans certains cas qu'il a spécifiés d'une manière nette. Mais s'il adopte cette méthode, ce n'est pas dans le même but que M. Bonnafont; c'est moins pour soustraire l'organe malade à l'action de l'air et de la lumière que pour agir par compression.

L'examen de la méthode a fourni à M. Velpeau l'occasion de développer sur un point de doctrine du plus grand intérêt une idée tout à fait neuve et complétement en opposition non-seulement avec l'opinion de M. Bonnafont, mais avec celle de l'immense majorité des praticiens. Nous voulons parler de l'action de l'air sur les surfaces enflammées. S'appuyant sur les faits que l'on observe chaque jour dans la pratique, les chirurgiens ont tiré de leurs observations des déductions très-différentes, et même tout à fait opposées. Pour les uns, l'air est extrêmement nuisible, et son contact avec les surfaces enflammées est la cause d'accidents fort graves; aussi veulent-ils avant tout soustraire les plaies à son action. De là sont venus la méthode des incisions sous-cutanées, les divers modes de pansement par occlusion, etc. D'autres, et M. Velpeau est de ce nombre, n'attribuent pas à l'air une action si funeste; ils invoquent contre cette opinion l'innocuité des emphysèmes traumatiques, et si l'air agit d'une manière fâcheuse dans les affections chirurgicales, c'est moins par son action toute spéciale que par sa propriété d'altérer chimiquement les liquides épanchés. Aussi M. Velpeau se demande-t-il où est la nécessité de soustraire l'œil au contact de l'air. Mais lorsqu'il existe de la photophobie, est-ce l'air qui cause cette douleur ; ne serait-ce pas plutôt la lumière? Placez dans l'obscurité un sujet présentant un semblable symptôme, et surtout atteint de kératite ulcéreuse, évidemment il sera soulagé. Faut-il en conclure, dit M. Velpeau, que l'obscurité soit nécessaire? Bien loin de là, il se prononce contre cette méthode, et il a dit avoir obtenu de meilleurs résultats en affrontant la douleur, c'est-à-dire en laissant les yeux exposés à l'air libre et à la lumière.

Cette opinion pourra bien au premier abord paraître paradoxale, car il ne viendra à l'esprit de personne de penser que ce qui soulage le malade si rapidement et d'une manière aussi complète n'ait pas une action favorable sur la maladie. Pour notre part, nous hésitons à admettre ce principe; car, si nous avons vu fréquemment chez les malades condamnés pendant un certain temps à l'obscurité absolue (chez ceux du moins dont un œil avait été parfaitement recouvert d'un bandeau) survenir le larmoiement, le clignotement des paupières et même une conjonctivite légère aussitôt que l'appareil de la vision a été rendu à ses fonctions, il n'en est pas moins vrai que nous avons eu à nous féliciter souvent des résultats obtenus par l'obscurité et l'abri du contact de l'air. Cependant M. Velpeau invoque des faits; quelques-unes de nos observations donnent gain de cause à son opinion. Aussi, sans nous prononcer d'une manière formelle, croyons-nous que cette méthode demande à être étudiée. Il est possible que sagement appliquée (et son inventeur d'ailleurs ne la croit pas favorable à tous les cas) elle puisse prévenir, je ne dirai pas les rechutes, mais ces petits accidents que l'on observe après la guérison de la maladie elle-même, et qui font le désespoir des malades, qui craignent déjà une récidive.

Enfin, les maladies de l'œil guérissent-elles plus vite par l'occlusion des paupières? Le procédé préconisé par M. Bonnafont a-t-il quelque influence sur la marche de la maladie? M. Velpeau a cherché à démontrer par la statistique, c'est-à-dire en comparant les résultats obtenus par lui à la Charité et ceux qui ont été constatés à l'hôpital du Roule, que la moyenne du séjour à l'hôpital était plus élevée chez les malades traités par l'occlusion.

S'appuyant d'ailleurs sur les faits signalés par M. Bonnafont, il pense que cette méthode doit encore être étudiée ; telle est aussi la conclusion de M. Bouvier, qui a pris la parole après M. Velpeau.

Depuis de longues années ce praticien, chargé du traitement d'un grand nombre d'enfants, a examiné avec le talent que nous sommes heureux de constater ici toutes les manifestations de la diathèse scrofuleuse. Or on sait que les diverses espèces d'ophthalmies sont extrêmement communes chez les sujets atteints de cette diathèse. Aussi est-ce d'abord par l'étude comparative non-seulement de ces diverses espèces, mais encore de l'attitude des enfants dans ces différents cas, puis par l'expérimentation, que M. Bouvier est venu imprimer à la discussion un caractère pratique du plus haut intérêt. Il a démontré :

1° Que l'occlusion naturelle, celle qui a lieu pendant le sommeil, était favorable à la disparition des conjonctivites légères ;

2° Que l'occlusion physiologique, l'occlusion volontaire et sans contraction musculaire, se rapprochait beaucoup de l'occlusion conseillée par M. Bonnafont, et que cette méthode de traitement était surtout applicable dans la maladie encore assez mal décrite et qui est désignée sous le nom de *photophobie scrofuleuse ;*

3° Que l'occlusion pathologique, c'est-à-dire avec spasme musculaire et clignotement des paupières, était loin d'être favorable dans la marche des maladies des yeux.

Telles sont les déductions que M. Bouvier tire de ce qu'il a observé dans les cas d'occlusion spontanée.

Voyons si l'occlusion artificielle sera plus favorable et permettra d'appliquer la méthode à un plus grand nombre de cas. Les tentatives d'expérimentation n'ont certainement pas été favorables à la méthode dans les trois cas où il a pu l'appliquer ; il n'en a obtenu aucun résultat. Bien plus, et cette remarque appartient aussi à M. Velpeau, dans la blenno-ophthalmie ou ophthalmie purulente, là où les yeux sont hermétiquement fermés par la volonté seule des malades, il a constaté que l'occlusion des paupières était une méthode mauvaise ; et par une statistique établie sur l'examen de 2,718 enfants observés par Frœbelius, il a prouvé que le traitement abortif de l'ophthalmie purulente des enfants donnait incontestable-

COURS SUR LES EAUX MINÉRALES

fait à l'École pratique

Par M. le docteur DURAND-FARDEL.

Leçon d'ouverture.

Messieurs,

Lorsque j'entreprends aujourd'hui devant vous un cours sur les eaux minérales, je viens, fidèle à la mission de l'enseignement libre, combler une lacune de l'enseignement officiel.

Il est digne de remarque, en effet, qu'une médication qui tient une si grande place dans la pratique de la médecine, et, nous pouvons le dire, dans les mœurs actuelles, se trouve entièrement oubliée dans les cours et les ouvrages sur la thérapeutique, ou ne s'y trouve indiquée que pour mémoire, de telle sorte que l'étude en soit absolument inabordable. C'était même la mode, il n'y a pas longtemps encore, parmi un grand nombre de médecins, et de préférence parmi les plus éminents, de déguiser la profonde ignorance qui régnait au sujet des eaux minérales, sous un scepticisme léger qui n'a pas peu contribué à déconsidérer cette partie si importante et si féconde de la thérapeutique.

Quant à la littérature hydrologique elle-même, nous ne jugeons pas nécessaire d'insister sur les qualifications sévères dont on a l'habitude de la gratifier, trop sévères peut-être, car on confond souvent dans la réprobation dont une foule de publications sont parfaitement dignes, un bon nombre de travaux consciencieux et estimables, et qui pèchent plus par la forme que par le fond.

Cependant, depuis quelques années la haute intervention de l'Académie impériale de médecine dans l'hydrologie médicale, la place que l'administration a accordée à celle-ci dans les attributions du comité consultatif d'hygiène publique, enfin, la création récente, sur un plan inférieur, mais avec une portée plus pratique, de la Société d'hydrologie médicale de Paris, ont replacé les eaux minérales sur un terrain plus scientifique. Les chimistes en ont fait un des sujets de prédilection de leurs études. Les écrits qui les concernent ont affecté une tendance plus généralisatrice et plus philosophique.

Cependant, rien n'a été fait encore pour dogmatiser les connaissances hydrologiques, et les rapprocher, soit des élèves, qui ont à réclamer ce complément de leurs études, soit des praticiens qui éprouvent le besoin d'être éclairés sur un élément important de leur pratique.

Je vais essayer de remplir cette lacune, sans me faire illusion sur les périls de cette entreprise et sur les exigences auxquelles elle m'expose.

Un cours sur les eaux minérales est donc une chose toute nouvelle, un enseignement nouveau. Pour qu'il mérite encore aujourd'hui ce titre, il faut que bien des difficultés environnent le sujet dont je vous entretiendrai. Ces difficultés existent pour moi comme pour les autres. Les exposer devant vous, et vous dire comment j'entends les traverser, ce sera vous donner une idée de cet enseignement, ce sera la préface naturelle de ce cours.

Ce qui a nui le plus jusqu'ici aux études hydrologiques, et chez les auteurs qui ont écrit à leur sujet, et chez ceux qui cherchent à s'y appliquer, c'est une tendance particulière à faire de la médecine hydrologique quelque chose de spécial, ayant des lois à elle, une pratique inusitée ailleurs, et à propos de laquelle il semble que les malades et les maladies prennent une physionomie nouvelle. Près des établissements thermaux c'est bien pis encore ; les habitudes médicales, jusqu'au langage même, s'y transforment, et je ne sais quelle teinte mystérieuse mêlée à un jargon traditionnel achève d'enfermer la médecine thermale dans un milieu qui n'a été jusqu'ici rien moins que scientifique.

C'est précisément l'inverse qu'il faut faire. Ainsi que les malades et les maladies que l'on observe auprès des sources minérales sont les mêmes que ceux que vous suivez et que vous traitez par d'autres moyens dans votre pratique rapprochée ; ainsi les eaux minérales sont des médicaments comme ceux que vous employez, les règles qui président à leur administration les mêmes qui doivent diriger toute œuvre thérapeutique; les procédés par lesquels elles guérissent sont empruntés aux lois physiologiques qui vous guident dans la direction de vos malades; enfin, les eaux minérales constituent tout simplement une classe de la matière médicale, que l'on n'a exilée de vos livres classiques et de votre enseignement dogmatique, que parce qu'on n'a pas voulu se donner la peine de corriger la direction vicieuse qui avait été imposée à toute cette partie de la thérapeutique.

Tout ceci ne veut pas dire que les eaux minérales ne constituent une médication particulière et qui forme une classe en matière médicale ainsi qu'en thérapeutique appliquée, mais signifie qu'il faut apporter dans leur étude comme dans leur application les mêmes principes, les mêmes règles, le même esprit dogmatique qui, dans le cercle de ses croyances particulières et de sa doctrine, guident tout médecin éclairé dans l'étude et l'application de la thérapeutique.

Je vais essayer de vous exposer d'une manière rapide, car le développement de cette exposition sera le cours lui-même, comment la médecine thermale et l'usage thérapeutique des eaux minérales se rapprochent de la thérapeutique ordinaire, en quoi elles s'en distinguent ; et, si vous le permettez, la forme que je choisirai sera de passer en revue les divers sujets qui servent de prétexte ou d'occasion aux objections qu'on présente à la médecine thermale, aux difficultés que l'on suppose à son étude, qui font la base enfin de cet état de doute, d'incertitude et d'ignorance que tant de médecins professent volontiers à l'endroit des eaux minérales.

C'est relativement à la composition compliquée des eaux minérales, à l'insuffisance de leur classification, à la complexité des conditions qui accompagnent leur usage, au vague des indications qui les récla-

ment des résultats beaucoup plus avantageux. Ce fait d'ailleurs se trouve suffisamment démontré par les heureux résultats obtenus par M. Chassaignac dans les diverses formes d'ophthalmie des enfants, savoir, l'*ophthalmie purulente* et l'*ophthalmie pseudo-membraneuse*.

Comme on le voit, les objections les plus sérieuses ont été faites à l'occlusion comme méthode générale de traitement des affections de l'appareil de la vision. Mais, comme méthode particulière et dans certains cas bien déterminés, ce procédé est appelé à rendre des services. C'est ce que M. Bonnafont a démontré dans la réponse qu'il a faite à M. Velpeau et à M. Bouvier : c'est du reste ce qui est ressorti de toute la discussion ; car, il ne faut pas l'oublier, il est des cas où il ne peut y avoir de doute. Mais s'il est des affections où l'occlusion est nuisible, il en est d'autres où cette méthode compte des partisans et des adversaires; telles sont les diverses espèces de kératites.

Nous croyons qu'en présence des faits invoqués par les divers orateurs il est difficile de se prononcer, et nous terminerons en demandant à une observation attentive et à une expérimentation faite dans des conditions identiques les moyens de fixer d'une manière incontestable l'opinion des praticiens. — Dr A. Jamain.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Quelques mots sur le choléra infantile ou maladie d'été de l'enfant.

Le choléra infantile est une maladie qui s'observe très-communément dans les parties de l'Amérique du Nord où la température est fort élevée, et en général dans tous les pays chauds. En France, nous ne sommes pas sans en rencontrer tous les ans un certain nombre de cas pendant les mois de juillet et d'août chez de très jeunes enfants, dont les conditions d'allaitement sont mauvaises, mal réglementées ou puisées à une source artificielle. Les accidents du côté des voies digestives sont déjà si fréquents quand ces petits êtres sont pourvus de bonnes nourrices, qu'il devient presque impossible de les éviter après un sevrage prématuré; et les gens du monde sont si peu clairvoyants, d'une part, et si routiniers, de l'autre, qu'ils sèvrent leurs enfants dans la première saison venue et avant que d'avoir compté le nombre de leurs dents, chose cependant si importante.

Qu'arrive-t-il alors? C'est qu'il survient de la diarrhée, qu'elle persiste pendant huit, dix, douze jours. Sous cette influence, la physionomie s'est altérée, a pris l'expression de l'angoisse; les membres s'agitent avec une violence inaccoutumée. L'enfant n'a point de fièvre, tette toujours, mais avec moins d'avidité et régurgite souvent. Les selles sont devenues fréquentes, abondantes, molles, fluides, odorantes, et ont successivement passé de la couleur jaune foncé à une nuance plus claire. Les yeux s'excavent légèrement, les joues se creusent et perdent leur éclat. L'embonpoint général diminue, les chairs perdent leur élasticité; elles ne sont plus aussi fermes. Leur mollesse est en rapport avec le nombre des selles et la quantité des matières rendues. Cet état est très-prononcé lorsque les déjections alvines sont considérables.

Jusqu'ici nous n'avons affaire qu'à une diarrhée simple, sans caractères inquiétants; mais tout à coup — et nous entrons alors de plain-pied dans l'histoire des accidents morbides relatifs à la maladie d'été — le corps s'amaigrit; le visage s'affaisse, pâlit; les traits se tirent, le nez se pince, les yeux s'excavent profondément; la peau perd toute sa résistance au doigt, se décolore et se refroidit; l'enfant crie sans cesse, vomit une matière poracée et rend par les selles des excréments verdâtres, séreux, colorant le linge en vert clair, mêlés à des hachures d'herbes, mais jamais riziformes comme dans le choléra-morbus. Le ventre est ballonné et non point aplati, la voix s'éteint; au bout d'un temps assez court, la diarrhée cesse, les cris redoublent et les vomissements recommencent de plus belle. La soif est ardente; le petit malade remue constamment les lèvres, se jette au-devant de la boisson, mais il la vomit bientôt ou la rend par l'intestin.

Les forces de l'enfant seraient bien vite anéanties par le mal et disparaîtraient en peu d'heures sous les coups de la mort, si le médecin n'intervenait promptement avec une médication active et puissante. Je n'en connais point de meilleure, en pareil cas, que le bain de moutarde; voici comment il faut s'y prendre : on met dans une serviette 500 grammes de farine de moutarde, que l'on délaye dans l'eau froide; puis on noue la serviette de manière que la farine soit lâche, et enfin on la tord et on la presse jusqu'à ce que l'eau devienne jaune. Ainsi que je viens de vous le dire, la farine doit être délayée dans l'eau froide, parce qu'alors l'huile essentielle de moutarde se développe en plus grande quantité.

L'enfant, soutenu par la nourrice ou par toute autre personne, est placé dans le bain. Bientôt il commence à sentir l'action irritante de la moutarde. Quand la cuisson est devenue insupportable pour la personne qui le tient, il faut retirer le petit malade, l'essuyer, le placer dans une couverture de laine et lui donner à l'intérieur du sirop d'éther par petites cuillerées à café, ou en dissolution dans de l'eau distillée de menthe ou de mélisse.

Presque aussitôt après l'emploi de cet excellent moyen, vous voyez les accidents du côté du ventre se modérer, et le pouls commencer à revenir. Hâtez-vous alors de donner une nourrice à l'enfant, s'il n'en avait point précédemment; c'est le parti le plus sage et le plus sûr auquel vous puissiez vous arrêter. Dans le cas où un concours de circonstances exceptionnelles vous empêcherait d'y recourir, faites la prescription suivante :

Sous-nitrate de bismuth. } āā. . parties égales.
Craie. . . . . . . }

Le nitrate d'argent allié à une infime quantité d'opium, telle qu'une demi-goutte de laudanum liquide de Sydenham, peut encore vous donner d'excellents résultats.

Je vous recommande encore la préparation que voici :

Nitrate d'argent.	1	centigrammes.
Sirop.	30	grammes.
Eau distillée.	120	—

pour une potion qui sera continuée pendant trois ou quatre jours.

Prescrivez simultanément comme alimentation de l'eau albumineuse sucrée avec du sirop de gomme. Je considère cette boisson comme extrêmement utile. Enfin, au fur et à mesure que la diarrhée diminue, faites prendre à votre petit malade du lait, du bouillon ou un peu de lait de poule.

Lorsque le choléra infantile ne se revêt point de formes trop graves, l'enfant guérit habituellement; dans le cas contraire, le dénouement est fatal.

MAISON DE SANTÉ. — M. Demarquay.

Observations de phlegmon péri-prostatique.

Par M. J. Paupert.

L'histoire du phlegmon péri-prostatique, peu étudiée par les auteurs, est cependant assez importante pour trouver sa place dans le cadre nosologique; les rapports que la prostate affecte avec le rectum, la vessie et l'urètre font pressentir un état pathologique complexe. Aussi n'est-il pas sans intérêt de faire connaître quelques idées que nous avons entendu professer à ce sujet par M. Demarquay, s'appuyant sur des observations recueillies dans sa clientèle et dans le service chirurgical de la Maison de santé confié aux lumières de M. Monod.

Avant de rapporter les observations des malades que nous avons eus sous les yeux, rappelons en deux mots l'anatomie de cet organe, afin de mieux faire ressortir les phénomènes qui s'y passent lorsqu'il vient à s'enflammer.

M. le professeur Denonvilliers a démontré de la manière la plus claire que la prostate est cloisonnée en avant et sur les côtés par des aponévroses. La base embrasse le col de la vessie, contient dans son épaisseur le canal déférent, le col des vésicules séminales; tantôt elle entoure complètement le canal de l'urètre, d'autres fois elle ne fait que le recevoir dans une gouttière, et toujours elle est traversée par les canaux éjaculateurs et ses propres conduits. Située au-devant du rectum et en arrière du pubis, elle s'appuie sur l'aponévrose périnéale moyenne; elle est recouverte par l'aponévrose pubio-prostatique, et maintenue latéralement par l'aponévrose pubio-rectale, qui la sépare des fibres du releveur de l'anus. Ce simple aperçu montre que par sa face rectale seule la prostate se trouve dépourvue de séparation spéciale. De toutes parts, elle est entourée par un tissu cellulaire plus épais et plus condensé en arrière et en bas, où elle est unie à l'intestin. De ce côté, il n'y a plus de limite assignée à cet organe, et les conséquences de cette disposition sont les fusées purulentes s'étendant jusqu'au cul-de-sac péritonéal et pouvant même décoller le péritoine dans une étendue qu'il serait impossible de préciser. Ce fait anatomique a encore pour résultat la plus grande fréquence de ces collections en arrière que dans les autres points de la circonférence. C'est ce que nous avons vérifié chez nos malades, et ce que les auteurs qui se sont occupés de ce sujet ont d'abord constaté, puisqu'ils font à peine mention d'abcès se frayant passage à travers les aponévroses latérales, et qu'ils rapportent de nombreux exemples de foyers ouverts dans l'urètre, la vessie, le rectum.

Lorsque tout le tissu cellulaire a été désorganisé par l'inflammation, il arrive que le pus, après avoir décollé le rectum de la prostate et suivi le plancher que lui offre le sphincter, se fait jour en arrière des muscles transverses, dans le point où l'aponévrose superficielle se continue avec l'aponévrose moyenne, envahit l'espace ischio-rectal et toute l'étendue du périnée au-dessous du plan fibreux le plus inférieur. Le phlegmon, devenu alors sous-cutané, est bien plus accessible aux moyens que l'on met en usage pour en amener la disparition. Cette fusée du pus rend compte d'un phénomène relaté dans l'une de nos observations, et qui consistait, en exerçant avec la main une pression régulière dans toute la région périnéale, à faire saillir la tumeur dans le rectum. M. Demarquay a été témoin d'un cas où le pus, après avoir parcouru le trajet que nous venons de décrire, se fit jour dans l'urètre tout à fait en avant du bulbe. On comprend, du reste, facilement que le pus se formant dans un point élevé de la circonférence de la glande, ait de la tendance à se porter vers la partie la plus déclive, en détruisant le tissu cellulaire qui s'oppose à son passage.

Le phlegmon parenchymateux, bien moins fréquent que le phlegmon péri-prostatique, ne suit point la même marche; il s'ouvre presque toujours dans l'un des organes que la prostate contient dans son épaisseur, ainsi que dans le rectum, par l'intermédiaire du tissu qui les unit. Il arrive ici, pour le tissu cellulaire péri-prostatique, ce qui arrive pour le tissu cellulaire du pourtour de l'utérus dans le phlegmon péri-utérin. N'existe-t-il pas une grande ressemblance entre les deux phlegmons? n'ont-ils pas la même tendance à s'ouvrir dans le rectum? ne donnent-ils pas lieu à des accidents analogues? Une circonstance défavorable au traitement de ces derniers, c'est la profondeur du foyer, que la dispo-

---

ment, à la multiplicité des applications attribuées à une même eau minérale, à l'identité des applications attribuées à des sources différentes, c'est à propos de ces différents sujets que l'on a coutume de s'attaquer aux eaux minérales. Un coup d'œil jeté sur chacun d'eux nous servira d'occasion naturelle pour vous faire pressentir dans quel ordre d'idées ces leçons vous seront présentées.

La constitution des eaux minérales est très-complexe. La chose est vraie. Leur constitution chimique est encore imparfaitement connue : ceci est encore vrai. Mais sont-ce précisément là des conditions propres aux eaux minérales?

La médecine moderne recherche, il est vrai, les médicaments les plus simples possible; mais elle n'en emploie pas moins un foule de médicaments très-composés. Les médicaments empruntés au règne végétal sont dans ce cas. Prenons un de ceux qui sont le plus usités pour la netteté de leurs usages comme pour leur efficacité, le quinquina. Cette écorce se compose de trois sortes de matières :

1° Des alcaloïdes, quinine, cinchonine, quinidine et cinchonidine ;

2° L'acide quinique et les tannins ;

3° De l'amidon, de la gomme, des matières grasses et du ligneux.

Vous trouverez peu d'eaux minérales aussi complexes que le quinquina, que vous appelez sans doute un médicament simple, bien que personne d'entre vous n'ignore qu'il se compose d'éléments divers. Et M. Briquet vous fera en outre remarquer que dans le quinquina se rencontrent des principes contradictoires, les alcaloïdes d'une part et les tannins de l'autre, ceux-ci annihilant les premiers ; tandis que nous n'avons pas coutume de rencontrer dans les eaux minérales de principes qui se neutralisent. Cet exemple suffit pour vous montrer que la complexité de composition des eaux minérales ne saurait être un obstacle à leur étude. Je vous ferai assister à l'analyse thérapeutique des eaux minérales, et vous reconnaîtrez sans doute avec moi que la plus sûre manière de les considérer, c'est à un point de vue d'ensemble, comme un corps nouveau, jouissant de propriétés particulières, plus ou moins empruntées à quelques-uns des principes qui les constituent.

La composition des eaux minérales est d'ailleurs imparfaitement connue. Ceci me paraît très-secondaire pour leur usage médical. Il n'y a guère d'indications qui proviennent de l'analyse perfectionnée d'un médicament déjà connu. Si l'analyse du quinquina a enrichi la thérapeutique d'un médicament nouveau, elle n'a en rien étendu pour cela les applications du quinquina lui-même. Il ne faut pas s'attendre que les découvertes qui pourront se faire au sujet de la constitution chimique des eaux minérales étendent les applications d'aucune d'entre elles.

Voyez ce qu'a produit la découverte si intéressante de l'arsenic dans un grand nombre d'eaux minérales : rien qu'une porte de plus ouverte aux hypothèses dont leur mode d'action peut être l'objet.

On a souvent répété, à propos de l'usage des eaux minérales, qu'il est difficile de distinguer ce qui leur revient dans les résultats obtenus, de ce qui peut être attribué aux conditions hygiéniques afférentes à leur usage, changement de milieu, repos intellectuel, exercice, etc., et nous avons souvent entendu les meilleurs esprits insister sur cette combinaison d'influences, semblant reprocher aux traitements suivis près des stations thermales précisément un des éléments de leur supériorité. Oui, l'éloignement, la distraction, le repos, l'exercice, le changement enfin, constituent une des parties essentiellement inhérentes au traitement thermal. Mais qu'y a-t-il là de particulier à la médecine thermale? Est-ce que dans le traitement des maladies aiguës le régime ne se combine pas à toute prescription thérapeutique? Est-ce que dans le traitement des maladies chroniques on ne s'efforce pas de combiner, autant que possible, ces deux séries de moyens curatifs? Et n'est-ce pas alors que l'on s'en tient uniquement aux agents médicamenteux, comme il arrive dans les hôpitaux, par exemple, que les maladies chroniques s'éternisent et se refusent à la guérison? Craint-on d'envoyer à la campagne un enfant scrofuleux, de peur que le changement de milieu influe plus vivement sur lui que l'huile de foie de morue, l'iode ou le brome qu'on lui aura prescrits? Croit-on que l'usage des vapeurs iodées ou des vapeurs résineuses au début de la phthisie serait plus compromis pour être conseillé dans de nouvelles conditions d'hygiène et de climatologie, que si l'on se garde de rien changer aux conditions où la phthisie s'est développée ou menace d'apparaître?

Vous voyez donc qu'au point de vue de la multiplicité des éléments dont elles se composent, des inconnus que renferme encore leur constitution, de la complexité des conditions qui président à leur application, les eaux minérales se présentent à nous toutes semblables aux autres classes de médicaments ou de médications.

On reproche souvent aux eaux minérales le vague des indications qui sont relatives à leur emploi, et l'on exigerait volontiers des médecins attachés aux établissements thermaux qu'ils fournissent un tableau précis des indications que réclame telle ou telle eau minérale; mais ce n'est pas généralement ainsi que l'on procède en thérapeutique. Prenez une classe quelconque de médicaments, et vous verrez s'il vous sera possible de préciser les indications qui se rattachent à chacun d'eux. Sous ce rapport, vous rencontrerez les mêmes difficultés à propos des eaux minérales; mais vous reconnaîtrez aussi que, relativement à la précision des indications, elles n'ont rien à envier aux autres médications. Mais vous me permettrez de ne pas insister davantage en ce moment sur un pareil sujet, sur lequel je fixerai particulièrement votre attention dans le cours de ces leçons.

(*La suite à un prochain numéro.*)

sition des parties empêche d'atteindre aussi facilement que lorsque le pus se rapproche de la surface des téguments.

Voici les faits que nous nous sommes proposé de faire connaître, et sur lesquels nous nous sommes appuyé pour étudier la cause des abcès péri-prostatiques, leur siége le plus fréquent, leurs symptômes et leur thérapeutique.

Obs. I. — M. X..., banquier à Bordeaux, âgé de quarante-cinq ans, a été soumis pendant quelque temps à des séances de cathétérisme, pour un prétendu rétrécissement du canal. Ces séances étaient accompagnées de douleurs et suivies de suintement sanguin; la sonde parvenait sans peine dans la vessie.

Peu de jours après la dernière opération M. X... se mit en voyage, et arriva à Paris dans l'état suivant :

Ténesme vésical presque continuel; bientôt douleurs atroces dans la région périnéale; difficulté de la miction. Les accidents ne font que s'aggraver; les douleurs se compliquent d'un gonflement considérable du pourtour de l'anus, la fluctuation devient évidente, et une incision donne issue à une grande collection de pus. L'introduction d'un stylet dans la plaie démontre que la collection avait son siége dans le tissu cellulaire péri-prostatique, et que la face antérieure du rectum formait la paroi postérieure du foyer. Le toucher rectal fait reconnaître une tuméfaction de la prostate et l'intégrité de son tissu; la fonte avait seulement eu lieu aux dépens du tissu cellulaire qui l'environne. Le malade a promptement guéri.

Obs. II. — Un Américain depuis quelque temps à Paris portait dans la région du bulbe un rétrécissement du canal, pour lequel il était soumis à la dilatation progressive depuis un mois. Le rétrécissement était déjà sensiblement dilaté et M. X... se trouvait dans d'excellentes conditions de prompte guérison, lorsqu'il fit une course de dix lieues à cheval sans prendre de repos. Le soir même, douleur vive au périnée, avec gonflement de cette région. Le lendemain, persistance de la douleur et du gonflement, accompagnés de fièvre intense, de difficulté d'uriner, et le surlendemain d'impossibilité de satisfaire à ce besoin sans le secours de la sonde.

Vers le cinquième jour après le début des accidents, le doigt indicateur droit introduit dans le rectum et la main gauche appliquée sur le périnée, on sent une fluctuation manifeste limitée à la face rectale de la glande. M. Ricord, appelé en consultation, constate le même phénomène. Une incision faite au-devant de l'anus, étendue à 4 ou 5 centimètres en profondeur, laisse couler une suppuration abondante.

Quelques jours après l'opération, le malade peut se lever; le cours des urines se rétablit. Au neuvième jour le malade était guéri.

Obs. III. — Un troisième malade, encore dans le service de chirurgie de la Maison de santé, M. D..., âgé de quarante et un ans, sentit survenir, à la suite d'un écoulement blennorrhagique, une grosseur assez considérable formant saillie dans le rectum et s'étendant en avant jusqu'aux bourses. Ce gonflement était accompagné de douleurs vives exaspérées par la pression, d'inappétence, de perte de sommeil et d'un appareil fébrile intense. On trouve, à l'examen des parties, une tumeur fluctuante, perceptible surtout par le toucher rectal et remontant jusqu'au point le plus élevé que le doigt pouvait atteindre. Une incision faite au-devant de l'anus, à gauche du raphé, donne issue à une grande quantité de pus. Le calme succède presque immédiatement à la souffrance, et en sondant l'étendue du foyer avec un stylet ordinaire de trousse, on trouva que le décollement remontait très-haut au-devant de l'intestin. Des injections iodées poussées dans la plaie et une mèche introduite entre les lèvres de l'incision ont constitué tout le pansement. Ce malade se trouve aujourd'hui dans un état satisfaisant, et bientôt il sortira entièrement guéri.

Obs. IV. — M. X..., peintre sur porcelaine, âgé de trente-neuf ans, entre également dans le service de chirurgie pour un écoulement urétral; bientôt une tumeur fluctuante se montre au-devant du bulbe. Cette tumeur est molle, extrêmement sensible; le plus léger examen y réveille des douleurs atroces: les urines sont évacuées avec beaucoup de difficulté. M. Demarquay pratiqua une ouverture qui donna issue à une assez grande quantité de pus. Tout alla bien pendant quinze jours; seulement la plaie ne se fermait pas aussi vite qu'on pouvait le prévoir, lorsque ce malade crut s'apercevoir qu'un liquide aqueux suintait du fond de la plaie quand il urinait. Une injection de liquide coloré poussé par le méat donna la certitude qu'il existait une éraillure du canal. L'usage des sondes à demeure et un pansement simple amenèrent promptement la fermeture de la plaie, qui du reste s'étendait fort peu loin autour de la prostate. La suppuration ne s'était faite qu'aux dépens d'une petite quantité de tissu cellulaire.

Remarquons tout d'abord que les abcès prostatiques atteignent le plus souvent l'âge adulte et la vieillesse. Le plus jeune de nos malades a trente-huit ans; il compte plusieurs blennorrhagies antérieures, toutes terminées d'une façon heureuse. Il est, en effet, peu fréquent de voir chez les jeunes gens atteints d'écoulement autre chose qu'un gonflement de la prostate, sans trace de formation de pus. Y a-t-il donc une limite d'âge passé laquelle l'urètre n'est plus indifféremment affecté, où les maladies qui l'atteignent entraînent à leur suite un degré de gravité qui ne s'était point montré jusqu'alors ? Les causes les plus habituelles sont la blennorrhagie, les tentatives répétées de cathétérisme, la contusion de la région périnéale, l'excès de coït dans un âge avancé, en un mot, tout ce qui peut avoir du retentissement du côté de la glande. Les deux causes qui ont évidemment le plus de valeur sont la blennorrhagie et le cathétérisme.

Le sujet de la première observation n'a vu survenir les accidents qu'à la suite de séances répétées d'introductions de sondes et de bougies; il en est de même du second malade, mais avec cette circonstance aggravante qu'il a fait un exercice d'équitation prolongé. Chez les deux autres, l'écoulement paraît avoir seul déterminé la suppuration du tissu cellulaire. On peut trouver dans l'étroite intimité de la prostate avec les parties soumises à l'influence de ces causes l'explication des effets qu'elles déterminent.

C'est principalement en arrière que l'on rencontre ces abcès; il faut cependant admettre qu'ils peuvent se développer dans un point plus rapproché de l'extrémité antérieure de la portion prostatique de l'urètre, puisqu'on cite nombre de cas dans lesquels ils se sont ouverts spontanément dans ce canal. Quoi qu'il en soit, il serait difficile de préciser l'endroit où se fait le début; mais le pus a toujours de la tendance à envahir les parties qui l'environnent, et par cette raison que son contact les transforme si facilement en un liquide semblable, on peut penser d'une manière générale que c'est en arrière, c'est-à-dire dans le point où le tissu cellulaire se trouve en plus grande abondance, où par conséquent le phlegmon trouve des éléments de développement plus considérables; on peut penser, dis-je, que ce point sera celui où l'on devra le plus fréquemment constater son existence. Ce n'est pas qu'il ne puisse se développer dans tout autre point de la périphérie de la prostate; mais quelque soit celui où il se développe, gagnant de proche en proche, il s'étend quelquefois très-loin de son foyer primitif.

Les symptômes du phlegmon péri-prostatique ne sont pas toujours si manifestes que l'on puisse sans peine arriver à formuler un diagnostic certain. Souvent, surtout au début, le malade se plaint d'éprouver de la chaleur, du gonflement dans la région périnéale, de la pesanteur à la région anale, une dysurie légère, signes communs à plusieurs autres affections. Mais bientôt les symptômes prennent de la gravité; le gonflement, plus considérable, est accompagné d'élancements; la fièvre s'est allumée, la pesanteur au siége est plus grande, la douleur est intolérable, la défécation difficile, la miction impossible, et le toucher rectal fait connaître l'existence d'une tumeur fluctuante. Si alors le chirurgien n'intervient point pour arrêter les progrès d'extension du foyer, le pus chemine partout où il peut se faire jour, et la fluctuation devient manifeste dans la région périnéale et dans toute la hauteur de la paroi rectale qu'il est possible d'explorer. Lorsque les choses en sont arrivées à ce point, il est facile, au moyen d'une manœuvre très-simple, de constater le trajet que le pus a suivi; il suffit, un ou deux doigts préalablement introduits dans l'anus, d'exercer avec la main sur le périnée des pressions successives répétées sur la cloison rectale pour établir un flux et reflux qui démontrent de la manière la plus manifeste la communication établie entre ces deux points.

Si dans ces conditions l'art ne vient en aide à la nature, la collection se vide dans le rectum, l'urètre, et perfore même la peau après avoir occasionné de très-grands ravages.

Peu d'affections de la prostate peuvent être confondues avec le phlegmon péri-prostatique; la marche aiguë des accidents et l'ensemble des signes fournis par l'étude des symptômes mènent promptement à un diagnostic sûr et rigoureux.

Une fois le pus formé dans le tissu cellulaire péri-prostatique, il est bien difficile d'en arrêter la marche et de le faire disparaître par les antiphlogistiques usités en pareille circonstance. C'est donc au bistouri que le chirurgien a le plus souvent recours.

L'incision du foyer doit-elle être faite par l'intestin ou par le périnée ?

M. Ricord, dont tout le monde reconnaît la compétence, croit qu'il est plus rationnel et plus simple de vider l'abcès par le rectum à cause de la proximité plus grande du pus et de la facilité de l'opération, qui se borne alors à une simple ponction. M. Demarquay, au contraire, sans nier la justesse de l'opinion de M. Ricord, croit qu'il est le plus souvent préférable de pratiquer une ouverture soit au-devant de l'anus, soit sur les côtés du raphé. Les difficultés de l'opération sont incontestablement plus considérables; la complication de cette région exige une plus grande prudence, mais en revanche point de risque de voir une fistule s'établir par l'intestin; le foyer se vide entièrement, l'examen devient extrêmement simple et le pansement très-facile. Le traitement ultérieur se borne à des injections détersives, et, lorsque le décollement est considérable, à des injections avec la teinture d'iode répétées tous les deux jours. Une mèche est introduite entre les lèvres de l'incision assez profondément pour qu'elle parvienne dans le foyer; les bains de siége et les bains entiers activent d'une manière sensible la terminaison.

Telle est la thérapeutique adoptée par M. Demarquay depuis plusieurs années déjà et qui lui a procuré des guérisons d'une rapidité souvent inespérée dans plusieurs cas de phlegmons péri-prostatiques graves.

NOUVELLE FORME DE MEMBRANE DU TYMPAN ARTIFICIELLE.

Par M. Westropp.

Nos lecteurs connaissent déjà l'idée, publiée et appliquée il y a quelques années par M. Yearsley, de remplacer la membrane tympanique perforée ou absente par une parcelle de coton imbibée d'une substance onctueuse (comme de la glycérine), puis introduite et laissée dans le conduit auditif. Beaucoup de surdités sont, en effet, soulagées par ce moyen d'une exécution à la portée de tous, mais qui demande aussi à être renouvelé fréquemment. M. Westropp remarque aussi que le coton est loin de constituer un corps susceptible d'entrer en vibration, que sous ce rapport il ne peut donc absolument pas remplacer la membrane du tympan.

M. Westropp avait imaginé de remédier à ce défaut en mettant au fond du conduit auditif un petit disque très-mince de caoutchouc ou de gutta-percha. Mais l'application qu'il essaya chez quelques malades de cette sorte de membrane artificielle ne réalisa pas ses espérances. Ceci tient, comme il le fait observer, à ce que le conduit auditif est plus étroit à son milieu qu'à ses deux extrémités; à ce que, en outre, il offre dans sa direction une courbure assez compliquée, ce qui gêne beaucoup l'opérateur pour placer la membrane artificielle sous le même angle que la naturelle. De plus, l'air passe toujours entre ses bords et la face interne du conduit auditif.

Pour empêcher cette défectuosité, qui tient à ce que la membrane se plisse, se chiffonne pendant qu'on l'introduit, M. Toynbee l'a remplacée par deux cercles métalliques, entre lesquels est une lame de caoutchouc qui déborde en dehors le disque métallique. C'est un perfectionnement; mais il en résulte de l'irritation, et le but même, l'amélioration de l'ouïe, n'est pas toujours convenablement atteint, car la difficulté reste entière, de disposer ce tympan artificiel sur le même plan que le naturel.

M. Westrop s'est attaché, et il nous paraît avoir réussi d'une manière extrêmement ingénieuse, à neutraliser ces défauts. Il façonne d'abord, en bois dur, un modèle du conduit auditif; puis il le recouvre, après l'avoir huilé, d'une couche de solution de gutta-percha dans du chloroforme. Après avoir laissé sécher cette première couche, il en applique une seconde, et de même cinq ou six successivement. L'une des extrémités est également recouverte de cette matière solidifiable, laquelle, après l'extraction du modèle, forme un petit tube fermé par un bout, incapable de causer de l'irritation, de texture éminemment vibratile, et reproduisant avec toute la perfection voulue la capacité, la direction, la longueur du conduit auditif, ainsi que de la membrane tympanique.

L'auteur avertit que la confection du modèle de bois demande les plus grands soins, une connaissance exacte de l'anatomie de la région. Il recommande d'ailleurs d'essayer préalablement l'introduction du coton glycériné, si l'altération de l'ouïe à laquelle on veut remédier est de telle nature qu'on puisse augurer du succès de l'application d'un agent semblable.

(*Medical Times and Gazette* et *Gaz. hebd.*)

INFLAMMATION DES REPLIS ARYTÉNO-ÉPIGLOTTIQUES; dysphagie;

Par M. E. Gintrac, professeur de clinique médicale et directeur de l'Ecole de médecine de Bordeaux.

Pierre D..., âgé de trente-trois ans, de Sanguinet, laboureur, de petite taille, d'assez faible constitution, atteint de fièvre intermittente à la fin de l'automne, est pris le 1er janvier d'extinction de voix et de gêne extrême pour avaler. Un vésicatoire est appliqué sur le cou. La maladie fait des progrès. Le malade est reçu le 14 janvier à la Clinique médicale. Pâleur de la face, chaleur normale de la peau, pouls à 60; langue couverte d'un enduit jaunâtre, épigastre indolore; selles naturelles, mais rares; voix très-voilée; déglutition impossible; aucune substance liquide ou solide ne peut franchir l'orifice œsophagien.

L'examen de la cavité gutturale ne fait découvrir qu'une légère rougeur de la luette; point de tuméfaction des amygdales, aucun obstacle visible à la déglutition. L'index introduit jusque sur l'épiglotte et l'ouverture supérieure du larynx rencontre un double bourrelet douloureux et tendu formé par les replis aryténo-épiglottiques. La présence du doigt provoque une toux pénible, l'extinction complète de la voix, et l'expulsion d'une grande quantité de mucosités épaisses, filantes, mêlées de matière purulente. Une grosse sonde en gomme élastique est introduite par la bouche dans l'orifice œsophagien; on injecte de la tisane, ensuite du lait, puis du bouillon.

A l'aide d'une petite seringue, le pharynx est fréquemment lavé avec une solution de borate de soude dans l'eau d'orge. Chaque injection provoque la sortie d'une matière puriforme très-abondante et d'une odeur souvent fétide.

Le 19, la voix est moins voilée. La déglutition a pu s'exercer sur un morceau de pain trempé dans de l'eau. Amélioration notable; faiblesse moindre.

Le 23, déglutition facile, même celle des liquides; le doigt, promené sur la partie inférieure du pharynx, trouve les bords de l'ouverture supérieure du larynx souples et dans l'état normal. Expectoration presque nulle et simplement muqueuse; retour complet des forces; voix ayant repris son timbre normal. *Exeat* le 26.

(*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

NOTE SUR UN MOYEN NOUVEAU de faire prendre immédiatement les sangsues.

Par M. le Dr Avenier de Lagrée, de Grand-Fougeray (Ille-et-Vilaine).

On sait combien il est long, pénible, pour ne pas dire impossible, surtout dans l'hiver, d'obtenir d'un nombre donné de sangsues qu'elles adhèrent toutes aux téguments où l'on veut les appliquer. Voici un moyen que j'ai imaginé depuis peu, et qui sera bien accueilli, je crois, puisqu'il accélère d'une manière remarquable l'entrée en fonctions de ces précieux annélides. Lorsqu'on a choisi l'endroit sur lequel elles doivent être appliquées, on y place et on y laisse séjourner un sinapisme, afin de déterminer la congestion des vaisseaux capillaires. Puis on essuie soigneusement l'endroit, et l'on y pose le verre à sangsues. En *quelques minutes*, elles y adhèrent toutes, et la succion s'opère avec une rapidité et une énergie remarquables.

L'application préalable du sinapisme procure un triple avantage:

1° Les sangsues prennent toutes ou presque toutes;

2° Elles s'attachent bien plus vite aux téguments;

3° Elles tirent plus de sang. A cela, j'ajoute qu'après leur chute les capillaires conservent assez longtemps leur état congestionnel, l'écoulement du sang par les morsures est plus abondant et dure plus longtemps.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 mars 1856. — Présidence de M. Binet.

Pile pour les usages médicaux. — M. A. Breton adresse une description d'une pile toujours humide destinée aux usages médicaux, sur laquelle il avait, dans une précédente séance, sollicité le jugement de l'Académie.

« Cette pile, dit M. Breton, est composée, pour l'un des pôles, d'un mélange de poudre de cuivre rouge avec des poudres neutres de bois, destinées à diviser les parties métalliques. Ces poudres sont mélangées ensemble dans une dissolution saturée de chlorure de calcium qui en fait une mixture toujours humide, le chlorure de calcium ayant la propriété d'absorber toujours l'humidité de l'air. La préparation du deuxième mélange qui forme l'autre pôle de la pile est identiquement la même, si ce n'est que la poudre de cuivre est remplacée par une poudre de zinc. Ces deux préparations, mises dans un vase et séparées entre elles par une cloison poreuse, établissent une pile à effet constant qui garde toujours la même intensité d'action, vu son état d'humidité permanente et le nombre indéfini de ses éléments. » (Commissaires : MM. Becquerel et Pouillet.)

— M. Goubaux, professeur à l'École impériale vétérinaire d'Alfort, et M. Follin, professeur agrégé à l'École de médecine de Paris, adressent pour le concours Montyon, prix de médecine et chirurgie, un travail qui leur est commun et qui a pour titre : *De la cryptorchidie chez l'homme et les principaux animaux domestiques.* (Réservé pour la future commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Deux autres mémoires destinés au même concours sont adressés :

L'un par M. Rochat : *Essai sur la médecine préventive ;*

L'autre, par M. Wanner. Ce dernier mémoire est intitulé *Du degré constant de la chaleur animale considérée dans l'homme comme loi de la santé; des effets morbides produits par les variations de cette chaleur, et les applications à en déduire pour la thérapeutique.*

Comité secret. — La section de médecine et de chirurgie a déclaré, par l'organe de son doyen M. Serres, qu'elle maintenait la liste présentée dans la séance précédente, ainsi que les *ex æquo.*

Voici cette liste :

Médecine. — Au 1er rang : MM. Cruveilhier et Longet, *ex æquo*; au 2e rang : MM. Poiseuille et Piorry, *ex æquo.*

Chirurgie. — Au 1er rang : MM. Jobert (de Lamballe) et Jules Guérin, *ex æquo*; au 2e rang : MM. Baudens, Laugier et Malgaigne, *ex æquo.*

La majorité de la section recommande à l'Académie la liste de médecine. Les titres de ces candidats sont discutés. L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 janvier 1856. — Présidence de M. Caron, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Emploi de la glycérine à l'extérieur. — M. Pertus entretient la Société des bons effets qu'il a obtenus de l'usage de la glycérine à l'extérieur. Ce médicament, dont l'emploi médical remonte à quelques mois à peine, mis en usage soit en frictions, soit en fomentations, au moyen de compresses pliées en plusieurs doubles, largement imbibées de glycérine et maintenues appliquées sur la partie que l'on veut modifier, a produit d'excellents résultats dans plusieurs affections, dans un anthrax du dos, entre autres, dans le *prurigo podicis*, l'*eczéma*; il a déterminé une prompte amélioration dans un cas grave de panaris accompagné d'un gonflement considérable de la main et de l'avant-bras, panaris qui avait nécessité trois profonds débridements dans le trajet malade.

M. Chalut rapporte plusieurs faits qui viennent à l'appui de ceux que vient de citer M. Pertus. Il a obtenu de la glycérine, employée de la même manière, de bons et prompts résultats chez un vieillard âgé de soixante et onze ans, affecté d'une eschare gangréneuse au talon. Il l'a essayée avec le même bonheur chez une jeune fille dans un cas d'érysipèle de la face. Enfin dans une plaie de la face l'efficacité n'en a pas été moindre; il s'agissait, dans ce dernier fait, d'une désorganisation de la peau, suite de l'action trop prolongée d'un sinapisme. M. Chalut a remarqué que, sous l'influence de ces pansements avec la glycérine, la chute de l'eschare avait été beaucoup moins lente que sous celle des moyens ordinairement employés en pareil cas. Or on sait que généralement, dans les plaies produites par le séjour intempestif et imprudemment prolongé d'un révulsif de cette espèce, la guérison se fait attendre fort longtemps.

M. Vergne dit avoir employé dernièrement la glycérine chez une femme âgée de soixante-deux ans, qui présentait aux grandes lèvres plusieurs tumeurs accompagnées d'ulcérations de nature douteuse. Il n'a pu insister assez longtemps sur l'emploi de ce médicament pour être à même de se former, et d'une manière définitive, une opinion bien arrêtée sur son degré d'efficacité et sur la rapidité de son action. Il a cependant remarqué que la glycérine était d'une application facile; qu'elle ne laissait pas d'enduit autour des plaies, comme il arrive lorsqu'on emploie certains topiques, les pommades, le cérat, le styrax, etc., qui nécessitent toujours un lavage plus ou moins difficile, plus ou moins douloureux. Il se propose de saisir les occasions qui se présenteront à lui d'expérimenter de nouveau la substance dont il est question, et de l'usage de laquelle, jusqu'à présent du moins, il n'a pas entendu dire qu'il soit jamais résulté d'accidents.

M. Dupertuis admet facilement les résultats dont il a été question dans les communications de plusieurs chirurgiens, tant dans les journaux scientifiques que devant les Académies et les Sociétés de médecine; mais il voudrait que l'on s'attachât maintenant à étudier le mode d'action de la glycérine, sur laquelle il n'est pas suffisamment éclairé.

M. Pertus est porté à croire, d'après les résultats obtenus, qu'elle agit à la fois et comme émollient et comme agent modificateur des tissus.

M. Chalut. J'ai omis de dire que j'avais employé la glycérine dans un cas d'engelures ulcérées, et que le succès a été rapide et complet. D'après cela, et surtout d'après le fait d'érysipèle à la face que j'ai cité précédemment, je serais tenté de croire que peut-être l'appliquerait-on utilement au traitement des engelures non ulcérées. Comme, dans tous les cas, il ne peut en résulter aucun inconvénient, il serait bon, à mon avis, de la mettre en usage dans des cas de ce genre.

Somnambulisme. — M. Archambault entretient la Société d'un fait de somnambulisme qu'il a eu l'occasion d'observer sur une jeune femme âgée de trente ans, d'une constitution vigoureuse, mariée depuis douze ans, mère de trois enfants. Cette malade présente depuis plus de six mois des troubles nerveux caractérisés par des accès d'hystérie violents qui se renouvellent jusqu'à vingt, vingt-cinq, trente fois dans une période de douze heures, se terminent souvent par de la catalepsie, et durent environ de dix minutes à un quart d'heure. Aucune médication n'a pu modifier cet état.

Cependant, à la fin de décembre, les nuits, qui étaient devenues un peu plus calmes, bien qu'il n'y eût pas de sommeil, furent remplies par des accidents d'un nouveau genre, et tels qu'on ne les avait point encore observés.

Vers trois heures du matin la malade était prise régulièrement d'un accès d'hystérie, auquel succédait un état cataleptique qui durait un quart d'heure environ; puis après lui survenait de l'agitation. La malade était assise dans son lit, et bien que paraissant étrangère à ce qui l'entourait, elle n'en conservait pas moins l'idée des rapports des objets. Elle ne parlait point, avait les yeux largement ouverts, les pupilles dilatées : elle cherchait à prendre ses vêtements, et si on s'y opposait, sa physionomie exprimait la contrariété.

Le 29 décembre, à trois heures du matin, elle eut un accès d'hystérie qui ne dura pas plus de cinq minutes. Il survint ensuite de la catalepsie, puis à trois heures et demie la malade sortit de son lit. On la laissa faire. Elle s'habilla seule, et cette femme, affaiblie par huit mois de maladie, ne pouvant pendant le jour se mouvoir sans soutien dans ses courtes promenades, nous étonna par sa vivacité et la précision de ses mouvements. Elle marchait avec assurance dans son appartement, évitant les obstacles que nous mettions sur son chemin; elle accomplissait seule les mêmes actes pour lesquels il lui fallait l'aide de sa domestique pendant la journée.

Il y eut chez elle ceci de remarquable, c'est que la période de somnambulisme commençait toujours à trois heures du matin, et se terminait à cinq heures, quelquefois avant, rarement plus tard. On pouvait prévoir la fin de l'accès quand la malade commençait à se déshabiller; aussitôt qu'elle s'était couchée, elle était prise d'un accès d'hystérie, à la fin duquel elle avait complétement perdu le souvenir de ce qui s'était passé. Elle croyait avoir dormi, et n'accusait qu'un sentiment de courbature générale et souvent une soif vive.

Pendant cinq nuits de suite, elle nous sembla sous l'empire de la même idée; elle voulait en finir avec la vie, et elle essaya de plusieurs moyens.

Pendant la veille, elle avait eu occasion de voir l'endroit où sa domestique déposait son argent; une nuit, elle prit plusieurs pièces de monnaie, les mit dans un verre avec un peu d'eau, et enferma le tout dans une armoire, dont elle cacha si bien la clef qu'il fut impossible de la retrouver. Cela paraît d'autant plus extraordinaire qu'on ne l'avait pas quittée d'un instant et que sa domestique l'avait suivie pas à pas. Elle s'était approchée d'une fenêtre, avait ébranlé les persiennes, et, n'ayant pu parvenir à les ouvrir, elle était venue s'asseoir à la place qu'elle occupe dans la journée. En vain chercha-t-on la clef de l'armoire tout le jour suivant; Mme *** elle-même en parut vivement contrariée; elle dut se passer de plusieurs objets de toilette dont elle avait besoin.

La nuit suivante, sans hésitation aucune, la malade se lève, s'habille, ouvre sa fenêtre, et prend la clef qu'elle avait cachée entre deux lames de la persienne. Elle ouvre son armoire, prend le verre dans lequel elle avait déposé de la monnaie de cuivre; nous lui secouons fortement le bras, et le contenu tombe à terre. Elle frappe violemment du pied, et son visage exprime la plus vive contrariété. Elle se prépare alors un verre d'eau sucrée; nous voulûmes savoir si le goût était conservé; pendant qu'elle était détournée, nous enlevons le sucre, et nous mettons dans l'eau une quantité de sel blanc assez considérable. Elle prit à peine une gorgée de liquide, elle le rejeta immédiatement, lava elle-même son verre, et, après avoir bu un peu d'eau, elle revint s'asseoir auprès de sa table à ouvrage. Elle prit du papier, et écrivit une lettre à son mari.

Elle lui annonçait qu'elle avait formé le projet de cesser de vivre, que la surveillance dont elle était l'objet avait déjoué tous ses calculs, mais qu'elle espérait trouver bientôt le moyen d'en finir avec la vie. Cette lettre était affectueuse; elle se sentait coupable, disait-elle, mais elle était fatiguée de souffrir, et, désespérant de guérir jamais, elle voulait mourir.

Nous voulûmes savoir si la vision s'exerçait pendant ce temps, et voici quel fut le résultat de nos recherches :

Si on mettait une main, un livre entre les yeux de la malade et la lumière, sans que toutefois le papier fût complétement dans l'obscurité, Mme *** continuait sa lettre; si on interposait un écrau entre l'œil et le papier, Mme *** cessait d'écrire; puis, dans un brusque mouvement d'impatience, elle écartait l'obstacle ou le rejetait loin d'elle. Il en était de même quand on s'opposait à l'accomplissement de sa volonté. Si nous nous mettions devant elle de manière à lui fermer le passage, elle nous repoussait; souvent même elle luttait avec nous, et, lorsqu'à plusieurs reprises l'ayant laissée descendre au jardin pendant la nuit, nous voulûmes l'empêcher de monter sur les bancs, de saisir des branches d'arbre, nous eûmes beaucoup de peine à la contenir, et jamais, à quelque effort qu'elle se soit livrée, nous n'avons pu la faire sortir de cet état de somnambulisme. Nous la pincions, elle ne témoignait aucune douleur; nous l'avons plusieurs fois piquée sans qu'elle manifestât la moindre impression. Elle semblait obéir à l'impulsion fatale d'une idée dominante; elle luttait contre les obstacles que nous lui opposions et qui apportaient un retard à l'accomplissement de projets dont elle perdait conscience pendant la veille; puis à cinq heures moins un quart, avec une régularité presque mathématique, quelle qu'eût été la période de somnambulisme, elle se déshabillait à la hâte, ne s'occupant pas de tout ce qui était en dehors du cercle de ses idées; elle agissait comme si elle eût été seule; elle se mettait au lit, était prise d'un accès d'hystérie, après lequel elle semblait s'éveiller, sortir d'un rêve, s'étonnait de nous voir auprès d'elle, et, si on l'interrogeait, elle n'avait pas souvenir de ce qui venait de se passer.

Toutes les nuits jusqu'au 18 janvier, les mêmes phénomènes se sont reproduits avec la même régularité, la même forme. A cette époque apparurent de vives douleurs ayant leur siége à l'épigastre, et s'accompagnant d'un sentiment de torsion, quelquefois de reptation dans l'estomac. De trois heures à cinq heures du matin, ces douleurs n'existent pas; mais la malade ne se lève plus, elle est dans un état de somnambulisme qui diffère du somnambulisme d'autrefois, en ce que dans les premiers accès il était impossible d'obtenir d'elle une réponse, et que maintenant elle parle, s'adressant à son mari, à ses enfants, etc., et racontant ce qui l'a impressionnée dans la journée.

Le 20, il n'y a qu'une demi-heure à peine de rêvasseries.

Enfin, le 21, comme la gastralgie s'était montrée sous forme de violents accès, on donna de l'opium à haute dose (0,30). Le médicament détermina de la somnolence qui dura toute la nuit; il n'y eut plus de somnambulisme à partir de ce moment, et bien qu'aujourd'hui encore le sommeil ne soit pas revenu, bien que les nuits se passent sans qu'il y ait à peine deux heures de somnolence, il n'y a plus d'autres accidents nerveux que des accès d'hystérie, au nombre de trois ou quatre, rarement plus.

En communiquant ce fait à la Société, M. Archambault n'a eu pour but que d'appeler son attention sur le somnambulisme qu'on a si rarement l'occasion d'observer, et de demander à ses collègues le fruit de leur propre expérience. Il se réserve, du reste, de fournir plus tard à la Société les détails curieux offerts par cette observation et les rapports qui ont paru exister entre les phénomènes de somnambulisme et les autres troubles nerveux offerts par la malade, examen d'autant plus précieux qu'il a pu être fait régulièrement par des médecins qui n'ont pas quitté la malade pendant toute la durée des accidents.

A l'occasion de ce fait, M. Pertus rappelle qu'il a entretenu la Société, il y a quelques mois, d'un cas à peu près semblable; il en différait seulement en ce que la malade était facilement tirée de son sommeil. Ce fait a été rapporté en détail dans le compte rendu de la séance du 5 juillet dernier.

Le secrétaire annuel, Dr Ramon.

FUNÉRAILLES DE M. GERDY A LOCHES (AUBE).

Le 24 mars, à onze heures, ont eu lieu, dans la petite commun de Loches, les funérailles de M. Gerdy. Conformément au vœu qu'il avait exprimé, ses restes ont été déposés près du lieu qu'il l'a vu naître, dans le tombeau de sa famille.

Un grand nombre de ses concitoyens, de notables habitants de l'arrondissement de Bar-sur-Seine, beaucoup de médecins du département, plusieurs membres de la Société académique de l'Aube, dont M. Gerdy faisait partie depuis 1845, s'étaient empressés de répondre à l'invitation de sa famille et de ses amis. Parmi eux, on remarquait MM. Crépinel, Bacquias, Michaux-Laperrière, Viardin, du corps médical de Troyes; MM. Delaine aîné (de Loches), Herment (de Vendeuvre), Bruyes (d'Essoyes), Carreau (de Landreville), Gabiot, Collet, Cartereau, Fontaine (de Bar-sur-Seine), Prié, Henry (des Riceys), etc.

Les autorités du lieu avaient voulu également, par leur présence au cortége, payer leur tribut de regrets et d'hommages à leur célèbre compatriote.

Plusieurs discours ont été prononcés : par M. le docteur Delaine aîné, au nom des médecins de l'arrondissement de Bar-sur-Seine; par M. Fontaine, médecin à Bar-sur-Seine, au nom des anciens élèves de M. Gerdy; par M. Viardin, au nom du corps médical de Troyes; et par M. Boutiot, au nom de la Société académique de l'Aube.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Académie des sciences vient de procéder à l'élection d'un membre dans la section de médecine et de chirurgie. Voici le résultat du scrutin :

Au premier tour, sur 57 votants, majorité 29,

M. Jobert (de Lamballe) a obtenu . . .	23 voix.
M. Longet.	18 —
M. Cruveilhier.	13 —
M. Poiseuille.	1 —
M. Baudens.	1 —
M. Laugier.	1 —

Aucun membre n'ayant réuni la majorité, l'Académie procède à un second tour. Le nombre des votants est le même.

M. Jobert (de Lamballe) obtient. . . .	28 voix.
M. Longet.	23 —
M. Cruveilhier.	6 —

On procède à un scrutin de ballottage entre MM. Jobert et Longet. Le nombre de votants est toujours le même.

M. Jobert obtient.	29 voix.
M. Longet.	28 —

M. Jobert, ayant réuni la majorité, est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation de l'Empereur.

— On nous assure qu'il est question de transporter à la Charité la clinique chirurgicale de l'hôpital des Cliniques.

De cette façon, il n'y aurait plus que deux hôpitaux, l'Hôtel-Dieu et la Charité, qui posséderaient des cliniques officielles, soit en médecine, soit en chirurgie. De cette façon aussi, les quatre cliniques, qui autrefois étaient faites par les quatre professeurs pendant toute l'année, se trouveraient réduites à deux, chacun des titulaires ne professant que pendant un semestre.

Nous doutons que les élèves aient à gagner à cette combinaison.

La Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garencière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 AVRIL 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

Le résultat de l'élection à l'Académie de médecine pour la section de physique et chimie médicales a été tel qu'on l'attendait. M. Wurtz a été nommé, mais non sans avoir eu à disputer sa victoire. Ceux de ses compétiteurs que la section avait placés en seconde ligne ont obtenu assez de voix pour qu'il ait été nécessaire de procéder à un second tour de scrutin. C'est un engagement, sans doute, que l'Académie a voulu prendre envers eux pour l'avenir.

Bien que ce double scrutin ait nécessité un temps assez long, le reste de la séance n'en a pas moins été très-utilement employé. Nonobstant la préoccupation et les distractions inséparables d'une élection, l'Académie a écouté en effet avec un très-vif intérêt la lecture d'un mémoire d'autant plus digne de son attention qu'il traite de l'une des questions physiologiques les plus vivement controversées, et qu'il est écrit avec un remarquable talent d'exposition.

Le mémoire de M. Colin a pour objet la recherche de l'origine du sucre dans l'économie, et la détermination du point de l'organisme où ce produit prend naissance. Mettant à profit les conditions particulières dans lesquelles se trouvent les vaisseaux chylifères à leur origine et dans leur trajet, M. Colin est arrivé, à l'aide d'une série d'expériences variées, à établir qu'il se forme du sucre dans l'intestin, et qu'une partie de ce sucre est absorbée par les vaisseaux chylifères, d'où elle passe ensuite dans la circulation générale.

La quantité considérable de chyle que l'on peut obtenir en un court espace de temps chez les grands ruminants, au moyen d'une fistule pratiquée dans la région thoracique et communiquant, soit avec l'extrémité antérieure du canal thoracique, soit avec le conduit chylifère principal, lui a permis de constater un premier fait important pour la question qui nous occupe, c'est la présence du sucre dans le chyle des herbivores laissés à leur régime habituel. Ce fait, qui ne paraît pas avoir jusqu'ici suffisamment fixé l'attention des physiologistes, ne présente au premier abord rien d'étonnant; il paraît même tout naturel, puisque le sucre existe tout formé et en grande proportion dans les aliments végétaux et qu'il s'y développe par la métamorphose des matières féculentes. Mais il était évident qu'il devait prendre une toute autre signification si l'on parvenait à démontrer qu'il se reproduisait dans les mêmes conditions et avec les mêmes caractères chez les omnivores et chez les carnassiers soumis à un régime mixte, et surtout chez les animaux exclusivement nourris de chair, c'est-à-dire qui ne reçoivent par l'alimentation ni sucre ni principe isomérique au sucre. C'est ce que M. Colin a démontré en second lieu par ses expériences sur des chiens exclusivement nourris de viande et chez lesquels le chyle, aussi bien que chez les herbivores, contient du sucre en quantité notable.

Mais, le canal thoracique recevant avec le chyle une partie de la lymphe du corps et par conséquent une partie de celle qui provient du foie, ne pouvait-il pas se faire que le sucre trouvé dans ce canal provînt directement de ce viscère. Afin de se mettre à l'abri de cette objection et de s'assurer de l'origine réelle du sucre et du point de l'économie où il se forme, M. Colin, par une autre série d'expériences, a cherché à obtenir du chyle pur, exempt de tout mélange avec la lymphe et tel qu'il se forme dans l'intestin à l'origine des vaisseaux chylifères.

Ce second moyen d'épreuve ne laissait pas que d'offrir de sérieuses difficultés; M. Colin les a heureusement surmontées à l'aide d'ingénieuses combinaisons expérimentales qui lui ont fait obtenir le chyle pur de tout mélange et tel qu'il sort de l'intestin, en quantité suffisante pour le soumettre aux divers réactifs du sucre et à la fermentation, et chez les carnivores aussi bien que chez les herbivores.

Il serait difficile de se refuser à admettre la légitimité des conclusions que M. Colin a tirées avec tant d'habileté de ses curieuses expériences : le chyle contient du sucre ; ce sucre se produit dans l'intestin aux dépens des matières animales fournies par l'alimentation.

Ce nouvel élément complique, comme on le voit, et élargit considérablement le champ de la question si vivement débattue depuis un an entre les partisans et les adversaires de la théorie de la glycogénie hépatique. Il ne préjuge rien, à vrai dire, à l'égard de la propriété glycogénique du foie, que l'auteur se réserve d'étudier plus tard en cherchant à déterminer l'origine du sucre que contiennent divers organes sécréteurs ou divers fluides sécrétés ; mais quel que soit le résultat auquel le conduiront ses recherches sur ce point, on ne peut se le dissimuler, en présence des faits exposés dans ce travail, combien le rôle de cet organe et l'importance de sa fonction au point de vue de la production du sucre de l'économie devront se trouver réduits.

L'Académie de médecine est maintenant mise en demeure, par la lecture de cet intéressant travail, de se prononcer à son tour sur l'importante question de l'origine et du rôle physiologique du sucre dans l'économie. Espérons qu'elle ne faillira pas à ce devoir.

M. Barth a exposé à la fin de la séance un procédé ingénieux qu'il a imaginé pour ponctionner et injecter sans danger un vaste kyste ovarique. On trouvera dans le compte rendu de la séance la description succincte de ce procédé, qui se rattache au système général que nous avons désigné naguère sous le nom de *drainage*. Nous reviendrons sur l'histoire de cette malade lorsque le résultat de ce procédé sera assez complet pour nous permettre de l'apprécier. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

Des applications de l'électricité à la pathologie (1).

APPLICATION DE L'ÉLECTRICITÉ A L'ÉTUDE ET AU TRAITEMENT DES MALADIES.

Les premières applications de l'électricité à l'art de guérir sont déjà anciennes.

Sans parler de toutes celles qui ont pour base l'emploi des machines électriques ordinaires et de la bouteille de Leyde, nous dirons quelques mots relatifs à l'application de l'action des courants électriques à la thérapeutique.

On ne doit pas oublier d'abord les noms de Sarlandières et de Fabré de Pallaprat, qui en firent un grand usage et contribuèrent à vulgariser ces moyens. Magendie, qui vint ensuite, est un des médecins qui ont le plus fait pour ces applications; les résultats de ces travaux sous ce rapport sont consignés dans les thèses de plusieurs de ses élèves. On a certainement beaucoup trop laissé dans l'oubli ce qu'il a fait; nous aurons plusieurs fois occasion dans les articles suivants de les rappeler et de développer ses idées.

Dès 1830, M. Rayer installait une pile à auge dans son service à l'hôpital de la Charité, et il la faisait servir au traitement des paralysies. De 1834 à 1839, MM. Becquerel et Breschet s'occupaient avec zèle des applications de l'électricité à la médecine. En 1839, M. Andral, dont j'étais alors interne, me faisait traiter dans le cours de l'année 21 paralysies de diverse nature.

Ce ne fut que plus tard que parurent successivement les travaux de M. Duchenne, qui a rendu de véritables services à cette partie de la science; il a beaucoup éclairé la physiologie musculaire et a appliqué l'électricité au diagnostic. Enfin, il a beaucoup contribué à en généraliser l'emploi en thérapeutique.

Il est peu d'agents qui aient reçu d'aussi nombreuses applications à la médecine que l'électricité. Beaucoup de ces applications sont restées stériles et sont maintenant tombées dans l'oubli ; quelques-unes subsistent, d'autres sont encore à faire. Nous allons chercher à faire connaître les unes et les autres, et jeter, s'il est possible, quelques lumières sur la confusion qui règne encore dans ce sujet.

L'électricité peut être appliquée au diagnostic et à la guérison de quatre classes d'états morbides qui sont les suivants :

1° Les paralysies ;
2° Les névralgies ;
3° Les atrophies ;
4° Certains états généraux que nous étudierons successivement.

DES PARALYSIES.

Il y a plusieurs distinctions à faire pour les paralysies.

(1) Suite. — Voir les numéros des 6, 18 et 27 mars.

Nous établirons d'abord une première sous-division : paralysies du mouvement ou paralysies proprement dites, et paralysies du sentiment ou anesthésies.

A. *Paralysies du mouvement.*

Les paralysies du mouvement portent sur les muscles de la vie de relation ou sur les muscles de la vie organique ; il est nécessaire d'examiner à part les deux variétés.

PARALYSIES DES MUSCLES DE LA VIE DE RELATION OU MUSCLES VOLONTAIRES.

La cause différente de ces diverses paralysies nous permet d'établir une division que nous suivrons, afin de mettre un peu d'ordre dans notre sujet.

Il y a, en effet, cinq espèces de paralysies à considérer :

1° Paralysies symptomatiques d'une lésion quelconque, du cerveau, de la moelle ou des nerfs ;
2° Paralysies saturnines ;
3° Paralysies hystériques ;
4° Paralysies essentielles ;
5° Paralysies rhumatismales.

Dans ces diverses espèces de paralysies, l'application des courants électriques permet d'étudier à part :

1° Le siége ;
2° La nature des paralysies.

1° *Siége des paralysies.*

On peut, à l'aide de l'électricité, diagnostiquer le siége précis de certaines paralysies musculaires. En effet, la paralysie isolée d'un, deux ou trois muscles, n'est pas un fait rare, et ces mêmes muscles peuvent être situés au milieu de muscles sains. Quelquefois la paralysie de ces muscles ne se traduit que par certaines attitudes ou certaines positions vicieuses, ou bien encore par la difficulté de quelques mouvements. En pareil cas, l'application de l'électricité permet souvent de reconnaître, par la constatation de la diminution ou de l'abolition de la contractilité dans les muscles paralysés, quels sont ceux qui sont atteints d'une paralysie complète ou incomplète, et ceux qui sont restés à l'état sain. C'est à M. Duchenne que l'on doit surtout d'avoir éclairé cette branche du diagnostic. Ses études lui ont permis de reconnaître et de distinguer dans une masse musculaire, en apparence saine, les muscles qui étaient privés de mouvement, et qu'on eût, sans l'application de l'électricité, laissés dans l'oubli. C'est ainsi que M. Duchenne a fixé avec soin le diagnostic de la paralysie des muscles grand dentelé, rhomboïde, angulaire de l'omoplate, du muscle trapèze, du deltoïde et des muscles rotateurs de l'humérus ; enfin, de la paralysie du diaphragme, dont il a donné une histoire assez complète, eu égard au petit nombre de faits de cette nature que possédait la science.

2° *Nature des paralysies.*

Nous considérerons à part les cinq variétés de paralysies que nous avons établies plus haut.

1° *Paralysies symptomatiques d'une lésion des nerfs de la moelle épinière ou du cerveau.*

A. *Lésion des nerfs.* — La lésion traumatique des nerfs, leurs blessures, leurs déchirures, enfin toute interruption dans leur continuité, ont pour effet de paralyser la contractilité musculaire des muscles auxquels ces nerfs, à l'état d'intégrité, communiquent le mouvement. Dans cette variété de paralysies, l'application des courants électriques démontre que la contractilité musculaire est au moins fortement diminuée, et même, dans la plupart des cas, complétement anéantie. L'électricité permet donc ici de déterminer la nature de la maladie.

Quant au traitement et à la guérison de cette espèce de paralysie par l'administration de l'électricité, je ne pense pas que l'on puisse en retirer de grands avantages. Je doute même qu'on ait jamais réussi à rendre la contractilité aux muscles qui avaient perdu tout mouvement par l'une de ces causes. Cependant, si le nerf n'est pas complétement désorganisé ou que la section ne soit pas complète, on peut, après un temps assez long, arriver à des résultats parfois heureux.

B. *Maladies de la moelle.* — Marshall-Hall a essayé d'établir que dans les paralysies symptomatiques d'une lésion de la moelle épinière l'irritabilité musculaire était complétement anéantie, tandis que dans les paralysies symptomatiques d'une lésion cérébrale, cette irritabilité était au moins conservée intacte, sinon même augmentée.

Si ces propositions sont exactes, il est évident que dans les paraplégies consécutives aux maladies de la moelle, les courants électriques ne pourront plus faire contracter les muscles des membres atteints de paraplégie, et cette impuissance même sera un excellent moyen de diagnostic et permettra de reconnaître la nature des paralysies des membres inférieurs dont il est question.

Les propositions de M. Marshall-Hall n'ont pas été admises sans contestation. Tous les observateurs qui voudront bien se livrer à l'expérimentation ne tarderont pas à se convaincre qu'il y avait au moins une singulière exagération dans les assertions de l'auteur anglais. M. Duchenne a repris cette question, et a contribué à l'élucider.

Voici l'état de la science sur ce sujet :

Toutes les fois qu'une paraplégie se développe sous l'influence d'une lésion de la moelle, un ramollissement, par exemple, la contractilité musculaire que l'on développe à l'aide de courants électriques peut être conservée intacte, ou bien diminuée, ou bien complétement anéantie. Ces trois états sont complétement en rapport avec le degré de conservation des mouvements volontaires. Ainsi quand il n'y a qu'un engourdissement avec fourmillement dans les extrémités inférieures, la contractilité musculaire se développe facilement à l'aide des courants électriques; elle paraît intacte dans la majorité des cas. Si la maladie est plus avancée, s'il y a paraplégie incomplète, et que le malade puisse à peine se tenir sur ses jambes, la diminution de la contractilité est très-évidente. Enfin c'est à peine si l'on aperçoit quelques mouvements dans les muscles, quelle que soit d'ailleurs l'intensité du courant, lorsque la maladie en est arrivée à clouer les malades dans leur lit et à les priver complétement de l'usage de leurs membres inférieurs.

Il résulte de tout ceci que l'application de l'électricité sera dans ces diverses circonstances d'un grand secours pour le diagnostic; elle aide à reconnaître : 1° quelle est la nature de la paralysie; 2° quel est son siége et le degré auquel elle est parvenue.

Que penser des courants électriques dans le traitement des paralysies symptomatiques des maladies de la moelle? On a singulièrement exagéré les résultats de l'emploi des courants électriques dans ces maladies. Je vais résumer, sous forme de propositions, ce qu'il y a de réellement acquis à la science dans ces applications.

1° Toutes les fois qu'une paraplégie est symptomatique d'une lésion de la moelle en travail de formation, ou bien que cette lésion existe encore à l'instant où on examine le malade, l'application des courants électriques est sans aucune efficacité; loin de là, je l'ai vue souvent nuire au malade, et augmenter les accidents en rendant sa marche plus pénible et plus difficile.

2° Quand l'altération médullaire, point de départ de la paraplégie, est arrêtée et guérie, elle laisse presque toujours à sa suite une paralysie des membres inférieurs; c'est seulement dans ce cas qu'on peut essayer avec quelques chances de succès les applications de l'électricité.

3° Il est assez difficile de savoir quand une lésion est cicatrisée, la paraplégie n'en persistant pas moins après. Il suit de là qu'on ne doit essayer l'emploi de l'électricité qu'un certain temps après la guérison apparente de la lésion de la moelle et après avoir employé d'autres médications, et spécialement les cautères le long de la colonne vertébrale.

4° Les courants électriques, dans les paralysies des membres inférieurs, survivant aux lésions de la moelle, sont bien souvent sans aucune efficacité. Quelquefois cependant ils rendent un peu de mouvement aux parties affectées. Il est douteux qu'on ait pu obtenir le rétablissement complet du mouvement. Quant à moi, je ne suis jamais arrivé à de semblables résultats.

5° Pour espérer quelque résultat avantageux de l'emploi des courants électriques contre les paraplégies, il faut les employer pendant un temps quelquefois très-long, et y persévérer des mois entiers et jusqu'à des années; il faut que ces courants n'aient pas une grande intensité et qu'ils soient administrés d'une manière intermittente. On peut établir en principe qu'il est préférable de faire agir le courant électrique pendant un temps assez court, dix minutes, un quart d'heure, par exemple, et répéter le traitement deux fois par jour, que de fatiguer le malade par des séances d'une demi-heure ou plus encore.

6° Tout mode d'application de l'électricité dans les paraplégies est bon, pourvu qu'il agisse d'une manière intermittente et qu'il traverse les deux membres malades. Les aiguilles à acupuncture, les conducteurs métalliques, les éponges mouillées et les bains de pieds électriques, peuvent les uns et les autres conduire à de bons résultats.

PARALYSIES SYMPTOMATIQUES D'UNE LÉSION MATÉRIELLE DU CERVEAU.

Nous avons dit que Marshall-Hall avait établi en principe que l'irritabilité musculaire était augmentée dans les muscles paralysés sous l'influence d'une lésion cérébrale. Cette proposition parut singulière, et les expériences faites en France vinrent en partie confirmer les idées de ce médecin. M. Duchenne a conclu d'expériences nombreuses que la contractilité musculaire était, dans ces circonstances, conservée à peu près la même que dans l'état sain. Les expériences que j'ai tentées à cet égard me permettent d'adopter complétement les idées de M. Duchenne. Vous pouvez voir actuellement dans mes salles un individu atteint d'une hémiplégie complète à la suite d'une hémorrhagie cérébrale, et dont les muscles atteints conservent la contractilité électro-musculaire parfaitement intacte. Je ne regarde pas cependant ce fait comme absolu, car il y a certainement quelques cas d'hémiplégie suite d'hémorrhagies cérébrales dans lesquels la contractilité électro-musculaire est affaiblie.

Quelle est l'influence de l'application des courants électriques dans le traitement des paralysies symptomatiques des maladies du cerveau? Des tentatives nombreuses ont été faites dans cette voie, et on peut en formuler les résultats en quelques propositions :

1° Dans les paralysies récentes, et produites sous l'influence d'une lésion centrale (hémorrhagie, ramollissement, etc.), l'application de l'électricité n'est d'aucune utilité; loin de là, elle est nuisible dans quelques cas, et on peut l'accuser d'avoir contribué à faire reparaître les accidents cérébraux.

2° L'électricité ne peut être appliquée que lorsque ces sortes de paralysies sont déjà anciennes, et lorsqu'on peut penser que les lésions cérébrales qui les ont produites sont cicatrisées. Je conseille d'attendre au moins cinq à six mois après une attaque d'hémorrhagie cérébrale pour en faire l'essai.

3° Dans les paralysies anciennes, l'électricité, dans la grande majorité des cas, ne produit aucune amélioration.

4° Dans un petit nombre de cas il y a une amélioration à la suite de son emploi, et les malades recouvrent quelques mouvements. Il y a lieu de se demander si dans de pareils cas ce n'est pas le temps qui amène les améliorations plutôt que l'agent thérapeutique lui-même.

On a rapproché des paralysies cérébrales la paralysie générale des aliénés. On a peut-être eu raison. MM. Duchenne et Brierre de Boismont se sont livrés à des expériences intéressantes, desquelles il résulte que dans cette espèce de paralysie la contractilité électro-musculaire est conservée parfaitement intacte. La constatation de ce fait permet de l'employer, en cas de doute, comme moyen de diagnostic, car il est évident qu'on ne saurait en retirer aucun avantage dans le traitement de cette maladie.

HOPITAL St-ANDRÉ de BORDEAUX. — M. E. Azam.

Fracture de la voûte du crâne avec enfoncement. — Paralysie complète. — Extraction des fragments; guérison.

François Thomas, compagnon charpentier, âgé de trente-deux ans, d'une stature élevée et d'une complexion robuste, est apporté à l'hôpital Saint-André dans la nuit du 17 au 18 septembre 1855; il est placé salle 11, lit 30, service de clinique dans lequel je remplace le professeur titulaire.

Ce jeune homme s'étant trouvé mêlé à une rixe de compagnons, a reçu sur la tête un violent coup de bâton. Il est tombé sans connaissance, et à la visite du matin il est dans l'état suivant : face pâle, respiration stertoreuse, perte absolue de connaissance, résolution complète des membres, surtout du côté droit; ce côté tout entier est complétement insensible aux pincements les plus vifs. Du côté opposé, la sensibilité n'est pas éteinte, le malade contracte ses muscles et retire ses membres sous l'influence de la douleur; il pousse même quelques gémissements inarticulés. Les pupilles se contractent sous l'influence de la lumière.

La source de ces accidents est une plaie contuse, irrégulièrement triangulaire, à bords déchirés, d'une étendue d'environ 7 centimètres, située sur la partie supérieure et latérale gauche du crâne, entre la bosse pariétale et la suture sagittale. Cette plaie paraît avoir donné lieu à un écoulement de sang assez considérable. En introduisant l'indicateur entre les lambeaux, on peut reconnaître une fracture comminutive du crâne avec enfoncement dans une étendue de 6 centimètres de long sur 2 de large. Les fragments enfoncés sont solidement fixés et comme embarrés sous le reste de la voûte.

Quelle était dans ce cas la conduite à tenir?... Fallait-il, suivant les idées de l'ancienne Académie, appliquer immédiatement le trépan, ou bien, dans la crainte de causer une méningo-encéphalite en portant l'instrument sur le cerveau blessé, fallait-il temporiser? Je me décidai pour ce dernier parti, car l'inflammation cérébrale est le plus grand danger dans les cas de ce genre; elle progresse rapidement et a toujours amené la mort. Les accidents de compression, au contraire, leur cause étant fixe, tendent plutôt à diminuer qu'à s'accroître, surtout si par un traitement vigoureux on s'oppose aux accidents inflammatoires consécutifs.

Afin d'atteindre ce but, je prescris une saignée de 500 grammes à renouveler le soir, et 20 sangsues aux apophyses mastoïdes; une vessie de glace est appliquée sur la tête.

Après la première saignée, les accidents de compression sont légèrement amendés; le malade paraît entendre les questions qu'on lui adresse, et il fait quelques mouvements limités au côté gauche du corps.

Le lendemain, 19, le pouls est moins élevé que la veille; il est à 96. L'intelligence paraît un peu revenue, mais la paralysie est toujours complète; le malade en a conscience, car il cherche à faire quelques mouvements et à relever avec le bras sain les membres paralysés. Il a uriné volontairement. — Diète absolue; lavement fortement purgatif. L'état de la plaie ne présente rien de particulier. Elle est peu douloureuse. Continuation de la glace.

Le 20 et les jours suivants, les phénomènes de compression diminuent insensiblement, et l'inflammation ne se montre pas. J'attribue cet heureux résultat au traitement antiphlogistique, à la diète, aux purgatifs, et surtout à l'emploi de la glace. Cependant l'état des os du crâne n'a pas changé; l'enfoncement persiste; on ne peut guère compter sur les mouvements du cerveau pour relever les fragments enfoncés, bien que la science en possède quelques exemples.

Le 29, l'état du malade est devenu stationnaire; la guérison ne fait plus de progrès; l'amélioration n'a porté que sur l'intelligence, qui paraît un peu plus lucide. Quant à la paralysie, elle est absolue du côté droit; la parole est impossible; les plus grands efforts que fait le malade pour se soulever en s'appuyant sur le côté sain n'aboutissent à aucun résultat.

Dans cet état de choses, j'avais tout lieu de croire que les accidents étaient dus seulement à la compression exercée par les fragments enfoncés; les dangers que j'avais à redouter si j'avais tenté une opération dans les premiers jours ne paraissant plus à craindre, il fallait agir.

Ici se présentait une question :

Fallait-il trépaner pour relever les fragments enfoncés en passant l'élévatoire par l'ouverture artificielle, ou bien fallait-il s'efforcer d'éviter cette opération?

Evidemment le trépan ne devait être appliqué que si la situation des fragments rendait leur extraction impossible.

Le 30, je procède à l'opération.

Ayant agrandi la plaie dans les deux sens, je mets la fracture à découvert, et il m'est facile de constater les désordres suivants :

La voûte du crâne est enfoncée dans une étendue de 6 centimètres sur 3; les fragments sont au nombre de 3 : l'un, de 5 centimètres sur 2, solidement embarré sous la calotte crânienne; le deuxième, triangulaire, d'un centimètre de côté, et plus libre; le troisième formant presque tout le côté externe de la fracture; ce dernier, moins enfoncé que les précédents, paraît se prolonger au loin du côté de la bosse pariétale; la mobilité seule et les fêlures qui partent de ses angles font reconnaître sa séparation complète du reste de la voûte crânienne.

Au moyen d'un stylet, je reconnais de la mobilité dans le plus petit des fragments; je le fais basculer, et, le saisissant avec une pince, je parviens non sans peine à le décoller de la dure-mère et à l'extraire. Il m'est alors possible de passer sous les autres un élévatoire, de mobiliser et d'enlever le deuxième fragment; alors le cerveau apparaît couvert de ses membranes, et ses battements sont sensibles à tous les yeux. En procédant ainsi, j'ai pu éviter la trépanation, qui eût été indispensable sans la mobilité de la première esquille.

J'ai dit plus haut qu'il existait un troisième fragment très-grand qui se perdait sous le cuir chevelu; j'essaye de l'ébranler au moyen de pinces, mais il adhère très-fortement. Alors je me contente de le relever jusqu'au niveau de la voûte du crâne, et j'en confie l'élimination aux ressources de la nature.

La partie de la dure-mère visible était saine et entière dans les points les plus profondément enfoncés; elle présentait seulement quelques caillots sanguins, qu'il fut facile d'enlever. Je ne jugeai pas urgent de l'inciser pour rechercher s'il ne s'était pas fait au-dessous d'elle quelque épanchement; rien alors ne pouvait le faire supposer. L'opération terminée, suivant le conseil de M. Verneuil, agrégé à la Faculté de Paris, présent à la visite, je n'applique aucune espèce de pansement. La tête est seulement placée dans une position déclive, afin que les liquides sécrétés puissent s'écouler librement au dehors.

La blessure pouvait avoir amené des désordres profonds, et ces désordres pouvaient être, autant que les fragments osseux, la cause des phénomènes morbides. Dans cette hypothèse, l'opération que je viens de décrire n'aurait point eu de résultats décidément favorables; ou bien la compression était la seule cause de la paralysie, et l'amélioration ne devait pas se faire attendre. En effet, le soir même la parole est revenue au malade; il ouvre les yeux, se lève sur son lit et commence à mouvoir la jambe droite; la parole est encore difficile, mais l'intelligence paraît saine.

Le lendemain, cet état s'est encore amélioré; la sensibilité est revenue presque entière, surtout dans le membre inférieur droit; le bras droit est encore paralysé, et la sensibilité y est plus incomplète qu'à la jambe.

Les jours suivants, amélioration assez lente mais notable, et tout fait espérer qu'aucun accident inflammatoire ne viendra enrayer la guérison.

A cette époque, M. le professeur Denucé prend la direction du service, et constate chez ce malade les phénomènes suivants :

La plaie marche rapidement vers la cicatrisation, de la circonférence au centre; la dure-mère se recouvre peu à peu d'une lymphe plastique qui s'organise, et le fragment osseux, que je n'avais fait que relever et qui était en partie dénudé, présente çà et là des points de vascularisation qui prouvent le commencement du travail curieux connu sous le nom d'exfoliation insensible. Les points vasculaires deviennent bientôt des bourgeons charnus qui recouvrent et remplacent la portion d'os dénudée; la partie de ce fragment demeurée recouverte paraît s'être solidement fixée au reste de la voûte du crâne. Ce travail intéressant de cicatrisation n'a été entravé par aucun accident, et aujourd'hui, 31 janvier 1856, le malade peut être considéré comme guéri, surtout si l'on compare l'état présent à la gravité des accidents qui ont menacé sa vie.

Il marche bien, mais la jambe droite est encore un peu lourde, les mouvements du bras droit sont un peu difficiles, mais aucun n'est impossible. La sensibilité du côté droit est encore un peu obtuse; la parole est un peu sourde, mais intelligible. Certaines facultés paraissent encore éteintes; ainsi, la mémoire présente quelquefois des absences, et le malade éprouve de la difficulté à calculer. Sauf ces imperfections légères, toutes les fonctions s'accomplissent convenablement.

Il est probable qu'à la suite de l'accident il se sera formé dans la partie correspondante du cerveau un épanchement sanguin, et qu'un caillot existe encore dans l'hémisphère gauche. A l'âge du malade, il y a tout lieu d'en espérer la résorption. M. le professeur Denucé a l'intention d'exciter les muscles malades et de réveiller la sensibilité, un peu affaiblie, par l'électrisation localisée. Je ne doute pas que ce puissant moyen, prudemment employé, n'ait dans ce cas de grands avantages, et que dans quelques mois le malade ne soit complétement guéri.

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

ENCÉPHALITE, CONVULSIONS,

chez un enfant né d'un père strabique; salivation mercurielle avant la dentition. — Quelques mots sur l'influence du lait de la nourrice sur la santé de l'enfant.

Par M. le docteur Rousse (de Bagnères-de-Bigorre).

Le 11 décembre 1855, je fus appelé en toute hâte près d'un enfant, dans les conditions suivantes :

Le sujet est âgé de huit mois, fort et bien développé, de bonne constitution, trapu. Sa tête est volumineuse, plus grosse qu'elle n'est d'ordinaire à cet âge. L'enfant est habituellement constipé. Son père est *strabique;* nous ne savons depuis quelle époque et à la suite de quelles circonstances. Sa nourrice est une femme vigoureusement constituée, et faisant usage d'une alimentation suffisante et substantielle.

Sans cause connue, cet enfant est pris, le jour que nous venons d'indiquer, de convulsions violentes. Au moment où je le vois pour la première fois, je le trouve dans l'état suivant :

Cri hydrencéphalique, répété principalement lorsque la lumière vient frapper le visage. La bouche est déviée à gauche. On constate que tout le côté gauche du corps conserve une sensibilité beaucoup moins complète que le côté droit. Les mâchoires sont serrées; écume aux lèvres; face parfois colorée, parfois pâle. Il y a eu trois vomissements bilieux dans la journée, mais pas de selles. La pupille de l'œil droit est normale; celle de l'œil gauche est immobile et comme paralysée. Rigidité de toute la moitié droite du corps; soupirs fréquents et involontaires; respiration stertoreuse; pouls fréquent. On me dit que dans le cours de la journée, à quatre reprises, il y a eu des convulsions, dont chacune a duré près de vingt à vingt-cinq minutes.

En présence d'une telle affection, qui est pour moi symptomatique d'une véritable phlegmasie, je prescris 4 sangsues sur le bas-ventre, plutôt qu'à la région des jugulaires, afin de pouvoir arrêter facilement l'hémorrhagie si besoin est, sans la voir augmenter par les mouvements respiratoires. — 60 centigrammes de calomel divisés en deux prises, à prendre de quatre en quatre heures; vésicatoire sur le bras gauche; compresses d'eau froide sur la tête.

Le 12 décembre, les piqûres ont fourni du sang toute la nuit à l'aide de nombreux cataplasmes de son. L'enfant a été fortement purgé par le calomel. Le vésicatoire a produit une grande ampoule. Une seule convulsion le matin, ayant duré environ une demi-heure.

Prescription pour le soir. — Sangsues et calomel *ut suprà;* sinapismes sur les extrémités inférieures.

Le 13, les convulsions n'ont pas reparu; pouls plus petit, chaleur bonne, selles aqueuses. — Calomel *ut suprà;* tisane de gomme; quelques cuillerées du lait de la nourrice.

Le 14, l'enfant reprend le sein, quoique faiblement. Sa chaleur augmente, surtout aux pieds, qui étaient toujours froids. Enfin, après huit jours, l'enfant revient à la santé, quoique ses yeux soient tournés, quoiqu'il ait un peu plus de faiblesse à gauche qu'à droite. Il est très-triste.

Cette observation m'a paru digne d'intérêt, et mérite de fixer l'attention sous plusieurs rapports.

Et d'abord il m'a été donné de constater que presque toujours d'un père strabique naissent des enfants sujets ou prédisposés à l'encéphalite.

D'où provient le strabisme chez le père? Probablement d'une affection cérébrale survenue dans son bas âge. D'habitude, les femmes strabiques donnent naissance à des filles atteintes de la même infirmité.

J'ai donné à Bagnères des soins aux enfants de M. C..., atteint de strabisme; tous ont été sujets à l'encéphalite, deux en sont morts. Notons en passant que le père de M. C... était lui-même strabique.

Souvent ces enfants prédisposés à l'encéphalite naissent très-robustes, mais trapus, à forte tête, et très-fréquemment ils sont sujets à une constipation opiniâtre. Je crois que dans ces cas il est utile de leur donner des nourrices maigres et débiles, afin de les affaiblir autant que possible, soit en appauvrissant leur sang, soit en entretenant chez eux une grande liberté de ventre.

Une seconde remarque est celle-ci : depuis l'attaque que nous venons de décrire, les convulsions n'ont pas reparu, soit en raison de la médication prescrite, soit parce que l'on a donné à l'enfant une autre nourrice. Ce fait vient à l'appui de la réflexion publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 2 février dernier, à savoir : que « Sœmmering avait observé que le lait d'une femme qui nourrissait sans inconvénient ses propres enfants donnait des convulsions aux autres. »

J'ai eu plusieurs fois occasion de remarquer que certaines mères qui avaient perdu leurs enfants de convulsions ont vu périr de la même manière des nourrissons qui leur avaient été confiés. Le lait de la nourrice n'est donc pas sans une grande influence sur les conditions de santé et de vitalité de l'enfant.

Enfin, une troisième et dernière circonstance sur laquelle je veux fixer l'attention est celle-ci : que l'enfant dont je viens de parler n'avait pas encore de dents, et que, à la suite de l'administration du calomel, il fut pris de gonflement et de grande sensibilité des gencives, avec salivation peu abondante, mais très-manifeste, ce qui donnerait un démenti aux auteurs qui prétendent qu'il n'y a pas de salivation mercurielle avant l'éruption des dents.

DE L'OPÉRATION DU SYMBLÉPHARON,

Par M. le Dr MEYER STEIGERS,
médecin major du 2e régiment de la légion étrangère.

Cette opération a déjà été pratiquée depuis longtemps, et par d'habiles opérateurs; mais, dès le commencement de mes études pratiques, j'ai été étonné de voir qu'on en faisait peu de cas; on n'en parlait guère, on l'évitait même. Pourquoi? Les résultats étaient insuffisants, le succès total bien rare. Je ne vous parle pas du *symblepharon posticum* (de Von Ammon), c'est uniquement du *symblepharon anticum* que je veux m'occuper ici, en y ajoutant la méthode d'opération que j'ai suivie, et qui m'a donné un succès complet dans les trois seuls cas que j'ai traités jusqu'à ce moment.

Lorsque le bord de la paupière (presque toujours de l'inférieure) fait corps, soit en sa totalité, soit partiellement avec le globe de l'œil, le symblépharon est dit *anticum*. Toute la partie désorganisée de la paupière adhère au globe de l'œil (observation nécessaire et essentielle pour l'opération, tandis que dans le cas du ptérygion l'adhérence n'est pas complète.

Les manuels nous indiquent deux méthodes d'opération du *symblepharon anticum*, l'un donnée par Von Ammon, qui sépare par une incision triangulaire un morceau de la paupière, réunit les deux bords par une suture, et enlève plus tard le morceau triangulaire, seulement attaché au globe. L'autre, destinée seulement à l'opération du *symblepharon anticum totale*, nous est donnée par Dieffenbach; elle est assez connue pour ne pas être répétée ici; seulement cet habile chirurgien, loin de se dissimuler l'insuffisance de cette opération, avouait lui-même qu'elle ne produisait qu'une amélioration. Il ne faut pas oublier que les causes du symblépharon sont des inflammations aiguës, produites par des blessures, des brûlures, etc.; que par conséquent, en séparant la paupière du bulbe de l'œil, on ne rencontre pas un tissu mou et égal, mais presque toujours des adhérences dures et irrégulières produites par la cicatrisation.

M. Hoppe, professeur à Bâle, a récemment indiqué un nouveau mode d'opération plus rationnel et qui promettait un meilleur résultat. C'est en suivant les principes énoncés dans sa brochure que j'ai fait l'opération de la manière suivante sur le premier sujet qui s'est présenté :

Par un aide, je fis étendre en dehors autant que possible la paupière inférieure, siége du symblépharon, et me servant premièrement du bistouri, puis des ciseaux, je commençai à séparer la paupière cicatrisée du globe de l'œil en restant toujours aussi près que possible de la sclérotique. La base du lambeau séparé s'élargissait à mesure que j'arrivais à l'insertion du muscle droit inférieur. Je séparai ce muscle des adhérences fibroïdes du tissu cicatrisé, et après avoir passé une ligature autour du point de son insertion au globe, je le coupai. Aussitôt le globe se releva, les adhérences se retirèrent contre le bord de l'orbite, et la sclérotique se montra blanche et belle, séparée de tout tissu anormal. La ligature du muscle coupé, tenue par un assistant, aidant l'effet du droit supérieur, laissa voir le globe de l'œil tourné en haut, et la plaie produite par la séparation de la paupière et du globe se présenta sous un aspect très-favorable et très-net. Le lambeau adhérent de la paupière se roula sur son axe, en sorte que la partie supérieure s'approcha renversée du fond de la plaie; le globe n'était donc en contact qu'avec la muqueuse extérieure de la paupière, et les deux parois avivées se couvraient; par conséquent

A B, section verticale de la paupière, l'extrémité A couronnée en bas lorsque le globe de l'œil est tiré en haut. — C D, base du symblépharon.

une nouvelle adhérence entre le globe et la paupière était devenue impossible. J'attachai la ligature sur le front pour tenir le globe en haut, et laissant le malade couché sur le dos.

Le lendemain, pas d'inflammation, un peu de douleur provoquée par la ligature, le moignon du muscle coupé un peu gonflé. Le lendemain j'enlevai la ligature, et la guérison se fit complétement sans le moindre accident. Mais il restait un strabisme, qui, quoique peu prononcé, m'engagea à chercher s'il n'y avait pas moyen de perfectionner cette opération en évitant la section du muscle droit inférieur.

Le deuxième cas, qui ne tarda pas à se présenter, me permit de modifier cette fois l'opération, en sorte que dans ce moment l'individu est entièrement guéri et sans l'inconvénient du strabisme.

Le fils D..., des Ponts, canton de Neuchâtel, âgé de vingt-trois ans, fondait des balles pour sa carabine; une goutte d'eau étant restée dans le moule, le plomb sortit et lui brûla la paupière inférieure et la conjonctive scléroticale du bulbe. Une inflammation assez vive favorisait encore la réunion de la paupière inférieure à la moitié du globe. Quelques mois après l'accident il vint me consulter. La cornée était à moitié couverte par l'adhérence de la paupière, qui formait un triangle assez grand ayant pour base le bord de l'orbite. L'œil pleurait continuellement et craignait le jour. Je fis l'opération de la même manière que la première fois; seulement je ne coupai pas le muscle. Arrivé à l'insertion du muscle droit inférieur, je fendis la paupière verticalement; je continuai la séparation autour du muscle, que j'avais néanmoins muni d'une ligature pour paralyser ses efforts et tourner le globe en haut, et le reste de l'opération s'acheva à mon entière satisfaction. Les deux parties de la paupière fendue se roulèrent sur elles-mêmes en dedans, et le muscle, libéré quatre heures après sa ligature, était sauvé. Point de strabisme; guérison complète.

Pendant plus de quatre mois le patient ne vit que très-trouble à travers la partie de la cornée qui avait été couverte par l'adhérence. Avec la solution de sulfure de cadmium, je parvins à rendre la cornée transparente. Dans ce moment il n'y a pas même de trace visible de symblépharon.

Un troisième individu, que j'ai opéré depuis, a fourni le même résultat; je crois donc que la modification que j'ai apportée à l'opération du symblépharon est appelée à rendre des services réels.

SCIATIQUE. — TRAITEMENT.

Quand la sciatique est rebelle et ancienne, indépendamment des indications que peut révéler l'état constitutionnel du malade, indications auxquelles il faut répondre par des moyens appropriés, feu Lombard (de Liége) recommandait d'appliquer localement sur le trajet des nerfs douloureux le liniment ci-dessous :

Huile d'olives	250 grammes
Huile essentielle de térébenthine	60 —
Ammoniaque liquide	40 —
Teinture de cantharides	15 —

Frictions deux fois par jour.

Dans la province de Liége, le vulgaire emploie de temps immémorial un autre liniment qui produit rapidement une éruption vésiculo-pustuleuse, laquelle malheureusement ne se borne pas toujours aux points où le remède a été appliqué :

Huile de térébenthine.
Huile de brique. } Parties égales.
Huile de laurier.

(*Gaz. méd. de Liége.*)

DU BLANC D'OEUF CONTRE LES BRULURES.

Par M. SAINT-MARTIN.

Une jeune fille se brûle au premier degré les bras et les mains avec de la vapeur d'eau bouillante. Eloignée de la ville de plusieurs kilomètres, nous n'avons que l'eau froide pour calmer ses souffrances, lorsque l'idée nous vient d'employer l'albumine de l'œuf, comme on le fait avec le collodion. Le succès fut complet : sept ou huit couches de cette substance formèrent sur la partie endolorie un vernis assez puissant pour l'isoler du contact de l'air. Si cette observation pratique est appréciée, nous souhaitons qu'elle trouve écho, car chaque jour et à toute heure elle pourra trouver son application dans les familles. (*Bulletin génér. de Thérap.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er avril 1856. — Présidence de M. BUSSY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. Lemoine, sur une épidémie de rougeole dans l'arrondissement de Château-Chinon (Nièvre);

2° Les rapports sur les épidémies qui ont eu lieu dans le département de l'Oise en 1855;

3° Le compte rendu des épidémies qui ont régné dans le département de la Nièvre pendant la même année;

4° Un rapport de M. le docteur Martin-Duclos, sur les épidémies de l'arrondissement de Villefranche (Haute-Garonne);

5° Rapports des médecins cantonaux sur les épidémies du département de la Moselle et sur celles du département des Basses-Alpes (commission des épidémies);

6° Une demande en autorisation d'exploitation de deux sources minérales sises au hameau d'Usson (Ariége). (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Zandick (de Dunkerque) adresse une note sur la vaccine, la variole, la varioloïde et la varicelle. (Commission de vaccine.)

— M. le docteur Pons, de Bez, près le Vigan (Gard), adresse une note sur l'emploi du feu dans les tumeurs blanches et sur l'utilité des anesthésiques dans cette opération. (M. Malgaigne, rapporteur.)

— M. le docteur Barrallier (de Toulon) adresse une lettre sur le traitement du typhus, et principalement sur l'utilité de l'essence de valériane à la dose de 30 à 50 centigrammes, contre certains accidents de cette maladie (stupeur, somnolence, coma). (Commission déjà nommée.)

— M. le docteur Claude adresse un travail intitulé *Etudes sur la coloquinte.* (Commissaires : MM. Soubeiran et Jolly.)

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section de physique et chimie médicales.

Les candidats présentés par la section sont :

En première ligne : M. Wurtz.

En deuxième, *ex æquo* : MM. Figuier et Regnauld.

En troisième : MM. Langlois et Grassi.

En quatrième : M. Robiquet.

Sur 71 votants, majorité 36 :

M. Wurtz obtient	33 suffrages.
M. Regnauld	15
M. Figuier	9
M. Robiquet	7
M. Langlois	5
MM. Mialhe et Grassi chacun	1

Aucun membre n'ayant réuni la majorité, on procède à un second tour de scrutin.

Votants, 68; majorité, 35 :

M. Wurtz obtient	50 suffrages.
M. Regnauld	13
M. Langlois	2
MM. Grassi, Robiquet et Figuier chacun	1

M. Wurtz est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation de l'Empereur.

LECTURE.

Formation du sucre dans l'intestin. — M. Colin, chef du service

d'anatomie à l'École vétérinaire d'Alfort, lit un mémoire ayant pour titre : *De la formation du sucre dans l'intestin et de son absorption par les chylifères.*

Après avoir rappelé dans un préambule les faits qui établissent que l'organisme des animaux, de même que celui des plantes, possède la faculté de produire divers principes immédiats, M. Colin s'est proposé, en ce qui concerne le sucre, de déterminer le point ou l'un des points de l'organisme où il est susceptible de prendre naissance. Il se croit en mesure de prouver par des expériences :

1° Qu'il se forme du sucre dans l'intestin aux dépens des matières animales qui en sont dépourvues;

2° Et qu'une partie de ce sucre est absorbée par les vaisseaux chylifères, d'où elle passe dans la circulation générale.

Il est un premier fait méconnu jusqu'ici, dit l'auteur, c'est la présence du sucre dans le chyle des herbivores laissés à leur régime habituel. Je l'ai constaté en examinant ce liquide recueilli sur des animaux vivants au moyen d'une opération très-simple, qui consiste à insérer un tube d'argent soit à l'extrémité antérieure du canal thoracique, en avant de la première côte, soit au conduit chylifère principal, très-développé chez les bêtes bovines.

Ce fait remarquable se reproduit chez les omnivores et chez les carnassiers soumis à un régime mixte, et il s'y reproduit dans les mêmes conditions, avec les mêmes caractères. Il prouve, contrairement aux idées généralement reçues, que les vaisseaux chylifères jouissent de la faculté d'absorber les matières sucrées, quels que soient l'organisation et le mode d'action de l'appareil digestif.

Du reste, cela n'a rien d'étonnant, puisque le sucre existe tout formé, en grande proportion, dans les aliments végétaux, et qu'il s'y développe par la métamorphose des matières féculentes.

Mais peut-il en être ainsi chez les animaux exclusivement nourris de chair, c'est-à-dire chez ceux qui ne reçoivent par l'alimentation ni sucre ni principe isomérique au sucre? C'est ce qu'il s'agit d'examiner. Ici les difficultés commencent.

Avant d'aller plus loin, j'ai pris sur plusieurs chiens depuis longtemps soumis au régime exclusif de la chair, et tués en pleine digestion, le chyle contenu dans la citerne de Pecquet et dans le reste du canal thoracique. Ce chyle a été défibriné; son albumine a été coagulée par l'alcool, puis le résidu filtré a réduit très-abondamment la liqueur cupro-potassique, avec laquelle on l'a fait bouillir deux ou trois secondes. Seulement, comme le fluide recueilli dans ces conditions était en petite quantité, il a été impossible de le soumettre à la fermentation.

Il fallait donc, pour reconnaître plus sûrement la présence de la matière sucrée dans le chyle, obtenir celui-ci en masse considérable. De là la nécessité d'opérer sur l'animal vivant.

A cet effet, j'ai nourri des chiens pendant plusieurs semaines, et quelquefois pendant plusieurs mois avec de la viande de cheval ayant déjà éprouvé un commencement de décomposition, afin que le sucre qu'elle pouvait contenir eût été détruit. Ces chiens ont été tenus enfermés à part au moins durant la dernière quinzaine sans aucune litière, dont ils auraient pu avaler quelques brins. Enfin ils ont reçu de mes mains leur nourriture et leur boisson.

J'ai établi à chacun de ces animaux une fistule au canal thoracique, en incisant ce canal au bord antérieur de la première côte et en y fixant un tube d'argent par lequel s'échappaient à la fois le chyle et la lymphe. Le produit de la fistule a été recueilli avec soin pendant plusieurs heures et trois fois pendant deux jours entiers; il a été défibriné à mesure, traité par deux fois son volume d'alcool, filtré et examiné.

Ayant ainsi obtenu des quantités assez grandes de chyle, 130 à 140 grammes par heure, et par une seule des branches du canal thoracique, sur des chiens de forte taille, j'ai pu les diviser en deux fractions : l'une pour les essais immédiats ; l'autre pour servir de contre-épreuve.

La partie du chyle employée aux essais immédiats a été subdivisée. Une fraction a été traitée par la liqueur cupro-potassique, soit avec son alcool, soit après en avoir été privée par l'évaporation au bain-marie et filtrée de nouveau. Dans les deux cas, il y a réduction très-abondante.

L'autre fraction, représentée par 500 à 1,000 grammes de chyle, a été concentrée de manière à n'avoir plus qu'un volume de 20 à 30 centimètres cubes; puis elle a été additionnée de quelques gouttes d'acide azotique, portée à l'ébullition pendant une à deux minutes; enfin saturée par du carbonate de soude, comme M. Figuier l'a conseillé pour le sang de la veine porte. C'est réduit à cet état que le liquide a été mis dans de petites éprouvettes renversées sur le mercure et en contact avec de la levure de bière purifiée. La fermentation s'y est établie, mais avec lenteur et au bout d'une à deux heures seulement, ainsi que cela est arrivé du reste dans les expériences qui seront rapportées plus loin.

Ainsi, chez les animaux exclusivement nourris de chair, même en putréfaction commençante, aussi bien que chez les herbivores et les omnivores, il y a du sucre en quantité très-notable dans le fluide charrié par le canal thoracique.

D'où vient ce sucre? dans quel point de l'économie a-t-il pris naissance, et où a-t-il été absorbé?

Afin de prévenir l'objection que pourraient lui faire les partisans de la glycogénie hépatique, en se fondant sur ce que le canal thoracique reçoit avec le chyle une partie de la lymphe du corps, et en particulier celle qui provient du foie, M. Colin s'est attaché à recueillir du chyle pur, tel qu'il se forme dans l'intestin à l'origine des vaisseaux chylifères, exempt par conséquent de tout mélange avec la lymphe hépatique.

Voici par quelle série de combinaisons expérimentales il est arrivé à ce but.

Il en est trois qui s'appliquent aux animaux carnassiers.

Dans la première on lie rapidement les vaisseaux en masse à l'origine du mésentère, sur des chiens en pleine digestion et tués par la section du bulbe rachidien. Puis au bout de quelques moments on pique les grosses branches chylifères gonflées en dessous de la ligature. La petite quantité de chyle ainsi obtenue peut suffire à déterminer une réduction manifeste du réactif cupro-potassique.

Dans la seconde combinaison, on lie sur le chien en pleine digestion la veine porte avec les canaux biliaires et les lymphatiques qui sortent du foie accolés à ces vaisseaux. Aussitôt après on ouvre le thorax; on pique le canal thoracique en avant de la citerne; on comprime celle-ci de manière à en expulser le contenu, ensuite on lie le canal en arrière de l'ouverture, afin qu'il se remplisse de chyle, dont l'absorption continue encore à s'effectuer pendant un certain temps. Enfin, en enlevant la ligature, on obtient le nouveau liquide, qui ne contient plus une proportion sensible de lymphe hépatique.

Par la troisième combinaison, préférable aux précédentes, on établit une fistule au canal thoracique sur un chien vivant pendant que la digestion est active, puis on lie en masse la veine porte avec les conduits biliaires et les lymphatiques qui les entourent. Cela fini, on laisse couler par le tube de la fistule le liquide qui se trouvait dans le canal au moment de l'application du lien sur les vaisseaux du foie. Ce qui sort ensuite est recueilli pendant une demi-heure ou une heure.

Ces trois moyens donnent du chyle qui ne contient pas sensiblement de lymphe du foie; ils permettent de constater la réduction de la liqueur cupro-potassique, mais ils ne donnent pas assez de liquide pour une fermentation.

Il y avait donc nécessité à rechercher d'autres moyens susceptibles de fournir beaucoup de chyle pur, de manière à grandir en quelque sorte les résultats et de les mettre hors de toute contestation.

C'est là le but de la dernière série d'expériences, bien plus longues et plus difficiles que les précédentes. Elles consistent à changer le régime des herbivores, à les rendre carnassiers pendant une période de temps assez longue — transformation très-difficile à obtenir —, dans le but de recueillir en grande quantité du chyle pur, tel qu'il vient de l'intestin, c'est-à-dire sans mélange ni avec la lymphe du foie ni avec celle d'aucune autre partie du corps, grâce aux dispositions particulières et remarquables que présentent ces animaux dans leurs vaisseaux chylifères.

Par une expérience de ce genre faite chez un herbivore (un âne) exclusivement nourri de chair, M. Colin s'est assuré que les choses se passaient de la même manière que chez les carnassiers. Les mêmes résultats ont été obtenus avec des ruminants; de telle sorte que les différences que les animaux présentent sous le rapport du volume du corps, de la structure et du mode d'action de l'appareil digestif, ont laissé au phénomène de la glycogénie intestinale une remarquable uniformité.

En résumé, de ces expériences, il résulte :

1° Qu'il y a du sucre dans le chyle;

2° Que ce sucre se produit dans l'intestin :

3° Qu'il s'y forme aux dépens des matières animales fournies par l'alimentation;

4° Enfin, qu'il y est puisé, sinon en totalité, du moins en partie, par les vaisseaux chylifères, d'où il passe dans le canal thoracique pour être versé dans la circulation générale.

Dans un autre travail dont il prépare les matériaux, M. Colin se propose de chercher à déterminer l'origine du sucre que contiennent divers organes sécréteurs, ou divers fluides sécrétés comme le sucre du lait, celui du foie, du liquide céphalo-rachidien, de la sérosité des membranes séreuses.

(Le mémoire de M. Colin est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Longet, Henri Bouley et Bussy.)

Vacances. — M. Chatin, au nom de la commission des onze, déclare :

1° Qu'il y a lieu de remplir immédiatement deux vacances;

2° Que les deux vacances devront être attribuées, l'une à la section d'anatomie pathologique, l'autre à la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

L'Académie adopte.

PRÉSENTATION.

Kyste volumineux de l'ovaire. — Nouveau mode de traitement. — M. Barth présente une femme atteinte d'un kyste volumineux de l'ovaire et qu'il a traitée par une nouvelle méthode. Cette femme, âgée de trente-sept ans, est entrée à l'hôpital Beaujon présentant un kyste volumineux et uniloculaire de l'ovaire dont le développement remontait à deux ans environ. En présence des dangers que l'accroissement incessant de cette tumeur faisait courir à la malade par l'effet du refoulement et de la compression des viscères, M. Barth jugea nécessaire d'agir. Une simple ponction lui ayant paru devoir être insuffisante en pareil cas, et, d'un autre côté, l'injection iodée n'étant pas sans dangers, à cause de la difficulté de s'assurer si une partie du liquide ne passerait pas dans le péritoine, M. Barth s'est arrêté au parti suivant :

A l'aide d'un trocart très-long et recourbé en arc de cercle, il a pratiqué une première ponction sur la ligne blanche, à trois travers de doigt au-dessus du pubis, afin de laisser à la vessie un espace suffisant pour sa distension.

Après avoir retiré la lame et laissé écouler le liquide du kyste par la canule, il a de nouveau armé l'instrument; puis, lui imprimant un mouvement de rotation pendant que sa concavité était dirigée en avant et sa pointe en haut, il lui a fait traverser de dedans en dehors, ou plutôt d'arrière en avant, toute l'épaisseur des parois abdominales, de manière à en faire ressortir la pointe à 10 centimètres au-dessus de la première ponction. La lame du trocart ayant été retirée, il a glissé à sa place, à l'aide de la canule, une longue aiguille courbe flexible, à laquelle était fixée une sonde en caoutchouc vulcanisé destinée à remplacer la canule, qui a été enlevée sur-le-champ. Cette sonde, traversant ainsi la cavité du kyste, ses extrémités sortaient à travers les deux ponctions, tandis que sa partie moyenne, percée de deux petits trous, séjournait dans l'intérieur du kyste, de manière à permettre au liquide de s'écouler au dehors à mesure qu'il se formait de nouveau.

Cette opération n'a été suivie d'aucun accident.

Au bout de huit jours, dans le but de s'assurer du degré de susceptibilité du kyste, M. Barth a pratiqué une injection d'eau tiède par l'orifice supérieur de la sonde. Dix jours après le kyste était notablement réduit de capacité. Pensant alors qu'il n'y aurait plus désormais aucun danger à introduire dans cette cavité moins étendue un liquide irritant, il se décida à pratiquer par la sonde une injection iodée.

Les jours suivants, il s'écoule de moins en moins de liquide par l'orifice inférieur de la sonde.

Une deuxième injection iodée fut pratiquée douze jours après. Depuis ce moment la malade est dans un état satisfaisant.

Ce procédé a, aux yeux de M. Barth, l'avantage de rendre en quelque sorte le médecin maître du kyste, de lui permettre d'évacuer d'une manière continue le liquide qui s'y forme, d'y pousser des injections toutes les fois qu'il le juge à propos sans être obligé de pratiquer de nouvelles ponctions. Enfin la sonde, ainsi laissée à demeure, rapproche les parois du kyste de la paroi abdominale et les met en contact; ce qui, d'une part, empêche le liquide injecté de s'épancher dans le péritoine, et d'autre part favorise ou provoque des adhérences salutaires, et qui, suivant toute apparence, devront amener une guérison définitive.

Cette communication de M. Barth a été l'objet de quelques observations échangées entre plusieurs membres.

MM. Depaul et Gimelle ne croient pas à la rétraction du kyste, vu que les parois de ces sortes de tumeurs ne sont point rétractiles de leur nature. La cavité du kyste a pu diminuer et s'effacer en partie par le fait du rapprochement mécanique des parois opposées, mais non par le fait d'un retrait organique.

MM. Ségalas et Moreau partagent, au contraire, l'opinion de M. Barth, et approuvent de tous points la conduite qu'il a tenue dans cette circonstance.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société médicale des hôpitaux de Paris avait proposé un prix de la valeur de 1,000 francs à décerner à l'auteur du meilleur mémoire sur l'*albuminurie*. Une commission composée de MM. Trousseau, Becquerel, Thirial, Henri Roger et Requin (remplacé par M. Legendre), avait été chargée d'examiner trois mémoires qui étaient parvenus au secrétaire général. Le rapport sur ces travaux a été fait dans la dernière séance par M. Becquerel. La Société, tout en reconnaissant le mérite et l'importance des mémoires qui lui avaient été adressés, a jugé qu'ils ne répondaient pas au but qu'elle s'était proposé, et en conséquence elle a décidé qu'il n'y avait pas lieu à décerner le prix. Dans la seconde séance d'avril, une commission sera nommée pour rédiger le programme d'une autre question.

Les mémoires sur l'albuminurie sont à la disposition de leurs auteurs, qui peuvent les faire retirer chez M. H. Roger, secrétaire général, 15, boulevard de la Madeleine.

— Le *Journal de Maine-et-Loire* du 27 mars nous apprend la mort d'un honorable praticien qui a laissé de profonds regrets dans le pays. M. le docteur Moreau, médecin à Ingrandes, a été frappé d'une attaque d'apoplexie foudroyante au milieu de l'exercice de ses fonctions; il est tombé sans vie sur la route, près du bourg de Montrelais, en se rendant auprès d'un malade. M. Moreau était âgé de soixante-quatre ans; il était depuis quarante ans fixé à Ingrandes, dont il s'était attaché toute la population, autant par ses qualités privées que par son savoir comme médecin, son zèle et son dévouement pour ses malades.

Cette perte a été un deuil pour toute la population de la contrée, qui s'était rendue en masses compactes dans l'église d'Ingrandes, où lui ont été rendus les derniers honneurs. Une manifestation aussi sympathique ne fait pas moins d'honneur à ceux qui la font qu'à celui qui en est l'objet.

— En annonçant dans notre avant-dernier numéro le prochain départ du navire *le Succès*, nous avons commis une erreur que nos lecteurs ont sans doute rectifiée. C'est *du 5 au 10 avril* que ce bâtiment doit quitter Bordeaux. Ceux de nos confrères qui voudraient faire la campagne du *Succès* ont donc encore le temps de s'entendre avec le capitaine.

— M. le professeur Trousseau a repris son cours de clinique médicale, à l'Hôtel-Dieu, hier mardi 1er avril, et le continuera les mardi, jeudi, samedi de chaque semaine.

— M. le professeur Jobert (de Lamballe) a repris aujourd'hui son cours de clinique chirurgicale, à l'Hôtel-Dieu, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

— M. le docteur Adolphe Richard commencera lundi prochain, 7 avril, à trois heures, le cours de pathologie externe à la Faculté, en remplacement de M. le professeur Jules Cloquet, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Lamire, de Grisolles (Tarn-et-Garonne); *Des causes, du diagnostic et du traitement de la fièvre typhoïde.*

Quarante, de Metz (Moselle); *Essai sur la chlorose ou les pâles couleurs.*

Durand, de Saint-Jean de Fos (Hérault); *Des hémorrhagies utérines pendant la grossesse, le travail et la délivrance, considérées surtout dans leur mécanisme et leur traitement.*

Vignal, de Cette (Hérault); *Étude sur la lithotripsie.*

Benezet de Generargues, d'Anduze (Gard); *Hippocrate, sa doctrine et ses successeurs.*

Collongues, de l'Isle-en-Jourdain (Gers); *Enseignement clinique sur l'existence de la fièvre variolique sans variole.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Précis iconographique de bandages, pansements et appareils; par le docteur Goffres, médecin principal, agrégé de la Faculté de Montpellier, etc. Six livraisons composées chacune de dix planches et du texte explicatif. Prix de chaque livraison : fig. noires, 2 fr.; fig. coloriées, 4 fr. — La 5e livraison est en vente. — Paris, Méquignon-Marvis.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garencière, 8.

N° 41. — SAMEDI 5 AVRIL 1856. (29e ANNÉE.) N° 41. — SAMEDI 5 AVRIL 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine, le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de Médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De quelques moyens de traitement et de diététique appropriés aux accidents les plus communs qui accompagnent les suites de couches.

Le service des femmes en couches de l'Hôtel-Dieu, que M. le docteur Legroux dirige avec autant de zèle et d'intelligence que d'habileté pratique, présente de l'intérêt, moins par les faits particuliers plus ou moins saillants qui s'y produisent de temps en temps et sur lesquels nous avons eu quelquefois l'occasion d'appeler l'attention, que par l'ensemble des moyens de traitement, du régime diététique et des divers moyens hygiéniques qui y sont journellement mis en usage, soit pour combattre, soit pour prévenir les accidents si communs pendant la période puerpérale. Nous trouvons dans la thèse inaugurale que vient de soutenir tout récemment M. le docteur Rombeau un résumé de nombreuses observations recueillies pendant plusieurs années dans ce service, et une exposition de ces méthodes thérapeutiques et prophylactiques. Nous nous empressons d'autant plus volontiers d'en faire connaître les principaux résultats, que nous avons pu en constater plusieurs fois nous-même l'exactitude.

Deux points dominent dans l'ensemble des moyens usités dans le service de M. Legroux : le régime diététique et la thérapeutique.

Le régime diététique et hygiénique a pour objet de soustraire les nouvelles accouchées à l'action de toutes les influences fâcheuses auxquelles elles sont exposées plus particulièrement dans une salle d'hôpital. Il consiste à les alimenter de bonne heure et d'une manière assez substantielle, contrairement à l'usage le plus généralement adopté dans les autres services du même genre, et à les astreindre autant que cela est possible à nourrir leurs enfants.

Voici quelle est l'alimentation des nouvelles accouchées, sauf les cas exceptionnels et les complications :

Le jour même de l'accouchement, c'est-à-dire dans les vingt-quatre heures qui suivent la délivrance, on leur prescrit deux bouillons, deux potages et souvent même une portion d'aliments ; le deuxième jour, elles ont deux portions ; le troisième jour, quelques-unes ont même trois portions ; enfin, du cinquième au huitième et neuvième jour, elles ont, pour la plupart, de trois à quatre portions. Non-seulement cette alimentation prématurée n'a jamais paru avoir aucun inconvénient ; mais si l'on considère l'extrême rareté d'accidents mortels et l'absence presque complète d'épidémies de fièvre puerpérale dans ce service depuis un certain nombre d'années, on est disposé à penser que ce régime a quelque part dans cet heureux résultat.

Ce régime est d'ailleurs en rapport avec cette autre mesure adoptée comme règle générale dans les salles de M. Legroux, et qui consiste à prescrire l'allaitement maternel, à moins de contre-indication formelle. Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'utilité et les avantages de cette mesure.

Parmi les accidents les plus fréquents de la période puerpérale figurent en première ligne les coliques, la constipation, la fièvre de lait exagérée, enfin les accidents péritoniques (il ne s'agit point ici de la fièvre puerpérale proprement dite, qui n'a pas été observée une seule fois pendant la période d'observation en question).

Que les coliques tiennent à de la constipation, qu'elles présentent ou non une certaine coïncidence avec l'écoulement des lochies ou l'allaitement, qu'elles apparaissent enfin en l'absence même des matières dans l'intestin, mais avec une légère exagération à la pression et un léger mouvement fébrile, M. Legroux prescrit, dans tous les cas, des purgatifs huileux (15 ou même 20 gram. d'huile de ricin), sans se préoccuper de l'allaitement. L'expérience de tous les jours a démontré, en effet, que ces purgations légères n'avaient jamais le moindre inconvénient pour les nourrices, et que la lactation n'en était jamais influencée.

Avec cette innocuité d'action sur l'allaitement, les purgatifs ont presque toujours suffi, soit seuls, soit combinés avec un ipéca, pour faire cesser des accidents plus graves, tels que ceux de la péritonite inférieure, caractérisés par une certaine élévation, une certaine fréquence du pouls (88 à 92 pulsations), des douleurs, de la chaleur aux téguments, de la sueur, des coliques plus ou moins vives avec douleur exagérée par la pression au niveau de la région hypogastrique ou des fosses iliaques, l'accroissement de volume de la matrice, en même temps que la suppression ou la fétidité des lochies, etc.

Nous avons dit que la fièvre puerpérale n'avait point été observée dans les salles de M. Legroux depuis longtemps, et particulièrement pendant la durée des observations faites par M. le Dr Rombeau. Cependant plusieurs fois les symptômes que nous venons d'énumérer se sont élevés à un degré d'intensité qui pouvait faire croire que l'on assistait au début d'une fièvre puerpérale. Après avoir accusé du malaise, de la lassitude, ou même tout à coup et sans prodromes, quelques-unes des accouchées se trouvaient prises d'un léger frisson, auquel succédait une fièvre intense, puis des douleurs parfois assez vives, quelquefois fixes, d'autres fois se déplaçant dans diverses régions du ventre ; la langue était saburrale ; il y avait parfois un peu de diarrhée, ou plus rarement encore de la constipation. Un vomitif (l'ipécacuanha ou le tartre stibié, mais le premier de préférence) administré dès l'apparition de ces symptômes en a presque toujours enrayé la marche, et a prévenu l'imminence d'une affection qui se présentait avec toutes les apparences d'une extrême gravité.

La chloro-anémie est, comme tout le monde le sait, très-commune chez les nouvelles accouchées ; cela n'a rien qui puisse surprendre, en effet, si l'on se reporte à l'état plus ou moins débilité où se trouvent la plupart des femmes qui viennent accoucher à l'hôpital et à la fréquence des hémorrhagies consécutives à l'accouchement.

Sur 100 accouchées, M. Rombeau a trouvé du souffle 63 fois, depuis le murmure le plus léger jusqu'au bruit le plus musical. Dans ces 63 observations de femmes présentant du souffle, il n'a noté que 25 fois une pâleur parfaite des conjonctives et des téguments.

En présence de ces faits, notre jeune confrère a été amené à étudier l'action thérapeutique du fer.

Le fer et ses composés ont été administrés sous diverses formes ; les malades ont pris principalement la limaille et le lactate de fer.

M. Rombeau a constaté un résultat assez singulier et inattendu, auquel il est arrivé par la comparaison faite entre les femmes du service maintenues au même régime, c'est le peu d'abondance et la courte durée des lochies sous l'influence de l'administration du fer.

Sans attribuer plus d'influence au fer qu'au régime, il a semblé favorable à la sécrétion de la mamelle ; le lait est venu en plus grande abondance chez les femmes à qui on l'administrait tout à coup.

Mais l'effet qui a paru le plus curieux à étudier, c'est l'action rapide avec laquelle le fer agit sur l'économie. Après avoir pris pendant quelques jours 0,60 centigrammes, 1 gramme de limaille de fer ; soit encore 3, 6 pastilles de lactate de fer, on voyait les femmes se colorer, reprendre rapidement des forces.

A côté de ces résultats, il ne s'est manifesté d'autre accident qu'une constipation parfois assez prononcée chez les femmes qui avaient reçu simultanément du lactate de fer ; aussi la limaille seule a-t-elle paru préférable.

Il restait à résoudre une dernière question qui ne manque pas d'importance pour l'enfant. Le fer ainsi administré existe-t-il dans le lait ? Peut-on l'y retrouver ?

Pour résoudre cette question, M. Rombeau a recherché d'abord :

1° Si la quantité de fer contenue dans le lait devient plus considérable chez la femme à qui l'on administre le fer ;

2° Quel est, de la limaille ou du lactate de fer, celui de ces deux médicaments que l'on retrouve en plus grande abondance dans le lait, après une administration proportionnelle dans la durée et la quantité de l'administration de l'agent :

Première série d'expériences :

1° La quantité de fer est-elle plus grande dans le lait des femmes soumises à l'influence du fer ?

2° Le fer se trouve-t-il en plus grande abondance dans le lait des femmes ayant pris de la limaille que dans le lait des femmes qui ont pris le lactate ?

On a mis dans cette première série d'expériences, dans quatre capsules :

1° 25 grammes de lait à la limaille de fer recueilli sur la même femme ;

2° Même quantité de lait à la limaille de fer recueilli sur plusieurs femmes ;

3° Même quantité de lait au lactate de fer provenant de plusieurs femmes ;

4° Même quantité de lait normal pris dans les mêmes conditions.

Les réactifs ont révélé la présence d'une quantité de fer plus considérable dans le lait traité à la limaille que dans le lait au lactate de fer et dans ce dernier que dans le lait normal.

Nous avons dit que M. Legroux faisait un fréquent usage de l'ipéca.

Voici les résultats que M. Rombeau a constatés à la suite de l'administration de cet agent thérapeutique :

Les vomissements lui ont paru joindre à des effets thérapeutiques des effets physiques et physiologiques.

En même temps que les symptômes fâcheux indiqués précédemment venaient à cesser, tantôt en voyant les lochies reparaître pour ainsi dire immédiatement, l'utérus diminuer sensiblement de volume, le ventre s'affaisser, les gaz disparaître, par une sorte d'effet mécanique les efforts qu'entraînaient les vomissements amenaient une sorte d'action déplétive de l'utérus et des vaisseaux de l'abdomen. Enfin, le retour rapide de toutes les fonctions, et en particulier de celles du tube digestif, lui ont paru justifier ce que l'on a avancé de l'action physiologique de cet agent.

Dans les cas de persistance de quelques-uns des phénomènes abdominaux, et particulièrement de ceux qui paraissaient se développer sous l'influence de l'humidité, on revenait à l'emploi des purgatifs, sans négliger toutefois l'usage des sangsues ou de quelques ventouses scarifiées, lorsque après l'effet des vomitifs et des purgatifs on voyait persister une douleur plus ou moins vive dans un point du ventre ou du bassin, avec dureté, tuméfaction, etc., indiquant une localisation phlegmasique plus ou moins circonscrite.

Comme dernières complications, M. Rombeau a noté les frissons et les sueurs. Dans quelques cas il les a vu survenir avec une sorte d'intermittence et indépendamment de tout autre phénomène. D'autres fois ils ont seuls persisté après les vomissements provoqués en raison d'autres accidents. Le sulfate de quinine a suffi à cette dernière indication.

Les observations de M. Rombeau témoignent en outre des effets thérapeutiques du sulfate de quinine sous plusieurs points de vue.

Sans préjuger de l'action prophylactique qui lui a été attribuée par quelques observateurs, et en particulier par M. Leudet, à l'égard de la fièvre puerpérale, le sulfate de quinine a paru d'une utilité incontestable pour combattre les sueurs abondantes et répétées à intervalles, qui apparaissent également sans causes connues, parfois aux mêmes heures, ou simplement dans la soirée, parfois d'une manière plus périodique qu'intermittente. Enfin son action s'est encore montrée utile dans quelques complications, lorsque, par exemple, après les vomissements provoqués par l'ipéca ou le tartre stibié, il y avait persistance de frisson se répétant à intervalles, avec quelques coliques et des douleurs, dont l'intensité augmentait avec la fièvre.

Ablation de la parotide dégénérée. — Quelques considérations sur les hémorrhagies consécutives et la ligature sur place.

Dans les salles de chirurgie de la Clinique se trouve un homme d'un certain âge, auquel M. Nélaton a pratiqué, il y a un mois environ, l'ablation de la parotide, qui était le siége d'une dégénérescence cancéreuse. L'opération et ses suites ont présenté des particularités dignes d'intérêt.

La tumeur a présenté dans sa situation, dans ses rapports et son mode de développement des conditions insolites. On sait que ces sortes de tumeurs ont habituellement de la tendance à se porter en arrière, dans la région cervicale, en passant au-dessous du muscle sterno-mastoïdien. La disposition même des parties évasées dans ce sens, la laxité des tissus de cette région expliquent assez cette tendance. Ici au contraire la tumeur s'était propagée en avant. Elle offrait encore une autre singularité inattendue : au lieu d'être située au-devant du masséter, elle s'était développée entre les deux plans musculaires de ce muscle, qu'elle avait séparés et écartés. Ces diverses dispositions auraient pu faire croire au premier abord que l'on avait affaire à une dégénérescence de la branche montante du maxillaire si la consistance et l'aspect de la tumeur n'avaient immédiatement vérifié la justesse du diagnostic qui avait été porté. On reconnut, en effet, dans la tumeur quelques parcelles de tissu propre de la glande restées saines au milieu des tissus dégénérés.

Pendant l'opération, la carotide externe dut être liée, non pas qu'elle eût été directement compromise, car, par suite d'une disposition particulière, au lieu de pénétrer dans la glande, elle était simplement accolée à la face interne de la tumeur; aussi avait-elle pu être être ménagée; mais sa ligature fut nécessitée par la section d'une artère secondaire tout près de son point d'émergence.

Les suites immédiates de l'opération n'ont rien présenté de notable. L'opéré, quoique très-affaibli, a assez bien passé les jours qui ont suivi; mais à dater du cinquième ou sixième jour, il est survenu une série d'accidents qui constituent le point le plus intéressant de ce fait, celui sur lequel nous nous sommes plus particulièrement proposé d'appeler l'attention de nos lecteurs, à cause de la question pratique importante qui s'y rattache.

Vers l'époque que nous venons d'indiquer, une première hémorrhagie eut lieu dans la plaie; la perte de sang a été évaluée à un verre environ. Le renouvellement du pansement et une compression légère suffirent pour la faire cesser. Cependant, l'hémorrhagie s'étant reproduite une seconde fois dans la même journée, et une troisième fois le jour suivant, M. Nélaton examina avec soin l'état des parties, et reconnut que le sang était versé par un seul point correspondant à l'angle supérieur et postérieur de la plaie, caché par le lobule de l'oreille. Il jaillissait en un jet saccadé, et provenait évidemment de l'une des petites artères liées ou cautérisées. Il devenait donc urgent de s'opposer désormais au retour de ces hémorrhagies réitérées par un moyen plus actif et plus énergique que ceux qui avaient été mis jusque-là en usage; en un mot, par la ligature.

Pour bien comprendre, d'une part, l'utilité de l'interruption complète de la circulation dans le vaisseau accidentellement ouvert dans une plaie suppurante, il est nécessaire de se bien rendre compte des conditions dans lesquelles se trouvent alors les vaisseaux, et de la différence que présente le mécanisme de l'hémostase dans ce cas et dans le cas de solution de continuité récente des artères.

On sait comment les choses se passent en général à la suite des solutions de continuité récente des artères : retrait du vaisseau dans la gaîne (si la division est complète), formation d'un caillot extérieur et d'un caillot intérieur, adhérence de ce dernier aux parois de l'artère, résorption graduelle, etc. Mais les choses ne se passent plus tout à fait de même lorsque, par un accident quelconque, ce premier travail d'occlusion venant à se détruire, il se produit une hémorrhagie consécutive à une époque où la solution de continuité est à l'état de plaie suppurante.

Dans une plaie suppurante, ainsi que le fait remarquer M. Nélaton, toute la surface de la solution de continuité est recouverte par une couche de granulations pyogéniques formant une sorte de membrane continue. Après la chute du caillot, cette membrane tapisse également la portion du canal fibro-celluleux laissée vide par la rétraction de l'artère dans sa gaîne. Sur cette surface lisse, rien ne peut plus arrêter le sang; il n'y a plus là de ces mailles celluleuses où il puisse s'infiltrer. Que si, en vertu d'une cause quelconque, une syncope, une compression ou l'application d'un agent styptique, le sang vient à se coaguler à l'ouverture du vaisseau et à contracter adhérence avec la surface de la plaie, cette adhérence ne pourra persister, car le pus incessamment sécrété ne tardera pas à la soulever et à l'expulser.

Quant au caillot intérieur, en admettant qu'une fois détruit il puisse se reformer, il sera également chassé par l'effort du sang, contre lequel il n'a pas de soutien.

De là la nécessité d'une suspension complète et suffisamment prolongée du cours du sang, jusqu'à ce que l'artère soit recouverte par des granulations solides.

Fallait-il pour atteindre ce but avoir recours à la méthode d'Anel ou à la ligature sur place?

On sait que le traitement des hémorrhagies consécutives n'est pas encore institué d'une manière définitive, et que les chirurgiens sont partagés sur ce point. M. Nélaton est revenu depuis longtemps à l'ancienne méthode, injustement proscrite suivant lui par Dupuytren et par la plupart des chirurgiens sortis de son école. M. Nélaton a déjà exposé dans le temps, dans une communication à la Société de chirurgie et dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, les motifs qui lui font accorder la préférence à la ligature sur place sur la ligature à distance du tronc principal. Nous croyons utile de rappeler ici en quelques mots les considérations physiologico-pathologiques et les faits pratiques qui l'ont conduit à adopter cette manière d'agir, d'autant que le fait qui nous occupe leur donne tout l'intérêt de l'actualité.

Le premier motif de cette détermination, c'est que la ligature à distance, outre qu'elle n'est pas toujours possible, est loin d'être exempte de dangers, comme lorsqu'il s'agit d'une artère principale d'un membre, et qu'elle n'est pas toujours efficace. Elle n'est pas efficace, d'une part à cause des anastomoses artérielles, qui permettent rarement d'interrompre la circulation d'une manière complète dans la partie blessée, ce qui est la condition essentielle du succès; d'autre part à cause des anomalies artérielles fréquentes, qu'il est presque toujours impossible de prévoir. Ce ne sont pas des vues *à priori*, ce sont des faits nombreux d'hémorrhagies mortelles après la ligature par la méthode d'Anel qui ont démontré son insuffisance en pareil cas.

Le second motif, et celui-ci est plus direct encore, c'est que l'objection faite à la ligature sur place et en vue de laquelle cette méthode a été longtemps presque universellement condamnée, cette objection est sans fondement réel. On comprend qu'il s'agit de la prétendue sécabilité des artères dans les plaies en suppuration. De nombreux faits cliniques avaient déjà démontré à M. Nélaton le peu de fondement ou tout au moins l'exagération de cette opinion admise à peu près sans contrôle, lorsque les expériences directes entreprises par M. Courtin, et qui sont bien connues de tous les chirurgiens, sont venues donner à ces faits un nouvel appui et apporter des éléments précieux à la solution du problème si intéressant de l'hémostase artérielle.

Ces expériences très-nombreuses et très-variées, faites sur des cadavres, sur des animaux vivants et sur des malades, dans toutes les conditions où l'on rejetait la ligature directe comme susceptible de diviser les tissus artériels, ont démontré, en effet, que sur les tissus artériels vivants ou morts, au milieu des plaies suppurantes et même manifestement enflammées, les effets immédiats de la ligature sont sensiblement les mêmes que sur les artères saines. M. Courtin ne s'est pas borné à cette démonstration déjà très-concluante; il y a apporté encore la consécration clinique en recueillant plusieurs observations où non-seulement la ligature des bouts de l'artère divisée au milieu d'une plaie suppurante n'a pas déterminé la section de ses parois, alors même que cette artère était évidemment enflammée, mais où encore elle a été suivie du développement d'un travail régulier d'oblitération, achevé sans qu'une seule hémorrhagie ait reparu.

Prenant en considération les divers motifs que nous venons d'exposer, et se fondant d'ailleurs sur son expérience personnelle, M. Nélaton s'est immédiatement arrêté au parti de découvrir l'orifice du vaisseau qui fournissait le sang et d'y jeter une ligature. La ligature a pu être suffisamment serrée, sans que les membranes de l'artère se soient rompues. L'hémorrhagie a été arrêtée. Nous devons ajouter cependant qu'une nouvelle hémorrhagie s'est reproduite encore quelques jours après; mais cette hémorrhagie, très-peu abondante, a été promptement réprimée par l'application d'un petit tampon imprégné de perchlorure de fer, et depuis lors il ne s'en est plus produit de nouveau. Rien ne prouve d'ailleurs que cette dernière hémorrhagie ait eu lieu par l'artère liée. Dans tous les cas, elle n'a eu aucune gravité. Nous tiendrons, du reste, nos lecteurs au courant de ce qui pourrait survenir encore chez cet opéré.

Effets thérapeutiques du seigle ergoté et de la digitale contre les hémorrhagies.

Il y a quelques mois, à l'occasion d'un travail de M. Aran sur la valeur des principaux agents employés contre l'hémoptysie, dont nous avons résumé les points les plus importants, M. le docteur Ed. Carrière faisait connaître, dans l'*Union médicale*, les bons résultats qu'il avait vu retirer, dans le grand hôpital de Venise, de l'usage d'un mélange de digitale et de seigle ergoté comme antihémorrhagique en général, et particulièrement comme antihémoptysique. Voici la formule de ce mélange :

Poudre de digitale.	3 centigr. 1/2.
Poudre de seigle ergoté.	14 —
Sirop simple.	s. q.
Pour une pilule.	

On donne par jour six à huit de ces pilules, suivant l'intensité de l'hémorrhagie.

M. Carrière vient de communiquer au même journal de nouvelles observations tirées de sa pratique, et qui viennent à l'appui des faits constatés par le médecin en chef de l'hôpital de Venise. Les observations de M. Carrière sont relatives à des cas de métrorrhagie.

Une femme nerveuse, très-active, bien que fatiguée par de nombreuses parturitions, était affligée de pertes violentes qui duraient quinze ou vingt jours par mois. Il en était résulté de la faiblesse, des palpitations qui devenaient très-vives, pour peu que le travail fût prolongé. Sous l'influence des pilules de digitale et de seigle ergoté, la métrorrhagie fut arrêtée et les pertes périodiques régularisées. Les pilules n'ont jamais été données au delà de quatre dans la journée.

Une personne de vingt-quatre ans, célibataire, d'un tempérament sanguin très-prononcé et vivant en recluse, était sujette, deux ou trois fois par mois, à des métrorrhagies très-violentes et qui se prolongeaient plusieurs jours. La déplétion paraissait quelquefois salutaire. Poussée trop loin, elle était suivie d'un profond affaissement. M. Carrière crut qu'il valait mieux agir sur l'organe utérin, centre d'une fluxion très-active, et sur la circulation, qui péchait par excès d'énergie, que de suivre la méthode ordinaire, c'est-à-dire de soumettre la malade à la pratique périodique de la saignée. Il administra, en conséquence, le seigle ergoté et la digitale toutes les fois que les pertes mensuelles dépassaient une moyenne de huit jours, ou lorsqu'il reconnaissait que la déplétion était suffisante. Les premiers résultats furent très-satisfaisants. La métrorrhagie, suspendue dans la journée ou le lendemain, laissait passer quelques jours sans se reproduire. La malade, familiarisée avec cette médication, a fini par se diriger elle-même. L'équilibre s'est enfin rétabli dans les pertes, qui ont pris une suffisante régularité. L'économie n'a plus éprouvé depuis de nouvelles secousses. Le nombre de pilules n'a jamais dépassé la dose ordinaire.

La même médication a été employée avec le même succès chez une femme plongée dans une sorte d'état syncopal, à la suite d'une violente et longue métrorrhagie qui résistait aux moyens ordinaires.

Pour réussir avec cette médication, ajoute M. Carrière, il est important de se guider sur les indications; car s'il y en a qui la font adopter, d'autres l'excluent. Quand il y a dépression du pouls, la digitale continuerait l'hémorrhagie au lieu de la suspendre. Quand le pouls est plein ou vif et précipité, c'est le cas de l'associer avec l'ergot de seigle. Toutes les fois qu'il est utile d'opérer des changements dans la circulation du sang, la digitale est un auxiliaire très-puissant des effets que le seigle ergoté peut produire. La valeur de cet agent antihémorrhagique en est pour ainsi dire doublée.

Comme preuve de cette augmentation d'action, M. Carrière rappelle ce qui se passe lorsqu'on donne le seigle ergoté sans la digitale; on ne peut obtenir dans ce cas des effets qu'avec des doses élevées. Ainsi c'est 2 ou 3 grammes par jour d'ergot de seigle, par paquets de 1 gramme, qu'on donne ordinairement pour arrêter une hémorrhagie. Avec le mélange de poudre de digitale, quand cette association n'est pas contre-indiquée, bien entendu, on donne avec succès 60 à 70 centigrammes de seigle ergoté, en quatre pilules dans les douze heures.

Une question non moins importante se présente ici, c'est celle de la tolérance. On sait que les estomacs se fatiguent assez vite, soit du seigle ergoté, soit de la digitale. Il arrive un point où l'on ne peut plus administrer ces médicaments séparés ou réunis, sans que l'organisme se refuse à les accepter. Parfois même l'intolérance se produit pour le seigle ergoté dès les premières doses, quand elles sont un peu élevées. M. Carrière n'a pas observé encore cette intolérance lorsque cet agent est administré à doses modérées et uni à la digitale. Mais, ajoute-t-il, quand, pour arrêter une hémorrhagie, il faut agir avec insistance; quand, par une condition particulière du malade, la répulsion se dessine tout d'abord, comment peut-on faire accepter cette médication? C'est au moyen du sous-nitrate de bismuth qu'on y parvient. Quand on donne l'ergot de seigle seul, on peut lui associer 15 à 20 centigr. de ce sel; quand on l'administre uni à la digitale, on peut donner la même dose dans l'intervalle de la prise de deux pilules. C'est d'après les faits qu'il a observés à l'hôpital de Venise qu'il s'est convaincu de l'utilité du sel de bismuth pour produire la tolérance ou l'entretenir en pareil cas.

M. Carrière rappelle à cette occasion que le seigle ergoté a été administré dans les catarrhes de la matrice non sans quelques résultats. Il a fait lui-même quelques expériences avec les pilules de seigle ergoté et de digitale dans les bronchites chroniques avec fièvre et crachats abondants, mais il n'a pas réussi jusqu'à présent. Nous pensons enfin, avec notre honorable confrère, qu'il y aurait des expériences à suivre dans cette direction soit contre les catarrhes muqueux des voies aériennes, soit dans les écoulements blancs de l'utérus.

NOTE SUR LES LUXATIONS CARPO-MÉTACARPIENNES.

Par M. le Dr Foucher, prosecteur de la Faculté.

Les articulations des métacarpiens avec les os du carpe sont tellement serrées, les surfaces qui les composent s'engrènent si exactement, les ligaments qui les maintiennent sont si puissants, qu'il n'y a nullement lieu de s'étonner de la rareté de leur luxation. Il faut ajouter, comme expliquant encore cette rareté des luxations carpo-métacarpiennes, le peu de prise que les os qui les forment offrent aux puissances qui pourraient produire leur déplacement.

Cependant, il faut le dire, toutes les articulations carpo-métacarpiennes ne doivent pas être mises sur la même ligne, et celle du pouce a offert un certain nombre d'exemples de luxation; très-probablement parce que le pouce, situé en dehors de la rangée carpo-métacarpienne, est plus exposé à l'action des puissances vulnérantes, et est plus mobile. Néanmoins, les cas de luxation trapézo-métacarpienne recueillis jusqu'à présent ne sont pas tellement nombreux qu'ils permettent de légitimer la division de J.-L. Petit, qui reconnaissait des luxations en avant, en arrière, en dehors, non plus que l'assertion de Callisen, qui veut que ces luxations soient les plus fréquentes parmi celles qui affectent le pouce. Quoi qu'il en soit, les déplacements des autres métacarpiens sont encore beaucoup plus rares, et c'est à peine si l'on en trouve çà et là la possibilité indiquée. Ainsi Boyer nie ces déplacements. « Les articulations des quatre derniers os du métacarpe entre eux et ceux du carpe, dit-il, sont serrées, et ces os sont si peu mobiles qu'ils ne peuvent éprouver aucun déplacement. » (T. IV, p. 265.) Et depuis Boyer, les chirurgiens ont continué, les uns à ne pas admettre ces déplacements, les autres les ont admis, mais sans en rapporter d'exemples : tel est A. Cooper, qui signale seulement la possibilité de ces déplacements par l'éclat d'un fusil, et se trouve imité en cela par M. Nélaton. Aussi M. Malgaigne, dont le livre contient certainement l'inventaire le plus complet des luxations observées, n'a-t-il pu en signaler que trois exemples. C'est là ce qui nous engage à relater le fait suivant.

Luxation du premier et du deuxième métacarpien en arrière, avec fracture du troisième métacarpien, suite de l'éclat d'un fusil.

Sur un individu d'une cinquantaine d'années, mort dans le service de M. Bouillaud, à l'hôpital de la Charité, on trouve la main gauche considérablement déformée. Les quatre derniers doigts sont légèrement fléchis, quoique ayant conservé toute leur mobilité. Le pouce est fléchi à angle droit dans son articulation métacarpo-phalangienne, qui a perdu tous ses mouvements.

Le métacarpe présente un voussure à convexité postérieure beaucoup plus marquée que dans l'état normal; et à la partie moyenne de la face dorsale on voit une saillie considérable légèrement anguleuse, immobile, recouverte d'une cicatrice et paraissant formée aux dépens

du troisième métacarpien. En dehors et en arrière de cette saillie, on en trouve une autre plus considérable, plus arrondie, de 12 à 18 millimètres, se continuant avec le deuxième métacarpien, suivant les mouvements que l'on imprime à cet os; et si à ces caractères l'on ajoute que cette saillie a la forme de l'extrémité postérieure du métacarpien, que le tendon premier radial externe soulevé vient s'y insérer, l'on ne saurait douter que c'est l'extrémité supérieure du deuxième métacarpien déplacée en arrière et en haut qui forme cette saillie. Le pouce est soudé à angle droit dans son articulation trapézo-métacarpienne, mais en laissant une excavation assez notable au niveau de son extrémité supérieure, et une saillie manifeste vers la face palmaire. Les tendons radiaux sont soulevés; la face palmaire concave, rétrécie irrégulièrement dans le sens transversal, présente une cicatrice qui va du pouce au troisième métacarpien. L'éminence thénar est aplatie.

La dissection a montré les particularités suivantes: sauf les cicatrices que nous venons de signaler, la peau n'offre rien de particulier. Tous les muscles de la face palmaire et les interosseux sont sains, excepté ceux de l'éminence thénar, qui sont rétractés, confondus, et devenus en grande partie fibreux.

Les tendons fléchisseurs n'offrent non plus aucune altération; seulement ils se trouvent plus éloignés de la face palmaire des métacarpiens. Les nerfs sont normaux. L'arcade palmaire superficielle est très-volumineuse et flexueuse. Les tendons extenseurs sont aussi normaux. Le tendon extenseur de l'index est un peu dévié en dedans et contourne la saillie de la tête du deuxième métacarpien et contient dans sa gaîne un assez grand nombre de concrétions fines, blanchâtres que nous retrouvons dans quelques articulations. Le quatrième et le cinquième métacarpiens n'ont pas subi d'altérations; peut-être les ligaments qui les maintiennent sont-ils un peu plus lâches. Le troisième métacarpien offre vers sa partie moyenne une fracture oblique de haut en bas et de dedans en dehors, et dont les fragments sont soudés par leur partie latérale. Le fragment supérieur remonte vers les os du carpe, et présente une petite pseudarthrose avec l'extrémité supérieure du quatrième métacarpien, laquelle offre une saillie osseuse due à la soudure d'une esquille avec elle. Le fragment supérieur, reporté en dehors, a son extrémité inférieure libre, formant sous la peau la saillie que nous avons notée, et en étant séparée par une petite bourse séreuse.

L'extrémité supérieure du deuxième métacarpien apparaît tout entière sur la face dorsale du carpe sans être déformée et encore recouverte de son cartilage. Cette extrémité du métacarpien a donc éprouvé un déplacement complet en arrière, en même temps qu'elle est reportée en haut de près de 2 centimètres. L'extrémité déplacée est maintenue dans sa position nouvelle par deux brides fibreuses considérables, dont l'une s'étale sur la face dorsale des os du carpe, et l'autre se rend à l'extrémité du troisième métacarpien, et par un gros cordon fibreux qui unit l'un à l'autre les deux premiers métacarpiens.

Le premier radial externe a suivi le deuxième métacarpien dans son déplacement, tandis que le deuxième radial glisse sur la face interne de l'os dans une gouttière qui le conduit à son insertion au troisième métacarpien.

Le premier métacarpien repose par son extrémité supérieure sur la face dorsale du trapèze et est soudé dans sa nouvelle position, de telle façon que les légers mouvements dont jouit le pouce se passent dans l'articulation trapézo-trapézoïdienne. Il y a donc luxation en arrière et un peu en dedans du premier métacarpien.

La première phalange du pouce est elle-même luxée incomplètement en avant sur le premier métacarpien, a subi une légère rotation en dehors et est maintenue fixe dans la flexion à angle droit par la rétraction des muscles de l'éminence thénar; et lorsque ces muscles sont coupés, l'on peut ramener la phalange à une demi-extension, le ligament latéral interne empêchant l'extension complète.

Ces lésions multiples sont le résultat de l'éclat d'un fusil, accident arrivé il y a une vingtaine d'années.

Ce fait nous paraît offrir plusieurs particularités remarquables.

Le déplacement du premier métacarpien en arrière vient confirmer ce que l'on sait de cette luxation indiquée par Boyer comme la seule possible dans cette articulation, et qui est en effet assez fréquente pour que les faits aient autorisé M. Malgaigne à décrire deux variétés de ces luxations trapézo-métacarpiennes en arrière, l'une incomplète, l'autre complète. Il faut ajouter toutefois que, dans les faits qui jusqu'à présent ont servi à édifier l'histoire encore très-imparfaite des luxations du pouce, on ne trouve pas que le déplacement ait été produit par une cause agissant directement sur l'extrémité supérieure pour la chasser dans un sens ou dans l'autre. C'est toujours une flexion avec adduction forcée du pouce, ou bien l'extension forcée avec abduction qui ont produit la luxation, ainsi que le témoignent les observations de M. Michon (*Gaz. des Hôpit.*, 1848), de M. Demarquay (*Mém. de la Soc. de chir.*, t. II, p. 120), de M. Malgaigne (*Rev. méd.-chirurg.*, t. IV), de M. Bousquet (*ibid.*, t. XIV, p. 93).

Je ferai encore remarquer ici que la pièce que je viens de décrire montre que dans les luxations anciennes non réduites, si la soudure des os a lieu, l'on pourrait encore compter sur quelques mouvements du pouce au moyen de l'articulation du trapèze et du trapézoïde.

Quant à la luxation de la première phalange du pouce, elle me paraît consécutive à la rétraction des muscles de l'éminence thénar.

La luxation en arrière du deuxième métacarpien, outre qu'elle me paraît un fait unique, offre cet intérêt qu'elle permet de saisir parfaitement les caractères que présentera ordinairement un pareil déplacement. Sous ce rapport, il offre la plus parfaite analogie avec celui de M. J. Roux (*Union médicale*, 1848), bien que dans ce dernier cas le déplacement portât sur le troisième métacarpien. En effet, dans l'un et l'autre cas l'on trouvait une saillie circonscrite, dure, sous-cutanée, manifeste à l'œil et au toucher, à la région dorsale du carpe, continue au métacarpien, se mouvant avec lui; enfin, raccourcissement du doigt correspondant; et, à cette analogie des symptômes, il faut joindre celle de la cause, puisque chez le malade de M. J. Roux la luxation a été le résultat de l'explosion d'une mine.

Le cas de Blandin est rapporté si brièvement dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (novembre 1844) qu'il ne peut être d'aucune utilité et que rien ne prouve la réalité du déplacement, que l'on suppose du reste être incomplet.

Chez le malade de M. Bousquet (*Rev. méd.-chirurg.*, t. XIV, p. 94), il s'agissait d'une luxation du deuxième métacarpien en avant produite chez un malade qui, ayant eu la main prise dans une machine, subit une pression très-forte sur l'extrémité supérieure et postérieure du deuxième métacarpien; c'est là une cause directe, comme du reste dans le cas de M. J. Roux, comme dans le mien, car il est évident que dans ces deux cas ce sont les gaz développés par l'explosion de la poudre qui dans leur expansion ont agi directement sur les extrémités osseuses, qu'ils ont déplacées.

Maintenant, ce qui retire un peu de l'intérêt qu'offrent ces observations, c'est purement, il faut le dire, la considération de la cause qui a produit le dégât. En effet, quand un fusil éclate dans la main, on a le droit de s'attendre à toutes sortes de lésions, fractures, déplacements multiples et en divers sens, et cette cause brutale ne saurait avoir aucune régularité dans un mode d'action, et l'on ne peut en calculer à l'avance tous les effets.

DE L'HYPONARTHÉCIE

appliquée aux moyens de transport des blessés à l'armée.

NOUVEAUX CACOLETS-RALLONGES A SUSPENSION ET A NON-SUSPENSION.

Par M. PHILIPPE, médecin-major à Djidjeli.

Les moyens de transport à l'armée sont défectueux. La guerre d'Orient est devenue un grand enseignement à cet égard. Nos moyens de transport, bien que supérieurs à ceux des autres nations, n'ont pas été assez multipliés pour secourir promptement et efficacement les hommes mutilés par le feu de l'ennemi.

D'un autre côté, par suite du mauvais état des routes, les caissons, les prolonges deviennent d'un usage impossible; les cacolets seuls, dont l'Algérie nous a dotés, peuvent répondre aux exigences du moment; mais leur mode de construction laisse beaucoup à désirer. Le cacolet est un siége en fer sur lequel repose l'homme malade, sans pouvoir étendre les extrémités inférieures qui restent pendantes sur un marche-pied mobile en bois; il devient par conséquent impropre à recevoir les soldats atteints de blessures des membres abdominaux, à moins de leur faire éprouver des douleurs intolérables et d'accroître la gravité de leurs maux.

Les litières appelées dans le système actuel à remplir cette dernière indication sont très-peu nombreuses et d'ailleurs fort embarrassantes dans les chemins étroits et accidentés.

Les bêtes de somme affectées à leur service ne peuvent être employées à d'autres chargements.

Il y avait donc une grande lacune à combler pour tirer du cacolet tout le parti possible, car c'est le véhicule le plus portatif et le moins dispendieux dont on puisse disposer.

Ces considérations me frappèrent à mon arrivée en Algérie, en 1853. Je pensai immédiatement à construire un appareil chirurgical qui, ajouté au siége du cacolet, permît d'y coucher le blessé, de manière à suppléer la litière dans le plus grand nombre des cas.

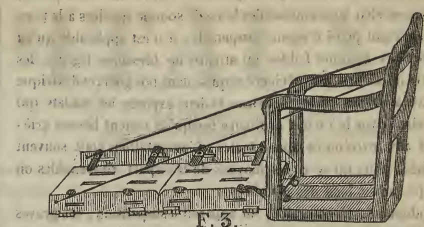
L'idée de la suspension appliquée à ce nouveau système se présenta aussitôt à mon esprit. On n'avait pas songé jusqu'alors à en tirer parti pour les moyens de transport. Je profitai de mon séjour à Alger pour soumettre à M. le gouverneur général un appareil à cacolet à suspension qui avait déjà fonctionné à Batna au mois d'octobre de la même année.

F. 1.

(M. Philippe décrit ici plusieurs appareils construits dans le même but, mais qui, pour divers motifs, durent être rejetés, soit par défaut de solidité, soit à cause de leur trop grande mobilité. Nous en reproduisons les dessins planches 1 et 2, afin que d'un coup d'œil on puisse juger de leur construction. Voici, en définitive, après plusieurs tâtonnements, l'appareil auquel il s'est arrêté, et qui repose sur le principe de la suspension. C'est celui qui est figuré par la planche 3. Ce dernier appareil a été construit à Djidjeli au mois de mars 1855.)



F. 2.



F. 3.

Il se compose d'une gouttière en tôle longue de $0^m,80$, large de $0^m,37$, présentant une charnière à son milieu. De chaque côté règne un rebord haut de $0^m,10$, interrompu à son milieu par une charnière qui correspond à celle du fond; ce rebord est percé de quatre mortaises qui en occupent la partie supérieure. Trois autres grandes mortaises sont pratiquées de chaque côté du fond; enfin une dernière est percée à l'extrémité antérieure des rebords.

Toutes ces pièces se relient au cacolet par deux montants en fer de $0^m,2$ de largeur et de $0^m,33$ de long, qui vont se fixer à la partie supérieure du siége du cacolet par deux petites courroies qui passent dans une mortaise qu'ils présentent à leur extrémité. Ces montants sont articulés avec la gouttière par le moyen d'une charnière coudée.

L'appareil à suspension consiste en une plaque également en tôle, longue de $0^m,80$ comme la gouttière, large de $0^m,30$, percée du même nombre de mortaises que cette dernière, et qui servent aux mêmes usages.

Huit petites courroies sont annexées à cette plaque; elles sont longues de 25 centimètres, larges de 1 centimètre. Elles sont destinées à fixer la plaque à suspension aux rebords de la gouttière, en passant dans les mortaises décrites.

Deux grandes courroies de 2 mètres de long sont destinées à soutenir tout l'appareil, qui tomberait faute de cet appui, à cause de la disposition de ses charnières.

Pour charger le blessé, on attache d'abord les montants de la gouttière derrière le siége du cacolet à l'aide des petites courroies décrites plus haut, qu'on fait pénétrer à travers les espaces laissés par le grillage en fer du siége, après avoir ôté préalablement le coussin.

Pour placer la plaque à suspension, on la fixe en faisant passer les quatre petites courroies qui y sont attachées latéralement par les mortaises pratiquées le long des rebords de la gouttière. On baisse verticalement tout l'appareil; on place le coussin, et l'on charge le malade.

On relève ensuite le tout, et l'on attache les deux grandes courroies, qu'on fait entrer dans les mortaises placées au bout des rebords de la gouttière, les portant ensuite, l'une en dehors, autour du bras extérieur du cacolet, l'autre dans une mortaise pratiquée ordinairement au bord supérieur du bras interne du cacolet. On pourrait encore faire glisser cette dernière derrière le crochet du bât.

Quand l'appareil ne doit plus servir, et qu'on veut décharger le malade, on baisse celui-là de nouveau verticalement; on enlève le blessé, on ferme le cacolet. On replie l'appareil sur lui-même, ainsi que les rebords de la gouttière, ce qui est facile à l'aide des charnières, de manière à l'accoler au cacolet, sur le côté du bât. On lie autour de l'appareil ainsi fermé les deux grandes courroies, qui servent à le maintenir solidement. L'appareil, ainsi disposé, prend très-peu de place dans tous les sens. Son poids est de 8 kilogrammes.

On voit, d'après cette description, que le système que je propose peut suppléer la litière, en permettant au malade de s'étendre sur le cacolet; que, dans les cas de blessures des membres inférieurs, telles que fractures, plaies d'armes à feu, et chez les amputés, l'emploi de la suspension peut répondre à tous les besoins et épargner surtout beaucoup de souffrances aux blessés.

D'un autre côté, préférablement aux litières, l'appareil étant portatif, met à même d'utiliser les bêtes de somme qui ont servi au transport des malades, et de les charger ensuite de munitions de toute espèce. Enfin, le nombre des litières étant très-borné, car il se réduit actuellement à quinze paires par corps de treize mille hommes, il était urgent de trouver un véhicule qui pût secourir efficacement l'homme blessé dans les circonstances mentionnées plus haut.

Il est évident que pour pouvoir tirer tout le parti possible du système que je propose, il serait indispensable d'apporter des modifications à la construction du cacolet actuel. Ainsi, le dossier en cuir qui sert de soutien est insuffisant pour permettre aux malades de s'étendre à l'aise. Il serait facile de donner plus de jeu aux courroies en les allongeant, ou même de construire un dossier légèrement rembourré qui fût convenablement adapté au cacolet.

Quant au principe qui sert de base au perfectionnement proposé, je veux dire la *suspension*, il serait généralisé avec avantage en l'appliquant à tous les autres moyens de transport, tels que les fourgons, les litières. Rien n'empêche qu'on n'ajoute une planchette suspensive à ces divers véhicules, aux voitures nouveaux modèles, par exemple, qu'on a adoptées en Crimée. Dans l'intérieur de la France, ce moyen pourrait être appliqué pour le transport des blessés dans les hôpitaux.

Si l'on met en parallèle la modification que M. le capitaine Gre-

veral a fait subir à mon premier appareil (fig. 2) avec celui que je viens de décrire, on verra que le premier, étant d'une seule pièce, n'atténue en rien les secousses des bêtes de somme appelées à le porter, et qu'étant privé d'agents suspensifs, il n'est applicable qu'au transport des hommes faibles ou atteints de blessures légères des membres inférieurs. L'expérience acquise dans nos guerres d'Afrique a prouvé à quelles suites fâcheuses étaient exposés les soldats qui voyageaient dans le cacolet ordinaire lorsqu'ils étaient blessés grièvement aux extrémités abdominales. L'amputation était souvent nécessitée, alors qu'avec des moyens de transport convenables on aurait pu sauver bien des membres.

En adoptant, au contraire, un appareil à suspension, ces graves inconvénients sont conjurés; et si l'on ne veut point se servir de ce dernier comme moyen de transport général, au moins pourra-t-on en faire usage dans les cas indiqués plus haut.

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

par des injections narcotiques dans le tissu cellulaire.

M. le docteur Lafargue (de Saint-Émilion), dans un travail adressé en 1836 à l'Académie de médecine de Paris, et dans plusieurs autres mémoires, démontra, par des faits nombreux, les services que pouvait rendre l'inoculation médicamenteuse. La morphine, la strychnine, la belladone, la vératrine, etc., introduites sous la peau à l'aide d'une lancette, avaient produit des effets extrêmement avantageux. M. Hayem, dans une thèse soutenue à la Faculté de Paris en 1850, publia un certain nombre de faits qui conduisaient à des résultats identiques. Malgré son utilité réelle, cette méthode de l'inoculation avait été abandonnée, ou peut-être oubliée. Aujourd'hui elle est de nouveau remise en honneur; mais le procédé est différent. M. Wood, à l'aide de la seringue Pravaz, introduit profondément dans le tissu cellulaire, au voisinage des nerfs malades, une certaine quantité de substance narcotique, par exemple une solution, soit de chlorhydrate de morphine (20 gouttes), soit de Battley (10 à 30 gouttes), et dans neuf cas de névralgies sciatiques, dorso-intercostales, lombo-abdominales, il a obtenu un soulagement inattendu.

Ces injections ont été faites sans inconvénient sur toute la surface du corps, et même à la face. (*Bull. de thérap.*)

UVA URSI. — SON EMPLOI DANS LES ACCOUCHEMENTS.

D'après M. Harris, l'*uva ursi* pourrait remplacer le seigle ergoté dans le cas de contractions insuffisantes de l'organe utérin. Dans cinq cas de cette espèce, avec épuisement nerveux, l'administration d'une forte décoction d'*uva ursi* fut suivie de fortes douleurs expultrices et de la sortie rapide du fœtus et du placenta. D'après M. Harris, l'*uva ursi* serait même préférable à l'ergot de seigle, parce que son emploi n'est pas accompagné de dangers, et parce qu'il ne produit pas ces contractions toniques si douloureuses pour la mère et si dangereuses pour la vie du fœtus.

Si ces résultats étaient confirmés par de nouvelles recherches, il en résulterait que l'*uva ursi* possède une action spéciale, non-seulement sur l'appareil urinaire, mais aussi sur l'appareil génital de la femme. C'est là, du reste, une chose dont la vérification est si facile, que nous ne doutons pas que nos confrères soient bientôt fixés sur la valeur de cette assertion de M. Harris.

(*Bulletin de thérapeutique.*)

FIÈVRES INTERMITTENTES.

Remèdes populaires employés en Grèce.

Le professeur Landerer fait connaître, dans le *Buchner's Neues Repertorium*, le fébrifuge suivant, très en vogue parmi le peuple grec, et auquel les médecins eux-mêmes ne dédaignent pas de recourir dans les cas rebelles à la quinine. Ce fébrifuge consiste dans un mélange d'une demi-cuillerée à bouche de poudre de café fraîchement torréfié avec le jus provenant d'un citron. Le mélange est pris immédiatement avant le moment de l'invasion probable du stade de froid; puis on emploie de suite les moyens connus pour faire entrer le malade en transpiration. Le plus souvent le stade de chaleur fait défaut, et le paroxysme fébrile n'a qu'une demi-heure de durée.

Un autre moyen employé avec succès, d'après Landerer, par un médecin d'Athènes qui s'est acquis, comme guérisseur de fièvres d'accès, une certaine renommée, consiste dans l'application sur l'échine d'un linge enduit d'une pâte composée d'amidon, de blanc d'œuf et de moutarde. Cette application se fait tous les jours; elle est continuée jusqu'à ce que la rubéfaction des téguments soit bien prononcée. (*Revue de thérap. méd. chirurg.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 mars 1856. — Présidence de M. GOSSELIN.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. GUERSANT présente un jeune garçon de dix-sept mois qui porte sur le front, à gauche, près de l'arcade sourcillière, une tumeur mobile, assez consistante, sans altération de couleur à la peau, n'augmentant pas sous l'influence des cris et des efforts, indolore. Cette tumeur doit-elle être extraite? Elle paraît être constituée ou par de la graisse, ou par du tissu fibreux ou fibro-plastique.

M. CLOQUET. Les caractères que présente cette tumeur indiquent assez qu'elle ne peut être ni vasculaire ni adhérente aux os, qu'elle n'est pas formée par une hernie du cerveau ou de ses enveloppes. Il faut l'enlever.

— M. BOINET présente une jeune fille qui, à la suite d'une affection gangréneuse, a subi une perte énorme de substance de la joue droite. Par l'ouverture anormale qui existe, on aperçoit les dents maintenues rapprochées, car la mâchoire inférieure est tout à fait immobilisée; on peut constater qu'il existe une perte de substance à la voûte palatine.

L'affection gangréneuse s'est développée après l'avulsion de deux dents. En quatre jours, la mortification était complète.

Quatre autres enfants, qui ont été pris de la même affection à la même époque, ont succombé.

M. MARJOLIN. Il y a eu sans doute une stomatite gangréneuse. Ne se serait-elle pas montrée sous l'influence de quelque affection éruptive?

M. LABORIE demande des renseignements sur la profession des parents.

M. BOINET répond que l'enfant n'a pas eu d'éruption. Quant à la profession des parents, il sait que le père fabrique des essences de fleurs.

M. GUERSANT admet aussi, comme cause de la gangrène, une stomatite gangréneuse.

Quant au traitement actuellement applicable, la mâchoire inférieure paraissant fixée d'une manière définitive en raison de la transformation des masséters dégénérés, M. Guersant pense qu'il n'y a rien à obtenir sur ce point.

Il est d'avis que dans ces conditions il serait inutile de combler la perte de substance, car on aurait la plus grande peine sans cet hiatus artificiel à nourrir la petite malade.

M. CLOQUET a les mêmes idées sur l'origine de la maladie. Il est d'avis que la stomatite gangréneuse peut être heureusement arrêtée quand on est appelé à son début. Il est une certaine forme de stomatite qui règne épidémiquement dans les armées et qui est bien plus grave; elle atteint surtout les soldats qui ont subi l'influence du froid pendant une nuit passée sous les armes. Les mâchoires se dénudent, se nécrosent, et, malgré les traitements les mieux dirigés, les malades succombent.

Pour en revenir à la malade de M. Boinet, la mâchoire inférieure paraît bien perdue d'une manière définitive, mais on pourrait diminuer la difformité par l'autoplastie.

M. LARREY. Je voulais rappeler à la Société les faits de stomatite gangréneuse signalés par M. Cloquet, et qui ont été fréquemment observés en Algérie.

Quant à la jeune malade, je ne l'abandonnerais pas sans essayer de modifier son état. On a imaginé d'excellents instruments pour des cas de ce genre. Pourquoi n'y pas recourir? J'ai conseillé, à la suite de lésions de la face qui avaient déterminé une immobilité de la mâchoire inférieure, l'emploi de ces instruments, qui ont été parfaitement décrits dans une excellente thèse de M. Sarrazin.

M. BOUVIER. Je suis en tous points de l'avis de M. Larrey. Je sais qu'on a réussi avec les instruments dans des cas qui semblaient désespérés. Il faut donc tenter quelque chose sur cette jeune enfant. Je puis citer un fait à peu près analogue dans lequel on est parvenu à rendre à la mâchoire suffisamment de mouvement pour permettre la mastication. On s'était servi d'abord d'un cône à vis, et, après avoir obtenu un certain degré d'ouverture, on avait remplacé cet instrument par deux plaques, qui, appliquées sur chaque mâchoire, étaient ensuite éloignées l'une de l'autre au moyen de vis.

Après avoir eu recours à l'action mécanique seule, on pourrait, si cela était nécessaire, faire quelques débridements.

M. GUERSANT persiste à penser que l'on ne pourra rien obtenir d'avantageux par les moyens proposés.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Reybard adresse à la Société, pour obtenir le titre de membre correspondant, un travail intitulé *Mémoire pour servir de comparaison entre l'urétrotomie extra-urétrale et l'urétrotomie intra-urétrale, et entre les deux procédés dont se compose cette dernière méthode.* (Commissaires : MM. Guérin, Lenoir, Michon.)

— A l'occasion du concours du Bureau central, MM. Gosselin, Robert, Denonvilliers, Chassaignac, Verneuil et Houel demandent un congé.

— M. Adolphe Richard, chargé du cours de pathologie externe pendant le semestre d'été, demande également un congé.

— A propos du procès-verbal, M. Larrey demande la parole pour communiquer l'observation complète du malade dont il avait parlé dans la dernière séance, malade qui avait succombé au développement rapide d'un ostéosarcome du maxillaire supérieur droit et de la clavicule gauche. Cette observation, recueillie avec le plus grand soin, sera déposée dans les archives.

M. CLOQUET est frappé de la rapidité de la marche de l'affection cancéreuse dans le fait rapporté par M. Larrey. Le malade, sain, robuste, bien portant du reste, sans mauvais antécédents héréditaires, a été enlevé en un temps très-court par le cancer. Ne peut-on comparer cette forme de la maladie à la tuberculisation rapide que l'on nomme *phthisie galopante*, et ne pourrait-on pas désigner de même ces cancers sous le nom de *galopants*.

M. MARJOLIN pense que dans un grand nombre de cas le cancer se développe d'autant plus rapidement que le malade qui le porte est jeune et d'une constitution vigoureuse.

La même remarque peut être faite aussi dans le jeune âge. Plusieurs observations soumises à la Société semblent justifier cette appréciation. La repullulation subirait aussi les mêmes lois et paraîtrait bien plus rapide sur les sujets robustes et d'un grand embonpoint.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN ne partage pas cette manière de voir. En outre, il est disposé à admettre que l'opération tend à donner, dans un grand nombre de cas, une impulsion à la généralisation du cancer.

Revenant sur le fait de M. Guersant, M. Hervez de Chégoin rapporte un cas de lipome situé sur la région dorsale d'un nouveau-né. MM. Cloquet et Morel-Lavallée citent des cas analogues. Le malade de M. Morel offrait son lipome sur la région sternale; il était enkysté. On l'avait pris pour une tumeur érectile.

M. BOINET, revenant à la question du cancer, dit que la nature de l'affection cancéreuse exerce une grande influence sur la marche de la maladie, et que chez les vieillards, par exemple, la marche lente de l'affection tient à la forme cancéreuse si commune à un âge avancé, à savoir, le cancroïde.

M. GIRALDÈS, rappelant une statistique intéressante qui semblerait prouver que l'ablation du cancer tendrait à hâter la mort des malades, pense qu'il faut tenir compte de la remarque de M. Hervez, puisque l'expérience personnelle de notre honorable collègue viendrait à l'appui de la statistique.

Après quelques observations de MM. Marjolin, Cloquet et Larrey, la discussion est close.

Le secrétaire de la Société : E. LABORIE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 22 mai 1855, M. le ministre de l'instruction publique avait conféré provisoirement aux doyens des Facultés de médecine de Paris, de Montpellier et de Strasbourg l'autorisation de réduire à un mois, en faveur des étudiants qui aspiraient à entrer dans la chirurgie militaire, le délai d'ajournement à un examen qui est fixé à trois mois au moins par l'article 6 de l'arrêté du 26 septembre 1837; mais les motifs qui avaient déterminé cette disposition transitoire n'existant plus, l'arrêté du 22 mai 1855 vient d'être rapporté.

— M. le docteur Durozier est nommé chef de clinique de M. le professeur Bouillaud, en remplacement de M. E. Aubertin, dont les fonctions sont expirées.

— L'Académie de médecine de Belgique est en ce moment dans un état de crise qui pourrait menacer jusqu'à son existence. Une animosité déjà ancienne d'une petite minorité contre le bureau, et particulièrement contre le président, s'est tout récemment donné carrière au sénat, où des membres mêmes de cette minorité ont un siége. Le bureau a été l'objet d'insinuations odieuses; on n'a rien épargné pour frapper de déconsidération la Compagnie tout entière. Et toutes ces attaques sont parties de collègues qui n'ont pas craint de venger, à l'abri de toute contradiction, des échecs subis dans une autre enceinte. L'Académie, dit la *Presse médicale belge*, est mise en demeure par le ministre, sous peine d'un refus de subsides, de formuler certaines propositions de modifications aux statuts.

Dans cette situation, le bureau s'est retiré. Il n'a voulu ni paraître tolérer les injures qui lui ont été adressées personnellement, ni continuer à diriger les travaux d'une Compagnie, ainsi ravalée au sein du premier corps politique de l'Etat sans protestation du ministre. Il est à croire qu'il ne s'en tiendra pas à cette démonstration passive.

— Un médecin militaire, M. le docteur Berthomat, vient de mourir du typhus, à Marseille, victime de son zèle et de son dévouement pour les malades de l'hôpital du Frioul. L'épidémie paraît cependant diminuer de gravité, et il y a moins de typhiques parmi les dernières troupes arrivées.

— La ville de Toulouse peut revendiquer sa part des pertes nombreuses que le corps médical militaire a éprouvées depuis peu de temps. Aux noms déjà connus de Plassan et de Videt, nous devons ajouter ceux de Dulac, de Cordeau et de Lissençon, morts récemment, les deux premiers en Orient, le troisième à la Martinique. Ces jeunes gens pleins d'avenir ont succombé aux maladies épidémiques qui règnent dans ces climats; leur fin prématurée a laissé parmi leurs confrères de profonds regrets, qui seront partagés par tous ceux qui avaient pu apprécier leur caractère. (*Gaz. méd. de Toulouse.*)

— M. le docteur Malleville vient de mourir à Toulouse. M. Malleville était le plus ancien médecin des dispensaires de cette ville; par son instruction, sa modestie et son humanité, il s'était acquis les sympathies de tous.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Manoha, d'Eclassan (Ardèche); *Du scorbut au point de vue symptomatologique.*

Beaunis, d'Amboise (Indre-et-Loire); *De l'habitude en général.*

Mareschal, de Lons-le-Saulnier (Jura); *De l'alkékenge* (Physalis alkekengi) *et de son emploi en médecine comme antipériodique et succédané du quinquina.*

De la Porte, du Vigeant (Vienne); *Des abeilles et de leurs produits au point de vue médical.*

Casteran, d'Arette (Basses-Pyrénées); *Du typhus des camps observé en Crimée pendant le siége de Sébastopol.*

Griffon du Bellay, de Rochefort (Charente-Inférieure); *Essai sur le tétanos.*

Roumieu; *Quelques considérations sur la thérapeutique.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères. Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière, par E. CHASSAIGNAC, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode opératoire pour leur ablation, in-8°, avec 8 figures intercalées dans le texte.

Leçons sur la trachéotomie, in-8°, avec 8 figures intercalées dans le texte. Prix de chaque partie, 2 fr.

Leçons sur l'écrasement linéaire. Paris, J.-B. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garencière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 7 avril 1856.

DU TYPHUS ET DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

A PROPOS DE L'ÉPIDÉMIE DE TYPHUS QUI SÉVIT SUR LES TROUPES DE L'ARMÉE D'ORIENT.

Nous avons plusieurs fois, dans le courant de l'année dernière, soulevé la question de l'identité ou des différences de la fièvre typhoïde et du typhus, à propos de diverses publications et communications sur ce sujet, et surtout à l'occasion des cas de typhus qui se sont manifestés dans les camps et dans les hôpitaux de l'armée d'Orient presque dès le début de la campagne. Dès cette époque, et avant que la relation des faits observés sur les lieux nous ait permis d'être plus explicite à cet égard, nous avons émis l'opinion que la fièvre typhoïde et le typhus ne devaient et ne pouvaient être confondus au point de vue pratique, alors même qu'on admettrait leur identité au point de vue nosologique. Mais les motifs sur lesquels nous fondions les différences qui nous paraissaient exister entre ces deux affections étant plus spéculatifs que cliniques, nous avons dû être réservé dans nos conclusions. Nous avons fait un appel aux médecins de l'armée et à ceux de nos confrères qui pouvaient se trouver dans des conditions favorables pour cette étude, en les invitant à rechercher, non-seulement dans les symptômes et dans les lésions anatomiques, mais dans la marche de la maladie, dans l'action des agents thérapeutiques, et surtout dans les conditions étiologiques, les ressemblances et les dissemblances qu'ils pourraient constater entre ces deux affections. Plusieurs d'entre eux ont déjà répondu à cet appel. Un grand nombre, que retient encore le service actif des hôpitaux et ambulances, le fera très-probablement plus tard. D'après ce qui nous est parvenu jusqu'ici par diverses voies, l'opinion de la non-identité nous paraît dominer parmi les médecins de l'armée. En attendant que nous puissions recueillir sur ce sujet des documents suffisants pour nous permettre d'examiner sérieusement la question, nous nous bornerons à exposer, à mesure qu'ils nous parviendront, les résultats constatés par quelques-uns de nos confrères.

Voici ce que nous transmet M. le docteur Bally (de Marseille), qui vient tout récemment d'observer le typhus dans l'hôpital militaire de cette ville :

« J'ai observé comme prodromes :

» Céphalalgie, bourdonnements d'oreilles, vertiges, face pâle, faiblesse extrême ; jamais ni diarrhée ni épistaxis, quelquefois début brusque commençant par le délire.

» Un soldat pendant la nuit dort sur le pont au milieu de ses camarades; il se réveille en criant : Donnez-moi mon sabre! On le croit fou ; on va chercher le docteur, qui le fait descendre dans la cale avec les autres malades, comprenant bien que c'était le typhus qui commençait.

» Comme symptômes :

» Injection marquée de la face, yeux excavés, fixes, ternes; hébétude ou somnolence dont on ne peut les tirer; délire tranquille ou furieux, commençant dès les premiers jours; prostration extrême, coma; le plus souvent constipation; point de météorisme ni de gargouillement; pouls ordinairement fréquent, mou, régulier, rarement lent; peau humide, quelquefois sueurs abondantes; d'autres fois la peau est sèche, langue blanche ou jaunâtre, quelquefois sèche, rouge et fendillée; taches d'un rouge brun, non élevées au-dessus du niveau de la peau, paraissant dès le troisième ou quatrième jour; râles sibilants et ronflants dans la poitrine, rares (2 fois sur 11) ; le premier bruit du cœur diminue d'intensité ; souvent bruit de souffle après le premier temps. La durée n'est dans le plus grand nombre des cas, et au plus, que de vingt jours; ordinairement deux septénaires.

» Contagion extrême.

» Parmi ceux qui soignent les malades dans les hôpitaux des grandes villes et qui sont rebelles à la contagion de la fièvre typhoïde, tels que les infirmiers, les sœurs, les médecins, il y en a eu plusieurs de pris.

» Sur 6 nécropsies rapportées dans le cahier des autopsies de l'hôpital militaire, 6 fois injection marquée des méninges; cœur évidemment ramolli, contenant des caillots mous de sang noir et poisseux ; hypostase sanguine dans presque tous les organes.

» Sur 6, *cinq autopsies sans aucune altération des glandes de Brunner et des plaques de Peyer ;* une seule fois un léger gonflement de ces glandes.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

Fièvre typhoïde.	*Typhus.*
Au début, épistaxis fréquentes.	Epistaxis excessivement rare ; je ne l'ai jamais observée.
Diarrhée médiocre de longue durée.	Constipation ou diarrhée intense, venant après les purgatifs.
Douleurs de ventre, météorisme, gargouillement.	Aucun de ces symptômes.
Rate tuméfiée, parfois douloureuse.	Normale ; je ne l'ai jamais trouvée douloureuse.
Langue sèche, brune.	Souvent blanchâtre ou jaunâtre, quelquefois humide.
Taches rosées lenticulaires, élevées sur le niveau de la peau et disparaissant sous la pression.	Taches d'un rouge brun, non élevées et ne disparaissant pas facilement.
Sudamina, quelquefois des pétéchies.	Nuls, pétéchies fréquentes.
Pouls intermittent; parfois peau brûlante, chaleur âcre.	Pouls régulier, ordinairement mou et fréquent ; la peau souvent humide.
Durée longue de 15 à 60 jours; convalescence longue.	Durée au plus de 20 jours, ordinairement 9 à 14 ; convalescence courte.
A l'autopsie, glandes de Brunner, plaques de Peyer toujours hypertrophiées ou ulcérées.	Cinq fois sur six, aucune lésion dans l'intestin.
Contagion peu à craindre pour les habitants des grandes villes.	Contagion extrême.
Excessivement rare après cinquante ans.	Il est mort un colonel de cinquante-cinq ans.

Dans un travail très-étendu et très-remarquable publié sur le même sujet par M. le docteur Garreau dans la *Gazette médicale*, les différences entre les deux affections dont il s'agit sont déduites d'un parallèle extrêmement détaillé entre le typhus et les maladies typhoïdes qui ont régné soit successivement, soit simultanément dans les hôpitaux d'Orient. Nous ne reproduirons pour le moment que le résumé de la partie de ce travail qui est relative aux différences symptomatiques de ces deux maladies. Nous aurons à l'invoquer plus d'une fois lorsque nous reprendrons cette question.

On remarque dans le typhus, dit M. Garreau :

1° L'absence bien plus constante des prodromes, ou simplement, s'il y a prodrome, quelques vertiges erratiques et un peu de céphalalgie;

2° Une invasion plus brusque, presque subite, par la céphalalgie intense et le vertige prononcé ;

3° Une durée moyenne de onze ou douze jours, au lieu de celle de quatorze ou quinze des typhoïdes;

4° Une marche plus rapide, surtout du commencement et de la fin;

5° Un pouls plus faible, plus dépressible, plus ondulant, plus généralement irrégulier, plus prompt à tomber d'un degré assez élevé à un rhythme assez bas. De même pour la chaleur fébrile;

6° Un météorisme très-rare, une indolence de l'abdomen, en général;

7° L'absence de la diarrhée, en général, et au début notamment, sauf complication ou exception en faveur de la forme abdominale surtout;

8° L'absence de symptômes spléniques prononcés, excepté dans quelques cas rares et mixtes sans doute ;

9° Un exanthème tacheté rouge plus fréquent, plus confluent, surtout plus prompt à se montrer ; des taches *purpurines* rondes, irrégulières, spéciales; l'absence, en général, de *sudamina ;*

10° L'engorgement parotidien souvent double, considérable, dangereux, nullement critique;

11° Une convalescence prompte, franche, avec vif appétit, que l'on peut satisfaire impunément ;

12° Une mortalité moins considérable pour l'ensemble.

Si nous rapprochons ces conclusions du tableau diagnostique comparatif de M. Bally et du résultat de quelques autres communications sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir plus tard, nous y trouverons déjà plus qu'une confirmation de l'opinion que nous avons énoncée *à priori*, c'est-à-dire les prémisses d'une conclusion plus formelle, et qui établira une séparation plus nette encore que nous ne l'avions exprimé entre la fièvre typhoïde et le typhus. — Dr Brochin.

COURS SUR LES EAUX MINÉRALES

fait à l'École pratique

Par M. le docteur Durand-Fardel (1).

Mais, messieurs, nous arrivons à la grande objection, ou au reproche, si vous voulez, incessamment adressé aux eaux minérales. Ouvrez, dit-on, les ouvrages relatifs aux eaux minérales, monographies ou traités généraux, et vous y trouverez que l'on guérit toutes sortes de maladies avec une même eau minérale, et la même maladie avec toutes sortes d'eaux minérales ; et l'on se hâte d'en tirer, en forme de conclusion, le dilemme suivant : ou il ne faut pas croire un mot de ce que disent les médecins des eaux minérales, ou il faut croire que les eaux minérales, étant bonnes à tout, ne sont bonnes à rien. Il nous sera facile, messieurs, de réduire de pareilles objections à leur juste valeur.

Commençons par écarter les exagérations dont toute appréciation thérapeutique peut être l'objet, et c'est un rapport de plus que les autres médications ont avec les eaux minérales. Faisons encore la part de ce que la même dénomination nosologique peut renfermer de différences, et nous dirons : Oui, les mêmes eaux minérales peuvent être utilement employées dans des maladies fort différentes ; oui, des eaux minérales différentes peuvent être convenablement appliquées à des états morbides tout semblables. Non-seulement il en est ainsi, mais il ne saurait en être autrement.

Ne voyons-nous pas tous les jours le même médicament et la même médication s'appliquer à des états morbides fort différents? Il est des médecins expérimentés qui arrivent à réduire singulièrement le nombre de leurs formules, et qui, par conséquent, les emploient dans des cas très-variés. Il en est ainsi pour les maladies aiguës comme pour les maladies chroniques. Et, pour ne parler que de ces dernières, à combien de maladies dissemblables ne voit-on pas opposer, sauf des modifications dans la forme souvent insignifiantes, les mercuriaux, les préparations iodées, les révulsifs cutanés, le fer, les toniques amers, etc.? Ne sait-on pas encore qu'avec une habitude particulière d'un agent médicamenteux, on arrive à une grande habileté dans son usage, et à en tirer des ressources que d'autres n'y sauraient pas trouver? Il n'est pas de médicament qu'il soit plus possible de varier dans sa forme que la plupart des eaux minérales, avec les sources multiples qui les contiennent, les divers modes d'administration auxquels elles se prêtent, les conditions hygiéniques auxquelles on se soumet en les allant chercher. Il serait donc bien étonnant que ce qui est vrai des autres médications ne le fût point pour elles, et que le champ de leurs applications dût être restreint d'une manière inusitée en thérapeutique.

Faut-il maintenant vous faire considérer qu'on peut traiter et guérir une même maladie par des moyens fort différents? Combien de pneumonies céderont à peu près indifféremment aux saignées, au tartre stibié, à l'ipéca ? Quant aux maladies chroniques, j'entends les plus précises et les plus curables, autant de médecins, autant de procédés, ou même de méthodes différentes dans leur traitement. Cela ne prouve rien contre la thérapeutique ? Cela prouve que sans sortir des moyens sérieux, légitimes, efficaces, il est plus d'une voie pour arriver au même résultat. Pourquoi n'en serait-il pas de même des eaux minérales, alors surtout que la médecine thermale réclame, comme inhérentes à son usage, certaines conditions communes, moyens hydrothérapiques et circonstances hygiéniques?

Vous voudrez bien remarquer, messieurs, que je n'invoque ici que des lieux communs en thérapeutique. Mais l'application de ces lieux communs aux eaux minérales est importante, parce qu'elle ne tient pas dans l'esprit des médecins la place qu'elle y devrait occuper. Et vous ne concluerez pas de tout ce que je viens de dire, qu'il soit indifférent d'employer telle ou telle eau minérale, que toutes agissent d'une manière identique; car vous seriez obligés de le dire de toutes sortes d'autres médications. Entre ces deux moyens, qui peuvent l'un et l'autre s'employer utilement, il est clair qu'il y en a toujours un meilleur que l'autre; mais les différences qui les séparent sont quelquefois insensibles ou inappréciables.

Cependant, de cette possibilité que vous avez comprise, d'étendre légitimement et à beaucoup d'eaux minérales une série d'applications semblables, et de faire rentrer avec raison dans le cadre d'un même traitement thermal une série de maladies distinctes, doit résulter quelque confusion. Voici, messieurs, ce qui nous servira de guide au milieu de cet assemblage de faits.

(1) Fin. — Voir le numéro du 1er avril.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. GUERSANT.

Kyste séreux du pli du coude. — Traitement par le séton. — Guérison.

Le 24 janvier 1856, entre au n° 25 de la salle Sainte-Thérèse une fille nommée Deterque (Henriette), âgée de dix ans et demi.

Cette enfant porte au pli du coude gauche une tumeur sur l'origine de laquelle les renseignements ne remontent pas au delà de l'âge de quatre ans, époque à laquelle cette enfant devint orpheline. A cette époque elle portait au pli du coude une tumeur grosse comme une noisette, sans douleur ni rougeur. Le volume, qui s'est toujours accru insensiblement, a surtout augmenté depuis l'âge de huit ans.

Vers le mois d'août 1855, M. Guersant l'ayant vue pour la première fois, constata que cette tumeur était sans changement de couleur à la peau, fluctuante, peu transparente, du volume d'un petit œuf de poule. Une ponction fut pratiquée, et donna issue à un liquide séro-sanguinolent. La compression fut essayée quelque temps, mais sans persévérance.

L'enfant revient avec une récidive de la tumeur le 24 janvier 1856.

Examinée le jour de son entrée, elle présente à la partie externe du bras, au-dessus du pli du coude, en dehors du tendon du biceps, une tumeur à peu près hémisphérique, un peu plus allongée cependant suivant l'axe du bras. Le pli du coude la divise en deux parties : une supérieure et une inférieure, plus petite, se terminant en pointe. Le volume total de la tumeur égale celui d'un petit œuf de poule. La surface est parcourue par un réseau de veines dont la coloration bleuâtre en imposerait au premier abord pour une dilatation variqueuse. La peau est mobile à la surface. La palpation donne une consistance mollasse; la fluctuation est manifeste. Examinée à contre-jour, la tumeur offre de la transparence. Absence complète de douleur. Dans la flexion de l'avant-bras, la tumeur s'élève dans le pli du coude, repoussée en dehors par le tendon du biceps, auquel elle ne paraît pas adhérer. Sa tension alors est très-prononcée.

Le 31 janvier, M. Guersant pratique une ponction à la partie inférieure de la tumeur avec un trocart dont le poinçon est une aiguille, qui permet de passer un séton. Il s'écoule à peu près 60 grammes d'une sérosité roussâtre, dans laquelle l'acide nitrique détermine un précipité abondant. Une deuxième ponction est pratiquée à la partie supérieure du kyste, au point opposé, et un fil double est laissé à demeure. Les deux bouts sont noués à l'extérieur. Pansement simple. Le bras est maintenu en écharpe au moyen d'une bande. Légère douleur au pli du bras. La nuit se passe dans l'insomnie.

Le 1er février, fièvre assez intense; rien au pli du bras. — Onctions d'onguent mercuriel; cataplasmes.

Quelques vomissements se manifestent. — Potion avec 1 gramme d'alcoolature d'aconit.

Fièvre le soir; la nuit est calme.

Le 2, 120 pulsations; sensibilité assez vive au pli du bras. — Le séton est retiré. Un liquide roussâtre s'écoule en quantité à peu près aussi considérable que la première fois. On remarque au milieu quelques grumeaux purulents.

Assoupissement le soir; pas de nausées.

Le 3, une rougeur érysipélateuse se montre à la surface de la tumeur; les parties sont légèrement gonflées. Pas d'engorgement des ganglions axillaires. Un liquide séro-sanguinolent s'écoule à la pression. — On applique une couche de collodion élastique.

La nuit est bonne.

Le 4, pas de fièvre; l'appétit revient. — L'application d'une nouvelle couche de collodion permet de voir par transparence la coloration rosée de la peau. Epistaxis dans le jour.

Le 5, légère tuméfaction au niveau de la tumeur.

Le 7, le collodion est enlevé et les ouvertures faites au kyste restent béantes. Du pus jaunâtre s'écoule en assez grande quantité et par jets en pressant sur le kyste. — Cataplasmes.

Le soir, la douleur est à peu près disparue.

Le 8, la poche est de nouveau remplie et la pression fait sortir par l'ouverture supérieure un pus sanguinolent.

Le 9, la quantité du liquide est de beaucoup diminuée. On cesse l'alcoolature d'aconit.

Le 12, les ouvertures du kyste sont fermées. On débouche avec un stylet l'ouverture supérieure. La pression fait sortir une quantité beaucoup moindre de liquide séreux. On cesse l'emploi des cataplasmes et on établit la compression avec une bande sèche.

Le 13, les orifices du kyste sont fermés. La fluctuation n'existe plus. On sent à la place du kyste une induration assez légère.

Le 21 février, les mouvements de l'avant-bras sont rétablis; on sent une très-légère induration à la place du kyste.

L'enfant sort guéri.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Les kystes sont rares dans cette région, et le diagnostic eût pu être embarrassant, l'étiologie d'ailleurs ne nous fournissant aucun renseignement; mais ici le diagnostic était singulièrement facilité par la transparence de la tumeur. Toutefois, si ce caractère eût manqué, comme la ponction pratiquée quelques mois auparavant avait donné issue à un liquide sanguinolent, la coloration bleuâtre de la tumeur aurait pu nous faire penser à l'existence d'une dilatation variqueuse.

Le mode de traitement nous donne également lieu à plusieurs considérations fort importantes : nous voyons, en effet, que l'emploi du séton a procuré une parfaite guérison. M. Guersant fait remarquer à ce sujet que le séton, qui quelquefois détermine des érysipèles et devient la source de suppurations étendues, demande beaucoup de sagacité dans son emploi, et un chirurgien prudent devra toujours chercher à prévenir ces accidents. C'est ainsi que dans le cas qui nous occupe, sitôt qu'une fièvre vive s'est déclarée, que des vomissements se sont manifestés, M. Guersant a immédiatement ordonné l'usage à l'intérieur de l'alcoolature d'aconit, prescription qui a été continuée jusqu'à ce que la suppuration eût cessé.

C'est ainsi que la marche de l'érysipèle a été immédiatement entravée par l'application d'une double couche de collodion.

M. Guersant, faisant remarquer avec quelle facilité l'érysipèle avait été limité, professe que, dans presque tous les cas où la phlegmasie cutanée reconnaît une cause traumatique, l'emploi du collodion lui a toujours procuré d'heureux résultats.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

Des applications de l'électricité à la pathologie (1).

Paralysies saturnines.

L'influence de l'électricité dans les paralysies saturnines avait été peu étudiée avant les travaux de M. Duchenne. En 1839, je fis quelques expériences sous les yeux de M. le professeur Andral; les résultats n'ont pas été publiés. Voici maintenant où en est la science à ce sujet :

La paralysie saturnine frappe de préférence, comme on le sait, certains muscles de la région postérieure de l'avant-bras. Cette paralysie, de même que la paralysie végétale, est caractérisée, selon M. Duchenne, par la perte plus ou moins complète de la contractilité et de la sensibilité électrique des muscles atteints.

Cette proposition est certainement trop absolue. Dans quelques cas de paralysie saturnine, la contractilité est à la vérité presque complétement abolie; mais dans un grand nombre elle n'est que simplement diminuée, et cette diminution a lieu à des degrés très-différents, et on passe par des intermédiaires nombreux, c'est-à-dire d'un trouble léger à une abolition presque complète. La considération de cette abolition ou de cette diminution à des degrés variables sous l'influence des courants électriques permet d'appliquer cet agent au diagnostic de cette maladie. L'abolition complète ou la simple diminution de la contractilité électro-musculaire sont en rapport avec l'état complet de paralysie ou la simple diminution de mouvement spontané dans les muscles atteints.

Le traitement des paralysies saturnines réclame d'une manière positive l'emploi des courants électriques. C'est en pareil cas surtout qu'il faut les administrer avec énergie et pendant longtemps, tout en ayant recours simultanément à d'autres agents également actifs : les bains sulfureux, la strychnine et le traitement hydrothérapique. La machine d'induction de Rhumkof trouvera peut-être ici un jour son application.

Paralysies hystériques.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter la nature des paralysies hystériques et de faire l'histoire des nombreuses variétés de siége, d'intensité, de formes qu'elles présentent. Nous constaterons seulement ici qu'elles sont caractérisées par un grand fait : la conservation de la contractilité musculaire développée par les courants électriques. Cette conservation et cette intégrité peuvent servir de moyens de diagnostic. Fréquemment il existe, en même temps que la paralysie, une anesthésie de la peau de la partie correspondante aux muscles paralysés.

L'emploi des courants électriques est parfaitement indiqué dans le traitement des paralysies hystériques; mais sous le rapport de leurs effets, on obtient les résultats les plus différents. Ainsi, en traitant une paralysie de même intensité, une paralysie complète, par exemple, tantôt on obtient un résultat rapide et une guérison en quelques jours sous l'influence de l'emploi des courants électriques; tantôt cette guérison se fait attendre plus ou moins longtemps, et il faut quelquefois plusieurs mois pour l'obtenir; dans d'autres cas enfin, ces paralysies sont incurables. Il est difficile d'expliquer ces résultats, la cause en est tout à fait inconnue; ils permettent seulement d'établir que dans les cas où le succès tardera à suivre l'emploi de l'électricité, il ne faudrait pas se rebuter et continuer longtemps, quelquefois plusieurs mois. C'est dans les paralysies hystériques surtout qu'on se trouve bien d'explorer simultanément le traitement hydrothérapique avec douches froides. Il ne faut pas être souvent trop fier des prétendues guérisons de paralysies hystériques obtenues à l'aide de l'électricité. Rien n'est plus fréquent, en effet, que de voir de telles paralysies disparaître quelquefois sous l'influence des agents les plus différents avec une assez grande rapidité, ou quelquefois même instantanément, de même qu'elles peuvent se reproduire de la même façon.

Paralysies rhumatismales.

On voit quelquefois à la suite de l'action du froid des muscles être atteints de rhumatisme. Ce rhumatisme est caractérisé par une douleur très-vive dans les muscles affectés, et par une impossibilité absolue pour ces organes de se contracter; impossibilité qui persiste souvent après la disparition des douleurs et la cessation de l'état aigu. Il en résulte alors quelquefois une paralysie, tantôt momentanée, tantôt durable. C'est cette paralysie à laquelle on a donné le nom de *paralysie rhumatismale*.

Dans ces paralysies rhumatismales récentes, et qui ne sont pas encore accompagnées d'atrophie, la contractilité musculaire développée par l'action des courants électriques est conservée à peu près intacte; c'est même là un moyen de diagnostic que l'on peut employer avec une grande assurance. En même temps la sensibilité musculaire est augmentée sous l'influence de l'électrisation. Ces paralysies peuvent être rangées parmi celles qui se trouvent le mieux de l'emploi de l'électricité; je ne saurais donc trop recommander, en pareille circonstance, l'emploi de cet agent. Il est souvent d'autant plus urgent d'y avoir recours, que si on laisse persister ces paralysies elles peuvent se compliquer, et parfois assez rapidement, d'atrophie musculaire locale.

L'emploi de l'électricité n'exclut pas, du reste, l'emploi simultané d'autres moyens, tels que douches chaudes simples ou sulfureuses, frictions, etc.

Paralysies dites essentielles.

Lorsqu'on voit des paralysies plus ou moins étendues se manifester chez des femmes nerveuses, hystériques, ou bien coïncider ou alterner chez certains sujets avec d'autres symptômes nerveux, on donne à ces paralysies le nom d'hystériques; mais en dehors de ces cas, il est un certain nombre de paralysies qu'il est véritablement difficile de faire rentrer dans une des quatre classes précédentes. On leur donne alors par exclusion, et parce qu'on ne peut les classer ailleurs, le nom de paralysies essentielles. M. Le Roy-d'Etiolles, dans un travail qui a remporté le prix institué sur la question par l'Académie de médecine, reconnaît plusieurs espèces de paraplégies qui ne peuvent être classées ni dans les paralysies symptomatiques de lésions de la moelle, ni dans les paraplégies hystériques, saturnines ou rhumatismales, et que l'on est obligé de

(1) Suite. — Voir les numéros des 6, 18, 27 mars et 3 avril.

Chaque sorte d'eau minérale présente une spécialité d'application, spécialité plus ou moins étendue, mais précise, et qui la caractérise thérapeutiquement, comme parmi les principes qui la composent un ou plusieurs servent à la caractériser chimiquement par leur prédominance.

A côté de cette spécialité d'action, nous ne disons pas spécificité, et vous saurez plus tard pourquoi, s'étend un cercle d'applications toujours considérable, dont l'extension peut tenir à toutes sortes de circonstances, circonstances de localité, modes d'administration, etc., dont il dépend de l'habileté des médecins de tirer un parti plus ou moins grand.

Le tort de la généralité des médecins qui écrivent sur les eaux minérales est de ne pas distinguer entre ces deux ordres de faits ou d'applications des eaux, et de les présenter sur la même ligne, soit qu'ils ne sachent point faire cette distinction, soit parce qu'ils mettent trop d'empressement à étendre les résultats de la médication qui leur appartient.

Or le caractère de l'enseignement que je me propose de vous offrir sera précisément de dégager, autant que possible, ce grand principe de la spécialisation des eaux, de tout ce qui peut appartenir à leur application pratique. L'enseignement hydrologique est même, à vrai dire, tout entier là; et vous verrez, qu'en partant de ce principe, nous n'éprouverons pas plus de difficulté à mettre l'hydrologie médicale à la portée de votre pratique, que s'il s'agissait de tout autre ordre de médicaments.

Plus nous allons, messieurs, et plus nous nous assurons que les eaux minérales se rattachent directement au reste de la thérapeutique, et qu'il n'y a aucune raison de les tenir plus longtemps reléguées au ban de la science et abandonnées aux hasards de la pratique. A quoi doivent-elles cependant cet isolement où elles sont demeurées jusqu'ici?

A cela seulement, que leur usage, forcément limité aux localités qui les possèdent, échappe à l'expérience commune pour demeurer le privilége des quelques médecins qui sont chargés de leur administration. Il n'est pas de médicaments, et il n'est guère de médications, que nous ne trouvions l'occasion d'expérimenter à notre guise, et sur lesquels il ne nous soit permis de nous faire une expérience propre et de nous créer des lumières personnelles. Il n'en est pas de même des eaux minérales; nous ne les administrons que de seconde main, nous ne les observons que par les yeux des autres, et les résultats ne nous en parviennent par conséquent que par lambeaux, ou ne nous sont transmis que par une voie étrangère.

Certes ce sont là des circonstances bien particulières, et qui ne nous permettent guère de nous familiariser avec la médication thermale. Cependant, messieurs, ne vous exagérez pas encore la valeur de ces conditions spéciales. Sans nous écarter de nos formulaires, ne faisons-nous pas tous les jours de la thérapeutique sur la foi des autres, et s'il fallait, pour user utilement d'un médicament ou d'une médication, qu'il fallût nécessairement en avoir fait déjà l'objet d'expériences suivies et personnelles, qui de nous ne se trouverait étranger à une bonne partie de cette même thérapeutique, où nous n'hésitons pas à puiser chaque jour quelque ressource nouvelle pour nous aider dans les mille occurrences de notre pratique?

Mais il est une autre difficulté que je dois vous soumettre dès aujourd'hui.

La multiplicité des sources minérales offre toujours une richesse embarrassante aux praticiens. L'excellent manuel de M. Patissier, lequel est bien loin d'être un ouvrage complet, surtout aujourd'hui, mentionne plus de 250 eaux minérales différentes : comment s'y reconnaître au milieu de ces analyses chimiques qui se rapportent toutes à quelques types peu nombreux, de ces propriétés médicales presque toujours identiques pour les eaux les plus variées?

Mais si l'on a dit que toute la médecine pouvait se faire avec trois médicaments, l'opium, le sulfate de quinine et l'émétique, et s'il est vrai qu'il peut suffire de quinze à vingt médicaments pour faire une médecine active et bienfaisante, il est surtout vrai que toute la médecine thermale peut se faire avec un petit nombre de sources minérales. Le jour où l'on voudra bien se convaincre de cette vérité, où les médecins, mieux guidés dans leurs études et mieux instruits par les livres, au lieu de se charger la mémoire d'une foule de noms propres d'établissements thermaux, de sources, de principes minéralisateurs, de propriétés magnifiques, concentreront leurs études sur un petit nombre d'établissements choisis pour l'excellence de leurs eaux, la multiplicité des ressources qu'ils offrent, les travaux qui les ont fait connaître; alors seulement les eaux minérales seront véritablement à la portée des médecins, comme les chemins de fer et les habitudes du

classer dans les paralysies essentielles. Voici quelles sont les principales variétés admises par ce médecin.

Paraplégies symptomatiques des maladies des organes génito-urinaires;

Paraplégies symptomatiques de l'anémie et de la chlorose;

Paraplégies développées à la suite de fièvres graves;

Paraplégies développées à la suite d'intoxications diverses, telles que l'action de l'acide carbonique, celle de l'arsenic.

Quelle est l'action des courants électriques sur ces espèces de paralysies? C'est une question qui ne peut encore être décidée d'une manière définitive. *A priori* on peut admettre que dans toutes les paraplégies essentielles, et en particulier dans les variétés dont nous venons de parler, la contractilité électro-musculaire est conservée; mais les faits ne sont pas assez nombreux pour généraliser cette conclusion. M. R. Leroy (d'Etiolles), dans plusieurs cas de paraplégies essentielles symptomatiques de maladies des reins, de maladies de la vessie ou de maladies de l'utérus, a trouvé la contractilité électro-musculaire conservée. Il est à désirer que d'autres faits viennent se joindre à ces derniers.

Quant à l'application de l'électricité à ces sortes de paralysies, il ne saurait y avoir aucun doute à cet égard. Si des paralysies peuvent guérir, ce sont certainement celles dont il s'agit ici; je crois donc qu'il faut l'employer avec persévérance et la continuer très-longtemps d'une manière suivie et à un degré d'intensité suffisant. Plusieurs mois suffisent à peine, dans certains cas, pour amener la guérison.

Nous devons aussi dire quelques mots de l'hémiplégie faciale. Cette paralysie, qui tantôt se développe spontanément, tantôt sous l'influence du froid, d'un courant d'air, a été l'objet de bien des discussions.

Pour les uns, elle est le résultat d'une petite hémorrhagie ou d'un ramollissement très-circonscrit au niveau de l'origine du nerf facial ou dans le nerf facial lui-même; pour d'autres, c'est une affection rhumatismale, dont on explique le mode de formation par la congestion sanguine du nerf facial sous l'influence du froid; pour d'autres enfin, et c'est l'opinion que j'adopte, l'hémiplégie faciale est due tantôt à l'une, tantôt à l'autre de ces causes.

Quoi qu'il en soit, l'action de l'électricité sur ces hémiplégies donne les résultats les plus variables; dans quelques cas, il y a conservation de la contractilité musculaire développée par l'électricité; dans d'autres, cette contractilité est diminuée; dans d'autres, enfin, elle est anéantie. Ce qu'il y a de positif, c'est que ce sont seulement les cas dans lesquels la contractilité est conservée intacte ou seulement diminuée que la guérison peut être obtenue à l'aide de courants électriques, tandis que ceux dans lesquels elle est anéantie sont à peu près incurables. Les premiers sont-ils dus à ce qu'il s'agit de paralysies rhumatismales, et les seconds à ce qu'il est question de paralysies symptomatiques des lésions cérébrales? C'est ce qui ne peut être décidé dans l'état actuel de la science. Les résultats que j'ai obtenus il y a déjà longtemps se trouvent d'accord avec ceux qui sont consignés dans l'ouvrage de M. Duchenne, qui les a fait connaître le premier. En résumé, je crois que, malgré l'incertitude du résultat, on doit traiter toutes les hémiplégies faciales isolées par l'électricité. Nous admettrons cependant une réserve; c'est que lorsqu'on a affaire à une de ces hémiplégies dans lesquelles la contractilité musculaire électrique est anéantie complétement et qu'on n'aura obtenu absolument aucun résultat au bout de deux à trois mois, il faudra y renoncer.

Paralysies du mouvement dans les muscles de la vie organique.

Paralysie des intestins et du rectum. — On a conseillé de ranimer la contractilité affaiblie des plans musculaires de l'intestin et d'y déterminer des mouvements péristaltiques à l'aide de courants électriques variant d'intensité.

Ces applications auraient pour but de vaincre des constipations opiniâtres ou de faire disparaître des gaz accumulés dans l'intestin. Voici la manière d'appliquer ces courants électriques:

On introduit un conducteur métallique dans la bouche et un autre dans le rectum; celui de la bouche est mis en communication avec le pôle positif, et celui de l'anus avec le pôle négatif: on agit par intermittences.

J'ai eu plusieurs fois recours à ce moyen dans les deux circonstances que j'ai indiquées plus haut (constipation et accumulation de gaz), et je ne les ai jamais vus suivis de succès.

Paralysie de la vessie.

Il est certains cas de paralysie de la vessie, indépendants de toutes lésions organiques, dans lesquels on pourrait avoir recours à l'emploi des courants électriques. Voici de quelle manière on peut les mettre en usage:

On applique le pôle positif à l'aide d'une éponge imbibée d'un liquide conducteur sur l'hypogastre, et le courant négatif au moyen d'une sonde de caoutchouc munie d'une extrémité métallique et introduite dans la vessie, et communiquant à l'autre pôle imbu de soude. Je n'ai jamais eu l'occasion d'avoir recours à ce mode d'application, et je crois même qu'il a encore été très-peu employé.

Cette application de l'électricité à la paralysie des muscles de la vie organique est même tout entière dans l'enfance; je ne saurais trop appeler sur elle l'attention des praticiens.

Paralysies du diaphragme.

On peut rapprocher des paralysies des muscles de la vie organique celle du diaphragme. Cette affection, ainsi que j'ai eu occasion de le dire plus haut, a été surtout étudiée par M. Duchenne. Voici le résumé du travail de ce médecin distingué:

Les signes principaux de la paralysie du diaphragme sont les suivants:

Pendant l'inspiration, les hypocondres et l'épigastre sont déprimés, tandis qu'au contraire la poitrine se dilate. Pendant l'expiration, les mouvements de la poitrine et de l'abdomen ont lieu également dans un sens opposé, c'est-à-dire que l'abdomen se soulève, tandis que la poitrine se resserre. Ces effets amènent une inspiration courte et insuffisante aux besoins de la phonation et de la parole; de là aussi l'impossibilité d'inspirer largement, de soupirer, etc., sans être étouffé par l'ascension de ces viscères.

La paralysie du diaphragme n'est pas mortelle par elle-même; la respiration qui se fait par les intercostaux quand le malade est en repos, et par les intercostaux et les autres muscles respirateurs quand la respiration est agitée, suffit à l'hématose. On peut donc vivre longtemps; mais la plus simple bronchite peut occasionner la mort par asphyxie, l'expectoration étant difficile ou même impossible.

Le meilleur traitement à opposer à cette maladie est l'électrisation du diaphragme par l'intermédiaire des nerfs phréniques.

On obtient ainsi une véritable respiration artificielle, qui peut du reste être également d'une grande utilité dans les cas où les muscles respirateurs sont demi-paralysés, comme dans certains cas d'empoisonnement par l'opium et par la vapeur de charbon; quelques fièvres graves, le choléra, les diverses asphyxies.

M. Duchenne opère la respiration artificielle au moyen de l'électrisation cutanée effectuée rapidement sur diverses parties du corps.

Pour opérer l'électrisation au moyen des nerfs phréniques, M. Duchenne place un des conducteurs au-devant du scalène antérieur d'un côté de la poitrine et l'autre au-devant du scalène du côté opposé, en ayant soin de déprimer la peau et de faire agir l'extrémité du conducteur dans cette dépression.

On fait agir le courant par intermittence.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 mars 1856. — Présidence de M. BINET.

Élection. — L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un membre dans la section de médecine et de chirurgie. (Nous avons publié le résultat du scrutin dans le numéro de mardi dernier.)

Sur le rapport des proportions d'urée et d'acide hippurique avec l'état de repos ou d'activité des forces musculaires. — M. Roussin présente un mémoire sur l'absence de l'acide hippurique dans l'urine du cheval. Nous trouvons dans ce mémoire les conclusions suivantes, qui résultent d'un tableau comparatif des proportions d'urée et d'acide hippurique contenues dans l'urine de chevaux placés dans des conditions diverses.

Les chevaux qui fatiguent beaucoup produisent beaucoup d'acide hippurique et peu d'urée comparativement. Les chevaux bien nourris et oisifs ne produisent que peu ou point d'acide hippurique; l'urée, au contraire, envahit les urines dans une forte proportion. La limpidité de l'urine peut servir d'indice. Si ce liquide est clair et laisse déposer peu de carbonate calcaire, il contient beaucoup d'urée et peu d'acide hippurique. L'urine des chevaux est-elle trouble et jumenteuse, on peut être assuré qu'elle contient d'assez fortes proportions d'acide hippurique.

L'activité respiratoire et l'emploi des forces musculaires semblent donc transformer l'urée en acide hippurique. Le repos, au contraire, laisse l'urée intacte, et paraît peu propice à sa tranformation en acide hippurique.

Action des infusions végétales sur le sang veineux fraîchement sorti de la veine. — M. Clauzure adresse, d'Angoulême, une réclamation de priorité à l'occasion d'une note de M. Leclerc, relative à l'*action des infusions végétales sur le sang veineux fraîchement sorti de la veine*, note présentée à l'Académie dans la séance du 3 mars 1856. (Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Flourens, Coste, Bernard; commission qui est également chargée de prendre connaissance de la note de M. Leclerc.)

— L'Académie reçoit, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, les mémoires dont les titres suivent:

Anatomie omalographique; collection de dessins représentant, de grandeur naturelle, des coupes des principales régions du corps humain, d'après des sections pratiquées sur des cadavres congelés, par M. E. Legendre;

Mémoire sur un nouvel urétrotome sur conducteur, pour pratiquer l'urétrotomie d'avant en arrière et sans dilatation préalable, par M. Boinet;

Considérations sur les variations anatomiques et pathologiques du poids de l'utérus, par M. Gariel;

Considérations sur la literie des établissements hospitaliers, par le même;

Recherches sur l'asphyxie, par M. Faure.

Concours pour le prix dit des arts insalubres:

Mémoire sur les accidents que développe chez les ouvriers en caoutchouc l'inhalation du sulfure de carbone en vapeur, par M. A. Delpech.

— M. Renault, directeur des études à l'École vétérinaire d'Alfort, prie l'Académie de vouloir bien admettre au concours pour les prix de médecine et de chirurgie deux ouvrages qu'il lui adresse, l'un déjà publié depuis longtemps, *Mémoire sur une des causes les plus fréquentes de la gangrène traumatique*; l'autre, tout récent, sur la question de savoir si le *typhus contagieux du gros bétail* peut naître spontanément sur les animaux de l'espèce bovine étrangère à la race dite des steppes.

M. Renault prie en outre l'Académie de vouloir bien comprendre également parmi les pièces du concours un mémoire précédemment présenté par lui: *Etudes expérimentales sur l'absorption des virus*, et qui n'a pas été retrouvé dans les papiers de M. Magendie, à qui il avait été envoyé.

— M. Figuier prie l'Académie de vouloir bien admettre au concours, pour un des prix de la fondation Montyon, deux ouvrages qu'il adresse et qui ont pour titre, l'un, l'*Alchimie et les alchimistes*; l'autre, *Exposition et histoire des principales découvertes scientifiques modernes*.

M. Figuier présente au concours, pour les prix de médecine et de chirurgie, son *Mémoire sur l'origine du sucre contenu dans le foie, et sur la présence normale du sucre dans le sang de l'homme et des animaux.*

— M. Marcé adresse de même un résumé en double expédition de son *Mémoire sur les rapports numériques qui existent chez l'adulte à l'état normal et à l'état pathologique entre le pouls et la respiration*, et de son mémoire sur l'*hydrocèle enkystée spermatique*.

— M. Duplay adresse de même des analyses de deux mémoires qu'il présente pour ce concours, l'un sur les *changements et les altérations que présente chez les vieillards l'appareil sécréteur et excréteur du sperme*; l'autre sur le *sperme des vieillards*.

— M. A. Verga, en adressant de Milan, pour le même concours, un recueil de mémoires anatomiques, signale dans la lettre d'envoi les principaux faits nouveaux qu'il y présente. Pour un de ces faits, l'*existence d'un nouveau ventricule dans le cerveau*, il en avait déjà signalé l'existence, mais dans le présent recueil le sujet est exposé d'une manière plus complète.

---

jour les mettent à la portée des malades; elles auront leur place dans les formulaires et les traités de thérapeutique, comme des agents connus, vulgaires, et que l'on ne prescrira plus qu'en connaissance de cause.

Restreindre le champ de la thérapeutique thermale dans la limite de ce que l'expérience et la notoriété ont consacré; offrir à cette même thérapeutique un cercle assez étendu pour satisfaire aux exigences variées et complexes des états pathologiques divers, et des constitutions et des âges et des diathèses différentes, tel est le problème à résoudre.

Vous le voyez, messieurs, pour rendre claire et facile l'étude de l'hydrologie, à peu près impraticable autrement, nous n'avons recours qu'à deux artifices: dégager la spécialité d'application des eaux minérales, et limiter le cercle des eaux à parcourir. J'espère que vous reconnaîtrez à ces deux circonstances le caractère pratique que j'entends donner à cet enseignement.

Un mot maintenant sur le plan de ce cours.

L'étude des eaux minérales doit se diviser en deux parties:

Matière médicale;

Thérapeutique.

Vous ne pouvez, en effet, songer à étudier les applications des eaux minérales, sans savoir quelle est leur constitution et quelle sorte de médicament elles nous présentent.

Mais nous limitons exactement cette étude au champ de l'utilité pratique. La théorie des eaux minérales, leur origine, leurs relations géologiques, les sources de leur thermalité, sont sans doute d'une haute importance scientifique, mais n'intéressent qu'indirectement l'art de guérir. Quant aux procédés d'analyse chimique, s'il peut être précieux au médecin de les savoir mettre en usage dans une circonstance donnée, leur étude ne rentre pas dans le cadre que j'ai dû me tracer.

La partie capitale de ce cours, c'est l'étude thérapeutique des eaux minérales. Il fallait faire choix à ce sujet d'une méthode qui permît de résumer devant vous un grand nombre de faits sous une forme aussi concise et aussi claire que possible. Le problème à résoudre n'est pas, en effet, de vous énumérer toutes les questions qui se peuvent présenter en thérapeutique thermale, mais de vous tracer une marche, de vous poser des jalons qui vous permettent d'user en connaissance de cause de cette grande classe de médicaments.

La marche généralement suivie dans les traités relatifs à cette matière, consiste à étudier successivement les différentes classes d'eaux minérales et leurs applications thérapeutiques; mais voici en quoi pèche cette manière de faire: c'est que les applications des eaux minérales ne répondent que dans des limites très-restreintes à leurs conditions de composition et par suite de classification. Je vous en citerai un exemple dans l'application au traitement des bronchites, des eaux Bonnes, d'Ems et du Mont-Dore, les premières sulfhydriques, les secondes carbonatées sodiques, et les troisièmes appartenant à une classe d'eaux minérales à peine minéralisées.

Le plan que je me propose de suivre est le suivant: prendre successivement les principaux groupes pathologiques qui réclament le plus communément l'usage de la médecine thermale, et rapprocher de chacun d'eux les eaux minérales qui peuvent leur être appliquées, c'est-à-dire intercaler dans chacun de ces chapitres l'histoire des eaux dont la spécialité est mise en jeu, et signaler brièvement celles dont l'intervention est moins directement indiquée. De cette manière nous trouverons moyen, sans monotonie, et en rattachant tout à l'application pratique, de vous faire passer en revue les différentes stations thermales qu'il vous importe de connaître.

Enfin, messieurs, je m'attacherai à condenser autant que possible les notions que j'aurai à vous transmettre, de manière à multiplier ces leçons le moins possible. Un enseignement oral n'est pas tenu à être complet à la manière d'un enseignement écrit ou d'un traité spécial.

Plus j'aurai su resserrer ces développements, et mieux j'aurai rempli le programme de ce cours: Etant donnée une maladie chronique où un traitement thermal soit indiqué, déterminer l'eau minérale qui lui convient.

— La Société médicale du 12e arrondissement tiendra sa prochaine séance demain mercredi 9 avril, à huit heures très-précises du soir, à la mairie, place du Panthéon.

L'ordre du jour est ainsi composé: 1° des embaumements, par M. Roux; 2° résection du tibia, par M. Pinel-Grandchamp; 3° considérations sur l'auscultation de l'appareil respiratoire, par M. Bataillé; 4° rapport sur une question professionnelle, par M. Vergne; 5° communications diverses.

Les membres des autres sociétés médicales sont invités aux séances, qui ont lieu le deuxième mercredi de chaque mois.

— M. Filhol prie l'Académie de vouloir bien admettre au concours, pour les prix de médecine et de chirurgie, les divers travaux qu'il lui a précédemment présentés, et qui sont relatifs à la composition chimique et aux propriétés médicales des eaux sulfureuses des Pyrénées.

(Tous les mémoires précédents sont réservés pour la future commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. Knapp adresse, de Cincinnati (Etats-Unis), un opuscule sur le *scorbut des nourrices*, ou anémie puerpérale, et demande que ce travail soit annexé à un mémoire qu'il avait précédemment présenté au concours pour le prix Bréant sur le choléra-morbus, parce que plusieurs des considérations qu'il présente sur les causes des affections épidémiques sont également applicables au choléra asiatique. Il annonce l'envoi prochain d'un travail sur le choléra des enfants, qu'il désire, pour de semblables raisons, voir annexé à ses deux premiers mémoires.

—M. Fonssagrives, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest, présente au concours, pour le prix dit des arts insalubres, un *Traité d'hygiène navale* qu'il vient de publier, et y joint une indication des principales améliorations qu'il a proposées, et des faits qui, par leur nouveauté, semblent de nature à appeler plus spécialement l'attention de l'Académie. (Commission des arts insalubres.)

— M. Le Roy-d'Etiolles envoie, en double exemplaire, une collection de trois opuscules imprimés, relatifs aux moyens d'extraire de la vessie les corps étrangers autres que les pierres ou leurs débris. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Moyen de rendre médicamenteux le lait destiné aux enfants malades sans nuire à la santé des animaux qui le fournissent. — M. Labourdette annonce être parvenu à rendre médicamenteux le lait destiné à l'alimentation d'enfants malades sans nuire à la santé des animaux qui fournissent ce lait. On sait que dans certains cas où il eût semblé utile de pouvoir administrer l'iodure de potassium à des enfants à la mamelle, on a imaginé de faire absorber ce sel par les nourrices, dont le lait devient ainsi médicamenteux; l'expérience a montré qu'on n'obtient qu'un succès passager. En effet, un mois environ après que la femme a commencé à être soumise à ce régime, son lait diminue au point de rendre impossible la continuation de ce traitement indirect du nourrisson, traitement qui cependant ne peut être efficace que s'il est longtemps suivi.

L'iodure de potassium donné dans les mêmes vues à des vaches, des chèvres, des ânesses, à la dose de 3 à 6 grammes par jour, suivant la taille des animaux, produit des effets tout semblables à ceux qui viennent d'être signalés pour la femme : après deux ou trois mois de son administration, il survient de l'amaigrissement, de l'inappétence, et enfin une véritable gastro-entérite, qui, si la quantité de ce sel est portée de 6 à 10 grammes par jour, se termine par la mort des animaux.

C'est à prévenir cette intoxication que M. Labourdette s'est attaché, et il annonce y être parvenu à la suite de recherches entreprises de concert avec M. Duménil. Il désigne sous le nom d'*entraînement médical* ce régime préparatoire, qui exige certaines précautions qu'il n'indique point et l'emploi de diverses substances qu'il ne spécifie pas.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 février 1856. — Présidence de M. Caron, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— La correspondance comprend :

1° Un mémoire *sur le service des femmes cholériques pendant l'épidémie* de 1855, par le docteur Rivière, de Marseille (M. Vergne);

2° Le n° 17 du *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux;*

3° Les n°s de décembre et janvier du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques;*

4° Le *compte rendu des travaux de la Société de médecine de Gannat* (M. Chalut).

Emploi de la glycérine. — M. Pertus revenant sur la communication qu'il a faite dans la précédente séance, et bien qu'il ne prétende pas qu'on doive considérer la glycérine comme une panacée, croit cependant que cette substance mérite d'être étudiée dans ses effets avec soin et persévérance. Il suffit de prendre connaissance des travaux de M. Demarquay, qui vient de découvrir en elle une vertu éminemment préservatrice contre la corruption des substances animales, pour prévoir qu'elle peut être appelée à rendre de grands services à la chirurgie et à la conservation des préparations anatomiques. On lui reproche de produire de la douleur et de laisser un enduit qui fait que les pièces de pansement s'attachent aux plaies; mais il faut considérer qu'il y a un choix à faire dans l'emploi de cette substance. Il existe deux sortes de glycérine dans le commerce, l'une trouble et brune, l'autre blanche, limpide et parfaitement transparente; c'est à celle-ci, la plus pure, qu'on doit donner la préférence.

M. Chalut, tout en reconnaissant que les reproches faits à la glycérine sont en partie fondés, continue à obtenir de si bons résultats de son emploi dans le traitement des plaies contuses et par arrachement qu'il a fréquemment occasion de soigner dans les usines auxquelles il est attaché comme médecin, qu'il persiste à regarder cette substance comme une acquisition précieuse pour la chirurgie. Il a toujours observé que la douleur qui suit son application est de peu de durée : en un mot, les inconvénients qu'on lui attribue lui semblent suffisamment compensés par les avantages qu'on peut en obtenir; il pense d'ailleurs, comme M. Pertus, que c'est à la glycérine blanche qu'on doit donner la préférence.

M. Vergne. Dans la dernière séance, j'exprimais déjà les doutes que m'avaient fait concevoir les éloges exagérés que quelques personnes prodiguaient à la glycérine. Depuis le mois dernier, j'ai employé cette substance :

1° Dans cinq cas d'engelures, dont trois ulcérées; dans ceux-ci, la glycérine détermina une sensation de chaleur, de cuisson difficile à supporter, qui dura d'une à quatre heures environ, se renouvelant à chaque pansement; au bout de quatre jours, nous n'étions pas plus avancé qu'avec un pansement simple au cérat. Quant aux engelures non ulcérées, elles ne furent nullement modifiées.

2° Dans un cas d'*acné simple* que portait à la joue depuis trois ans une dame d'une trentaine d'années; au bout de quinze jours je dus en cesser l'emploi, la malade n'en éprouvant d'autre effet qu'une augmentation notable de la rougeur et une insupportable démangeaison.

3° Enfin, dans trois cas de panaris; chez un seul sujet la glycérine put être supportée, et encore ne produisit-elle aucun résultat plus favorable que le pansement simple au cérat.

Je ne condamne pas pour cela la glycérine; mais je voudrais qu'on ne lui demandât pas plus qu'elle ne peut donner, qu'on l'expérimentât avec une sage réserve, et qu'on n'en fît pas une panacée universelle. Je dois ajouter que je n'ai employé dans ces divers traitements que la glycérine la plus pure.

M. Caron, qui a essayé la glycérine sur lui-même, pour une piqûre faite à un doigt, a obtenu une amélioration notable pendant les premières vingt-quatre heures; mais cette amélioration s'étant arrêtée là, il a cessé l'usage de la glycérine pour revenir aux moyens ordinaires, sur lesquels elle ne lui paraît pas avoir d'avantage marqué. Le résultat de ses observations a été le même dans l'emploi qu'il a fait de ce topique pour le traitement d'engelures ulcérées ou non ulcérées. Il faisait disparaître l'enduit collant qu'il laisse sur la peau par des lotions savonneuses. Peut-être, ainsi que lui-même en fait l'observation, ces sortes de lotions ont-elles pu nuire à l'action du médicament, et être pour quelque chose dans la production de la douleur qu'on lui attribue.

M. Foucart n'a eu jusqu'à présent qu'une seule fois occasion de faire usage de la glycérine; c'est chez un enfant d'une dizaine d'années, affecté d'engelures ulcérées aux orteils des deux pieds. Il n'a pas eu le temps d'en observer d'effets bien marqués. L'enfant était très-pusillanime, jetait les hauts cris à chaque pansement, et il a dû dès le second jour renoncer à faire les applications du nouveau médicament.

Accidents toxiques survenus pendant l'administration du calomel. — M. Coursserant donnait des soins à une personne affectée d'une kératite disséminée. Au nombre des moyens qu'il avait prescrits figurait le calomel, qui était administré à la dose de 0,30 par jour, comme puissant moyen de révulsion par la salivation qu'il en attendait. Le troisième jour, le malade commençait déjà à éprouver la sensation d'une saveur métallique, lorsque sur sa demande, M. Coursserant crut pouvoir lui permettre de manger une demi-douzaine d'huîtres. Une heure après l'ingestion des huîtres il survint un refroidissement général accompagné de violentes coliques, de douleurs de gorge et de selles sanguinolentes; en un mot, des symptômes toxiques qui durèrent sept à huit jours.

M. Coursserant demande s'il n'y aurait point eu ici, en raison des huîtres, et surtout de l'eau qui les accompagne, une réaction chimique d'après laquelle le proto-chlorure aurait été transformé en bichlorure?

M. Foucart ne doute pas qu'il n'en soit ainsi. Il possède par devers lui un fait analogue à celui de M. Coursserant, et dont voici en deux mots le résumé :

Il y a quelques années, il donnait ses soins à une dame atteinte d'une grave affection oculaire, pour laquelle elle prenait souvent du calomel. La malade déjeunait fréquemment de goujons frits, et l'on sait que ce mets est toujours assaisonné d'une forte proportion de sel. Toutes les fois que, après avoir pris du calomel, elle faisait un repas de ce genre, elle éprouvait des accidents assez semblables à ceux dont il vient d'être fait mention, ou un commencement de salivation. Elle dut, pendant la durée du traitement, renoncer tout à fait à cette nourriture.

Je pense, ajoute M. Foucart, que ces accidents ne peuvent s'expliquer que par la transformation du proto en bichlorure de mercure. Telle est aussi, du reste, l'opinion d'un homme fort compétent en pareille matière, de M. Mialhe, qui prétend que les préparations mercurielles insolubles n'agissent qu'autant qu'elles sont transformées en composés solubles. Or, l'acide chlorhydrique étant le plus énergique et le plus abondant des acides de l'estomac, c'est en bichlorure, sel éminemment soluble, que doivent se changer les sels mercuriels non doués de solubilité que l'on administre aux malades.

M. Terrier, sans nier la possibilité de cette réaction, fait observer que des accidents analogues peuvent résulter de l'accumulation de matières insolubles dans l'estomac.

M. Masson rappelle à l'occasion des faits qui précèdent une observation qu'il a déjà communiquée à la Société, et dans laquelle on voit un exemple manifeste de la réaction de certaines substances sur les préparations mercurielles; il s'agit d'un malade affecté d'engorgements cervicaux, qu'il faisait frictionner avec la pommade d'iodure de plomb et qu'on recouvrait ensuite d'un emplâtre de Vigo. Il arriva un jour que sous l'influence de ce traitement, qui jusque-là n'avait été suivi d'aucun accident local, il survint sur la place occupée par l'emplâtre une ampoule comme eût pu la produire un véritable emplâtre vésicatoire. Ne sachant à quoi attribuer ce résultat, M. Masson s'en expliqua avec le pharmacien qui fournissait les médicaments, et il apprit de celui-ci que l'emplâtre délivré la veille était un emplâtre de Vigo *cum mercurio*, tandis que ceux qui avaient été employés jusque-là étaient des emplâtres de *Vigo simple*.

M. Coursserant. A l'occasion de cette discussion, je dois rapporter un fait que l'expérience m'a fait connaître, à savoir : que jusqu'à l'âge de sept ans les enfants sont réfractaires à l'action des préparations mercurielles administrées comme agents de salivation.

M. Foucart se rappelle avoir lu dans un auteur dont le nom lui échappe en ce moment, comme un fait d'observation vulgaire, que la salivation mercurielle est liée à la présence des dents, qu'on ne l'observait jamais chez les enfants qui n'ont pas de dents, non plus que chez les vieillards qui n'en ont plus; pour sa part, il ne l'a jamais vue se produire ni dans l'une ni dans l'autre de ces deux périodes extrêmes de la vie et dans ces conditions.

M. Guersant, que sa position met à même de soigner un grand nombre d'enfants, a observé que la salivation était très-rare chez eux, et qu'on employait des doses très-fortes d'onguent mercuriel en frictions, de même qu'on pouvait longtemps administrer le calomel à l'intérieur sans voir ce résultat se manifester. Quant au calomel, M. Guersant constate chaque jour sa propriété purgative à doses très-réfractées.

M. Dupertuis rapporte le fait d'un enfant affecté d'ascite, arrivé à un grand état de faiblesse, et qui succomba à une gangrène de la bouche et de la langue après trois jours seulement d'un traitement dans lequel quelques grains de calomel avaient été administrés.

Tumeur fibro-plastique. — M. Caron présente à la Société une tumeur ayant environ le volume d'une noix et qui avait son siége au-dessous d'une oreille. L'individu sur lequel elle s'était développée l'attribuait à une piqûre d'araignée. M. Caron a pratiqué l'ablation de cette tumeur à l'aide de l'instrument tranchant : sur la question posée par M. Coursserant, pourquoi il a préféré ce mode opératoire à la cautérisation, M. Caron répond qu'il a été décidé par la crainte de ne pouvoir limiter l'action du caustique dans une partie aussi abondamment pourvue de vaisseaux et de nerfs que celle où la tumeur s'était développée, considération qui lui a paru mériter d'autant plus d'importance qu'il fallait ici agir à une assez grande profondeur.

M. Guersant, tout en appréciant la valeur des considérations qui ont décidé M. Caron quant au procédé opératoire qu'il a adopté et en justifiant le choix dans le cas qui s'offrait à lui, donne une prééminence marquée aux caustiques et notamment à la poudre de Vienne; c'est le plus ordinairement par leur emploi qu'il opère la destruction des loupes et des tumeurs érectiles; il cite à cette occasion le fait suivant :

Un vieillard de soixante-quinze ans, auquel il donnait des soins pour une amaurose, était porteur d'une loupe volumineuse à la tête; revoyant cet homme après l'avoir perdu de vue pendant quelque temps, il le trouva débarrassé de sa loupe : il était arrivé que, le feu ayant un jour pris au bonnet de coton, une partie de la surface de la loupe avait été brûlée jusqu'à production d'eschare, et que la suppuration avait entraîné avec la chute de celle-ci la sortie du kyste.

M. Foucart ne croit pas que l'on doive attribuer à l'emploi de l'instrument tranchant la production des érysipèles que les auteurs disent avoir si fréquemment observés après l'ablation de loupes ou de kystes sur le cuir chevelu. Ce qui le porte à penser ainsi, c'est que depuis plusieurs années il a vu nombre de fois des plaies de tête souvent fort étendues, et pour la réunion desquelles il a employé la suture à l'aide d'épingles. Or, ces sutures, si redoutées de quelques chirurgiens, surtout dans cette région, n'ont jamais déterminé le moindre accident. Quelle différence y a-t-il entre une plaie faite par le bistouri et celle produite par un éclat de verre, par une ardoise qui tombe sur la tête, par l'angle de la marche d'un escalier? Evidemment une plaie contuse de cette dernière espèce se trouverait dans des conditions bien plus favorables à la production d'un érysipèle que celle produite, franchement et sans être mâchée, à l'aide d'un bistouri bien affilé.

La circonstance à laquelle il rapporte ces érysipèles, c'est bien plutôt la présence des bandelettes agglutinatives et des corps gras qui constituent leur enduit, enduit tellement irritant que sur certaines peaux très-susceptibles la simple application d'un morceau de diachylon suffit pour produire un érysipèle; celle du cérat, des pommades, etc.

Que l'on enlève les loupes et les kystes avec le bistouri, qu'on réunisse par quelques points de suture, que pour tout pansement on place sur la plaie quelques compresses imbibées d'eau froide, et l'on ne verra plus se produire ces érysipèles dont on a fait à tort tant de bruit.

Le secrétaire annuel : Dr Ramon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

On assure qu'il a été très-récemment question de prendre une mesure qui aurait pour résultat une sorte de réorganisation de l'enseignement médical.

M. le doyen de la Faculté, d'accord avec M. le ministre de l'instruction publique, aurait eu, dit-on, la pensée de créer des professeurs *suppléants* chargés de faire les cours des professeurs *titulaires* que la maladie ou d'autres motifs tiennent éloignés de l'Ecole; et des propositions auraient été faites par lui dans ce sens à des médecins en position de remplir ces nouvelles fonctions. Ces professeurs suppléants auraient un traitement fixe et la survivance des titulaires.

Les agrégés, justement émus d'une mesure qui les atteindrait dans une de leurs plus importantes prérogatives, se seraient rendus chez M. le doyen, leur protecteur naturel, et lui auraient présenté quelques observations sur cette décision, qui, dans leur opinion, porterait atteinte au décret du 9 mars 1852 et au statut du 20 décembre dernier sur l'agrégation, en enlevant à la Faculté de médecine le droit de présentation des professeurs, et aux agrégés celui de remplacer les professeurs malades ou empêchés.

Nous ne connaissons pas encore le résultat de cette démarche.

— La mortalité poursuit ses ravages dans les rangs de la médecine militaire en Orient. MM. Rampont, Félix, Peyrusset, Guerry et Caron, viennent de succomber encore victimes du typhus.

—Le *Moniteur* contient une liste de personnes qui, par décret du 17 mars, ont été autorisées à accepter et à porter des décorations d'ordres étrangers. Nous y remarquons MM. :

Bonnafont, médecin principal à l'Ecole d'état-major, chevalier de l'ordre de Léopold (Belgique);

Milne-Edwards, membre de l'Institut, chevalier de l'ordre du Lion néerlandais (Hollande);

Fenin, médecin principal à l'hôpital militaire de Cambrai, chevalier du même ordre;

A. D'Orbigny, professeur au Muséum d'histoire naturelle, chevalier de l'ordre du Christ (Portugal);

Tardieu, médecin de l'hôpital Lariboisière, chevalier de l'ordre de St-Jacques de l'Epée (Portugal);

Scrive, médecin en chef de l'armée d'Orient, ordre du Medjidié 3e classe (Turquie);

Volage, médecin principal aux hôpitaux de l'armée d'Orient, même ordre, 4e classe. —Nous avons annoncé la mort de M. le docteur Volage dans notre numéro du 22 mars;

Tardieu, médecin de l'hôpital Lariboisière, même ordre, 4e classe;

Beau, Gueit, Ollivier, chirurgiens de 1re classe de la marine, même ordre, 5e classe;

Maublanc, pharmacien-major aux hôpitaux de l'armée d'Orient, même ordre, 5e classe;

Cauzier, sergent infirmier-major, même ordre, 5e classe.

— M. Coste, membre de l'Institut, ouvrira son cours d'embryogénie comparée au Collége de France, aujourd'hui 8 avril à une heure et demie, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garencière, 8.

N° 43. — JEUDI 10 AVRIL 1856. (29e ANNÉE.) N° 43. — JEUDI 10 AVRIL 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institne un fonds de 3,000 fr. pour encouragements anx autenrs des meilleurs travaux pratiqnes insérés dans la *Gazette*, et nn autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins on des Étndiants qui ne penvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE; ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les antres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 9 AVRIL 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

Après les travaux officiels arriérés sur les eaux minérales et les remèdes secrets, l'Académie a entendu un rapport de M. Blache et le commencement d'un long et important rapport de M. Bouvier, sur divers appareils électriques destinés aux usages médicaux. De ce dernier, nous ne dirons rien aujourd'hui; d'abord parce que nous ne connaissons encore ni les conclusions du rapport, ni l'opinion du rapporteur sur les divers appareils en question et sur leur application aux usages médicaux; en second lieu, parce que c'est un point de thérapeutique trop important pour l'apprécier ainsi incidemment et en quelque sorte à la course.

Le rapport de M. Blache est de ceux que nous voudrions voir faire plus souvent. Outre que les principes de la plus élémentaire politesse veulent que nous répondions à ceux qui nous font l'honneur de nous consulter et de nous soumettre leurs idées — et nous ne sachons pas que les corps savants y soient moins obligés que les particuliers —, il y aurait un avantage réel pour tout le monde, pour les médecins qui s'adressent à l'Académie et pour l'Académie elle-même, à ce que toutes les communications qui lui sont adressées fussent l'objet d'un rapport. L'Académie n'a pas tous les jours la bonne fortune d'avoir une découverte à inscrire dans ses annales, ou un travail capital à consigner dans ses archives. Dans une sphère beaucoup moins élevée et en dehors de ces questions de principes et de doctrine qui ont depuis quelque temps le privilége de la passionner, chaque jour lui apporte son petit tribut d'observations et de réflexions : c'est un fait curieux ou inusité, c'est une tentative nouvelle de traitement couronnée de succès, c'est un point de diagnostic ou de séméiologie éclairé par de nouveaux faits. Et de toutes ces communications qui affluent hebdomadairement dans les bureaux de l'Académie, et dont nous sommes réduits le plus souvent à ne connaître que le titre, pense-t-on qu'il y en ait si peu qui soient dignes d'attention, qu'à peine une sur vingt peut-être doive devenir tôt ou tard l'objet d'un rapport?

Et d'ailleurs, n'est-ce que des éloges qu'on doit attendre des rapporteurs? Conseiller, diriger, critiquer les auteurs; les redresser même quand ils sont dans une mauvaise voie; rectifier leurs erreurs ou dissiper leurs illusions, n'est-ce donc pas là surtout le devoir des médecins et des savants appelés à l'honneur de siéger sur les bancs de l'Académie? C'est ce qu'a fait dans cette circonstance M. Blache, avec ce tact et cette parfaite convenance qu'il sait apporter en toutes choses. Un médecin croit avoir trouvé dans l'association du sulfate de quinine et de la digitale le remède et le moyen prophylactique de la fièvre typhoïde; mais les observations ne sont ni assez nombreuses, ni assez précises, ni assez bien spécifiées pour légitimer ces conclusions. Que notre confrère se mette à observer de nouveau et à expérimenter en suivant les sages conseils que M. Blache lui adresse au nom de l'Académie, et si les nouveaux résultats confirment les premiers, on les accueillera cette fois avec la confiance qu'ils auront méritée. S'il en est autrement, on lui aura épargné du moins les mécomptes qui suivent inévitablement une illusion trop prompte et trop facile, et dans tous les cas la vérité y aura gagné.

Nos lecteurs se rappellent la communication que M. Barth a faite dans la séance dernière relativement à un nouveau mode de traitement des kystes ovariques. M. Boinet a saisi cette occasion pour exposer à la tribune le résultat de l'expérience toute spéciale qu'il a acquise sur le traitement de ces tumeurs, et qu'il doit à ses recherches patientes et assidues sur la médication iodée. On trouvera, dans le résumé que nous avons fait de son mémoire au compte rendu, de très-utiles renseignements sur les conditions de curabilité de ces sortes de kystes, et d'excellents préceptes pratiques qui en sont à la fois la déduction et la consécration expérimentale. Quant aux critiques qu'il a faites du procédé de M. Barth, tout en en reconnaissant quelques-unes comme fondées, nous pensons qu'avant de se prononcer sur leur ensemble et sur leur valeur absolue, il faudrait attendre le résultat définitif de l'opération. Nous nous abstiendrons jusque-là.

Au commencement de la séance, M. Cloquet a présenté à l'Académie un échantillon de nids de l'hirondelle dite salangane, ou alcyon, qui constituent, comme tout le monde le sait, un mets extrêmement recherché des Orientaux, moins peut-être pour sa délicatesse qu'à cause des vertus aphrodisiaques dont on le gratifie. On a assez vivement discuté récemment, à l'Académie des sciences, sur l'origine et la véritable composition de cette substance. Il a été dépensé à ce sujet beaucoup d'érudition, et peu s'en est fallu qu'à cette occasion les grands principes de la philosophie naturelle aient été mis en cause.

On nous permettra de ne point intervenir dans un différend que nous ne faisons que rappeler ici, car il ne touche que de loin aux sujets de nos préoccupations les plus habituelles.

Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

Entérite chronique. — Ascite et anasarque consécutives. — Ponction par l'ombilic. — Emploi du sous-nitrate de bismuth. — Guérison.

En clinique, chaque fait, tout en étant le reflet de l'ensemble de faits plus généraux, porte avec lui son caractère et son enseignement particuliers. Chaque malade est un type unique dont on ne retrouve jamais complétement l'image semblable. Il y a toujours, soit dans la cause morbifique, soit dans ses effets simples ou multiples, soit dans la nature de la constitution des individus, des circonstances qui font de chaque fait isolé une variété unique de la même classe morbide.

Tous les médecins savent qu'une phlegmasie ou une altération matérielle quelconque d'un organe recouvert d'une séreuse, détermine dans cette membrane une exsudation plastique et un épanchement plus ou moins considérable. L'arachnoïde, dans les tumeurs du cerveau, la plèvre, dans la pneumonie, le péritoine, dans les affections de l'utérus, dans les maladies du foie, de l'intestin, sont toujours plus ou moins altérés, et il se fait quelquefois dans ces circonstances des épanchements séreux plus ou moins prononcés : voilà le fait général. Maintenant, dans chaque cas particulier, cette affection de la séreuse a des caractères propres qui en font souvent un fait exceptionnel. Tel est le fait que je vais raconter.

Dans une entérite chronique chez une fille bien constituée d'ailleurs, le péritoine est devenu le siége d'une hypersécrétion assez considérable pour former une ascite entraînant après elle l'œdème des membres pelviens, des parties génitales et de la paroi du ventre. Il a suffi d'évacuer le liquide contenu dans l'abdomen et de guérir la diarrhée pour faire disparaître tous les accidents morbides. C'est à ce point de vue que notre observation est intéressante.

Joséphine Julien, âgée de neuf ans, vaccinée, est entrée le 5 juin 1855, au n° 1 de la salle Sainte-Marguerite. Le père est bien portant; la mère, morte du choléra, était bien portante. Le frère et la sœur sont robustes. L'enfant n'a jamais eu de maladie, pas de gourmes ni de glandes cervicales engorgées. Elle n'est pas sujette à s'enrhumer; elle a souvent la diarrhée. Depuis quinze jours, les parents s'aperçoivent d'une augmentation notable dans le volume du ventre, sans que la diarrhée augmente; il y eut quelques vomissements dans les premiers jours. L'enfant tousse un peu; elle se plaint de la gorge. Bon appétit.

BIBLIOGRAPHIE.

Spécimen du budget d'un asile d'aliénés et possibilité de couvrir la subvention départementale au moyen d'un excédant équivalent de recettes; par M. H. GIRARD (de Cailleux), médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Auxerre.

La création d'établissements spéciaux pour les aliénés est une mesure nécessaire, juste et légale. Il est évident, en effet, que des malades curables ou dangereux, victimes le plus ordinairement des imperfections de l'état social et envers lesquels la loi a contracté des engagements, doivent être traités d'après les indications de la science. L'expérience a d'ailleurs consacré les préceptes. Mais c'est là justement que gît la difficulté. Comme tout se résout en question d'argent, et que les asiles-modèles dont la France s'enorgueillit avec raison ont grevé les communes de millions, les conseils généraux, tout en reconnaissant l'équité de la demande, reculent devant les dépenses ou ne s'y prêtent que de fort mauvaise grâce. M. Girard (de Cailleux), qui est très-versé dans ces matières et qui en connaît parfaitement le côté épineux, a cherché dans un mémoire, qui intéresse non-seulement les hommes spéciaux, mais aussi les administrations, à établir qu'on peut au moyen de certaines combinaisons couvrir la subvention départementale à l'aide d'un excédant équivalent de recettes, ou retirer les intérêts des sommes engagées pour les constructions d'un établissement de ce genre.

Pour établir ce budget, il faut tenir compte, au moins pendant une période décennale, de l'élément invariable qui comprend la nourriture, le vêtement, l'entretien des bâtiments, etc., et l'élément variable représenté par la mobilité des prix de ces mêmes objets.

Ceci posé, si l'on prend pour type un asile départemental de 350 malades des deux sexes, M. Girard démontre que l'on arrive au résultat qu'il se propose en ayant soin :

1° Que le nombre d'aliénés indigents ne dépasse que faiblement la moitié;

2° Que l'établissement puisse recevoir en moyenne un tiers de pensionnaires à 420 fr,, un septième à 2,400 et 1,200 fr.;

3° Enfin, que le travail des champs produise une certaine somme.

En se conformant à ces trois conditions, on a une dépense annuelle, pour 350 malades, de 163,846 fr. 47 c., une recette de 219,625 fr., et un excédant de 55,778 fr. 53 c.

Mais pour atteindre ce résultat, il est indispensable de ne pas dépasser le chiffre indiqué d'aliénés indigents, ce qui a lieu quand le directeur et les autorités n'ont pas la main forcée, accident malheureusement trop fréquent, par suite de l'interprétation élastique donnée aux articles 18 et 19 de la loi du 30 juin 1838, pour les placements d'office. En effet, sous prétexte de danger pour la sécurité publique et pour servir des parties intéressées, on introduit dans les asiles beaucoup d'individus atteints d'affaiblissements nerveux congénitaux, des intelligences imparfaitement développées, des simples d'esprit, des apoplectiques dont les facultés restent affaiblies, des choréiques, des hystériques et des épileptiques qui se trouvent dans le même cas.

Cet encombrement de malades inoffensifs qu'on enlève à la famille, dont les liens sont ainsi relâchés au grand détriment de la morale, a pour inconvénient grave d'ôter la place à ceux qui guériraient, et pour lesquels ce déni de justice n'est que trop fréquemment un brevet d'incurabilité. Sans doute le médecin en chef a le droit de faire un rapport et de demander la sortie de ceux qui occupent une place si utile à d'autres; mais s'il peut demander, il sait qu'il est très-exposé à ne pas obtenir, parce que dans plus d'une circonstance surgissent de vives oppositions, de dangereux mécontentements, devant lesquels s'arrête la prudence de l'administration.

Il existe, il est vrai, un moyen de déjouer les obstacles signalés, c'est l'inspection des malades qui se fait sur les lieux mêmes par un médecin nommé par le préfet. J'ai eu occasion de m'entretenir avec plusieurs de ces fonctionnaires, et j'ai la certitude qu'ils rendront d'importants services. Mais, malgré eux, ils se trouvent souvent débordés.

Quant aux deux dernières conditions nécessaires pour couvrir la subvention départementale, à savoir les produits du travail et les bénéfices dus aux pensionnaires, nous croyons que dans les mains d'un médecin-directeur éclairé, consciencieux et savant, comme l'est, par exemple, l'auteur du spécimen, elles peuvent être facilement obtenues.

Le projet dont nous venons de tracer l'esquisse est appuyé par de nombreux tableaux qui en forment les éléments indispensables, et qu'on consultera avec fruit. Nous n'oserions prétendre que M. Girard ait résolu le problème soulevé par lui, mais nous avons la conviction que son mémoire, plein de faits, appellera l'attention de l'autorité, et qu'il donnera lieu à d'autres recherches du même genre, dont le résultat définitif tournera à l'avantage des aliénés.

A. BRIERRE DE BOISMONT.

Etat actuel le 6 juin. — L'enfant brune, membres maigres, œdématiés aux parties inférieures. Abdomen volumineux et douloureux, légèrement marbré de veines bleuâtres, saillant au niveau de l'ombilic, où se trouve une partie de peau rouge, érysipélateuse. Au lieu d'être déprimé, l'ombilic est ressorti, et le doigt sent l'anneau fibreux qui reste ouvert. La fluctuation est très-évidente à la partie inférieure de l'abdomen. Le ventre est mat dans toute sa partie inférieure et latérale; il résonne à l'épigastre. Cette résonnance change avec les déplacements de l'enfant, et se trouve toujours dans les parties les plus élevées. Les grandes lèvres sont œdématiées, rouges et chaudes. Une selle liquide depuis le moment de l'entrée. Langue blanche, soif fréquente, un peu d'appétit; plus de vomissements. La peau est modérément chaude, sèche; le pouls à 120. L'enfant ne tousse pas, et n'offre rien de particulier dans l'exploration de la poitrine par la percussion et l'auscultation.

Le 7, deux garde-robes.

Les urines, traitées par la chaleur, ne donnent aucun précipité, bien que l'œdème persiste encore aux jambes et aux grandes lèvres.

Le 8, pas de diarrhée depuis hier. Les membres inférieurs et les grandes lèvres sont toujours gonflés.

Le 12, l'enfant a toujours un peu de diarrhée et a bon appétit; elle se promène, et marche difficilement à cause du volume de son ventre, qui a 66 centimètres de circonférence. Le ventre, toujours fluctuant, est le siége d'une rougeur érysipélateuse de l'ombilic. En cette région, on sent la cicatrice de l'ombilic ouverte d'un demi-centimètre de diamètre, et le liquide du ventre s'infiltre par le tissu cellulaire souscutané. Il y a un peu d'anasarque, surtout marquée aux membres inférieurs et aux grandes lèvres. On fait dans l'anneau de l'ombilic une ponction avec un trocart explorateur, et il sort un liquide séro-albumineux coagulable par la chaleur et par l'acide nitrique. La quantité de liquide évacué peut être évaluée à un litre.

Le 13, l'enfant n'a point souffert, et il n'y a pas eu d'écoulement par l'ouverture de la ponction. Le ventre n'est pas douloureux, et offre 66 centimètres de circonférence; il est mat à la partie inférieure, et offre de la fluctuation. Pouls, 88.

Le 16, l'ouverture de la ponction est complétement fermée, et le ventre conserve son même volume. La rougeur de la peau autour de l'ombilic et l'infiltration ont disparu. Toujours de la diarrhée; deux selles par jour. — Sous-nitrate de bismuth, 10 grammes.

Le 25, l'enfant a un peu moins de diarrhée; une ou deux garde-robes par jour, pas trop claires. Le ventre est moins rouge, moins œdématié, et la grande lèvre est également moins grosse. L'abdomen n'a plus que 61 centimètres de circonférence. — Sous-nitrate de bismuth.

Le 3 juillet, une garde-robe par jour, demi-molle et noire. L'enfant a bon appétit, se lève et joue toute la journée; son ventre n'a plus que 59 centimètres de circonférence. — Même traitement.

Le 29 juillet, l'enfant va très-bien; elle engraisse; elle a le teint rose et frais. La diarrhée est complétement arrêtée; il y a même de la constipation, et l'on a été obligé de suspendre le sous-nitrate de bismuth. Le ventre est souple et indolent, il ne renferme plus de liquide; langue naturelle; bon appétit. L'enfant se lève et court toute la journée.

Le 2 août, l'enfant n'a plus de diarrhée; son ventre est toujours souple, indolent; les digestions sont régulières, et la guérison paraît complète. *Exeat.*

Chez cette enfant, douée en apparence au moins d'une constitution robuste, née de parents d'une bonne santé, exempts de scrofule, il n'y avait dans le présent ni dans le passé aucun symptôme de la diathèse scrofuleuse. Elle n'avait jamais été malade, et sous l'influence d'un mauvais régime elle avait contracté une susceptibilité très-grande des entrailles. Elle avait une affection chronique de l'intestin, se traduisant au dehors par de fréquentes attaques de diarrhée; aussi avait-elle maigri et perdu une partie de ses forces. C'est dans cet état que subsidiairement le péritoine paraît être devenu malade, d'une manière latente, et sans donner lieu à des phénomènes caractérisés de péritonite. L'enfant a vomi pendant quelques jours, et son ventre a pris du volume. Elle n'a eu à ce moment ni douleurs, ni fièvre, ni accidents généraux qui l'aient forcée de garder le lit. Comme je l'indiquais plus haut, après la phlegmasie chronique de l'intestin, une phlegmasie chronique et latente du péritoine, et sous son influence une ascite considérable.

Supposez la diarrhée guérie et l'enfant amenée longtemps après à l'hôpital, son ascite eût été de celles qu'on aurait à tort classées dans les hydropisies essentielles.

Lorsque l'enfant est arrivée à l'hôpital, son ventre était depuis quinze jours en train de prendre du volume, et déjà il avait acquis 66 centimètres de circonférence. Il n'était point douloureux, et offrait une fluctuation manifeste dans une grande partie de son étendue. Il était le siége d'une matité complète dans la région hypogastrique, tandis qu'une grande résonnance pouvait être constatée à l'épigastre; cette matité se déplaçait, de même que la résonnance, par les changements de décubitus, le liquide gagnant les parties déclives, et les gaz renfermés dans le paquet intestinal surnageant de manière à occuper toujours la partie la plus élevée. Ce sont là les symptômes bien connus de l'ascite, et il n'y a pas à contester leur signification. L'épanchement abdominal était déjà assez considérable pour gêner la circulation veineuse des membres inférieurs et produire l'œdème de la moitié basse du corps; les veines de la paroi abdominale étaient fort grosses et très-apparentes; la peau des pieds, des cuisses, de la vulve et du ventre était d'un blanc mat, laiteux, et conservait longtemps l'empreinte de la pression du doigt.

Une particularité de cette hydropisie ascite, c'est la rougeur de la peau à l'ombilic, l'ouverture de l'anneau et la saillie un peu conique de cette région. A quoi était due cette rougeur inflammatoire accompagnée d'une faible desquammation superficielle? Sans doute à l'infiltration d'une petite quantité du sérum dans le tissu cellulaire du pourtour de l'anneau ombilical. Cette infiltration séreuse aurait certainement provoqué un phlegmon sous-cutané si l'on eût abandonné les choses à leur marche naturelle; mais la ponction de l'abdomen ayant enlevé avec le liquide la source de l'infiltration, la rougeur de la peau a disparu au bout de quelques jours. Qui sait, d'ailleurs, si la suppuration de l'ombilic n'aurait pas amené l'évacuation spontanée du liquide épanché dans le péritoine et la guérison de l'hydropisie ascite? C'eût été chose possible; mais il n'y avait pas lieu d'attendre ce résultat problématique, qui n'aurait pu se produire sans une ulcération très-étendue de la peau.

La crainte de ce résultat nous a engagé à devancer le travail de la nature par l'application raisonnée des ressources de notre art. Au lieu d'attendre, nous avons fait la ponction, et nous avons pris pour lieu de pénétration de l'instrument l'endroit du ventre où la nature semblait préparer l'ouverture naturelle. La ponction a donc été faite à l'ombilic et dans l'anneau même au moyen d'un trocart *explorateur*. L'enfant s'est mise sur les genoux et sur les coudes de manière que tout le liquide pût arriver dans l'entonnoir ombilical, et il en est sorti environ un litre. C'était un liquide jaunâtre, louche, séro-albumineux, coagulable par l'acide nitrique et par la chaleur.

Dès le lendemain, le liquide s'était reproduit, et le ventre mesurait une circonférence semblable à celle qui avait été constatée avant l'opération. Nul accident de douleur ou de fièvre ne s'était produit, mais la diarrhée continuait. Pensant alors qu'il serait inutile de retirer le liquide du péritoine si on ne guérissait pas la maladie de l'intestin qui provoquait l'hypersécrétion séreuse, j'ordonnai le sous-nitrate de bismuth à la dose quotidienne de 10 grammes.

Au bout de dix-huit jours, la diarrhée était à peu près arrêtée, et le ventre réduit dans son volume ne mesurait plus que 59 centimètres. On continua le traitement, et tous les accidents morbides disparurent très-complétement.

Un mois plus tard, l'enfant sortait ayant des selles régulières et sans avoir eu de diarrhée; il ne restait pas traces d'ascite ou d'œdème, et elle avait pris une grande fraîcheur de teint avec un notable embonpoint.

Ce résultat est au moins autant à l'honneur du sous-nitrate de bismuth qu'à celui de l'opération qui a été pratiquée. En effet, après la première ponction, le liquide s'était reproduit, et le lendemain le ventre avait repris tout son volume. Comme la veille, il avait 66 centimètres de circonférence. On aurait pu recommencer la ponction. C'est alors que, sous l'influence du sous-nitrate de bismuth, la diarrhée ayant diminué et l'affection chronique des intestins étant modifiée, le liquide a cessé de pleuvoir dans la cavité péritonéale. Comme d'ailleurs une partie était chaque jour absorbée, l'ascite et l'œdème des membres pelviens ont pu disparaître graduellement.

L'abdomen mesurait encore 66 centimètres le 13 juin; le lendemain de la ponction, il n'en n'avait plus que 61; douze jours après, le 25 juin et le 3 juillet suivant, il était réduit à 59, qui nous a paru être la mesure normale.

Il a suffi de guérir l'entérite chronique pour faire disparaître l'hydropéritonie qui en était la conséquence.

DE LA FONTE DE LA CORNÉE DANS LES FIÈVRES PUTRIDES.

Par M. le professeur TROUSSEAU.

Il est un accident des plus graves que l'on observe souvent dans le cours des maladies aiguës qui s'accompagnent de troubles cérébraux : c'est le ramollissement de la cornée. M. le professeur Trousseau vient d'en faire l'objet d'un court travail publié dans les *Archives générales de médecine*, et dont nous allons donner le résumé.

On voit souvent, pendant les fièvres putrides, les malades dormir les paupières entr'ouvertes. Presque toujours alors il arrive que le globe de l'œil est porté en haut, et que la cornée est cachée entièrement. Dans ce cas, l'absence de clignement n'a d'autre inconvénient que de causer une phlegmasie de la conjonctive. Si cette inflammation est liée en partie à l'état général, il faut admettre également qu'elle est aggravée par l'absence de clignement, comme on le voit chez ceux qui ont une paralysie de la septième paire. Chez ces derniers, en effet, qui ne peuvent ni cligner ni fermer l'œil, on voit toujours une irritation plus ou moins grande de la muqueuse de l'œil, qui peut aller jusqu'à l'inflammation et même au ramollissement de la cornée. Les malades remédient aux accidents qui pourraient résulter de l'absence de clignement en abaissant la paupière avec le doigt.

Dans les fièvres graves, si la stupeur dure longtemps et si elle est portée très-loin, les malades sont dans le même état que ces paralytiques. La sensibilité étant émoussée, l'irritation causée par le contact de l'air sur la conjonctive n'est pas sentie, et le besoin de cligner n'existe plus. La théorie du clignement fait facilement comprendre la fréquence de ces accidents.

Trois paires nerveuses concourent au clignement : 1° la cinquième paire, qui transmet au cerveau l'impression douloureuse produite par le contact de l'air et la dessiccation de la cornée, impression qui donne le besoin de cligner; 2° la septième paire, qui transmet au sphincter des paupières l'ordre de se contracter; 3° la troisième paire, qui envoie un filet au releveur de la paupière supérieure, et préside à l'élévation de cette paupière. Enfin le nerf lacrymal, qui préside à la sécrétion des larmes, lesquelles servent encore plus que le mucus oculaire à la lubréfaction de la conjonctive, but final du clignement.

Dans ces fièvres, il existe encore d'autres conditions particulières à la maladie elle-même : les muqueuses deviennent le siége de congestions demi-actives, demi-passives, qui arrivent facilement à l'inflammation et même au sphacèle; d'où il suit que la cornée, quand elle vient à s'enflammer par l'absence du clignement, arrive aisément au ramollissement, véritable gangrène de la membrane.

L'auteur donnait des soins à un jeune homme atteint d'une maladie nerveuse mal déterminée, qui tenait de la fièvre cérébrale et de la fièvre typhoïde. Un peu de congestion survint à la conjonctive, autant sous l'influence de la fièvre que sous celle de l'absence de clignement. L'une des cornées se ramollit, et le malade perdit l'œil.

M. Trousseau pensa que si la pyrexie y était pour quelque chose, le contact continuel de l'air par suite du défaut de clignement était aussi une cause importante, peut-être la principale de l'accident; cela lui donna l'idée de le prévenir.

Une femme entre dans son service, salle Saint-Bernard, n° 8, atteinte d'une fièvre putride fort grave. La troisième semaine, les accidents nerveux prirent de l'intensité; les yeux, pendant le sommeil, ne se fermèrent plus qu'incomplétement, et le segment inférieur des deux cornées restait exposé au contact de l'air. Au bout de quelques jours la cornée s'injecta, les yeux devinrent chassieux, et vingt-quatre heures après il y avait une véritable ophthalmie catarrhale. Le segment inférieur de la cornée était blanchâtre, comme macéré, en même temps photophobie violente; la malade se plaignait de ses yeux. La vue était profondément troublée. Il parut évident à tout le monde que les cornées se ramolliraient bientôt complétement, et que les yeux seraient perdus.

M. Trousseau ferma les yeux de la malade, plaça par-dessus les paupières deux tampons de coton cardé, et les maintint par un bandage médiocrement serré. Peu d'heures après, les yeux étaient moins douloureux.

Le lendemain on examina les yeux, qui avaient repris leur aspect normal, à cela près d'une légère injection; il n'y avait plus de photophobie. Le traitement fut continué pendant trois jours. Alors l'appareil fut enlevé. Les accidents nerveux avaient un peu cédé; la stupeur avait disparu, et désormais les yeux se fermaient pendant le sommeil.

Bien que pendant la convalescence il soit survenu un choléra violent, et plus tard une colite présentant quelques-uns des caractères de la dyssenterie épidémique, les accidents observés du côté des yeux ne se renouvelèrent plus.

Un autre fait à peu près pareil a été observé par un autre médecin des hôpitaux. Un homme fut pris d'une scarlatine qui dès l'abord se compliqua d'accidents cérébraux. Les paupières restaient entr'ouvertes, et le segment inférieur de la cornée se ramollit exactement comme chez la malade précédente. Déjà survenaient des douleurs vives, de la photophobie, du trouble de la vue. Tout à coup se manifesta un érysipèle du visage, qui envahit d'emblée les deux paupières, dont l'occlusion fut complète pendant quatre jours. Lorsque l'érysipèle céda, et que les yeux se rouvrirent, on s'aperçut que les yeux, que l'on avait cru perdus, étaient parfaitement guéris.

Dans des cas de ce genre, il est donc permis d'espérer que la méthode d'occlusion sera toujours suivie de succès, les accidents qui menacent l'œil étant liés principalement au contact trop prolongé de l'air et au défaut de lubréfaction de la cornée.

OBSERVATION DE ROSÉOLE ET DE PAROTIDES SUPPURÉES consécutives au choléra.

Par M. le docteur THORE fils.

En communiquant l'an dernier à la Société de médecine pratique une observation de roséole cholérique avec quelques réflexions sur les exanthèmes consécutifs au choléra, j'espérais provoquer la communication de faits analogues recueillis par nos confrères et attirer leur attention sur un sujet encore peu étudié et peu connu.

Mon appel est resté sans réponse, et j'en conclus que cet accident de la convalescence du choléra est chose assez rare. Je me crois donc autorisé à donner de la publicité à un nouveau fait de ce genre qui s'est présenté à moi il y a quelques mois.

M. G..., menuisier, âgé de vingt-huit ans, paraît jouir d'une assez bonne constitution; il est d'un caractère sombre et triste.

Dans la nuit du 2 au 3 octobre 1855, il éprouve une attaque de choléra, précédée depuis quelques jours par une perte notable d'appétit, du malaise, de la diarrhée.

Il a présenté les symptômes les plus prononcés : vomissements et selles caractéristiques, crampes dans les membres inférieurs, décomposition des traits, froid des extrémités et de la langue, commencement de cyanose.

La réaction se fait rapidement, la convalescence paraît devoir s'établir aussi vite.

Le 7 octobre, il vient s'installer chez ses parents à la campagne.

Nous le trouvons dans l'état suivant :

Pouls à 60-64; langue d'un rouge foncé, tendant à se sécher. Etat de stupeur bien marqué; ventre assez souple, médiocrement douloureux; selles liquides et brunâtres; il y a plusieurs vomissements par jour. Il est agité pendant la nuit.

Cet état typhode se continue sans modifications bien notables pendant cinq jours.

Le 12, il éprouve un violent frisson suivi de fièvre et d'une agitation considérable; la face est rouge, les yeux injectés; le pouls est à 112.

Toute la peau est couverte d'une éruption bien caractérisée formée de taches petites et assez régulièrement circulaires, plus marquée sur la poitrine, la partie supérieure du corps et les bras. L'agitation est telle qu'il veut absolument se lever et que l'on a beaucoup de peine à le contenir.

Le 13, la fièvre continue; pouls à 104; peau chaude; tout le corps est couvert par l'éruption roséolique, à laquelle s'ajoutent quelques plaques érythémateuses assez étendues. L'intensité de l'éruption est toujours moindre aux membres inférieurs.

Les plaques d'érythèmes sont moins prononcées; les taches de la roséole conservent une teinte rosée bien marquée.

Aujourd'hui, une énorme parotide s'est manifestée au-devant de l'oreille gauche. La joue de ce côté présente déjà une saillie très-considérable. Il n'y a eu ni selles ni vomissements.

Le 14, une parotide se développe à droite; elle est aussi très-volumineuse, ce qui donne à la face du malade, si amaigrie les jours précédents, un aspect vraiment extraordinaire.

L'éruption commence à s'éteindre, et prend une couleur cuivrée. Le pouls à 96; langue humide; un peu d'appétit; une selle naturelle.

Le 15, agitation très-grande pendant la nuit; il veut se lever à chaque instant. Ce matin le pouls est régulier (80); la peau moins chaude. La parotide gauche reste stationnaire; mais la droite a pris encore plus de développement; la peau est tendue, luisante et d'un rouge assez vif.

L'éruption a à peu près disparu, sauf quelques taches brunâtres disséminées sur les points du corps où elle a été plus abondante. Selles naturelles.

Le 16, pouls à 76. La parotide droite est violacée, luisante et douloureuse. — Cataplasmes émollients.

Le 18, un peu de fièvre. Parotide gauche stationnaire. La droite tend toujours à augmenter. — Cataplasmes et onctions avec l'onguent napolitain.

Le 21, les deux parotides sont aujourd'hui également développées; elles sont toutes deux très-tendues, douloureuses; on y constate une fluctuation évidente; elles sont largement incisées; il s'écoule de chacune d'elles un verre de pus.

Le 23, elles suppurent abondamment. Le pus est épais, phlegmoneux. Elles commencent à s'affaisser.

Le 25, pouls à 72. Il y a encore un peu de diarrhée. Les vastes foyers des parotides se vident avec lenteur et laissent échapper encore beaucoup de pus mêlé à des débris de tissu cellulaire mortifié, qu'il faut extraire avec quelque peine.

Depuis ce moment, le travail de cicatrisation marche assez régulièrement; les joues diminuent de volume.

Le 10 novembre, les plaies sont cicatrisées et le malade tout à fait guéri.

Le début, la marche, l'intensité de l'éruption, les circonstances au milieu desquelles elle s'est développée, ne paraissent point devoir suggérer de réflexions particulières. Nous nous bornerons à rappeler celles qui ont été publiées dans la *Gazette des Hôpitaux* (9 janvier 1855, page 10), et qui trouvent une nouvelle confirmation dans le fait que nous venons de rapporter.

Nous signalerons plutôt le développement d'une double parotide terminée par suppuration. Cet accident paraît fort rare. On en cite cependant quelques exemples. Sa fréquence varie peut-être suivant les épidémies. En 1832, M. Rayer l'a observé 4 fois sur environ 200 individus. Il n'en a point été de même pour MM. Briquet et Mignot, qui s'étonnent (p. 351) que sur plus de 200 cholériques ils n'aient pas vu survenir une seule fois le gonflement inflammatoire des glandes parotides. Pour nous, la proportion serait de 1 sur 100.

Dans l'observation que nous transcrivons, les parotides s'étaient manifestées presque en même temps que l'exanthème cholérique, avaient pris un volume énorme, et, sous l'influence des applications émollientes et des onctions mercurielles, étaient bien vite arrivées à la suppuration.

A partir de ce moment, le malade, qui était dans un état typhoïde, s'est promptement rétabli. On peut admettre que les parotides, de même que les exanthèmes, doivent être considérées comme d'un pronostic favorable.

NOTE RELATIVE AUX LUXATIONS DE CHAMP DE LA ROTULE.

Par M. le docteur J.-F. PAYEN.

La science possède un si petit nombre d'observations sur ce genre de lésions, qu'il est très-important d'enregistrer toutes celles qui se présentent, surtout lorsqu'elles sont recueillies par des observateurs habiles comme nos honorables confrères MM. Marx et Boinet. Mais l'article que ce dernier a inséré dans le numéro du 20 mars de la *Gazette* comporte quelques réflexions que je crois devoir soumettre aux lecteurs de ce journal.

Un mot d'abord sur la dénomination. Tout le monde comprend l'expression de luxation *de champ* : la rotule se place *de champ*, comme on place une brique ou tout autre corps de même forme; c'est une locution consacrée. En est-il de même lorsqu'on dit *luxation verticale?* Que la rotule soit déplacée ou non, elle est toujours verticale, et lorsque le sujet est debout elle est *perpendiculaire à l'horizon*; et dût la racine *vertex* s'appliquer à l'individu, la rotule serait encore verticale (*a vertice ad calcem*). Ce dernier terme devrait donc être abandonné et remplacé uniquement par celui de *luxation de champ*, rigoureusement exact et compréhensible pour tout le monde. Ce n'est que par une série de suppositions ou d'inexactitudes qu'on arrive à défendre cette locution; il faut, par la pensée, isoler la surface de la région blessée, et supposer le sujet couché horizontalement, pour trouver que *la rotule occupe un plan vertical sur les surfaces articulaires*, comme le veut M. le docteur Richelot (*Union*, 1848).

J'ajouterai, relativement aux désignations de luxation externe ou interne, qu'elles sont purement conventionnelles, et que par conséquent elles ont besoin d'être bien définies. C'est la face postérieure ou interne de la rotule qu'on a pris pour point de départ. Si cette face regarde en dehors, la luxation est externe; si elle regarde en dedans, la luxation est interne, ou, si on aime mieux, la luxation prend sa désignation du bord de la rotule placé en avant.

M. le docteur Boinet dit que le professeur Malgaigne a relaté huit observations dans son mémoire, et il n'en mentionne pas d'autres, ce qui pourrait faire croire qu'on n'en connaissait que ce nombre, et que celle de M. Boinet serait la neuvième. La vérité est que M. Malgaigne, en outre des huit observations qu'il analyse, en mentionne trois dont il a trouvé seulement l'indication. A ces onze il faut joindre celles de M. Vatzon, de M. Cazane, de M. Debron, de M. Mendoza, de M. Gensoul, et celle que j'ai recueillie et publiée moi-même en 1847, ce qui porte à dix-sept le nombre des cas publiés avant celui du docteur Boinet; encore faudrait-il y ajouter la luxation décrite par Hevin, qui dit que la rotule était *sens dessus dessous*, puisque si ce déplacement, que je crois possible, n'existait pas, c'était au moins une luxation de champ. Ce serait donc, aujourd'hui, un total de dix-neuf luxations connues. Si on réfléchit que depuis moins de vingt ans qu'a paru le mémoire de M. Malgaigne, il a été publié sept observations sur ces dix-neuf; d'une autre part que les mêmes chirurgiens ont observé plusieurs cas, Cuynat deux, Vincent deux, on demeurera convaincu que ce genre de déplacement n'est pas aussi rare qu'on le dit, et que probablement bon nombre de cas restent inconnus ou méconnus.

Quant à la fréquence relative des luxations externes ou internes, lors du mémoire de M. Malgaigne les internes avaient été les plus communes; aujourd'hui, au contraire, la majorité est acquise aux externes, 9 sur les 15 dont on connaît la direction.

L'observation du docteur Boinet mentionne l'enclavement dans le creux *sus-condylien*, indiqué par une erreur typographique *sur-condyloïdien*. C'est là, d'après M. Malgaigne, la cause de la difficulté qu'on a rencontrée dans quelques cas pour réduire cette luxation. Ce que j'ai observé, et les procédés de réduction confirment cette manière de voir, contestée cependant par MM. Debrou et Richelot, qui trouvent le principal obstacle à la réduction dans la calotte fibreuse qui revêt la rotule. L'opinion qu'on adopte à cet égard n'est pas sans importance, car elle peut exercer de l'influence sur le choix des moyens de réduction.

Ces procédés sont aujourd'hui assez nombreux; d'abord celui de Valentin (la flexion de la cuisse et la réduction avec les doigts), puis la flexion forcée de la jambe (Mendoza l'a appliquée avec l'aide du chloroforme), puis l'extension violente et spontanée de la jambe sur la cuisse, laquelle m'a réussi, probablement en dégageant l'angle de la rotule du creux sus-condylien pour l'*élever*, comme la flexion le dégage en l'*abaissant* (la marche, qui a réussi à Monteggia, doit agir dans le même sens); enfin, la flexion avec rotation de la jambe sur son axe, comme l'a pratiquée M. Vincent, et de dehors en dedans, si la luxation est interne, de dedans en dehors si elle est externe, comme le conseille M. le Dr Richelot.

Cette énumération des ressources de l'art pourrait paraître superflue si on prenait à la lettre l'affirmation énoncée deux fois par M. Boinet, que la *réduction de cette luxation est facile*. Les faits déposent contre cette manière de voir. J'ai été forcé de reculer devant la flexion, que je crois le meilleur procédé, à cause des douleurs atroces qu'elle occasionnait; et les difficultés ont été insurmontables par les procédés ordinaires, quatre fois sur huit dans les observations de M. Malgaigne. Dans un cas, on a pratiqué la section du biceps et celle du ligament rotulien; dans deux autres, on a été forcé de recourir à l'élévation; enfin, dans un quatrième, la réduction a été impossible, et c'est pour ces cas rebelles qu'on a conseillé l'introduction d'un trocart dans l'articulation de préférence à l'incision de M. Cuynat, et que Manne a été jusqu'à proposer l'ablation de l'os luxé, ce qui heureusement n'a pas encore été pratiqué.

Ces exemples prouvent qu'il ne faudrait pas s'attendre à la facilité de réduction qu'a heureusement rencontrée le docteur Boinet. Tout a été facile dans son observation, la production comme la réduction de la luxation. Les conditions physiques de sa malade rapprochent cette luxation de celles produites par contraction musculaire; et on sait qu'en général elles sont plus faciles à réduire que celles produites par une violence extérieure. Mais certainement, dans la grande majorité des cas, on trouvera plus d'obstacles à la réduction que M. Boinet n'en a rencontré; et il est important que les praticiens soient prévenus des difficultés que peut présenter la flexion forcée, parce que si elle offre un mode de réduction suffisant pour le plus grand nombre des cas, il en est quelques-uns où elle demande une certaine résolution de la part de l'opérateur.

L'observation de M. Boinet offre un double intérêt; car non-seulement elle nous fait connaître un nouveau cas d'une affection rare, mais encore elle nous apprend que le déplacement vertical externe peut se produire sous l'influence d'une violence des plus légères, et que la réduction peut être obtenue avec la plus grande facilité.

Nous n'avons pas à nous arrêter sur le premier point, que M. Payen a complétement traité dans cette note; nous ferons seulement remarquer que tous les faits qu'il signale ont été rapportés avec plus ou moins de détails par M. Malgaigne dans son *Traité des luxations*, et que dans l'état actuel de la science, on ne doit plus parler ni du mémoire de M. Malgaigne, publié en 1836, ni de celui de M. Richelot, qui date de 1848, mais bien de l'ouvrage cité plus haut, dans lequel M. Malgaigne indique tous les faits qu'il a pu recueillir sur ce genre de lésion.

Quant au second point, nous pensons qu'il s'agit ici d'une de ces variétés de déplacements qui sont déterminés surtout par la disposition des surfaces osseuses ou la laxité des liens articulaires. M. Boinet avait reconnu la mobilité plus que normale des articulations; il suppose que les ligaments étaient un peu relâchés; selon nous, M. Boinet est parfaitement dans le vrai, et il suffisait d'ajouter un mot pour donner à l'affection dont nous nous occupons ici la place qui lui appartient dans le cadre nosologique, c'est-à-dire parmi les déplacements que M. Malgaigne désigne sous le nom de *luxations pathologiques*. Il devient ainsi extrêmement facile de se rendre compte de la production de la luxation et de la facilité de la réduction.

Partant, les propositions qui ont été formulées sur les difficultés de réduction des luxations de la rotule nous semblent rester entières, et ne sauraient être modifiées par un fait qui, pour nous, appartient à une autre catégorie que les luxations simplement traumatiques.

Dr A. Jamain.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 avril 1856. — Présidence de M. MICHEL LÉVY, vice-présid.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de la justice informe l'Académie qu'il a donné l'ordre de comprendre à l'avenir la bibliothèque de l'Académie de médecine dans les distributions gratuites du *Journal des savants*.

— M. le ministre du commerce transmet :

1° Les rapports relatifs aux maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Vendée en 1855;

2° Le rapport de M. le docteur Laroche, sur une épidémie de fièvre scarlatine qui a régné en 1855 dans plusieurs communes de Maine-et-Loire;

3° Le tableau résumé des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans les départements de Tarn-et-Garonne et du Jura. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

MM. Parchappe et Beau écrivent pour s'inscrire comme candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

— MM. Sandras et Baylo se présentent dans la section de thérapeutique.

COMMUNICATION.

Nid d'hirondelles de mer. — M. J. Cloquet fait une communication sur ce sujet; il s'exprime en ces termes :

M. Simonet de Maisonneuve, qui commande la frégate la *Cybèle*, dans la mer de la Chine, m'a envoyé la substance des nids d'hirondelles de mer, ou salanganes des Moluques, purifiée et préparée pour les usages pharmaceutiques et culinaires. Cette matière est très-recherchée par les Chinois comme aphrodisiaque, et destinée presque exclusivement à la table des mandarins et des riches Chinois; c'est une substance très-légère, d'un blanc jaunâtre, ayant la forme de longues baguettes demi-transparentes, d'environ 30 centimètres de longueur. Trempée dans l'eau, elle devient d'une transparence cristalline parfaite, et se transforme en une gelée transparente très-légère, complétement insipide. A cet état, elle présente de la ressemblance avec la gelée de lichen d'Islande. Elle brûle comme une matière végétale en répandant une odeur légèrement cornée.

Cette matière a été le sujet de controverses à l'Académie des sciences. Les uns ont prétendu que cette substance n'était autre chose que du frai de poisson; d'autres, qu'elle provenait de petits mollusques; d'autres, enfin, qu'elle était le résultat de la sécrétion salivaire des salanganes, etc.

On fait avec cette substance une gelée très-délicate pour la table, très-supérieure à celle préparée avec l'icthyocolle ou colle de l'esturgeon.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, lit successivement les rapports suivants :

1° Sur les eaux minérales sulfureuses et salines (eaux vertes) de Vacqueras-Montmirail (Vaucluse). Cette eau se rapproche beaucoup de celles de Sedlitz, d'Epsom et de Seidchutz; elle est, quant à présent, l'unique en France, et appartient à un établissement thermal connu et autorisé, où elle viendra prêter son concours à une eau sulfureuse reconnue aussi de très-bonne nature et anciennement employée comme agent thérapeutique.

La commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée. (Adopté.)

4° Sur l'eau de la source des Dames, près Cusset, prise à son point d'émergence. Il résulte de l'examen chimique auquel cette eau a été soumise, qu'il n'y a pas de différence notable entre l'eau de la source des Dames prise à sa source et la même amenée à la buvette de Vichy au moyen de conduits appropriés et après un parcours d'un kilomètre environ. En est-il de même pour les effets thérapeutiques? Il y a lieu de le supposer. Toutefois, c'est à l'expérience de le démontrer d'une manière précise.

La commission propose de répondre qu'il y a lieu d'autoriser l'exploitation de la buvette de Vichy, formée par la source des Dames sise à Cusset. (Adopté.)

3° Sur l'eau de Koutzbas, près Sierck (Moselle). Par sa composition chimique et par suite des utiles applications médicales qu'on en a faites déjà depuis plusieurs années, l'eau de Sierck vient se ranger à côté des eaux salines iodo-bromo-chlorurées de Montdorff, de Hombourg et de Kreutznach, dont les propriétés sont bien définies. Nous croyons, en conséquence, qu'il y a lieu d'encourager les projets formés par le propriétaire, de créer à la source de Koutzbas un établissement thermal utile au pays messin tout entier.

La commission est d'avis qu'il y a lieu d'autoriser l'exploitation de

cette source au point de vue médical, lorsque les travaux de captage auront été définitivement exécutés. (Adopté.)

Remèdes secrets. — M. Robinet lit au nom de la commission des remèdes secrets une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées.

Traitement abortif de la fièvre typhoïde. — M. Blache, en son nom et celui de M. Grisolle, lit un rapport sur un mémoire adressé à l'Académie par M. le docteur Bibard (de Pontoise), mémoire dans lequel il présente les résultats qu'il a obtenus à l'aide d'un nouveau mode de traitement de la fièvre typhoïde.

Ce mode de traitement, auquel il donne le nom de traitement abortif de la fièvre typhoïde, repose sur l'idée que la fièvre typhoïde est produite par l'existence de miasmes comparables aux miasmes paludéens. Il consiste dans l'association du sulfate de quinine et de la digitale. Voici la formule des pilules antityphiques composées par M. Bibard:

Sulfate de quinine. . . . . . 1 gramme
Extrait aqueux de digitale. . . . 20 centigr.

F. S. A. vingt-quatre pilules.

Dans les quatorze observations que contient ce travail, M. Bibard a employé ces pilules en en donnant chaque jour 24, 36, et même 48, c'est-à-dire jusqu'à 2 grammes de quinine et 40 centig. de digitale.

M. le rapporteur, après avoir analysé ces observations, résume son jugement en ces termes:

En résumé, quatorze fois M. Bibard a fait usage de la méthode. Il est difficile d'établir un jugement sur un aussi petit nombre de faits.

La durée moyenne de la maladie a été de 23 jours au moins. Ce résultat n'offre rien de remarquable et surtout ne justifie pas pour le traitement employé le nom un peu ambitieux de *traitement abortif*.

En conséquence de ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure en invitant M. le docteur Bibard à recueillir de nouvelles observations, mais en y apportant une exactitude plus rigoureuse, et en relisant les sages conseils donnés par notre honorable et excellent collègue M. Louis dans la préface de son ouvrage si remarquable sur la fièvre typhoïde.

En conséquence, nous proposons le dépôt aux archives du mémoire de M. le docteur Bibard. (Adopté.)

Appareils électriques médicaux. — M. Bouvier lit un rapport sur les appareils électriques de MM. Beckensteiner, Legendre et Morin, et E. Bernard; sur une note relative aux propriétés différentielles des courants d'induction de premier et de deuxième ordre, par M. le docteur Duchenne (de Boulogne); sur un nouveau traitement de l'adénite cervicale au moyen de l'électricité localisée, par M. le docteur Boulu, et sur une ceinture électrique et une mixture galvanique de MM. Breton frères. (Commissaires: MM. Bérard, Gaultier de Claubry, Gueneau de Mussy, Longet, Poiseuille, Soubeiran et Bouvier.)

M. Bouvier, n'ayant pas eu le temps de terminer la lecture de ce rapport, qui est très-étendu, en renvoie la suite à la prochaine séance.

LECTURE.

Cure radicale des hydropisies des ovaires. — M. Boinet lit un travail intitulé *Quelques réflexions sur la cure radicale des hydropisies des ovaires par les injections iodées*, à l'occasion d'un nouveau mode de traitement proposé par M. Barth.

Les points qui ont été soulevés par M. Barth et par quelques membres de l'Académie sont les suivants, les seuls, dit M. Boinet, que je me propose d'examiner:

1° La méthode proposée par M. Barth est-elle nouvelle, et le procédé qu'il recommande a-t-il tous les avantages qu'il lui reconnaît?

2° Est-ce courir la chance d'une péritonite promptement mortelle que de faire suivre la ponction d'un kyste ovarique d'une injection iodée, et le liquide iodé peut-il s'écouler en dehors du kyste dans la séreuse abdominale?

3° Une injection iodée peut-elle être faite dans la poche très-vaste d'un kyste sans crainte de voir se développer un véritable empoisonnement?

4° La guérison des kystes de l'ovaire a-t-elle lieu par rétraction du kyste ou par inflammation adhésive de ses parois?

5° Enfin, les kystes de l'ovaire peuvent-ils guérir après une ou deux ponctions simples ou même sans opération aucune?

Cette méthode n'est pas nouvelle, c'est celle des injections iodées, mais employées à l'aide d'un procédé nouveau. Ce procédé a tous les avantages que lui reconnaît le savant médecin de Beaujon.

En procédant comme il l'a fait, M. Barth a eu pour but d'abord de permettre l'écoulement continu du liquide, de favoriser la rétraction du kyste, de pratiquer des injections iodées toutes les fois qu'il le jugera convenable, sans être obligé de pratiquer de nouvelles ponctions; de maintenir rapprochées de la paroi abdominale les parois du kyste, espérant ainsi empêcher l'effusion de la liqueur iodée dans la cavité péritonéale; et enfin, pour résultat ultime, de provoquer des adhérences salutaires, c'est-à-dire la guérison.

Jusqu'à présent, l'observation communiquée par M. Barth ne peut être invoquée à l'appui de la nouvelle manière de faire, puisque la malade qui en fait le sujet n'est pas guérie, et qu'une injection iodée a encore été pratiquée la veille du jour où M. Barth a présenté cette malade à l'Académie. Il est donc impossible de dire pour l'instant quel sera le résultat définitif de ce nouveau procédé. En attendant, nous allons exposer les raisons qui nous font penser que ce procédé est loin d'atteindre le but que se propose son auteur, et même qui nous font craindre que cette malade ne guérisse pas, ou guérisse très-lentement et très-difficilement.

Voici ce que des observations déjà très-nombreuses nous ont appris:

Lorsqu'on veut traiter un kyste de l'ovaire par les injections iodées, on doit toujours pratiquer les ponctions du côté où le kyste s'est développé, et dans le point le plus rapproché de celui où le kyste a pris naissance. Les avantages de cette pratique sont les suivants: c'est d'abord de permettre au kyste de mieux revenir sur lui-même, et de ne pas s'exposer à voir la canule se retirer de son intérieur, comme il arrive quelquefois lorsqu'on l'a ponctionné dans un point éloigné ou opposé à celui où il a commencé à se développer; c'est ensuite le mettre à l'abri d'adhérences qui nuiront à son retrait sur lui-même, et par conséquent à sa guérison.

Ces adhérences se forment d'autant mieux que les ouvertures des ponctions ont suppuré par suite de l'inflammation produite par la présence d'une sonde ou d'une canule, ou d'un corps étranger quelconque laissé à demeure. Ces adhérences, suivant M. Barth et bien des chirurgiens, auraient l'avantage d'empêcher soit le liquide du kyste, soit le liquide iodé qu'on y injecte, de s'épancher dans le péritoine, et de rapprocher et de maintenir rapprochées des parois de l'abdomen les parois du kyste. Si ces adhérences existent dans les points les plus rapprochés du lieu où le kyste a débuté, elles pourraient, si elles n'étaient pas utiles, au moins n'être pas nuisibles. Mais si elles se trouvent dans un point de l'abdomen éloigné du siége primitif du kyste, elles deviennent un obstacle très-grand pour la guérison. C'est ce que nous avons observé maintes et maintes fois chez des personnes qui, avant de se soumettre au traitement des injections iodées, avaient subi plusieurs ponctions palliatives, soit au lieu dit d'élection, soit dans d'autres points de l'abdomen éloignés de celui où le kyste a commencé à se développer.

C'est pour nous mettre à l'abri de ces adhérences et éviter les inconvénients qu'elles entraînent à leur suite, que nous recommandons:

1° D'opérer les kystes dès qu'ils apparaissent, et avant qu'ils aient acquis un grand développement, ce qui favorise la formation des adhérences;

2° De les ponctionner du côté où ils se sont développés, et le plus près possible de leur lieu d'origine;

3° D'éviter, autant que faire se pourra, les sondes à demeure.

Ces adhérences ne sont pas fâcheuses seulement parce qu'elles empêchent ou retardent la guérison, mais encore parce qu'elles exposent quelquefois à des accidents mortels, que j'ai observés deux fois chez deux malades guéries d'un kyste ovarique.

Je veux parler d'étranglements internes dus aux brides que ces adhérences forment dans la cavité abdominale.

En se basant sur toutes les raisons que je viens d'énumérer, il est donc de la dernière importance d'éviter par tous les moyens possibles la formation de ces adhérences que des chirurgiens croient devoir établir, et que produit surtout le procédé de M. Barth.

Examinant ensuite le procédé de M. Barth, M. Boinet lui reproche d'abord de nécessiter une double ponction, ce qui expose le péritoine à une double cause d'inflammation, et le séjour dans les ouvertures faites au péritoine d'une canule à demeure, ce qui est une nouvelle cause d'inflammation, de suppuration et d'adhérences s'opposant au retrait du kyste et à sa guérison. Ensuite, ajoute M. Boinet, pour pratiquer ce procédé, il faut attendre que le kyste ait pris un développement considérable; or l'expérience a appris que la guérison avait d'autant plus de chances que le kyste était moins ancien et qu'on attendait moins longtemps pour l'opérer.

C'est surtout dans le but de favoriser l'écoulement continu du liquide et par suite le retrait du kyste, et aussi pour éviter des ponctions répétées aux malades, que M. Barth a proposé ce procédé; mais ces ponctions répétées qui ne suppurent jamais, qui se cicatrisent et se guérissent en quelques heures sont-elles plus à craindre que deux ponctions qui établissent une communication permanente à l'air dans le foyer du kyste, et qui exposent le kyste à tous les dangers de la suppuration? D'ailleurs, à quoi bon ponctionner le kyste et le péritoine en deux points à la fois, laisser séjourner dans ce kyste une canule-séton, quand on peut par des ponctions successives et rapprochées obtenir le même résultat, et surtout quand ces ponctions sont absolument exemptes de danger?

Un autre motif qui a empêché M. Barth de faire une ponction simple, puis une injection iodée, c'est la crainte, en injectant de la teinture d'iode dans un kyste mobile, de répandre cette injection dans la cavité péritonéale, ou bien de produire un empoisonnement iodique à cause de la quantité considérable de teinture iodée qu'il eût fallu injecter dans un kyste aussi considérable.

Cette crainte est chimérique si l'on pratique la ponction comme je le recommande.

Le procédé de M. Barth lui-même ne met pas à l'abri de l'épanchement dans le péritoine du liquide du kyste ni de la péritonite. La canule en caoutchouc qu'il laisse dans les ouvertures du kyste étant molle et sans résistance, et se trouvant plus petite que ces ouvertures, peut laisser s'épancher du liquide dans le péritoine, et c'est ce qui est probablement arrivé chez sa malade, puisque le jour de l'opération des douleurs abdominales se sont déclarées, et que les jours suivants le pouls était à 134; le ventre était douloureux au niveau des orifices des ponctions; qu'il y a, en un mot, tous les symptômes d'une péritonite locale. Avec les ponctions simples et répétées, suivies d'injections iodées, mais faites convenablement, on ne voit jamais survenir ces accidents inflammatoires.

Quant à la crainte d'un empoisonnement iodique à la suite d'une injection iodée dans un kyste, elle me paraît être le résultat d'idées anciennes et mal fondées qu'on avait sur les effets de la teinture d'iode sur nos organes, plutôt que celui de faits bien observés. Pour mon compte, j'ai fait un grand nombre d'injections iodées dans les abcès par congestion, kystes de l'ovaire, dans les plèvres et ailleurs, et jamais je n'ai observé de ces empoisonnements par l'iode, dont on parle toujours.

Enfin, on invoque aussi la susceptibilité inflammatoire des kystes comme une raison qui doit empêcher d'injecter une poche ovarique d'une large surface; mais cette susceptibilité n'existe pas, et ne se trahit par aucun phénomène de sensibilité, quelle que soit la quantité de teinture d'iode injectée, quelles que soient la concentration de cette teinture et l'étendue du kyste.

Ces accidents ne sont jamais à craindre quand la teinture touche seulement les parois du kyste.

Après avoir indiqué en quelques mots par quel mode d'action particulière l'iode agit sur les tissus en général, M. Boinet termine en rappelant que les kystes guérissent en diminuant peu à peu d'étendue, en revenant sur eux-mêmes et non point par une inflammation adhésive, comme on le croit généralement à tort.

Quant à cette opinion qui a été émise que les kystes de l'ovaire pourraient guérir après une ou deux ponctions et même spontanément, elle ne peut être soutenue, et il est probable que dans ces cas il y a eu erreur de diagnostic et qu'on a confondu des kystes, de l'ovaire avec des ascites.

En résumé, dit M. Boinet en terminant, quant à présent les ponctions successives et fréquemment répétées suivies des injections iodées, les sondes à demeure dans quelques cas, les lavages et enfin la méthode que nous mettons en usage, nous paraissent le seul traitement applicable aux kystes de l'ovaire; ces ponctions et ces injections, employées convenablement et à propos, sont exemptes de dangers et nous ont fourni des guérisons inattendues et qui datent déjà de plusieurs années, de sept à huit ans. (Commissaires: MM. Depaul, Velpeau, Robert.)

— La séance est levée à cinq heures un quart.

La mauvaise saison continue à exercer ses rigueurs en Crimée. Dans la nuit du 29 mars, le thermomètre est descendu jusqu'à 12 degrés au-dessous de zéro, et un froid de 10 degrés a marqué chacune des nuits suivantes. Le 5 avril, la neige tombait à gros flocons sur nos camps.

Malgré cette fâcheuse influence, l'état sanitaire de nos troupes s'améliore d'une manière tellement sensible, que le chiffre des entrées aux ambulances a diminué de moitié depuis un mois, et qu'on peut espérer avec confiance que la fin de l'hiver amènera celle des maladies qui ont éprouvé l'armée d'Orient.

Les dépêches télégraphiques du maréchal Pélissier sont chaque jour plus rassurantes, et les dernières lettres du général Larchey font ressortir les heureux effets des mesures prises à Constantinople pour l'amélioration du service des hôpitaux. (*Moniteur.*)

Des lettres de Kamiesh (25 et 27 mars) nous annonçaient déjà l'amélioration qui s'est manifestée depuis quelque temps dans l'état sanitaire de l'armée; mais elles nous donnent en même temps la nouvelle de la mort d'un regrettable confrère, M. Simon, chirurgien major du *Magellan*, qui a succombé au typhus. Le *Magellan* est un des bâtiments de la flotte qui ont été le plus maltraités par cette terrible maladie.

Une autre lettre, que nous recevons à l'instant de Crimée (29 mars), nous donne quelques détails sur la mission que M. Baudens y remplit en ce moment:

« Nous luttons ici d'estoc et de taille contre le typhus qui s'était enraciné dans les camps et dans les ambulances. Mais, grâces aux mesures énergiques prises par le digne inspecteur du service de santé et rapidement exécutées avec le concours de l'autorité militaire, nous pouvons constater une notable amélioration dans l'état de l'armée. Nos médecins sont toujours admirables: ils attendent les émanations typhiques, comme ils attendaient le feu de l'ennemi, avec le même courage et la même abnégation. 25 sont morts du typhus, plusieurs encore sont en danger..... On serre les rangs, et il n'y paraît pas.

» Le ministre de la guerre, dont on ne saurait trop louer la sollicitude pour tout ce qui regarde l'armée, vient de leur adresser par l'organe de M. Baudens de chaudes félicitations et de sincères remercîments en son nom et au nom de l'Empereur. Avec de semblables stimulants, ils mourraient tous à leur poste s'il le fallait; mais, Dieu merci, tant de sacrifices ne sont pas nécessaires, et j'ai la conviction que les lumières de la science et les mesures efficaces qui viennent d'être adoptées préserveront l'armée des malheurs qu'à d'autres époques le typhus a entraînés à sa suite. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 22 mars, M. Arnoux, second médecin en chef de la marine à la Guadeloupe, a été nommé premier médecin en chef dans le service colonial.

MM. les docteurs Mondot et Clark, chirurgiens auxiliaires de 3e classe, ont été promus à la 2e classe, après examens subis devant le jury de concours à Brest.

MM. Cros et Loiselot ayant satisfait aux examens devant le jury médical de Toulon, ont été nommés chirurgiens auxiliaires de 3e classe.

— M. le préfet de police vient d'adresser aux maires et aux commissaires de police une circulaire dans laquelle, leur rappelant les lois et ordonnances relatives à la vente des substances vénéneuses, il leur adresse les instructions arrêtées par M. le ministre de l'agriculture pour la vente de ces substances.

Désormais les fioles et les paquets contenant des substances toxiques devront être recouverts d'un papier de couleur *rouge orangé*, qui portera ces mots: *Médicament pour l'usage extérieur.*

Cette formalité de l'étiquette rouge orangé est imposée aux pharmaciens, aux médecins des communes rurales, qui, à défaut de pharmaciens, tiennent des dépôts de médicaments, de même qu'aux personnes qui dirigent les pharmacies des hospices et des bureaux de bienfaisance.

— M. le docteur Bonnet (de Bordeaux), vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie médico-chirurgicale de Ferrare.

— Cinq médecins anglais, accompagnés de plusieurs élèves en médecine, et sous la direction de M. Wild-Heat, auteur de recherches intéressantes sur le typhus, sont partis samedi dernier de Lyon, par le chemin de la Méditerranée. Ils sont envoyés en Orient par le gouvernement anglais, avec mission non-seulement de soigner leurs compatriotes malades, mais encore d'étudier le caractère et les phases de l'affection qui sévit à Constantinople et en Crimée.

— M. Baillarger commencera, le dimanche 13 avril, à neuf heures du matin, un cours de clinique sur les maladies mentales, à l'hospice de la Salpêtrière, et le continuera les dimanches suivants à la même heure.

— M. le docteur Hippolyte Blot, chef de clinique d'accouchements de la Faculté, commencera le lundi 14 avril, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, un cours public d'accouchements, et le continuera à la même heure les lundis, mercredis et vendredis. — Le cours complet sera terminé le 15 août.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garencière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Deux nouveaux exemples de névralgie générale.

En 1848, Valleix, de si regrettable mémoire, publiait dans le *Bulletin général de thérapeutique* un remarquable travail sur la névralgie générale ; affection qui n'était pas nouvelle assurément à cette époque et dont plus d'un exemple avait dû sans doute s'offrir auparavant à l'observation, mais qui n'avait jamais été décrite jusqu'alors dans aucun traité général ou spécial, soit qu'elle eût été méconnue ou qu'elle ait été confondue avec d'autres maladies, et en particulier avec des maladies graves des centres nerveux qu'elle simule, en effet, d'une manière plus ou moins insidieuse. Toutefois, à en juger par le petit nombre d'observations sur lesquelles Valleix s'est appuyé pour esquisser l'histoire de la névralgie générale, et par l'extrême rareté d'exemples nouveaux publiés depuis cette époque (à part ceux de M. Leclerc, dont nous reparlerons tout à l'heure), il y a tout lieu de penser que cette affection est assez rare ; car il n'est pas présumable qu'une fois signalée à leur attention, les médecins qui auraient eu l'occasion d'en observer des exemples eussent gardé le silence sur des faits aussi intéressants pour la science, qui attend encore la confirmation de la détermination nosologique proposée par Valleix, et pour la pratique médicale, qui n'a pas moins besoin d'être fixée sur l'étiologie encore si obscure de cette affection et sur les moyens de traitement qui lui conviennent.

Pour ces divers motifs, nous sommes convaincu que nos lecteurs trouveront un vif intérêt aux deux observations suivantes que M. le professeur Fonssagrives (de Brest) a recueillies dans son service de l'hôpital de la marine de cette ville, et qu'il vient de publier dans l'un des derniers fascicules des *Archives générales de médecine*.

Dans le premier de ces faits, il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans, d'une constitution vigoureuse et fortement musclé, incorporé depuis deux ans dans un régiment d'artillerie. Avant son incorporation, il travaillait à la terre dans un pays marécageux. Il avait eu quelques accès de fièvre paludéenne sans type, et des douleurs vagues erratiques qui s'étaient manifestées à plusieurs reprises et avec une certaine intensité quelques années avant l'invasion de la maladie qui le conduisit à l'hôpital de la marine de Brest. Celle-ci consistait en douleurs vives des membres et du côté gauche de la poitrine, s'accompagnant de vertiges, de céphalalgie et d'accès paludéens irréguliers. (Ce jeune soldat, avant l'invasion de cette nouvelle maladie, était depuis quelque temps employé à des travaux qui l'obligeaient à avoir fréquemment les pieds dans l'eau.)

Ces accidents duraient depuis quinze jours lorsqu'il entra à l'hôpital. Il accusait alors un malaise général, une lassitude douloureuse dans les membres, principalement dans les jambes; une douleur très-vive à l'épigastre, laquelle s'exagérait par la pression; de l'anorexie, de la pesanteur de tête, avec tintements d'oreille et vertiges pendant la station verticale. Chaque jour, vers sept heures du soir, ces symptômes augmentaient. Il survint de la céphalalgie, des éblouissements, quelques frissons erratiques suivis de chaleur avec soif vive, puis de sueurs.

Du sulfate de quinine fut administré. Sous son influence, le type des accès se modifia : de quotidiens ils devinrent quartes; puis leur intervalle s'accrut encore, et ils finirent par disparaître complétement. Quelque temps après les accès revinrent encore de temps à autre, mais sans type, et réduits à deux périodes (celle du froid manquant). Cette fois ils s'éloignèrent sous l'influence de l'action combinée des arsénicaux et du quinquina.

Le malade se trouvant alors dans un état assez satisfaisant, quitta l'hôpital. Mais il y revint trois jours après, présentant de nouveau le même cortége de symptômes, avec une plus grande acuité dans les douleurs, qui occupaient tout le côté gauche de la poitrine à la manière d'une ceinture. Cette fois, l'intensité toujours croissante des douleurs ayant plus particulièrement fixé l'attention, voici ce que M. Fonssagrives constata :

Le malade éprouvait tous les soirs vers quatre heures des fourmillements dans les jambes; ces fourmillements remontaient jusque dans le dos, puis ils se répandaient dans les deux bras à la fois et étaient remplacés dans les points qu'ils abandonnaient par un engourdissement très-notable et par des picotements douloureux. Ces accidents duraient environ cinq ou six minutes. L'exploration minutieuse de la colonne vertébrale permit de reconnaître dans toute sa longueur deux traînées de points douloureux siégeant au niveau des lames vertébrales, au nombre de huit de chaque côté, le premier correspondant à la septième vertèbre cervicale, le dernier à la onzième dorsale, et se correspondant deux à deux par la hauteur. Entre ces points latéraux était interposé un point médian ou spinal, placé un peu plus bas.

En outre, il y avait sur le tronc, à gauche, dans le deuxième espace intercostal, un point douloureux; dans le septième espace intercostal, trois points douloureux; un point au nerf frontal; à l'abdomen, quelques foyers névralgiques disséminés, sans délimitation anatomique possible; un point douloureux vers l'articulation sacro-iliaque gauche, un deuxième au niveau du pli de la fesse, un troisième au jarret; deux points malléolaires, l'un interne et l'autre externe. A droite, un point douloureux au-dessus de l'acromion, un point en avant du premier espace intercostal, un point en arrière du deuxième espace, et un autre au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate dans le sixième espace intercostal. Aux membres inférieurs, mêmes foyers névralgiques que du côté gauche. Les bras étaient le siége de picotements et d'élancements incommodes, mais ne présentaient pas de névralgie régulièrement dessinée. Enfin, ces douleurs névralgiques étaient beaucoup plus intenses à gauche qu'à droite.

Reconnaissant à ces signes l'ensemble des caractères assignés par Valleix à la névralgie générale, vertiges, éblouissements, faiblesse musculaire, multiplicité des foyers douloureux, M. Fonssagrives institua un traitement en conséquence. Il soumit d'abord le malade à l'usage de la poudre de racine de belladone, à la dose de 0,10 centigrammes par jour. Cette première médication fut suivie en sept ou huit jours d'une amélioration notable. Les douleurs provoquées avaient presque complétement disparu, les douleurs spontanées étaient beaucoup moins intenses. Les ferrugineux et le quinquina furent administrés alors concurremment avec la belladone; l'amélioration se prononça de plus en plus; et, après quelques légères oscillations, quelques légers retours partiels de douleurs, qui cédèrent à des inoculations de morphine, l'amélioration se prononça de plus en plus; si bien qu'au bout d'un mois et demi environ le malade put quitter l'hôpital.

— Le deuxième malade était un matelot âgé de vingt-cinq ans, qui venait de faire une campagne de vingt-sept mois sur les côtes occidentales d'Afrique, où il avait été sujet à de fréquents accès de fièvre intermittente, qui n'ont complétement disparu qu'après sa rentrée en France. Quelques années avant, il avait eu la fièvre jaune à Saint-Domingue. Ce fut à la suite de cette fièvre jaune qu'il fut atteint pour la première fois de douleurs névralgiques siégeant principalement dans le côté gauche du corps. Depuis cette époque, ces douleurs ont reparu à intervalles variables, principalement sous l'influence du froid humide; puis il a été presque sans relâche tourmenté par des douleurs erratiques, et ses forces ont commencé à décliner.

Ce malade entre à l'hôpital le 14 septembre en proie depuis quelques jours à de nouveaux accès de fièvre intermittente quotidienne et à des douleurs vagues dans la tête, dans le côté gauche de la poitrine et les membres. L'administration de l'extrait de quinquina et du sulfate de quinine enraye la périodicité, mais ne diminue pas l'état de malaise général. Il existe un état d'éréthisme considérable accompagné de céphalalgie intense et de phénomènes nerveux bizarres et difficiles à définir, qui durent ainsi jusque vers la fin d'octobre.

Dans les premiers jours de novembre, frappé de l'intensité de quelques points douloureux que le malade accuse sur diverses parties du corps, M. Fonssagrives l'explore avec soin et constate dans le côté gauche de la poitrine et de l'abdomen une quarantaine de points douloureux, qui paraissent au premier abord disséminés sans ordre, mais qui, reliés les uns aux autres par des lignes fictives, dessinent en réalité la direction des espaces intercostaux. En arrière, le nerf sous-occipital gauche est le siége de deux foyers douloureux. Deux autres points suivent le relief externe du tra-

BIBLIOGRAPHIE.

Essai sur l'accouchement physiologique, par M. le docteur Mattei.

(1 vol. in-8° avec figures. Chez Victor Masson.)

A plus d'un esprit sensé et intelligent, à plus d'un médecin instruit en pratique comme en théorie, il pourra d'abord paraître singulier que, après les traités d'accouchements nombreux et pour la plupart bien faits, qui ont été publiés depuis un demi-siècle, un homme se soit rencontré qui ait entrepris de faire un gros volume sur l'accouchement physiologique, et qui ait eu la prétention d'y présenter des considérations originales, d'y ouvrir des horizons nouveaux. Après les Baudelocque, les Antoine et les Paul Dubois, les Capuron, les Cazeaux, vouloir écrire du nouveau au point de vue de l'accouchement physiologique, cela semble, en effet, le résultat ou d'une rare outrecuidance, ou d'un état intellectuel voisin de l'insanité....

Et cependant voici un honorable praticien, connu dans son pays natal pour un accoucheur distingué, professeur habile et chef du service obstétrical de l'hospice de Bastia, qui vient soutenir que les notions que possède la médecine actuelle sur l'accouchement physiologique ne sont pas complètes, qu'il y a beaucoup de choses à apprendre encore dans cette branche de l'art, et que l'humanité, comme la science, ne peuvent que gagner à la connaissance des recherches nouvelles dont il a fait l'objet de ses études.

Eh bien! après avoir attentivement lu son livre, on restera facilement convaincu que l'auteur de l'ouvrage que nous avons sous les yeux n'est en effet ni un fou, disons le mot, ni un ignorant bouffi d'orgueil et rempli de présomption. C'est un savant laborieux et modeste, qui a beaucoup vu, beaucoup observé, et que des études spéciales continuées avec persévérance ont conduit à la détermination de dogmes et de préceptes nouveaux, intéressants sous le rapport de la science comme utiles sous celui de l'art. Examinons donc avec attention son travail, et cherchons à porter sur lui un jugement impartial.

Et d'abord disons que ce n'est pas un traité d'obstétrique qu'il a voulu faire; s'il touche nécessairement à presque tous les points de l'obstétrique, tout dans son livre a pour but l'accouchement physiologique exclusivement; la pathologie, il le déclare, sort de son cadre. Ce n'est non plus ni un traité élémentaire ni un compendium d'érudition, et il n'est destiné qu'à ceux qui connaissent déjà l'art des accouchements.

L'obstétrique, suivant M. Mattei, est cette branche des connaissances médicales qui a pour objet l'étude de l'être humain depuis le moment de la fécondation jusqu'à la fin de l'allaitement, c'est-à-dire pendant la période la plus imparfaite et la plus délicate de la vie. Son but est de favoriser la venue au monde de l'enfant, et de la rendre la plus exempte que faire se peut de dangers et d'accidents. En un mot, l'accouchement *physiologique*, c'est-à-dire celui qui se ferait dans les conditions de la santé pour la mère et pour l'enfant, est le dernier terme auquel elle doit prétendre.

L'accouchement dit naturel est-il l'accouchement physiologique? Non, dit M. Mattei, et il le prouve en analysant rapidement les phénomènes qui se produisent le plus ordinairement dans l'accouchement. Tous ces phénomènes ne peuvent être considérés comme compatibles avec l'état de santé. Ainsi, par exemple, les hémorrhagies, les douleurs atroces, ces *hémorrhagies du système nerveux*, aussi redoutables pour la femme et qui l'épuisent autant que celles du système sanguin, les accidents qui succèdent à l'expulsion du fœtus, constituent véritablement un état pathologique. Si l'obstétrique veut continuer à compter l'accouchement au nombre des fonctions physiologiques, il faut qu'elle lui ôte le caractère pathologique qu'elle lui a laissé jusqu'ici.

Le type de l'accouchement physiologique naturel est celui qui se fait promptement, sans douleurs trop vives, sans accidents consécutifs pour la mère et pour l'enfant. Peut-on obtenir un accouchement physiologique artificiel? M. Mattei répond affirmativement à cette question, et les raisons qu'il donne à l'appui de cette opinion sont si bonnes, que l'on est bien souvent entraîné à penser qu'il a raison. Qu'on nous permette une courte citation :

« Lorsque la nature, dit-il, produit par ses propres forces l'accouchement physiologique, elle ouvre largement le col utérin avant le commencement des douleurs, ou elle le rend si souple qu'il est promptement dilaté par les premières contractions douloureuses. Pour nous rapprocher de ce résultat, nous favorisons pendant la grossesse le ramollissement du col en même temps que son effacement et son ouverture. De cette manière, nous abrégeons le temps de la dilatation, qui est ordinairement le plus long.

» Dans l'accouchement physiologique naturel, il y a toujours présentation du sommet; et pourvu qu'on nous fasse examiner la femme dans le cours du huitième mois ou au commencement du neuvième, et au début du travail, nous ramenons à cette présentation celles du siége, du tronc et de la face.

» Dans l'accouchement physiologique naturel, l'occiput est toujours tourné en avant, et lorsque la rotation de la tête ne se fait pas facilement, nous aidons à cette rotation, de manière que toutes les positions soient ramenées à des occipito-antérieures.

pèze. On en trouve deux au bord antérieur de la clavicule, un au sommet de l'apophyse épineuse de la quatrième vertèbre cervicale, un très-vif sur la septième, d'où s'étend une traînée transversale de points qui se dirigent obliquement de haut en bas et de dedans en dehors; un sur la première dorsale, d'où part une seconde traînée également oblique, etc. Trois points vertébraux existent le long des dernières apophyses épineuses dorsales et des premières lombaires.

En avant, chaque espace intercostal présente soit un, soit deux, soit trois points névralgiques; une série de foyers douloureux dessinent l'arc formé par le rebord des fausses côtes; trois points existent dans la portion sus-ombilicale droite de l'abdomen. On constate, enfin, à la tête trois points sourcilliers, un point jugal, un point maxillaire inférieur, et au cou trois ou quatre points disséminés sur le trajet du nerf sterno-mastoïdien.

Sous l'influence de la belladone les douleurs s'amendent d'abord un peu; mais elles reparaissent plus intenses quelque temps après et se manifestent sous forme d'élancements occupant principalement le côté gauche de la poitrine et de l'abdomen. De nouveaux vertiges apparaissent avec insomnie, inappétence et état de malaise général. Bientôt il survient une névralgie irienne à accès nocturnes qui arrache des cris déchirants au malade. A mesure que les douleurs du torse semblent diminuer, les branches crâniennes deviennent plus douloureuses. Ce balancement antagoniste entre les névralgies de la face et celles du tronc se maintient pendant plusieurs jours. Enfin, il se manifeste de nouveaux accès de fièvre irréguliers à type insaisissable. Pendant que la fièvre a lieu, les douleurs névralgiques diminuent notablement d'intensité; en quelques points elles sont remplacées par une anesthésie cutanée superficielle. Les pneumogastriques semblent, par moments, devenir à leur tour le siége de troubles spéciaux, accusés par une petite toux convulsive et sèche presque continue avec enrouement passager.

L'action de la belladone, qui avait d'abord produit du soulagement, paraissant épuisée, le malade est mis à l'usage des pilules de Méglin (de 2 à 16 progressivement par vingt-quatre heures), et les accès fébriles reprenant une sorte de périodicité, on recourt de nouveau à la quinine.

Au commencement de décembre, accès paludéens mieux marqués, avec frisson initial. A dater de ce moment, l'état se modifie peu, et présente des alternatives de mieux et d'aggravation. Toutefois, sous l'influence de la teinture de Fowler à doses progressives de 4 à 20 gouttes par jour, les accès intermittents deviennent plus rares, les douleurs diminuent d'intensité, l'appétit se relève. Mais on retrouve encore, par la palpation, la plupart des foyers douloureux persistant. C'est dans cet état de guérison bien imparfaite que le malade quitte l'hôpital vers la fin de janvier.

Ces deux observations, qui présentent entre elles la plus grande ressemblance : 1° par la multiplicité des foyers névralgiques; 2° par l'origine évidemment paludéenne de l'affection; 3° par les accès fébriles périodiques qui se sont manifestés pendant toute sa durée; 4° enfin par l'amélioration relative que les antipériodiques ont déterminée, viennent compléter et éclairer sur quelques points l'histoire de la névralgie générale, qui ne comptait jusque-là que les faits publiés par Valleix et ceux que M. Leclerc a consignés depuis dans sa thèse inaugurale. Elles mettent en relief, au point de vue étiologique, une cause que ni Valleix ni M. Leclerc n'avaient été à même de constater, l'influence paludéenne. Comme marche et symptômes, elles ont présenté en général les caractères assignés à cette affection : lenteur du début; multiplicité des foyers névralgiques, révélés tantôt par des douleurs spontanées, tantôt par la pression; affaiblissement des membres, vertiges, obtusion accidentelle de la sensibilité de la peau dans certains points, etc. Le caractère paroxystique seul les fait différer; mais cette différence s'explique naturellement par l'influence palustre.

Il y aurait lieu d'examiner ici un point de diagnostic extrêmement important, et dont l'examen ne tendrait pas à moins qu'à mettre en question la nature même de l'affection, et la légitimité de la détermination de Valleix, adoptée par M. Fonssagrives et appliquée aux deux observations qui précèdent. Nous voulons parler de la question de savoir si les faits constatés par ces deux habiles observateurs méritent réellement le nom de névralgie générale, c'est-à-dire s'ils consistent réellement en une affection purement périphérique des nerfs, ou si pour quelques-uns au moins l'existence de ces points névralgiques ainsi disséminés sur toute la surface du corps n'était pas liée à l'existence d'une affection des centres nerveux eux-mêmes. Disons tout d'abord que pour les faits de Valleix, il ne nous paraît pas pouvoir être élevé de doute sérieux à cet égard. Indépendamment de l'absence d'état fébrile et de symptômes généraux qui puissent être rapportés à l'affection de l'un des centres de l'axe cérébro-spinal, le succès du seul moyen de traitement employé, la cautérisation transcurrente sur le trajet des points douloureux, ne laisse place à la moindre incertitude. Mais il n'en est pas tout à fait de même, malgré leur ressemblance, pour les faits de M. Fonssagrive, où la complication, sinon l'identification d'une affection intermittente d'origine palustre avec les points névralgiques, et la médication complexe qui a été mise en usage, rendent le diagnostic différentiel beaucoup plus difficile et plus obscur. Il serait trop long d'exposer ici tous les motifs qui nous ont paru susceptibles de faire naître ces doutes, malgré le soin extrême avec lequel l'auteur a cherché à les dissiper. Il nous suffira de les avoir soulevés, renvoyant ceux de nos lecteurs qui seraient désireux de s'éclairer plus complétement sur ce point, à l'intéressant travail de M. le professeur Fonssagrives.

Ulcération très-étendue de l'estomac guérie spontanément.

On se rappelle que M. le professeur Cruveilhier, dans son important mémoire sur l'ulcère simple de l'estomac, a appelé l'attention des médecins sur l'existence propre de cet ulcère, indépendamment du cancer ou de toute autre altération organique de cet organe; sur ses caractères distinctifs, sur son diagnostic différentiel comparé avec le cancer, la gastralgie et les diverses formes de gastrite chronique avec lesquelles il avait été jusque-là généralement confondu. Depuis ce travail, tous les faits de ce genre ont acquis un nouveau degré d'importance, et tel cas qui, avant la publication de ces recherches, eût pu sembler n'offrir qu'un pur intérêt d'anatomie pathologique, rapproché des faits exposés dans le mémoire de M. Cruveilhier, devient un nouvel élément d'instruction, soit qu'il confirme, soit qu'il infirme à quelques égards les conclusions du savant professeur.

Plusieurs cas d'affections chroniques de l'estomac réunis en ce moment dans le service de la clinique de l'Hôtel-Dieu, ont fourni l'occasion à M. Trousseau d'examiner et de discuter quelques points relatifs à ce sujet, qui n'intéresse pas moins la médecine pratique que la nosologie et l'anatomie pathologique elle-même. L'examen de cette question demandant des développements dans lesquels nous n'avons ni l'intention ni la possibilité d'entrer en ce moment, ce sera l'objet d'une de nos prochaines *Revues*. Mais nous ne voulons pas laisser échapper l'occasion de signaler un fait qui a été observé récemment dans le service clinique de M. le professeur Rostan, et qui vient apporter un nouveau témoignage à l'appui de ces deux propositions du mémoire de M. Cruveilhier, savoir : qu'il existe une maladie de l'estomac anatomiquement caractérisée par un ulcère simple de cet organe; que cet ulcère est curable, et tend spontanément et naturellement à la guérison.

Voici ce fait, observé et recueilli par M. le docteur de Beauvais, chef de clinique de l'Hôtel-Dieu, qui a procédé lui-même à l'autopsie, et qui a bien voulu nous communiquer les détails précis qu'il a constatés.

Le 30 novembre, entre à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte-Jeanne, service de M. le professeur Rostan) un homme de quarante-six ans, d'une forte constitution, d'un embonpoint modéré, d'une taille au-dessus de la moyenne, dans un état de suffocation imminente. L'examen clinique fait reconnaître une bronchite aiguë capillaire, datant de six jours, développée chez un emphysémateux. Le malade, loin d'avoir le visage cyanosé, offre une teinte jaunâtre organique qui attire l'attention. Questionné sur l'état des fonctions digestives, cet homme déclare que depuis six ans il souffre de l'estomac et vomit fréquemment; il a même vomi du sang et des matières noirâtres il y a plusieurs années. Les digestions sont pénibles, difficiles encore en ce moment, et souvent suivies de vomissements; constipation habituelle. Le palper de la région épigastrique est légèrement douloureux; on constate une certaine dilatation par des gaz et du liquide, et un bruit de gargouillement.

Les parois de l'estomac semblent indurées.

Une saignée, des ventouses, l'inhalation de chloroforme, la potion razorienne (celle-ci a été tolérée) furent ordonnées; néanmoins le malade succombe dans un état de suffocation cruelle et continue le 3 décembre, à onze heures du soir.

L'autopsie est faite le 5 décembre au matin avec recommandation particulière d'examiner l'estomac.

Voici l'état qu'il présente :

Situation normale de l'estomac, dont la forme est irrégulière et globuleuse. Il est notablement dilaté, et sa capacité paraît augmentée.

Des adhérences celluleuses anciennes unissent solidement sa face antérieure avec la paroi abdominale. La face inférieure du foie et la rate ont aussi contracté des adhérences avec cet organe. Le pancréas surtout est tellement accolé à la face postérieure de l'estomac qu'il est fort difficile de l'en détacher sans rupture.

La petite courbure est revenue sur elle-même; ses deux extrémités sont plus rapprochées qu'à l'état normal.

A l'incision, les parois de l'estomac paraissent épaissies.

A l'intérieur de l'organe on constate ce qui suit : les plis de l'estomac ont disparu. La muqueuse offre un aspect de pâleur particulier. L'orifice pylorique est épaissi, induré, sans rétrécissement; mais une altération fort remarquable frappe les yeux lorsqu'on regarde la face postérieure. Immédiatement en arrière de la petite courbure, et parallèlement à elle, existe une perte énorme de substance qui intéresse toutes les membranes de l'estomac; elle mesure 8 centimètres de longueur sur 4 centimètres de largeur. La forme de cette ancienne et véritable ulcération est ellipsoïde; elle présente une dépression de 6 à 8 millimètres. Les bords sont taillés à pic, recouverts par une membrane transparente, lisse, d'aspect séreux, se continuant sans ligne de démarcation avec la muqueuse de l'estomac.

Le fond de l'utérus est tapissé par la même membrane, qui laisse voir par la transparence un tissu grenu, régulier. Si l'on renverse l'estomac, on constate qu'une oblitération complexe de cet ulcère est formée par la partie moyenne du pancréas, qui a contracté avec les bords de cette perte de substance des adhérences intimes et fort solides, et constitue directement une partie de la paroi stomacale. Les intestins sont à l'état normal, et renferment des matières vrillées fort dures.

Les poumons, engoués à leur base, présentent, surtout en avant, les signes anatomiques de l'emphysème. Les bronches sont le siége d'une rougeur vive et uniforme; elles ne sont pas obstruées par du muco-pus.

Le cœur est dilaté, sacciforme; il contient peu de sang.

Rien de particulier dans les autres organes.

De l'emphysème primitif ou spontané dans les fractures des membres.

Quelle est l'origine et le mécanisme de la production de l'emphysème primitif ou spontané qui complique les fractures des

---

» Dans l'accouchement physiologique naturel, la sortie du fœtus à
» travers les détroits et la vulve est assez facile, prompte et sans
» accidents, et nous nous sommes rapproché de ce résultat en ne
» laissant la tête de l'enfant dans l'excavation que deux heures environ
» après la dilatation suffisante du col.

» La nature produit peu de douleurs, et nous avons tâché de l'imi-
» ter en abrégeant la durée du travail, en évitant le tiraillement des
» tissus, en émoussant au besoin la sensibilité de la femme.

» La nature, enfin, fait cet accouchement sans compromettre la vie
» de la mère ni celle de l'enfant, et depuis que nous avons mis en
» pratique nos procédés, nous comptons déjà des centaines de cas
» sans avoir vu succomber une seule femme ou un seul enfant. »

Si tout cela est vrai, et l'auteur apporte des faits nombreux à l'appui de ses assertions, ne faudra-t-il pas convenir avec lui qu'il y a possibilité de créer un accouchement physiologique artificiel, et que ces idées, si loin qu'elles s'écartent de celles qui sont reçues depuis des siècles, méritent d'être sérieusement examinées?

Dans la seconde partie de son livre, M. Mattei s'efforce de prouver que l'accouchement n'est que le dénoûment d'une scène que la nature a préparée de très-longue main. Il étudie les voies qu'elle suit avant et pendant la grossesse pour arriver à l'accouchement physiologique, et établit quelle doit être la conduite de l'accoucheur pour la ramener à ses vues quand elle s'en éloigne. Autant de chapitres distincts sont consacrés à l'examen des conditions générales et locales qui, avant et pendant la grossesse, sont nécessaires à cet accouchement; à l'influence, par exemple, que peuvent avoir l'hygiène et l'éducation sur la conformation de la femme dans les classes aisées et les classes pauvres, etc. Quant au fœtus, l'auteur l'examine en lui-même et dans ces rapports qu'il peut avoir avec la mère, cherche à déterminer d'une manière positive les moyens d'exploration à l'aide desquels on peut arriver à connaître les diverses attitudes qu'il peut prendre à la fin de la grossesse, et indique les procédés qui lui ont paru les plus convenables pour rectifier ces attitudes lorsqu'elles ne sont pas dans les conditions voulues pour cet accouchement.

Parmi les articles contenus dans ce chapitre, *Des signes sensibles*, nous recommanderons tout particulièrement la lecture de celui qui est consacré au palper, à la manière de le pratiquer, et aux renseignements qu'il peut fournir dans une foule de circonstances, particulièrement lorsqu'il s'agit de reconnaître la position de l'enfant. L'habileté de M. Mattei sur ce point est du reste véritablement merveilleuse; et il y a quelques jours à peine nous l'avons vu, à la Clinique, diagnostiquer, au moyen du palper seul, une grossesse double que n'avait pu faire reconnaître l'auscultation.

La troisième partie est nécessairement la plus importante, puisqu'elle renferme les déductions pratiques de ses recherches, traite de l'accouchement physiologique lui-même, et des moyens que l'art peut mettre en usage pour y ramener, ou pour en rapprocher, du moins autant que possible, les accouchements qui s'en écartent. Ici figure en première ligne l'accouchement que fait la nature sans le secours de l'art et sans presque causer de souffrances à la mère ni à l'enfant; puis ce même accouchement lorsqu'il est fait par la nature avec un peu plus de difficulté et en produisant des douleurs, sans cependant perdre complétement encore son caractère physiologique; enfin vient celui qui, abandonné à la nature, deviendrait pathologique, et qui, par les ressources de l'art, peut arriver à peu près aux mêmes résultats que l'accouchement physiologique naturel.

Ici, l'auteur a dû entrer dans de longs détails sur les divers temps du travail de l'accouchement, sur les circonstances qui les facilitent ou les contrarient; sur les causes qui le déterminent, les phénomènes qui l'accompagnent ou le suivent; enfin sur ce qu'il faut favoriser, combattre ou remplacer par des moyens artificiels.

Dans la quatrième et dernière partie, l'auteur expose sa manière d'observer, et reproduit un nombre d'observations assez grand pour justifier tout ce qu'il a théoriquement décrit.

A coup sûr, le livre de M. Mattei est un ouvrage d'une haute portée. En supposant même que l'on ne veuille pas admettre dans leur totalité l'ensemble de vues nouvelles qu'il expose avec tant de chaleur et de conviction, on ne peut se refuser à convenir qu'il a ouvert une voie toute nouvelle aux investigations des accoucheurs; que ses idées, le plus souvent originales, sont frappées au coin de la vraisemblance, disons mieux, de la vérité, en même temps que de l'honnêteté scientifique et professionnelle la plus pure. Puisse la pratique générale réaliser les promesses qu'il nous fait, et son nom restera honorablement attaché à l'histoire de l'obstétrique, en même temps que les pauvres patientes béniront le nom de celui qui, en leur épargnant de cruelles souffrances, aura doublé pour elles les joies de la maternité.

Dr A. Foucart.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De l'inanition et de ses rapports avec la thérapeutique, l'hygiène et la médecine légale, par le docteur X. Bourgeois (de Tourcoing). In-8°. Prix : 1 fr. — Chez tous les libraires de médecine.

membres ; quelle est son importance au point de vue du pronostic, et quels moyens efficaces l'art peut et doit-il opposer ? Telles sont les questions que M. le docteur F.-T. Boureau s'est proposé de résoudre à l'occasion de deux exemples d'emphysème primitif qui se sont offerts à son observation dans le service de M. le professeur Velpeau, pendant le cours de l'année. Deux faits, c'est bien peu sans doute pour résoudre des questions de cette nature. Mais outre que les faits de ce genre ne sont pas très-communs et qu'on n'en rencontre pas tous les jours dans la pratique, ceux-ci portent réellement avec eux un enseignement que M. Boureau a eu d'autant plus raison de ne pas négliger, qu'il était guidé dans leur appréciation par l'expérience de son maître. Des recherches sur les observations analogues consignées dans les annales de la science ont permis d'ailleurs de compléter ce qu'ils auraient eu d'insuffisant en eux-mêmes, et de contrôler les points de pratique qu'il s'agissait d'en déduire.

Voici en quelques mots les résultats principaux de ces recherches dont M. Boureau a fait le sujet de sa thèse :

L'emphysème primitif traumatique des membres sur lequel M. Velpeau a l'un des premiers appelé l'attention, ne paraît pas avoir été envisagé de la même manière par tous les chirurgiens, tant sous le rapport du mécanisme de sa production que de sa gravité. C'est sur ces deux faits principalement que M. Boureau a cherché à fixer l'opinion.

Il résulte de l'analyse de tous les faits qu'il a pu réunir que la cause de l'emphysème primitif est toujours la même, ou, en d'autres termes, qu'il se manifeste toujours dans des conditions identiques, savoir : toutes les fois qu'une solution de continuité dans un point quelconque d'un os s'accompagne de dilacération des tissus qui le recouvrent. C'est seulement quand le corps vulnérant qui est venu frapper l'os le brise dans l'endroit soumis immédiatement à la percussion et le met en contact avec l'air extérieur que l'emphysème primitif peut se produire, ou même encore dans les fractures par contre-coup, lorsque la cause fracturante, continuant à agir, pousse les fragments à travers les parties molles et les déchire. Ces conditions connues, le mécanisme de la production de l'emphysème s'explique de lui-même, par l'infiltration de l'air atmosphérique à travers les tissus béants, et il n'est plus nécessaire pour s'en rendre compte de recourir aux hypothèses d'une sécrétion gazeuse, ou de la formation spontanée de gaz dans l'intérieur même des tissus organiques.

Quant à la gravité de l'emphysème primitif, elle est beaucoup plus grande qu'on ne serait porté à le penser au premier abord et que plusieurs chirurgiens n'inclinent à le croire. Il a eu des suites mortelles dans le plus grand nombre des faits connus. Suivant M. Velpeau, cette gravité tiendrait moins à la présence de l'air qu'à sa combinaison probable avec le sang épanché, dont il hâte la décomposition en lui donnant des propriétés toxiques. Quoi qu'il en soit de cette explication, le fait subsiste et reste acquis au pronostic.

Le fait suivant, en même temps qu'il légitime la gravité du pronostic porté, fera connaître la série des phénomènes qui ont suivi l'emphysème et amené la terminaison fatale.

Un malade entre en janvier dans le service de M. Velpeau pour une fracture des deux os de la jambe compliquée de deux petites plaies et d'une infiltration emphysémateuse. Rien au premier abord ne semblait indiquer une complication grave, lorsque, ainsi que ce professeur en avait exprimé la crainte, après trois jours d'un état très-satisfaisant, le malade commença à accuser au niveau de la fracture une douleur accompagnée d'un peu de rougeur et d'empâtement ecchymotique mal limité, avec un peu de fièvre (c'était le mardi 9 janvier).

Deux jours après (jeudi, 11), le malade accusant de la douleur dans le tiers inférieur de la face interne de la cuisse gauche, on remarque en ce point une teinte bronzée de la peau. Une coloration semblable existe aussi dans le tiers supérieur de la jambe. A dater de ce jour, le malade se plaint d'un malaise plus considérable; il perd l'appétit, la bouche devient pâteuse, le pouls s'élève (90 à 100 pulsations).

Le jour suivant (12) le siége de la fracture est considérablement œdématié; il n'y a plus d'emphysème appréciable. Un empâtement liquide de toute la région affectée donne au toucher la sensation de fausse fluctuation. Un sang noirâtre s'écoule par les petites plaies; de nombreuses ecchymoses existent aux environs de la fracture. Nausées, pouls petit et fréquent.

Le 13, agitation extrême dans la nuit; envies de vomir de plus en plus fréquentes, selles diarrhéiques, hoquet, délire, en un mot tous les symptômes d'une infection putride qui vont croissant le 14 et le 15, jusqu'à la nuit du 15 au 16, où le malade succombe.

Des divers moyens qui ont été conseillés pour arrêter la marche de l'emphysème primitif, un seul paraît mériter réellement quelque confiance; ce moyen est la compression circulaire. C'est le seul du moins qui ait paru avoir de bons résultats dans ce cas, mais à la condition d'être mis en œuvre aussitôt après l'accident, et que la compression soit faite exactement au-dessus et au-dessous de la plaie et de la tumeur gazeuses, afin d'empêcher l'air de franchir de nouvelles couches de tissu cellulaire. Le fait suivant en est un exemple remarquable.

Un homme de quarante-cinq ans, d'une forte constitution, est amené à la Charité avec une fracture des deux os de la jambe produite par une chute d'un échafaudage. A son arrivée, on constate l'existence d'une tuméfaction considérable des parties molles, s'étendant en haut jusqu'à l'articulation fémoro-tibiale, et descendant en bas jusqu'au tiers inférieur de la jambe. Vis-à-vis du lieu de la fracture et au niveau de l'extrémité inférieure du fragment supérieur, existait une petite plaie très-étroite, communiquant avec le foyer de la fracture, et qui paraissait avoir été produite par le fragment supérieur. La main promenée légèrement au-dessus et au-dessous de la solution de continuité percevait une crépitation superficielle, évidemment due à l'infiltration de l'air dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Après avoir opéré la réduction de la fracture, on pratiqua la compression à l'aide de plusieurs tours de bande au-dessus de l'emphysème et au-dessous de la plaie des parties molles. Le membre fut ensuite placé dans une gouttière en fil de fer ouatée, et le tout recouvert de compresses imbibées d'eau blanche.

Le lendemain l'emphysème existait toujours, mais il ne s'était pas étendu ; le malade souffrait moins.

Trois jours après (le quatrième de l'accident), l'emphysème avait diminué, mais il existait toujours à la jambe un gonflement considérable compliqué d'une teinte érysipélateuse des téguments. Bouche pâteuse; perte d'appétit; envies de vomir; insomnie; pouls à 90.

Le cinquième jour, plus d'emphysème, plus d'envies de vomir.

Les jours suivants, retour de l'appétit; sommeil; absence de douleur; une suppuration de bonne nature s'établit dans la plaie, qui ne tarde pas à se cicatriser. — D[r] Brochin.

HOPITAL COCHIN. — M. Gosselin.

Polypes saignants orbito-naso-maxillaires. — Opération.

Eugénie L..., âgée de trente-huit ans, demeurant à l'hôpital de la Charité, entrée à l'hôpital Cochin le 9 juillet 1855.

Cette malade est atteinte depuis sept ans de polypes des fosses nasales qui, dans cette dernière année surtout, ont acquis un grand développement.

Dès le début, le caractère le plus saillant et le plus grave de l'affection a été une extrême tendance aux hémorrhagies. Le plus souvent celles-ci étaient spontanées. Au dire de la malade, elles étaient quelquefois assez abondantes pour remplir la moitié d'une cuvette. Des tentatives d'arrachement faites à diverses époques à la Charité furent suivies de pertes de sang inquiétantes, ce qui paraît avoir décidé MM. Gerdy et Velpeau à s'abstenir de toute opération.

En dernier lieu, Eugénie L... était entrée à l'hôpital des Cliniques, et M. Nélaton avait résolu de la débarrasser de sa tumeur; mais elle ne put se résoudre à subir l'opération et quitta l'hôpital.

Etat actuel. — Le côté gauche de la face est considérablement déformé; la racine du nez est aplatie et élargie; l'orbite et la joue sont confondus dans une tumeur dont le sommet, dirigé en avant et en dehors, déborde de 2 centimètres environ le niveau du front, et est occupé par l'œil. Malgré une exophthalmie aussi prononcée, la vision est conservée et l'occlusion des paupières est encore possible; mais il y a de la diplopie. Dans certains points, la tumeur donne à la palpation une sensation de parchemin; elle est mollasse dans les autres, notamment au niveau des os propres du nez, qui sont complétement détruits. La peau n'est pas altérée. La narine gauche est occupée par une production dont l'aspect est celui d'un polype muqueux très-vasculaire, et qui pénètre dans la fosse nasale droite en perforant la cloison vers sa partie moyenne. En arrière, la tumeur proémine dans le pharynx et refoule le voile du palais. La voûte palatine, sans être déformée, a cependant perdu, sur la ligne médiane, sa consistance osseuse. La tumeur est indolente; les ganglions circonvoisins sont sains.

Actuellement, les épistaxis n'ont rien perdu de leur fréquence. L'exploration à l'aide du doigt porté derrière le voile du palais détermine l'écoulement d'une certaine quantité de sang. La compression de la tumeur extérieure ne donne lieu à aucun trouble cérébral. La déglutition est très-pénible; la respiration ne se fait que par la bouche. Il y a souvent de la dyspnée, surtout la nuit. L'ouïe est très-affaiblie, surtout à gauche. L'odorat est complétement aboli; le goût est aussi presque perdu.

L'extérieur de la malade dénote une anémie prononcée qu'expliquent ses pertes de sang répétées et l'impossibilité où elle est depuis plusieurs mois de prendre autre chose que des soupes. C'est probablement à cette cause qu'il faut rapporter les migraines assez fréquentes dont elle se plaint. Les commémoratifs de famille font naître un soupçon de tubercules pulmonaires qui n'est pas confirmé par l'examen de la poitrine.

Il n'est pas difficile de prévoir le résultat inévitable de l'expectation dans ce cas, à en juger par l'état d'affaiblissement déjà produit par les pertes de sang. L'indication est évidente, il faut enlever la tumeur source des hémorrhagies ; reste à déterminer le procédé le plus convenable pour cette ablation. Or, la principale difficulté de l'opération consiste dans l'imminence d'une hémorrhagie; l'arrachement ne met pas à l'abri de ce danger. Pour y parer, il importe donc de découvrir largement la tumeur, dans le double but de l'enlever complétement, et surtout de faciliter l'emploi immédiat des moyens hémostatiques. En d'autres termes, il faut recourir à une opération composée.

Le 25 juillet, après avoir fait prendre dans la matinée un lavement de bouillon à la malade, on procède à l'opération. Elle peut se décomposer ainsi :

1° Incision verticale sur la ligne médiane du nez, joignant en bas la narine, en haut une incision faite suivant le sourcil gauche; renversement en dehors du lambeau ainsi obtenu. Section, tant avec les ciseaux qu'avec la pince coupante, de la partie antérieure du maxillaire supérieur, amincie et déjetée en avant.

Pendant ce temps de l'opération, il s'écoule de la sérosité sanguinolente d'un kyste situé à la surface de la tumeur.

2° Arrachement avec les doigts, par excision, des parties les plus saillantes de la tumeur. Dès que le passage est libre, obturation des narines postérieures à l'aide d'un gros tampon de charpie; achèvement de l'excision de la tumeur, dont l'implantation principale était sur le plancher des fosses nasales; enfin rugination au niveau de l'implantation.

La tumeur enlevée, il reste une vaste cavité réunissant les fosses nasales, l'orbite et les sinus frontal et maxillaire gauches.

3° Le tampon postérieur est laissé en place; on y ajoute, pour combler la cavité, un tampon en queue de cerf-volant, et on réunit le lambeau à l'aide de plusieurs points de suture.

La perte de sang a été très-peu considérable, grâce à la précaution qu'on a prise de faire suivre chaque coup de bistouri donné dans la tumeur d'un attouchement avec la charpie imbibée de perchlorure de fer. On a donné à plusieurs reprises, pendant l'opération, du bouillon et de l'eau rougie.

Le 26, la malade a été tourmentée pendant la nuit par des vomissements sanguinolents. Le tampon placé à l'ouverture postérieure des fosses nasales, cause une gêne considérable de la déglutition; on est forcé de le retirer le soir.

Les 28 et 29, on retire les points de suture. La réunion des lèvres de l'incision est parfaite.

Le 2 août, injection deux fois par jour d'eau tiède dans les fosses nasales. L'eau ramène à chaque fois du pus et de petits grumeaux noirâtres formés de sang et de perchlorure de fer. La malade commence à manger. — Viandes rôties.

Le 16, la suppuration est très-peu abondante. L'œil reprend peu à peu sa position normale, et la diplopie a en partie cessé. Les forces reviennent.

Le 22 octobre, la cicatrice de l'incision est linéaire. La respiration s'effectue librement par le nez; l'ouïe et le goût sont revenus complétement, l'odorat en partie seulement; mais la symétrie n'est pas encore rétablie entre les deux yeux. L'état général est aussi bon que possible. Les migraines, autrefois fréquentes, n'ont reparu que trois fois depuis l'opération, et la dernière le 20 août. — *Exeat.*

En février 1856, la malade vient faire constater la persistance de la guérison. Il y a cependant toujours un peu d'exophthalmie. R. V.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Bazin.

Cours de séméiotique cutanée, suivi de leçons théoriques et pratiques sur la scrofule et les teignes (1).

Pronostic. — D'une manière absolue, on peut dire que la scrofule est une maladie grave. Elle entraîne souvent la mort; et quand elle guérit, elle laisse le plus souvent après elle, comme traces indélébiles de son passage, des difformités et infirmités incurables. Elle est héréditaire ; et cette transmissibilité aux enfants, qui n'est que trop bien démontrée, jointe au dégoût qu'elle inspire et à la crainte imaginaire de la contagion, devient dans le monde un motif trop légitime d'empêchement aux mariages avec les personnes infectées de ce vice de la constitution.

Le pronostic doit varier cependant suivant une foule de circonstances particulières relatives aux causes, aux périodes, aux formes, à la marche, au siége et à la modalité des affections, aux accidents et aux complications, au mode de traitement et à la manière dont il est administré et suivi.

a. Causes. — La scrofule acquise est, toutes choses égales d'ailleurs, moins grave que la scrofule héréditaire. La scrofule des enfants est relativement moins grave que celle des adultes et des vieillards : dans l'âge adulte et dans la vieillesse, la scrofule débute le plus souvent par les accidents de la troisième et de la quatrième période.

b. Périodes. — Le pronostic est d'autant plus sérieux que la scrofule se montre dans une période plus avancée. Les scrofules viscérale et osseuse ont des suites généralement plus fâcheuses que les scrofules cutanée et muqueuse. Ce que je dis là s'applique aussi bien à la scrofule qui a suivi régulièrement ses périodes qu'à celle qui débute par un accident tertiaire ou quaternaire.

c. Formes. — Les formes larvée, fixe primitive et maligne sont plus graves que les formes bénigne et vulgaire. Quand les formes fixe primitive et ulcéreuse se trouvent réunies, le danger est extrême ; rien ne saurait arrêter les progrès de ces lupus que l'adjectif *vorax* caractérise d'une manière si expressive et si juste. Aucun traitement ne peut enrayer la marche de certaines tumeurs blanches qui, dans un temps très-court, désorganisent les articulations, ramollissent les os et se couvrent d'ulcères fongueux.

d. Marche. — Si la scrofule a une marche lente, si les périodes sont séparées par de longs intervalles, votre pronostic sera évidemment moins grave, parce que vous aurez le temps d'appliquer les remèdes sur l'efficacité desquels vous êtes en droit de compter.

e. Siége et modalité des affections scrofuleuses. — Bien qu'en général la gravité du pronostic soit en rapport avec les périodes de la maladie, il est juste de dire que le siége et la nature des affections scrofuleuses apportent à cette gravité de nombreuses modifications.

Les accidents d'une même période ne sont pas tous également redoutables. Dans la quatrième, la méningite granuleuse, la diathèse tuberculeuse générale font craindre une terminaison plus rapidement mortelle que la péritonite tuberculeuse, le carreau, la néphrite albumineuse, la phthisie scrofuleuse. Certaines tumeurs abdominales de nature scrofuleuse, les engorgements strumeux et tuberculeux des mamelles et des testicules n'ôtent pas toujours au médecin tout espoir de sauver le malade.

Dans la troisième période de la scrofule, le mal de Pott et la tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale, la carie du rocher

(1) Suite. — Voir les n[os] des 26, 28 juillet; 21 août; 4, 22 septembre; 20 novembre; 1[er] décembre 1855; 31 janvier; 7 février; 4 et 11 mars 1856.

l'emportent en gravité sur les autres accidents. Dans la seconde le lupus, toujours plus grave que la scrofule cutanée proprement dite, a quelquefois des effets désastreux, et dans la première l'ophthalmie désespère souvent le praticien le plus expérimenté par son opiniâtreté et ses fréquentes récidives.

Dans la transition de la première à la seconde ou de la seconde à la troisième période, les suppurations sous-cutanées, les ulcères, par leur nombre et leur étendue, constituent quelquefois des lésions fort graves.

Dans la cachexie scrofuleuse, la fièvre hectique, l'amaigrissement, les sueurs, qui ne sont pas des phénomènes ordinaires, doivent être considérés comme des symptômes du plus fâcheux augure. Quoi qu'on en ait dit, la fièvre, et même la fièvre dite de *croissance*, dans le cours de la scrofule, n'est jamais un bon signe.

f. Accident. — L'accident peut donner lieu à un pronostic très-fâcheux ou même mortel : tumeurs qui compriment les vaisseaux du cou, l'œsophage, les conduits aériens, les nerfs pneumo-gastriques; sphacèle à la suite de l'oblitération de la veine ou de l'artère principales d'un membre.

g. Complications. — Quelques-uns semblent exercer une influence favorable sur la marche de la scrofule, comme l'érysipèle. D'autres ne modifient en rien le pronostic : exemple, le favus et les autres variétés de teignes. La plupart, enfin, rendent le pronostic plus fâcheux et d'autant plus grave, qu'elles sont plus graves elles-mêmes.

h. Moyens thérapeutiques. — Enfin le pronostic, avons-nous dit, varie encore suivant le traitement adopté et suivant la manière dont il est administré. Si l'on confond la dartre avec les scrofulides primitives et qu'on donne des préparations arsénicales, que l'on prescrive des lotions astringentes, des bains d'alun, on s'expose aux *répercussions*, c'est-à-dire qu'on précipite la marche de la scrofule; on fait promptement disparaître l'affection cutanée en même temps que l'on hâte le développement de la scrofule interne ou viscérale.

Si dans la scrofule ganglionnaire vous ne donnez que de l'huile de morue, vous n'arriverez à aucun résultat.

Si dans la scrofule osseuse vous vous bornez, comme le font un grand nombre de praticiens, à donner matin et soir une cuillerée d'huile de foie de morue, vous n'obtiendrez aucune amélioration, et, quand arriveront les premiers signes de la cachexie, vous serez obligés de renoncer à tout moyen curatif.

Etiologie. — Dans la définition que j'ai donnée de la scrofule se trouve implicitement renfermée mon opinion sur l'étiologie de cette maladie. J'ai dit, en effet : c'est une maladie *non contagieuse* et le plus souvent *héréditaire*, par conséquent les influences extérieures ne jouent qu'un rôle secondaire dans sa production, et peuvent tout au plus être regardées comme causes occasionnelles.

Permettez-moi tout d'abord d'attirer quelque peu votre attention sur ces deux modes si importants de la transmission des états morbifiques, la *contagion* et l'*hérédité*.

Les auteurs ont été partagés d'opinion au sujet de la contagion. Charmetton, Bordeu, Lalouette ont cru la scrofule contagieuse. Charmetton va jusqu'à dire qu'elle est contagieuse à la manière de la variole, par contact direct, par inoculation et par l'intermédiaire de l'air atmosphérique, qui sert de véhicule au principe contagieux. Bordeu rapporte l'observation d'un mari qui fit cadeau à sa jeune épouse, le premier jour de ses noces, de la gale et de la scrofule. Cette scrofule, sans doute, n'était qu'une angioleucite déterminée par la piqûre de l'acarus. Peut-être, ce qui serait encore plus vraisemblable, était-ce un bubon syphilitique.

L'observation de chaque jour démontre que la scrofule n'est pas une maladie contagieuse. On peut impunément fréquenter les salles de scrofuleux; les infirmiers, qui sont journellement en contact avec les malades, qui pansent leurs ulcères, ne contractent pas la maladie. Kostum a inoculé le pus scrofuleux à des enfants; il n'est résulté de cette inoculation aucun accident scrofuleux. MM. Lepelletier en France, Goodlad en Angleterre, se sont inoculé la scrofule sans résultat.

Tous les auteurs aujourd'hui rejettent la contagion de la scrofule. Toutefois, si l'idée de contagion est abandonnée pour la maladie, elle ne l'est pas complétement pour toutes les affections de la scrofule. Ce n'est pas du favus que je veux parler : le favus est essentiellement contagieux; mais il est indépendant de la scrofule. Je veux parler de l'acné varioliforme, liée presque constamment à la constitution scrofuleuse; affection dont j'ai fait connaître le siége et la nature, et que quelques auteurs, M. Caillault entre autres, voudraient faire passer pour une maladie contagieuse. De cette circonstance particulière, qu'à un moment donné un grand nombre d'affections de même nature se présentent simultanément dans les hôpitaux, il ne faut pas en conclure que ces affections sont contagieuses; il n'y a là qu'une coïncidence fortuite, et c'est ce qui a lieu d'ailleurs pour toutes les affections de la peau. On voit, aux consultations de l'hôpital Saint-Louis, affluer à certaines époques les pemphigus, les zona, etc., tellement qu'on pourrait les croire épidémiques. Il doit en être de même du varus ombiliqué.

On a prétendu que le lait d'une nourrice scrofuleuse pouvait engendrer la scrofule chez le nourrisson : c'est là une erreur. Assurément ce lait n'est pas, pour l'enfant, une nourriture parfaitement saine, et je pense qu'il est peu de personnes disposées à faire choix, pour allaiter un enfant, d'une nourrice entachée de scrofule; mais je ne sache pas qu'une analyse comparative du lait des scrofuleuses et du lait de nourrices douées d'une bonne constitution ait été faite. Il se pourrait très-bien que le sang fût altéré dans la scrofule et que le lait d'une nourrice atteinte de cette maladie fût parfaitement bon, aussi riche en globules que celui d'une nourrice non scrofuleuse.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ÉTUDES SUR LES SENS EXTERNES OU BESOINS.

De la faim.

Par M. le docteur JUDÉE.

Les différences entre les sens externes et internes sont tellement grandes que je ne crois pas nécessaire d'y insister. Les perceptions, pour les premiers, ne se produisent que sous l'influence d'un excitant local; pour les seconds, il doit être au contraire général.

Mais il faut savoir comment pour ces derniers, et pour la faim en particulier, se produit cet excitant et sur quoi il agit, car c'est encore un sujet de doute.

On est assez généralement d'accord pour croire que la faim provient de ce que la proportion des liquides nutritifs n'est plus en quantité suffisante pour servir à la réparation, — et ce qui le prouve de la manière la plus nette, c'est l'expérience qui consiste à faire chez un animal à jeun une injection de sang artériel par la veine jugulaire et à constater, lorsqu'elle a réussi, l'absence du besoin d'aliments. — On pourra faire observer qu'après une semblable opération l'animal doit être légèrement *ému* et dans l'incapacité d'avoir le moindre appétit; mais sans aller chercher si loin, je dirai tout simplement que presque immédiatement après avoir pris des aliments liquides, surtout du bouillon, par exemple, la sensation de la faim disparaît, ce qui semble démontrer assez clairement que sa cause première tient à ce que la proportion des liquides nutritifs n'est plus en rapport avec celles des besoins de réparation. Du reste, j'ai tort d'insister sur ce fait, car tout le monde est à peu près d'accord pour le reconnaître.

Ainsi le défaut de proportion des principes alimentaires du sang est la cause première de la sensation de la faim. Il faut chercher maintenant sur quel organe cette variété d'excitant agit. Tous les physiologistes ne s'entendent pas parfaitement sur ce point; les uns veulent que ce soit le cerveau, les autres l'estomac, et, on doit le reconnaître, tous donnent d'assez bonnes raisons en faveur de leur opinion.

Les premiers vous diront, par exemple : Le siége de la sensation de la faim est dans le cerveau; car, chez certains aliénés, c'est-à-dire chez les individus qui présentent des altérations plus ou moins appréciables de cet organe, cette sensation n'existe pas. Ils vous diront encore : Mais l'estomac n'est pas le siége primitif de la faim; car si vous coupez les pneumogastriques sur un animal, vous ne la faites pas disparaître. Ces raisons, comme on le voit, paraissent assez plausibles. Mais les seconds vous feront observer avec justesse que, chez la plupart des personnes qui souffrent de la faim, le siége principal de la douleur est l'estomac; que lorsque l'on y introduit des aliments, cette douleur cesse presque immédiatement. Se basant même sur cette donnée, ils ont cherché à expliquer de différentes manières la sensation pénible que les gens affamés éprouvent dans la région épigastrique; quelques-uns ont dit qu'elle était le résultat de la distension trop considérable des glandes contenant le suc gastrique; d'autres ont avancé qu'elle était produite par le frottement des parois de l'estomac l'une contre l'autre.

Les différents faits avancés par ces auteurs ne peuvent pas être mis en doute, ils sont d'observation journalière; mais en examinant de plus près, on s'aperçoit bientôt que l'on a confondu deux choses complétement différentes, et l'on a été conduit à cela en voulant rapprocher entièrement les observations faites sur l'homme de celles faites sur les animaux.

Dans la sensation de la faim, il y a en effet deux choses bien distinctes : le *sentiment* ou besoin, et la *sensation*, qui en est la conséquence et qui a pour siége l'estomac; les hommes sont à même de nous les faire connaître toutes les deux, les animaux ne sont capables de nous exprimer que la première.

Lorsque vous coupez les pneumogastriques, vous ne pouvez connaître qu'une chose, c'est si l'animal continue à avoir faim; mais vous ne pouvez pas savoir si la douleur d'estomac ou la sensation de la faim persiste; l'homme seul peut nous l'apprendre. La section de ces nerfs, chez lui, n'est pas chose praticable; mais cela n'est pas indispensable, l'observation directe suffit. Si, en effet, vous introduisez en petites quantités dans l'estomac d'une personne qui a faim des substances alimentaires ou non, vous voyez presque immédiatement la sensation de la faim disparaître, mais le sentiment ou besoin persister.

Ceci démontre de la manière la plus évidente, ce me semble, le siége précis de ces deux sensations, l'une résidant dans le cerveau, l'autre dans l'estomac.

La section des pneumogastriques et du grand sympathique, qui sont les seuls nerfs qui s'y rendent, nous démontrent en outre que le sentiment de la faim, ou besoin, ne se produit pas dans cet organe puisqu'il persiste après la section de ces nerfs, mais dans le cerveau, qui lui, au contraire, réagit sur l'estomac de manière à donner naissance à cette douleur désignée sous le nom de sensation de la faim. Il se passe là une sorte d'action reflexe dont le premier terme est cet état spécial dans lequel se trouve l'homme à jeun, et le dernier la sensation pénible pu'il éprouve dans la région épigastrique.

On peut se demander ce qui la produit. J'ai déjà dit qu'à ce propos on avait émis différentes opinions, mais qu'elles avaient été rejetées en partie comme n'expliquant qu'imparfaitement les phénomènes éprouvés par les personnes affamées. En admettant le mouvement reflexe, les choses changent de face, et la première théorie, qui consiste à regarder cette sensation comme étant due à l'accumulation du suc gastrique dans l'intérieur des glandes devient à peu près certaine; car il est parfaitement reconnu aujourd'hui que toute action reflexe sur les glandes détermine chez elles une sécrétion plus grande, de là une distension donnant naissance à la douleur.

Mais tout n'est pas encore fini, et il s'agit maintenant d'expliquer comment l'introduction dans l'estomac de substances non alimentaires peut la faire disparaître; c'est que sous l'influence de ces corps les parois de l'estomac entrent en contraction, et par conséquent permettent la sortie du suc gastrique. De sorte que toutes les théories émises sur la faim sont vraies ainsi groupées, mais erronées lorsqu'on les considère séparément.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 avril 1856. — Présidence de M. HUGUIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. RICHARD présente, au nom de M. Denonvilliers, le malade soumis à l'examen de la Société dans la séance du 6 février. Cet homme qui, à la suite d'une brûlure, offrait un renversement des deux paupières droites, a été opéré par un procédé autoplastique décrit par M. Denonvilliers. Il est maintenant complétement guéri des suites de l'opération. Les paupières ont été maintenues réunies entre elles. Dans quelques mois on détruira cette adhérence des paupières.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Crocq, professeur agrégé à l'Université de Bruxelles, adresse, pour obtenir le titre de membre correspondant, les ouvrages suivants :

Traité des tumeurs blanches des articulations;

Etudes sur le traitement des fractures de la jambe;

Sur la méthode amovo-inamovible et le bandage ouaté;

De la production et du mécanisme des positions dans les maladies articulaires;

Du traitement de l'ostéite vertébrale et des abcès par congestion;

Du traitement des fractures des membres. (Commission : MM. Lenoir, Larrey et Bouvier.)

— M. LARREY fait hommage d'une notice sur l'occlusion des paupières dans le traitement des ophthalmies et des maladies des yeux.

— M. MARJOLIN dépose sur le bureau, de la part de M. le professeur Seutin, membre correspondant, un mémoire imprimé sur les moyens de faire cesser l'étranglement herniaire sans recourir à l'opération sanglante.

Après avoir donné une analyse de ce travail, M. Marjolin exprime le regret que M. Seutin n'ait pu assister à la séance pour développer ses idées sur son nouveau mode de réduction des hernies étranglées par la déchirure de l'anneau inguinal ou du ligament de Gimbernat à l'aide du doigt, sans opération préalable, sans instrument tranchant.

Après cette communication de M. Marjolin, faite au nom de M. Seutin, la Société décide, sur la proposition de plusieurs membres, que le travail de M. Seutin ne saurait être discuté. Pour que la discussion puisse avoir lieu, M. Seutin devra envoyer, sous forme de mémoire manuscrit, la description de sa méthode, ou mieux encore assister à la séance.

Le secrétaire de la Société : Dr E. LABORIE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La démarche faite par les agrégés de la Faculté de médecine près de M. le doyen (*voir* notre numéro de mardi dernier), n'a pas eu, nous assure-t-on, le résultat qu'ils en attendaient.

Au lieu de se rendre à leurs observations, M. le doyen leur aurait présenté, au contraire, les avantages que l'enseignement doit retirer de la création des professeurs suppléants, et aurait ainsi, si nous sommes bien informés, converti à son opinion quelques-unes des personnes qui y semblaient d'abord le plus opposées.

Si la presse avait le droit de donner son avis en ces matières, nous savons bien les arguments que nous ferions valoir en faveur de la création nouvelle, et les écueils contre lesquels nous engagerions à se prémunir; mais nous avons la conviction que l'attention a été suffisamment appelée sur cette question pour qu'il lui soit donné la solution la plus désirable pour les progrès des études. — A. Bernard.

— MM. Charcot et Empis viennent d'être nommés médecins au Bureau central, à la suite du concours qui s'est terminé hier.

— Par arrêté du 23 février, M. Bastien, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de Nancy. Il est attaché en ladite qualité à la chaire d'anatomie et de physiologie.

— Par décret du 5 avril, l'élection faite par l'Académie des sciences de M. Jobert (de Lamballe), pour remplir la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie par suite du décès de M. Magendie, est approuvée.

— Par arrêté du 8 avril, M. Boyer, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de Clermont-Ferrand, en remplacement de M. Schneck, dont le temps d'exercice est expiré.

— Par un autre arrêté du même jour, la délégation de M. Giraudet fils en qualité de chef des travaux anatomiques de l'Ecole préparatoire de Tours a été renouvelée.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garencière, 8.

N° 45. — MARDI 15 AVRIL 1856. (29e ANNÉE.) N° 45. — MARDI 15 AVRIL 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 14 AVRIL 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'idée que l'ingestion de sel de chaux dans l'économie, en activant la nutrition des os, pourrait avoir d'utiles applications à la thérapeutique et concourir en particulier à faciliter le travail de consolidation des fractures, cette idée, probablement très-ancienne, et qui paraît avoir été conçue, abandonnée et reprise à différentes époques, a retrouvé depuis quelque temps une nouvelle faveur. Nous l'avons vu proposer depuis quelques années dans le traitement du rachitisme et du mal de Pott. Quelques chirurgiens y ont eu recours dans ces derniers temps pour les fractures. M. Gosselin notamment, assure en avoir obtenu de bons résultats dans les fractures du bras. La durée du travail de consolidation lui a paru avoir été plus courte chez les sujets soumis au régime du phosphate de chaux qu'elle ne l'est dans les circonstances ordinaires. Mais les faits cliniques ne pouvant donner, à cet égard, que des résultats approximativement appréciables, M. Alphonse Milne-Edwards, d'après les conseils de M. Gosselin, a cherché à résoudre la question par des expériences sur des animaux. Ce jeune observateur a fait connaître le résultat de ces expériences dans un intéressant mémoire présenté à l'Académie, et dont nous reproduisons un extrait dans le compte rendu. On y verra, par le résumé des faits qui y est exposé, que le phosphate de chaux contenu dans les aliments et porté dans le torrent de la circulation accélère le travail d'ossification. L'auteur a apporté d'ailleurs dans l'énoncé des conclusions de ses recherches et des applications dont elles sont susceptibles, des réserves pleines de justesse.

Nous nous bornerons à signaler à l'attention de nos lecteurs, sans autre commentaire, le mémoire de M. Matteucci, sur les phénomènes physiques et chimiques de la contraction musculaire, et sur ce qu'il appelle la respiration musculaire envisagée dans ses rapports avec les phénomènes chimiques et physiques, et les effets mécaniques produits pendant la contraction musculaire. L'extrait que nous publions de ce travail suffira pour donner une idée des vues originales de l'auteur et des ingénieuses expériences sur lesquelles il les étaye.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

Des applications de l'électricité à la pathologie (1).

B. *Paralysies du sentiment.*

Les paralysies du sentiment peuvent être rattachées à trois groupes principaux, qui sont :

1° Paralysie de la sensibilité cutanée, ou anesthésie ;
2° Paralysie de la sensibilité musculaire ;
3° Paralysie des sens spéciaux.

1° *Paralysies de la sensibilité cutanée. — Anesthésie.*

L'anesthésie peut coïncider avec des paralysies du mouvement, ou en être complétement indépendante ; elle peut se produire sous l'influence de lésions organiques des nerfs de la moelle épinière ou du cerveau, ou bien en être tout à fait distincte. Ces deux espèces sont très-différentes sous le rapport du traitement.

Le diagnostic de l'anesthésie cutanée est des plus simples ; il n'est par conséquent pas besoin d'y insister ici. L'emploi de l'électricité sous ce rapport est parfaitement inutile, et son application serait du temps perdu. Quant à son emploi contre l'anesthésie, c'est tout autre chose.

Lorsque cette anesthésie est sous l'influence de lésions organiques et qu'elle coïncide avec des paralysies du mouvement dues à la même cause, l'emploi de l'électricité devient tout à fait inutile. Dans le cas contraire, quand l'anesthésie est purement nerveuse, comme dans l'hystérie simple, l'hystérie avec chlorose, et dans bien d'autres cas encore, l'électrisation cutanée exerce sur elle une influence remarquable. Elle rétablit quelquefois la sensibilité cutanée en quelques instants ; mais aussi ce rétablissement n'est bien souvent que passager, et l'anesthésie récidive presque avec la même facilité qu'elle a disparu. Il ne faut pas, du reste, se faire illusion touchant la valeur de l'électrisation cutanée contre l'anesthésie ; ce phénomène morbide est des plus variables dans son intensité, son mode d'apparition et de disparition, ses caractères, etc., et il est difficile d'établir des règles précises à cet égard. Il disparaît bien souvent spontanément pour reparaître à l'instant où l'on s'en doute le moins, tandis que dans d'autres cas il persiste avec une ténacité incroyable. Enfin, beaucoup d'agents thérapeutiques autres que l'électricité peuvent amener sa guérison. En définitive, si nous recommandons l'emploi de l'électrisation cutanée dans l'anesthésie, nous reconnaissons cependant qu'on peut parfaitement s'en passer.

2° *Sensibilité musculaire spéciale.*

Les muscles paraissent jouir d'une sensibilité spéciale à laquelle on a donné un nom particulier. C'est cette propriété que M. Duchenne a décrite sous le nom de conscience musculaire. Voici ce dont il s'agit. Chez un certain nombre de sujets on observe une anesthésie simple bornée à la peau ou bien accompagnée d'une diminution de la sensibilité de tous les tissus, muscles, os, nerfs, etc. Ces sujets se partagent en deux classes que l'on peut distinguer en les privant momentanément de la vue par l'occlusion des paupières.

Dans la première classe, qui est de beaucoup la plus nombreuse, les individus anesthésiques auxquels on bouche les yeux peuvent exécuter tous les mouvements qu'on les engage à faire, seulement ils n'ont pas la conscience de l'étendue de ces mouvements, de la pesanteur, de la résistance, etc. Cela tient à ce qu'ils ne perçoivent plus la sensation appelée par M. Gerdy sens d'activité musculaire, et avant lui, par Charles Bell, sens musculaire.

Dans une deuxième classe, les sujets auxquels on vient à enlever momentanément l'exercice de la vision, perdent la faculté d'exercer les moindres mouvements volontaires. Les muscles restent dans l'inertie, quelque énergique que soit la force de la volonté pour en triompher.

Si une fois les muscles en contraction, on fait fermer les yeux à ces individus, la contraction persiste, et on ne pourrait la vaincre sans éprouver une très-grande résistance.

L'électricité localisée rendrait cette faculté aux muscles qui l'ont perdue, et ferait rentrer les sujets qui sont dans ce cas dans la première classe que nous avons mentionnée il y a un instant.

M. Duchenne formule ainsi, dans une conclusion, sa pensée sur cette propriété musculaire :

» Il paraît exister un sens qui siége dans le muscle et qui sert à » l'accomplissement de la contraction musculaire volontaire. C'est » lui qui, sans doute, excité par le cerveau et réagissant à son tour » sur cet organe, l'éclaire pour ainsi dire sur le choix des muscles » dont il doit provoquer la contraction. »

On comprend, d'après tout ceci, que la perte simultanée de la vue et de la conscience musculaire doive produire une paralysie des mouvements volontaires.

Enfin, nous devons signaler comme heureuse l'application de l'électricité, la faculté que possède cet agent de rétablir cette

(1) Suite. — Voir les numéros des 6, 18, 27 mars ; 3 et 8 avril.

LA CRIMÉE. — ILE DES PRINCES. — KALCHI.

Nous avons reçu, à la fin de la semaine dernière, la lettre suivante d'un de nos jeunes confrères de la marine. Les détails qu'il nous donne sur l'hôpital de Kalchi seront certainement lus avec intérêt. Sa lettre est du 27 mars, le jour même où le froid et la neige reparaissaient à Kamiesh. La dernière dépêche du maréchal Pélissier, datée de Sébastopol, 7 avril, conçue en ces termes : « Continuation d'une amélio» ration très-marquée dans la santé générale. Le typhus perd chaque » jour de son intensité ; il rétrograde sensiblement. Le printemps va » nous arriver enfin, je l'espère, » prouve que la température ne s'était pas encore radoucie à cette date, et que si les variations atmosphériques sont en Crimée d'une brusquerie sans égale, comme le dit notre correspondant, le froid y est quelquefois aussi d'une cruelle persistance, même à cette époque de l'année.

Kamiesh, à bord, 27 mars 1856.

Hier le temps était doux, le soleil chaud, l'air calme ; la soirée invitait à la promenade sur le pont du vaisseau, et voilà que la première chose qui vient frapper ma vue ce matin en me levant, c'est un blanc tapis de neige qui couvre au loin la plaine. Il ne me reste pas même la douce illusion d'un rêve, car mes mains sont glacées et le vent me fouette la figure de flocons de neige. Hier c'était le printemps ; aujourd'hui l'hiver fait, j'espère, sa dernière apparition. Mais, vous le savez, en Crimée les changements de température sont d'une brusquerie sans égale. Quittons donc un instant ce pays des neiges et des tempêtes, et mettons le cap sur le Bosphore. Nous y arrivions il y a trois semaines. En ce moment un ciel plus doux venait de fondre les dernières neiges ; la campagne se parait de fleurs ; d'élégants caïques fendaient avec la rapidité de la flèche les courants du Bosphore. On quittait déjà la ville de boue, cette ville si riante et si belle, qui s'entoure d'un lac de macadam détrempé ; car il est impossible d'arriver à Péra, la ville française, sans prendre le plus agréable bain de pieds dans la boue de Galata. Mais avril ramène les beaux jours, et tout ce que la population ottomane contient de riche et d'élégant prend son essor pour aller goûter les douceurs de la villégiature sur les bords ravissants du Bosphore. Cependant tous ne peuvent venir dans ce paradis terrestre, et une partie des riches négociants vont chercher aux îles des Princes ce qu'ils n'ont pu trouver ailleurs.

Les îles des Princes, dont le nom seul a quelque chose qui promet, sont situées à l'entrée de la mer de Marmara, vis-à-vis Constantinople et non loin de la côte d'Asie. Elles sont au nombre de sept, dont quatre seulement ont quelque importance ; ce sont les îles de Proti, Antigone, Prinkipos et Kalchi.

Proti est la première qu'on rencontre en arrivant de Constantinople. C'est une petite île semée de villas, et qui a été assignée comme lieu de résidence à des prisonniers russes, sous la garde des Anglais.

Antigone, avec ses collines élevées et son petit village qui semble couché au bord de la mer, appartient tout entière à la villégiature.

Prinkipos (île des Princes) est la plus grande du groupe. Elle est assez pittoresque, présente plusieurs collines entrecoupées de vallons, des bois, un village sur le bord de l'eau, villas, parcs, et enfin un grand camp de prisonniers russes que surveille un détachement de soldats français. L'île est naturellement divisée en deux grands versants. Elle a subi *militairement* la même division ; une partie a été complétement soustraite aux habitants, et c'est là que le camp a été établi.

Enfin Kalchi, l'île qui doit nous intéresser le plus vivement, car c'est là qu'est établie l'ambulance, aujourd'hui l'hôpital le plus important de la marine dans le Bosphore. Le département de la marine possède en effet dans le Bosphore, à Thérapia, dans une des situations les plus riantes et les plus pittoresques, un autre établissement hospitalier, mais beaucoup moins considérable que celui de Kalchi, et destiné comme lui aux matelots malades ; les officiers reçoivent les soins dont ils ont besoin à l'hospice Saint-Benoît (Constantinople). Mais revenons à Kalchi. Cette île, comme toutes celles qui l'entourent, est habitée par une population exclusivement grecque. Je ne dirai rien du caractère de cette population, éminemment russophile ; je tairai même des démonstrations par trop anti-françaises qui se sont manifestées en diverses occasions, pour vous conduire immédiatement à l'hôpital.

Sur le bord de la mer s'étend un vaste établissement, de grands corps de bâtiments, des kiosques, une mosquée, le tout séparé de la mer par un terre-plein et une grille que la houle a souvent maltraitée et même renversée. Le bâtiment qui regarde la mer par deux faces, est l'Ecole navale de l'empire ottoman. C'est là que des enfants, pris à l'âge de douze ans, sont élevés pour en faire les futurs officiers de la marine turque. C'est une belle, grande et riche école. Une des faces de ce bâtiment, celle qu'on aperçoit en arrivant de Constantinople, est occupée par le commandant de l'école et les élèves ; l'autre corps, qui court perpendiculairement à l'île de Prinkipos, a été concédé à la marine française, et c'est là que nos braves matelots reçoivent les soins les plus empressés.

J'ai voulu savoir, simple curiosité, la longueur et la largeur de l'aile occupée par le service sanitaire : sa longueur totale est de 100 mètres, sa largeur est de 17. L'hôpital est, comme toute l'école turque, ainsi que je vous le disais tout à l'heure, séparé de la mer par une esplanade ; devant l'hôpital, cette esplanade supporte un brick : ce brick est le *Borda* des Turcs ; autrefois les élèves s'en servaient probablement, mais il est abandonné depuis l'arrivée des Français, et nos convalescents n'ont rien trouvé de mieux à en faire qu'un bon séchoir, où ils disposent, après le lavage, leur linge sur les haubans et les bouts de filins.

Pénétrons par l'entrée des malades. Nous voici dans une vaste antichambre, sombre et entourée de chambres disposées les unes pour un

conscience musculaire en même temps qu'elle fait disparaître l'anesthésie dans les muscles qui en sont privés.

Nous venons d'exposer, d'après M. Duchenne, ce qui est relatif à la conscience musculaire. J'avouerai d'abord que je désirerais d'autres observations que les faits très-peu nombreux sur lesquels on s'appuie pour admettre cette nouvelle propriété des muscles. Je ne me reconnais pas du tout suffisamment éclairé sur cette question, qui me semble entourée encore d'une grande obscurité. De plus, des questions de priorité se sont déjà élevées à cet égard. Il paraîtrait que Charles Bell connaissait cette propriété et qu'il en a parlé dans plusieurs passages. M. Le Roy-d'Etiolles, dans son *Traité des paraplégies*, établit une discussion d'où il ressort que cette propriété nouvelle, connue depuis longtemps de M. Sandras, qui en parlait à ses élèves dans ses leçons cliniques, aurait été surtout décrite par un interne distingué, M. Landry, en juillet 1852. Cet observateur admettait dans son travail qu'il résidait dans le tissu musculaire lui-même une sensibilité spéciale d'activité qui pouvait être abolie d'une manière isolée... Il reconnaît aussi la possibilité de la suppression de l'appréciation des actions musculaires, et donne à l'appui de son opinion trois observations recueillies à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Sandras. Et ce ne serait qu'en décembre 1853 que M. Duchenne aurait présenté son travail à l'Académie des sciences.

3° Paralysie des sens spéciaux. — Amaurose.

L'amaurose essentielle, indépendante de toute lésion organique, peut-elle guérir sous l'influence de l'électricité? C'est à Magendie que l'on doit les premiers essais dans cette direction, et il a obtenu plusieurs succès. J'ai eu occasion, il y a une quinzaine d'années à peu près, de l'employer sur un homme âgé de quarante-cinq ans atteint d'une amaurose complète : cette amaurose disparut en partie sous l'influence de l'électricité administrée régulièrement plusieurs mois sans interruption.

Je crois que ce mode de traitement est beaucoup trop négligé actuellement, et qu'on pourrait guérir beaucoup d'amaurotiques en les soumettant à l'influence des courants développés dans les appareils d'induction si perfectionnés aujourd'hui. La graduation facile de ces appareils permet de les employer sans aucun inconvénient.

L'électricité peut être appliquée à l'organe de la vue soit comme le faisait M. Magendie au moyen de l'électro-puncture pratiquée dans plusieurs points autour de l'orbite, soit à l'aide des éponges imbibées d'un liquide conducteur et qu'on fait agir sur les paupières, ou bien encore entre les paupières et la nuque.

Je ne pense pas qu'on doive attacher quelque importance à l'administration de courants de tel ou tel ordre, cela est parfaitement indifférent; il y a cependant quelques préceptes à suivre dans le traitement de l'amaurose par l'électricité; ces préceptes sont les suivants :

L'électricité doit être administrée d'une manière intermittente avec les plus grands ménagements et à des doses très-faibles.

Les séances doivent être de courte durée, et il est préférable d'en donner deux ou trois par jour et de quelques minutes seulement, qu'une seule d'une durée plus longue.

Si on veut obtenir quelques résultats heureux, le traitement doit être continué très-longtemps dans ces conditions; sa durée peut être de plusieurs mois.

Surdité nerveuse.

On a quelquefois employé l'électricité dans le traitement de la surdité nerveuse; je dirai cependant que cette médication n'a pas été expérimentée dans cette maladie sur une assez large échelle, et surtout qu'elle n'a pas été continuée assez longtemps dans les cas où on a tenté de guérir cette affection, pour qu'on puisse se prononcer d'une manière définitive à cet égard.

M. Ménière, médecin des Sourds et Muets, a souvent retiré de bons effets de l'emploi de l'électricité dans cette maladie; il lui attribue plusieurs améliorations ainsi obtenues. M. Duchenne s'en est également bien trouvé dans quelques cas.

Il y a plusieurs manières d'employer l'électricité dans la surdité nerveuse. Tantôt on place du coton imbibé d'un liquide conducteur dans chaque oreille, en prenant le soin de le faire pénétrer jusqu'à la membrane du tympan; ce coton est mis en communication avec les réophores métalliques. M. Duchenne fait renverser la tête de côté, verse de l'eau dans le conduit auditif de l'oreille; placée ainsi à la partie supérieure, il plonge un réophore dans cette eau, et l'autre courant est appliqué à la nuque à l'aide d'une éponge mouillée.

Dans le traitement de la surdité nerveuse, on peut agir avec un peu plus d'énergie que pour l'amaurose; mais il faut cependant que cette énergie soit très-modérée.

C'est un moyen, du reste, qui ne peut conduire à des succès que si on l'emploie très-longtemps et d'une manière incessante.

Quelques séances, quinze, vingt, trente même, ne servent à rien dans ces sortes de paralysies; il faut continuer l'emploi de l'électricité pendant plusieurs années.

Il est bien entendu que dans la surdité, de même que dans l'amaurose, il faut toujours faire agir les courants par intermittence.

Perte de l'odorat.

M. Duchenne a rapporté l'observation d'un sujet auquel il a rendu l'odorat en promenant dans les fosses nasales le réophore d'un des conducteurs de son appareil. C'est un moyen, du reste, qui a encore été peu appliqué.

Perte du goût.

Je ne crois pas que l'électricité ait encore été souvent appliquée dans de pareilles circonstances.

(*La fin au prochain numéro.*)

CLINIQUE ÉTRANGÈRE. — M. D. DALLAS (d'Odessa).

Traitement rationnel de la blennorrhagie par l'emploi du baume de copahu en injections.

Le copahu est généralement considéré comme l'antiblennorrhagique par excellence, et, si son action est trop fréquemment lente et infidèle, la faute peut en être non à ses vertus, mais à notre mode d'administration. Pour obtenir de lui quelques bons effets, nous sommes forcés de le prescrire à des doses énormes, qui presque toujours fatiguent et dégoûtent les malades, dérangent l'estomac, malgré les nouvelles formes qu'on invente tous les jours pour diminuer, mais non pour faire disparaître ces graves inconvénients. Nous sommes obligés, en conséquence, dans le courant d'une cure, de faire des temps d'arrêt, et ces interruptions prolongent indéfiniment la durée de la maladie.

Ces considérations, que nul ne saurait contester, justifient mon assertion que l'indication d'un traitement de la blennorrhagie plus prompt, plus sûr, moins fastidieux est un véritable service à rendre à l'humanité.

Ce traitement me semble tout trouvé dans l'emploi du baume de copahu en *injections* dans le canal de l'urètre ou dans le vagin, sans l'administration d'aucun remède antiblennorrhagique à l'intérieur.

Ce moyen est si simple que, quoique j'en aie été frappé tout d'abord comme d'un trait de lumière, sa simplicité même me força à la défiance. Mais la simplicité n'est pas une raison pour mépriser un procédé nouveau.

Ce qu'on a le droit d'exiger d'un procédé inusité, c'est d'être :

1° Inoffensif;

2° Plus efficace que ceux qui l'ont précédé;

3° Pratique.

Ces trois qualités essentielles se trouvent réunies au plus haut degré dans le procédé que je recommande.

1° Il est *inoffensif*, car j'ai adopté pour mes injections la formule prescrite par MM. Ricord et Velpeau pour l'emploi du copahu en *lavements*. Cette formule permet facilement de rendre le médicament aussi faible ou aussi fort qu'on le désire.

2° Il est *plus efficace* que ceux qui l'ont précédé, d'abord parce que la logique inflexible exigeait qu'il le fût : si le copahu est universellement reconnu pour le meilleur des antiblennorrhagiques, malgré sa vicieuse administration qui ne le faisait pas aller droit au but, qui forçait à le suspendre par suite de dérangements d'estomac et d'éruptions simulant l'urticaire, qui le rendait enfin lent et infidèle, à plus forte raison sera-t-il le meilleur des antiblennorrhagiques quand on le dirigera, en substance et à des doses dont on est absolument le maître, sur la partie malade sans intermédiaire.

3° Il est *pratique*, parce qu'il peut être administré toujours et partout sans aucune difficulté, dans les cas récents comme dans les cas invétérés, dans les cas les plus légers comme dans les cas les plus graves. On n'a qu'à savoir tomber sur la dose la plus convenable à chaque cas particulier, on n'a qu'à savoir l'associer à tel ou tel autre moyen que les circonstances indiquent.

Depuis que l'idée d'employer *localement* le remède reconnu pour le meilleur contre cette maladie *locale* s'est présentée à mon esprit, quoique persuadé d'avance par le raisonnement, j'ai dû m'empresser à chercher par l'expérience la confirmation de ma persuasion. Depuis lors plusieurs cas de blennorrhagie se sont offerts à moi; je vais en citer trois qui paraissent suffire à mon but.

OBS. I. — V..., jeune homme de dix-neuf ans, d'un tempérament lymphatique, s'est présenté avec une blennorrhagie déclarée la veille, trois jours après le coït. Le gland est rouge et tuméfié au sommet; la matière, épaisse et d'un jaune verdâtre, coule en grande abondance; il y a des douleurs vives pendant l'émission des urines et pendant les érections nocturnes. Ce jeune homme assure que c'est la première maladie de ce genre dont il soit affecté; aussi est-il effrayé, inquiet, abattu. Je prescris, le premier jour, des poudres de Sedlitz et des injections urétrales avec de l'eau simple. Le lendemain, je prescris :

Baume de copahu.	5 drachmes.
Jaune d'œuf..	N° 1.
Extrait gommeux d'opium.	1 grain.
Eau.	7 onces.

En injections, en plusieurs fois dans la journée.

Les injections ne lui font éprouver qu'un léger picotement.

Au bout de deux jours, il se sent mieux; l'écoulement et les douleurs ont diminué. Il continue son traitement, et reste cinq jours sans me donner de ses nouvelles. Il revient enfin, en me disant qu'il est émerveillé de son état; que ses amis lui avaient causé une peur extrême en lui énumérant toutes les longues misères par lesquelles il avait à passer; que cependant, au bout d'une semaine d'un traitement *très-facile et très-commode*, il se trouve n'avoir plus de douleurs, et ne voit apparaître qu'une ou deux gouttes de matière le matin. Six jours après, tout avait entièrement disparu, et la cure était terminée.

OBS. II. — F. B..., âgé de trente-deux ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, extrêmement adonné aux femmes, a eu cinq blennorrhagies pour lesquelles il a avalé, dit-il, pendant des années, des pharmacies entières. Ayant entendu parler de la cure précédente, il vint à moi quand il en était à sa troisième capsule de Mothes pour sa

---

vestiaire, salle d'infirmiers, bains, salle du second maître faisant fonction de capitaine d'armes ou de surveillant. Au fond de cet antre peu engageant, un vaste escalier se présente, qui, après deux ou trois marches, continue à droite et à gauche sous la forme d'un escalier monumental. A quoi pourrai-je le comparer? L'escalier de la gare du chemin de fer de la rive gauche le représente assez bien. On arrive ainsi à un premier étage et devant la communauté des sœurs chargées de l'hôpital. A droite, des chambres particulières et une salle de 25 lits; à gauche, une grande salle fort longue (près de 48 mètres) présentant deux bas-côtés et une nef (si on peut donner ce nom à la longue allée large de 3 mètres qui règne sur toute la longueur de cette salle) sans lits, et destinée seulement au service et au passage. Les deux bas-côtés présentent une largeur de 5 mètres 60, et de chaque côté de la salle 22 fenêtres, régnant presque du plafond jusqu'au plancher et larges de 1 mètre, jettent une profusion de lumière et permettent une excellente aération; heureusement, car, d'une longueur convenable, sa hauteur est bien faible et peu proportionnée à sa dimension. Cette pièce contient 110 lits.

Au second, au-dessus de cette salle, une autre a même longueur, même largeur, même modèle, et contient seulement 106 lits. Au même étage, logement du prévôt de l'hôpital et des chirurgiens sous-aides, et seconde petite salle de 25 lits, chambres pour malades séparés; à l'autre extrémité des salles 1 et 2, chambres du chirurgien-major, du commissaire, aumônier et chapelle. Enfin, au rez-de-chaussée, une grande salle pouvant contenir 80 lits, peut-être plus.

Vous le voyez donc, cet hôpital est de grande ressource comme *lits* de malades.

Sa fondation, qui remonte, si mes renseignements sont exacts, à l'époque où l'amiral Bruat se trouvait dans le Bosphore (novembre 1854), est due aux soins de M. Marroin, plus tard chirurgien d'escadre; le service sanitaire fut confié aux officiers de santé du *Henri IV*, qui, dans l'affreuse tempête du 14 novembre 1854, venait d'être jeté à la côte devant Eupatoria. Il n'existait alors qu'un service; une second fut organisé plus tard, et le personnel se composa de deux chirurgiens de 1re classe, deux de 2e, deux de 3e, et enfin de deux pharmaciens.

Au moment où j'écris, un des services a été supprimé, et l'ambulance elle-même allait être dissoute faute de malades, quand tout à coup le scorbut vint jeter un équipage presque entier — celui du vaisseau *le Wagram* — dans les salles presque vides. A la suite du scorbut, le typhus se déclara, mais dura peu, et le chirurgien de 3e classe envoyé dans ce *coup de feu* put rejoindre son bâtiment.

L'hôpital, ainsi qu'on a pu le voir, est vaste et peut être d'un grand secours pour évacuer les malades des bâtiments; mais surtout il est placé dans les meilleures conditions sous le rapport du climat et de la pureté de l'air. Il est, en effet, remarquable de voir avec quelle rapidité des malades atteints de scorbut, ne pouvant plus se tenir, et n'ayant pour ainsi dire qu'un souffle de vie, se sont trouvés guéris et pleins de vigueur. Je sais bien que la mise à terre et le changement de nourriture sont presque tout dans cette affection, et c'est pour cela que je mentionne le changement survenu chez des malades passant des intempéries les plus rudes de l'hiver à un soleil chaud, à un air doux et pur; d'une alimentation salée et très-rarement fraîche à une nourriture animale et même végétale, mais surtout toujours fraîche.

L'hôpital de Kalchi était donc appelé à rendre les plus grands services à la flotte; il les a rendus, et il s'acquiert tous les jours de nouveaux titres à la reconnaissance de nos malades.

La campagne qui l'entoure est belle, couverte de végétation, et présente aux convalescents une nouvelle source d'agréments dont ils tirent de grands avantages. . . . .

. . . .

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Dubois, né à Marcilly-le-Hayer (Aube); *Des formes pneumoniques que l'on observe dans le cours de la fièvre typhoïde, et de leur histoire collective.*

De Arrastia y Crespo, né aux Palacios (Havane); *Etudes sur le pouvoir antisyphilitique du bichromate de potasse.*

Moret, né à Tours (Indre-et-Loire); *De l'exhalation cutanée et de la sécrétion de la sueur au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique.*

Renaud, né à Oiselay (Haute-Saône); *De la suette miliaire.*

Laroche, né à Laon (Aisne); *Des accidents qui peuvent survenir pendant les opérations, des moyens de les prévenir et d'y remédier.*

Bihorel, né à Douains (Eure); *De la tumeur et de la fistule lacrymale.*

Daguillon, né à Pontivy (Morbihan); *Sur l'encombrement des hôpitaux des ambulances et des vaisseaux.*

Gourdeau, né à Bonnetable (Sarthe); *De la gale.*

Diaz de Bedoya, né à Salta (République argentine); *Du molluscum.*

Avice, né à Paimpol (Côtes-du-Nord); *Du phlegmon de la main.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De l'emploi des eaux minérales, spécialement de celles de Vichy, dans le traitement de la goutte; par le docteur CONSTANTIN JAMES, auteur du GUIDE AUX EAUX MINÉRALES ET AUX BAINS DE MER. Broch. in-18. Prix : 1 fr. 50 c. — Chez Victor Masson, éditeur.

sixième blennorrhagie, et après avoir fait des injections très-fortes avec le nitrate d'argent. Les capsules lui occasionnaient de fréquents accès de diarrhée qui l'obligeaient de suspendre pendant deux ou trois jours leur emploi, et l'affaiblissaient beaucoup au milieu des grandes chaleurs dont nous avions à souffrir en ce moment. Son écoulement abondant, verdâtre et douloureux, avait un peu perdu de sa violence des premiers dix jours, mais restait stationnaire depuis dix-huit jours. J'agis comme avec le premier malade, et six jours après, toute douleur avait disparu, et l'écoulement avait diminué de la moitié.

Il profita de cette amélioration pour se livrer, malgré mes avis, au coït pendant une nuit entière.

Le lendemain et le surlendemain, recrudescence de la maladie : douleurs, écoulement copieux, érections intolérables, etc. Je diminue la dose du copahu de deux drachmes, et j'y ajoute demi-drachme de camphre. Trois jours après, le camphre est supprimé, et je reporte brusquement le copahu à la dose de six drachmes.

Au bout d'une semaine, le malade est venu me dire qu'il croit être complétement guéri, mais qu'il en est tellement étonné, qu'il attendra, avant de m'exprimer toute sa reconnaissance, quelque temps encore pour se bien persuader de son bonheur.

Obs. III. — S. C..., âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament nerveux, en est à sa troisième blennorrhagie, la plus violente de toutes. Il ne savait où se réfugier quand il avait besoin d'uriner. La maladie datait de quinze jours, pendant lesquels on l'avait traité avec des doses énormes de poivre-cubèbe, parce que le copahu lui inspire un dégoût insurmontable ; on lui avait également ordonné des injections avec 2 grains de nitrate d'argent par once d'eau. Au dixième jour de ce traitement, l'écoulement avait presque entièrement disparu ; mais une orchite s'est déclarée le lendemain, et n'a cédé qu'à l'application de 60 sangsues et d'autres moyens appropriés.

Immédiatement après s'être débarrassé de son orchite, il est venu me consulter. L'écoulement avait reparu avec violence, et les douleurs, quoique moindres, n'ont pas cessé.

L'orchite si récemment guérie me fit d'abord hésiter pour l'application dans ce cas de mon procédé, car, tout en étant loin d'attribuer la plupart des orchites aux injections, je crois cependant par expérience que le traitement par les injections en général expose aux orchites. Je me décidai pourtant, en purgeant légèrement le malade tous les jours au moyen des poudres de Sedlitz, à prescrire les injections de copahu à la dose de 2 drachmes. Surveillant attentivement les effets de cette médication, j'augmentai d'une drachme tous les deux jours jusqu'à 6 drachmes, sans qu'aucun accident vint m'arrêter; et au seizième jour du traitement, le malade fut parfaitement rétabli.

Ces faits parlent d'eux-mêmes, et n'ont pas besoin de commentaires. La preuve absolue de l'inutilité d'un traitement interne contre la très-grande masse des blennorrhagies ne pourra être établie que sur un très-grand nombre d'observations et par un grand nombre d'observateurs.

Je n'ai point encore eu l'occasion de traiter par ce procédé la blennorrhagie chez la femme; mais rien n'empêche de croire qu'il lui est tout aussi applicable, quoique à doses plus fortes. Je suis d'autant plus autorisé à m'exprimer ainsi, que j'ai traité par ce même moyen deux cas de leucorrhée qui ont rapidement guéri.

A l'époque où j'écrivais ce mémoire (août 1853), je croyais ce mode de traitement entièrement nouveau. Mes recherches d'alors dans tous les ouvrages que j'avais sous la main ne me l'avaient fait rencontrer nulle part. J'ai trouvé plus tard, dans le *Guide du médecin praticien* de M. Valleix (tome IV, page 29), un passage où il est question de ce même procédé employé dans un grand nombre de cas avec beaucoup de succès par M. le docteur Taddei (de Bologne). J'ai trouvé également, dans le n° du 1er octobre 1852 du *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, un article de M. Marchal, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, intitulé *Application directe du copahu dans les cas de blennorrhagie et de blennorrhée*. Enfin, dans le n° du 15 mai 1853 de la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, il y a sur le même sujet une lettre de M. le docteur L. Raymond.

Je dois reconnaître, par conséquent, que je me suis trompé en considérant comme un *moyen nouveau* les injections de copahu contre la blennorrhagie. Mais si ce fait ôte quelque chose à mon mérite personnel, il en ajoute beaucoup au mérite du procédé, et c'est là le point important. Ce fait prouve que ce procédé est logique et nécessaire, puisqu'il a été pour ainsi dire simultanément inventé par plusieurs médecins, à l'insu l'un de l'autre; qu'il a déjà pour lui l'expérience de plusieurs années; qu'il compte un grand nombre de succès; et s'il n'en compte pas davantage, c'est qu'il n'a pas été suffisamment employé, c'est qu'il n'est pas encore entré dans la pratique usuelle.

Mon but, en publiant ce travail, est précisément d'appeler encore l'attention des médecins sur l'emploi plus généralisé de ce moyen, afin que, les expériences et les succès se multipliant, il soit mis en lumière par des hommes plus influents et mieux placés que moi, et qu'il entre enfin définitivement dans le domaine de la thérapeutique.

Quelque temps après la lecture que je fis de ce travail à la Société de médecine d'Odessa, M. le président nous dit en séance qu'il avait essayé mon moyen, mais qu'il en était résulté une prostatite, et qu'il avait dû y renoncer.

Sur seize cas que j'ai eu à traiter, cet accident fâcheux m'est en effet arrivé à moi-même trois fois. La première fois, sur un malade affecté de blennorrhée depuis trois ans, qui avait déjà passé par plusieurs traitements divers, par des injections caustiques, etc., et qui, se croyant *aguerri*, avait voulu employer les injections de copahu avec plus d'énergie que je ne le conseillais. Il m'a avoué ensuite qu'il avait épuisé trois doses en un jour, et qu'il avait fait une injection presque toutes les heures. Les douleurs qu'il en éprouva du côté de la prostate me parurent nécessiter une application à la base de la verge de douze sangsues, qui enlevèrent le mal. Deux jours après le traitement put être repris avec plus de modération, et aboutit à un succès complet.

La deuxième fois, ce fut un jeune homme d'un tempérament nerveux et irritable; la blennorrhagie était de fraîche date et causait encore d'assez vives douleurs. Après deux jours d'injections de copahu, le malade ressentit quelques douleurs à la base de la verge et eut un petit mouvement fébrile. Je fis suspendre les injections pendant quatre jours; je prescrivis un laxatif et des injections avec une infusion de mauve. Cet accident disparut peu à peu dans le courant de ces quatre jours, et les injections de copahu purent être reprises et amener la guérison une semaine après.

La troisième fois également, cette complication céda aux mêmes moyens adoucissants, et le traitement put être continué jusqu'à parfaite guérison.

Dans tous les autres cas, parmi lesquels plusieurs aigus, cette complication ne se présenta nullement.

J'ai dit plus haut qu'il m'est arrivé assez souvent de voir l'orchite se manifester à la suite des injections. Je sais que tel n'est n'est pas l'avis de M. Ricord, de M. Vidal (de Cassis) et d'autres praticiens des plus distingués; mais je crois devoir persister dans mon opinion. Cette conviction, que j'avais déjà bien avant d'avoir songé aux injections de copahu, m'a rendu, dans le principe, circonspect et timide. C'est presque malgré moi que j'ai été entraîné à recourir à un moyen qui me paraissait peu sûr, en thèse générale. Mais l'expérience m'a démontré que les injections de copahu exposent moins aux orchites que les injections les plus simples, les injections vineuses, par exemple. Sur les seize cas dont j'ai parlé, je n'ai eu aucune complication d'orchite, tandis que cela ne m'est arrivé que trop souvent avec les injections astringentes.

Je répète, en terminant, que les injections de copahu méritent d'être largement mises en usage, qu'elles rendront des services réels à tous ceux qui voudront les employer avec hardiesse, prudence et persévérance. J'ai la conviction qu'elles deviendront un jour le *traitement usuel* de la blennorrhagie.

NOUVEAU PORTE-LIGATURE, ET AU BESOIN PORTE-CAUSTIQUE pour les polypes naso-pharyngiens, et pour certaines tumeurs de l'utérus et du vagin.

Par M. le docteur Didot, directeur de l'École vétérinaire de Belgique.

Cet instrument est destiné à porter un fil simple, ou chauffé à blanc par la pile, autour des polypes qui se développent à la base du crâne, dans le pharynx, ou dans les profondeurs de l'utérus et du vagin.

On sait que les polypes de la base du crâne et du pharynx ont vivement fixé l'attention des chirurgiens, et que l'on n'a point reculé devant une mutilation profonde pour atteindre leur base.

M. Flaubert fils (de Rouen) a le premier enlevé le maxillaire supérieur, en 1840, pour se faire jour jusqu'au produit morbide, opération que M. le professeur Michaux (de Louvain) a répétée plusieurs fois, et qu'il a régularisée, en inscrivant, dans une excellente monographie, les préceptes qui peuvent servir de guide au praticien.

Frappé des désordres occasionnés par cette opération, M. le professeur Nélaton s'est attaché à restreindre la mutilation, en se contentant de diviser le voile du palais et d'enlever une partie de la voûte buccale, et en réservant les tissus mous, qui lui fournissent les éléments d'une restauration ultérieure.

Mais des récidives assez nombreuses ayant démontré qu'il ne suffisait pas toujours d'arracher et de détruire les productions polypeuses du pharynx, on a songé à les attaquer par les caustiques, et c'est encore à M. le professeur Nélaton que nous devons les premiers résultats satisfaisants.

Bientôt M. le docteur Desgranges (de Lyon) fit connaître un procédé spécial pour cautériser les polypes naso-pharyngiens à l'aide de la pâte de chlorure de zinc, sans entamer aucune partie par l'instrument tranchant, et trois succès rapportés par la *Gazette hebdomadaire*, prouvent suffisamment que les malades peuvent espérer la guérison sans se soumettre à une opération cruelle.

Les avantages du procédé de M. Desgranges sont de ne point avoir à diviser le voile du palais, de respecter la voûte palatine, et par conséquent les maxillaires supérieurs, et enfin de s'exempter pour l'avenir de la staphyloraphie, c'est-à-dire d'une restauration tardive et trop souvent incomplète.

Récemment, un médecin danois a proposé d'appliquer la cautérisation électrique à la destruction des polypes naso-pharyngiens, mais les appareils qu'il a imaginés ne permettent point de réaliser facilement cette indication.

M. Didot s'est demandé s'il serait possible de construire un instrument qui, pouvant franchir la bouche ou le col utérin modérément dilaté, irait ensuite saisir la base ou le pédicule du polype, l'étreindrait assez pour permettre d'y fixer le fil métallique, ou bien se prêterait à une cautérisation énergique, et pourrait ensuite être dégagé sans effort ou sans effusion de sang.

Après de nombreux essais, je parvins à faire comprendre ma pensée par M. Barnasconi, fabricant d'instruments de chirurgie de l'École de médecine vétérinaire, et bientôt je pus obtenir l'appareil que tous les fabricants ont reproduit.

L'instrument se compose :

D'un anneau brisé et monté sur une charnière commandée par un pignon, à l'aide duquel on ferme l'anneau pour étreindre le polype, ou on l'ouvre quand il s'agit d'introduire ou de dégager l'instrument.

L'anneau brisé se compose lui-même de deux moitiés concentriques parfaitement ajustées et se séparant par glissement.

La moitié extérieure est fixée invariablement sur la tige à charnière, et porte à sa face interne la rainure ou le sillon qui abrite le fil ou le caustique.

La moitié interne ou concentrique de l'anneau est mobile et s'abaisse en glissant sur la première, quand elle est sollicitée par la tige flexible qui correspond à la gâchette placée auprès de la poignée.

Le manche est droit et a une longueur suffisante pour pouvoir répondre aux différentes indications opératoires.

Enfin, la poignée taillée à six pans rugueux est coudée sur l'axe du manche en suivant un angle de trente-cinq à quarante degrés.

Cet appareil est extrêmement simple et d'un usage très-facile. Il suffit de l'avoir entre les mains pour en comprendre et le mécanisme et l'action.

Maintenant il me reste à exposer la manière de procéder dans les différents cas, selon que l'on veut pratiquer la ligature simple, la ligature graduelle, la cautérisation ou la section à l'aide du cautère électrique, et enfin la cautérisation potentielle.

Ligature simple — L'appareil instrumental se compose de la sonde de Bellocq, du serre-ligature à chapelet de Graefe, du porte-ligature, d'un fil métallique en platine, en argent ou en cuivre de force suffisante et d'une longueur de cinquante à soixante centimètres au plus.

La sonde de Bellocq étant passée dans la narine qui correspond le plus au point d'implantation du polype, vient chercher par la bouche les chefs libres du fil métallique dont la partie moyenne est emprisonnée dans l'anneau du porte-ligature, qui lui-même est presque entièrement ouvert, afin de franchir sans difficulté l'isthme du gosier.

La sonde de Bellocq est retirée; elle entraîne le fil métallique, et à sa suite le porte-ligature qui franchit l'isthme, et est ensuite relevé en haut par un mouvement de bascule du manche. L'anneau s'engage derrière le polype qu'il embrasse, et ne s'arrête que lorsqu'il touche la base du crâne.

Pendant cette manœuvre, le fil métallique a été complétement ramené au dehors à travers la narine, sans brusquerie, sans saccade, et il ne reste qu'à imprimer un tour au petit tourillon pour que l'anneau étreigne légèrement le polype et prépare ainsi le dernier temps de la ligature. Aussitôt les grains de chapelet sont passés sur les deux chefs du fil métallique; celui-ci est assujetti au serre-ligature de Graefe, et l'on commence à *tendre un peu* le fil sur le produit pathologique. Le moment est venu de rendre au fil toute sa liberté, et pour cela il suffit d'appuyer le doigt sur la gâchette qui se trouve sous le manche de l'instrument ; la moitié interne de l'anneau s'abaisse, et le fil est dégagé. On détourne le tourillon qui commande la charnière de l'anneau brisé ; celui-ci s'ouvre, et l'on retire l'instrument. Quelques tours à la vis du serre-ligature de Graefe suffisent pour étrangler la tumeur, et l'opération est achevée.

La ligature simple peut se faire encore en se contentant de tordre les deux chefs du fil métallique amenés au jour à travers la narine, et cette ligature deviendra *graduelle* dans les deux cas si l'on augmente la constriction à mesure que la mortification des tissus a rendu le nœud plus lâche, plus mobile.

La *cautérisation électrique* des polypes naso-pharyngiens s'obtiendra si, au lieu de recourir au serre-ligature de Graefe, on emploie une canule en ivoire ou en toute autre substance non conductrice à travers laquelle on fasse passer les fils pour les mettre ensuite en rapport avec la pile. Un mouvement de va-et-vient imprimé à ce fil rougi à blanc produirait l'effet de la scie, diviserait promptement la base de la tumeur, et en cautériserait les points d'attache.

Ce problème n'en est plus un depuis les travaux récemment entrepris en Danemarck par M..., qui a même imaginé un instrument spécial à cette fin et en France par M. Amussat fils.

Enfin, veut-on pratiquer la cautérisation potentielle des polypes naso-pharyngiens, le porte-ligature devient alors un porte-caustique agissant à la manière des casseaux employés pour la castration des grands quadrupèdes. Pour cela, il suffit d'agrandir notablement le sillon destiné à abriter le fil, et d'y déposer le caustique, que l'on choisira aussi énergique que possible.

L'instrument sera introduit comme pour la ligature; il embrassera et étreindra la base de la tumeur, et quand il sera bien en place, il suffira d'appuyer le doigt sur la gâchette du manche pour mettre le caustique en rapport immédiat avec les surfaces à détruire.

Pour empêcher le caustique de tomber dans l'œsophage, M. Desgranges (de Lyon) établit un tamponnement sous la baleine porte-caustique. La précaution est sage; mais on peut prévenir cet accident en resserrant l'anneau à la charnière ou en attachant au porte-ligature un tampon de ouate ou de charpie muni d'un double fil dont un des chefs serait passé à travers l'œillet qui se trouve à la naissance de la charnière de l'instrument. Quand celui-ci serait bien en place, on tirerait à soi le fil, qui, se réfléchissant sur l'instrument dans le pharynx, entraînerait dans cette cavité le petit tampon et le fixerait au-dessus du voile du palais, tandis qu'à l'aide de l'autre fil on ramènerait ce tampon au dehors avant de dégager l'instrument.

FRAGMENT D'UN TUYAU DE PIPE

introduit dans le larynx pendant un accès épileptique. Expulsion spontanée du corps étranger.

Par M. Delasiauve.

Un épileptique de Bicêtre, âgé de vingt-trois ans, se promenait en fumant sa pipe, lorsqu'il fut surpris par une violente attaque. Il fut bientôt remis; mais sa pipe avait été brisée, et il commença à ressentir dans la région laryngienne une souffrance obtuse dont il ne se préoccupa pas d'abord.

Les jours suivants, cette douleur, devenue fixe, ayant augmenté, il s'en plaignit à la visite. La pression la rendait plus vive; elle s'accompagnait de différents symptômes : voix rauque, toux fréquente, pénible et déchirée, oppression légère, sifflement des bronches, expectoration muqueuse très-claire. Il y avait, en outre, avec une forte injection de la muqueuse de l'arrière-gorge, une animation spéciale de la face, dont la coloration rouge se nuançait d'un reflet vineux, indice de quelque obstacle à la fonction respiratoire.

Cependant, comme la fièvre était nulle, et que, en raison d'une température froide et humide, les bronchites abondaient dans les salles, nous nous bornâmes à prescrire une boisson pectorale et un julep béchique.

A notre grand étonnement, ces moyens, si efficaces chez les autres malades, ne procurèrent à celui-ci aucun soulagement. Successivement, nous appliquâmes au-devant du cou des sangsues et un emplâtre stibié qui développa une belle éruption. L'insuccès de ce traitement nous engagea à recourir à plusieurs émétiques, dont le dernier seul provoqua des évacuations.

Cette nouvelle médication fut elle-même inutile, et nous ne cessions de nous demander la cause d'une opiniâtreté que ne justifiait ni la nouveauté des accidents, ni la bonne santé habituelle du sujet, ni l'absence de toute réaction fébrile.

Après trois semaines de souffrances plutôt aggravées qu'amendées, vers quatre heures du matin, le malade rejeta, au milieu d'une quinte prolongée de toux, un fragment de tuyau de pipe de terre brune, d'environ 6 millimètres de long. Dès lors le sentiment de strangulation fut notablement diminué, la toux se calma, et il ne resta plus que les traces de l'irritation due au séjour persistant du corps étranger.

CURE RADICALE DE L'HYDROCÈLE

par les injections de chloroforme.

Mécontent des résultats qu'il a obtenus de l'emploi des injections iodées dans le traitement de l'hydrocèle, M. le professeur Langenbeck (de Berlin), leur a substitué avec bonheur les injections de chloroforme. L'effet produit par ce traitement est le même que celui qui résulte de l'emploi de la teinture d'iode; seulement l'inflammation adhésive se déclare plus vite et plus sûrement. Voici, du reste, le procédé de M. Langenbeck :

Il donne issue au liquide de l'hydrocèle et injecte de 4 à 6 gram. de chloroforme au moyen de la canule; il laisse le chloroforme quelque temps en contact avec la tunique vaginale, et favorise sa sortie pour éviter l'absorption. La douleur causée par l'injection est courte, peu intense, moins vive même qu'avec la teinture iodée.

A l'appui de cette méthode, M. Langenbeck rapporte trois ou quatre observations dans lesquelles la cure radicale eut lieu dans un espace de deux à trois semaines. (*Deutsche clinick.*)

PROPRIÉTÉS ANAPHRODISIAQUES DU BROMURE DE POTASSIUM.

Thielmann recommande ce remède comme un excellent anaphrodisiaque dans le satyriasis, la nymphomanie, la spermatorrhée et les érections fréquentes et douloureuses de la gonorrhée. Il l'administre à la dose de 2 à 3 grains toutes les deux ou trois heures : en même temps il soumet son malade à un régime végétal et lacté et lui défend l'usage des substances acides. (*Med. zeit. Russ.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 avril 1856. — Présidence de M. Binet.

Influence de la proportion du phosphate de chaux contenu dans les aliments sur la formation du cal. — M. Alphonse Milne Edwards présente sur ce sujet un mémoire, dont voici un extrait :

L'idée de faciliter le travail de consolidation des fractures à l'aide de médicaments pris à l'intérieur paraît s'être présentée à l'esprit de quelques chirurgiens d'une époque déjà assez éloignée, et plusieurs faits tendent à faire croire que, parmi les substances qui ont été employées, se trouve le phosphate de chaux, ou du moins des sels calcaires. Cependant la description que Fabricius de Hilden nous donne de la pierre ostéocole est trop vague et trop obscure pour qu'on puisse avancer avec certitude qu'elle renfermât du phosphate de chaux.

Dans ces derniers temps, quelques chirurgiens essayèrent de l'emploi du phosphate de chaux mêlé aux aliments. M. Gosselin, chirurgien de l'hôpital Cochin, eut recours à ce moyen, surtout dans les cas de fractures du bras, qui quelquefois sont si longues à se consolider. Les résultats parurent satisfaisants sur les six malades dont j'ai pris les observations. Du vingt-septième au trentième jour on pouvait retirer l'appareil; la fracture paraissait entièrement consolidée, et on se bornait à faire porter quelques jours encore une écharpe au malade.

Mais ici on ne pouvait pas examiner les cals; on ne pouvait juger de leur plus ou moins grande solidité que bien approximativement. Aussi, d'après les conseils de M. Gosselin, qui a bien voulu vérifier les résultats de mes expériences, ai-je fait quelques recherches sur des chiens et des lapins.

Dans ces expériences, je prenais tantôt des chiens, tantôt des lapins, à peu près dans les mêmes conditions d'âge, de force et de taille; je leur fracturais un membre, le bras ou l'avant-bras, d'une manière à peu près identique; puis à l'un je donnais du phosphate de chaux, tandis que je ne changeais rien au régime ordinaire de l'autre.

Le phosphate de chaux employé à l'hôpital Cochin et pour ces expériences provenait de la calcination des os, et par conséquent était mêlé à du carbonate de chaux, qui, ici, ne pouvait avoir aucun inconvénient, et présentait même des avantages. Ce phosphate de chaux (3 Ca O Ph O^5) est insoluble dans l'eau ordinaire, mais facilement soluble dans les liqueurs même faiblement acides. Or les liquides de l'estomac sont franchement acides; le phosphate peut donc s'y dissoudre et devenir absorbable.

Sur les lapins et sur les chiens j'ai examiné le cal : 1° immédiatement après la mort, c'est-à-dire entouré de toutes les parties molles; 2° après la macération, c'est-à-dire lorsqu'il ne restait plus que des parties solides.

J'ai comparé entre eux six cals de lapins, dont trois avaient été mis au régime du phosphate de chaux. Chez ces derniers, l'ossification était plus avancée que chez les autres.

J'ai comparé dix cals de chiens, dont cinq avaient été mis au régime du phosphate de chaux, tandis que les autres avaient été nourris de la manière ordinaire. Chez ces animaux, il était impossible de méconnaître l'influence du phosphate de chaux; les résultats étaient extrêmement satisfaisants.

Par l'ensemble de ces faits, on voit que l'abondance de phosphate de chaux contenu dans les aliments, et par suite porté dans le torrent de la circulation, accélère le travail d'ossification. D'ailleurs ce sel est sans danger; il n'exerce aucune action fâcheuse sur l'économie.

Il s'en faut cependant que je présente ici le phosphate de chaux comme un moyen infaillible pour empêcher la non-consolidation des fractures; et quand d'autres causes interviennent pour entraver l'ossification du cal, telles qu'une constitution affaiblie ou des mouvements prématurés, le phosphate de chaux ne peut à lui seul déterminer la guérison; je le présente seulement comme un moyen adjuvant, qui, uni à des soins bien entendus, pourra diminuer le nombre des non-consolidations, et dans les cas ordinaires hâter la marche du travail de l'ossification. (Commissaires : MM. Rayer, Cl. Bernard, J. Cloquet.)

Phénomènes physiques et chimiques de la contraction musculaire. —M. Ch. Matteucci présente sous ce titre un mémoire qui se compose de trois parties.

Dans la première, il étudie le phénomène qu'il appelle la *respiration musculaire dans l'acte de la contraction* au point de vue des effets chimiques observés.

Dans la seconde partie de son mémoire, l'auteur étudie les phénomènes de la *respiration musculaire* dans leurs rapports avec le dégagement de chaleur et d'électricité qui s'opère dans les muscles.

Enfin, dans la troisième partie l'auteur évalue de nouveau la quantité de travail mécanique développé dans l'acte d'une contraction de la grenouille; il expose ensuite quelques vues théoriques, qui lui paraissent suffisamment fondées, sur le mécanisme de la contraction musculaire.

Première partie. — *Phénomènes chimiques de la respiration des muscles de la grenouille.* — Les recherches de l'auteur sur la quantité de travail mécanique développé dans l'acte de la contraction musculaire de la grenouille sous l'influence de l'électricité comparée à la quantité de zinc oxydée et dissoute, c'est-à-dire à l'action chimique qui produisait le courant excitateur de la contraction, lui ont fait constater qu'il existe une énorme disproportion entre l'intensité de l'action chimique donnant naissance au courant, et le travail mécanique qui lui correspond dans l'acte de la contraction des muscles de la grenouille galvanoscopique.

Cette conclusion et quelques autres; qui ont été émises pour la première fois dans l'*Essai de statique chimique des corps organisés* de M. Dumas, ont conduit l'auteur à entreprendre des expériences qui donnent, suivant lui, la mesure du phénomène de la *respiration musculaire pendant la contraction.*

L'auteur décrit les moyens employés soit pour préparer les grenouilles tuées pour ces expériences, soit pour exciter les contractions dans les muscles. Ces expériences prouvent que les muscles de grenouille récemment préparés donnent lieu à une absorption d'oxygène et à une exhalation d'acide carbonique. Le volume d'acide carbonique est généralement un peu moindre que le volume d'oxygène disparu. Dans le plus grand nombre des cas, il y a eu exhalation d'azote.

L'exhalation d'acide carbonique a lieu dans une atmosphère d'hydrogène, mais s'arrête rapidement. La respiration musculaire des grenouilles tuées avec l'acide sulfhydrique ou l'acide sulfureux est considérablement diminuée.

Pendant la contraction musculaire, l'absorption de l'oxygène et l'exhalation de l'acide carbonique augmentent d'une quantité supérieure au double de l'absorption et de l'exhalation observée dans les mêmes conditions pour les muscles au repos.

L'auteur admet qu'il y a encore pendant la contraction exhalation d'azote.

Deuxième partie. — Après avoir rappelé les expériences de MM. Becquerel et Breschet, ainsi qu'une expérience récente de M. Cl. Bernard, l'auteur annonce qu'il a été conduit à rechercher si la contraction des muscles des grenouilles préparées et dans lesquelles la circulation du sang n'existe plus était accompagnée d'un dégagement de chaleur. L'expérience directe faite à l'aide de thermomètres à mercure très-sensibles prouve que la température peut s'élever d'une quantité qui n'a pas été moindre d'un demi-degré dans les circonstances où l'on a expérimenté en excitant les contractions.

L'auteur passe ensuite à l'examen du développement de l'électricité dans les muscles. Tout le monde admet aujourd'hui l'existence et les lois principales du courant musculaire. L'existence des phénomènes chimiques de la respiration musculaire étant établie, l'auteur pense qu'on trouvera encore mieux fondée l'idée qu'il a toujours émise sur la cause du développement d'électricité dans les muscles, cause inhérente à la fibre musculaire à l'état de vie.

La même explication se présente naturellement pour le phénomène que l'auteur a appelé autrefois la *contraction induite*, et qui a été aussi le sujet d'un grand nombre d'expériences délicates de M. du Bois-Reymond.

L'auteur a repris ses anciennes expériences; il les a variées, et il pense qu'elles aideront à concevoir clairement la cause de la *contraction induite.*

Cette explication se présente naturellement d'ailleurs, sachant que la respiration musculaire augmente d'énergie dans l'acte de la contraction.

Les résultats des expériences, que les limites de cet extrait ne permettent pas de rapporter, rendent évidente, dit l'auteur, l'existence d'un circuit fermé, et ne peuvent s'expliquer que par un phénomène électrique engendré dans le muscle en contraction.

L'auteur, après l'exposé et la discussion de ses expériences, pose les conclusions suivantes pour la seconde partie de son travail :

1° Lorsqu'au moment de la contraction la respiration musculaire devient plus active, il y a aussi dégagement de chaleur et d'électricité dans les muscles.

En se fondant sur l'analogie qui existe entre la décharge de la torpille et la contraction musculaire, on peut regarder chaque élément de la fibre musculaire comme prenant, au moment de la contraction, un état électrique polaire qui donne lieu à une décharge dont les lois sont les mêmes que celles de la décharge des poissons électriques.

Troisième partie. — Après avoir constaté et mesuré les phénomènes chimiques de la respiration musculaire et le développement correspondant de la chaleur de l'électricité et du travail musculaire, l'auteur a pensé qu'il était naturel d'essayer, d'après certaines théories modernes, un rapprochement entre la machine animale et la machine à vapeur ou les moteurs électro-magnétiques.

Il admet comme prouvé que l'action chimique de la respiration musculaire pendant la contraction engendre la force développée dans les muscles; il admet, de plus, que dans les machines animales, comme dans celles qui sont régies par la chaleur ou l'électricité, la production de la force est soumise aux mêmes lois.

Sous quelle forme l'action chimique donne-t-elle lieu à la contraction musculaire? Il paraît probable à l'auteur que l'action chimique doit d'abord se transformer en électricité pour produire cet effet.

— M. Aubrée entretient l'Académie des succès qu'il a obtenus dans le traitement des brûlures par l'emploi d'un collodion dont il donne la formule, et dans lequel il fait entrer du tannin. Il pense que ce médicament pourrait être employé avec avantage dans le cas de la variole, pour prévenir les cicatrices difformes au visage, si on l'appliquait sur les pustules avant la formation du pus.

— M. Isidore Bourdon présente au concours pour le prix de médecine et de chirurgie un mémoire *sur divers traitements opposés au choléra, et plus particulièrement sur les effets thérapeutiques de la strychnine.*

Les auteurs dont les noms suivent adressent, conformément à une des conditions imposées aux concurrents, une indication de ce qu'ils considèrent comme neuf dans des travaux présentés à ce concours; ce sont :

M. Godard (*Recherches sur les monorchides et les cryptorchides chez l'homme*);

M. Notta (*Recherches sur la cicatrisation des artères à la suite de leur ligature*);

M. Th. Herpin (*Mémoire sur le chlorate de potasse comme spécifique contre la salivation mercurielle*).

M. Schweitzer, en adressant un *Traité de galvanocaustique* de M. Middeldorpf, professeur de chirurgie à l'Université de Breslau, demande, au nom de l'auteur, que ce livre soit admis au concours pour le prix de médecine et de chirurgie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour deux places d'aide d'anatomie à la Faculté de médecine commence aujourd'hui 15 avril.

— La situation de l'Académie royale de médecine de Belgique est toujours la même. Les membres du bureau ont maintenu leur démission. Leur retraite, dit la *Presse médicale belge*, était nécessaire, indispensable. C'était le seul moyen de rendre la situation nette. Il faut désormais, en effet, ou que pleine et entière satisfaction soit donnée à l'Académie, ou que l'Académie soit dissoute. Quel est le parti auquel s'arrêtera M. le ministre de l'intérieur? Nous n'en savons rien; mais ce dont nous sommes certain, c'est que, quoi qu'il arrive, l'Académie n'a pas le moindre reproche à se faire, parce qu'elle n'a pas cessé de se mouvoir dans le cercle des attributions et des droits qui lui ont été conférés.

— Par arrêté royal, M. André Uytterhoeven, chirurgien en chef de l'hôpital Sainte-Elisabeth, à Anvers, vient d'être promu au grade d'officier de l'ordre Léopold. L'opinion publique ratifiera cette distinction si bien méritée par les longs services de notre savant confrère.

M. Boulvin, médecin à Gilly, et MM. Bodard et Blariau, médecins à Gand, viennent d'être nommés chevaliers du même ordre.

— M. le docteur Edmond Langlebert a commencé son cours public sur les maladies vénériennes le lundi 14 avril, à midi, et le continuera à la même heure, les lundis, mercredis et vendredis, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

— M. le docteur Emile Humbert a commencé le lundi 14 avril, à une heure, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, un cours de médecine légale, et le continuera à la même heure, les lundis, mercredis et vendredis.

— M. le docteur Alexandre Thierry ouvrira son cours de clinique chirurgicale le lundi 21 avril, à trois heures de l'après-midi, et le continuera les lundis et jeudis suivants, à la même heure, rue du Petit-Musc, 21.

Le professeur traitera spécialement des affections chirurgicales qui ne forcent pas les malades à s'aliter. Les élèves seront exercés au diagnostic, aux opérations, pansements et applications d'appareil sur les malades soumis à leur examen.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 46. — JEUDI 17 AVRIL 1856. (29e ANNÉE.) N° 46. — JEUDI 17 AVRIL 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 AVRIL 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

Deux lectures ont occupé toute la séance, sauf le temps pris par la lecture des rapports d'eaux minérales. M. Camille Bernard (d'Apt) avait présenté en 1836 à l'Académie un forceps de son invention, alors nouveau, et qu'il désignait sous le nom de forceps assemblé. De cet instrument, différent des forceps généralement en usage en ce que les deux branches, au lieu d'être introduites séparément puis articulées, sont unies au moyen d'une charnière à genou qui permet aux deux cuillers de s'appliquer l'une sur l'autre, l'auteur s'était promis alors plusieurs avantages, entre autres celui de ne pas exiger le secours d'un aide, comme dans la manœuvre usuelle, et d'éviter par suite le risque de trouver la première branche hors de sa position lorsqu'on est parvenu à introduire la seconde. C'était à l'expérience à en décider. Aujourd'hui, après vingt ans d'usage, M. C. Bernard est venu témoigner devant l'Académie des bons résultats qu'il en a retirés dans les circonstances pour lesquelles il en avait prévu l'utilité. On trouvera dans le compte rendu l'énoncé des services que le forceps assemblé a rendus entre les mains de M. C. Bernard, et des conditions où il est utile d'y avoir recours.

La deuxième lecture est une longue et très-savante dissertation de l'honorable M. Desportes sur la révulsion et la dérivation. Cette lecture, qui réunit, nous n'en doutons pas, plus d'un mérite, a eu le tort de ne pas venir en son temps et d'arriver après une discussion où la question a été étudiée, examinée et retournée en tous sens jusqu'à la fatigue. C'est ce qui explique probablement l'accueil un peu froid que lui a fait l'Académie. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

Des applications de l'électricité à la pathologie (1).

Névralgies.

On a depuis longtemps employé l'électricité pour guérir les névralgies. Fabré-Palaprat, Magendie et bien d'autres ont nombre de fois vivement recommandé ce moyen. Dans ces derniers temps, M. Duchenne a de nouveau insisté sur le traitement de ces maladies par cet agent; il a préconisé une manière nouvelle d'employer l'électricité, qui, entre ses mains, paraît avoir produit de bons effets.

Il y a deux méthodes bien différentes à suivre dans l'emploi de l'électricité contre les névralgies. La première consiste dans l'emploi des courants continus; la deuxième dans l'électrisation cutanée.

1° *Courants continus.* — C'est la méthode employée par Fabré-Palaprat d'abord, puis plus tard, et d'une manière bien plus rationnelle, par Magendie et ses élèves. Pour l'appliquer, on fait circuler dans le nerf siége de la névralgie un courant continu d'une force médiane dont on maintient l'action pendant un certain temps, et en observant qu'il ne soit pas trop énergique pour causer de vives douleurs aux malades.

Si on se reporte à ce que nous avons dit de l'action physiologique des courants continus, on comprendra le rôle qu'ils peuvent jouer ici. Ces courants sont hyposthénisants; ils diminuent momentanément les propriétés motrices et sensitives des nerfs, par conséquent ils diminuent la douleur quand ces nerfs en sont le siége. Les courants continus agissent donc sur les cordons nerveux siége des névralgies en modifiant leur manière d'être, leur mode de sentir, si je puis m'exprimer ainsi. Ils sont en définitive contro-stimulants. C'est en vertu de cette propriété qu'on a pu guérir un certain nombre de névralgies. Mais il s'en faut de beaucoup qu'une seule application suffise; il en faut en général plusieurs. En général cependant ce traitement n'est pas long.

Cette manière de traiter les névralgies est actuellement bien tombée dans l'oubli, et je le regrette vivement. En effet, non-seulement elle est rationnelle, mais encore elle a compté de nombreux succès entre les mains de praticiens distingués. Il est donc à désirer que l'on s'occupe de nouveau de cette question.

Pour combattre les névralgies au moyen des courants électriques, on employait autrefois l'électro-puncture, en plaçant les aiguilles dans deux points, à une certaine distance, sur le trajet du nerf ou des filets nerveux malades. On obtient des effets aussi réels et moins douloureux avec les éponges mouillées.

2° *Électrisation cutanée.* — Le deuxième mode de traitement des névralgies a été imaginé par M. Duchenne, qui l'a appliqué particulièrement à la névralgie sciatique. D'après ce médecin, on guérit très-souvent cette névralgie au moyen de l'électrisation cutanée pratiquée soit sur une partie quelconque du tégument cutané, soit sur le trajet même du nerf malade, *loco dolente*. L'électricité cutanée, suivant lui, produit indirectement l'anesthésie du nerf malade en déterminant une douleur dérivative. A mon avis, ce n'est pas seulement une augmentation de la sensibilité cutanée que produit ce mode d'application, mais encore une véritable hyperémie superficielle du réseau capillaire de la peau, et je crois que cette hyperémie capillaire doit jouer un rôle dans le déplacement de la douleur névralgique.

L'électrisation cutanée s'obtient à l'aide du pinceau ou des brosses métalliques que nous avons décrites plus haut et en opérant une sorte de fustigation du tégument cutané sur lequel on veut agir; l'amélioration qu'on obtient ainsi a quelquefois lieu avec une rapidité extrême; mais dans d'autres circonstances, il faut y revenir un certain nombre de fois, et dans quelques cas y insister avec une grande persévérance.

Ce mode de traitement est susceptible d'être employé non-seulement contre la névralgie sciatique, mais encore contre toute autre espèce de névralgie. J'ai eu occasion de l'employer dans la névralgie sciatique, dans la névralgie intercostale et dans les névralgies de la cinquième paire, et les résultats que j'ai obtenus sont loin d'avoir été toujours satisfaisants. Sur une dizaine de cas de névralgies sciatiques, j'ai obtenu un seul succès complet; je dois avouer qu'il a eu lieu rapidement et qu'il n'y a pas eu de récidive.

Dans plusieurs cas de névralgie intercostale, je n'ai obtenu que des améliorations momentanées, mais pas un seul cas de guérison. Je n'ai eu que très-peu d'occasions de l'employer dans la névralgie trifaciale; ce n'est que dans deux cas que j'ai pu le faire : dans l'un des deux cas, il y eut une amélioration momentanée; dans l'autre, les douleurs semblèrent s'exaspérer notablement sous l'influence du traitement.

En résumé, je crois que le procédé de M. Duchenne, pour être jugé définitivement, a besoin d'être expérimenté dans un certain nombre de cas et dans les diverses espèces de névralgies, et ce n'est qu'avec une statistique raisonnée qu'on pourra asseoir une opinion. Il est rationnel de l'employer, et on ne devra pas s'étonner si on obtient de bons résultats de son usage. Il serait également intéressant d'expérimenter avec les nouveaux appareils d'induction l'action continue des courants, afin d'établir définitivement quelle peut être leur influence et leur utilité dans le traitement des névralgies.

Des atrophies musculaires.

Les atrophies musculaires sont de plusieurs espèces. Les unes sont curables; les autres, au contraire, ne peuvent subir aucune modification par les agents thérapeutiques qu'on emploie contre elles, et en particulier de l'électricité. C'est faute d'avoir établi ces distinctions qu'on discute encore autant sur la curabilité ou l'incurabilité de ces atrophies. Mettons d'abord de côté les atrophies musculaires qui frappent les muscles, qui cessent de fonctionner complétement ou en partie, comme cela a lieu dans les membres paralysés, dans des luxations anciennes non réduites, au-dessus et au-dessous d'articulations malades ou ankylosées, et dans bien d'autres circonstances encore; et il nous reste deux grandes variétés d'atrophie que nous devons étudier avec quelque soin.

(1) Fin. — Voir les numéros des 6, 18, 27 mars; 3, 8 et 15 avril.

UNE EXCURSION

A LA MAISON DE SAINT-LAZARE.

Parmi les établissements hospitaliers de la ville de Paris, il en est un qui intéresse la médecine à plusieurs points de vue. Saint-Lazare est à la fois une prison et un hôpital. La prison recèle la totalité des femmes détenues du département de la Seine; l'hôpital, les prostituées vénériennes.

Prévenues et condamnées, criminelles à des degrés divers, sont renfermées dans les murs de la prison. Quels enseignements psychiques n'y a-t-il pas pour l'homme de l'art au milieu de cette agglomération de détenues ! La folie a été le mobile de bien des actes accomplis par ces pauvres femmes; aussi le magistrat, dans sa prudente sagesse, appelle-t-il à son aide, dans maintes occasions, le secours de l'aliéniste.

La folie revêt tant de formes diverses, se présente sous des faces tellement insidieuses, qu'il peut parfaitement advenir que des juges ou des jurés, animés des plus pures intentions, méconnaissent les circonstances particulières d'une action justiciable des tribunaux commise sans liberté morale. Le remède est heureusement à côté du mal. De nos jours, l'étude de l'aliénation mentale se vulgarise, le nombre des praticiens spéciaux tend à s'accroître, et grâce au zèle désintéressé du savant professeur de la Salpêtrière, M. Baillarger, la génération médicale actuelle ne quitte plus Paris sans avoir acquis de précieuses notions sur une branche importante de l'art de guérir qu'il a si souvent occasion de mettre en pratique.

Dans l'ordre moral, il est des êtres d'une débilité inouïe, qui n'ont en partage qu'une intelligence rudimentaire, qu'une raison avortée, et qui ne font le bien et le mal que par une sorte d'instinct dont ils ne se rendent pas compte. Le médecin de Saint-Lazare doit donc être fréquemment consulté. A lui la tâche de reconnaître de simples malades dans tout ce monde d'êtres qui ont failli, à lui de remonter ces sentiers si obscurs de la raison déviée.

A côté de ces femmes adultes, il y a un quartier de la prison, dit de la *correction*, et qui contient des jeunes filles dont l'état intellectuel offre également un grand intérêt pour le médecin. Ce sont, pour la plupart, de malheureuses petites créatures élevées dans les langes de la prostitution, et qu'on enferme à Saint-Lazare dès l'âge de sept à huit ans, afin de préserver leur enfance des funestes atteintes de la corruption. Malgré la vigilante sollicitude de l'autorité, malgré l'incomparable dévouement des sœurs de charité, on ne peut parvenir le plus souvent, chose triste à dire, à se faire entendre de ces esprits rebelles, à leur faire oublier et haïr les fautes déjà commises, à triompher des mauvaises habitudes déjà développées. Les plus vicieuses instruisent les moins corrompues, et le zèle infatigable des religieuses vient trop souvent échouer contre l'envahissement de la contagion, qui achève d'empoisonner ces faibles intelligences, étouffées dans leur germe par l'impulsion hâtive, anticipée, des plus mauvais instincts, des plus détestables passions. C'est en vain que la religion parle, la révolte des sens et des pernicieuses tendances l'emporte, et au sortir de la maison de correction, la plupart de ces filles sont perdues; toutes ou presque toutes deviennent prostituées!

Un interne en médecine fort distingué de la maison de Saint-Lazare, M. le docteur Rossignol, vient de publier un remarquable travail (1) sur tous les faits pathologiques qu'il lui a été donné d'observer pendant son séjour dans l'établissement. Nous allons le prendre pour guide, et raconter les points principaux qui ont fixé l'attention de ce jeune et savant médecin.

La maison de Saint-Lazare, dont la population s'élève aujourd'hui à 1,236 détenues (c'est à peu près le chiffre moyen de l'année), a deux sortes d'infirmeries. Celles de la première section se composent de trois grandes salles renfermant ensemble 150 malades et 40 enfants. Dans deux de ces salles, sont placées les détenues atteintes d'une maladie aiguë ou chronique, et qui ne peuvent être maintenues dans les ateliers et les cellules; dans la troisième salle, se trouvent 40 nourrices avec leurs 40 nourrissons.

Dans une prison qui reçoit des prévenues et des condamnées à courte détention, il y a constamment un certain nombre de femmes enceintes; aussi la pratique des accouchements est-elle, pour les internes, une incessante obligation. Les avortements sont très-fréquents; les manœuvres clandestines, la syphilis, les tubercules, la chlorose, la misère en sont les principales causes. Parmi les pauvres enfants qui naissent dans la prison, la mortalité est considérable. Il y a un nombre très-élevé de mort-nés et de nouveau-nés avant terme, qui bientôt succombent par faiblesse congénitale. Ce fâcheux état de choses s'explique par le chiffre énorme d'accouchements à six, sept, huit mois de grossesse, par la syphilis constitutionnelle héréditaire, par une alimentation défectueuse, et aussi, il faut bien le reconnaître, par le défaut de soins de quelques-unes de ces femmes vraiment indignes d'être mères.

Sous le point de vue de l'hygiène, ces infirmeries se trouvent dans des conditions de salubrité très-satisfaisantes. Jamais on n'y a observé d'épidémie grave. Le choléra et la fièvre typhoïde ont sévi, mais sans faire de grands ravages. Dans la salle des femmes en couches et des nourrices, les accidents puerpéraux sont très-rares.

Les infirmeries de la deuxième section constituent l'hôpital des prostituées vénériennes; elles renferment seize salles de 20 à 25 lits, ce qui donne en moyenne 350 malades. Nulle part ailleurs qu'à Saint-

(1) *Aperçu médical sur la maison de Saint-Lazare.* Thèse inaugurale.

La première est l'atrophie musculaire, ou paralysie atrophique, découverte par M. le professeur Cruveilhier; la deuxième est l'atrophie musculaire essentielle.

1° *Atrophie musculaire progressive, ou paralysie atrophique.*

On doit à M. Cruveilhier la découverte de cette maladie, qu'il avait signalée depuis longtemps sur des malades placés dans son service, à l'hôpital de la Charité. C'est cette même affection qui a fait l'objet de mémoires spéciaux de M. Aran et de M. Duchenne.

Cette maladie est caractérisée par l'atrophie du système musculaire de la vie de relation, et par l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux. Les racines postérieures des mêmes nerfs et les différentes parties de l'encéphale et de la moelle épinière étant dans un état d'intégrité parfaite, il n'y a donc de lésés dans cette affection que les organes de la myotilité volontaire (muscles et nerfs).

Cette espèce de paralysie atrophique musculaire envahit successivement et graduellement, faisceaux par faisceaux, fibres par fibres, les muscles soumis à la volonté, en laissant intacte la sensibilité générale et spéciale, les facultés intellectuelles et affectives et toutes les fonctions de la vie de nutrition autres que la nutrition musculaire.

M. Cruveilhier reconnaît deux degrés dans cette maladie. Le premier, auquel il donne le nom d'atrophie avec macilence, est caractérisé par la diminution du nombre des fibres musculaires, et conséquent par la disparition d'un certain nombre d'entre elles; le deuxième degré est l'atrophie avec transformation graisseuse.

L'action de l'électricité sur les muscles qui sont le siége de cette atrophie mérite d'être prise en considération. La contractilité musculaire persiste dans les fibres restantes, et elle y a le même degré d'énergie. Mais comme ces fibres sont considérablement diminuées de nombre, il résulte de là que la contractilité totale du muscle est notablement diminuée. On peut dire d'une manière générale que le degré de la diminution de la contractilité électro-musculaire est en raison directe de la diminution du nombre de fibres musculaires. Lorsque les muscles sont le siége de la transformation graisseuse, la contractilité électro-musculaire est anéantie.

On a pensé que l'on pouvait employer l'électricité dans la première période de cette maladie, et que l'on parviendrait ainsi à obtenir des guérisons: c'est encore une erreur. L'atrophie musculaire est ici la conséquence de l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux, et l'électricité ne saurait avoir aucune action reconstituante sur des muscles atrophiés sous cette influence. Les observations de cette maladie recueillies jusqu'à présent ne justifient que trop cette manière de voir.

2° *Atrophies musculaires essentielles.*

En dehors des atrophies musculaires qui se produisent comme conséquence de l'atrophie des racines antérieures des nerfs rachidiens, il existe un certain nombre d'autres atrophies qu'on ne peut rapporter à cette cause. Nous examinerons successivement les cas divers qui peuvent être rangés dans cette catégorie.

En premier lieu se trouvent un certain nombre de cas d'atrophies musculaires auxquels M. Duchenne donne le nom d'atrophies musculaires graisseuses, et qui portent sur des muscles isolés ou sur des parties très-circonscrites du système locomoteur et n'embrassant qu'un petit nombre de muscles. Ces atrophies isolées ont été bien étudiées par ce médecin, qui y reconnaît deux périodes.

Première période ou période d'atrophie. — Elle est caractérisée par la diminution du nombre des fibres musculaires, mais non par la diminution du volume de chacune d'elles. On y observe des contractions fibrillaires, et l'irritabilité y est conservée. La durée de cette période est quelquefois très-longue, et la guérison est possible tant que la maladie ne l'a pas dépassée. M. Duchenne pense que prise à temps, au début surtout, et traitée par des courants développés par des appareils d'une grande force et à intermittences très-rapides, ces atrophies peuvent guérir. Suivant lui, ces courants peuvent non-seulement arrêter la maladie, mais ramener la nutrition de la partie atrophiée à son type normal. J'ai lu avec soin les observations de M. Duchenne; j'ai recueilli deux faits analogues à ceux qu'il a publiés, et j'admets pleinement leur réalité.

La deuxième période est appelée par M. Duchenne période de transformation.

C'est à cette époque que la transformation graisseuse s'opère. Les courants électriques ne peuvent plus exercer aucune influence sur la guérison des muscles atrophiés; elle n'est plus possible.

L'espèce d'atrophie essentielle dont nous venons de tracer une esquisse rapide n'est pas séparée par M. Duchenne de la paralysie atrophique de M. Cruveilhier; ces deux maladies, pour lui, n'en forment qu'une seule.

Atrophies rhumatismales.

Le rhumatisme musculaire a souvent pour effet, ainsi que nous l'avons dit plus haut, de rendre impossible pendant un certain temps, sinon pour toujours, les mouvements des muscles qui en ont été atteints: c'est là la paralysie rhumatismale dont nous avons indiqué le traitement au moyen de l'électricité. Ces paralysies nous présentent une autre particularité; c'est que, soit à leur suite, soit pendant leur développement même, et quelquefois avec une grande rapidité, les muscles atteints subissent une véritable atrophie.

Les atrophies musculaires de cette nature peuvent très-bien rentrer dans l'espèce précédente, et il n'est pas rare d'y observer les deux périodes d'atrophie et de transformation graisseuse. L'existence de ces deux périodes est cependant loin d'être constante, et quelquefois la durée de la première période est si longue que la deuxième semble ne pas survenir.

Quoi qu'il en soit, dans la première période des atrophies rhumatismales, la contractilité musculaire électrique est conservée, quoique diminuée, et l'électricité est un excellent moyen de la guérir. Il faut, il est vrai, l'employer quelquefois avec persévérance et faire usage, comme dans le cas précédent, d'appareils très-énergiques.

Je crois donc qu'on peut admettre d'une manière positive que l'atrophie rhumatismale est parfaitement susceptible de guérison; j'en ai recueilli plusieurs observations bien évidentes.

Paralysies atrophiques graisseuses de l'enfance.

M. Duchenne a décrit sous ce nom une maladie bien connue du reste, et décrite avec grand soin par M. Rilliet sous le nom de paralysie essentielle de l'enfance.

D'après M. Duchenne, il existe deux paralysies essentielles de l'enfance. L'une suit, la plupart du temps, une marche aiguë, et se termine par une guérison rapide; c'est celle qui a été décrite par Kennedy sous le nom de paralysie temporaire de l'enfance. L'autre ayant une durée plus longue et se terminant par l'atrophie ou la transformation graisseuse d'un plus ou moins grand nombre de muscles, et plus tard par la déformation et l'attitude vicieuse des membres; c'est à cette dernière qu'il donne le nom de paralysie atrophique graisseuse de l'enfance.

L'exploration électro-musculaire permet de distinguer ces deux affections; car, tandis que dans la première la contractilité électro-musculaire est intacte, elle est au contraire affaiblie ou abolie dans la paralysie atrophique graisseuse; il est bien entendu que le degré de diminution de la contractilité est en rapport avec le nombre de fibres musculaires disparues. Quand l'abolition est complète, c'est que la transformation graisseuse est également complète.

L'électricité appliquée à temps, c'est-à-dire à une époque rapprochée du début de la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance, peut abréger la durée de la paralysie, diminuer ou prévenir l'atrophie des muscles et peut-être empêcher la transformation graisseuse.

A une époque déjà ancienne de la maladie (après un an et plus de durée), M. Duchenne a vu les muscles qui ne sont pas graisseux recouvrer leur contractilité électrique, quelque atrophiés qu'ils aient été. C'est en favorisant la nutrition de ces muscles et en développant leur force qu'il pense que l'électrisation peut être utile.

Telles sont les vues de M. Duchenne sur cette maladie nouvelle; elles nous semblent dignes d'attention, et il est à désirer que les médecins placés dans les hôpitaux destinés à l'enfance nous fassent connaître des faits de cette nature et nous donnent des résultats statistiques qui permettent de fixer la science à cet égard.

Pour terminer ce qui est relatif aux applications de l'électricité à la médecine, je dirai quelques mots d'une application possible de cet agent au traitement de certains états généraux de l'organisme caractérisés par l'épuisement.

Il est, en effet, un certain nombre d'états généraux susceptibles de se développer dans des circonstances bien différentes, et dans lesquels on observe une débilité générale et profonde, un épuisement complet des forces, un véritable état auquel on peut donner le nom d'état hyposthénique. Il est souvent utile en pareil cas de relever rapidement les forces, afin de laisser le temps d'agir, avec divers médicaments qu'on administre aux malades placés dans cette situation. Je crois qu'en pareil cas on pourrait employer l'électricité appliquée à l'organisme entier en mettant en usage le véritable bain électrique.

Voici de quelle manière il pourrait être appliqué. L'individu malade est placé dans une baignoire remplie d'eau salée (3 kilogrammes de sel commun) ou d'eau acidulée (2 litres de vinaigre) à la température habituelle, 35 à 36 degrés centigrades. Un des deux réophores plonge dans la même eau que le malade. Une des deux mains du malade sort de la baignoire et va plonger dans une cuvette également remplie d'eau acidulée. On fait agir le courant d'une manière intermittente dans cette cuvette, et l'individu se trouve immédiatement sous l'influence qui agit sur l'organisme entier et constitue un stimulant des plus énergiques. J'ai plusieurs fois répété cette expérience, et elle m'a toujours parfaitement réussi. Je la crois susceptible de nombreuses applications.

ESTHIOMÈNE HYPERTROPHIQUE INDURÉ DE LA VULVE

chez une jeune fille de dix-huit ans, guéri et ayant nécessité l'ablation des nymphes.

Par M. le docteur JOBERT (de Guyonvelle).

Célestine B..., d'un tempérament lymphatico-sanguin, est dans sa dix-huitième année; il y a trois ans qu'elle a été menstruée pour la première fois.

Dès avant cette première menstruation, et depuis, à chacune des époques qui suivirent, cette jeune fille avait éprouvé des accidents nerveux extrêmement graves, avec ballonnement du ventre, douleurs dans les reins, dans le bassin et dans les flancs.

La pauvre enfant semblait changer de caractère à chaque nouvelle époque des règles. Elle devenait d'une tristesse profonde et laissait couler d'abondantes larmes. Parfois encore, elle sentait des douleurs

---

Lazare il ne s'observe un plus grand nombre d'ulcérations, d'engorgements du col utérin, de catarrhes utérins, et nulle part aussi la curation ne se fait plus longtemps attendre et n'oppose aux médecins une résistance plus désespérante. Les raisons en sont multiples: elles tiennent à la localité; elles sont sous la dépendance du régime de la maison, du défaut d'exercice, des habitudes pernicieuses, des complications nombreuses: chlorose, diathèse syphilitique, tuberculisation, troubles de la menstruation, leucorrhée, dyspepsie, gastralgie, etc.

La mystérieuse et si intéressante sympathie qui relie l'utérus aux principaux appareils de l'économie ne tarde pas à se manifester quand cet organe est le siége d'une inflammation ulcérative; on le voit bientôt étendre son influence morbide de proche en proche, et jeter çà et là des germes d'altérations et de troubles fonctionnels divers. Cette influence se porte encore au loin, et va susciter des perturbations sympathiques (de texture ou de fonctionnalité) qui, secondairement, retentissent sur l'organe malade, cause première de leur développement. Ces complications de l'ulcération du col sont nombreuses, et il importe extrêmement d'en tenir compte si l'on veut établir le traitement sur une base rationnelle. Méconnaître ou négliger les indications précieuses et absolues qu'elles fournissent, c'est se condamner fatalement à l'impuissance.

La cautérisation règne en souveraine maîtresse, et on lui rend, à Saint-Lazare, les plus grands honneurs. C'est elle qui, régulièrement appliquée, guérit ou doit guérir toutes les ulcérations.

Le nitrate d'argent est le caustique le plus usité, c'est le *vade mecum* du chirurgien de l'établissement. On l'emploie plus spécialement contre les formes légères de l'ulcération, qu'on désigne sous les noms de *rougeurs*, d'*érosions*, d'*exulcérations chagrinées*, *pointillées*, *légèrement mamelonnées*, etc. On y a recours également dans la période décroissante de l'ulcération fongueuse. Le nitrate acide de mercure est réservé pour ces ulcérations blafardes, à fond veineux, et qui restent stationnaires quoi qu'on fasse pour les modifier. Le fer rouge est véritablement héroïque, et doit être préféré dans la forme granuleuse, quand il y a hypertrophie des glandules du col avec pertes fréquentes.

M. le docteur Rossignol a interrogé 800 femmes relativement à la menstruation, et il en a trouvé en moyenne 65 sur 100 qui présentaient des irrégularités, des suppressions, des ménorrhagies ou des accidents dysménorrhéiques. Cette fréquence s'explique facilement quand on sait que les différents états organopathiques de l'appareil génital entraînent d'une manière à peu près constante des troubles dans l'accomplissement de l'importante fonction dévolue à l'utérus, la menstruation.

Chez les jeunes filles livrées à la prostitution longtemps avant l'époque ordinaire de la puberté, on voit que le coït répété, que l'habitude en quelque sorte native de la masturbation déterminent vers les organes génitaux un afflux sanguin prématuré, une surexcitation qui hâte, qui devance pour l'établissement de la menstruation le temps fixé par la nature. Sur 58 filles qui se sont livrées au coït entre 9 et 11 ans, 27 ont été réglées avant 10 ans, 19 avant la onzième année révolue, 10 avant la douzième et 2 seulement avant la treizième. Chez 33 de ces filles, ce fut après quelques rapprochements sexuels, chez les autres après quelques mois: sur ces filles réglées prématurément, et du fait même de l'excitation des organes génitaux, 37 ont éprouvé des douleurs, des accidents au début, et la plupart, âgées aujourd'hui de 18 à 25, en éprouvent encore à chaque période menstruelle.

Rien de plus simple, du reste, à concevoir que cette maturité précoce des ovules, que cette évolution anticipée des vésicules de Graaf, car nous savons que ces follicules existent à l'état embryonnaire chez la jeune fille dès l'âge de 3 à 4 ans. M. Raciborski et d'autres observateurs en ont même trouvé dans les ovaires de jeunes filles venues à terme et chez d'autres venues avant terme. Sous l'influence de cette congestion ovaro-utérine, sans cesse et prématurément excitée, les follicules reçoivent une impulsion qui accélère, qui force leur évolution: de là hémorrhagie utérine anticipée. Les expériences de M. Coste ont prouvé que les excitations vénériennes chez les femelles d'animaux hâtent la rupture de la vésicule de Graaf. C'est exactement la même chose chez la fille publique impubère. Sur les cadavres de deux jeunes filles, mortes l'une à 11 ans et demi (phthisie), l'autre un peu avant 12 ans (fièvre typhoïde), M. Rossignol a rencontré des ovaires contenant des corps jaunes parfaitement caractérisés, et néanmoins ces filles n'avaient point encore perdu de sang cataménial.

Chez les prostituées qui vivent dans l'oisiveté la plus absolue, dont les deux moitiés de la vie se passent, comme le disait La Fontaine, l'une à boire, l'autre à ne rien faire, les fonctions assimilatrices présentent presque constamment des perturbations. Rien de plus fréquent que d'observer chez ces filles tous les degrés de la dyspepsie, de la gastralgie, l'anémie, la chloro-anémie et ces mille accidents qui tiennent à ce qu'on appelle aujourd'hui, avec M. le professeur Trousseau, la *névropathie protéiforme*, ce que Whytt et M. Louyer-Villermay désignent sous le nom d'*hystéricisme*, c'est-à-dire une mobilité extrême, une susceptibilité outrée du système nerveux.

Si dans le monde les femmes, obéissant à de faux préjugés ou à la coquetterie, se condamnent quelquefois à une insuffisante alimentation, en revanche la malheureuse fille qui se livre à la prostitution a besoin pour exercer son abominable métier de s'étourdir; il lui faut un voile qui l'empêche de distinguer toute l'horreur de ses actes, et ce voile, c'est à l'ivresse qu'elle le demande. Les prostituées préludent toute la journée par quelques libations excitantes, et la nuit l'orgie est à son comble. Avec un pareil régime, les fonctions digestives s'altèrent, se dépravent, l'appétit se perd de plus en plus, et ces filles offrent bientôt tous les degrés des maladies que nous venons de mentionner; elles ne tardent pas enfin à tomber dans l'atonie, dans la chloro-anémie, faciles à expliquer par le défaut de réparation. Elles sont, en outre, épuisées par des ménorrhagies ou la leucorrhée, et le désordre de l'action nerveuse croît de jour en jour, à mesure que les forces diminuent.

Peu à peu, dans cette économie débilitée, minée par des excès de

très-vives lui passer à travers l'articulation de la cuisse; ces douleurs, souvent, étaient assez fortes pour lui arracher des cris.

Ces accidents ne firent que s'accroître pendant les dix-huit ou vingt premiers mois qui suivirent l'apparition de la premièru époque menstruelle.

Un autre accident qui venait s'ajouter encore à tous ceux ci-dessus énoncés, c'est une rougeur un peu violacée et un gonflement considérable des grandes et des petites lèvres, avec une éruption boutonneuse indolente de prime abord, mais qui peu de temps après se compliqua de démangeaisons insupportables. La malade, à force de gratter, produisit de véritables plaies ou excoriations.

Cependant, bien que tous ces accidents eussent entièrement disparu déjà depuis plusieurs mois, la jeune fille était demeurée profondément triste et morose; elle avait d'ailleurs pâli et maigri, au point de donner de vives inquiétudes à sa famille. La mère me fit appeler. Voici ce que je constate à l'examen des parties malades:

Il reste à peine trace des accidents primitifs, mais les nymphes ou petites lèvres sont, dans toute leur partie libre, le siége d'un engorgement indolent, bosselé et d'une dureté extraordinaire; la surface en est comme verruqueuse, et rappelle assez exactement l'*éléphantiasis*. A leur base ou partie postérieure et adhérente, la muqueuse apparaît encore un peu rouge, violacée; il y a un peu d'animation à la surface.

Ecoutons, avant de prononcer, les quelques renseignements sommaires donnés par la jeune fille:

« Je me souviens, dit-elle, qu'il y a plus de deux ans, c'est-à-dire quand je devins fille, il se montra vers la partie supérieure et interne des cuisses plusieurs taches, d'un rouge violacé, qui m'occasionnèrent quelques envies de gratter; alors ces petites taches suintaient et se couvraient de croûtes.

» A chaque retour ou nouvelle époque mensuelle, les taches se montrèrent plus nombreuses et les croûtes aussi; il y avait de l'inflammation et de la sensibilité à la peau. Quelque temps après, je ressentis et vis des boutons aux parties; celles-ci se tuméfièrent beaucoup et devinrent de couleur lie de vin. Il y eut pourtant, je crois, quelques portions de la peau qui étaient demeurées blanches, c'est-à-dire qui n'avaient pas de mal. Je n'osai parler de cela à personne, et pendant dix-huit grands mois entiers je me lavai régulièrement plusieurs fois par jour avec une forte décoction d'écorce de vergne (aune, *betula alnus*). Les taches ont disparu; mais il m'est resté cet endurcissement que vous voyez, qui ne s'est jamais amoindri et qui me gêne au point de me désespérer. »

D'après ces renseignements, et en présence de la précision avec laquelle ils m'étaient donnés; en présence de cette éruption légèrement boutonneuse, indolente d'abord et de couleur violacée avec tuméfaction notable ou tout au moins appréciable des parties malades; sachant, d'ailleurs, que la surface de la peau s'était un peu animée ou enflammée, puis ulcérée ou tout au moins excoriée, puis enfin recouverte de croûtes épaisses, je diagnostiquai un esthiomène hypertrophique induré de la vulve, et cette affection datait de plus de deux années.

Traitement. — Les circonstances dans lesquelles vit habituellement la malade m'ayant révélé certains écarts et même certains abus, j'ai insisté sur l'emploi des soins hygiéniques généraux. J'ai interdit, comme très-nuisible dans l'espèce, l'usage abusif de la chaufferette, et prescrit, pour plus grande propreté, de fréquents lavages avec une forte décoction de feuilles de frêne (*fraxinus excelsior*).

Pendant trois semaines, et au moins trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, j'ai fait appliquer sur la vulve des cataplasmes émollients, dans le but de ramollir les rugosités épidermiques des parties malades, c'est-à-dire des petites lèvres. Quelques bains généraux et médicamenteux ou appropriés furent également prescrits.

Après ce temps, je fis recouvrir la partie libre des nymphes d'un linge troué enduit de *cérat calomélisé*. Deux énormes gâteaux de charpie sèche surmontaient ce pansement, lui-même maintenu par un bandage exactement appliqué et serré.

Depuis un mois, c'est-à-dire depuis le commencement du traitement, la malade a subi deux légères saignées du bras; elle a été aussi purgée deux fois.

Les résultats de ce premier traitement ont été si peu sensibles qu'ils n'ont pu être appréciés.

Je recourus bientôt à une autre médication; j'employai le chlorure de sodium. On s'en servit en lavage; en outre, on l'appliqua et plusieurs fois par jour on le renouvela sur les parties malades au moyen d'une masse de charpie imbibée ou pénétrée de cette solution.

Durée de l'emploi du chlorure, un mois ou trente jours.

Au moment où j'ai commencé l'emploi du chlorure, il y avait un léger érythème à la base des nymphes et à l'entrée de la vulve. Sous l'influence et l'action du chlorure, l'érythème avait complétement disparu, ainsi que la démangeaison qu'il provoquait de temps à autre. On put voir alors distinctement et sûrement que toutes les surfaces et parties internes étaient revenues à leur état normal.

La couleur violacée avait elle-même disparu; il ne restait non plus aucune trace de boutons, ni tubercules.

Cependant l'engorgement des petites lèvres persiste dans ses mêmes conditions de première vitalité, il n'a été ni influencé ni modifié par le traitement; seulement les surfaces rugueuses étaient devenues moins facilement saignantes.

Enfin j'eus recours de nouveau aux grands bains, dans lesquels on ajoutait une dose du sous-carbonate de soude qui varia depuis 60 à 200 grammes. Des lotions et topiques de morelle cuite et fraîchement cueillie furent continuées trois ou quatre fois par jour, et pendant deux mois au moins. Quelques pansements furent pratiqués avec l'onguent styrax et diverses autres pommades, parmi lesquelles une pommade au nitrate d'argent, et plus tard une autre avec le proto-iodure de mercure: le tout sans aucun avantage.

Par ces motifs, l'engorgement restant le même après un traitement vigoureux et de quatre mois de durée, vu la gêne qu'occasionne à la malade ce prodigieux développement morbide des petites lèvres, toutes les parties internes de la vulve étant parfaitement saines d'ailleurs, je cédai aux pressantes sollicitations de la malade et fis l'ablation des petites lèvres.

Une hémorrhagie abondante eut lieu, qui nécessita une cautérisation immédiate et robuste.

La malade a promptement guéri; six mois déjà se sont écoulés depuis la fin du traitement, et la malade n'a éprouvé quoi que ce soit vers ces parties.

PAIN DE GLANDS.

Par M. Thorel, pharmacien à Avallon.

Le fruit du chêne vulgaire de nos forêts (*quercus racemosa et sessiflora*), si riche en principes féculents et azotés, n'a pas encore pu entrer dans notre alimentation à cause des substances âpres et astringentes qui le rendent si désagréable.

Pour faire mieux comprendre sa nature, je vais en donner l'analyse d'après M. Braconnot, qui ajoute en outre: En entreprenant ces recherches, j'avais conçu l'espérance qu'il serait peut-être possible de priver les glands du tannin qui les rend si acerbes, mais je dois dire que je n'y ai pas réussi.

Cent parties de glands écorcés donnent au moment où ils viennent d'être récoltés:

Amidon.	36,94
Matière animale combinée au tannin.	15,82
Sucre incristallisable	7
Matière extractive	5
Ligneux.	1,90
Huile.	3,27
Sels..	90
Eaux.	31,80

Ils perdent donc un tiers de leur poids en se desséchant.

Il n'est pas étonnant que le gland, qui ne coûte que le temps de le ramasser et qui contient trente-sept parties de fécule, huit à dix parties de matière animale et sept parties de sucre sur cent, ait attiré l'attention, surtout dans les mauvaises années.

Sans le priver complétement du tannin qu'il contient, je suis parvenu à lui enlever sa saveur désagréable; il se trouve alors dans les conditions les plus avantageuses pour faire du pain. Et, si ce pain n'est pas blanc, il a au moins l'avantage d'être nourrissant, qualité précieuse pour celui qui se livre à des travaux pénibles. Quoiqu'un peu rouge, il est agréable au goût. Cette coloration, qui se développe sous l'influence de l'air et de la chaleur, est due à la présence d'une petite quantité de tannin qui reste et qu'on ne pourrait éliminer qu'avec beaucoup de temps et de précautions. S'il était facile de tout enlever, le pain serait plus agréable à l'œil, mais il n'en serait pas meilleur, car les glands en contiennent si peu lorsqu'ils sont préparés qu'il n'influe en rien sur la qualité du pain.

Il résulte des expériences que j'ai faites pour arriver à doser le tannin restant dans les glands avant de les mêler à la farine, que le pain n'en contient pas un gramme par kilog. A cette dose, il ne peut avoir d'action nuisible sur la santé. Le thé, les grenades et beaucoup de fruits en contiennent des proportions plus considérables. Les médecins Posta et Cavalier l'ont donné à la dose de 4 grammes (1 gros) dans les 24 heures, sans qu'il en résultât la moindre irritation gastrique.

Pour établir exactement le prix de ce pain, il faudrait connaître le prix des glands. Je les ai payés, au mois d'octobre dernier, 2 fr. 50 c. l'hectolitre; ils ne seront jamais beaucoup plus chers, les femmes et les enfants pouvant les ramasser en temps perdu. Leur valeur serait même presque nulle si chacun en ramassait pour sa consommation.

A ce prix, le pain ne revient qu'à 25 ou 26 c. le kilogr. Je me suis basé sur les mercuriales du mois de novembre pour le prix de la farine. J'ai fait moudre un hectolitre de blé valant 30 francs, qui a donné 60 kilogr. de farine, plus le son suffisant pour les frais de mouture et de cuisson. La farine coûte donc 50 c. le kilogr. à celui qui achète le blé et le fait moudre.

Voici la composition du pain que j'ai fabriqué et son prix de revient:

4 kilogr. farine de bon blé.	2 fr. 00 c.
4 kilogr. glands décortiqués.	0 20
200 gram. carbonate de soude (sel de soude) (1). 1 grand verre de vinaigre. . . . . 15 gram. sel de cuisine ou à peu près. . . .	0 15
Total.	2 fr. 35 c.

Les glands, ainsi préparés et égouttés, sont écrasés, encore chauds, avec un rouleau ou un cylindre (2), ce qui est plus expéditif; puis on les délaye dans un peu d'eau chaude, et on les verse sur la farine et le levain, qui a été fait, comme d'habitude, avec la farine seule. La pâte est bien battue et mise en hiver dans un endroit très-chaud, parce qu'il lui faut pour lever plus de temps qu'au pain ordinaire.

Le carbonate de soude agit d'abord en rompant les membranes qui retiennent le tannin, puis en se combinant ensuite avec lui pour former du tannate de soude soluble qui s'en va avec les eaux de lavage et les colore en rouge. Le vinaigre vient ensuite enlever

(1) Le carbonate de soude (cristaux de soude), sel de soude, se vend partout et coûte 50 à 60 cent. le kilogramme.

(2) Le cylindre n'est que le diminutif de la presse des vermicelliers, et se trouve dans beaucoup de maisons de la campagne. Il se compose de trois pièces: un châssis en bois monté sur trois pieds, un cylindre de fer-blanc percé de trous et un morceau de bois rond qui entre dedans.

tous genres, pénètre la tuberculisation. Sous l'influence de cette détérioration de l'organisme, lors de l'établissement de la menstruation, on voit souvent la phthisie se développer comme en serre chaude, marcher avec une spontanéité, une acuité extrêmes, et la malade succombe très-vite. Dans les phthisies chroniques, l'huile de foie de morue ne réussit point à Saint-Lazare. Cela se conçoit: l'action de cet agent n'est pas secondée. Les pauvres malades sont consignées; elles n'ont, elles ne peuvent avoir d'autre promenade que dans la ruelle qui sépare les lits; seulement, quand le temps le permet, elles descendent une heure dans la cour.

Parmi les prostituées, il en est un certain nombre qui sont hystériques; leur accès coïncide souvent avec l'époque menstruelle. Chez quelques-unes, on observe, pendant les jours qui précèdent l'hémorrhagie utérine, une excitation particulière, des vertiges, des palpitations; elles s'agitent, deviennent loquaces et turbulentes; la face est animée, il y a des soubresauts dans les membres, etc.; en même temps elles accusent vers les parties génitales une sensation de chaleur, de douleurs, qui les portent parfois à se livrer à une masturbation effrénée. Si l'hémorrhagie vient assez tôt et devance en quelque sorte l'accès convulsif, tous ces préludes cessent dès que le sang coule; mais il n'en est pas toujours ainsi. Lorsque les règles n'ont pas prévenu l'explosion de l'attaque, les douleurs utérines semblent, pendant tout le temps, en raison d'intensité avec les convulsions hystériques. Enfin, on en a vu qui, durant toute la période cataméniale (trois, quatre ou cinq jours), restent plongées dans une lypémanie profonde, refusent toute alimentation et nourrissent des idées de suicide; mais, hâtons-nous de le dire, ces exemples sont fort rares.

La pathologie utérine chez les filles publiques a été observée avec le plus grand soin par M. le docteur Rossignol. Nommé à Saint-Lazare à l'expiration de son internat à la Maison impériale de Charenton, il a apporté dans son nouveau cercle d'études cet esprit sagace et réfléchi avec lequel il avait si bien réussi dans le traitement des maladies mentales. C'est ainsi qu'il a pu étudier et décrire cet état hypersthénique local qui est constitué par ce qu'on a appelé la *métrite congressive*, et que, poursuivant, à l'exemple de Parent-Duchâtelet, un grand nombre de recherches, il lui a été donné de vérifier l'exactitude des assertions émises par cet éminent observateur dans son ouvrage sur la prostitution. Rien n'est plus commun, par exemple, que de rencontrer dans les infirmeries de vénériennes de ces leucorrhées abondantes, excessives, déterminées par une congestion phlegmasique subaiguë de l'utérus et du conduit vulvo-utérin. Ces flueurs blanches, considérées à tort comme supplémentaires des règles, constituent un véritable état morbide qui appauvrit l'économie. Il importe donc beaucoup de le faire cesser et de seconder les synergies d'une hémorrhagie normale nécessaire. Un traitement tonique et des lotions vaginales avec la teinture d'iode sont ici très-bien indiqués. Peut-être aussi conviendrait-il de ne pas rejeter, comme moyen thérapeutique, l'application de sinapismes sur les seins, car l'expérience, tentée sur des femmes aménorrhéiques, a souvent réussi.

Enfin les ménorrhagies, la chlorose, la dysménorrhée membraneuse, les tumeurs sanguines, les kystes et les abcès des grandes lèvres, la syphilis et ses innombrables accidents consécutifs sont autant d'affections dont la simple mention achèvera de donner au lecteur une idée de la richesse et de la variété des états pathologiques qui s'observent à Saint-Lazare.

Afin de ne pas rester sous une impression trop pénible, disons que l'on voit (mais c'est la bien rare exception) quelques prostituées à qui le séjour de la prison est profitable; le repos, la régularité et la simplicité des repas semblent les ranimer; leur physionomie pâle et débile fait place à un embonpoint progressif et à plus de coloration. Cela nous rappelle ce que disait un jour M. Beau à sa clinique, dans un langage tout à fait pittoresque: « C'est comme une fleur qui acquiert d'heure en heure une teinte plus vive, la malade fait des globules et les montre au dehors. »

En terminant ce rapide coup d'œil sur la prison et l'hôpital de Saint-Lazare, nous ne pouvons nous empêcher de songer à l'alliance indissoluble du physique et du moral, à leur influence réciproque. Agir sur le physique pour modifier, tempérer et réhabiliter le moral est un point sur lequel on doit beaucoup insister dans cet établissement, et cela d'autant plus que les détenues et les prostituées sont généralement dans l'âge le plus propice pour espérer de diriger leur raison, de la redresser dans ses déviations, de la soutenir dans ses défaillances.

H. Legrand du Saulle.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Tableaux des opérations qui se pratiquent chez l'homme, ou Résumé analytique des règles principales qu'il convient de suivre pour exécuter les diverses opérations chirurgicales; par le docteur Fano, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris. 1er fascicule in-18. Ligature des artères. Prix: 1 fr. 25 c. Chez Victor Masson.

Histoire chimique des Eaux minérales et thermales de Vichy, Cusset, Vaisse, Hauterive et Saint-Yorre; **Analyse chimique des Eaux minérales** de Médague, Châteldon, Brugheas et Souillet; par J.-P. Bouquet. Ouvrage couronné par l'Institut de France (Académie des sciences), accompagné de cartes et coupes géologiques et d'une planche d'appareils pour les analyses des gaz. Un vol. in-8°. Prix: 7 fr. 50. — A Paris, chez Victor Masson.

Lettres sur le vitalisme, par le docteur P.-E. Chauffard, médecin en chef des hôpitaux d'Avignon. Brochure in-8° de 156 pages. Prix: 2 fr. 25. — Chez Victor Masson.

Lettres sur la rage humaine, par le Dr Bellenger. In-8° de 64 pages. Prix: 1 fr. 50 c. par la poste. — Dans toutes les librairies médicales.

plus facilement une nouvelle quantité de tannin plus considérable qu'on pourrait le penser.

DE L'EMPLOI DE LA CONICINE DANS LE TRAITEMENT DE LA PHOTOPHOBIE SCROFULEUSE.

Le docteur Mauthner prétend s'être fort bien trouvé dans plusieurs cas de cette affection, sans inflammation, de l'application répétée deux ou trois fois par jour de l'émulsion suivante :

Conicine. . . . . 25 centigr.
Huile d'amandes douces. . . . . 4 grammes

Cette application se fait au moyen d'un pinceau de poils de chameau. Il ajoute que des sujets réfractaires à tout autre traitement ont été guéris dans l'espace de huit à quatorze jours.

(*Journ. für Kinderkr.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 avril 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret qui approuve l'élection de M. Wurtz pour la place vacante dans la section de physique et de chimie médicales.

Après la lecture de la lettre du ministre et du décret, M. le président invite M. Wurtz à prendre place parmi ses collègues.

— M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Pagès (de Baréges), sur le service médical de l'établissement thermal de cette localité, pour l'année 1854. (Commission des eaux minérales.)

2° Plusieurs notes relatives à des remèdes secrets. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

MM. Moquin-Tandon, Martinet et Durand-Fardel demandent à être inscrits sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

— MM. Ch. Robin et Ménière adressent la même demande pour la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

— M. le docteur Mascarel (de Châtellerault) communique une observation d'éclampsie survenue après l'accouchement, sans trace d'albumine dans les urines. (Commissaire : M. Depaul.)

— M. le docteur Gely (de Nantes) adresse une note sur le cathétérisme curviligne et sur l'emploi d'une nouvelle courbure. (Commission déjà nommée.)

Sur l'action locale du baume de copahu administré à l'intérieur dans le traitement de la blennorrhagie. — M. le docteur Edmond Langlebert communique sous ce titre la note suivante :

Le baume, ou mieux l'*oléorésine* du copahu, est formé, comme on le sait, de 32 à 47 pour 100 d'une huile essentielle dont la composition est identique à celle de l'essence de térébenthine, et d'une résine particulière jouissant de propriétés acides (acide copahisique). Cette substance, administrée à l'intérieur pour guérir la blennorrhagie urétrale, a une double action thérapeutique : une action générale et une action locale, qui s'exerce par l'intermédiaire de l'urine.

Pour expliquer l'action locale de l'urine copahifère, on a prétendu jusqu'à présent que le copahu subit dans les reins une modification particulière, inconnue, en vertu de laquelle il communique à l'urine, qui le dissout, le pouvoir de guérir l'urétrite, en passant sur la muqueuse enflammée. Cette manière de voir est aujourd'hui généralement admise, et elle a pour elle une certaine apparence de réalité. En effet, le baume de copahu, injecté pur ou émulsionné dans l'eau, n'a le plus souvent aucune influence sur la blennorrhagie urétrale, tandis que des injections d'urine copahifère la modifient favorablement.

Mais cette vertu médicatrice de l'urine copahifère tient-elle, comme on le dit, à une modification que le copahu subirait dans le filtre des reins, ou bien n'est-elle que le résultat de la dissolution de ce corps ou de l'un de ses éléments dans l'urine? Les connaissances physiologiques que nous possédons aujourd'hui sur le mécanisme de la sécrétion urinaire ne permettent plus de croire à cet acte mystérieux de *chimie vivante*, qui changerait ainsi dans les reins la nature et la composition du copahu ou de toute autre matière introduite dans l'économie.

Les reins sont des organes d'élimination, et non d'élaboration ou de transformation. Les substances médicamenteuses n'éprouvent, en traversant ces organes, aucun changement moléculaire; elles sont simplement séparées de la masse du sang, pour être rejetées au dehors avec l'urine qui les dissout.

Examinons maintenant si le copahu se dissout tout entier ou en partie seulement dans l'urine.

La première condition que doit remplir une substance pour être éliminée par les reins, c'est d'être soluble dans l'eau. Les matières grasses qui sont insolubles ne passent pas par l'urine. Il en est de même des résines, dont la composition et les propriétés chimiques ont tant d'analogie avec celles des corps gras : jamais on ne retrouve dans l'urine les résines de jalap, de scammonée ou autres résines analogues introduites dans l'organisme.

Il résulte de ce fait que le copahu, composé d'une résine et d'une essence, ne peut se dissoudre tout entier dans l'urine.

Transporté par le sang, ce médicament subit dans les reins, à la peau, à la surface pulmonaire, etc., une sorte de distillation : son essence, qui est légèrement soluble dans l'eau et très-diffusible, se sépare et s'élimine sans altération, tandis que sa résine reste dans la masse du sang pour être brûlée ou peut-être transformée en une matière assimilable.

L'urine copahifère ne doit donc ses propriétés antiblennorrhagiques qu'à la présence d'une petite quantité d'huile essentielle de copahu qu'elle tient en dissolution et qui lui communique son odeur caractéristique. Si le copahu injecté pur dans l'urètre ne guérit pas la blennorrhagie, cela tient à la résine, dont l'action locale, presque toujours nuisible, paralyse l'effet utile de l'essence. Mais si, au lieu de copahu pur, on injecte une dissolution aqueuse ou légèrement alcoolisée d'huile essentielle de copahu, on obtient le même résultat thérapeutique qu'avec les injections d'urine copahifère. C'est ce qui résulte de plusieurs expériences comparatives que j'ai faites à ce sujet et qu'il est facile de reproduire.

Les faits et les considérations qui précèdent m'ont servi de base pour établir une nouvelle méthode de traitement local de la blennorrhagie par l'essence de copahu. J'indiquerai les règles et les effets de cette méthode dans un prochain mémoire que j'aurai l'honneur d'adresser à l'Académie. (Commissaire : M. Ricord.)

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, lit trois rapports :

1° Sur les eaux de Digne (Basses-Alpes). La commission demande qu'il lui soit envoyé de nouveaux échantillons de cette eau recueillis dans certaines conditions qu'elle a spécifiées dans un précédent programme, afin de les soumettre à une nouvelle analyse. (Adopté.)

2° Sur une nouvelle source d'eau sulfureuse sise à Baréges. L'eau de cette nouvelle source vient se ranger par sa composition chimique à côté de celle des sources Dassien et Follard, et par sa thermalité près de celle de Barzun. La commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter cette source au point de vue médical. (Adopté.)

3° Sur les produits fournis par l'eau de Bagnols (Lozère). L'examen du résidu de l'évaporation ne conduisant à rien de précis, la commission engage M. Dufraisse de Chassaigne, qui est placé aux sources mêmes comme médecin inspecteur, à diriger ces travaux dans une direction capable de conduire à la connaissance exacte de l'eau minérale de Bagnols. (Adopté.)

LECTURES.

Avantages du forceps assemblé. — M. Camille Bernard (d'Apt) lit un travail sur les avantages du forceps assemblé qu'il a présenté déjà en 1836 à l'Académie. Ce forceps a été appliqué dans 60 cas, dont 55 ont été publiés dans divers recueils et 5 sont consignés dans ce travail.

Voici les conclusions par lesquelles l'auteur résume ce travail :

1° Mes observations me permettent de considérer comme réalisées les espérances que j'ai conçues il y a vingt ans. Dans tous les cas où j'ai eu à appliquer le forceps, j'ai conservé la réunion des branches, et cependant je n'ai pas manqué de rencontrer divers obstacles qui d'abord semblent contre-indiquer l'intromission des deux branches superposées : l'étroitesse de la vulve, pression de la tête dans l'excavation, présentation de la face, angustie pelvienne chez les femmes mal conformées. La dilatation de la vulve à l'aide des doigts et la dépression du périnée ont rendu facile l'introduction des deux branches réunies. J'ai soulevé la tête en totalité alors qu'elle était pressée perpendiculairement, et les deux cuillers n'en formant plus qu'une seule, à la suite du décroisement, se sont glissées sur ma main introduite en totalité dans le vagin. Dans les présentations de la face, l'évolution s'est accomplie sans plus de peine que dans celles de l'occiput ou du front. Enfin, dans l'étroitesse du diamètre antéro-postérieur, l'angle sacro-vertébral trop proéminent s'est logé dans le vide laissé par les cuillers qui se fuient.

2° L'opération n'a pas été seulement indispensable, mais elle a été marquée dans tous les cas par plus de simplicité, de promptitude, et elle a été d'une parfaite innocuité pour la mère et pour le fœtus.

3° Dans les cas réputés difficiles, au moyen du forceps disjoint j'ai opéré sans aides; et quand le moral de la femme commandait de grands ménagements, j'ai opéré à son insu.

4° Dans l'excavation pelvienne, quel qu'ait été le degré de pression, les cuillers se sont déployées plus ou moins lentement, au gré de la main restée libre qui appréciait la force de résistance; d'autre part, la main conductrice protége les organes maternels. L'introduction de la main toute entière dans le vagin est une pratique indispensable.

5° Maintes fois j'ai pu terminer des accouchements où l'application du forceps disjoint avait été vainement tenté, soit dans l'excavation, soit au détroit supérieur; dans un cas, entre autres, où la tête séparée du tronc était restée seule dans l'utérus, au-dessus du détroit supérieur rétréci.

6° La facilité avec laquelle les deux cuillers du forceps assemblé saisissent dans le vide, sans le secours d'un aide, la tête, qui n'a d'autre appui que la main, tel est l'avantage de cet instrument sur le forceps disjoint.

7° Quelques secondes suffisent pour rendre à chacune des branches son indépendance. On peut ainsi les introduire l'une après l'autre, et alors la première, ne croisant pas le passage, gêne bien moins l'entrée de la suivante; ou bien encore, après les avoir superposées sans les assembler, on peut introduire simultanément les deux branches sur la même main, puis les mettre successivement à leur place, ce qui est plus long que dans l'état assemblé, mais plus facile qu'avec le forceps en usage. (Commissaire : M. Velpeau.)

Révulsion et dérivation. — M. Desportes lit un travail intitulé *Considérations sur les bases à donner à une distinction précise, positive, affirmative entre la révulsion et la dérivation.*

On a en différents temps, dit l'auteur, professé l'opinion que la révulsion et la dérivation sont deux moyens, deux procédés thérapeutiques en tout semblables; qu'il ne faut pas les séparer par quelques distinctions systématiques, abstraites, comme on l'a fait jadis. Telles sont les idées que M. Desportes s'est proposé de combattre dans ce travail. Il les réfute d'abord en examinant la valeur des mots dont on s'est prévalu pour établir cette confusion; et en second lieu, en examinant la question médicale. Il se fonde principalement :

1° Sur ce fait, que les agents qui produisent la révulsion ne sont pas les mêmes que ceux qui produisent la dérivation;

2° Que les phénomènes excités dans les deux cas ne sont pas les mêmes;

3° Que le résultat n'est pas semblable, qu'il y ait ou non guérison.

La révulsion est essentiellement une violence exercée sur l'économie malade par divers agents mécaniques, caustiques ou irritants, qui rompent les adhérences physiologiques des membranes et des tissus, qui lèsent les points qu'ils touchent, qui peuvent même en déterminer la mortification.

La dérivation, au contraire, est essentiellement une excitation par l'art, pure et simple, et sans lésion aucune, de l'action physiologique, naturelle d'un organe sécréteur, membrane ou glande, de manière qu'il augmente la sécrétion, qu'il la soutient plus active et pendant un temps plus long qu'il ne le fait d'ordinaire.

La révulsion a constamment pour manifestation de phénomènes, entre autres, la douleur, la sensation de brûlure, la sensation d'une plaie produite, le gonflement ensuite de la partie lésée, l'inflammation ou l'ecchymose, la chute des parties mortifiées, et enfin et surtout la séparation d'une humeur morbide, le pus.

La dérivation a constamment pour manifestation phénoménale l'ensemble des phénomènes qui se montrent dans toute sécrétion physiologique, et entre autres un sentiment de tension, de chaleur dans ou vers l'organe excité à agir, puis l'apparition de l'humeur qu'il est propre à sécréter, humeur qui est alors tantôt sans aucun changement dans sa composition physique, tantôt modifiée par quelques augmentations d'eau ou d'une matière saline, ou au plus par la présence de quelque matière de nature albuminoïde ou d'une matière insolite, neutralisée quand elle est d'origine toxique. Et dans ce dernier cas, comme dans tous les autres, il ne s'ensuit aucune lésion de l'organe sécréteur.

La révulsion ne cesse jamais d'être révulsion, parce qu'elle consiste toujours dans une violence exercée sur l'économie, laquelle se marque constamment par l'apparition de symptômes morbides, par des humeurs ou du sang extravasés, par la séparation d'une humeur morbide ou étrangère à l'état sain, par le pus, et enfin par l'apparition de phénomènes nerveux sympathiques ou reflexes non accoutumés.

La dérivation peut, au contraire, cesser d'être une dérivation; c'est lorsque l'organe sécréteur, malencontreusement choisi pour siége de la dérivation, maladroitement mis en exercice par des agents qui, pour le moment, sont contraires à son état, et imprudemment excités trop longtemps à opérer la sécrétion qui lui est propre, vient lui-même à tomber malade, à s'enflammer ou à laisser suinter du sang, à produire du pus; car dans ces divers cas une violence réelle a été exercée sur ce point de l'économie, une lésion de tissu s'en est suivie. Le médecin, au lieu de s'être borné à exciter une sécrétion, c'est-à-dire une simple dérivation, a opéré une véritable violence sur l'organe sécréteur, et ainsi il a opéré une véritable révulsion.

Telles sont les propositions que M. Desportes développe dans ce travail.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs la mort d'un de nos chirurgiens les plus distingués : M. Vidal (de Cassis) vient de succomber, à l'âge de cinquante-trois ans, à une longue et cruelle maladie qui depuis plusieurs années ne lui laissait que de rares moments de répit, pendant lesquels il trouvait le moyen de suffire à son service d'hôpital, à sa clientèle et aux soins qu'exigeait la révision des deux grands ouvrages auxquels il a consacré une partie de sa vie.

Ces deux ouvrages, le *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, dont il venait de publier la 4e édition, et le *Traité des maladies vénériennes*, dont nous avons récemment fait l'analyse à l'occasion de la publication de la 2e édition, ont placé le nom de M. Vidal au rang des meilleurs auteurs didactiques de notre époque. Ses nombreux concours et les ingénieux procédés chirurgicaux dont il était inventeur, et dont quelques-uns sont devenus d'un usage général, l'avaient placé déjà depuis longtemps et jeune encore au rang de nos plus habiles chirurgiens; comme ses nombreuses publications dans les journaux et les recueils périodiques, parmi lesquels nous citerons notamment les *Annales de la chirurgie française et étrangère* et la *Gazette des Hôpitaux*, dont il fut longtemps un des collaborateurs les plus actifs, lui avaient acquis une réputation d'écrivain incisif et de critique redouté.

M. Vidal était agrégé libre de la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital du Midi, chevalier de la Légion d'honneur, membre de la Société de chirurgie et de la Société d'émulation, et correspondant de plusieurs Sociétés savantes étrangères.

Les obsèques auront lieu aujourd'hui, à 10 heures très-précises, à l'église Saint-Eugène.

Nous avons à déplorer aussi la mort d'un digne et honorable praticien, M. le docteur Levaillant, âgé de quarante-trois ans, médecin du bureau de bienfaisance du dixième arrondissement, chirurgien du cinquième dispensaire de la Société philanthropique et de plusieurs autres institutions ou associations de charité. Cette perte sera vivement sentie par tous ceux qui ont pu apprécier le caractère de M. Levaillant, ou qui ont été témoins du zèle et du dévouement qu'il apportait dans l'exercice de sa profession.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 2 avril, M. le docteur Pastureau, médecin major aux hôpitaux de l'armée d'Orient, a été nommé médecin principal, en remplacement de M. Volage, décédé.

—Par décret du 9 avril, M. le docteur Normand, médecin aide-major aux cuirassiers de la garde impériale, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Diverses mutations viennent d'avoir lieu dans les hôpitaux de Paris, par suite de la mise à la retraite de M. le docteur Gérardin :

M. le docteur Delpech passe de l'hospice la Rochefoucauld à la Maternité, et M. Sée est nommé médecin de l'hospice la Rochefoucauld.

— M. le docteur Courserant ouvrira son cours public et gratuit des maladies des yeux le samedi 19 avril, à 6 heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine à la même heure.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Sur un épisode de l'épidémie d'angine couenneuse de l'année dernière. — Complication d'angine et de fièvre typhoïde.

On n'a point oublié sans doute l'épidémie d'angine couenneuse si grave qui a régné l'année dernière à Paris comme dans plusieurs autres localités, et dont nous avons à plusieurs reprises entretenu nos lecteurs. On se rappelle qu'après avoir sévi pendant une grande partie de l'hiver contre les enfants, elle s'est prolongée jusque vers le milieu de l'année, atteignant également les adultes, parmi lesquels nous avons eu à déplorer des pertes si douloureuses. En faisant connaître les traits principaux de cette épidémie, nous nous sommes engagé à revenir sur quelques-unes de ses particularités que nous ne pûmes qu'indiquer à cette époque. Entre autres épisodes remarquables de cette épidémie, nous signalions l'existence exceptionnelle de ces angines survenant pendant le cours de la fièvre typhoïde. Cette complication insolite, et dont on ne trouve que de rares exemples dans les auteurs, s'est montrée exclusivement à l'hôpital Saint-Antoine, où elle a constitué une sorte de petite épidémie spéciale et circonscrite. M. Oulmont, qui l'a observée avec soin, vient d'en publier la relation. Nous saisissons cette occasion pour tenir notre engagement, en empruntant au mémoire de ce médecin distingué (1) les détails principaux de cette affection épidémique, qui a présenté des caractères tout à fait à part.

Contrairement à ce qui fut observé en ville à cette époque, M. Oulmont n'a jamais vu à l'hôpital l'angine couenneuse survenir chez des individus en bonne santé ou en convalescence; dans tous les cas, elle est venue compliquer une affection grave à laquelle elle se surajoutait pour en précipiter habituellement la terminaison, C'est particulièrement pour les fièvres typhoïdes qu'elle a affecté une sorte de prédilection. Sur huit cas d'angine couenneuse, six sont survenus chez des individus atteints de fièvre typhoïde, un chez un homme qui avait une double pneumonie et un dans le cours d'une péritonite tuberculeuse.

La diphthérite est survenue chez ces malades à des époques variables : généralement entre le deuxième et le quatrième septénaire de la fièvre, très-rarement vers le déclin. Dans la plupart des cas, elle a eu pour effet d'accélérer la terminaison fatale, qui est survenue chez les uns par une véritable asphyxie croupale, chez les autres par une sorte d'intoxication.

Dans deux cas seulement, elle s'est terminée par la guérison.

Voici ce qui a été constaté, en particulier, en ce qui concerne l'influence que la maladie primitive et la maladie accidentelle ont paru exercer l'une sur l'autre :

L'angine couenneuse a paru se développer sans présenter aucun de ces symptômes de début insidieux sur lesquels les auteurs ont appelé l'attention. Cinq malades se sont plaints d'un peu de mal de gorge, avec gêne de la déglutition et tuméfaction des glandes sous-maxillaires. Ce dernier symptôme, que la plupart des observateurs ont signalé comme à peu près constant, a manqué chez les autres malades. Ce n'est que par l'examen direct de la gorge que la maladie a pu être reconnue dans ces cas.

L'exploration faisait constater l'existence sur la luette, le voile du palais et la face postérieure du pharynx, de plaques irrégulièrement circonscrites, d'une teinte grisâtre, assez molles, quoique adhérentes. Les parties de l'arrière-gorge qui n'étaient pas tapissées de fausses membranes offraient une rougeur très-vive, et étaient tuméfiées, comme s'il y avait eu un peu d'œdème sous-muqueux. Les amygdales ne sont devenues volumineuses que dans la moitié des cas environ; dans les autres, elles sont restées presque à l'état normal, sauf quelques débris de plaques couenneuses existant à leur surface, et c'est précisément dans ces circonstances que les ganglions cervicaux et sous-maxillaires n'ont présenté aucun engorgement.

Les plaques diphthéritiques, une fois développées, ont envahi rapidement toute l'arrière-gorge, et dans l'espace de quelques heures toutes les fosses gutturales étaient tapissées par cette exsudation grisâtre dont il a été parlé. Elle ne s'est pas étendue du côté des fosses nasales. Quelquefois, au bout de vingt-quatre heures, la fausse membrane s'est étendue jusque dans le larynx; alors sont survenus des accès de suffocation plus ou moins réitérés, une toux croupale assez mal caractérisée; et dans deux cas des symptômes d'asphyxie foudroyante. Dans quelques cas, les fausses membranes ont semblé disparaître sur la luette, le pharynx et les amygdales; il n'est survenu aucun accès de suffocation, rien, en un mot, qui indiquât la propagation de la maladie du côté du larynx et des voies respiratoires, et néanmoins, malgré cette apparente diminution des symptômes locaux, il survenait un affaissement rapide, de l'assoupissement; le délire augmentait, et les malades ne tardaient pas à succomber.

Chez deux malades, les seuls qui aient guéri, les fausses membranes se sont successivement détachées et ont été entraînées par une expuition visqueuse, épaisse, sanguinolente, laissant la muqueuse injectée et les parties sous-jacentes œdématiées.

Les symptômes généraux appartenant à l'angine couenneuse ont été très-difficiles à démêler au milieu de l'ensemble de symptômes résultant de la complication des deux maladies. Voici ceux que M. Oulmont a pu distinguer comme se rattachant directement à l'angine : la bouffissure de la face et l'œdème des parties latérales du cou, dans quelques cas; la langue était généralement gonflée, sèche, la bouche pâteuse, l'haleine fétide; la diarrhée a persisté chez tous les malades, même chez ceux qui ont guéri; enfin la fièvre a paru augmenter, et les accidents cérébraux de l'affection typhoïde ont semblé augmenter aussi après l'apparition de l'angine.

Dans tous les cas où la maladie s'est terminée par la mort, elle a eu une marche très-rapide. Dans cinq cas elle n'a duré que deux jours seulement, et elle s'est terminée deux fois par une suffocation mortelle. Dans les autres cas, la mort a eu lieu par un affaissement graduel ayant succédé à une grande agitation. L'angine, dans ces cas, n'a paru faire autre chose que précipiter une terminaison fatale imminente.

Les altérations constatées chez les sujets qui ont succombé ont présenté cela de particulier, que la pseudo-membrane, au lieu de présenter cet aspect lisse, luisant et lardacé qu'elle offre le plus habituellement, était d'une couleur gris sale et d'une consistance assez molle, se laissant facilement enlever par le grattage. Chez deux de ces sujets, la fausse membrane était bornée à la luette, aux amygdales et au pharynx; le larynx en était tout à fait exempt, et paraissait parfaitement sain. Chez deux autres sujets, on n'a trouvé dans le larynx que quelques lambeaux seulement. Enfin, deux fois la fausse membrane commençant à l'arrière-gorge s'est étendue en couche continue dans le pharynx, le larynx et la trachée.

M. Oulmont s'est conformé, dans le traitement des angines couenneuses, aux principes le plus généralement adoptés. Dès l'apparition dans l'arrière-gorge d'une de ces pellicules caractéristiques, il faisait énergiquement cautériser par le nitrate d'argent, soit à l'état solide, soit en solution concentrée (de 6 à 10 grammes pour 30 grammes d'eau). Les premières applications n'ayant pas paru produire un heureux effet, il leur a substitué les cautérisations avec l'acide chlorhydrique. Mais les résultats n'ont pas été plus satisfaisants. M. Oulmont a remarqué que ce dernier caustique amenait la production d'une grande quantité de mucosités qui s'accumulaient au-dessus du larynx et amenaient une notable dyspnée. Enfin, frappé dès le premier moment de la couleur terne grisâtre de la fausse membrane, qui la faisait ressembler à la pellicule grise qui recouvre certaines plaies envahies par la pourriture d'hôpital, et considérant les résultats assez satisfaisants que quelques chirurgiens ont obtenus, dans ce cas, de l'usage topique du jus de citron, il prescrivit de badigeonner plusieurs fois par jour la gorge et l'arrière-gorge avec cette substance. Matin et soir il était fait une application d'acide chlorhydrique ou de solution de nitrate d'argent, et dans l'intervalle on badigeonnait l'arrière-gorge avec le suc de citron. Quelques-uns des malades ainsi traités ont succombé avec une telle rapidité, qu'on eut à peine le temps d'appliquer cette médication; aussi fut-il difficile de l'apprécier. Cependant, deux malades traités de cette manière ont guéri; l'un était au vingt-sixième jour d'une fièvre typhoïde assez grave; l'autre au cinquième jour d'une pneumonie double.

(1) Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux.

De l'état de la sensibilité dans les lambeaux autoplastiques, à l'occasion de quelques opérations récentes d'autoplastie.

On peut voir en ce moment dans le service de M. Jobert (de Lamballe), à l'Hôtel-Dieu, plusieurs exemples de restauration remarquables à plus d'un titre : entre autres une rhinoplastie partielle pratiquée chez un vieillard à la suite de l'ablation d'un cancer de l'aile du nez; une restauration de la sous-cloison du nez à l'aide d'un lambeau pris aux dépens de la lèvre supérieure, chez une jeune fille, et une blépharoplastie pratiquée chez une jeune femme, avec un lambeau pris sur la partie moyenne de la joue, pour réparer une destruction de l'angle externe des paupières. A ces trois faits il faut joindre deux opérés récemment sortis; l'un qui a subi une série d'opérations destinées à réparer une destruction considérable de la face, et l'autre chez qui l'autoplastie a été appliquée pour remédier à des brides cicatricielles du cou. Nous avons publié le premier de ces deux faits dans l'une de nos précédentes *Revues cliniques,* et le second a été rapporté dans le dernier mémoire que M. Jobert a lu à l'Académie des sciences sur l'application de l'autoplastie aux brides. Quant aux trois exemples récents, nous n'avons pas l'intention pour le moment d'en faire l'histoire. Nous n'avons voulu que les signaler seulement, et saisir l'occasion du rapprochement de ces divers opérés pour en faire ressortir un point qui n'est pas moins intéressant pour la physiologie que pour la chirurgie pratique : nous voulons parler du rétablissement de la sensibilité dans les lambeaux autoplastiques.

Cette intéressante question, qui a été depuis longtemps l'objet de nombreuses recherches de la part de M. Jobert, trouve dans la réunion de ces cinq faits de nouveaux éléments qui viennent à l'appui des propositions générales et des conclusions qu'il a formulées. Nous allons les rappeler en peu de mots.

On sait que les physiologistes et les chirurgiens sont restés longtemps dans le doute sur la question de savoir si les nerfs se cicatrisent, et si, dans la négative, l'action nerveuse se rétablit et par quelle voie elle se rétablit à la suite de la division d'un nerf dans les parties situées au delà de la solution de continuité. On comprend assez de quelle importance était la solution de cette double question. La première a été résolue par des recherches directes, dans le sens de la négative. Contrairement à l'opinion émise par plusieurs physiologistes, qui admettaient la reproduction de la substance nerveuse, M. Jobert a démontré par des faits anatomiques, non-seulement qu'une portion de nerf détruite ne se répare pas, mais encore qu'un nerf simplement divisé ne se cicatrise point. Cependant des expériences physiologiques démontraient que la sensibilité peut renaître dans un nerf divisé. Il s'agissait de bien établir ce fait, non plus par des expériences physiologiques ou en agissant sur des filets nerveux seulement, mais sur des surfaces tégumentaires plus ou moins étendues, et par l'observation de ce qui se passe à la suite des opérations d'autoplastie.

M. Jobert a profité des ressources qu'offraient à l'expérimentation les nombreuses autoplasties qu'il a eu l'occasion de pratiquer depuis longues années déjà, pour étudier tout ce qui se rattache à cette question. Des lambeaux plus ou moins considérables, appliqués sur des surfaces saignantes avec lesquelles ils n'avaient auparavant aucun rapport, et ne tenant que par un étroit pédicule à leur ancien siége, dont ils ne tardaient pas à se trouver entièrement isolés par la section de ce pédicule; voilà assurément des circonstances on ne peut plus favorables pour suivre la série des phénomènes et des modifications qui pouvaient survenir dans la sensibilité de ces sortes d'îlots de matière organique ainsi déplacés et greffés sur une nouvelle base.

Or voici, pour abréger, ce que les faits nombreux observés chez l'homme à la suite d'opérations autoplastiques et les expériences sur les animaux ont permis à M. Jobert d'établir :

Immédiatement après les opérations autoplastiques, la sensibilité s'affaiblit ou disparaît dans les lambeaux. Cet affaiblissement est en raison directe de l'écoulement du sang et de l'étroitesse du pédicule.

Avant la section du pédicule, la sensibilité y est conservée, du moins en partie.

Quelque temps après cette section, la vascularité et la sensibilité reparaissent simultanément et s'accroissent dans les mêmes proportions.

Dans beaucoup de cas, la vascularité s'exagère dans les lambeaux, et la sensibilité présente alors un développement proportionnel.

L'observation directe montre donc que la sensibilité se reproduit dans les lambeaux, qu'elle s'y rétablit et s'y développe en même temps que la vascularité, dont elle suit proportionnellement toutes les phases. C'est, en effet, ce que nous avons cherché à constater par nous-même et ce que nous avons vérifié chez les opérés dont nous avons parlé.

Un point toutefois nous paraissait encore douteux. Cette sensibi-

lité ainsi restituée à un lambeau qui en avait été momentanément privé par son isolement complet du système nerveux voisin présente-t-elle des modifications particulières? Quelques chirurgiens ont avancé que les lambeaux déplacés conservaient le mode de sensibilité qui était propre à la région à laquelle ils avaient été empruntés, et que la perception des excitations douloureuses était rapportée par les sujets non point au siége actuel du lambeau, mais à son siége primitif. Ainsi, disait Blandin dans sa thèse de concours sur l'autoplastie, « environ un mois après l'opération le lambeau donne des signes non équivoques de sensibilité dans toutes ses parties, surtout au voisinage de son pédicule; mais ce qu'on observe de plus remarquable, c'est l'erreur dans laquelle tombent les malades touchant le lieu auquel parfois ils rapportent les sensations qu'ils éprouvent : lorsqu'on irrite le lambeau, les malades rapportent l'impression douloureuse à la région que celui-ci occupait avant l'opération, et réciproquement, quand on percute la surface naguère occupée par le lambeau, le choc est rapporté à celui-ci. » C'est particulièrement sur des malades qui avaient subi l'opération de la rhinoplastie que Blandin disait avoir constaté ce curieux phénomène; et, bien qu'il avouait ne pas savoir que la même chose eût été constatée dans d'autres cas, l'analogie seule l'a conduit à penser qu'il devait en être ainsi, et que ce fait devait être généralisé.

La même observation paraît avoir été faite par Lisfranc, tandis que d'un autre côté Dieffenbach en contestait la réalité.

En présence de ces dissidences et d'assertions émanant d'autorités aussi graves, il était intéressant de chercher ce qu'il en était à cet égard sur les opérés en question. Or nous devons dire que chez aucun d'eux, et à aucune époque, nous n'avons constaté rien de semblable à cette sorte d'erreur de perception dont il vient d'être question. Chez tous, dès le moment où la sensibilité a été établie, et à quelque degré que ce fût, les sujets ont toujours très-nettement accusé la douleur de la piqûre et du chatouillement sur le siége réel du lambeau, et non sur la région où il avait été emprunté. C'était ce que nous tenions surtout à faire ressortir, pour l'instant, du rapprochement de ces opérés, qui pourront plus tard fournir matière à d'autres considérations.

Nouveaux renseignements sur le traitement de la congélation partielle.

Dans notre *Revue clinique* du 16 février dernier, nous avons rapporté une observation intéressante de guérison de congélation des extrémités supérieures, obtenue dans des conditions extrêmement défavorables. M. le docteur F. Lorain, médecin aide-major au 9e régiment d'infanterie, au camp de Hadi-Koï, qui a été à même d'étudier cette grave lésion sur nos soldats de Crimée durant l'hiver de 1855-56, nous adresse à cette occasion les détails suivants sur les caractères, la marche et la terminaison de ces accidents, et sur le mode de traitement qu'il leur a opposé.

La congélation partielle, la seule forme qui se soit offerte à l'observation de M. Lorain, a présenté dans son évolution deux phases successives distinctes et très-importantes à reconnaître au point de vue des indications thérapeutiques.

La première, ou période initiale, de réfrigération, de congélation proprement dite, est dominée par un phénomène constant, essentiel, le *refroidissement*. Les parties atteintes sont le siége d'une douleur vive qui peu à peu fait place à de l'engourdissement; ces parties rougissent, se gonflent et perdent de leur élasticité. Si le froid est très-intense et continu, la sensibilité disparaît entièrement; les tissus, rouges au début, deviennent pâles, blafards, se racornissent, et perdent toute apparence de vitalité.

La deuxième période est caractérisée par la réaction inflammatoire. Elle s'annonce par de la cuisson, des fourmillements, des douleurs pulsatives; la peau devient chaude, très-sensible au toucher; au bout d'un temps variable, elle se recouvre de phlyctènes remplies d'une sérosité incolore, limpide (ce fut presque toujours à leur réveil que les malades s'aperçurent de la présence de phlyctènes sur les parties qui la veille avaient été exposées à l'action du froid). Si cette réaction a quelque intensité, la fièvre s'allume, la circulation s'accélère, la peau devient chaude, la soif ardente; en un mot, la maladie présente, à cette période, la conformité la plus grande avec la brûlure à tous ses degrés, depuis la simple rubéfaction jusqu'à l'eschare profonde et la destruction totale des parties affectées.

Le traitement de la congélation locale a été, ainsi qu'il devait l'être, entièrement subordonné à la période de la maladie. Dès le début, on ne pouvait songer qu'à rétablir la vitalité dans les tissus, non par une réaction brusque, violente, qui n'eût fait qu'aggraver le mal, mais par une réaction lente, graduée. De là le précepte recommandé par tous les auteurs de frictionner les malades avec de la neige; de recourir aux irrigations d'eau glacée d'abord, puis d'eau froide, dont on élèvera graduellement la température.

Dans la deuxième période, l'indication était de surveiller l'inflammation. Il n'était plus possible de recourir alors aux frictions avec la neige, vu l'existence de phlyctènes sur la peau.

Les irrigations d'eau froide appliquées selon la méthode de M. Baudens se sont montrées très-utiles dans les cas d'inflammation aiguë; mais, il faut le dire, le plus souvent cela n'a pas été nécessaire, la réaction se modérant d'elle-même.

Dans la grande majorité des cas, il suffit d'ouvrir les phlyctènes pour faire évacuer la sérosité, et de recouvrir la plaie de topiques simples, tels que coton, cérat, eau blanche, etc., etc.

Tous les malades que M. Lorain a observés cet hiver étaient arrivés à la deuxième période de la congélation; chez tous la réaction a été modérée; le coton a été le seul topique employé. Tous les deux ou trois jours on renouvelait cette application, suivant l'abondance de la suppuration. Dix jours en moyenne ont suffi pour obtenir la complète guérison.

Le siége de ces congélations n'a rien offert de particulier; les doigts ont toujours été les organes de prédilection; puis sont venus par ordre de fréquence les oreilles, les pieds; une seule fois le prépuce s'est œdématié; dans aucun cas, M. Lorain n'a observé de congélation du nez.

DU TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE par l'urétrotomie interne.

Par M. le docteur Auguste MERCIER.

Plusieurs travaux viennent d'être publiés sur l'urétrotomie dans les cas de rétrécissement de l'urètre; je viens à mon tour faire connaître également mes travaux sur ce sujet.

Partant des principes suivants que j'ai démontrés en 1845 dans mes *Recherches* sur ce sujet :

1° Les rétrécissements organiques sont tous fibreux;

2° On ne doit inciser que ceux qui résistent à la dilatation;

3° Ceux-ci occupent presque nécessairement toute la circonférence du canal;

4° Les plus rebelles se trouvent ordinairement au-devant de la symphyse pubienne, et ils occupent toute l'épaisseur des parois;

5° Celles-ci sont alors moins épaisses que dans l'état normal;

6° Les rétrécissements de la portion bulbeuse cèdent en général assez facilement à la dilatation, et, quand ils résistent, c'est que le bulbe est lui-même condensé en un noyau fibreux;

J'ai déduit ces autres propositions :

1° L'instrument tranchant ne peut ramener les tissus à leur état normal;

2° Il n'est utile qu'autant qu'il se produit entre les parties divisées des cicatrices qui sont de véritables *pièces d'allongement;*

3° Il faut par conséquent faire plus que des scarifications, afin que les bords s'écartent;

4° Puisque les parois sont condensées, amincies, et *résistent à la dilatation*, il n'est pas besoin d'instruments à lames très-saillantes pour les diviser;

5° Le tissu fibreux formant seul la coarctation, il n'est pas nécessaire de diviser les tissus sains; bien plus, il faut s'en garder, car étant formés en majeure partie par le tissu spongieux qui est une dépendance du système veineux, il pourrait en résulter des hémorrhagies, des résorptions d'urine, des phlébites, des infections purulentes, comme on l'a vu déjà si souvent à la suite de certains procédés qu'on a dernièrement voulu mettre en honneur;

6° On ne pourrait obtenir une large cicatrice qu'en écartant largement les bords de la division, et on ne pourrait produire un tel écartement sans étendre cette division en avant et en arrière du tissu induré, sans diviser en même temps ou dilacérer le tissu cellulaire et former une sorte de poche qui favoriserait les infiltrations urineuses : au lieu d'une large cicatrice, obtenons-en donc plusieurs petites;

7° Ces cicatrices étant rétractiles comme toutes les cicatrices, et le tissu primitif du rétrécissement n'ayant pas changé de nature, on devra toujours se tenir en garde contre la rétraction; cependant celle-ci sera bien moins prompte qu'avant la production des pièces d'allongement.

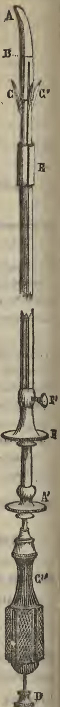
Voici maintenant comment j'ai cherché à réaliser ces idées.

Quand il s'agit d'un rétrécissement à l'orifice même du gland, je l'incise par en bas avec un bistouri boutonné, ou mieux encore avec le bistouri caché de Biénaise. Il y a avantage et nul danger à inciser un peu largement. On passe ensuite chaque jour une bougie conique volumineuse qui écarte les bords de la division assez pour que, tant qu'ils ne sont pas recouverts d'une membrane, l'angle ne puisse se cicatriser.

Quant aux rétrécissements de l'intérieur du canal, voici comment je les divise.

Mon premier urétrotome, qui était une modification de ceux de M. Le Roy, avait pour but de comprendre le rétrécissement entre deux olives égales; après quoi quatre lames, passant de l'olive terminale dans l'autre, devaient diviser le tissu fibreux interposé.

Il remplissait cette condition essentielle, selon moi, de n'agir que sur le point malade, et de mettre à l'abri les tissus sains en avant et en arrière; mais je m'aperçus bientôt que, *les lames ne dépassant pas la circonférence des olives*, dont l'une devait traverser auparavant le point rétréci, *elles ne faisaient qu'effleurer le tissu induré.* Au lieu de quatre lames réunies en croix, je les fis indépendantes; j'ajoutai un mécanisme qui pût les écarter au delà de la circonférence de l'olive terminale avant de leur faire traverser le rétrécissement, et les rapprocher ensuite dans l'olive antérieure. Cet instrument me mettait en mesure, comme le précédent, de n'agir que sur le tissu malade, de le diviser sur plusieurs points à la fois. Mais il me fournissait en outre la certitude de le diviser d'autant mieux que, le développement des lames me permettant de donner moins de volume à l'olive qui devait traverser la coarctation, il n'était pas besoin d'une dilatation préliminaire aussi grande.

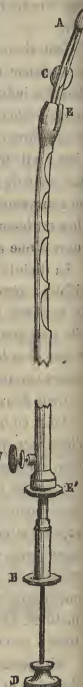


Je ne ferai pas la description de cet urétrotome, dont je donne la figure. Du reste, l'exposition de la manœuvre le fera parfaitement comprendre.

On s'assure d'abord d'une manière bien exacte du siége, du nombre et de l'étendue des rétrécissements, ce qu'il est toujours possible de faire, puisque l'emploi de cet instrument suppose toujours une dilatation d'au moins 5 millimètres, diamètre de l'olive terminale. Cela fait, j'éloigne les deux olives, en faisant glisser EF sur AA', et je les fixe, à l'aide de la vis de pression F', à une distance un peu plus grande que la longueur de la coarctation qu'on veut diviser. Je pousse au delà du rétrécissement le renflement terminal, auquel on peut adapter des bouts de diverses formes à l'aide d'un pas de vis qui se trouve en B, et, par de petits mouvements de va-et-vient, je constate que le rétrécissement est bien compris entre les deux renflements. Si ces mouvements annoncent par leur étendue que ces renflements sont trop distants l'un de l'autre, je les rapproche doucement en poussant la rondelle F. Les choses étant ainsi convenablement en place, je fais saillir les lames en tirant le bouton D, puis je leur fais traverser le rétrécissement, et je les amène dans le renflement antérieur en tirant le manche C". Enfin je les ferme en repoussant D, et je retire l'instrument.

S'il y a d'autres rétrécissements à diviser, il y a avantage à le faire de suite, et on agit pour eux de même que pour le premier. Comme on n'incise que du tissu induré, il n'y a que peu de douleur et d'écoulement de sang. On passe ensuite un corps dilatant souple, aussi fort que le canal, pour l'admettre sans en être fatigué. Mais à moins d'une indication particulière, je ne le laisse jamais en place.

La manœuvre de cet instrument est simple, commode et sûre; il n'a véritablement qu'un défaut, c'est d'être un peu long à nettoyer, quoiqu'avec du soin il soit toujours possible de le faire, puisqu'il se démonte entièrement pièce à pièce. Et puis, comme je l'ai dit, il faut, avant d'en faire usage, arriver à 5 millim. de dilatation. Il est excessivement rare qu'on ne puisse y parvenir; mais enfin j'ai prévu ces cas, et en faisant une modification insignifiante à mon premier instrument, il m'a permis d'atteindre le résultat que je cherchais. Il a une telle ressemblance avec un urétrotome qui vient d'être publié, que je suis obligé de dire qu'il a été imaginé en 1846. Je ne me rappelle pas avoir rien publié sur ce sujet depuis l'impression de mes *Recherches sur les rétrécissements*, en 1845; mais M. Leroy en a donné une figure en 1849, dans sa brochure intitulée *Thérapeutique des rétrécissements de l'urètre et des engorgements de la prostate.*



J'ai donc remplacé la volumineuse olive de l'extrémité de mon premier instrument par deux petites A, de 3 à 4 millim., et pouvant se remplacer l'une l'autre. Les lames sont nécessairement cachées dans la grosse olive E, qui a au moins 8 mill. Les échancrures qu'on voit au-dessous de celle-ci, sur la canule EE', ont pour unique effet de lui donner de la flexibilité, afin qu'elle puisse glisser sur la pièce courbe AB. Mes lames C diffèrent de toutes celles qui ont quelque analogie avec elles, en ce que celles-ci sont toutes taillées sur la même pièce de métal, et ne peuvent être, par conséquent, affilées qu'à la lime (c'est-à-dire qu'elles ne coupent que fort peu), tandis que les miennes sont formées de deux pièces qu'on affile sur toute leur circonférence aussi parfaitement qu'une lancette. Chacune de ces pièces offre une coche qui occupe la moitié de son plus grand diamètre. Dans le reste de ce diamètre, elles sont forées. Ces deux dispositions font qu'elles peuvent être fixées séparément ou bien ensemble, ou en croix, à l'extrémité du mandrin DC, à l'aide d'un petit écrou. L'instrument agit sur deux côtés dans le premier cas, et sur quatre dans le second.

Bien que ces lames coupent aussi bien qu'une lancette, l'expérience m'a appris que quand la coarctation est très-dure, il est quelquefois difficile de la diviser sur quatre points simultanément, et que, malgré la précaution de tenir le canal tendu, le tissu défibriné fuit devant elles. Quand on a lieu de craindre cet inconvénient, on se borne à deux tranchants.

On adapte en A une olive qui entre à frottement dans le point rétréci; puis on fixe, à l'aide de la vis F, l'olive E, de manière qu'elle soit distante de l'autre d'une longueur égale à celle du rétrécissement, plus celle des lames; on attire ensuite celles-ci dans les entailles de la grosse olive.

On introduit alors l'instrument huilé dans l'urètre; on pousse l'olive au delà du rétrécissement, et lorsqu'on s'est assuré par quelques mouvements de va-et-vient qu'il est traversé en entier, on presse contre lui l'olive E, et pendant qu'avec la main gauche on maintient les choses dans cette position en tendant la verge sur la tige de l'instrument, avec la droite on fait passer les lames à plusieurs reprises à travers le rétrécissement, qui se trouve ainsi divisé.

Dès lors, le précédent urétrotome peut être employé avec facilité si on le juge utile.

Quoique cette opération combinée soit peu douloureuse, je ne me dissimulais cependant pas ce qu'avait de désagréable pour le malade l'introduction successive de deux instruments, et je m'appliquai à les remplacer par un seul. Je poursuivais aussi un autre but, celui de diviser en toute sûreté les rétrécissements non franchis. L'urétrotome que je vais décrire, et que j'ai présenté l'année dernière à la Société médico-pratique, remplit ces deux indications.

(*La fin au prochain numéro.*)

DE LA SPIROMÉTRIE.

Par Hutchinson.

Un nouveau moyen d'exploration de la poitrine, applicable au diagnostic des maladies du poumon, fait son chemin à l'étranger depuis dix ans sans être connu en France autrement que par des articles de journaux. Il n'a pas encore été chez nous soumis à l'épreuve de la clinique. La pratique ne s'en est pas emparée. Nous voulons parler de la *spirométrie*, inventée par Hutchinson, déjà bien connu dans la science par d'utiles travaux cliniques sur les maladies de poitrine. Le résumé de ses recherches a été deux fois traduit, en 1846 et en 1849, et publié dans les *Archives de médecine*. C'est là qu'on en pourra prendre connaissance avec détails.

La *spirométrie* a pour but de mesurer la quantité d'air qui entre et qui sort de la poitrine sans tenir compte de celle qui reste dans les poumons. L'idée n'est pas nouvelle, mais le procédé est nouveau, et les résultats qu'il a donnés le sont également. Cette opération s'accomplit au moyen d'un *spiromètre*, espèce de *gazomètre* assez volumineux construit à cette intention. Le sujet est debout, la poitrine libre de toute entrave pour respirer plus librement; il inspire et expire avec effort trois fois de suite, et on a soin de prendre note exacte du chiffre indiquant à l'échelle du *spiromètre* la quantité d'air introduit dans les poumons et chassé par eux.

Après avoir établi que chez un même individu la capacité de l'arbre aérien ou des canaux bronchiques n'est pas modifiée d'une manière sensible par l'exercice ou par l'habitude, Hutchinson a établi les différences qui résultent du développement des sujets, de leur âge, de leur poids, de leur état de santé et de maladie. Dans ces recherches curieuses par leur variété aussi bien que par la nature de leurs résultats, Hutchinson est arrivé à la découverte d'une loi physiologique importante confirmée dans son expression par d'autres observateurs et qui peut être formulée ainsi :

La capacité des canaux bronchiques est en rapport exact avec la stature des individus.

Plus la taille s'élève, et plus la capacité aérienne pulmonaire est grande. C'est ainsi qu'entre 5 et 6 pieds chaque pouce de taille en plus donne à l'expiration forcée 8 pouces cubes d'air en plus à 60° Farenheit.

Voici le tableau des *moyennes* obtenues par Hutchinson :

Taille en pieds et en pouces.	Capacité des poumons en pouces cubes.
5,0 à 5,1	174
5,1 à 5,2	182
5,2 à 5,3	190
5,3 à 5,4	198
5,4 à 5,5	206
5,5 à 5,6	214
5,6 à 5,7	222
5,7 à 5,8	230
5,8 à 5,9	238
5,9 à 5,10	246
5,10 à 5,11	254
5,11 à 6 pieds.	262

Ces résultats n'auraient qu'une médiocre importance, si des observateurs désintéressés dans la question n'étaient venus en confirmer l'exactitude. Ainsi Schneevogt, en Allemagne, a publié un résumé de 30 observations, qui sert à la fois de contrôle et d'appui à la loi découverte par Hutchinson.

Nos	Age.	Taille en centimètres.	Volume d'air en centilitres.	Volumes d'après Hutchinson.
1	15	148	230	275
2	32	155	260	315
3	20	157	265	320
4	27	160	295	340
5	41	161	325	340
6	25	164	270	360
7	25	165	350	365
8	35	166	390	370
9	44	167	310	370
10	38	168	305	370
11	42	168	310	370
12	30	169	320	380
13	37	169	330	380
14	35	169	315	380
15	31	170	340	390
16	33	170	325	390
17	33	170	325	390
18	29	170	360	390
19	31	170	340	390
20	27	171	345	390
21	31	172	325	390
22	29	172	345	400
23	29	173	330	405
24	29	175	370	420
25	21	176	380	420
26	27	176	370	420
27	34	181	415	450
28	35	182	450	455
29	27	182	520	455
30	55	190	450	495

En France, M. Hecht (de Strasbourg) a obtenu les résultats suivants, comme moyenne de 298 observations :

Taille en centimètres.	Volume d'air en centilitres.	Volume d'après Hutchinson.
154	295	285
156	300	292
158	310	309
160	325	316
162	340	329
164	355	340
166	365	371
168	375	375
170	380	388
172	385	393
174	400	406
176	410	424
178	420	»

Tous ces chiffres concordent, ou à peu près, avec ceux de Hutchinson, qui sont l'expression moyenne de 2,430 observations; de sorte que la loi physiologique établie par cet observateur paraît être à l'abri de toute contestation sérieuse.

Ce résultat est d'autant plus curieux qu'il ne s'explique guère, et que la différence de taille des individus n'est pas le résultat d'une augmentation proportionnelle de tous les os et de toutes les cavités osseuses du corps. Elle est plus souvent le résultat d'une différence dans la longueur des membres pelviens. Deux hommes cités par Hutchinson, ayant debout, l'un 5 pieds 9 pouces 6 lignes, et l'autre 4 pieds 4 pouces 6 lignes, avaient, lorsqu'ils étaient assis, la même hauteur de tronc; cependant le premier avait une capacité de 236 pouces cubes, et le second n'en comptait que 152.

La *spirométrie* trouvera son application dans le diagnostic des maladies de poitrine, soit qu'on rapporte la capacité du thorax à celle indiquée par la moyenne de la taille, soit au contraire qu'on puisse la rapporter à la capacité du thorax prise chez la même personne dans l'état de santé. Hutchinson a rapporté le plus curieux de tous les exemples à cet égard. Un colosse par la taille aussi bien que par la santé, puisqu'il avait près de 7 pieds de hauteur, avait une capacité respiratoire de 434 pouces cubes. Après deux ans d'une vie oisive et dissolue, sans signe de lésion thoracique, cette capacité était tombée à 390, puis à 320. Un an plus tard, il succombait aux suites d'une tuberculisation pulmonaire subaiguë.

Ce fait laisse pressentir l'utilité de la *spirométrie*, et les expériences des docteurs Schneevogt et Hecht viennent encore sur ce point, comme sur la partie physiologique du travail, contrôler et confirmer les résultats publiés par Hutchinson. D'après cet auteur, un abaissement de 16 pour 100 doit éveiller les soupçons; au premier degré de la phthisie il est de 33 pour 100, et il peut aller dans sa période extrême à 90 pour 100.

Malheureusement il n'en est pas de ces derniers résultats comme des premiers, qui reposent sur des milliers d'observations. Ils sont encore l'expression d'un nombre de faits assez restreint, et leur exactitude ne doit servir qu'à donner l'éveil sur ce moyen d'exploration afin d'en généraliser l'emploi dans les cliniques.

La *spirométrie* peut donc aider au diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire, sans préjudice des autres moyens d'exploration. Elle permet, en outre, de redresser de faux diagnostics, lorsque chez des malades affectés de catarrhe pulmonaire chronique et considérés comme atteints de phthisie, on trouvera une capacité aérienne semblable à celle que comporte la taille des individus.

Telle est dans son ensemble la portée pratique de la découverte d'Hutchinson, vérifiée par Hecht et Schneevogt. Si les difficultés d'application sont grandes en raison de l'appareil volumineux qu'il faut avoir, elles ne sont pas insurmontables; et d'ailleurs la vraie science ne compte pas avec les moyens qu'on lui donne, elle s'empare de ce qui est bon et se contente de laisser à l'oubli le soin de faire justice du reste. La *spirométrie* ne deviendra jamais une chose usuelle, mais elle peut rendre service, et à ce titre le médecin doit connaître les résultats qu'il peut tirer de son emploi.

Voici ces résultats résumés par Schneevogt :

1° Le rapport de la capacité du thorax avec la stature est le plus important au point de vue pratique.

2° Pour les hommes, ce rapport est à peu près le suivant : un homme de la taille de 1m,50 doit avoir une capacité thoracique de 2,35 centimètres cubes, qui augmente de 52 centimètres cubes par chaque centimètre en plus de la taille indiquée. Pour une femme à stature égale, le chiffre n'est que 2 centimètres cubes et l'accroissement de 30 par centimètre.

3° Un écart en moins de 50 centimètres cubes ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une maladie pulmonaire.

4° La *spirométrie* ne se substitue pas, mais s'ajoute aux autres méthodes physiques d'investigation.

5° Elle est d'un secours utile pour diagnostiquer les affections organiques du poumon à leur début, et devrait être employée par les conseils de révision, les sociétés d'assurance sur la vie, etc.

6° Elle découvre la tuberculisation à une époque ou aucun autre procédé de diagnostic ne la révèle.

7° Elle assure le diagnostic de la phthisie confirmée, et elle sert à en mesurer l'étendue, la marche, le progrès ou l'amélioration.

8° La *spirométrie* est sans usage dans la pneumonie et la pleurésie; elle peut rendre des services dans les cas de pleurésie et de pneumonie chroniques, d'empyème, d'œdème pulmonaire, d'hydrothorax, etc.

9° Dans les laryngites et les bronchites, lorsque la diminution de la capacité thoracique est considérable, elle témoigne de la coïncidence d'une lésion du tissu pulmonaire.

10° Les affections du cœur exemptes de complications ne modifient pas la capacité aérienne du thorax.

11° Les déviations intenses du rachis la diminuent.

12° Les tumeurs abdominales diminuent le volume d'air expiré; la grossesse paraît faire exception à cette loi (100 observations).

13° L'influence de la faiblesse générale est insignifiante.

14° La *spirométrie* rend un grand service quand elle dissipe la crainte d'une tuberculisation commençante.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 avril 1856. — Présidence de M. Huguier.

CORRESPONDANCE.

M. Soulé (de Bordeaux) fait hommage de son travail sur l'injection du perchlorure de fer dans le système veineux, considérée comme moyen de guérir les varices et les ulcères rebelles des membres inférieurs.

— M. Marjolin donne ensuite lecture de la note suivante, adressée par M. Debout au sujet de la discussion qui a eu lieu dans ces dernières séances sur les diverses méthodes de traiter la fistule lacrymale.

C'est avec juste raison que M. Robert est venu, dans une de nos dernières séances, appeler l'attention de la Société sur la valeur de la trépanation de l'os unguis comme traitement *chirurgical* de la fistule lacrymale; il n'en est pas, en effet, de plus efficace. Si M. Reybard, dans le mémoire qu'il a lu il y a quelques années à l'Académie de médecine, avait jeté un coup d'œil sur l'histoire de l'art, il aurait pu baser la pratique nouvelle qu'il proposait sur l'enseignement traditionnel de la chirurgie, et eût ainsi fixé davantage l'attention de ses confrères. Le passé de la science est souvent la base la plus solide que nous puissions fournir de la valeur des moyens nouveaux que nous formulons. Après avoir montré, par des citations empruntées à Archigène, Galien, Aétius, Paul d'Égine, que la *méthode de la perforation de l'unguis* a été réellement créée par la médecine antique, M. Debout s'empresse d'ajouter que le moyen manquait pour la mettre toujours en œuvre avec succès, et que c'est ce *desideratum* que le sagace chirurgien de Lyon est venu combler en dotant l'arsenal chirurginal de ses deux ingénieux instruments.

En vous adressant cette note, mon but n'est pas de jeter seulement un coup d'œil rétrospectif; la science moderne a d'autres exigences; elle réclame des faits nombreux avant d'inscrire un moyen comme progrès réel. Aux dix cas de guérison fournis par MM. Robert et Demarquay à l'appui des bons résultats du procédé de M. Reybard, permettez-moi d'en ajouter treize autres obtenus par notre collègue M. Bonnet (de Lyon). Dans un entretien récent, ce savant chirurgien nous disait que depuis 1850 il ne pratiquait plus d'autre méthode que celle de la trépanation de l'os unguis à l'aide des instruments de M. Reybard. Seulement, lorsque le sac est infiltré de suppuration, il le cautérise avec un peu de pâte de Canquoin, ainsi que l'a dit M. Philipeaux dans son excellent *Traité de la cautérisation.*

Un précepte qui ressort de la pratique de M. Bonnet, précepte dont nos collègues sentiront toute la valeur, est que la perte de substance pratiquée à l'unguis, pour donner des résultats durables, doit avoir à peu près l'*étendue de l'ongle du petit doigt.*

L'absence complète de larmoiement chez ses malades guéris de fistule lacrymale, a détourné M. Bonnet de la pensée de s'assurer par l'injection des points lacrymaux si la voie nouvelle créée à travers la cloison nasale persistait. Nous dirons toutefois à M. Monod que l'observation des faits publiés par les chirurgiens qui ont donné la préférence à la méthode de l'oblitération des voies lacrymales, soit par le fer rouge, soit par le caustique, semble démontrer que le larmoiement n'est pas aussi à redouter qu'on l'a cru pendant longtemps. La phlegmasie du sac détruite, ce phénomène morbide, lorsqu'il ne disparaît pas complétement, ne se montre que d'une manière passagère et accidentelle.

Avant de terminer, permettez-moi de rappeler un dernier point soulevé par la communication de M. Cloquet : l'existence des diathèses. Le savant professeur a rappelé la syphilis; elle n'est pas la seule dyscrasie qui imprime aux fistules un cachet spécial, source d'indications qui ressortissent de la médecine. Les procédés opératoires sont plus expéditifs, et présentent, surtout aux yeux du vulgaire, des résultats moins contestables que ceux qui suivent l'action des agents de la matière médicale. Mais l'œuvre thérapeutique de ces derniers, pour se poursuivre plus lentement, n'en fournit que des résultats plus durables. Le traitement médical, dans ces cas de diathèse, prépare le succès des opérations et en assure les résultats quand il ne rend pas inutile l'intervention des instruments. J'en ai un exemple sous les yeux au moment où j'écris ces lignes. Ma blanchisseuse, qui habite Meudon, était affectée d'une tumeur lacrymale avec carie de l'os unguis; les collyres et les pommades iodurées, l'iodure de potassium à l'intérieur, mis en usage par un oculiste des plus recommandables, étaient restés sans effet, et il devait recourir à l'emploi du fer rouge. Cette femme pusillanime ne voulait pas entendre parler d'opération; elle me demanda un conseil. Je prescrivis le proto-iodure de fer. A dater du quinzième jour de ce nouveau traitement, les abcès de la tumeur, qui se reproduisaient sous l'influence du moindre coup d'air, cessèrent de se manifester; à la fin du troisième mois, la saillie de l'unguis avait disparu; l'exfoliation s'en était faite insensiblement, et cette femme était guérie de sa tumeur et du larmoiement qu'elle provoquait. Ce succès n'est pas le seul que nous pourrions citer à l'appui de l'emploi du proto-

iodure de fer. Mais pour le moment, je dois borner mon jugement au sujet en discussion.

Je conclurai en disant :

1° Que, de toutes les ressources chirurgicales vantées pour le traitement des fistules lacrymales réfractaires à l'action thérapeutique des agents de la matière médicale, la méthode la plus ancienne, la trépanation de l'os unguis, est encore la plus efficace;

2° Que l'invention des instruments ingénieux de M. Reybard est venue réaliser un progrès marqué, puisqu'ils fournissent un moyen plus certain d'atteindre le but que la chirurgie poursuit depuis des siècles.

M. Forget fait observer que la conclusion du travail de M. Debout semble faire une part trop exclusive à la méthode de la perforation de l'os *unguis*. La Société dans la discussion sur ce sujet n'a pas paru complétement édifiée sur la valeur de cette méthode; c'est là évidemment une question encore à l'étude, et l'on ne peut laisser passer sans protestation le jugement porté par M. Debout, qui proclame que la perforation reste le meilleur traitement de la fistule lacrymale.

COMMUNICATION.

M. Lenoir fait les communications suivantes :

1° Exostose éburnée dans les fosses nasales. — Messieurs, j'ai l'honneur de soumettre à votre examen deux pièces qui m'ont paru mériter de fixer votre attention.

La première de ces pièces est relative à une exostose éburnée développée dans les fosses nasales. Je ne connais que deux faits analogues appartenant le premier à M. Michon et le second à M. Maisonneuve.

La malade qui fait le sujet de mon observation est âgée de vingt-huit ans. Elle présentait à l'orifice de la narine gauche une tumeur blanche, dure, un peu mobile, offrant les caractères très-distincts de l'exostose éburnée. En outre de cette première tumeur saillante à l'extérieur, on pouvait reconnaître qu'il en existait une seconde plus profondément située formée sur l'os *planum* ou aux dépens de cet os, celle-ci faisait saillie du côté de l'orbite, soulevant la paupière supérieure et déplaçant l'œil, qu'elle refoulait en dehors.

Je me décidai à enlever ces deux tumeurs à l'aide d'une incision médiane : je divisai le nez de haut en bas, par une dissection facile, je mis l'os propre du nez à nu, et je l'enlevai à l'aide d'une pince de Liston. Je mis ainsi à découvert la tumeur supérieure toute entière; elle adhérait à la base du crâne entre l'apophyse orbitaire et les fosses nasales; elle était parfaitement immobile. Je la détachais à l'aide de la gouge et du maillet; cette ablation se fit sans difficulté. Quant à la tumeur inférieure, en raison de sa mobilité, elle se détacha avec une extrême facilité.

Un grand nombre de polypes muqueux se rencontraient sur toute la surface de la muqueuse des fosses nasales : ces polypes ont été arrachés.

La malade, qui a été opérée hier matin, est aujourd'hui dans l'état le plus satisfaisant.

Pour m'assurer de l'origine de ces tumeurs, j'ai examiné les sinus : j'ai introduit mon doigt dans le sinus maxillaire; je l'ai trouvé tout à fait sain; la même exploration dans le sinus frontal, que j'ai pu débarrasser des mucosités qui le remplissaient, m'a donné les mêmes résultats. Ainsi j'ai la conviction que ces tumeurs étaient tout à fait étrangères aux sinus.

M. Cloquet. J'ai eu l'occasion de voir des polypes muqueux ossifiés; on pouvait facilement les détacher. Sur une jeune fille, j'ai fait cette opération; la tumeur était mobile; je la trouvai dure; je pus l'arracher sans de grands efforts. L'extérieur de la tumeur était formé par une coque osseuse, et dans le centre de cette coque je trouvai une production molle analogue de tous points aux polypes muqueux. Dans une autre circonstance, j'ai retrouvé ces mêmes ossifications dans un polype muqueux situé à la partie la plus profonde des fosses nasales et descendant jusque dans le pharynx; mais dans ce cas l'ossification occupait le centre de la tumeur. Une ligature placée sur le pédicule de ce polype n'ayant pas déterminé sa chute, je me décidai à l'arracher. C'est alors seulement que je reconnus la présence d'une arête osseuse longue de plusieurs centimètres et occupant le centre du pédicule pour se perdre ensuite dans la tumeur. Les tumeurs présentées par M. Lenoir n'auraient-elles pas la même origine?

M. Giraldès. Les productions osseuses du genre de celle que nous présente M. Lenoir semblent prendre naissance dans la membrane de Scheïder et dans le périoste qui tapisse les sinus; elles peuvent acquérir un volume considérable. J'en ai vu de nombreux échantillons tant en France que dans les musées anatomiques anglais. Dans les recherches que j'ai faites sur les sinus, j'ai pu trouver de ces ossifications en très-grand nombre se montrant sous la forme de petites perles d'une dureté d'ivoire.

M. Larrey. M. Broca me remet précisément une pièce qui appartient au musée du Val-de-Grâce. Il s'agit aussi d'une exostose éburnée développée dans la paroi antérieure du sinus frontal; elle remplit toute la cavité du sinus élargie par la tumeur osseuse, qui faisait en même temps saillie considérable dans la cavité de l'orbite.

M. Forget appuie les observations de M. Giraldès. Il a pu voir à Alfort de ces productions osseuses développées en grand nombre dans les sinus sphénoïdaux des chevaux; elles se dirigent vers le cerveau; on les a prises pour des ossifications de cet organe; ces cas sont très-bien décrits dans un travail de M. Goubaud, inséré dans le *Journal de médecine vétérinaire.*

M. Giraldès. M. Forget n'a pas bien présent à la mémoire le travail de M. Goubaud, car j'ai eu l'occasion de causer avec cet auteur, qui ne considère pas ces tumeurs comme se développant dans les sinus.

M. Cloquet. Je suis loin de nier l'étiologie de bon nombre de ces ossifications qui peuvent sans doute naître dans les sinus; mais il y a évidemment des exceptions, et le fait particulier que j'ai cité ne peut laisser aucun doute à ce sujet.

M. Giraldès. Les petites exostoses perlées que j'ai signalées ne sont pas les seules formes d'ossification qui se montrent dans les sinus. Ainsi quelquefois j'ai vu de ces productions affecter la forme d'aiguilles; alors elles se rencontrent en nombre considérable et se plongent dans tous les sens au milieu d'un tissu comme spongieux, qui remplit la cavité des sinus. M. Follin m'a montré une pièce de ce genre, et j'en ai vu d'autres dans le Musée de l'hôpital, à Londres.

M. Lenoir. La pièce qui fait le sujet de cette discussion ne paraît pas avoir une origine douteuse; elle est tout à fait étrangère aux sinus, on voit en effet qu'elle est formée aux dépens du cornet inférieur. Quant à la considérer comme une ossification de polype, cette hypothèse me paraît peu admissible, surtout en considérant qu'il s'agit ici de polype muqueux, et la transformation osseuse ne se rencontre guère que dans les polypes fibreux.

M. Cloquet, sans assimiler le fait de M. Lenoir à celui qu'il a cité, persiste à croire à la possibilité de l'ossification dans les polypes muqueux.

2° Calcul situé dans l'urètre. — M. Lenoir. Le deuxième fait que je communique à la Société est relatif à un calcul volumineux logé dans les parties membraneuse et prostatique de l'urètre. On sentait ce corps étranger dans la région périnéale. Une tentative de lithotritie fut faite; l'opérateur put parvenir à saisir la pierre, et, comme on put le constater, elle a été brisée en deux portions. On conçoit difficilement comment l'instrument lithotriteur a pu passer. Quoi qu'il en soit, on ne put continuer, et je pratiquai la taille bilatérale. J'aurais pu, suivant le procédé de Celse, me contenter de faire saillir le calcul, et faire l'incision sur lui. J'ai eu le tort de ne pas agir ainsi. Un cathéter, introduit, avait glissé jusque dans la vessie, et a rendu l'opération assez difficile. Dès que j'ai reconnu la position exacte du corps étranger, j'ai fait l'incision de la taille bilatérale, et j'ai achevé l'opération avec un lithotome double. L'extraction du calcul a été assez pénible. Le malade a succombé, et dans une prochaine séance je donnerai des détails sur l'autopsie.

M. Demarquay. J'ai vu deux malades qui avaient aussi des calculs dans la même portion de l'urètre. L'un de ces malades a été opéré par M. Le Roy-d'Etiolles; il y avait trois pierres. J'ai fait un rapport sur ce sujet. L'opérateur voulut extraire les calculs en incisant par le rectum; l'opération ne fut pas heureuse.

Le deuxième malade, que j'ai vu au Val-de-Grâce avec M. Larrey, avait un seul calcul, moins volumineux que celui enlevé par M. Lenoir. Je pense que l'opération serait bien plus facile en détachant le canal du côté du rectum à l'aide d'une incision courbe, et en ouvrant ensuite l'urètre par une incision longitudinale.

M. Hervez de Chégoin a fait l'extraction d'un calcul ainsi situé dans la prostate, et n'a pas eu à pénétrer dans la vessie. Et je dois ajouter, dit M. Hervez, que j'avais cru d'abord être dans la vessie; je n'étais cependant que dans la portion membraneuse de l'urètre, considérablement dilatée, ce qui permet de s'expliquer comment, avec cette dilatabilité si facile de cette portion du canal, on a pu faire manœuvrer l'instrument lithotriteur chez le malade de M. Lenoir.

M. Maisonneuve. Dès que l'instrument lithotriteur a pu être introduit entier on ne doit pas s'étonner que le calcul ait pu être saisi, car si les deux branches étaient entrées, il devait toujours être possible de dégager la branche femelle, et de la faire passer là où les deux avaient passé.

M. Cloquet cite des faits qui démontrent à quel degré le canal peut se laisser dilater par des corps étrangers. Un de ces faits est relatif à un jeune homme chez lequel cette dilatation était si considérable que l'urine, lorsqu'elle avait été chassée par la contraction de la vessie, venait s'accumuler dans la portion membraneuse du canal, formant comme une deuxième vessie, qui n'était vidée ensuite que par les pressions que l'on exerçait directement sur elle.

M. Hervez de Chégoin entre dans quelques considérations pratiques sur la cause qui détermine la mort après l'opération de la taille. Il pense que dans le plus grand nombre des cas elle doit être attribuée à une infiltration urineuse qui file sous le péritoine, et peut remonter jusque vers le diaphragme. Pour éviter un pareil accident, il faut donner à l'incision, dans la partie profonde, le moins d'étendue possible. Il est préférable de déchirer les tissus si le calcul présente un volume un peu considérable.

M. Hervez a assisté à une opération pratiquée par Souberbiel. Le malade mourut, et, contre l'opinion émise par l'opérateur, qui croyait la mort déterminée par une péritonite, il annonça que le malade avait dû succomber par le fait de l'infiltration de l'urine. L'autopsie démontra la justesse de ce pronostic.

M. Lenoir pense, en effet, que la mort peut bien être le résultat de l'infiltration de l'urine, mais pas aussi fréquemment que semblerait l'admettre M. Hervez. Sur un nombre de soixante-dix malades opérés, j'ai eu environ un mort sur trois, et les autopsies m'ont démontré la justesse de mon appréciation. L'infiltration se remarque surtout chez les enfants, dont la prostate est peu volumineuse; elle est très-rare, au contraire, chez les vieillards, qui ont cet organe très-largement développé. Ajoutons que la taille latéralisée, en ne portant que sur un des côtés de la prostate, devait rendre plus fréquent l'accident signalé par M. Hervez. La taille bilatérale est infiniment préférable.

Lipome d'une forme insolite. — M. Demarquay présente à la Société une tumeur allongée, ayant assez exactement le volume et l'aspect d'un pénis. Cette espèce d'appendice, formé de tissu graisseux, a été excisé de la région lombaire sur un jeune enfant.

M. Larrey rappelle à la Société qu'il a présenté une tumeur analogue que portait à la région ano-périnéale un carabinier; elle était aussi formée de tissu graisseux : elle s'était allongée et amincie sous l'influence de la pression à laquelle elle était soumise pendant l'exercice de l'équitation. L'ablation fut faite sans difficulté (1).

Fracture du bassin. Perforation intestinale. — M. Marjolin. La pièce que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux offre, je crois, un certain intérêt. Non-seulement elle est une preuve nouvelle que dans les contusions violentes de l'abdomen les parois peuvent être intactes, tandis que les organes renfermés à l'intérieur ont éprouvé les lésions les plus graves; mais elle démontre aussi que dans les perforations intestinales il suffit de quelques heures pour donner lieu à des altérations pathologiques telles que, si les antécédents étaient ignorés, on pourrait affirmer à l'autopsie qu'elles sont le résultat d'une péritonite datant de plusieurs jours.

Le avril, un jeune garçon d'une douzaine d'années fut apporté dans mon service, à l'hôpital Sainte-Eugénie; il venait d'être atteint dans la région sacro-iliaque droite par l'extrémité d'un haquet, et pendant quelque temps il avait été serré entre la voiture et la muraille.

Au moment de son entrée, le blessé était pâle, les traits du visage profondément altérés, le ventre et tout le bassin très-douloureux, le pouls peu développé. Dès que l'état général le permit, l'interne de garde pratiqua une saignée du bras, qui amena d'abord quelque soulagement; mais bientôt tous les symptômes d'une péritonite suraiguë se manifestèrent; le pouls devint petit, fréquent; des vomissements abondants survinrent, et les douleurs abdominales augmentèrent.

Le lendemain, à la visite, je trouvai le malade couché sur le côté gauche, les cuisses fléchies sur le ventre; le moindre mouvement, le moindre contact sur l'abdomen amenait d'atroces douleurs. Le visage était anxieux, le pouls à peine sensible. Les matières rendues dans les vomissements étaient brunes comme des matières stercorales, mais sans odeur. En percutant l'abdomen avec beaucoup de précaution, on trouve l'estomac distendu par des gaz. La moitié gauche de l'abdomen conserve un peu de sonorité; mais dans tout le côté droit, et surtout au niveau de la fosse iliaque droite, il y a une matité bien prononcée. Au niveau du pli de l'aine de la partie supérieure de la cuisse et dans la région sacro-iliaque du même côté, on voit une ecchymose sans fluctuation. Il n'y avait pas eu de garde-robes, et les urines étaient normales.

En présence d'un état aussi grave, j'évitai de faire des recherches inutilement douloureuses. Tout me portait à croire qu'il existait une fracture du bassin, compliquée et d'hémorrhagie interne et de la lésion de quelqu'un des organes renfermés dans l'abdomen.

Je me contentai de prescrire quelques boissons glacées pour tâcher de calmer les vomissements, et de faire appliquer sur le ventre des fomentations émollientes.

Dans la journée, les symptômes devinrent de plus en plus graves, et l'enfant succomba à huit heures du soir, sans avoir perdu connaissance.

A l'autopsie, nous trouvâmes les muscles de l'abdomen infiltrés de sang; une quantité assez considérable de sang coagulé était épanchée dans le bassin. Tout le péritoine offrait les traces d'une inflammation des plus violentes. Les anses intestinales étaient adhérentes les unes aux autres par des fausses membranes déjà solides; lorsqu'on détruisait ces adhérences, on trouvait du pus réuni dans des espèces de foyer. Dans la fosse iliaque droite, on remarquait un vaste foyer assez bien limité par les intestins; c'était là que s'ouvrait l'intestin grêle, perforé vers son tiers inférieur. Toutes les matières épanchées s'étaient en quelque sorte réunies dans ce foyer, dont les parois étaient tapissées par des fausses membranes épaisses et résistantes.

L'ouverture de l'intestin avait plus d'un centimètre de diamètre.

La péritonite avait été aussi générale que possible; il existait des fausses membranes jusque sur la surface convexe du foie.

Les muscles psoas et iliaque du côté droit étaient infiltrés de sang.

Le bassin nous offrit, en outre, les lésions suivantes : des deux côtés, et principalement à droite, il y avait un diastasis de l'articulation sacro-iliaque; les branches horizontale et descendante du pubis du côté droit étaient fracturées obliquement.

Le secrétaire de la Société: E. Laborie.

Les obsèques de M. Vidal (de Cassis) ont eu lieu hier, ainsi que nous l'avions annoncé, au milieu d'un grand concours de médecins, parmi lesquels nous avons remarqué plusieurs professeurs de la Faculté, un grand nombre d'agrégés libres ou en exercice, de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, la plupart des membres de la Société de chirurgie et quelques membres de l'Académie de médecine, qui semblaient témoigner par leur présence du regret de ne l'avoir point compté parmi leurs collègues.

Après le service, qui a eu lieu en grande pompe à l'église St-Eugène, le corps a été conduit au cimetière Montmartre. M. Velpeau s'est avancé sur le bord de la tombe, et a lu avec une émotion visible un discours dans lequel il a rappelé, au nom de l'amitié, les principaux événements de la carrière chirurgicale de Vidal, et les titres scientifiques et littéraires qui lui assurent un rang honorable dans l'histoire de notre art. M. Marjolin a pris ensuite la parole au nom de la Société de chirurgie, dont Vidal était un des membres fondateurs. Puis, dans une de ces brillantes improvisations qui lui sont familières, et qui étonnent autant qu'elles émeuvent les assistants, M. Marchal (de Calvi) est venu, au nom de la presse médicale, rendre un dernier hommage à la mémoire de son ancien ami et collaborateur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour une place de chirurgien du bureau central vient de se terminer par la nomination de M. Verneuil, professeur agrégé à la Faculté de médecine, dont nos lecteurs ont vu plus d'une fois le nom et les travaux dans les colonnes de ce journal.

— MM. Sénac et Colrat, professeurs à l'Ecole préparatoire de Lyon, étant empêchés momentanément de faire leur cours, MM. les docteurs Gromier, médecin à l'Hôtel-Dieu, et Barrier, chirurgien titulaire du même hôpital, ont été chargés des cours de pathologie interne et d'accouchement.

— M. le docteur Rollet, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille, fera cette année un cours théorique et pratique sur les maladies syphilitiques.

— M. le docteur Judée commencera, le 23 avril à six heures du soir, à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 4, un cours public de physiologie, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Ce cours est spécialement destiné aux étudiants qui vont passer leur deuxième examen de fin d'année.

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie,* 20 mars 1850.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 21 AVRIL 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans l'une des précédentes séances (voir le numéro du 11 mars), M. Leclerc présentait à l'Académie les premiers résultats d'expériences entreprises dans le but d'étudier l'action de divers extraits ou infusions végétales sur le sang. Dans ces expériences, il avait constaté que le sang veineux, traité au moment de la sortie de la veine par un extrait végétal quelconque, est un véritable réactif qui décèle la présence d'un principe alcaloïde dans le végétal. Dans une nouvelle communication qui est le complément de la première, M. Leclerc signale la propriété qu'ont quelques-unes de ces substances de prévenir la décomposition du sang. On peut entrevoir déjà dans les résultats constatés par cette seconde série d'expériences, des applications utiles, soit pour l'interprétation théorique du mode d'action thérapeutique de certains agents médicamenteux dont ces infusions ou ces extraits font partie, soit pour la découverte de propriétés thérapeutiques jusque-là méconnues ou négligées. Mais nous ne voulons pas anticiper sur les déductions que l'auteur tirera probablement lui-même plus tard de l'ensemble de ses recherches.

Indépendamment de cette communication, nous avons à enregistrer, pour cette séance, une nouvelle hypothèse étiologique du choléra, de la fièvre jaune et des fièvres paludéennes, et deux nouvelles tentatives chirurgicales. On nous a si souvent promis de nous faire toucher du doigt la cause des grands fléaux épidémiques qui ravagent le monde, que nous avons toujours quelque peine à nous laisser bercer par l'espoir de voir se dissiper enfin l'obscurité qui couvre leur origine. Aussi n'eussions-nous peut-être prêté qu'une médiocre attention au titre un peu ambitieux de la communication de M. Beauperthuy, si le nom même de l'auteur, sa position scientifique et l'espèce de garantie dont l'a couvert M. Flourens en présentant lui-même son mémoire, ne nous eussent fait en quelque sorte l'obligation de nous y arrêter. Malheureusement l'extrait publié par le *Compte rendu* est si concis, qu'il n'est rien dit de la cause assignée par l'auteur au choléra, et quelques mots à peine de celle de la fièvre jaune.

Quant à l'étiologie des fièvres de marais, si toutefois on peut considérer comme telle l'analogie que M. Beauperthuy a cru saisir entre les vibrions qu'il dit avoir trouvés dans les matières intestinales des fébricitants et ceux qu'on observe dans les matières animales et végétales en putréfaction, elle demanderait à être établie sur des faits beaucoup plus précis que cette simple indication. Si, comme nous devons le croire, le travail original de M. Beauperthuy renferme les développements nécessaires à cette démonstration, il serait bien désirable que la commission nous les fît connaître.

On lira dans le compte rendu la description de procédés opératoires imaginés pour des fins très-différentes par MM. Sédillot et Maisonneuve. L'un de ces procédés appartient à la chirurgie conservatrice et réparatrice, qui s'enrichit tous les jours et gagne de plus en plus de terrain sur la chirurgie destructive ; l'autre appartient à cette chirurgie hardie... pour ne pas dire plus, qui ne recule devant aucun sacrifice pour arracher quelques victimes à une mort certaine et imminente. Heureux, sans doute, quand ce résultat a été atteint au prix même des plus affreuses mutilations ! Mais qu'est-ce qui nous garantit qu'une fois encouragé par d'heureuses témérités à marcher dans cette voie, on ne dépassera pas un jour les limites de ce qu'il est prudent et légitime au chirurgien d'entreprendre ? — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Du vertige à stomaco læso.

Au n° 29 bis de notre salle Saint-Bernard, est couchée une femme de cinquante-sept ans, dont la santé habituelle a toujours été très-bonne, malgré une complexion délicate et une apparence assez chétive. Elle est devenue dyspeptique il y a trois mois ; les digestions étaient laborieuses, sans vomissements, mais fréquemment suivies d'un peu de diarrhée. Cette femme, Picarde d'origine, est arrivée à Paris il y a vingt jours en chemin de fer. Le bruit et les sifflets de la locomotive ont déterminé chez elle des maux de cœur, des nausées, mais principalement un phénomène nerveux qui l'a beaucoup épouvantée. Il lui a semblé qu'elle *s'abîmait dans la tête*. C'est ainsi qu'elle a défini les éblouissements vertigineux, la sensation toute particulière de malaise à laquelle elle s'est trouvée en butte durant tout le trajet de son voyage.

Cet état a persisté, et elle est entrée huit jours après à l'Hôtel-Dieu. Qu'avait-elle donc? Un vertige spécial, très-commun, peu étudié, souvent méconnu, facile à guérir ; en un mot, le vertige *à stomaco læso*.

Cet accident nerveux se produit dans l'un et l'autre sexe indifféremment, mais presque toujours chez des sujets ayant commis des excès de table, de veilles et de plaisir. Les fonctions digestives sont préalablement troublées ; il y a un sentiment de chaleur inusitée, d'ardeur à l'épigastre, des éructations acides non nidoreuses, de la constipation ou de la diarrhée, et du côté de l'appareil nerveux des étourdissements qui se traduisent ordinairement de la manière suivante : le malade reste-t-il dans l'immobilité, il n'éprouve rien ; mais veut-il regarder au-dessus de lui, aussitôt tous les objets semblent tourner, et à ce moment même il survient des maux de cœur. Il n'a alors qu'à incliner la tête en bas, à fermer les yeux, à rester immobile pendant une minute, et tout disparaît. S'agite-t-il brusquement pour regarder ce qui se passe derrière lui, le vertige, les maux de cœur et les vomissements apparaissent. Est-il couché, a-t-il un sommeil agité, un rêve pénible qui lui fasse faire de rapides mouvements, le lit tournera de haut en bas, dans le sens vertical, et le malade, comme à la broche, croira décrire un cercle rotatoire. Passe-t-il dans une rue dans laquelle se trouve un mur grillagé, une longue file de barreaux ; entre-t-il dans une antichambre aux tentures bariolées de lignes verticales un peu miroitantes ; ses yeux viennent-ils à se fixer sur des étoffes glacées, enluminées de couleurs vives et représentant des groupes de fleurs très-voyantes, les nausées et les accès vertigineux manqueront rarement.

Le malade se baisse-t-il en ployant son corps, rien de semblable ne se manifeste, alors même que la face se serait injectée et que les veines du front seraient devenues fort saillantes ; mais vient-il à se relever et à regarder en haut, le vertige apparaît presque infailliblement. Le mal de cœur, dans tous les cas que je viens de citer, est intolérable ; il ressemble au mal de mer, ou plutôt à l'incertitude odieuse qui précède le mal de mer.

Qu'est-ce, en somme, que ce bizarre phénomène? Je n'en sais rien, et la chose ne me paraît pas facile à dire ; mais je compare cela à la maladie du vaisseau, à la sensation toute spéciale qu'on éprouve après avoir valsé, à l'engourdissement qui succède au jeu de l'escarpolette, à ces éblouissements qui vous obligent à fermer les yeux lorsque vous tournez sur des chevaux de bois ; mais il n'y a pas dans tout cela imminence de congestion cérébrale, menace d'apoplexie. C'est un phénomène nerveux se passant dans l'appareil nerveux, une affection temporaire et superficielle de ce système.

Qu'observe-t-on chez ces malades? Qu'ils guérissent avec ou sans l'intervention de la médecine, et quelquefois envers et malgré cette intervention ; qu'ils ne conservent bientôt plus que le souvenir de leur épouvante, et qu'ils rechutent souvent.

Quand un homme accuse un mouvement violent de sang aux yeux, qu'il a des éblouissements, des tintements d'oreilles, de la rougeur à la face, des battements artériels très-forts, une pesanteur universelle, de l'hébétude, des fourmillements dans les pieds et dans les mains qui augmentent au lit, et qu'il n'a ni nausées ni vomissements, j'avoue que cet ensemble de prodromes m'en impose, et que je songe, en ce cas, à une congestion probable ; mais est-ce la même chose ici? D'ailleurs, le mouvement congestif auquel je fais allusion est un acte rapide, soudain, qui s'observe chez les femmes à l'âge de la ménopause ou quelques heures avant l'écoulement des menstrues ; chez les goutteux, les hémorrhoïdaires, les sujets à affections fluxionnaires quelconques ; mais vous ne voyez jamais de phénomènes nerveux, et surtout le vertige qui nous occupe, venir se greffer sur ce concours de dispositions particulières.

Certes il est des maladies que l'on traite bien piteusement, mais je ne sache pas qu'il en soit une dans tout le cadre nosologique plus mal soignée que le vertige *à stomaco læso*. Un malade vient vous consulter : il est effrayé, il vous effraye vous-même. Vous croyez découvrir dans ce qu'il éprouve l'avertissement précurseur d'une apoplexie imminente, et vous vous empressez de lui ouvrir la veine, de lui poser des sangsues, de lui administrer des purgatifs drastiques. Vous avez aggravé sa position ; il va tomber dans un état de vertige continuel.

J'ai dit cependant que c'était facile à guérir. Oui, mais à la condition expresse que vous ne perdrez jamais de vue l'existence des troubles gastriques, de la légère hypertrophie du foie qui se rencontre quelquefois (et chez la femme du n° 29 *bis*, par exemple), et que vous dirigerez vos moyens thérapeutiques du côté de l'estomac.

Il y a une méthode qui réussit fort bien. Elle n'est pas de moi, mais je la tiens d'un homme pour qui je professe la plus profonde estime et envers lequel je suis lié par un grand amour, M. Bretonneau. Il traitait, il y a trente ans, un de ses amis, naturaliste très-distingué, qu'un vertige dyspeptique tourmentait fort souvent, et il le traitait infructueusement, lorsque cet ami dit un jour à son médecin que, s'étant aperçu que ses vomissements étaient glaireux et acides, il avait pris des pastilles de Vichy et de la magnésie, et que sous l'influence de cette médication ses vertiges avaient notablement diminué. M. Bretonneau comprit de suite ; il expérimenta une méthode de traitement par les alcalins et les amers, et il la formula bientôt après en avoir obtenu des résultats constamment heureux. La voici :

Bicarbonate de soude.	de 0,50 à 0,60
Carbonate de magnésie.	de 0,25 à 0,30

Mettez en paquets ; en prendre un le matin, un dans la journée et un le soir, à un moment éloigné des repas.

Après cette prescription vient l'infusion amère, qui se prépare ainsi :

Copeaux de quassia amara.	2 grammes.

Infusez à froid pendant douze heures, puis décantez et sucrez. Boire une tasse de cette infusion pendant dix ou douze jours.

Dans la presque universalité des cas, ces moyens réussiront à merveille.

Notre malade de la salle Saint-Bernard, entrée il y a douze jours à l'Hôtel-Dieu, est aujourd'hui parfaitement rétablie.

Je dois vous avertir, en terminant, que le vertige *à stomaco læso* est une névrose sans gravité, bien qu'elle épouvante beaucoup les malades et leurs familles, mais qu'elle est sujette à de fréquentes récidives et qu'il convient de [illegible] cette médication tous les deux ou trois mois, et de ne jamais attendre le développement des accidents ; ils manqueraient trop rarement de se produire. H. L. du S.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Cours de séméiotique cutanée, suivi de leçons théoriques et pratiques sur la scrofule et les teignes (1).

Voyons actuellement le rôle que joue l'hérédité.

J'ai dit : la scrofule est le plus souvent héréditaire ; mais telle n'est pas l'opinion de tous les auteurs. Il en est qui ont nié l'hérédité (Faure, Diels, White, Henning) ; d'autres ont pensé, avec Lugol, que la scrofule était constamment héréditaire ; d'autres enfin, comme Baudelocque, que l'hérédité seule ne suffisait pas, et qu'il fallait encore l'intervention d'une cause occasionnelle.

Que doit-on entendre par l'hérédité de la scrofule? Est-ce la transmission des parents aux enfants de la maladie déclarée, de la complexion scrofuleuse ou de la simple prédisposition? Chacun de ces trois états morbifiques peut être transmis héréditairement. Chaussier rapporte le cas d'un enfant qui vint au monde avec des écrouelles en suppuration ; mais des faits de cette nature sont assez rares. Il est moins rare de voir des fœtus avec des tubercules suppurés dans les poumons. Un fait moins rare encore, c'est la transmission de la prédisposition effective ou de la constitution strumeuse. Enfin, dans l'immense majorité des cas, ce n'est que la simple prédisposition ou la cause interne que le père lègue à ses enfants.

(1) Suite. — Voir les nos des 26, 28 juillet ; 21 août ; 4, 22 septembre ; 20 novembre ; 1er décembre 1855 ; 31 janvier ; 7 février ; 4, 11 mars et 12 avril 1856.

On a dit que l'influence héréditaire pouvait sauter une génération — cela me paraît exact — ; qu'elle s'exerçait surtout du côté paternel. Les preuves manquent à l'appui de cette manière de voir. La faculté de transmettre héréditairement la scrofule est-elle innée ou acquise? Dépend-elle constamment de la même maladie en germe ou déclarée chez les parents avant la procréation, ou peut-elle se développer sous l'influence de certaines conditions spéciales, de maladies, par exemple, étrangères à la scrofule?

Que des parents scrofuleux puissent engendrer des enfants scrofuleux, il ne saurait y avoir sur ce point aucune dissidence parmi les médecins. Mais peut-on admettre de même, avec Lugol, que des phthisiques engendrent des scrofuleux? Il faut s'entendre.

Lugol a confondu la phthisie essentielle avec la scrofule, et a trop généralisé un fait d'observation qui n'est vrai que dans des circonstances particulières. Des parents phthisiques peuvent donner le jour à des enfants scrofuleux; cela est certain, personne ne le conteste. Mais ces parents phthisiques étaient atteints de phthisie scrofuleuse symptomatique, et non de phthisie essentielle ou diathèse tuberculeuse.

Beaucoup d'auteurs, et Lugol encore, prétendent que des parents atteints de syphilis peuvent engendrer des enfants scrofuleux. Cette opinion, qui n'est pas nouvelle, puisqu'elle a pour elle l'autorité d'Astruc, de Stoll, de Gelle, d'Alibert, n'est pas admise par Baudelocque; elle ne l'est pas par M. Lebert; je ne la partage pas non plus. Elle a d'ailleurs contre elle, parmi les anciens auteurs, une liste assez longue de noms respectés, parmi lesquels on peut citer Cullen, Baumes et Kortum.

Si les parents sont scrofuleux et syphilitiques, ils pourront transmettre à leurs enfants l'une ou l'autre maladie ou toutes les deux à la fois. Je n'admets pas la dégénérescence ou la transformation de l'une dans l'autre par voie d'hérédité. Baudelocque fait remarquer que certains pays, comme Palerme, offrent beaucoup de syphilitiques et peu de scrofuleux, et que dans d'autres contrées la scrofule est très-commune et la syphilis rare; que la scrofule a existé de tout temps, et que la syphilis ne date que du quinzième siècle.

On a avancé que des parents épileptiques ou aliénés engendraient des enfants scrofuleux. La distinction que j'ai faite pour la phthisie est encore ici parfaitement applicable : l'épilepsie et la folie sont quelquefois symptomatiques de lésions cérébrales d'origine scrofuleuse, et l'on comprend parfaitement que dans ce cas particulier les personnes qui en sont atteintes puissent donner naissance à des enfants scrofuleux.

La conception pendant les règles, la disproportion d'âge chez les époux, les extrêmes limites de la jeunesse ou de l'âge mûr chez les parents ont été données, mais sans preuves, comme des causes de la scrofule chez les enfants. Il en est de même des chagrins, des émotions de toutes sortes éprouvées par la mère pendant la gestation. Toutes ces causes peuvent sans doute débiliter la constitution, mais la faiblesse de la constitution n'est pas la scrofule.

La plupart des auteurs admettent que dans une même famille la scrofule se transmet plus particulièrement aux derniers nés. Je pense, au contraire, qu'en général l'hérédité s'exerce avec plus de force sur les premiers produits de la fécondation. Ainsi, des parents entachés de scrofule engendreront tout d'abord des enfants qui succomberont fort jeunes à la scrofule maligne ou à la scrofule larvée, à la méningite granuleuse, par exemple; et plus tard ils auront des enfants sur lesquels on verra se développer les accidents de la scrofule commune ou de la scrofule bénigne.

Il en est absolument de même pour la syphilis. Si l'un des parents se trouve sous l'empire de la diathèse syphilitique à l'époque de la fécondation, les premiers enfants qu'il engendrera mourront dans le sein maternel ou peu de temps après la naissance, tandis que ceux qui viendront plus tard seront atteints de syphilis héréditaire.

Pour terminer ce qui est relatif à l'hérédité, je mentionnerai encore une opinion particulière de Lugol sur le croisement des races, qu'il regarde comme un moyen préservateur de la scrofule. C'est à ce défaut de croisement qu'il faut attribuer, suivant lui, les progrès de la scrofule chez les juifs. Mais il me semble qu'il faudrait commencer par établir le fait. C'est à la même cause qu'il rapporte le développement de la scrofule sur les grands d'Espagne et les nobles de l'île Jersey, qui ne s'allient qu'entre eux.

Voyons actuellement quelle influence exercent sur le développement de la scrofule les modificateurs physiologiques et hygiéniques. Nous dirons après la part que peuvent y prendre les causes pathologiques tant externes qu'internes.

A. *Age.* — C'est assez souvent vers l'âge de deux à cinq ans que se montrent les premiers accidents de la scrofule. Sa plus grande fréquence est entre cinq et quinze. Après la puberté, la scrofule est moins fréquente. Elle est déjà rare de quarante à soixante, et après soixante ans elle est extrêmement rare.

B. *Sexe.* — Elle attaque à peu près indifféremment l'un et l'autre sexe. Si l'on s'en rapporte à M. Lepelletier, elle serait beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme, dans la proportion de 5 à 3. Les relevés de M. Lebert ne s'accordent pas avec ceux de M. Lepelletier; suivant lui, les deux sexes seraient à peu près également partagés; seulement le sexe aurait une influence marquée sur la détermination de tel ou tel genre d'affections scrofuleuses : ainsi prédisposition égale chez l'homme et chez la femme pour la scrofule osseuse; prédisposition plus grande du sexe masculin pour les affections articulaires, les abcès et les ulcères; plus grande du sexe féminin pour les ophthalmies et les affections de la peau.

C. *Tempérament lymphatique.* — J'ai déjà dit ce que je pensais du tempérament lymphatique et de la constitution : je ne le répéterai pas. Les sujets dits *lymphatiques*, à peau blanche et fine, aux yeux bleus, cheveux blonds, aux formes arrondies, sont en minorité; on voit plus souvent la scrofule attaquer des individus aux cheveux châtains ou noirs, à l'œil vif, aux formes sèches et grêles. Au reste, on conçoit fort bien, comme le dit avec beaucoup de justesse M. Beaugrand, que les caractères physiologiques des sujets scrofuleux doivent varier suivant les pays.

D. *Influence de l'air ambiant.* — Elle aurait une très-grande valeur dans la production des scrofules au dire de quelques auteurs. Baudelocque, entre autres, attribue à la viciation de l'air la plus large part dans le développement de cette maladie; mais évidemment il s'est exagéré cette influence en la regardant comme la cause occasionnelle à peu près unique de la scrofule. Toutefois, l'action d'un air condensé, insuffisamment renouvelé, altéré par les miasmes, ne peut être mise en doute quand on songe au nombre considérable de scrofuleux que renferment les grandes villes, et notamment les quartiers les plus populeux, qui sont aussi les quartiers les plus malsains, ceux où les rues sont étroites, les maisons élevées, les chambres petites et sombres, dans lesquelles ne pénètre qu'avec peine l'air, qui doit cependant servir à la respiration d'habitants nombreux et pour ainsi dire entassés. Aussi le moyen le plus efficace de diminuer le nombre des scrofuleux dans la capitale, c'est bien assurément, comme on le fait aujourd'hui, d'élargir les rues trop étroites, d'ouvrir des voies nouvelles au milieu des quartiers les plus populeux, et d'élever pour le pauvre de nouvelles habitations où tout est calculé sur les règles d'une hygiène bien comprise.

La privation de lumière, la diminution du fluide électrique, d'après M. de Humboldt, l'humidité de l'atmosphère sont autant de causes prédisposantes de la scrofule. C'est aux vicissitudes atmosphériques, aux transitions subites du chaud au froid que l'on attribue la plus grande fréquence des scrofules dans les zones tempérées.

E. *Aliments et boissons.* — La nourriture exclusivement végétale, les légumes farineux, le pain mal préparé, mal cuit, le pain noir de farine de seigle, d'orge ou de sarrasin, les vins acides, le cidre, l'eau provenant de la fonte des neiges, etc., ont été regardés comme autant de causes de scrofule.

On a aussi accusé l'allaitement artificiel; mais, comme le dit Baudelocque avec juste raison, dans la Normandie, où la plupart des enfants sont élevés au biberon, il n'y a pas plus de scrofuleux qu'ailleurs, et si la mauvaise nourriture était la cause principale des écrouelles, on les observerait presque uniquement dans la classe pauvre, tandis qu'il s'en faut de beaucoup que la classe riche soit entièrement épargnée.

Enfin, les causes pathologiques de la scrofule sont les phlegmasies, le rhumatisme, les fièvres éruptives, la coqueluche, etc.; les causes chirurgicales sont les coups et les chutes, les brûlures, les plaies, etc., toutes maladies qui peuvent éveiller les manifestations scrofuleuses.

Pathogénie. — Elle soulève les trois questions qui suivent :

1° Quelle est la nature de la scrofule?

2° La scrofule existe-t-elle comme unité pathologique; comment prouver qu'elle existe?

3° Quelle place la scrofule doit-elle occuper dans les cadres nosologiques?

Les médecins *naturistes* se partagent en deux classes : humoristes et solidistes.

L'humorisme a successivement placé la nature de la scrofule : 1° dans les altérations de la pituite (humeur froide ou mélancolique); c'est la théorie ancienne; 2° dans les altérations de la lymphe (acidité ou alcalinité; épaississement, viscosité, acrimonie; vices ou virus scrofuleux); 3° dans les altérations du sang.

La première opinion n'a pas besoin de réfutation. La double hypothèse des altérations de la pituite ne pouvait plus être admise après la découverte du système lymphatique; la lymphe devait naturellement remplacer la pituite. Mais si l'existence de la lymphe comme fluide normal ne peut être contestée, il ne s'ensuit pas que la scrofule doive être considérée comme une conséquence de ses altérations. Personne n'a constaté des altérations de la lymphe dans la scrofule. Les anatomo-pathologistes qui ont analysé les produits morbides de la scrofule n'y ont pas rencontré les éléments constitutifs de l'humeur qui se trouve normalement dans les vaisseaux lymphatiques.

Quant à la troisième opinion, qui fait dériver la scrofule d'une altération du sang, opinion à laquelle sembleraient vouloir se rattacher M. Bouillaud et beaucoup de médecins de nos jours, elle mérite d'être examinée.

Le sang des scrofuleux a été analysé par M. Andral, MM. Becquerel et Rodier. On l'a trouvé moins riche en fibrine, moins riche en globules. On a constaté une augmentation proportionnelle du sérum; on a trouvé aussi les globules déformés. Mais, comme le dit M. Lebert, ces altérations ne sont pas constantes; elles n'ont lieu qu'à une période avancée de la maladie, et tout semble prouver qu'elles ne sont qu'un effet secondaire.

Les solidistes ont cru pouvoir expliquer la scrofule par la débilité du système lymphatique. L'un admet en même temps une augmentation d'activité dans les bouches absorbantes et une faiblesse des conduits et des ganglions, d'où la viscosité, le ralentissement et la concrétion de la lymphe; l'autre une faiblesse particulière des organes chargés de l'élaboration des fluides blancs, d'où l'altération de ceux-ci, qui deviennent âcres, et produisent secondairement l'irritation des vaisseaux lymphatiques (Lepelletier). Pour Broussais, c'est un état d'irritation et d'inflammation des lymphatiques.

Enfin quelques auteurs ont cru mieux faire en réunissant les deux opinions, et faisant consister la maladie dans une altération des solides organiques et du fluide vivant. Les auteurs du *Compendium de médecine pratique* trouvent cette opinion de Kortum peu compromettante, et l'adoptent pleinement. Quant à moi, je la trouve aussi compromettante que l'opinion isolée des humoristes ou des solidistes. Toutes ces hypothèses sont vicieuses et radicalement fausses. Dire que la scrofule consiste dans une altération des solides ou des fluides, c'est confondre la maladie avec la lésion. Puisqu'il est impossible de connaître l'essence des maladies, pourquoi perdre son temps en recherches vaines et ne pas s'abstenir de toute hypothèse sur la nature de la scrofule,

La seconde question pathogénique est relative à l'existence même de la scrofule considérée comme unité pathologique.

Nous avons prouvé l'existence de cette maladie par la description que nous en avons donnée, en exposant successivement son évolution symptomatologique, ses périodes, ses variétés, sa marche, etc.; il ne saurait rester le moindre doute dans vos esprits. Telle n'est pas cependant la manière de voir de tous les médecins.

Parmi les auteurs qui ont écrit sur la scrofule, il faut distinguer ceux qui nient complétement son existence et voient dans les affections scrofuleuses autant de maladies différentes, n'ayant d'autre lien entre elles que la faiblesse de la constitution, et ceux qui admettent une prédisposition scrofuleuse, une complexion écrouelleuse à laquelle ils donnent le nom de scrofule, réservant le nom de maladies scrofuleuses aux différentes manifestations locales.

Les premiers ne tiennent aucun compte de l'évolution régulière des symptômes, ni de la marche de la maladie, ni des caractères spéciaux des inflammations scrofuleuses, et les seconds, en admettant la constitution strumeuse, reconnaissent implicitement l'unité pathologique. L'erreur, chez eux, vient de ce qu'ils confondent les affections avec les complications.

Une autre source d'erreur, et qui n'a pas peu contribué à embrouiller l'histoire de la scrofule, c'a été de prendre la lésion pour principe de classification des états morbifiques. De là est venue la séparation de la scrofule et des affections tuberculeuses. MM. Lebert, Guersant, les auteurs du *Compendium*, MM. Rilliet et Barthez ont scindé la scrofule, en faisant de l'engorgement ganglionnaire, de l'ostéite tuberculeuse, du carreau, etc., autant de maladies différentes. Ils ont évidemment méconnu l'unité pathologique, et confondu la lésion avec la maladie, la partie avec le tout.

D'un autre côté, Lugol est tombé dans une erreur directement opposée. Imbu de l'idée qu'un produit morbifique spécial devait avoir constamment pour point de départ un état morbide identique, et son expérience et son bon sens ne lui permettant pas de démembrer la scrofule, d'en retrancher toutes les affections tuberculeuses qui s'y rattachent essentiellement, il a préféré en faire la source de toutes les origines tuberculeuses, et a confondu ainsi la scrofule avec la phthisie essentielle.

Quelle place donner à la scrofule dans les cadres nosologiques?

Par la multiplicité de ses symptômes et de ses lésions, par sa longue durée, par les intervalles souvent très-longs qui séparent ses périodes, la scrofule doit être rapprochée de la syphilis et de la dartre. Elle appartient à cette catégorie de maladies qui a été désignée sous le nom de maladies constitutionnelles, bien que cette expression ne soit pas exempte de reproches, puisque la plupart des maladies chroniques finissent toujours par attaquer la constitution. Mais enfin il suffit de s'entendre, et de savoir que par ce mot on désigne une famille de maladies que caractérise la multiplicité des affections qui sont elles-mêmes très-variables et par le siége et par la diversité de leurs produits morbides.

BAUME ANTI-HÉMORRHAGIQUE DE WARREN.

Nous empruntons au *Dublin hospital Gazette* la formule de ce baume, qui jouit d'une grande célébrité en Amérique.

Acide sulfurique.	32	grammes
Essence de térébenthine rectifiée. .	8	—
Alcool rectifié.	8	—

Placez l'acide dans une capsule de porcelaine; ajoutez par degrés l'essence de térébenthine. Laissez refroidir la capsule, tout en agitant le mélange, et versez alors l'alcool. Quand le baume sera froid, enfermez-le dans une bouteille bouchée à l'émeri, et au bout de quelques jours enlevez la petite pellicule qui s'était formée à la surface du baume.

DU TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE par l'urétrotomie interne.

Par M. le docteur Auguste MERCIER (1).

Réduit à sa plus simple expression, il entre dans sa composition :

1° Une gaîne A F, ouverte sur l'un de ses côtés dans toute sa

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

longueur, et terminée par un renflement cordiforme A O, offrant sur l'un de ses bords une fente qui n'est qu'un prolongement de celle de la gaîne, et fendu seulement dans ses deux tiers antérieurs sur le bord opposé. A la place du petit capuchon A, on peut visser soit I, soit J, soit K, qui présente un bout de bougie de gomme élastique. Ces pièces accessoires se logent dans le manche C en dévissant le couvercle L. A son extrémité externe, dans l'étendue de 4 centim., cette gaîne offre un renflement cylindrique R, où se trouve un ressort en boudin, et à 1 centim. de cette même extrémité est soudée une rondelle G, percée au niveau de la fente de la gaîne d'une ouverture propre à laisser passer le bouton D. Immédiatement au-dessus de cette rondelle, on voit une fente qui commence à la fente longitudinale, marche transversalement et devient elle-même longitudinale après un quart de cercle, pour se terminer en D. En deçà de la rondelle G, le centimètre restant de la gaîne offre un pas de vis sur lequel se fixent la rondelle E et le cylindre F.

2° Une lame B, de la largeur du renflement de la gaîne, mais arrondie à son extrémité; elle est tranchante dans toute sa longueur du côté de la fente de la gaîne; mais du côté opposé, elle ne coupe que sur ses deux tiers antérieurs. Plus en deçà, elle est échancrée, comme on peut le voir sur la figure accessoire AB. Dans cette échancrure, elle présente un dos assez épais dont nous verrons la description plus loin. La tige qui supporte cette lame, et qui parcourt la gaîne jusqu'au point D, est douée dans son quart antérieur d'une élasticité qui tend toujours à la porter du côté opposé à la fente, et par conséquent à y ramener la lame quand on l'a fait saillir. Au point D, cette tige est reçue dans un trou que présente le bout d'une autre tige à laquelle est adapté le manche C. Ces deux tiges sont fixées ensemble et paraissent n'en former qu'une; néanmoins, elles peuvent tourner l'une sur l'autre autour de leur axe, soit à droite, soit à gauche. C'est à l'extrémité de la tige DC qu'est fixé le bouton D.

Supposons maintenant la lame et sa tige dans la gaîne et le bouton D au repos contre la rondelle G, là où la petite fente se coude à angle droit. Dans cet espace, la lame est entièrement cachée dans le renflement cordiforme, et l'instrument est prêt à être employé.

Le rétrécissement est-il facile à franchir, on visse au point A l'ajutage J s'il se trouve dans la région spongieuse, et l'ajutage I s'il est au fond du bulbe. Y a-t-il une difficulté provenant de l'excentricité de l'orifice ou d'une fausse route existant à côté, on se sert de l'ajutage K; enfin, si l'instrument s'engage et ne peut franchir l'induration fibreuse à cause de sa dureté, on se sert simplement du capuchon A. C'est la manœuvre à employer dans ce dernier cas que je vais décrire; le reste s'en déduira aisément.

On doit d'abord se rappeler qu'en général c'est dans les trois quarts antérieurs de la région spongieuse que se trouvent les rétrécissements les plus rebelles à la dilatation, et, de plus, se bien rappeler que, si les bougies ne passent pas, c'est parce qu'elles sont non-seulement irritées à leur pointe, mais encore étreintes à leur circonférence par la partie de la stricture qu'elles viennent de franchir. On s'assure de nouveau de la profondeur du rétrécissement, et on place le curseur H de manière que sa distance de l'extrémité de l'instrument dépasse la profondeur du rétrécissement d'une quantité bien déterminée, 2, 3, 4... cent. On prend la verge de la main gauche, comme pour le cathétérisme, et l'urétrotome de la droite, entre l'indicateur et le médius placés au-dessous des rondelles et le pouce appliqué sur le manche, au point L; puis on présente l'instrument à l'orifice, de manière que leurs grands diamètres se correspondent, et, aussitôt qu'il a dépassé la fosse naviculaire, le canal devenant aplati de bas en haut, on change la direction en conséquence, on le met en travers et on le pousse jusqu'au rétrécissement par les degrés dont il est marqué et en cherchant avec le doigt le point où se trouve son renflement, on s'assure qu'il bute contre l'obstacle à diviser, et, après avoir mis la verge dans le relâchement et noté exactement à quelle distance du curseur se trouve le méat urinaire, on presse modérément; puis on s'assure par une ou deux tractions légères que le bec s'engage véritablement dans l'orifice de la coarctation, et, si l'on perçoit la sensation caractéristique, si le malade lui-même ne ressent pas la douleur qu'il éprouverait infailliblement si l'on était dans une fausse route, ou même si l'on pressait à côté de l'obstacle, alors on appuie plus fortement, et, quand le bec est engagé de quelques millimètres, on presse à plusieurs reprises sur le point L, de manière à pousser la lame en avant, comme on le voit dans la figure principale, et à diviser ce qu'on a traversé. Aussitôt qu'on cesse de presser, la lame rentre d'elle-même par l'action du ressort R.

Il faut se garder alors de retirer l'instrument en arrière; il faut au contraire que l'extrémité A reste dans le rétrécissement, de sorte que si on la pousse de nouveau contre celui-ci, elle pénètre plus avant; puis de nouvelles pressions sur L divisent les parties traversées en second lieu. On continue ainsi jusqu'à ce que le renflement ait dépassé la coarctation. C'est une application pure et simple du nouveau procédé de cathétérisme pour les rétrécissements infranchissables que j'ai publié dans mon ouvrage de 1845.

Ce n'est pas tout. On a ainsi divisé le tissu induré à droite et à gauche; mais le même instrument permet de le diviser immédiatement sur un troisième côté, et, à moins de circonstance particulière, c'est en bas que doit être faite cette troisième incision, dont on peut varier la profondeur à volonté (1).

Voici comment je procède alors :

J'éloigne ou je rapproche la rondelle E de la rondelle G, suivant que je veux faire saillir plus ou moins la lame, et, pour la mieux fixer, je presse contre la première le cylindre F; puis j'attire derrière le rétrécissement l'extrémité postérieure O du renflement. Remettant alors la verge dans le relâchement, je vois par le curseur de combien l'instrument est plus enfoncé qu'avant l'opération : en retranchant de cette différence la longueur du renflement, on a celle du rétrécissement. Ces précautions prises, je dirige la fente longitudinale de la gaîne vers le côté sur lequel je veux agir; puis, pendant que je maintiens celle-ci immobile, je tourne le manche, et je ramène le bouton D, qui se trouvait au repos derrière la rondelle G, dans la fente longitudinale, là où cette rondelle offre une ouverture. Aussitôt, par l'action du ressort R, le bouton s'échappe par cette ouverture et vient s'arrêter contre la rondelle E, entraînant la lame en arrière, faisant glisser son dos sur un plan incliné que la gaîne lui présente au point O, et la faisant par cela même saillir au degré déterminé d'avance, comme on le voit dans la figure accessoire A B. Il ne s'agit plus que de retirer doucement l'urétrotome, de manière que sa tige sorte du méat d'une longueur égale à celle du rétrécissement; on est d'ailleurs averti que celui-ci est divisé par la cessation de la résistance. On presse alors sur le manche afin de ramener D au-dessous de G, et la lame rentre par ce seul fait dans le renflement terminal. On passe ensuite chaque jour un corps dilatant comme il a été dit.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 avril 1856. — Présidence de M. Binet.

Chéiloplastie. — M. Sédillot communique à l'Académie la description d'un nouveau procédé permettant d'augmenter à volonté la hauteur de la lèvre dans les opérations de bec-de-lièvre et de chéiloplastie.

On sait, dit M. Sédillot, et c'est un *desideratum* dont nous avons fait l'objet d'une remarque spéciale dans la deuxième édition de notre *Traité de médecine opératoire*, que la lèvre manque de hauteur chez la plupart des adultes qui sont porteurs d'un bec-de-lièvre. Les deux moitiés de la scissure, entraînées en dehors par la contractilité des fibres du muscle orbiculaire, semblent avoir subi un certain degré d'atrophie, et lorsqu'on les a réunies on s'aperçoit que le bord libre de la nouvelle lèvre est concave et ne recouvre qu'imparfaitement l'arcade dentaire. La disparition de l'encoche labiale par le procédé de M. Clémot (de Rochefort) ne modifie en rien cette disposition, et l'on regrette de voir persister une véritable difformité dépendant de la brièveté de la lèvre dans le sens vertical.

L'atrophie dont je m'occupe était très-marquée sur une jeune fille de vingt ans que j'opérai à la Clinique au commencement du mois dernier.

L'arcade dentaire était assez élevée, et l'étroitesse des deux moitiés de la lèvre ne permettait pas d'espérer une restauration parfaite.

Je pensai que l'on pourrait convertir une partie des bords horizontaux de la lèvre en surfaces verticales, destinées à être affrontées, et qu'on obtiendrait en même temps l'avantage de diminuer la largeur de l'ouverture buccale, et de la rendre plus régulière et plus gracieuse.

Rien de plus facile à remplir que l'indication dont je parle; il suffit d'aviver la lèvre par deux sections obliques, dont la première, dirigée de haut en bas et de dedans en dehors, s'arrête à 1 centimètre environ de distance du bord libre, tandis que la deuxième, commencée à ce dernier point, est prolongée plus ou moins loin en dehors, selon que l'on veut donner à la nouvelle lèvre une plus ou moins grande hauteur. On détache largement la lèvre de l'arcade dentaire pour augmenter la laxité des tissus, et, en ramenant à une direction verticale les surfaces obliquement avivées, et les affrontant par la suture entortillée, avec ou sans la modification proposée par M. Clémot, on reforme une lèvre épaisse, d'une hauteur convenable, dont la réunion immédiate s'accomplit aussi bien qu'à la suite des opérations ordinaires.

Ceux qui conserveraient quelques doutes sur la précision et l'étendue des ressources du procédé dont je viens d'exposer les principaux traits, pourront, comme nous l'avons fait, en demander la démonstration à une simple manœuvre d'amphithéâtre.

Pour lever les dernières objections d'un de nos collègues, nous le conduisîmes avec nos internes et quelques autres élèves aux salles d'anatomie. Nous mesurâmes la hauteur de la lèvre d'un des sujets livrés aux dissections. Cette lèvre avait 16 millimètres de son bord libre ou labial à la racine du nez, et, après l'opération simulée du bec-de-lièvre par notre nouveau procédé, cette même lèvre présentait 25 millimètres, et avait ainsi gagné 9 millimètres, ou un peu plus de moitié de la hauteur primitive.

Nous avons revu notre malade à la fin de mars, et la bouche était restée petite, régulière et gracieuse.

(1) Contrairement à ce qu'a dit M. Reybard et à ce que d'autres répètent d'après lui, c'est en bas qu'on a le moins à craindre les hémorrhagies. C'est sur les côtés et non en bas que se trouvent les troncs des artères bulbeuses; c'est aussi des côtés qu'émergent les larges veines de l'urètre pour remonter ensuite sur les faces latérales de la verge et se jeter dans les dorsales, etc., veines dont la lésion donnerait lieu non-seulement à des hémorrhagies, mais encore à des résorptions urineuses, à des phlébites, etc.

Action de divers extraits végétaux sur le sang veineux. — M. Leclerc adresse, en réponse à une réclamation de priorité de M. Clauzure sur ce sujet, une note dans laquelle il cherche à établir que la réclamation du médecin d'Angoulème n'est pas fondée.

M. Leclerc fait connaître, à cette occasion, les conclusions de nouveaux faits qu'il a observés le 8 avril dernier.

1° Le sang veineux perd sa disposition à la fermentation putride par son mélange avec la belladone et le *datura stramonium*.

2° L'*atropine* ne possède point la propriété d'arrêter la fermentation putride.

3° La *noix vomique*, la *strychnine* et la *brucine* arrêtent la fermentation putride, mais ne conservent nullement les globules.

4° L'*extrait d'ipécacuanha* est dans le même cas.

5° Les autres substances essayées n'arrêtent point la fermentation putride et ne conservent point les globules.

6° Le sang voineux pur et conservé à l'abri du contact de l'air pendant le même espace de temps que les autres mélanges qui précèdent, éprouve la fermentation putride et subit la destruction des globules. (Commissaires : MM. Flourens, Coste, Cl. Bernard.)

Sur la désarticulation de la mâchoire inférieure appliquée à l'extirpation des tumeurs profondes du pharynx, de la langue et du voile du palais. — M. Maisonneuve adresse sous ce titre la note suivante :

L'idée d'enlever l'os maxillaire supérieur sain, dans le but de rendre possible l'extirpation de certaines tumeurs profondes du pharynx et de la zone zygomatique, excita d'abord parmi les chirurgiens une certaine émotion; puis, en y réfléchissant, on ne tarda pas à comprendre que, s'il était permis pour sauver la vie d'un homme de sacrifier un organe *malade*, le sacrifice de ce même organe *sain* ne devait pas arrêter davantage quand le but était le même.

C'est en procédant d'après ce principe que je suis parvenu à sauver d'une mort imminente plusieurs malades affectés de tumeurs réputées incurables. Deux de ces malades ont été présentés à l'Académie de médecine et sont restés complétement guéris.

Frappé de ces résultats, j'ai pensé qu'on pourrait, en appliquant le même principe à l'os maxillaire inférieur, arriver à pratiquer l'extirpation de quelques autres tumeurs jusqu'alors inaccessibles à nos moyens d'action.

Les deux observations suivantes donneront une idée de ce qu'on peut obtenir de cette nouvelle méthode.

Obs. I. — Homme de cinquante-huit ans, malade depuis huit mois, nombreux traitements médicaux sans succès; épithélioma végétant et ulcéré, qui occupe la face interne de la joue droite, l'amygdale, la presque totalité du voile du palais et surtout les parties supérieure, postérieure et latérale droite du pharynx avec menaces d'asphyxie.

Opération le 3 juillet 1855, après désarticulation préalable de la moitié latérale droite de l'os maxillaire inférieur sain. Guérison en moins de six semaines.

Obs. II. — Homme de cinquante-deux ans. Affection carcinomateuse qui avait envahi le côté droit de la base de la langue, la portion voisine du pharynx et du voile du palais, ainsi qu'un des ganglions sous-maxillaires.

Opération le 12 février 1856, par ablation préalable de la moitié latérale droite de l'os maxillaire inférieur sain. Guérison.

Conclusions. — 1° La désarticulation d'une des moitiés latérales de l'os maxillaire inférieur rend possible l'extirpation de certaines tumeurs profondes du pharynx, de la langue et du voile du palais, inaccessibles jusqu'alors à nos moyens d'action.

2° Le chirurgien est autorisé à la pratiquer, même dans les cas où cet os n'a subi aucune altération, du moment où l'affection qu'il s'agit d'extirper compromet gravement la vie du malade. (Commissaires : MM. Moquin-Tandon et Jobert (de Lamballe.)

Cause du choléra asiatique. — M. Flourens présente au nom de M. Beauperthuy, autrefois voyageur naturaliste du Muséum, aujourd'hui professeur d'anatomie à l'Université de Caracas (Amérique du Sud), un travail sur la cause du choléra asiatique, sur celle du typhus ictérode et des fièvres de marécages. Les extraits suivants de la lettre d'envoi, lus par M. le secrétaire perpétuel, donnent une idée de ce travail :

Mes observations sur le choléra ont été faites dans les mois de novembre et décembre 1854, pendant la grande épidémie qui ravagea une partie des Antilles anglaises et le littoral du golfe Triste et de la province de Cumana.

En décembre 1853, j'ai été chargé par le gouvernement vénézuelien de porter secours aux individus attaqués par la fièvre jaune à Cumana et ses alentours. Déjà depuis 1839 de longues et pénibles recherches faites dans un grand nombre de localités malsaines des provinces de Cumana, Barcelone et de la Guyane espagnole m'avaient porté à croire que les fièvres des marécages étaient dues à un virus végéto-animal inoculé dans l'organisation humaine par des insectes tipulaires..... Il est digne d'observation que les produits putrides accumulés dans le tube intestinal des fébricitants sont formés presque en totalité de monades et de vibrions semblables à ceux qu'on observe dans les matières animales et végétales en putréfaction. Le sulfate de quinine, l'arséniate de potasse, le jus de citron, etc., paralysent les mouvements de ces insectes.

Je dirai, à cette occasion, que le sulfate de quinine administré à haute dose (18 à 20 grains par jour) m'a très-bien réussi dans les nombreuses applications que j'ai faites de ce remède chez les individus que j'ai soignés d'accidents consécutifs à la piqûre des serpents.

Les accidents de la fièvre jaune me semblent tenir également à l'introduction dans l'économie des sucs septiques pompés par des insectes sur le littoral. Quant à la matière animale noire qui, dans une période avancée de la fièvre jaune, est rejetée par les vomissements, elle est formée d'une multitude de monades d'une extrême ténuité. Je ne puis mieux la comparer qu'aux globules du pigmentum de la choroïde, observé au moyen du microscope de M. Vincent Chevalier, en employant le plus fort grossissement. Pour bien faire cette observation, il faut délayer une très-petite quantité de pigmentum dans une goutte d'eau distillée, et placer sur le porte-objet une particule de ce mélange. (Commissaires : MM. Serres, Andral, Boussingault.)

Constitution médicale de 1855. — M. Martin Duclaux adresse un travail intitulé *Constitution médicale de la fin de l'année 1855; histoire des épidémies de fièvre muqueuse, de variole, de rougeole et de coqueluche qui ont régné en 1855 dans quelques communes de l'arrondissement de Villefranche (Haute-Garonne).*

L'auteur, dans la lettre d'envoi, prie l'Académie de le comprendre dans le nombre des candidats au titre de correspondant pour la section de médecine et de chirurgie. (Commissaires : MM. Andral, Rayer, Cl. Bernard.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 avril 1856. — Présidence de M. Caron, vice-président.

Roséole et parotides suppurées consécutives au choléra. — M. le secrétaire général lit, au nom de M. Thore fils, membre correspondant, une observation sous ce titre. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 10 avril.)

Ophthalmoscopie. Son application au diagnostic des maladies oculaires. — M. Coursserant fait l'exposé des procédés de l'ophthalmoscopie et la démonstration des instruments qui servent à la pratiquer. Nous ne reproduirons pas les détails dans lesquels il entre à ce sujet et qui occupent la plus grande partie de la séance; nous nous contenterons de résumer en peu de mots ce qu'a présenté d'original et de pratique sa communication.

Il fait remarquer, après avoir terminé sa démonstration, que, bien que l'ophthalmoscopie, ou l'usage de miroirs réflecteurs appliqués au diagnostic des maladies oculaires, soit venue jeter une vive lumière sur le siége de plusieurs affections résidant dans les membranes ou dans les milieux réfringents de l'œil, ce nouveau mode d'investigation est loin d'avoir obtenu dans la pratique médicale toute l'importance qui lui est légitimement due. Cependant il ne doute nullement que l'examen attentif des faits révélés par l'ophthalmoscope, dans plusieurs circonstances où le diagnostic anatomique eût été impossible sans lui, ne dissipe bien des préventions, bien des doutes nés dans l'esprit de ceux qui ne savent pas s'en servir ou qui ne veulent pas même le mettre à l'épreuve. Qui pourrait, en effet, douter que dans les circonstances suivantes l'ophthalmoscope n'ait été d'un grand secours en permettant de localiser des affections dont le siége précis n'eût pu être établi sans cet instrument si simple dans son mécanisme et pourtant si incontestablement utile?

Les observations suivantes ont toutes été contrôlées par des confrères ou par des étudiants déjà exercés, quelques-uns du moins, au maniement de l'ophthalmoscope sous une autre direction que la mienne; qu'il me suffise de citer parmi eux M. le docteur Guimonet, qui depuis dix-huit mois a suivi à Paris toutes les cliniques spéciales destinées aux maladies des yeux.

Obs. I. — Un jeune homme de vingt-cinq ans, charbonnier de son état, d'une constitution assez robuste, quoique d'un tempérament un peu lymphatique, perd subitement la vue de l'œil droit; le récit du malade permet de rattacher cet accident à une congestion cérébro-oculaire; toutefois l'examen à l'œil nu ne révèle d'autres lésions organiques ou fonctionnelles qu'une dilatation et une immobilité presque complète de la pupille, laquelle conserve néanmoins une régularité parfaite dans tout son contour. D'un autre côté, l'œil étant éclairé au moyen du simple miroir réflecteur de l'ophthalmoscope de Jæger, il est impossible de saisir la plus petite trace de la teinte rosée du fond de cet organe, le jeu des rayons lumineux ne dépassant pas l'ouverture iridienne; en outre, malgré un examen prolongé fait par lui et par deux de ses confrères, le malade ne donne aucun signe de cette sensation particulière qu'accuse la rétine au contact de la lumière réfléchie par l'ophthalmoscope. Or, puisqu'il y avait impossibilité absolue à voir et la papille du nerf optique et les vaisseaux qui en émergent, il était logique et rationnel de penser qu'un corps opaque s'était infiltré dans les milieux réfringents de l'œil et arrêtait les rayons lumineux à l'ouverture pupillaire. Ce fait fut mis hors de doute quelques jours plus tard. Un traitement anticongestif et dérivatif ayant été institué, le malade ne tarda pas à accuser une amélioration notable; bientôt une teinte rosée diffuse, interrompue en un nombre infini de points, comme si la lumière réfléchie par le fond de l'œil avait traversé une trame de gaze ou de mousseline, commença à être perçue par l'observateur, aidé de l'ophthalmoscope, et vers le dixième jour environ cet instrument fit découvrir dans le corps vitré une quantité innombrable de corps flottants, obscurcissant la chambre postérieure d'un nuage assez épais et s'abaissant dans le fond de l'œil lorsque cet organe reprenait l'état de repos.

Tel est le fait. Quant à son interprétation, il est probable que ces corps flottants n'étaient autre chose qu'un reste des matières sanguines épanchées à l'intérieur de l'œil, infiltrées dans les milieux transparents et ayant subi une résorption déjà avancée.

Donc le pronostic devait être favorable, puisque la cécité tenait à une cause accidentelle, dont les effets tendaient chaque jour à disparaître.

Obs. II. — Un fait entièrement semblable en tous points a été observé à peu près dans le même temps chez le sieur Dufour, sergent de ville. Chez ce malade, on a vu aussi le rétablissement de la fonction visuelle marcher d'une manière parallèle avec le retour de la transparence des milieux réfringents, accidentellement troublés par un épanchement sanguin dont le produit s'était infiltré, comme précédemment, dans le corps vitré.

Obs. III. — *Hydropisie sous-rétinienne.* — Mlle X..., d'une constitution chétive, ruinée par des souffrances et physiques et morales, est complétement amaurotique de l'œil gauche, lequel présente non-seulement une cataracte adhérente, mais encore un commencement d'atrophie. La fonction visuelle est profondément atteinte dans l'œil droit: c'est à peine si la malade voit assez pour se conduire. Vient-on à éclairer cet organe avec le miroir réflecteur, aussitôt des vaisseaux sanguins se montrent derrière la pupille, et suivent tous les mouvements d'une membrane flottante à surface mobile, ondoyante, et qui, dans les divers mouvements exécutés par le globe oculaire, projette à travers la pupille un reflet rougeâtre d'une grande intensité. Aussitôt que l'organe revient au repos, cette membrane, après avoir subi des oscillations diverses dans lesquelles le rapport que les gros vaisseaux sanguins affectent entre eux change à chaque instant, s'affaisse, ne conservant plus qu'un frémissement ondulatoire léger, pourvu que le globe n'exécute que des mouvements excessivement limités.

Le flottement de la membrane, les vaisseaux dont sa surface se trouve sillonnée, l'injection finement capillaire qui la couvre dans toute son étendue, sont rendus bien plus visibles si l'examen a lieu avec le miroir aidé d'un n° biconvexe 1 1/3. Qui pourrait se refuser à voir là un décollement et une hypérémie de la rétine soulevée par un liquide épanché entre elle et la choroïde? lésion que, dans ce cas particulier, un examen pratiqué à l'œil nu et sans le secours de l'ophthalmoscope n'avait pu révéler, même à des praticiens habitués au diagnostic des affections oculaires les plus obscures.

Obs. IV. — *Hydropisie sous-rétinienne.* — Mme D... se plaint depuis longtemps d'un affaiblissement considérable de la vue, à l'œil gauche. L'examen direct ne constate aucune lésion appréciable soit des membranes, soit des milieux réfringents de cet œil; la pupille est régulière, un peu dilatée et lente dans sa contraction. Bien des hypothèses pourraient être mises en avant pour expliquer la cause de l'affaiblissement survenu dans la vision; mais l'ophthalmoscope vient rétrécir ce champ ouvert aux conjectures; bien plus, il vient dissiper tous les doutes en faisant connaître la lésion organique. A l'aide de cet instrument, on découvre un flottement nacré siégeant à la partie interne et supérieure, dû à un décollement de la rétine consécutif à une hydropisie sous-rétinienne qui refoule cette membrane et la rend complétement opaque. Quelques vaisseaux d'un calibre assez considérable, séparés par des espaces mobiles qui projettent un reflet qu'on ne saurait mieux comparer qu'à celui que produirait une fine lamelle de nacre, flexible, se repliant sur elle-même, ne permettent pas d'établir autre part que sur la rétine l'existence de cette opacité miroitante au fond de l'œil.

Obs. V. — Mme G... a été presque complétement amaurotique de l'œil droit pendant douze ou quinze mois. En ce moment, la fonction visuelle se trouve dans d'assez bonnes conditions. Toutefois, voici quelques particularités remarquables à plus d'un titre que l'ophthalmoscopie révèle au fond de l'œil. En partant de la papille du nerf optique et en suivant d'arrière en avant les vaisseaux qui en émergent, on constate à droite et à gauche du trajet de plusieurs d'entre eux la présence de petites surfaces arrondies, régulières dans leur contour, d'un diamètre égal à celui d'un grain de chenevis, illuminant le fond de l'œil d'une espèce de mosaïque brillante, multicolore, assez semblable (abstraction faite des dimensions) à ces globes de feu aux couleurs diverses qui éclatent dans l'espace où les projettent les fusées fulminantes de nos feux d'artifice les jours de réjouissance publique. Ces petits espaces circulaires sont appendus aux vaisseaux rétiniens par un pédicule vasculaire, absolument de la même manière qu'un grain de raisin se trouve relié à la grappe commune par le petit pédicule qui le supporte.

Leur configuration est la suivante :

Au centre de chacun d'eux se trouve un point noir (qui peut être regardé comme appartenant au pigment); autour de ce point noir, un cercle d'un aspect blanc grisâtre; et autour de ce dernier, un autre cercle d'un rouge vif, formé par une injection sanguine très-fine et très-confluente. Ne pourrait-on pas voir là la trace d'anciens foyers apoplectiques résorbés? Mme G... est d'une constitution sanguine très-prononcée, et elle n'a recouvré la vue que sous l'influence d'un traitement énergiquement anticongestif.

Le secrétaire annuel : Dr Ramon.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur,

Je lis dans le n° 46 (17 avril) de la *Gazette des Hôpitaux* le résumé d'une communication faite à l'Académie impériale de médecine par M. Edmond Langlebert sur l'action locale du baume de copahu, administré à l'intérieur dans le traitement de la blennorrhagie.

M. le docteur Langlebert rappelle et accepte l'opinion qui admet que le baume de copahu, formé par la nature de résine fixe et d'huile volatile, doit son action dans la blennorrhagie à la petite proportion d'huile volatile dissoute par l'urine et conduite par ce liquide dans l'urètre, dont elle modifie l'état pathologique et produit la guérison.

Il établit par le raisonnement que ce qui lui paraît enlever aux injections urétrales faites avec le baume de copahu l'effet qu'on obtient des mêmes injections faites avec l'urine chargée elle-même des principes du copahu qu'elle a dissous, c'est que la résine nuit ou paralyse l'action de l'essence à laquelle elle est unie. Cela posé, M. Langlebert avance que si on emploie l'huile essentielle en injection au lieu d'employer le baume, on obtient un effet thérapeutique aussi satisfaisant qu'avec l'urine copahifère. Il se propose d'indiquer les règles de cette nouvelle méthode de traitement de la blennorrhagie dans une communication subséquente.

L'assertion de M. le docteur Langlebert, basée sur les expériences qu'il a déjà à sa disposition pour lui servir de preuves, confirme une fois de plus ce que j'ai dit de l'usage de l'huile volatile de copahu dans un mémoire lu à l'Académie de médecine en 1828. A cette époque, aidé de M. Cullerier oncle, je m'étais proposé de rechercher expérimentalement auquel de ses deux éléments constitutifs, l'essence ou la résine, le baume de copahu devait cette puissance antiblennorrhagique, qui était alors sans partage.

Comme l'affreux médicament connu sous le nom de potion de Chopart était le plus connu et le plus employé de tous les remèdes contre la blennorrhagie, ce fut lui dont nous fîmes usage comme point comparatif d'action entre lui et les principes isolés du baume de copahu.

Pour atteindre l'objet de cette démonstration, M. Cullerier disposa de trois séries de malades en même nombre, et dans des conditions pathologiques et physiologiques semblables, autant que possible.

Une série devait être mise à l'usage du baume de copahu naturel sous la forme de la potion de Chopart, une autre devait prendre la résine à l'état de bols ou d'électuaire, et la troisième devait recevoir l'huile essentielle.

On trouverait dans le mémoire dont M. Ribes fut rapporteur des détails qu'il n'est pas dans mon dessein de reproduire.

Je désire seulement aujourd'hui saisir l'occasion qui m'est présentée par M. Langlebert pour rappeler ce qui paraît avoir été oublié, ou ce qui a été écarté de la pensée par l'ingénieux procédé des capsules dans lesquelles M. Dublanc, mon frère, a le premier proposé d'enfermer le baume de copahu.

Le résultat des expériences dont je viens de parler fut de démontrer:

1° Que la résine de copahu entièrement purgée d'essence volatile se montre toujours indigeste, sans jamais produire sur les écoulements l'action accordée au baume de copahu;

2° Qu'en administrant le baume de copahu dans la potion de Chopart, on obtient une moyenne de guérison en dix-sept jours;

3° Que, par l'emploi de l'essence de copahu en potion, cette même moyenne de guérison a lieu en neuf jours.

Il fut en même temps constaté que, tandis que l'usage du baume de copahu cause des dégoûts quelquefois insurmontables, dont les vomissements sont la suite, qu'il produit un prurit incommode qui se présente souvent, qu'il faut dans certaines circonstances élever très-haut la dose administrée, aucun de ces phénomènes n'accompagne l'ingestion de l'essence de copahu, et que la dose qui guérit est toujours beaucoup inférieure à la proportion que représente le baume de copahu administré dans la potion de Chopart.

Depuis ce temps, des faits nombreux recueillis à l'hôpital du Midi et par beaucoup de médecins de la ville sont venus maintenir et corroborer les déclarations consignées dans le mémoire que je cite.

Le moyen d'administration de l'essence n'était pour ainsi dire que la substitution de l'essence elle-même au baume naturel dans un véhicule analogue à la potion de Chopart. Mais plus tard, mon fils ayant succédé à M. Garot, j'ai eu l'occasion de voir prescrire l'huile essentielle de copahu enfermée dans des capsules, et cette méthode m'a paru ajouter encore à la supériorité thérapeutique de ce principe isolé.

Il se pourrait donc que les explications de M. le docteur Langlebert sur le rôle de la résine déposée dans l'urètre fussent aussi l'explication de l'action plus directe et plus efficace de l'essence pure introduite dans l'économie par le tube digestif.

Agréez, etc. Dublanc,

Président de la Société de médecine du XIIe arrondissement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 16 avril, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officier : M. le docteur Delahaye, médecin-major du 20e de ligne.

Chevalier : M. France, médecin-major au 3e bataillon de chasseurs à pied.

— La Société impériale et centrale d'agriculture, dans sa séance générale annuelle, et sous la présidence de M. Chevreul, de l'Institut, a décerné hier une grande médaille d'or à M. le docteur Lavalle, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine de Dijon, pour son ouvrage sur les cépages de la Côte-d'Or.

— M. le ministre de l'agriculture a chargé les préfets d'établir un relevé complet de tous les cas d'hydrophobie qui se sont manifestés dans les communes de leur département pendant l'année 1855. Pour 1856, tous les maires ont reçu l'ordre d'informer sans délai le préfet des cas d'hydrophobie qui se produiraient sur le territoire de leur commune. De cette façon, l'enquête sur la statistique de cette affreuse maladie aura un caractère général qui, il faut l'espérer, amènera sans doute à trouver un moyen efficace de remédier aux ravages qu'elle cause chaque année dans les campagnes.

— L'extension de l'enseignement à la Faculté de médecine de Strasbourg a nécessité l'agrandissement des locaux destinés à l'anatomie et aux cours pratiques. Par suite d'un arrangement conclu entre la ville et l'hôpital civil, ce dernier cède à la Faculté de médecine des bâtiments dans lesquels on établira de nouvelles salles de dissection, des salles de cours et d'examens, des cabinets pour le prosecteur et les professeurs qui voudront faire des recherches nécroscopiques ou micrographiques, enfin des salles pour des musées spéciaux destinés à la démonstration. Sur la demande de M. le doyen de la Faculté, M. le ministre de l'instruction publique a accordé 14,000 fr. pour l'ameublement de ces locaux. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

— MM. Belin et Triponel, élèves de la Faculté de médecine de Strasbourg, viennent de recevoir de M. le ministre de l'agriculture et du commerce une médaille d'argent, en récompense du zèle et du dévouement dont ils ont fait preuve pendant l'épidémie de choléra qui a régné dans le Haut-Rhin en 1855.

— M. le docteur Klein, professeur d'accouchements à la Faculté de médecine de Vienne, a succombé le 1er de ce mois dans un âge avancé.

— M. le docteur Clerc commencera son cours public de syphiliographie aujourd'hui mardi, 22 avril, à une heure, amphithéâtre n° 4 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— La bibliothèque de St-Pierre, à Lyon, très-fréquentée par les médecins et les étudiants en médecine, est fermée pour une quinzaine de jours. Cette mesure est nécessitée par l'installation de la précieuse collection de livres léguée par le docteur Prunelle, ancien maire de cette ville, et que va recevoir une salle spéciale, digne tout à la fois du testateur, de la grande ville, sa légataire, et de l'habile architecte qui a dirigé les travaux d'appropriation. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— Le banquet annuel de la Société médico-psychologique aura lieu le lundi 28 avril, à six heures, dans les salons de Véfour. La souscription, fixée à 15 francs, est reçue aux domiciles de MM. Archambault, Brierre de Boismont et Loiseau, commissaires.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Nº 49. — JEUDI 24 AVRIL 1856. (29e ANNÉE.) Nº 49. — JEUDI 24 AVRIL 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 23 AVRIL 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Bouvier a terminé dans cette séance la lecture de l'important rapport sur les appareils électriques, dont il n'avait pu lire qu'une partie dans l'une des séances précédentes. Nous regrettons que l'étendue de ce rapport, et les minutieux détails techniques dans lesquels M. le rapporteur a dû entrer sur le mécanisme et le fonctionnement de ces appareils, nous mettent dans l'impossibilité d'en présenter une analyse. Nous nous bornons à en reproduire les conclusions générales, qui résument les conclusions partielles par lesquelles se termine chacune des cinq parties dont se compose ce volumineux travail.

Ces conclusions ont donné lieu à quelques explications qui nous ont fait croire un instant que l'Académie allait s'engager dans une nouvelle et grande discussion qui eût été loin de manquer d'intérêt. Ce n'est pas la faute de M. Larrey s'il n'en a pas été ainsi. Sa courte allocution ne tendait pas à moins qu'à provoquer un examen complet de tout ce qui se rattache à l'électricité médicale ; mais l'Académie n'a pas jugé à propos de le suivre sur ce terrain. Sur l'observation de son président, elle a cru prudent de s'abstenir et de laisser la question dans les termes où elle se trouvait naturellement circonscrite par la demande d'avis officielle qui lui avait été adressée.

Tout en reconnaissant la justesse des observations de M. Larrey, nous ne pouvons qu'approuver le sentiment de convenance qui a dicté la conduite de l'Académie dans cette circonstance ; elle n'a pas voulu que l'œuvre consciencieuse de la commission fût en quelque sorte noyée dans une discussion dont il était difficile de prévoir le terme et l'issue. Elle s'est donc bornée à voter les conclusions du rapport avec quelques modifications qui auront pour effet d'en atténuer un peu la portée, et de réserver le jugement de l'Académie sur le fond même de la question générale des usages médicaux de l'électricité. Toutefois, nous prenons acte de l'engagement moral qu'a pris l'Académie de saisir la première occasion de mettre cette discussion à son ordre du jour, et nous faisons des vœux pour que cette occasion soit prochaine. La question de l'application des appareils électriques à la thérapeutique, grâce aux travaux importants dont elle a été l'objet depuis quelques années, intéresse trop vivement les praticiens pour qu'ils ne doivent vivement désirer de connaître l'opinion de l'Académie sur ce sujet. En attendant que cette occasion se présente, il appartient à la presse de faire connaître les faits qui se produisent et les opinions individuelles qui sont professées sur cette matière. La *Gazette des Hôpitaux* ne faillira pas à cette tâche ; la publication récente des leçons professées par M. Becquerel sur ce sujet prouve déjà l'intérêt qu'elle y apporte. Nous espérons pouvoir y revenir très-prochainement. — Dr Brochin.

DES MALADIES DES CAPSULES SURRÉNALES,

Par MM. Brown-Séquard et Addison.

Les maladies des capsules surrénales sur l'homme et sur les animaux viennent d'être l'objet de quelques recherches nouvelles qui, sans jeter encore une vive lumière sur ce point de pathologie, lui donnent cependant un intérêt réel. MM. Brown-Séquard, en France, sur des lapins, et Addison, en Angleterre, sur l'homme, ont rapporté un certain nombre de faits de maladies de ces capsules, et ont mis en regard différents symptômes qui s'appliquent à toutes en général, sans s'appliquer plus exclusivement à aucune d'elles en particulier. Il importe que ces travaux soient connus, pour que chacun puisse contrôler par des observations nouvelles ce qui a été publié, et arrive ainsi à la solution de ce problème pathologique.

Les faits de M. Brown-Séquard ont été communiqués à la Société de biologie, et ceux d'Addison ne nous sont connus que par l'excellente analyse donnée par M. Lasègue dans les *Archives de médecine*.

M. Brown a souvent vu survenir chez des animaux qui avaient subi la section d'une des moitiés latérales de la moelle épinière, des accidents particuliers fort graves de faiblesse, d'abattement, de paralysie incomplète, suivis de vomissements, de diarrhée ; puis, au bout de quelque temps, de convulsions au milieu desquelles arrivait la mort. Il les a observés chez d'autres animaux placés dans des conditions différentes, et qui avaient été l'objet d'expériences différentes. Ayant un jour trouvé sur l'un d'eux une altération des capsules surrénales, il la rechercha avec plus de soin, et comme jusqu'ici il l'a rencontrée sept fois, il pense qu'il faut établir un rapport entre les symptômes observés pendant la vie, c'est-à-dire les accidents qui ont produit la mort, et cette altération des capsules surrénales.

L'altération anatomique observée par M. Brown-Séquard consiste dans un état congestif avec augmentation de volume de ces glandes, une hypertrophie quelquefois, et ailleurs un changement de couleur sans hypertrophie de l'organe. Ce changement de couleur serait une teinte jaune rougeâtre, remplaçant leur coloration jaune clair habituelle. Deux fois il a rencontré dans les capsules surrénales des kystes peu volumineux remplis de sérosité.

Voilà les faits de M. Brown-Séquard, et j'ai vu les pièces qu'il a produites à l'appui de sa démonstration. Sont-ce là des témoignages suffisants pour autoriser les conclusions de l'auteur ? Sans doute, eu égard au fait matériel qui établit un rapport entre la congestion, l'hypertrophie et le changement de couleur des capsules surrénales après une section de la moitié latérale de la moelle épinière ; mais nullement quant au problème pathologique du rapport des lésions et des symptômes observés dans la vie. Quelque importance qu'aient les premières observations de M. Brown, elles n'entraînent pas encore la conviction. Il les faut plus nombreuses, et j'ajouterai relatives à des altérations primitives des glandes surrénales plutôt qu'à des altérations développées chez des animaux soumis à des mutilations antérieures du système nerveux. Sans cela, ce que l'un attribue par hypothèse à une altération des capsules dites surrénales, peut être attribué avec autant de raison par d'autres à l'effet de l'ancienne vivisection pratiquée sur le système nerveux ou sur tout autre appareil.

Comprenant toute la portée de cette objection, M. Brown, infatigable dans ses recherches, s'est mis à l'œuvre pour produire une lésion primitive des capsules surrénales : il les a piquées ou il les a enlevées ; et dans ces expériences nouvelles on verra, malgré l'apparence contraire et l'opinion de M. Brown lui-même, que la lésion des capsules n'est qu'un élément secondaire dans les phénomènes morbides qui succèdent à leur blessure ou à leur extirpation.

M. Brown a enlevé les capsules surrénales sur trois chiens, et les animaux sont morts au bout de treize heures environ, sans péritonite ni désordres matériels apparents de nature à expliquer la mort. Il les a piquées seulement sur d'autres animaux, qui ont également succombé, mais au bout d'un temps plus long, après vingt-quatre ou trente-six heures. Chez tous, on a constaté de l'affaiblissement, de la tristesse, de la paralysie, des convulsions et la mort.

Ces expériences sont bien curieuses, et leur résultat extraordinaire s'explique, d'après cet observateur, par la lésion traumatique du grand sympathique abdominal au moment de l'extirpation ou de la piqûre des capsules surrénales.

Dans l'ignorance où l'on est des fonctions de ces capsules, cette explication peut être acceptée ; mais alors l'altération de la capsule est une chose bien secondaire, s'il suffit de blesser le grand sympathique pour déterminer des phénomènes semblables. Ces accidents sont le résultat de la lésion du grand sympathique, et non de la blessure des capsules surrénales, absolument comme le tétanos qui se montre à la suite d'une blessure au doigt est la suite d'une lésion nerveuse traumatique, indépendamment de l'altération des parties molles où se trouve le nerf blessé.

Cependant, M. Brown maintient le rôle principal de la lésion des capsules surrénales, et ne croit pas qu'on puisse la considérer comme un phénomène secondaire. Cela se comprend. Dans sa pensée, et bien qu'il n'en ait pas fait la démonstration, ces glandes ne seraient que des annexes du grand sympathique, et seraient formées par un amas de ganglions nerveux. Si cela était exact, on comprendrait jusqu'à un certain point le mécanisme des résultats indiqués ; mais alors ce ne serait pas la lésion des capsules surrénales, en tant que capsules surrénales, qui serait la cause des accidents, ce serait toujours à la blessure du grand sympathique qu'il faudrait en revenir.

L'expérimentation doit avoir pour but de débrouiller les choses confuses ou inconnues. Dans ce cas, elle ne remplira sa mission qu'en séparant nettement ce qui appartient au grand sympathique de ce qui appartient aux capsules surrénales. Si ce sont deux choses distinctes, il faut l'établir ; si elles se confondent, il faut le prouver. On ne peut ainsi laisser un problème pathologique errer à l'aventure entre deux solutions opposées. Que l'une des deux se montre appuyée sur des preuves solides, et ce sera un magnifique résultat acquis à la science.

Ces remarques ne sont pas la critique des recherches de M. Brown ; elles n'en sont que le commentaire. Des observations et des expériences aussi intéressantes doivent être discutées, afin d'attirer sur elles l'attention et le contrôle nécessaires à leur diffusion dans le monde médical.

Le travail du docteur Addison publié l'année dernière à Londres, et que vient de faire connaître en France M. Lasègue, est le résultat d'observations faites chez l'homme. On y trouve un certain nombre d'observations relatives à des altérations diverses des capsules surrénales, et c'est d'après elles qu'Addison a essayé de faire connaître les symptômes et le diagnostic de ces maladies. Si notre confrère ne s'est pas trompé et si les observations qu'il a faites sont reconnues exactes, il aura rendu un vrai service à la science en portant la lumière sur un sujet encore peu exploré. Mais il est difficile d'accepter sans réserve les conclusions de ce travail, qui suscitera de nombreuses objections de la part des observateurs.

En effet, les symptômes indiqués par Addison comme étant déterminés par les maladies des capsules surrénales peuvent, d'après ses propres observations, être rapportés à des maladies organiques préexistantes. Dans son mémoire, il y a des cas de maladies des capsules surrénales qui n'ont produit aucun des symptômes indiqués. Les altérations des capsules surrénales n'existent pas seules, et elles accompagnent d'autres maladies cancéreuses et tuberculeuses toujours plus graves. Enfin les symptômes signalés comme caractéristiques de ces altérations nouvellement signalées s'appliquent à leur ensemble et non à chacune d'elles en particulier.

On connaît déjà, d'après MM. Rayer, Louis, Andral, Naumann, Ruppius, quelques faits d'anatomie pathologique relatifs à l'apoplexie, à la tuberculisation, au cancer, à l'hydropisie enkystée des capsules surrénales ; mais aucun de ces auteurs n'a entrepris de faire connaître les symptômes ou le diagnostic de ces maladies. Ils auront trouvé très-difficile d'indiquer les troubles de fonction d'un organe dont les fonctions sont inconnues ; mais ce qui a pu empêcher les recherches des médecins français n'a pas arrêté celles du docteur Addison. Son travail est intitulé *Sur les effets locaux et constitutionnels des maladies des capsules surrénales* (Londres, 1855). A le juger par l'analyse de M. Lasègue, ce mémoire ne tient pas absolument tout ce qu'il promet. Il n'a trait à aucune maladie des capsules surrénales en particulier, et il les embrasse toutes dans leur ensemble.

Aux altérations anatomiques si variées de ces glandes, il eût été convenable d'opposer des symptômes caractéristiques, de manière que chaque altération anatomique correspondît à des troubles fonctionnels différents et qu'on pût arriver à un diagnostic certain. Le docteur Addison n'a pas procédé de cette manière ; il ne paraît pas s'être préoccupé de la nature des lésions anatomiques, et, comme le dit M. Lasègue, il a rassemblé des lésions de structure souvent assez mal caractérisée, les unes paraissant entrer dans la classe des dégénérescences fibreuses, les autres semblant appartenir à celle des dégénérescences tuberculeuses ou cancéreuses. Il est évident que le médecin anglais n'a envisagé la question qu'à un point de vue très-général ; et de même qu'on expose en pathologie les symptômes des maladies du cœur *en général*, ceux des maladies du poumon *en général*, etc., systématisation très-utile à mon gré, M. Addison a recherché seulement à quels symptômes généraux on pouvait deviner une maladie des capsules surrénales.

Onze observations servent de base à ce travail. Après en avoir donné l'analyse succincte, M. Lasègue en ajoute quatre empruntées à d'autres recueils de médecine. Toutes sont relatives à des hypertrophies, des cancers, des tubercules des capsules surrénales, avec lésions anatomiques semblables dans les reins, l'estomac ou d'autres organes, lésions assez graves pour entraîner la mort. C'est d'après ces observations que, séparant les modifications produites par la maladie principale des modifications produites par l'altéra-

tion anatomique indéterminée des capsules surrénales, le docteur Addison a établi la symptomatologie de ces altérations.

De l'anémie, avec alanguissement général; de la débilité; un remarquable affaiblissement de l'action du cœur; l'irritabilité de l'estomac, mais surtout un changement tout particulier de la couleur de la peau annoncent la présence de cet état anatomique.

« Cette coloration toute spéciale occupe la superficie du corps, mais » elle est ordinairement plus manifeste à la face, au cou, aux extré» mités supérieures, au pénis, au scrotum, au pli de l'aisselle et autour » de l'ombilic. Elle est d'un ton enfumé ou présente des nuances qui » varient du brun clair à la terre d'ombre ou au bistre. Dans quelques » cas la peau est assez brunie pour qu'en voyant l'aspect du visage du » malade on ait pu le prendre pour un mulâtre.

» Parfois la coloration, au lieu d'être répandue uniformément, a lieu » par plaques, de sorte que la surface du corps est comme marbrée.

» Cette distribution irrégulière du pigment n'est pas bornée au tégu» ment externe; on la retrouve sur quelques membranes internes, et » Addison dit avoir constaté, chez un même sujet, des plaques bruna» tres de même apparence sur la peau du ventre et sur le péritoine.

» A mesure que la maladie fait des progrès la coloration de la peau » se prononce davantage; l'anémie, la langueur, le manque d'appétit, » l'affaiblissement du cœur vont croissant; le malade dépérit, sans » pourtant s'amaigrir énormément; il s'épuise graduellement sans se » plaindre de quelque douleur ou de quelque incommodité déterminée, » et finit par s'éteindre. »

En somme, le principal symptôme de la maladie des capsules surrénales serait la teinte brun *bronzé* de la peau se développant chez un individu cachectique.

Malheureusement ce symptôme, comme l'a fait observer M. Gubler à la Société de biologie, se rencontre chez quelques phthisiques, qui succombent sans offrir aucune lésion de ces capsules; et, d'autre part, certains cas de maladie des capsules surrénales trouvées sur le cadavre n'ont pas été signalés par cette coloration. J'ai déjà vu dans mon service plusieurs exemples de tubercules des deux capsules surrénales chez des enfants dont la peau avait conservé sa teinte naturelle, et des faits semblables ont été observés chez l'adulte.

Si le docteur Addison en fût resté là il n'y aurait qu'à le féliciter de ses recherches, et la *peau bronzée*, chez un individu cachectique, aurait trouvé sa raison d'être dans une altération des capsules surrénales. Mais notre confrère est allé plus loin; il a voulu enrichir la noslogie d'une espèce morbide nouvelle, il a voulu faire une seule maladie de toutes ces altérations différentes. Les symptômes qu'il a exposés, il les donne comme la conséquence d'une maladie primitive, et il les rapporte exclusivement à l'altération des capsules surrénales, ce qui me semble être une erreur.

« Cette *singulière maladie*, constituée à la fois par un ensemble de » [illegible] d'un organe réputé si parfaite» ment insignifiant, débute comme d'autres formes d'affections anémi» ques. Ses *commencements* passent inaperçus, et le malade a de la » peine à rendre compte du nombre de semaines ou de mois qui se » sont écoulés depuis l'apparition des premiers malaises. Cependant » les modifications maladives s'opèrent plus ou moins rapidement sui» vant les individus. »

Dans quelques cas le progrès est rapide, et quelques semaines suffisent pour que la constitution soit profondément altérée ou même que la vie soit compromise. Il est probable que les désordres généraux suivent le mouvement que les lésions locales leur impriment.

La marche du mal est aiguë, mais plus ordinairement chronique.

« L'examen le plus attentif ne découvre aucune lésion spéciale qui » explique le changement graduel mais profond qui s'est accompli dans » la constitution. On peut bien soupçonner une affection maligne ou » strumeuse, mais nulle part il n'existe de traces manifestes d'une al» tération organique; la rate, la glande thyroïde, le thymus ou les » ganglions lymphatiques ne sont pas augmentés de volume. Les ma» ladies antécédentes, les miasmes paludéens, les diverses cachexies » connues sont hors de cause. »

Ce sont les capsules surrénales altérées qui sont la cause de tous les accidents.

Enfin, d'après Addison, peu importe que la maladie soit aiguë ou chronique; lorsqu'elle a envahi la totalité des deux capsules la mort en est la conséquence inévitable.

Comment accorder ensemble cette symptomatologie imaginaire avec les nécropsies des onze malades d'Addison, chez lesquels l'altération des capsules surrénales toute secondaire existait avec d'autres altérations et ne paraît pas avoir été la vraie cause de la mort? En effet, partout il y avait en même temps chez ces individus soit des pneumonies, soit des altérations organiques tuberculeuses ou cancéreuses dans les autres organes : ici une pneumonie, là une gastrite aiguë; ailleurs une carie vertébrale, une tumeur de la mamelle et parotide; un cancer du sein, deux cancers de l'estomac, une tuberculisation du péritoine, etc., etc.

Dans un pareil assemblage de lésions anatomiques conduisant presque toutes par elles-mêmes à l'état cachectique et à la mort, comment rapporter avec quelque raison aux capsules surrénales ce qui peut être aussi bien le résultat de la diathèse cancéreuse et tuberculeuse existant chez la plupart des malades? Evidemment ce ne peut être que d'une façon arbitraire; et une espèce pathologique nouvelle ainsi constituée ne me paraît pas très-solidement établie. Dans les observations d'Addison, il n'y en a pas une dans laquelle la mort ait été la conséquence de l'altération isolée des capsules surrénales, et cependant cet auteur déclare que leurs altérations sont constamment mortelles. Sur quoi repose cette assertion? Evidemment sur une simple conjecture.

Le docteur Addison devait se borner d'après ses observations à des réflexions générales sur les maladies des capsules surrénales, et il aurait pu y placer le caractère de *peau bronzée* qu'il donne comme indice certain d'une altération de ces glandes. Ne fût-il arrivé qu'à ce résultat considérable, c'eût été très-beau, et la vérification n'aurait eu à se faire que sur ce point circonscrit. Mais faire de toutes ces altérations différentes une seule maladie, et une maladie toujours mortelle, n'est-ce pas outre-passer de beaucoup les limites de l'observation?

Ce n'est pas une seule maladie qu'on peut faire avec les différentes altérations de structure des glandes surrénales étudiées dans leurs rapports avec les troubles des fonctions qu'elles entraînent, c'est autant de maladies que d'altérations quand on aura découvert les symptômes propres à chacune d'elles. Alors ces altérations devront être étudiées séparément et indépendamment d'autres lésions graves susceptibles d'obscurcir la scène de troubles fonctionnels et capables d'occasionner l'anémie et la mort. Ce temps n'est pas arrivé. Pour le moment, même après les recherches d'Addison, on ne peut reconnaître l'existence de maladies primitives des capsules surrénales accompagnées de symptômes déterminés; il n'y a que des altérations secondaires observées à titre de complication en même temps que d'autres altérations organiques fort graves, et les symptômes d'affaiblissement, d'anémie, de diarrhée colliquative et de cachexie sont communs aux unes et aux autres. Reste donc la coloration particulière de la peau, désignée sous le nom de *peau bronzée*, qui s'appliquerait à toutes les maladies des capsules en général, plutôt qu'à aucune d'elles en particulier. Ce fait n'est pas même bien établi, et son entrée dans la science exige une vérification. — E. Bouchut.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Hydrocèle opérée par la méthode du drainage. — Ouverture d'un abcès froid du cou et placement d'un tube à drainage dans le foyer. — Opération d'une fistule à l'anus par écrasement linéaire.

I. Nous avons à opérer un jeune homme atteint d'une double hydrocèle, laquelle se complique d'un engorgement dur et douloureux des deux épididymes. Nous aurons recours au drainage pour pratiquer cette opération. Ce qui motive notre préférence pour cette méthode, c'est l'innocuité reconnue maintes fois par nous des tubes à drainage dans les divers tissus. L'idée de traiter l'hydrocèle par le séton est fort ancienne. Galien, et après lui C. Aurelianus, Paré et tous les auteurs du dix-septième siècle, ont conseillé l'emploi de ce moyen. Mais on comprend sans peine combien pourraient être graves les suites de l'inflammation produite par le séjour d'un corps étranger dans la tunique vaginale. Les dangers de cette pratique ont dû la faire abandonner complétement, et aujourd'hui la méthode des injections est celle qui a généralement prévalu.

C'est aussi celle que nous avions adoptée avant d'avoir appris, par une expérience qui date déjà de plusieurs années, combien les anses élastiques considérées en tant que corps étrangers sont inoffensives. Notre confiance dans cette innocuité est aujourd'hui si grande que nous n'hésitons pas à pratiquer le drainage, même dans des séreuses d'une grande importance, telles que les synoviales articulaires; à plus forte raison ne redoutons-nous pas de traiter par cette méthode l'hydropisie de la tunique vaginale.

Dans le cas particulier, nous ne soumettons à l'opération du drainage qu'une des deux hydrocèles. La précaution sur laquelle nous avons maintes fois insisté dans ces leçons, de ponctionner avec le trocart à drainage non pas par percussion, comme on le fait habituellement, mais doucement et sans secousse, est plus indispensable dans ce cas que dans tout autre, attendu qu'il n'y a qu'une médiocre quantité de liquide dans la séreuse. Si donc on négligeait cette précaution, on s'exposerait à intéresser la substance du testicule.

II. Chez un jeune homme entré à l'hôpital pour une névralgie sciatique et que nous avons guéri par la cautérisation sur trois points d'élection à la plante du pied, nous allons avoir à ouvrir une tumeur du cou qui ne me paraît être autre chose qu'un abcès froid consécutif à une adénite chronique.

Dans mon opinion, l'un des ganglions cervicaux aura suppuré, et c'est à cette suppuration que nous devons l'espèce de kyste que nous avons sous les yeux. Bien que la tumeur soit sur le trajet des vaisseaux artériels du cou, il est peu probable que nous ayons affaire à un anévrisme, la main, appliquée sur cette tumeur, ne percevant aucun battement, même quand on saisit la tumeur par pincement. Cette situation d'une tumeur liquide sur le trajet des artères carotides doit cependant rendre le chirurgien très-réservé dans son intervention, car il est arrivé à des hommes d'une grande habileté pratique d'ouvrir des tumeurs anévrismales non pulsatiles là où ils croyaient inciser de simples abcès.

En admettant, et c'est là le diagnostic le plus probable, que nous ayons affaire à un abcès froid, quelle doit être la conduite à tenir? Si nous pratiquons une incision petite, insuffisante, qui ne donne pas à la suppuration une issue convenable, l'inflammation peut s'emparer de la poche, et tous les accidents d'un phlegmon suraigu accompagné de rétention de pus peuvent se manifester. Si au contraire nous ouvrons largement le foyer et si nous le bourrons avec de la charpie sèche pour provoquer la formation de bourgeons charnus qui amènent l'oblitération de la cavité, nous nous exposons à tous les dangers d'un traumatisme étendu, et surtout aux infiltrations purulentes, très-fréquentes dans la région, à cause de sa constitution anatomique et de l'abondance du tissu cellulaire séreux dans cette région.

Les injections iodées nous offrent en pareil cas une ressource précieuse, et dont je n'hésiterais pas à faire usage s'il ne m'était pas démontré, par un nombre déjà très-considérable de faits, que l'action du drainage est encore plus inoffensive.

Il y a déjà très-longtemps que, remplaçant comme chirurgien du Bureau central M. Gerdy à la Charité, j'ai fait usage de l'injection iodée dans un énorme kyste de l'espèce de ceux qui ont été désignés par Mauncir sous le nom d'hydrocèle du cou. Ma tentative ne fut point couronnée de succès.

Il faut savoir que les injections iodées pratiquées dans ces kystes ne sont pas exemptes de tout danger. Il peut s'écouler du sang dans la poche; des caillots se forment, acquièrent une dureté comme pierreuse, et leur présence semble devenir le signal d'une très-vive inflammation.

Le drainage ne présente aucun de ces inconvénients.

Chez le malade dont il s'agit, un trocart ayant été poussé dans la tumeur de manière à ressortir dans un point convenablement distant, une anse élastique a pu être établie dans la poche, et l'on a vu bientôt s'écouler par les deux extrémités du conduit un liquide purulent. Reste à savoir si ce tube suffira pour amener le dégorgement complet de la cavité. Il arrive en effet quelquefois qu'une seule anse élastique est insuffisante. Dans ce cas, M. Chassaignac en place deux, trois, et même davantage, jusqu'à ce qu'on ait assuré le libre écoulement des produits de la suppuration.

III. Nous avons maintenant à opérer un homme atteint de fistule à l'anus. Nous emploierons ici la méthode de l'écrasement linéaire.

Déjà ce malade a été traité et guéri par cette même méthode de plusieurs trajets fistuleux qu'il présentait à la région anale. Il reste un diverticule fessier, à l'opération duquel nous allons procéder.

Quelques mots seulement touchant les principes que nous professons sur la question de savoir s'il convient de guérir la fistule à l'anus chez les phthisiques.

Les chirurgiens sont encore aujourd'hui partagés d'opinion à cet égard. Les uns opèrent les tuberculeux, les autres ne les opèrent pas. Pour moi, je me range à l'opinion de ceux qui ne regardent pas la phthisie comme une contre-indication opératoire en pareil cas, et voici les raisons qui m'ont fait adopter cette règle de conduite.

On a dit de la fistule à l'anus chez les phthisiques qu'elle était au nombre des maladies qu'il est dangereux de guérir. On a vu dans la suppuration que fournissent ces trajets fistuleux un moyen de dégager la poitrine.

A cela je réponds : Jamais la suppuration n'a guéri un phthisique; jamais une cause d'épuisement n'a guéri une maladie qui reconnaît elle-même, dans la grande majorité des cas, l'épuisement pour cause.

Dans quelles conditions, en effet, la phthisie prend-elle naissance? Précisément chez les individus débilités par les privations, la misère, les excès, une alimentation insuffisante, les maladies antérieures, le chagrin, etc.

Quels sont, au contraire, les moyens de traitement que l'on s'accorde aujourd'hui à diriger contre cette affection? Un régime fortifiant, les toniques, une nourriture substantielle, en un mot tout cet ensemble de moyens qui constitue la médication réparatrice. Beaucoup de médecins judicieux ont abandonné, comme étant essentiellement contraires au but qu'on se propose, l'usage des exutoires, de ces cautères, par exemple, qu'on appliquait au sommet du thorax chez les tuberculeux. On trouve aujourd'hui dans les hôpitaux infiniment moins de ces phthisiques dont la poitrine était couverte de ces fonticules.

C'est par des conditions hygiéniques excellentes et non par des agents de débilitation qu'on peut espérer de guérir la phthisie pulmonaire.

Appliquant ces données à la question de savoir si la fistule à l'anus veut être respectée chez les phthisiques, nous arrivons à cette conclusion, qu'en tarissant cette cause de suppuration non-seulement on ne compromet pas la position des malades, mais que même on l'améliore.

Dans le cas que nous avons sous les yeux, l'événement a démontré l'exactitude de cette proposition. En effet, au moment de son entrée à l'hôpital, avant d'être opéré, notre malade était dans un état de cachexie très-prononcé, et son existence paraissait, par le fait de cette détérioration générale de l'économie, très-gravement compromise.

Or quel a été le résultat de l'opération? En supprimant plusieurs trajets fistuleux, on a supprimé une cause très-active d'épuisement, et dès lors cet homme a pu reprendre en grande partie ses forces et son embonpoint. En le débarrassant aujourd'hui de son dernier clapier, on complétera la guérison déjà commencée par la première opération.

En conséquence, on introduit dans le trajet fistuleux la chaîne de l'écraseur au moyen d'un trocart, et l'on sectionne, en mettant en jeu l'appareil, le pont de peau compris dans l'anse de la chaîne.

L'opération s'est faite sans qu'il y ait eu issue d'une seule goutte de sang.

Il en est ainsi toutes les fois qu'on se soumet aux règles établies pour le mouvement de la chaîne métallique dans l'application de l'écrasement linéaire, c'est-à-dire lorsque l'on ne fait pas avancer les crémaillères de l'appareil de plus d'un cran par quart de minute. C'est pour avoir négligé ce précepte important que dans la dernière séance une ablation de tumeurs hémorrhoïdales a été suivie d'une perte de sang, qui n'a pas été très-sérieuse à la vérité, puisque aujourd'hui le malade est en voie de guérison, mais qui aurait pu avoir des conséquences plus graves.

DE LA SUTURE MIXTE ET EN FAUFIL,

Par M. le docteur E.-L. BERTHERAND (de Lille).

Nous avons reçu il y a déjà quelque temps, de notre honorable confrère le docteur Bertherand, une notice relative à une nouvelle espèce de suture, à laquelle il a donné le nom de suture mixte et en faufil. Voici, en résumé, les principaux points de cet intéressant travail :

C'est avec la plus grande raison que l'on a relevé, dans le traitement des plaies, la suture de l'anathème prononcé contre elle par l'Académie royale de chirurgie. Les services qu'elle rend journellement sont immenses; elle constitue une des plus précieuses conquêtes de la chirurgie; mais elle ne laisse pas que d'avoir quelques inconvénients réels auxquels il est possible d'apporter certains perfectionnements. Les reproches qu'on lui adresse portent principalement sur :

1° La douleur qu'elle occasionne;

2° L'impuissance des fils à maintenir en contact les lèvres de la plaie dès que la tuméfaction traumatique se prononce;

3° La présence prolongée des liens, qui jouent le rôle de corps étrangers irritants.

Voici comment M. Bertherand répond aux reproches mérités que l'on a adressés à la suture, et comment il propose d'y remédier.

1° Si les aiguilles ou les épingles ordinaires font souffrir le malade, c'est surtout parce qu'elles augmentent de volume de la pointe à leur base, et que les aiguilles entraînent un fil dont le diamètre augmente encore leur volume; que les épingles doivent être assez grosses quand les plaies sont larges et profondes, sont peu faciles à manier et exigent souvent des efforts assez violents quand elles doivent traverser des tissus un peu résistants.

Pour parer à ce premier inconvénient, l'auteur propose de se servir d'une aiguille en acier légèrement courbe, prismatique, très-étroite, portant près de sa pointe très fine un chas qui se continue avec une rainure destinée à loger le lien, et terminée au talon par un disque métallique semblable à celui du porte-mèche, sur lequel s'appuie le pouce lorsqu'on la fait pénétrer dans les chairs.

De plus, il remplace les fils de soie, de lin ou de chanvre par des crins suffisamment longs, dont on augmente le nombre en raison de la résistance qu'ils ont à vaincre. L'avantage des crins sur les autres liens est d'abord d'offrir un petit volume, et puis d'être inaltérables par les liquides de la plaie.

Voici comme on se sert de ces instruments : l'aiguille traverse les chairs, et dès que l'on voit apparaître le point où est le chas, on dégage le fil et on retire l'aiguille en laissant le lien dans le trajet qu'elle a parcouru; puis elle est plongée dans l'épaisseur de l'autre lèvre de la plaie, mais non armée de fil; aussitôt que le chas paraît entre les deux lèvres, on y introduit l'extrémité du fil laissée dans la plaie et on retire l'aiguille, qui emporte ainsi le lien à la surface des téguments.

Ainsi donc, par ce procédé, l'aiguille ne fait qu'une simple ponction dans les chairs; les doigts du chirurgien la font pénétrer avec aisance et sous une impulsion égale dans toute sa durée; enfin, son petit volume permet de la manœuvrer avec promptitude et facilité dans des régions profondes.

2° Les plaies un peu étendues deviennent souvent le siége d'une fluxion proportionnée à l'abondance de l'exsudation plastique qui doit déterminer la cicatrisation. Des phénomènes locaux, rougeur, chaleur, douleur, accompagnent presque toujours l'épanchement des sucs fibrino-albumineux; et dès lors les tissus tuméfiés faisant effort contre l'obstacle que chaque anse de fil de la suture oppose à leur progressive expansion, se laissent d'autant plus facilement diviser par cette dernière que l'abondance des liquides ou le travail inflammatoire ont de beaucoup diminué leur force de résistance, leur densité. Il devient alors nécessaire de mettre la plaie à découvert, de relâcher les fils s'ils n'ont pas complétement divisé les tissus; le plus souvent aussi de les enlever immédiatement, dans la crainte que, faisant office de corps étrangers entre les lèvres de la plaie ou contre ses bords, ils ne contribuent à accroître l'intensité des désordres locaux.

Ces considérations amènent à examiner s'il ne serait pas possible d'affronter les surfaces traumatiques à l'aide de la suture, en réunissant deux conditions principales :

1° Maintenir en contact permanent les lèvres de la plaie, malgré les variations de volume que leur fera subir à des degrés divers le travail de la cicatrisation;

2° Eviter complétement la présence des fils dans les abords saignants de la solution de continuité, et surtout leur striction directe sur les surfaces traumatiques.

M. Bertherand pense être arrivé à la solution de cet important problème par le procédé suivant :

La plaie est tout d'abord bien nettoyée, débarrassée de toute matière étrangère. A une certaine distance de ses bords (à un centimètre ou plus), l'aiguille armée de son lien traverse, de sa pointe seulement, le lambeau de dehors en dedans; dégagée de son fil à la face postérieure du lambeau, elle est retirée, puis replongée à quelques millimètres à côté, pour aller chercher l'autre extrémité du fil, et la ramener de dedans en dehors. L'anse de fil comprend donc, de cette façon, entre les deux points piqués près d'un centimètre environ des chairs, à la surface desquelles les deux chefs de la ligature sont laissés libres.

Cette petite opération est répétée deux, trois ou quatre fois de chaque côté de la plaie, selon l'étendue, les dimensions des tissus divisés, etc.

On dispose ensuite au-dessous et entre les points précédents de suture, et en travers de la plaie un certain nombre de liens à égale distance les uns des autres.

Puis on engage entre les fils des sutures, de petits cylindres, soit des rouleaux de diachylon, soit des fragments de sonde en gomme élastique et de petit calibre, et on les fixe en place en nouant sur plusieurs points de leur étendue les extrémités de ces mêmes liens.

Le chirurgien saisit alors les ligatures qu'il avait disposées perpendiculairement à la plaie, et comprenant dans leurs embrasses les tiges cylindriques, il tend à les rapprocher en opérant sur les fils, qu'il noue aussitôt après une légère mais suffisante striction.

Les lèvres de la plaie, refoulées alors l'une contre l'autre sous la pression des rouleaux auxquels les tissus voisins sont fixés, obéissent facilement à cette force qui les oblige à se froncer légèrement et à s'inosculer. De simples rosettes maintiennent les cylindres à la distance voulue pour assurer ce contact permanent des surfaces saignantes.

On comble ensuite avec de petits gâteaux de charpie tout l'espace compris entre les cylindres, l'on imbibe avec de l'eau fréquemment renouvelée; un linge recouvre le tout : après quoi, le chirurgien met le membre ou la région dans la position la plus convenable, etc.

Survient-il du gonflement, de la douleur? les anses des fils transversaux sont dénoués, puis relâchés au gré du chirurgien, qui peut ainsi, sans opérer la moindre traction directe sur les bords de la plaie, graduer avec facilité leur striction convenable et la proportionner au degré de leur tuméfaction.

Les avantages de ce procédé paraissent irrécusables à l'auteur. Il évite la présence du moindre brin de fil entre les lèvres traumatiques. Les points d'attache des cylindres sont assez éloignés de la blessure pour ne lui transmettre aucun surcroît d'irritation, et d'ailleurs ils portent sur des tissus sains qui n'atteindront pas les divers phénomènes qui se développeront pour le travail de la cicatrisation. Il n'y a donc pas à craindre que leur présence gêne cette œuvre de réparation.

Dans tous les modes de suture, dans l'application même des serres-fines, on ne peut nier l'inconvénient d'une matière étrangère (fil, épingles, tiges métalliques) contiguë aux lèvres de la plaie. Par le mode actuel de rapprochement, ce désavantage est complétement évité : il laisse d'ailleurs la blessure toujours à découvert sous l'œil du chirurgien. Que, s'il est nécessaire de desserrer ou d'enlever les ligatures transversales, on le fait avec une grande facilité sans imprimer de secousses à la plaie et à des tissus voisins toujours plus ou moins endoloris. On évite la nécessité de couper des fils qui étranglent ou ont déjà divisé les parties molles, et dont l'ablation plus ou moins facile ne laisse pas que de causer quelque souffrance par suite des adhérences que les liens contractent aux abords de la plaie avec des caillots de saug ou des dépôts de fibrine; d'autres fois ces petites manœuvres out pour plus grave conséquence de détruire des portions extrêmement fines de cicatricule et de retarder ainsi la guérison.

Quand la cicatrisation est complétement achevée ou même suffisamment avancée pour que tout secours direct de protection soit devenu inutile, les fils des sutures peuvent être enlevés sans déranger en rien la solidité du nouveau tissu inodulaire, puisque, contrairement à ce qui a lieu dans les méthodes ordinaires, ils n'ont eu aucun contact avec lui et n'ont séjourné dans la région qu'à une certaine distance de la plaie.

Ce procédé de suture *mixte* rappelle assez exactement le bandage unissant des plaies en travers, avec cette différence toutefois que les circulaires destinés à maintenir les linges munis de lanières et de boutonnières sont remplacés ici par les points de suture, et que l'on évite ainsi toute cause directe de compression et de fatigue sur la plaie et sur les parties voisines.

Ce procédé de suture n'est applicable qu'à des cas particuliers (plaie large, lambeaux volumineux), et surtout à des blessures de forme linéaire et assez régulière. Que les bords, en effet, soient sinueux, frangés, déchirés, amincis par une perte de substance ou une contusion violente; que les tissus aient été divisés inégalement, l'action des fils transversaux qui entraînent les cylindres s'exercerait plus énergiquement en certains endroits, et les lambeaux, tiraillés sur des points divers, se trouveront gênés dans leur inosculation, ou réunis par une cicatrice difforme. Dans ces cas, les variétés de suture décrites par les auteurs sont également inapplicables, et l'indication consiste à régulariser les lèvres de la plaie avant de tenter les moyens de rapprochement. Le moindre inconvénient de cette pratique est d'occasionner une perte de substance, et par suite une cicatrice plus étendue. Ne pourrait-on remédier encore à cette grave nécessité en appliquant sur des points isolés le procédé ci-dessus?

Quant à la suture en faufil, et qui s'explique assez par son nom pour qu'il ne soit pas nécessaire de la décrire, c'est pour remédier à la division des tendons que la propose M. Bertherand, et elle paraît avoir réussi dans un assez bon nombre de cas.

Disons, en terminant, qu'on lit dans le n° 4 des *Annales médicales de la Flandre occidentale*, pages 345 à 350, que les aiguilles de M. Bertherand font partie de la trousse de campagne présentée à l'Académie de médecine de Bruxelles par le docteur Dechange, trousse dont l'Université de Gand vient de faire l'acquisition pour son cabinet, et au sujet de laquelle la Société de médecine de la même ville a récemment formulé la plus complète approbation.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 avril 1856. — Présidence de M. BUSSY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet à l'Académie :

1° Le rapport final de M. le docteur Barréra, de Prados (Pyrénées-Orientales), sur une épidémie d'affections typhiques qui a régné dans la commune d'Estohuer en 1855 et 1856;

2° Un rapport de M. le docteur Leblanc Bellevaux (de Nevers), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1855 dans la commune de Guérigny;

3° Un rapport de M. le docteur Mathieu (de Cosne), sur une épidémie d'angine gangréneuse qui a régné dans la commune de Durupierre-sur-Nièvre;

4° Le compte rendu des épidémies du département de la Dordogne en 1855. (Commission des épidémies.)

5° Les rapports de MM. Jardon et Boullangé, médecins inspecteurs des bains de mer de Boulogne et de Calais, sur le service médical de ces établissements pendant l'année 1855;

6° Le rapport de M. le docteur Chapelain, médecin des eaux minérales de Luxeuil, sur le service médical de cet établissement pour l'année 1854. (Commission des eaux minérales.)

7° Plusieurs recettes de remèdes secrets. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le professeur Trousseau informe l'Académie qu'il se porte candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

— M. le docteur Sestier prie l'Académie de l'inscrire sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

— M. le docteur de Lignerolles sollicite le titre de membre correspondant, et adresse à l'appui de sa demande la liste de ses travaux. (Future commission des correspondances.)

— M. Giuseppe di Martino (de Naples) adresse une note sur une opération qu'il désigne sous le nom de *otomiosia* ou rapetissement de l'oreille. (Commissaires : MM. Malgaigne et Laugier.)

— M. le docteur B. Voisin, médecin au Mans, envoie un mémoire intitulé *Vingt années de pratique vaccinale*. (Commission de vaccine.)

— M. le docteur Hamon (de Fresnay-sur-Sarthe) envoie un paquet cacheté sur la généralisation de la médication alcaline.

— M. Jaurand, pharmacien à Vichy, adresse un paquet cacheté contenant la description d'un procédé pour la séparation des sels déliquescents qui sont contenus dans les résidus des eaux minérales de France.

Le dépôt de ces deux paquets cachetés est accepté.

RAPPORT.

Appareils électriques médicaux. — M. BOUVIER reprend et termine la lecture de son rapport sur plusieurs appareils électriques médicaux soumis à l'examen de l'Académie.

Nos lecteurs se rappellent qu'il s'agit dans ce rapport :

1° Des appareils électriques de MM. Beckelsteiner, Legendre et Morin et E. Bernard;

2° D'une note relative aux propriétés différentielles des courants d'induction de premier et de deuxième ordre, par M. le docteur Duchenne (de Boulogne);

3° D'un nouveau traitement de l'adénite cervicale au moyen de l'électricité localisée, par M. le docteur Boulu;

4° Enfin d'une ceinture électrique et une mixture galvanique de MM. Breton frères.

Après une description détaillée de chacun de ces appareils, et de longs développements sur quelques-unes des applications médicales auxquelles ils sont destinés, M. le rapporteur résume en ces termes le jugement de la commission :

Comme conséquence de toutes les considérations qui sont développées dans ce rapport, la commission propose les conclusions suivantes :

1° Répondre à M. le ministre que l'appareil galvano-thermo-électrique de M. Beckelsteiner ne répond nullement à son titre, et ne possède point les propriétés qui lui sont attribuées par son auteur.

2° Remercier M. Eric Bernard de sa communication ainsi que de l'envoi de son appareil électrique, appareil il est vrai semblable à beaucoup d'autres, mais portatif, facile à manier, peu coûteux, et susceptible de rendre des services dans des cas déterminés, bien qu'il ne puisse soutenir la comparaison avec d'autres appareils plus volumineux et plus compliqués, et qu'il partage d'ailleurs avec les autres appareils volta-faradiques les inconvénients attachés à l'emploi des piles.

3° Répondre à M. le ministre que l'appareil galvano-électrique de MM. Legendre et Morin, sans constituer une invention absolument neuve, si ce n'est dans quelques détails d'une importance secondaire, est néanmoins d'une exécution remarquable, et qu'il a surtout le mérite de réunir sous un très-petit volume des modes variés d'administrer l'électricité d'induction, et que, sauf les perfectionnements que laisse encore à désirer l'usage de la pile, cet appareil peut généralement suffire aux besoins les plus habituels de l'électrisation thérapeutique.

4° Adresser des remercîments à MM. les docteurs Duchenne (de

Boulogne) et Boulu pour les nouvelles observations qu'ils ont communiquées à l'Académie : le premier sur les propriétés différentielles des courants d'induction du premier et du deuxième ordre ; le second sur l'application de l'électricité au traitement de l'adénite cervicale.

5° Remercier MM. Breton frères de leur communication, en les engageant à assurer par de nouveaux perfectionnements l'utilité de leur ceinture et de leur mixture galvaniques.

M. Larrey pense qu'il serait prématuré de voter les conclusions du rapporteur sur le plus ou moins de mérite de ces divers appareils avant de savoir s'il y a opportunité et jusqu'à quel point il peut être utile de s'en servir pour les usages médicaux. Chacun de ces appareils a la prétention de s'appliquer à une foule de cas; mais n'y aurait-il pas lieu d'examiner préalablement la question générale de l'utilité de l'électricité en médecine, sauf à examiner ensuite en particulier la valeur respective de tels ou tels appareils et les faits relatifs à telle ou telle application spéciale ? Je déclare que, pour ma part, je m'offrirais volontiers à expérimenter l'application proposée par M. Boulu pour le traitement des ganglionnites cervicales, qui sont si communes dans l'armée. Si l'expérience en démontrait l'efficacité, je crois que ce serait là un véritable service rendu à l'art et particulièrement à la médecine militaire.

Je me résume en disant que le vote des conclusions serait prématuré et en exprimant le désir que l'Académie mette à son ordre du jour la discussion de la question générale de l'application des appareils électriques à la médecine.

M. Londe appuie la proposition de M. Larrey et demande qu'on la prenne en considération. Il pense qu'il y aurait lieu à renvoyer l'examen de cette question à une commission composée de médecins et de chirurgiens des hôpitaux.

M. le Président explique à l'Académie la position de M. le rapporteur, qui, d'une part, était obligé de répondre au nom de l'Académie aux questions adressées par le ministre sur les appareils en question, et qui, d'autre part, n'avait point mission d'examiner la question dans sa généralité. Il n'y avait pas lieu par conséquent à faire pour le moment ce que l'on propose.

M. Moreau propose de procéder au vote séparé des conclusions. L'Académie discutera à l'occasion de chaque conclusion si elle le désire. (Appuyé.)

M. le rapporteur lit la première conclusion, qui est mise aux voix et adoptée sans discussion.

La deuxième et la troisième conclusion sont également adoptées sans discussion.

La quatrième conclusion est scindée en deux parties. La première est adoptée.

La deuxième partie, sur laquelle portaient principalement les observations de M. Larrey, est mise en délibération.

M. Larrey est d'avis qu'il faudrait réserver jusqu'à plus ample informé cette conclusion, en ce qui concerne l'application de l'électricité au traitement de la ganglionnite cervicale.

M. Bouvier. La commission n'a nullement eu la prétention de résoudre la question; elle a eu simplement pour mission de faire connaître l'application proposée et les essais tentés dans ce but par M. Boulu; elle l'a fait. On ne peut pas maintenant venir annuler ce qu'elle a fait. L'appréciation de la commission n'engage d'ailleurs en rien l'Académie; elle se borne à dire que les faits énoncés par M. Boulu lui paraissaient encourageants, mais qu'il fallait de nouveaux essais pour se prononcer définitivement sur la valeur de ce moyen; on ne pouvait être plus réservé.

M. Larrey adhère à cette conclusion du moment où M. le rapporteur exprime lui-même le vœu que d'autres expériences soient faites.

La conclusion est mise aux voix et adoptée.

Cinquième conclusion.

M. Velpeau. Jusqu'ici il s'est agi dans les conclusions qui viennent d'être votées de médecins qui ont ou perfectionné des appareils ou fait des applications nouvelles de l'électricité ; il n'y a là que sujet à encouragement. Mais, quand il s'agit de personnes étrangères à la médecine, je crois qu'il y aurait quelque danger à en agir de la même façon. M. Velpeau entre ici dans quelques développements sur les inconvénients qu'il peut y avoir à encourager des fabricants qui imaginent des appareils destinés à des usages médicaux sans savoir en quoi et comment ils pourront être utiles, et sur les abus qui pourraient être faits de ces encouragements. Il craint que ces appareils ne soient de véritables *machines à charlatanisme*, et il voudrait en conséquence qu'on apportât beaucoup de réserve dans ces sortes de jugements.

M. Bouvier est disposé à admettre toutes les réserves que l'Académie jugera prudent de faire; mais il est avis cependant qu'il ne faudrait pas décourager les fabricants qui s'efforcent de faciliter les applications de l'électricité à la thérapeutique et de perfectionner les appareils en usage.

M. Velpeau. Je crois qu'on satisferait à toutes les exigences en ajoutant dans cette conclusion au mot utilité les mots : « encore douteuse. »

M. Bouvier accepte cette addition.

Le deuxième membre de la cinquième conclusion ainsi modifié est adopté.

M. Bégin craint que l'addition de ces mots : utilité encore douteuse, paraisse s'appliquer à tous les appareils dont il est question dans le rapport, ce qui ne rentrerait pas dans l'esprit qui l'a dicté. Il voudrait que par une conclusion finale, qui s'appliquerait également à toutes les parties du rapport, on ajoutât que des observations nouvelles sont encore nécessaires pour apprécier la valeur de l'électricité en elle-même et en particulier celle de chacun des appareils en question. Quant à la rédaction de la conclusion, il s'en rapporte à M. le rapporteur, pourvu qu'il en reproduise le sens.

M. Lagneau appuie la proposition de M. Bégin et parle dans le même sens.

M. Gaultier de Claubry. Il y a deux choses parfaitement distinctes et qu'il importe de séparer. Il y a, d'une part, des appareils perfectionnés ou modifiés pour être mis à la disposition des médecins, et, d'autre part, les applications de ces appareils aux divers usages que les médecins jugeront utiles. Pour ce qui concerne les appareils en eux-mêmes, la commission n'a rien à changer ni à modifier dans ce qu'elle en a dit. La conclusion de M. Bégin ne pourrait donc s'adapter qu'aux applications. Dans ce sens, comme membre de la commission, je l'adopte pleinement.

M. le Président. M. le rapporteur consent à l'addition proposée par M. Bégin et appuyée par MM. Lagneau et Gaultier de Claubry.

M. Bouvier propose de rédiger en ces termes la conclusion finale :

« En terminant, la commission ajoute comme remarque générale applicable à l'ensemble de ce rapport, que, quelles que soient les appréciations particulières qu'il contient, la science et la pratique réclament encore des observations précises, nécessaires pour fixer à leur juste valeur le degré d'importance thérapeutique, tant de l'électricité en général que des appareils quelconques destinés à en effectuer et à en diversifier l'application. »

Cette dernière conclusion est mise aux voix et adoptée.

LECTURE.

Eaux minérales. — M. Durand-Fardel lit un travail intitulé *Plan d'un cours sur les eaux minérales envisagées au point de vue de la thérapeutique.* Ce travail, qui n'est point susceptible d'analyse, reproduit en grande partie les idées contenues dans le travail du même auteur que nous avons récemment publié.

PRÉSENTATION.

Autoplasties. — M. Jobert (de Lamballe) présente à l'Académie trois sujets auxquels il a récemment pratiqué diverses opérations autoplastiques. L'un de ces sujets est le blessé de l'armée de Crimée, auquel il a restauré le nez et la lèvre supérieure en partie détruits par un coup de feu, et dont nous avons publié l'observation. Les deux autres sont les deux jeunes femmes dont nous avons également entretenu nos lecteurs dans notre dernière *Revue clinique*, et chez lesquelles il a pratiqué des opérations destinées à restaurer chez l'une la partie externe des paupières, et chez l'autre la sous-cloison du nez.

M. Jobert met en même temps sous les yeux de l'Académie des dessins qui reproduisent l'état de ces trois sujets avant et après l'opération.

— La séance est levée à cinq heures.

VIDAL (de Cassis).

Nous nous proposions d'exposer dans une courte notice biographique la carrière du chirurgien distingué que nous venons de perdre, et d'apprécier les œuvres importantes qu'il nous a léguées. Cette tâche nous a paru avoir été si bien remplie, et avec une autorité que nos paroles auraient été si loin de posséder, par le discours que M. Velpeau a prononcé sur la tombe de M. Vidal, que nous avons dû décliner cet honneur, trop heureux de nous effacer pour laisser la parole à notre maître.

Voici le discours de M. Velpeau :

Que l'homme utile s'incline et tombe, une fois sa mission remplie, après avoir épuisé ou parcouru les phases diverses de sa mission humanitaire ou scientifique, chacun peut le regretter sans doute, mais personne n'a le droit de s'en plaindre, de s'en étonner, du moins ; l'ordre naturel le veut ainsi, et la raison s'y résigne.

Les souffrances de l'esprit, les tristesses de l'âme, les douleurs du cœur, les pénibles réflexions, tout est légitime, au contraire, quand celui qui disparaît au milieu de sa course, a encore devant lui une longue suite de bienfaits à répandre. Vidal peut servir ici d'exemple; Vidal, comme autrefois Béclard, comme Sanson, et Bérard ; depuis, comme Requin, comme l'infortuné Valleix et tant d'autres. Il semble, en vérité, que la mort en courroux ait sans cesse l'œil fixé sur les meilleurs d'entre nous, comme pour se venger des victimes qu'ils apprennent à lui ravir.

Nul n'a travaillé pour la science plus fructueusement que Vidal. Son *Traité de pathologie externe* est un monument durable, qui honorera longtemps la chirurgie française, et que le grand ouvrage de Boyer n'a point empêché de se répandre et d'arriver promptement à sa quatrième édition.

Le volume qu'il a publié sur la syphilis suffirait seul à la réputation d'un savant ordinaire. Les procédés qu'il a imaginés pour le varicocèle, pour la taille, pour les hernies, pour la réunion des plaies, une foule de modifications apportées par lui à la médecine opératoire, à la thérapeutique, au diagnostic, à la pathologie tout entière resteront dans la pratique et transmettront son nom aux générations futures. Et cependant il nous quitte sans avoir été heureux ! Honneurs, fortune, santé, bonheur, rien de ce qui méritent, qu'ambitionnent les hommes civilisés et de labeur ne lui était encore arrivé ! Sa forte constitution ne l'a point préservé d'une affection qui, quoique locale d'abord, a fait le tourment de sa vie en brisant sa carrière il y a près de vingt ans. Toujours souffrant à partir de là, il dut en effet restreindre le cercle de ses travaux, abandonner la voie de l'enseignement et négliger souvent aussi le soin de sa fortune, de son élévation dans la hiérarchie sociale, de ses relations dans le monde.

Réduit ainsi aux ressources, aux joies de la vie de famille, il eut bientôt en outre les entrailles déchirées et le cœur opprimé par ce qu'il y a de plus affreux, de plus accablant pour un père : par la perte de son fils aîné, que nous voyons là au fond de cette tombe béante ! Pour combler la mesure, la santé d'un autre être qui lui est également cher est venue récemment l'inquiéter à son tour et lui ébranler la vie en ravivant toutes les souffrances mal éteintes de son organisme toujours chancelant.

M. Vidal n'a donc jamais goûté le bonheur ! Personne pourtant n'en eût été plus digne ! Peu d'hommes ont rendu plus de services à leurs semblables : sa causticité naturelle ne l'empêchait point d'être serviable et dévoué. La vivacité de son esprit, sa gaieté saccadée, donnaient à sa conversation un charme tout particulier. Au fond, sa bonté était extrême, et nul n'était plus enclin que lui au pardon des offenses.

A moi, qui depuis trente ans ne l'ai point perdu de vue, qui ai toujours été heureux de son amitié, qu'il a souvent pris pour confident de ses pensées intimes, il pardonnera à ce moment de cruel adieu d'ajouter, pour nous consoler tous, que le monde qui vient de nous le ravir sera plus généreux envers lui que celui qu'il quitte avant l'heure, et que Dieu lui fera oublier dans le ciel ce qu'il a souffert sur la terre.

TIRAGE DU JOURNAL LA PRESSE.

Date de la fondation : 1er juillet 1836.

1836.	9,931.	Après six mois de fondation.	1846.	25,770.	
1837.	13,200.		1847.	32,300.	Opposition au ministère Guizot.
1838.	9,300.	Lutte contre la coalition Thiers, Guizot, Berryer, Ledru-Rollin	1848.	63,869.	Révolution de février.
1839.	9,550.		1849.	34,779.	
1840.	13,485.		1850.	21,479.	
1841.	13,485.		1851.	21,236.	
1842.	15,170.		1852.	18,837.	
1843.	16,092.		1853.	22,782.	
1844.	16,895.		1854.	34,770.	Tirage en 2 heures, 5 compositions.
1845.	22,971.	Agrandissement de format sans augmentation de prix.	1855.	42,646.	

Tirage de 1854.	34,775
— 1855.	42,646
Augmentation.	7,871

La *Presse* est le journal français qui tire le plus grand nombre d'exemplaires ;

Il a tiré dans l'année 1855, qui vient de finir :

Quinze millions trois cent cinquante-deux mille quatre cent quatre-vingt-dix-huit feuilles (15,352,498 feuilles),

Et payé au trésor public, pour droit de timbre :

Un million deux cent vingt-six mille huit cent cinq fr. (1,226,805 fr.)

En 1854, il avait tiré *douze millions* quatre cent quarante-neuf mille cinq cent soixante-huit feuilles (12,449,568 feuilles), et avait payé au trésor public, pour droit de timbre, la somme de neuf cent quatre-vingt-seize mille sept cent soixante-quatorze francs (996,774 fr.)

Son tirage s'exécute au moyen de *cinq compositions* qui roulent simultanément sous cinq presses à quatre cylindres, exécutées par M. Hippolyte Marinoni.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

On lit dans le *Moniteur :*

Le général Espinasse à l'Empereur.

Constantinople, le 21 avril 1856.

J'ai visité la moitié de nos hôpitaux de Constantinople ; il n'y en a pas de mieux tenus en France. J'ai questionné plusieurs centaines de malades, ils se louent tous des bons traitements qu'ils reçoivent. Le commandement est dans des mains fermes et intelligentes. Tout marche à souhait. La maladie décline rapidement. L'administration est en mesure de recevoir tout ce qui reste de malades en Crimée.

— Toutes les dépêches reçues de l'armée d'Orient s'accordent à signaler une très-grande amélioration dans la situation sanitaire, et l'on peut espérer que l'épidémie qui a sévi pendant ce long hiver sur nos troupes en Crimée et dans nos hôpitaux de Constantinople, va bientôt disparaître entièrement.

Malgré ces rassurantes nouvelles, le gouvernement a dû prendre des mesures de précaution pour éviter que la rentrée en France de nos soldats ne fût pour les populations une cause d'appréhension. A cet effet, des camps ont été établis non loin d'Hyères, dans des localités parfaitement isolées, telles que les îles de Porquerolles, de Sainte-Marguerite et Cavallaire. Les troupes feront dans ces camps un séjour plus ou moins prolongé, et n'entreront en France que lorsque l'on sera bien assuré qu'elles ne portent avec elles aucun germe de maladie. Les hommes qui tomberaient malades seront reçus dans les vastes établissements hospitaliers aux îles du Frioul, en rade de Marseille, dans les enclos du lazaret de Toulon et dans le bel hôpital de la marine impérial, à Saint-Mandrier. Nous savons que ces mesures, prises dans l'intérêt de la santé publique, ont été accueillies avec reconnaissance par les populations des Bouches-du-Rhône et du Var, où l'on avait conçu des craintes tout à fait exagérées.

Les camps de Porquerolles et de Cavallaire ont déjà reçu un grand commencement d'installation. La division de Failly, qui est attendue d'un moment à l'autre, venant d'Eupatoria, doit débarquer à Porquerolles; tout y est prêt pour la recevoir.

Des arrivages d'Orient auront lieu aussi, mais sur une bien plus petite échelle, à Cette et à Port-Vendres. Sur ces deux points on s'est également mis en mesure de pouvoir satisfaire à toutes les éventualités.

— Malgré les assertions d'un journal qui affirme qu'il n'y a pas eu de projet, *au sens administratif*, de créer des professeurs suppléants à la Faculté de médecine, les agrégés ont poursuivi leurs réclamations et doivent remettre aujourd'hui même à ladite Faculté un mémoire relatif à cette question.

Il semblerait d'après cette persistance qu'ils continuent à croire que M. le doyen aurait, comme on l'a dit, formellement proposé une suppléance à un confrère qui serait en position d'être nommé à la chaire vacante par suite du décès de M. Gerdy. Est-il croyable cependant qu'on ait offert ce que l'on n'avait pas, et qu'on ait promis ce qu'on ne pouvait tenir?

— L'Académie des sciences a procédé, dans sa dernière séance, à la nomination d'un membre correspondant dans la section de chimie, en remplacement de M. Braconnot, décédé. La section avait présenté les candidats dans l'ordre suivant : au premier rang, M. Gerhardt; au deuxième, M. Pasteur; au troisième, *ex æquo*, MM. Bineau et Desaignes. M. Gerhardt l'a emporté sur ses concurrents. Au premier tour de scrutin il a réuni 42 suffrages sur 51 votants.

— Une lettre de l'armée d'Orient nous annonce encore la mort de deux de nos confrères, MM. Fournier et Perrin, médecins aide-majors, qui viennent de succomber au typhus.

— Le corps médical de Lyon vient aussi de faire deux nouvelles pertes : M. le docteur Jules Castellan, à l'âge de cinquante-six ans, et M. Bouchard-Jambon, mort à l'âge de soixante-douze ans.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 50. — SAMEDI 26 AVRIL 1856. (29e ANNÉE.) N° 50. — SAMEDI 26 AVRIL 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Amaurose congestive guérie par le séton. — Récidive avec symptômes de congestion cérébrale. Application d'un nouveau séton. Guérison.

La discussion sur l'action des exutoires, et du séton en particulier, est trop présente à l'esprit de nos lecteurs pour que nous ayons besoin de rappeler les points en contestation de cette importante question de thérapeutique. Cette discussion n'ayant eu d'autre résultat que de faire naître le doute dans les esprits sur l'efficacité d'une médication autrefois acceptée de confiance et sans contrôle, c'est aux faits seuls qu'il appartient désormais de fixer l'opinion à cet égard. Nous pensons donc qu'on lira avec intérêt l'observation suivante, recueillie par M. le docteur Rombeau, dans le service de M. Hillaire, à l'hospice des Incurables.

J..., ex-fabricant de bas, est un homme de soixante-quatre ans, vigoureux et doué d'une bonne constitution.

A raison de sa profession, il s'est trouvé, dit-il, depuis l'âge de six ans, dans l'obligation de travailler des journées entières dans des chambres à une température assez élevée. Il a subi, à une époque qu'il ne peut au juste préciser, l'amputation partielle du pied gauche, pour une lésion traumatique. Enfin, il ajoute qu'il s'est fréquemment livré à des excès de vin et de femmes, qu'il n'a cessés que depuis quatre ans.

En 1849, il eut des étourdissements fréquents, une céphalalgie sus-orbitaire presque continuelle, une constipation opiniâtre. A dater de cette époque sa vue s'affaiblit graduellement, au point qu'en 1851 il percevait à peine la lumière de l'œil gauche. Malgré l'emploi réitéré des saignées et des vésicatoires, la vue continua à s'affaiblir de plus en plus, jusqu'en juin 1854, époque à laquelle il fut admis aux Incurables. Il voyait à peine pour se conduire.

Le 15 décembre 1854, J... entre à l'infirmerie. Il accuse une céphalalgie des plus intenses, des étourdissements plus marqués et plus fréquents, des vomissements (saignées, purgatifs, vésicatoires volants). Ces derniers symptômes s'amendent notablement sous l'influence de ces moyens; mais l'état de la vue n'est nullement modifié.

Le 26 décembre, on applique un séton à la nuque. Trois jours après se développe au pourtour de la plaie un érysipèle qui envahit successivement la tête, le cou, le tronc, les membres supérieurs. Pendant la durée même de cette nouvelle complication, le malade constate qu'il distingue la lumière de la fenêtre voisine, et bientôt il compte même avec l'œil gauche le nombre des vitres. On entretient la suppuration du séton, et l'on prescrit quelques purgatifs et des pédiluves sinapisés.

L'état général s'améliore de jour en jour, et le 16 février 1855 le malade sort de l'infirmerie dans un état très-satisfaisant, et pouvant distinguer les minutes au cadran de l'horloge de l'hospice.

Le séton est conservé près de deux mois et demi.

Depuis lors, J..., qui observe un régime convenable, jouit d'une bonne santé. Toutefois, pendant les grandes chaleurs, il éprouve un peu de céphalalgie, parfois même des étourdissements.

Le 13 novembre, il rentre de nouveau à l'infirmerie; cette fois il peut à peine imprimer quelques mouvements au bras et à la jambe du côté droit, qui sont le siége d'une sorte d'engourdissement et de fourmillements. Cette semi-paralysie n'a pas été précédée de perte de connaissance.

Sous l'influence d'une saignée de 350 grammes, il se manifeste une certaine amélioration.

Le 14, application de quinze sangsues aux oreilles et administration de jalap, de calomel à l'intérieur, qui donnent lieu à des selles abondantes.

Le 16, l'amélioration de l'état général est notable, les douleurs de tête disparaissent; la marche toutefois est impossible.

Le 22, jour où une nouvelle application est faite d'un séton à la nuque, voici l'état que présente le malade :

L'intelligence est nette, la sensibilité générale est intacte; la motilité est plus faible du côté droit, surtout pour le membre inférieur, qui ne peut plus soutenir le poids du malade. De la main gauche, le malade serre assez fortement; de la droite, il presse moins vigoureusement.

Aucun trouble à noter dans la sécrétion urinaire ou fécale. La vue est de nouveau un peu affaiblie, mais avec cette particularité remarquable que, tandis qu'autrefois l'affaiblissement de la vue était beaucoup plus prononcé dans l'œil gauche, il est à peu près égal aujourd'hui dans les deux yeux. La parole est toujours un peu embarrassée; les fourmillements de la main ont diminué.

Le 25, le séton est pansé régulièrement.

Du 20 au 28, rien de bien notable. Le malade trouve cependant que son bras prend un peu de force; il commence à s'en servir pour manger. La jambe ne peut encore servir à la station.

Le 4 décembre, douleur assez vive dans la jambe et dans le pied. L'appétit revient; les fonctions se font assez régulièrement.

Le 7, le malade commence à pouvoir se servir de sa jambe et de son bras, la jambe est seulement encore un peu paresseuse et lente.

Du 8 au 15, le malade se lève; il marche avec un peu d'aide, mais il ne peut encore se soutenir seul. La douleur a totalement disparu dans le membre paralysé.

Du 16 au 20, il commence à pouvoir se tenir seul.

Le 19, il peut faire quelques pas sans autre soutien que des béquilles.

Du 20 au 30, l'amélioration continue graduellement; le malade peut faire plusieurs fois par jour le tour de la salle, se déshabiller et se coucher seul.

Depuis sa sortie, 4 février 1856, J... marche en se soutenant sur des béquilles. Il traîne encore un peu la jambe droite, mais les mouvements du bras sont complétement rétablis, et la vision est parfaitement distincte; il reconnaît les petits objets, même de l'œil gauche.

En présence de ce fait, il nous paraît difficile de contester l'influence du séton, d'abord sur la disparition de la première amaurose, qui, après avoir longtemps résisté aux saignées et aux vésicatoires, n'a commencé à être avantageusement modifiée qu'à dater de l'application de cet exutoire; en second lieu, sur l'ensemble des phénomènes cérébraux congestifs auxquels était liée la seconde attaque d'amaurose, et à la guérison desquels le deuxième exutoire a certainement concouru aussi avec l'ensemble des autres moyens qui ont été simultanément mis en usage.

Emploi du perchlorure de fer dans le traitement de certaines kératites rebelles, et en particulier de la kératite panniforme.

Peu de temps après que le perchlorure de fer eut fait son entrée dans la thérapeutique chirurgicale à titre d'agent coagulant du sang dans les vaisseaux artériels, l'idée d'utiliser les propriétés si éminemment astringentes de cette substance dut naturellement se présenter à l'esprit de plusieurs praticiens. On en a proposé, en effet, plusieurs applications diverses que nous avons déjà, pour la plupart du moins, fait connaître à nos lecteurs. Il en est une dans le nombre dont nous avons suivi il y a dix-huit mois environ les premiers essais, et dont il nous reste aujourd'hui à exposer les résultats; nous voulons parler de l'emploi topique du perchlorure de fer dans le traitement de la kératite vasculaire, dite kératite panniforme. C'est à M. Follin qu'appartient l'idée de cette application. En septembre 1854, il en a fait en notre présence le premier essai sur deux malades du service de M. P. Boyer, qu'il remplaçait alors à l'Hôtel-Dieu; un peu plus tard, il eut l'occasion de les répéter dans le même hôpital, dans le service de M. Jobert. Nous l'avons vu mettre en pratique depuis, d'après ses indications, par M. Broca à la Clinique, et par M. Gosselin à l'hôpital Cochin.

Si nous n'avons pas parlé plus tôt de ces faits, c'est qu'il nous a paru préférable d'attendre que les résultats fussent bien établis et confirmés par une expérience suffisamment prolongée. Tel était aussi le désir de M. Follin, désir trop légitime et trop loyal pour que nous n'ayons pas dû y obtempérer. Après mûre expérimentation, M. Follin vient de faire connaître lui-même, dans un article des *Archives générales de médecine*, les résultats qu'il a obtenus et ceux qui lui ont été communiqués par MM. Broca et Gosselin et par un médecin distingué de Messine, M. le docteur Crisafulli, qui, à son exemple, a eu recours au même moyen. Nous ne saurions mieux faire, pour exposer à nos lecteurs l'état où en est aujourd'hui ce point d'expérimentation thérapeutique, que d'emprunter au travail de notre confrère le résumé de ces observations et l'appréciation générale du mode de traitement qui en est l'objet.

Un mot d'abord sur le mode d'application du perchlorure de fer dans le cas dont il s'agit et sur ses effets immédiats :

La solution de perchlorure de fer dont M. Follin s'est servi a été faite suivant les indications de M. Burin du Buisson. Après s'être servi tour à tour des liqueurs à 30°, à 20°, à 15° de l'aréomètre

---

BIBLIOGRAPHIE.

Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique; par M. le docteur MIALHE, pharmacien, agrégé de la Faculté de médecine (1).

Tandis que les chimistes purs ne veulent voir dans l'homme qu'un véritable laboratoire, dans l'ensemble de ses organes qu'une réunion de cornues, d'alambics, d'éprouvettes et de verres à patte, dans chacune de ses fonctions que le résultat d'une cohésion ou d'une affinité; tandis que les physiciens, l'électroscope, l'hygromètre, le thermomètre, le dynamomètre à la main, voudraient l'assimiler à une bouteille de Leyde ou à une machine à vapeur; les anatomistes et les physiologistes exclusifs tout au contraire, usant au Nord du scalpel, du microscope et du bistouri, abusant au Midi du principe vital et de ses forces, rejettent en bloc et sans examen les analogies tirées de l'observation des phénomènes qui se produisent dans le règne inorganique.

Eh bien, à notre avis, chimistes, physiciens et physiologistes ont tort. Pourquoi s'obstiner dans une seule et même direction, ne pas chercher à tirer de chaque science, de chaque méthode d'observation ce que chacune d'elles est capable de donner, ne pas convenir que dans la digestion, par exemple, dans la calorification, etc., des phénomènes se passent semblables à ceux que détermine le chimiste sur son fourneau, le physicien avec sa pile électrique; mais que la nature vient à son tour, à l'aide de procédés que nous ne comprenons pas toujours, modifier ces phénomènes, et que le mot de *chimie vivante* n'est pas une expression sans portée?

Ceux-là seuls, croyons-nous, pourront faire prévaloir ces idées qui réuniront à un degré, sinon tout à fait égal, du moins presque aussi élevé, les connaissances propres à chacune des diverses branches de la science médicale. Sous ce rapport, l'auteur du livre dont nous voulons parler aujourd'hui réunissait toutes les conditions requises; docteur en médecine, agrégé de la Faculté, par conséquent ayant passé par les études anatomiques, cette base de la médecine moderne, possédant les notions physiologiques exigées de ceux qui se destinent à l'art de guérir, M. Mialhe joint à cette instruction médicale nécessaire les connaissances les plus complètes, tout le monde le sait, en physique, en chimie et en histoire naturelle.

Aussi, dès les premières pages des *Considérations générales* placées en tête de son nouveau volume, avons-nous avec bonheur reconnu la tendance à laquelle nous voudrions voir se rallier tous ceux qui écrivent ou qui professent; et, pour ne prendre, comme preuve de ce que nous avançons, qu'un exemple au hasard dans son introduction, nous citerons cette phrase, qui nous tombe sous les yeux au moment où nous écrivons ces lignes : « Les réactions chimiques, dit M. Mialhe, ne s'accomplissent pas d'une manière aussi simple et aussi précise au sein des êtres organisés que dans les expériences du laboratoire. Le corps humain n'est pas un vase inerte sans action sur les phénomènes qui se passent dans son intérieur; c'est, au contraire, une organisation très-complexe, très-mobile, dont toutes les conditions, tous les éléments doivent être étudiés, connus, réunis pour permettre d'apprécier convenablement leur influence sur chacune des combinaisons nouvelles qui peuvent s'effectuer; autrement il est impossible de déduire une conséquence, une vérité. »

Et, avant d'en finir avec ces considérations générales, qui ne sont que l'entrée en matière de son *Traité de chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique*, disons que M. Mialhe a voulu, lui aussi, après tant d'autres, donner sa définition de la *vie*, qui ne nous semble pas être une des plus mauvaises : « La vie est la lutte continuelle et prolongée des lois de la nature individuelle contre celles de la nature universelle. Le degré de vie est proportionnel à la supériorité des premières sur les secondes. »

L'air atmosphérique et les aliments, c'est-à-dire l'oxygénation et la nutrition, représentent les deux conditions fondamentales de l'existence des êtres organisés. Aussi est-ce par l'étude des phénomènes d'*oxydation* et de *nutrition* que commence la série des recherches de M. Mialhe. Pour la première, elle se résume ainsi : l'oxygène est dans l'organisme l'agent des réactions chimiques les plus remarquables et la source des principaux phénomènes vitaux; c'est en attaquant inces-

(1) Un vol. in-8° de 700 pages. — Victor Masson.

de Baumé, il s'en est tenu le plus souvent à la solution neutre de 30°. Il en instille tous les deux ou trois jours une large goutte à l'aide d'un tuyau de plume. A cause de la constriction des paupières qui suit l'introduction de ce collyre dans l'œil, il recommande de prendre des précautions pour introduire du premier coup une quantité suffisante de liquide. La goutte de perchlorure s'étale rapidement à la surface de l'œil, qui se colore d'une teinte jaune assez vive. Ce contact du collyre ferrique avec la muqueuse oculo-palpébrale est promptement suivi d'une assez vive douleur, ou plutôt d'une sensation de constriction énergique. Cette constriction douloureuse dure un quart d'heure environ. Ce temps écoulé, elle diminue peu à peu. Durant quelques heures encore, le malade ressent dans l'œil une chaleur assez vive, qui s'éteint complétement à la fin du jour. En même temps, la rougeur de l'œil devient plus vive, l'instillation du perchlorure de fer a amené dans l'organe une phlogose momentanée.

Dans quelques cas, on constate dès le lendemain une gêne moins marquée dans l'œil; mais, le plus souvent, il n'y a aucun changement dans l'état anatomique des parties; quelquefois même on constate une légère excitation de la phlegmasie. Il faut ce jour-là, suivant l'avis de M. Follin, s'abstenir de toute application nouvelle du perchlorure et se borner à des applications froides et légèrement astringentes sur l'œil, avec la décoction de ratanhia, par exemple, qui est assez facilement supportée dans ce cas.

Il convient le plus souvent de ne faire une nouvelle application de perchlorure qu'au bout de deux, trois ou quatre jours. On se guide à cet égard sur la diminution ou la cessation des phénomènes aigus que ramène l'application du collyre ferrique. M. Follin a vu quelques malades qui, dès le lendemain d'une instillation, ne ressentaient plus les effets du puissant modificateur. Mais, chez la plupart, l'action s'est continuée encore pendant deux autres jours. Il n'y a point à cet égard de règles précises. C'est en général au bout de deux ou trois instillations qu'on commence à constater une certaine amélioration.

L'instillation du perchlorure de fer à 30° n'a jamais été suivie d'accidents. Quand ce collyre n'a pu être supporté, il n'a pas néanmoins aggravé l'état morbide de l'œil.

Voici maintenant le résumé sommaire des observations:

Le premier malade sur lequel M. Follin a essayé le perchlorure de fer était un jeune homme de dix-huit ans atteint d'une kératite vasculaire chronique de l'œil droit, dont il souffrait depuis deux mois. L'œil était rouge dans sa portion conjonctivale, et des faisceaux vasculaires assez épais s'étendaient jusque sur la cornée, qu'ils recouvraient dans sa moitié externe surtout; la cornée n'était le siége d'aucune autre altération.

Des collyres au nitrate d'argent et au sulfate de zinc n'avaient eu aucun résultat satisfaisant. L'excision des faisceaux vasculaires fut suivie elle-même, quatre ou cinq jours après la cicatrisation de la plaie, de la réapparition de nouveaux vaisseaux. Le malade était donc à peu près dans le même état qu'à son entrée à l'hôpital lorsqu'il fut soumis à l'usage du perchlorure de fer.

Au bout de deux instillations de perchlorure à 30°, faites à deux jours d'intervalle, on put déjà constater une notable amélioration, et au bout de neuf instillations la guérison fut complète. Le malade ayant été revu six mois après, on put s'assurer que la guérison s'était maintenue.

Le second malade était également atteint d'une kératite panniforme, mais d'origine assez récente. Peu de jours d'instillation de perchlorure suffirent pour obtenir la disparition complète des vaisseaux et la guérison de la kératite.

Des deux malades traitées dans le service de M. Jobert, l'une, âgée de seize ans, avait une ophthalmie double. L'œil gauche était le siége d'une vive rougeur dans les deux portions oculaire et palpébrale de la conjonctive; les vaisseaux de cette membrane se continuaient sur la cornée, où ils formaient de petits pinceaux rougeâtres se terminant sur le pourtour d'une tache très-apparente, un peu en dedans de la pupille. Les mêmes dispositions existaient à l'œil droit, mais à un degré encore plus marqué. Il existait en outre des deux côtés une petite ulcération au centre de la tache dont il a été question. La vision était profondément altérée, et il y avait une photophobie excessive accompagnée d'une sécrétion exagérée de larmes et de pus. Après huit instillations pour l'œil droit, et quatre seulement pour le gauche, la malade était à peu près complétement guérie; elle ouvrait les yeux sans difficulté et sans douleur; tous les vaisseaux anormalement développés avaient disparu; on ne trouvait plus que sur l'œil droit les restes d'une ulcération très-superficielle en partie cicatrisée. Rien à l'œil gauche. Après une huitaine de jours, la cornée de l'œil droit tendant à se vasculariser de nouveau, on recommença de nouvelles instillations de perchlorure, mais à 20 degrés seulement, tous les deux jours, pendant une semaine. A dater de cette époque, la guérison fut complète.

Chez la deuxième, âgée de dix-neuf ans, et atteinte d'une conjonctivite oculo-palpébrale intense de l'œil gauche, avec tache et vascularisation de la cornée, photophobie et larmoiement, l'instillation d'une goutte de perchlorure chaque matin produisit dès le quatrième jour une amélioration notable. Le septième jour il n'y avait plus de traces de conjonctivite; les vaisseaux anormalement développés avaient complétement disparu, et il ne restait plus qu'une tache blanchâtre sur la cornée.

La malade traitée par M. Broca, dans le service de M. Nélaton, avait été atteinte six mois auparavant d'une double ophthalmie purulente, à la suite de laquelle était survenue une perforation de l'œil gauche; l'œil droit s'était couvert d'un pannus considérable, et malgré l'emploi d'un traitement très-actif (sangsues, calomel, excision des vaisseaux de la conjonctive), la malade distinguait à peine ses doigts, et ne pouvait se conduire, lorsqu'elle fut soumise aux applications de perchlorure. Deux jours après une première instillation de deux gouttes de perchlorure à 30 degrés, suivie au bout de quelques instants d'une injection d'eau fraîche, la vue était déjà plus claire. Après la troisième instillation, la vascularisation était beaucoup moins prononcée, et après la quatrième la cornée était complétement transparente, sauf un léger nuage à la partie externe, et la conjonctive était revenue à son état normal. Six applications de perchlorure sur l'œil perforé avaient fait disparaître en grande partie l'injection de la conjonctive.

M. Gosselin a eu recours au même moyen sur quatre sujets atteints de kératite vasculaire superficielle très-chronique, et accompagnée d'opacités de la cornée. Bien que dans aucun de ces cas la solution de perchlorure n'eût été employée exclusivement, il a été possible cependant d'en apprécier assez exactement les effets pour que M. Gosselin n'ait point hésité à reconnaître que ce topique a agi plus énergiquement que tout autre collyre pour modifier la phlegmasie, et qu'il a puissamment contribué à la guérison. Dans aucun de ces cas, du reste, les instillations de perchlorure n'ont eu de résultat fâcheux.

Enfin, M. Crisafulli, qui avait vu les premiers essais de M. Follin à l'Hôtel-Dieu, lui a communiqué la relation d'un cas très-remarquable de kératite vasculaire panniforme, compliquée de blépharite granuleuse et ciliaire à l'œil gauche, datant de dix à douze ans, et d'un staphylome iridien à l'œil droit. Après l'usage infructueux de divers moyens de traitement, l'application du perchlorure de fer pendant un mois a eu pour résultat la guérison de la kératite de l'œil gauche et le retour partiel de la transparence de la cornée de l'œil droit, qui était opaque et ramollie depuis plusieurs années. Ce fait a eu en outre pour résultat de montrer que l'existence d'ulcérations superficielles sur la cornée ne contre-indique pas l'emploi de ce topique. Il a pu être employé, en effet, sans danger sous ce rapport, dans ce cas et dans l'un des faits recueillis par M. Follin.

Ces résultats paraîtront assurément assez remarquables si l'on tient compte de la persistance et de la ténacité particulière de cette variété de kératite, qui non-seulement guérit rarement d'elle-même, mais qui, après s'être montrée rebelle à la plupart des moyens les plus actifs de traitement usités en pareil cas, entraîne souvent après elle des complications graves, qui finissent quelquefois par la perforation et la perte de l'œil. Toutefois, nous ne voudrions pas aller plus loin que M. Follin lui-même dans l'appréciation des avantages de ce nouvel agent, et laisser croire que nous serions porté à le recommander à l'exclusion des moyens en usage. C'est un moyen de plus à ajouter aux ressources dont dispose déjà la chirurgie, moyen qui, par son action prompte et énergique et surtout par la profonde modification qu'il imprime à l'état des vascularisations morbides de la cornée, trouvera souvent un utile emploi.

Il est un dernier point qu'il importe de signaler à l'attention des praticiens qui voudraient recourir à ce mode d'emploi du perchlorure de fer. Dans quelques-uns des faits que nous venons de rappeler, il a été appliqué immédiatement après l'excision des vaisseaux variqueux. Or il s'est fait dans ce cas une combinaison intime du perchlorure avec la conjonctive et la sclérotique, d'où est résultée une tache jaune indélébile. Dans les circonstances où l'on jugerait utile de combiner ces deux moyens, il sera donc prudent, ainsi que le conseille M. Follin, de ne le faire qu'après un certain intervalle, et de ne point appliquer le perchlorure immédiatement après l'excision.

Kyste du cou contenant de la cholestérine. — Guérison par la ponction et l'injection iodée.

Les tumeurs kystiques du cou, décrites pour la première fois par Maunoir (de Genève) sous le nom d'hydrocèle enkystée du cou, et étudiées depuis par un grand nombre de chirurgiens et d'anatomo-pathologistes, présentent, soit par les divers éléments anatomiques aux dépens desquels elles sont formées et par leurs rapports avec les organes si nombreux et si variés de cette région, soit par la composition du liquide qu'elles renferment, de si nombreuses variétés, qu'il est presque impossible d'en tracer une histoire générale complète. En ce qui concerne ce dernier point seulement, on sait que le liquide contenu dans ces tumeurs s'offre sous les apparences physiques les plus variables. MM. Marchessaux et Fleury, qui ont fait de ces kystes l'objet d'une étude spéciale, y ont signalé en particulier, dans quelques cas, l'existence de petites paillettes micacées, qui ont été reconnues plus tard comme formées de proportions notables de cholestérine. M. Demarquay vient de constater la présence de cette substance dans un kyste du cou, qui présente d'ailleurs de l'intérêt sous d'autres points de vue, ainsi qu'on en pourra juger par la relation suivante, que nous devons à M. Anatole Royer, élève du service.

Le 16 mars 1856, est entré à la Maison de santé pour des accidents syphilitiques, un nommé A. B..., âgé de vingt-six ans, et né à Melun. Il est porteur d'un chancre induré, et présente une roséole spécifique que l'on traite par des pilules de proto-iodure de mercure et des fumigations de cinabre.

Mais ce que le malade présente d'intéressant est une tumeur siégeant sur la ligne médiane du cou, et occupant la région thyro-hyoïdienne. Le début de cette tumeur ne peut être précisé, et remonte jusqu'à l'enfance du malade, d'après son dire. Restée à peu près stationnaire jusqu'à l'âge de vingt ans, c'est à partir de ce moment jusqu'à l'époque actuelle qu'elle aurait pris du développement. Elle n'est pas, du reste, très-volumineuse; et placée profondément, elle n'apparaît que pour l'œil qui connaît l'anatomie des formes.

Au lieu de la saillie anguleuse formée par le cartilage thyroïde, on remarque chez ce sujet une saillie symétrique, arrondie, et ayant son grand diamètre dans le sens transversal. Cette saillie, située vers l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, masque le bord supérieur de ce dernier et le déborde en avant. Cette tumeur n'a pas de mobilité propre; elle se meut avec le larynx. Elle est profondément située, de sorte qu'on ne peut en préciser les limites. Sa surface appréciable est lisse et uniforme. Au toucher, elle donne une sensation de rénitence et de fluctuation, comme si elle était formée par un liquide épais et renfermé dans une poche distendue. La peau et tous les tissus qui la recouvrent se montrent avec leurs propriétés normales et glissent sur elle.

Cette tumeur ne fait aucune saillie du côté du plancher de la bouche, et ne paraît pas remonter au delà de l'os hyoïde. Elle ne

---

samment les diverses substances avec lesquelles il est mis en contact en les brûlant pour les divers besoins des fonctions nutritives et respiratoires qu'il entretient la chaleur et la vie. Toute substance qui entrave cette oxygénation est toxique; toute substance qui l'anéantit est mortelle.

C'est par l'introduction dans les voies digestives des matières alimentaires que s'opère la nutrition. La digestion n'est pas une simple dissolution des aliments, mais une transformation qui s'opère par l'action catalytique de véritables ferments. Tous les aliments pouvant se réduire à trois groupes distincts: matières végétales ou hydro-carbonées, azotées ou albuminoïdes, et grasses, à chacun des groupes répond un ferment particulier. Pour le premier groupe, c'est la *diastase animale*, résidant dans la salive, et peut-être dans le suc pancréatique; pour le second, c'est la *pepsine*, contenue dans le suc gastrique; pour le troisième, la chose n'est pas aussi clairement démontrée; mais l'auteur pense que c'est aux bases alcalines contenues dans les sucs digestifs intestinaux que l'absorption des matières grasses doit être uniquement rapportée.

Toutes ces propositions, pas n'est besoin de le dire, ne sont pas des assertions en l'air, mais bien des déductions logiques de faits bien observés, d'expériences souvent répétées et de mille manières. Mais il ne se borne pas là, et chemin faisant il aborde toutes les questions importantes qui se rattachent au sujet principal de son argumentation. C'est ainsi qu'il étudie la source du sucre dans l'économie, et que, contrairement à l'opinion de M. Bernard, il regarde le foie, non comme l'organe sécréteur, mais seulement comme l'organe condensateur du sucre; qu'il démontre que sa destruction est un phénomène de combustion opéré au moyen des alcalis du sang, lesquels le transforment en aliments respiratoires. Il n'oublie pas non plus les questions pathologiques qui dérivent de son sujet, et nous trouvons dans ce chapitre de la digestion du sucre et des matières amylacées un long article sur le diabète. Ici se trouve une des plus heureuses applications de la chimie à la thérapeutique. Après avoir reconnu que la cause du diabète sucré est un vice d'assimilation de la glucose par défaut d'alcalinité suffisante dans les humeurs de l'économie animale, M. Mialhe se trouve forcément conduit à cette conséquence, qu'il suffira, pour le guérir, de replacer l'économie dans les conditions nécessaires à la décomposition et à la combustion du sucre, en administrant les carbonates alcalins et en activant la circulation et la respiration.

A l'occasion de la digestion des matières albuminoïdes, l'auteur étudie la maladie de Bright, qui n'est pour lui que la diminution de l'albumine du sang, comme la chlorose est la diminution des globules, et indique un traitement rationnel susceptible de guérir dans bien des cas cette terrible affection, jusqu'ici l'écueil de la thérapeutique. Ainsi partout le médecin reparaît sous le chimiste, et cherche à prouver l'excellence des principes qu'il professe, en faisant sortir des déductions pratiques des théories auxquelles le conduit l'observation.

A l'histoire de la digestion succède celle de l'absorption, que M. Mialhe étudie avec la même précision, le même soin. Pour lui, l'absorption n'est qu'un simple phénomène d'imbibition des membranes; la solubilité est la condition essentielle en vertu de laquelle elle s'opère. Ainsi sommes-nous ramenés à l'ancien aphorisme, abandonné pendant un temps, *corpora non agunt nisi soluta*, qui est devenu, et cette fois pour toujours, il faut l'espérer, l'expression de la vérité. Les recherches qui l'ont fait arriver à cette conclusion ont conduit l'auteur à ranger en deux classes principales les substances médicamenteuses dont fait usage la thérapeutique. La plupart agissent sur le sérum du sang, soit médiatement, soit immédiatement; les unes coagulent l'albumine que cette humeur renferme; ce sont les *coagulants* ou *plastifiants*, parmi lesquels les toniques, les astringents, acides minéraux, tannin, créosote, etc. Les autres fluidifient cette albumine; ce sont les fluidifiants ou désobstruants, parmi lesquels les oxydes et carbonates alcalins, les iodures et chlorures alcalins, quelques acides organiques, etc.

A ceux qui ne seraient pas *à priori* convaincus de l'utilité de ces études au point de vue pratique, nous recommandons la lecture attentive du chapitre suivant, où M. Mialhe se livre à l'examen de l'absorption des agents médicamenteux et toxiques. Ils y trouveront à chaque page des applications importantes et qui leur rendront compte d'un grand nombre de phénomènes qui viennent souvent les contrarier dans leurs prescriptions journalières. Citons un exemple.

Il est un médicament dont l'usage tend de plus en plus à se généraliser contre une foule d'affections diverses, l'iodure de potassium. On l'emploie à des doses fort élevées, et entre autres dans les accidents tertiaires de la syphilis, M. Ricord a prouvé que pour en obtenir des effets rapides et véritablement efficaces, on pouvait l'adminis-

gêne en rien la phonation et la déglutition, qui s'exécutent normalement. Elle est complétement indolente.

Quelle est la nature de cette tumeur? Sa marche et ses caractères extérieurs font de suite naître l'idée d'un kyste. Son siége plaide aussi en faveur de cette idée. Il existe, en effet, dans cette région, deux bourses muqueuses, qui toutes deux sont susceptibles d'hydropisie. L'une, signalée par Béclard, est située au-devant de la saillie du cartilage thyroïde. La seconde, décrite par M. Malgaigne sous le nom de *bourse muqueuse thyro-hyoïdienne*, existe entre la face postérieure du corps de l'os hyoïde et la partie supérieure du cartilage thyroïde. Tapissant en arrière la membrane thyro-hyoïdienne, elle répond, en avant, aux muscles thyro-hyoïdiens, omoplato-hyoïdiens et sterno-hyoïdiens. C'est à l'hydropisie de cette dernière bourse séreuse que M. Demarquay rattache l'existence de la tumeur que présente ce malade; et le diagnostic ainsi porté, il procède, le 24 mars, à l'opération de la manière suivante:

Il enfonce un petit trocart dans le côté gauche de la tumeur. Le poinçon étant retiré, il s'écoule par la canule environ une cuillerée d'un liquide épais, visqueux, transparent et d'une couleur brune; à la surface de ce liquide nagent une multitude de petites lamelles scintillantes de cholestérine. On facilite la sortie du liquide à l'aide de la pression, puis on pousse dans le sac, afin de le nettoyer, une injection d'eau tiède. Cette injection étant évacuée, on en pousse une seconde de teinture d'iode, dont on laisse une partie dans le kyste.

Le malade n'accuse qu'une légère douleur au moment de l'opération. Cette douleur se calme bientôt, et il se trouve assez bien le reste de la journée.

Le lendemain, il se plaint d'avoir mal à la gorge et d'avaler difficilement; sa voix est rauque. A l'endroit de la tumeur, il y a un peu de tuméfaction inflammatoire et une légère rougeur. — Cataplasmes; bouillons et potages.

Les jours suivants, tous ces symptômes se calment et la résolution s'opère, si bien que le 6 avril, époque de la sortie du malade (treize jours après l'opération), la région, sans avoir recouvré encore sa forme normale, présente une saillie bien moins sensible qu'avant la ponction. Du reste, la résolution n'est pas encore complète; et il reste un peu d'induration qui ne tardera probablement pas à disparaître entièrement.

Arthrite blennorrhagique traitée par l'iodure de potassium et les frictions de teinture d'iode.

Deux cas d'arthrite blennorrhagique, à peu près identiques dans leur marche, et dans le résultat du traitement qui leur a été opposé, viennent de se présenter en même temps dans le service de M. Piorry à la Charité. Ces accouplements de faits de même nature que les hasards de la clinique rassemblent quelquefois sont toujours une circonstance favorable à l'étude, et que l'on doit saisir surtout lorsqu'il s'agit d'en comparer les résultats thérapeutiques, la similitude des résultats ajoutant dans ce cas à la valeur des déductions qu'on en peut tirer.

Le premier de ces deux cas est celui d'un jeune homme de vingt et un ans, qui avait une urétrite depuis deux jours quand il fut frappé d'arthrite; deux saignées pratiquées dans l'espace de vingt-quatre heures enlevèrent les douleurs presque immédiatement; mais le lendemain une tuméfaction nouvelle apparut, des douleurs s'emparèrent des deux coudes, des genoux et des épaules. Tel était l'état de ce malade lorsque, voyant l'impuissance des saignées, on recourut au poivre cubèbe à haute dose. L'urétrite guérit; mais l'inflammation persista dans les articulations, ainsi qu'on devait s'y attendre, toutefois, il est vrai de dire sans fièvre. Des vésicatoires appliqués autour des jointures malades n'eurent pas plus de succès. Les articulations restèrent tuméfiées et douloureuses; les membres inférieurs se prirent à leur tour. Ce fut alors qu'on eut recours à l'iodure de potassium administré à l'intérieur et aux frictions avec la teinture d'iode; le malade étant hypémique, on prescrivit en même temps du fer. Après sept jours d'usage de l'iodure de potassium, les articulations redevinrent mobiles et les douleurs se dissipèrent.

Le deuxième fait est complétement semblable; il a été observé chez un homme de vingt-six ans. Après trois jours de traitement, l'arthrite, qui avait résisté aux saignées, disparut sous l'influence de l'iodure et des frictions de teinture d'iode sur les articulations des membres supérieurs. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Bazin.

Cours de séméiotique cutanée, suivi de leçons théoriques et pratiques sur la scrofule et les teignes (1).

Traitement. — On l'a divisé en préservatif, curatif, palliatif.

Je n'ai rien à vous dire des traitements préservatif et palliatif.

Le premier consiste dans la soustraction des causes que nous avons énumérées, dans une sage application des règles de l'hygiène: air pur, chambre à coucher vaste, aérée, exposée au midi; nourriture substantielle et de bonne qualité, etc. Le second consiste à faire la médecine des symptômes: calmer les douleurs par les narcotiques, arrêter la diarrhée par les astringents et les opiacés, arrêter les hémorrhagies par l'emploi des moyens hémostatiques, etc.

Le traitement curatif a été divisé en traitement général, local et chirurgical, en traitement externe et traitement interne.

La thérapeutique d'une maladie se compose d'une série d'indications qui sont fournies par la maladie elle-même, par ses périodes, ses formes, sa marche, ses accidents, le siége et la nature de ses affections. Passons en revue chacune de ces indications.

A. *Indications fournies par la maladie essentielle.* — C'est le traitement spécifique. Eh bien, la scrofule, il faut le dire de suite, n'a pas de remède spécifique, et sous ce rapport elle ne diffère en rien du plus grand nombre des maladies. La syphilis elle-même n'a pas son spécifique. Le mercure est à peu près inutile dans la syphilis primitive; il aggrave en général la syphilis tertiaire, et ne convient que dans la syphilis secondaire.

Un très-grand nombre d'agents ont cependant été tour à tour prônés comme des spécifiques de la scrofule; j'indiquerai seulement les principaux:

L'*iode*, dont Lugol avait exagéré les vertus. Ce médicament peut être utilement administré dans un très-grand nombre d'affections scrofuleuses; mais peut-être est-il appelé à rendre plus de services comme agent externe, comme topique siccatif, modificateur local, que comme agent interne. Rapprochons de l'iode l'éponge brûlée et le chêne marin ou *fucus vesiculosus*, qui autrefois ont été regardés comme des spécifiques de la scrofule, et les plantes anti-scorbutiques, qui ne paraissent agir que par l'iode qu'elles contiennent.

Le *soufre* a aussi été décoré du titre de spécifique. Bordeu a spécialement recommandé les eaux sulfureuses contre cette maladie, notamment celles de Baréges. Le soufre seul ne me paraît pas avoir une action bien efficace dans le traitement de la scrofule. Le plus ordinairement je me borne à le prescrire en bains extérieurement. Toutefois il serait bon de savoir à quoi s'en tenir sur la valeur du soufre comme remède anti-scrofuleux, et si l'administration de l'assistance publique donne suite au projet qu'elle médite de faire venir à l'hôpital Saint-Louis les eaux sulfureuses naturelles de Belleville, je ne manquerai pas d'expérimenter ce remède en l'essayant contre toutes les formes de la scrofule.

Le *mercure* a été préconisé dans le traitement de la scrofule; mais il me paraît très-rationnel d'admettre que les scrofuleux guéris par le mercure n'étaient que des syphilitiques dont les affections ont été confondues avec celles de la scrofule.

L'*or* a été employé contre la scrofule par les médecins de Montpellier. J'avoue que je n'ai pas une bien grande confiance dans les vertus de ce médicament. J'en dirai autant du *carbonate de potasse*, des préparations *alcalines*, de l'*eau de mer* et du *muriate de baryte*, si vanté par les médecins allemands, et dont je n'ai pu encore jusqu'à ce jour constater l'efficacité.

Le fer, l'huile de morue, la ciguë, etc., sont d'excellents médicaments; mais ils ne satisfont qu'à des indications particulières. Aucun d'entre eux ne mérite le titre de spécifique.

C. *Indications fournies par les périodes.* — Que doit-on faire dans la première période de la scrofule? Doit-on respecter les gourmes de nature scrofuleuse?

Comme vous le savez, les avis des médecins sont partagés sur cette question. Les uns, dans la crainte d'une répercussion toujours fâcheuse, recommandent de s'abstenir de tout traitement actif. C'est à peine s'ils osent prescrire des soins de propreté; ils ne donnent qu'en tremblant le conseil de détruire la vermine. Les autres cherchent par tous les moyens possibles à nettoyer la tête, à la débarrasser de ses croûtes et à prévenir le retour de l'éruption par les purgatifs à l'intérieur, les lotions saturnines, les topiques astringents, etc. Je condamne également ces deux pratiques, dont l'une a des inconvénients graves et dont l'autre peut offrir des dangers sérieux.

Si une médication inopportune, intempestive ne peut être suivie de la répercussion d'une affection morbide, dans le sens que l'on attache généralement au mot répercussion, il faut admettre du moins qu'elle peut précipiter la marche des maladies et rendre les affections plus graves.

Il n'y a aucun danger à guérir les gourmes, mais à la condition que l'on aura reconnu la véritable nature du mal et que l'on prescrira une médication convenable. Si l'on confond la scrofulide primitive avec la dartre, qu'on donne à l'intérieur des anti-dartreux tels que l'arsenic, qu'on applique à l'extérieur des topiques astringents, on s'expose à voir se produire les manifestations viscérales de la scrofule, la méningite granuleuse, la phthisie pulmonaire, etc. J'ai par devers moi des faits nombreux qui prouvent l'exactitude de ce que j'avance. Je ne veux en citer qu'un seul.

Il y a quelques années, je fus consulté pour une jeune fille atteinte d'un eczéma généralisé, dont la nature scrofuleuse me parut évidente. Je prescrivis un régime tonique, le sirop d'iodure de fer à la dose de 45 grammes par jour, les bains d'amidon. Ce traitement fut bientôt suivi d'une amélioration notable, mais le mal ne disparaissait pas aussi vite que l'aurait désiré la famille. On prit l'avis d'un jeune médecin, qui avait été mon interne, et qui, plus hardi que son maître, n'hésita pas à mettre la jeune malade à l'usage de la solution de Fowler à haute dose. Les topiques résolutifs et astringents durent aussi remplacer les émollients et la poudre d'amidon.

Sous l'influence de ce traitement, l'eczéma disparut promptement; mais à quelque temps de là, la jeune fille fut prise de phthisie pulmonaire et succomba rapidement. J'ai la conviction qu'en persistant dans la première thérapeutique on eût éloigné ou indéfiniment ajourné cette fatale terminaison.

Voici les moyens que j'emploie en général contre la scrofule primitive:

1° Les amers et anti-scorbutiques;

2° Le sirop d'iodure de fer préparé d'après le procédé Dupasquier, à la dose de 10 à 60 grammes par jour, suivant l'âge;

3° L'emploi répété des purgatifs et des vomitifs;

4° Les bains d'amidon et les bains gélatino-sulfureux;

5° Dans quelques cas, un exutoire, que le malade doit garder pendant plusieurs mois.

Dans la seconde période de la scrofule, c'est l'iodure de fer associé à l'huile de foie de morue qui m'a paru avoir le plus d'efficacité.

Contre la scrofule articulaire et osseuse, j'emploie surtout l'huile de morue à doses graduellement croissantes, depuis 30 grammes jusqu'à 300 et même 500 grammes par jour.

Enfin, j'ai recours, dans la scrofule viscérale ou quaternaire, aux préparations balsamiques, au goudron, à la teinture d'*arum triphyllum* à la dose de 30 à 40 grammes dans la tisane de bourrache...

(1) Suite. — Voir les nos des 26, 28 juillet; 21 août; 4, 22 septembre; 20 novembre; 1er décembre 1855; 31 janvier; 7 février; 4, 11 mars; 12 et 22 avril 1856.

---

trer à la dose de 3 à 4 grammes par jour. Or, il arrive souvent qu'au bout de quelques jours les malades ne peuvent le supporter, en raison des douleurs épigastriques qu'il provoque. A quoi rapporter ces accidents? Tout simplement à ce que l'iodure de potassium du commerce contient fréquemment une notable proportion d'iodate de potasse. Mis en contact avec l'acide acétique, cet iodate se décompose et l'iode est mis à nu. Ce fait, découvert par M. Leroy (de Bruxelles), et maintenant hors de doute, se reproduit dans l'estomac, où le sel se trouve décomposé par les acides du suc gastrique. Ce n'est pas l'iodure de potassium, sur lequel ces acides sont impuissants, qui cause ces douleurs, c'est l'iode de l'iodate de potasse qui est mis en liberté; d'où la nécessité d'essayer l'iodure de potassium avant de le faire prendre aux malades, et de bannir de la thérapeutique celui qui contient de l'iodate.

Ce qu'il a fait pour l'iode et ses composés, M. Mialhe le répète pour chacun des médicaments tirés du règne minéral, et il fait suivre les remarques qu'il présente sur leur mode d'action d'un certain nombre de formules auxquelles il donne le nom de *formules rationnelles*, non parce qu'il les suppose exemptes de tout reproche, mais parce qu'il les regarde comme préférables à celles qui sont généralement adoptées.

Chemin faisant, et à l'occasion des substances minérales susceptibles de produire des accidents toxiques, M. Mialhe examine successivement les principales questions qui ont été soulevées dans ces derniers temps, et sont devenues le point de départ de discussions et de controverses. Nous signalerons, entre autres, parmi les plus essentielles, les suivantes: Tous les composés de plomb agissent-ils de la même manière sur l'économie animale? Et surtout celle-ci, qu'il résout par la négative: Le plomb est-il susceptible de donner lieu à des émanations gazeuses?

Pour M. Mialhe, comme pour MM. Adelon et Chevallier, les accidents que l'on observe chez certains peintres sont dus à l'absorption d'une certaine quantité d'essence, absorption qui est nuisible à la santé, et qui, portée à un certain degré, détermine l'asphyxie complète.

L'histoire des composés mercuriels au double point de vue de la thérapeutique et de la toxicologie est une des plus étendues et des plus importantes de cette section.

Comme corollaire à l'absorption des médicaments et des poisons, l'auteur examine le mode d'élimination des substances étrangères à l'organisme, la localisation ou stagnation des poisons, l'influence du mode d'administration des médicaments, l'influence de l'association des médicaments divers, l'incompatibilité de quelques-uns, considérations qui le portent à établir formellement, en résumé, que les médicaments et les poisons agissent toujours immédiatement, souvent même uniquement sur le sang, et que c'est en imprimant à ce liquide organique, à ce véhicule de la vie, des modifications chimiques plus ou moins profondes, que leur action thérapeutique ou toxique est produite.

Les deux derniers chapitres sont consacrés à des études pharmaceutiques et thérapeutiques sur les principales formes des médicaments, et aux médications spéciales; caustiques, astringents, vésicants, purgatifs, etc. Nous recommanderons encore à l'attention des praticiens des considérations du plus haut intérêt sur les purgatifs, leur mode d'action, leurs effets médiats et immédiats, et sur la purgation envisagée à son point de vue le plus élevé.

Le livre de M. Mialhe est un bon livre; il prouve une fois de plus combien sont utiles les recherches entreprises par des hommes non exclusifs, et qui, tout en adoptant une spécialité, possèdent les connaissances générales sans lesquelles on risque, en poussant à l'extrême les conséquences d'une science féconde en applications, de tomber d'erreur en erreur au grand préjudice de l'art et de l'humanité.

Dr A. Foucart.

Les collections de la *Gazette des Hôpitaux*, qui compte maintenant vingt-huit ans d'existence, sont devenues si rares aujourd'hui, qu'il nous est impossible de fournir des années antérieures à 1851. Il ne reste plus de chacune d'elles que des numéros réservés pour compléter les collections qu'on parvient quelquefois à réunir.

Depuis cette époque, nous avons un certain nombre d'années entières que nous tenons à la disposition de nos abonnés nouveaux. Le prix de chacune de ces années est de 12 fr.

Les nouveaux abonnés de l'année courante peuvent avoir les premiers mois à raison de 1 fr. pour chaque mois.

geons de sapin du Nord, à l'huile de foie de morue, quand elle peut être tolérée, aux révulsifs cutanés.

D. *Indications fournies par les formes de la scrofule.* — Dans la forme bénigne, on insiste sur les moyens hygiéniques, et l'on se borne à prescrire de petites doses de médicaments. Dans la forme maligne, on augmente rapidement les doses, on déploie toutes les ressources de la thérapeutique.

E. *Complications. Accidents.* — De simples indispositions, l'inappétence, l'embarras gastrique, la fièvre éphémère, obligent souvent d'interrompre le traitement des scrofuleux. On profite de cette circonstance pour évacuer les premières voies, soit par haut, soit par bas, après quoi l'on reprend le traitement un instant interrompu.

Les complications inflammatoires doivent être combattues par les antiphlogistiques. Règle générale, on doit traiter comme si elle était seule toute maladie qui vient compliquer la scrofule.

Quant à cet accident formidable qui survient quelquefois dans la dernière période de la scrofule, le sphacèle d'un membre, occasionné par l'oblitération des gros vaisseaux, je ne connais aucun moyen d'en enrayer la marche. Il en est de même des phlegmasies ultimes.

F. *Affections scrofuleuses.* — Les affections scrofuleuses exigent chacune des moyens spéciaux.

Contre la gourme : cataplasmes de fécule de pommes de terre, conspersion de poudres féculentes de riz, d'amidon ; bains amylacés ; plus tard, bains sulfureux.

Contre l'ophthalmie : collyres de borax et de sulfate de cuivre, de nitrate d'argent, affusions froides sur l'œil, occlusion des paupières ; applications répétées de vésicatoires, de sangsues quelquefois; frictions sur le pourtour de l'orbite avec la pommade d'onguent napolitain et d'extrait de belladone; purgatifs, calomel à l'intérieur, etc.

La scrofule ganglionnaire est une de celles qui résiste le plus longtemps aux agents thérapeutiques. Aussi, ne faut-il pas s'étonner qu'on ait déployé contre elle toutes les ressources de la médecine et de la chirurgie. Tous les modes d'excitation ont été appliqués à des dépôts tuberculeux des glandes lymphatiques : frictions fondantes de toute espèce, électrisation, ponction, extirpation partielle, etc.

Après beaucoup d'essais, je me suis arrêté aux moyens qui suivent :

1° L'usage combiné de la ciguë et de l'iode à l'intérieur;

2° Frictions répétées sur les glandes avec la pommade de ciguë.

Chez un sujet de vingt à trente ans, je débute par la dose quotidienne de 1 gramme d'alcoolature de ciguë, que je fais prendre dans un julep approprié ou dans la tisane de houblon édulcorée avec le sirop anti-scorbutique. J'augmente graduellement les doses jusqu'à 20 ou 25 grammes par jour. Je n'ai jamais vu d'accidents survenir par suite de l'emploi de la ciguë, depuis dix ans que je donne ce médicament.

La ciguë à petites doses agit comme fondant; son action est lente. Aux doses auxquelles je l'administre, elle provoque l'inflammation et la suppuration des engorgements ganglionnaires. J'ouvre les collections purulentes dès qu'il y a une fluctuation évidente.

J'administre concurremment avec la ciguë, dans la plupart des cas, l'iode en solution iodurée. Les malades prennent chaque jour et successivement un quart, un tiers, moitié, ou même la totalité de :

500 grammes d'eau distillée;
10 centigrammes d'iode;
20 — d'iodure de potassium.

Je remplace quelquefois cette solution par l'huile iodée de Personne ou par le sirop de raifort iodé de Dorvaut.

Dans quelques cas, j'alterne l'emploi de la ciguë avec l'emploi de l'iode.

Je fais aussi pratiquer deux fois par jour, sur les glandes, une friction avec une pommade qui renferme, pour 32 grammes d'axonge, 4 à 8 grammes d'extrait de ciguë.

La pommade de ciguë exerce une action résolutive sur les glandes, ou bien elle contribue à y développer une inflammation suppurative. Je la préfère en général aux pommades iodurées, à celles d'iodure de plomb ou d'iodure de potassium, d'oxyde noir de cuivre, d'huile de pétrole, etc. Si la scrofule ganglionnaire est accompagnée d'ulcères, je fais recouvrir les solutions de continuité d'un linge fenêtré enduit de cérat iodé, de charpie et d'un bandage approprié. Je recommande les lotions avec des infusions aromatiques et styptiques.

Ce traitement de la scrofule ganglionnaire est celui qui jusqu'à ce jour m'a donné les plus beaux résultats; il abrége la durée de la maladie, qui, de plusieurs années, se trouve ainsi réduite, dans un très-grand nombre de cas, à quelques mois seulement (1).

Contre le lupus et la scrofule cutanée profonde, emploi répété des caustiques. Ceux dont nous nous servons le plus habituellement sont l'huile de cade, l'huile de noix d'acajou, la teinture d'iode caustique, le perchlorure de fer, la créosote, le deuto-iodure de mercure, les nitrates d'argent et de mercure. Il ne faut pas croire que l'on puisse les employer tous indistinctement; chacun d'eux a ses indications spéciales. L'huile de cade convient dans le lupus érythémateux; l'huile d'acajou et la teinture d'iode concentrée, le deuto-iodure de mercure dans le lupus tuberculeux; le perchlorure de fer dans la scrofule cutanée fongueuse et végétante, etc.

(1) J'emploie en ce moment, avec beaucoup d'avantage, contre la scrofule ganglionnaire, le traitement de M. Barrié, médecin inspecteur des eaux de Celles. La résolution des engorgements ganglionnaires s'obtient avec une grande rapidité; et si le résultat définitif confirme nos premiers succès, je n'hésiterai pas à donner aux sels de M. Barrié la préférence sur la ciguë.

Contre l'arthrite scrofuleuse : vésicatoires, sangsues en petit nombre, ventouses scarifiées, moxas, raies de feu.

On conseille le mouvement, l'exercice, si le mal est au début, s'il n'y a pas trop de douleur. On condamne le malade à l'immobilité si l'ankylose est plutôt à désirer qu'à craindre, si les douleurs sont extrêmement vives au moindre mouvement. Enfin l'on conseille l'amputation si les os sont ramollis et cariés; s'il existe des abcès, des ulcères fongueux; si toute la maladie est localisée sur une seule articulation; si le marasme, la fièvre, la diarrhée ne laissent plus rien à espérer de l'emploi des moyens internes. Dans ces cas surtout, l'amputation a chance de réussir : c'est une ressource extrême.

Contre la nécrose et la carie, il est indiqué de favoriser par tous les moyens possibles la sortie de l'os mortifié. La chirurgie peut intervenir ici d'une manière efficace par la résection des os cariés et l'extraction des séquestres.

Les cautères, moxas, raies de feu ont été recommandés dans le traitement des caries, et notamment de la carie vertébrale et de la carie temporale. Je n'attache qu'une médiocre importance à l'emploi de ces moyens.

Les abcès froids demandent généralement à être ouverts par une ponction avec le bistouri ou le trocart. On doit pratiquer, immédiatement après l'évacuation du pus, une injection iodée avec un quart, un tiers, ou même moitié de teinture d'iode du *Codex*, additionnée de quelques grammes d'iodure de potassium. Cette injection sera répétée tous les quatre ou cinq jours, jusqu'à ce que l'on ait obtenu une guérison complète.

On a conseillé d'ouvrir également les abcès par congestion, de les vider, et de faire suivre l'évacuation du pus d'une injection iodée. La pratique de M. Boinet ne m'a pas toujours parfaitement réussi; je conseille d'y recourir le plus tard possible.

Les parties fongueuses et végétantes des ulcères scrofuleux doivent être cautérisées ou excisées. Les bandelettes de peau étroites comprises entre les parties ulcérées seront divisées à l'aide de la sonde cannelée et du bistouri, ou avec les ciseaux. On pratiquera la résection ou l'excision des parties décollées qui pourraient nuire à la régularité de la cicatrice.

DES TUMEURS FIBREUSES DE L'ISTHME DU GOSIER.

Par M. J. Syme (d'Edimbourg).

Un homme de trente-huit ans portait dans la région de l'amygdale gauche une tumeur volumineuse qui parut d'abord n'être que la tonsille hypertrophiée, mais qu'un examen attentif montra en être distincte; elle était circonscrite, d'une consistance ferme et un peu mobile. M. Syme décide l'extirpation : la muqueuse est incisée dans toute la hauteur de la tumeur, puis disséquée de chaque côté; on détruit ensuite les autres connexions par l'énucléation aidée de quelques coups de bistouri. L'opération ne fut pas très-douloureuse et ne nécessita la ligature d'aucun vaisseau; le malade n'éprouva aucun accident et fut renvoyé guéri peu de jours après.

La tumeur présente au moins 4 centimètres dans ses divers diamètres, et offre par ses caractères extérieurs et intérieurs un spécimen parfait de ces tumeurs fibreuses qu'on trouve si souvent dans la parotide ou la mamelle.

Cette production fut pour M. Syme le sujet de quelques remarques; c'est le quatrième cas de cette espèce qu'il observe, et, quoique cette lésion ne paraisse pas très-rare, elle n'est point mentionnée dans les traités dogmatiques.

M. Syme commence par donner un nom à la maladie, *fibrous tumour of the fauces*, puis il lui assigne les caractères suivants : consistance ferme, forme ronde ou ovale, quelquefois lobulée, masse bien circonscrite, mobilité plus ou moins grande, gêne et symptômes mécaniques proportionnés à son volume. Elle doit être distinguée des abcès tonsillaires, de l'hypertrophie de cette glande et des tumeurs malignes de cette région avec laquelle elle a été certainement confondue jusqu'ici. Cette tumeur tend toujours à s'accroître, à gêner de plus en plus l'articulation des sons, la déglutition, la respiration, à dégénérer et à prendre les caractères d'une tumeur maligne.

Il n'y a pas d'autre traitement efficace que l'extirpation. Je ne me serais pas aventuré dans un cas si formidable, dit M. Syme, si je n'avais été encouragé par les succès obtenus dans des cas moins difficiles. Si la tumeur avait été confondue avec une tumeur maligne et n'avait point été enlevée, elle n'aurait pas été moins destructive que si elle avait été incurable dès son origine.

Les faits signalés par M. Syme sont très-intéressants; ils montrent que bon nombre de tumeurs, autrefois confondues avec le cancer, doivent en être distinguées; que le diagnostic en est possible d'avance, et que l'extirpation peut en être faite sans trop de difficulté et avec l'espoir d'une guérison complète.

M. Syme a raison également lorsqu'il affirme que des tumeurs semblables peuvent s'accroître indéfiniment, et qu'elles peuvent simuler les productions malignes; que tout remède est inefficace, et que l'extirpation est indispensable. Enfin il décrit avec exactitude les caractères extérieurs, le siége sous-muqueux, les rapports des tumeurs en question. Mais nous regrettons que l'éminent chirurgien d'Edimbourg n'ait pas aidé son diagnostic des ressources que fournit l'examen microscopique; tout porte à croire qu'il aurait constaté la nature glandulaire des productions en question. La comparaison que M. Syme établit entre elles et les tumeurs qu'on trouve si souvent dans la parotide et la mamelle ne laisse guère de doute, car, ajoute-t-il, si l'on avait présenté la tumeur à un praticien quelconque, il n'aurait pas hésité à la considérer comme provenant de l'un ou l'autre de ces organes.

Dès lors M. Syme n'aurait pas à se justifier, comme il le fait, d'avoir imaginé un nom nouveau; et, comme il sait certainement que les tumeurs dites fibreuses de la mamelle sont formées par du tissu glandulaire diversement hypertrophié, il aurait rapproché ses intéressantes observations de faits semblables bien étudiés en France par MM. Lebert, Robin, et bien connus des chirurgiens. On trouve, en effet, dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, des observations de tumeurs glandulaires hypertrophiques enlevées dans divers points de la cavité buccale et du voile du palais, par MM. Michon, Nélaton, Marjolin, etc., etc.

En réunissant tous ces faits, on démontrerait facilement que toutes les glandules qui paraissent d'un fort médiocre intérêt pour les chirurgiens, sont susceptibles de donner naissance à des tumeurs autrefois confondues avec le cancer, et qui n'ont de commun avec ce mal terrible que des ressemblances grossières qui ne trompent plus aujourd'hui que les praticiens tardifs qui se soucient peu des progrès de la science moderne. (*The Lancet* et *Gaz. hebd.*)

MOYEN TRÈS-SIMPLE d'administrer les vapeurs d'iode.

Par M. Barrère, ex-prosecteur de l'Ecole de médecine de Toulouse.

Chacun sait la difficulté qu'on a de porter les vapeurs iodées dans les voies respiratoires. L'astriction brûlante produite dans l'arrière-gorge du malade et la toux provoquée par cet agent sont de véritables difficultés pour son emploi.

Frappé de ces inconvénients et convaincu des heureux effets de cette médication dans la tuberculisation pulmonaire et les catarrhes chroniques, M. Barrère a dirigé ses travaux sur ce sujet, et indique un procédé simple, facile, commode même d'opérer les inhalations.

Il fait priser à ses malades de la poudre de camphre imprégnée, saturée de vapeurs d'iode.

On obtient le camphre iodé en plaçant dans une tabatière la poudre de camphre et un sachet de mousseline contenant la centième partie en volume d'iode officinal. En agitant de temps en temps, on obtient au bout de quelques heures, surtout si le dégagement des vapeurs d'iode est activé par la chaleur de la main, une saturation de camphre dont la couleur se rapprochera de celle de l'iode.

Le camphre iodé provoque l'éternument; il cause même un peu de cuisson aux narines s'il est concentré; mais lorsqu'il est arrivé dans les voies aériennes, le sujet éprouve une sensation de fraîcheur bienfaisante, agréable, qui l'engage à respirer largement. Le camphre iodé une fois connu est recherché avec avidité par beaucoup de personnes et préféré au tabac à priser.

Le camphre, par sa nature anaphrodisiaque, peut être d'ailleurs, dans certains cas, un heureux adjuvant, puisque les désirs vénériens sont une cause puissante du développement de la phthisie.

(*Journal de chimie médicale.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le corps médical vient de faire encore une perte cruelle. M. Sandras, agrégé libre de la Faculté, médecin de l'Hôtel-Dieu, vient de succomber au moment où il commençait à recueillir le fruit de ses travaux. M. Sandras avait publié plusieurs mémoires très-importants, et un *Traité des maladies nerveuses* qui l'avait placé au premier rang.

Ses obsèques, suivant le désir qu'il en a exprimé avant de mourir, auront lieu aujourd'hui samedi à onze heures, à l'église de l'Hôtel-Dieu, rue Saint-Julien-le-Pauvre.

— On annonce la nomination de M. le docteur Alquié, actuellement directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce, aux fonctions de médecin inspecteur des eaux de Vichy, et celle de M. le docteur de Laurès aux fonctions de médecin inspecteur des eaux de Néris.

— M. le docteur Behier, médecin de l'hôpital Beaujon, a commencé son cours public de pathologie interne à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 3, lundi dernier 21 avril à 3 heures; il le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. — Il traitera des maladies de l'encéphale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Joniand, né à Saint-Pierre-de-Bressieux (Isère); *De la pneumonie comme complication.*

Isambert, né à Auteuil (Seine); *Etudes chimiques, physiologiques et cliniques sur l'emploi thérapeutique du chlorate de potasse, spécialement dans les affections couennueses.*

Tallon, né à Lyon (Rhône); *De la ponction des séreuses thoraciques dans quelques cas d'épanchement.*

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 51. — MARDI 29 AVRIL 1856. (29e ANNÉE.) N° 51. — MARDI 29 AVRIL 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés le jour de l'Ascension, la Gazette ne paraîtra pas jeudi.

Paris, le 28 avril 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans une lettre adressée à l'Académie, M. Malgaigne a exposé un nouveau procédé opératoire destiné à simplifier les cas graves de paraphimosis. Ayant remarqué que dans certains cas de paraphimosis irréductible on ne réussissait pas toujours, même après le débridement, à obtenir la réduction, M. Malgaigne a cherché quelle pouvait être la cause de ces fréquents insuccès. Il croit l'avoir trouvée dans une circonstance qui paraît avoir échappé jusqu'ici à l'attention des chirurgiens. L'obstacle à la réduction proviendrait, suivant lui, de ce que l'étranglement opéré par l'anneau préputial, en déterminant l'inflammation, l'ulcération, et quelquefois même la gangrène des parties, a pour résultat le plus ordinaire la production d'adhérences étendues entre la couche tégumentaire et les corps caverneux. On comprend dès lors que le débridement puisse bien faire diminuer immédiatement les accidents de l'étranglement, mais qu'il soit tout à fait insuffisant pour permettre la réduction. La constatation de cet élément du paraphimosis, négligé, sinon méconnu jusqu'à présent, entraînait naturellement avec elle son indication. Il s'agissait de détruire ces adhérences. C'est par un procédé emprunté à la méthode sous-cutanée que M. Malgaigne a atteint ce résultat. Le succès de l'opération a fourni du même coup la preuve de la justesse des prévisions de l'opérateur. Nous sommes heureux d'inscrire cette nouvelle application d'une méthode dont on compte déjà un si grand nombre d'applications utiles, et qui n'a peut-être pas été toujours appréciée à sa valeur.

L'Académie n'a reçu, dans cette séance, qu'un petit nombre d'autres communications, dont on trouvera l'énoncé dans le compte rendu. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Considérations cliniques sur la fièvre intermittente.

Trois hommes atteints de fièvre intermittente viennent d'entrer dans notre salle Sainte-Agnès. L'un d'eux faisait partie, il y a six mois, de l'armée d'Orient, et les deux autres, à la même époque, servaient en Algérie. Ils ont contracté la fièvre loin de la France, et ils ont été traités sur place. Les voici de retour, et ils retombent malades.

Un grand fait doit singulièrement frapper notre attention : c'est cette récidive de l'accident fébrile, malgré la disparition de la cause première. On a tellement l'habitude de voir revenir un rhumatisme, une pleurésie, une pneumonie, qu'on trouve tout simple que la fièvre réapparaisse. Ce n'est cependant pas la même chose. Il importe beaucoup au clinicien de ne pas se placer au même point de vue quand il parle du retour de la fièvre intermittente ou de la récidive de phlegmasies diverses. En effet, qu'un poumon s'engoue, cet état pathologique reconnaîtra une cause occasionnelle, immédiate, prédisposante peut-être, qui n'aura agi que depuis peu de temps, l'individu étant sain la veille. De même on peut dire qu'un homme prend une pneumonie tous les ans, qu'il en a eu dix, quinze pendant sa vie ; mais on ne pourrait exprimer dans le langage qu'il a pris la fièvre et qu'il en prend une autre chaque année. On dit qu'un malade a une pneumonie depuis huit jours, qu'il a la fièvre depuis un an. Il y a une grande différence entre ces affections : l'une est regardée comme maladie unique ; l'autre est unique également, mais chacune de ces manifestations n'est point une maladie nouvelle. Prenez un épileptique, direz-vous de lui qu'il a des épilepsies ? Non, il a une épilepsie ; seulement cette affection ne se produit que tous les jours, que tous les mois, que tous les ans. Vous dites d'un goutteux qu'il a sa goutte, entendant par là qu'il est goutteux alors même qu'il ne souffre pas et qu'il n'éprouve aucune atteinte de gravelle, cette goutte du rein, ni d'asthme, cette autre goutte thoracique. N'en est-il pas de même pour le dartreux ?

Il y a donc des maladies diathésiques, des maladies *in posce*, qui n'empêchent pas l'individu de jouir des apparences de la santé, mais qui, une fois qu'elles se sont emparées de lui, ne le quittent plus ou très-difficilement, et qui quelquefois ne guérissent pas, comme la goutte, et même comme la dartre, quand elle a pris droit de domicile. L'empoisonnement palustre se comporte absolument comme une maladie diathésique, et la fièvre se traduit le plus ordinairement par des accès intermittents et périodiques ; ils ne revêtent pas quelquefois les formes ordinaires de son type le plus commun. Au bout d'un an, de deux ans, de trois ans, les malades reprennent la fièvre ; ils en portaient le germe avec eux, semblables en cela aux goutteux et aux dartreux, qui, malgré des rémissions marquées, conservent le germe de leur diathèse.

Le miasme palustre est un poison particulier à l'homme ; car dans les lieux les plus infestés les animaux vivent parfaitement bien. Ils ne sont pas, pour cela, exempts d'affections périodiques, intermittentes, mais il n'y a point d'exemple, chez eux, de pyrexies endémiques.

La fièvre intermittente se développe chez les individus qui habitent des contrées submergées durant l'hiver, desséchées pendant l'été, chez ceux qui se sont fixés près du littoral d'un fleuve, qui sont voisins de marais salants, ou qui occupent un sol récemment défriché et livré à une culture profonde. Dans les saisons froides, on peut rester dans les lieux les plus marécageux ; mais dès qu'il se fait une grande dessication du terrain ou des parties environnantes, il y a danger. Les grands travaux nécessités en France par l'établissement des voies ferrées, et en Crimée par la construction de tranchées profondes devant les murs de Sébastopol, ont répandu la fièvre intermittente ; elle a sévi avec une meurtrière intensité. On ne la connaissait point à Paris il y a vingt ans ; mais le grand mouvement de terrain auquel ont donné lieu tous les travaux des fortifications l'a bientôt développée. Dans les pays de haute culture, dans la Beauce, par exemple, où le labourage met à nu d'énormes surfaces de terre, le miasme palustre va très-souvent porter la perturbation dans la santé publique ; mais il reste bien entendu que la fièvre intermittente se développe sous l'empire d'une action que nous ne connaissons pas bien.

Lorsqu'un individu valide vient habiter un pays desséché dans l'été, submergé pendant l'hiver, il ne tarde pas à subir l'influence de la localité ; mais l'empoisonnement n'agit pas toujours de la même manière quant au type et quant à la rapidité. C'est ainsi que nous voyons tous les jours des médecins, des religieuses, des infirmiers traverser pendant un an la plus calamiteuse épidémie de choléra sans éprouver la plus légère atteinte du fléau, donner les soins les plus dévoués à des malades affectés de variole, de fièvre scarlatine, de rougeole, exposés ainsi, et d'une façon presque permanente, aux plus périlleuses influences morbifiques, et jouir cependant de la plus parfaite immunité. N'observons-nous pas, d'autre part, des individus qui maintes et maintes fois ont couru le risque de contracter un mal vénérien et qui néanmoins sont restés irréprochablement sains ? Seulement qu'ils se trouvent un jour dans une disposition physiologique particulière, et le bénéfice de leur exemption cessera.

L'infection palustre se traduit chez l'homme par des caractères très-reconnaissables, et entre autres par la décoloration spéciale de la face et des tissus ; il y a, sinon prédominance, du moins augmentation des globules blancs ; l'affaiblissement des forces est graduel et arrive assez promptement à la prostration. Les nouveaux venus se mettent au niveau du reste de la population, et, semblables à ceux qui, allant habiter les pays équatoriaux, se dépouillent du cachet européen, ils prennent la teinte particulière au pays, et bientôt on constate chez eux, à l'aide de la percussion et même de la simple palpation, des engorgements très-sensibles de la rate. Dans les localités où la fièvre intermittente règne endémiquement, les enfants naissent leucémiques ; bien plus, ils ont de l'intumescence splénique. Et cependant ils n'ont pas été soumis aux émanations, puisqu'ils n'ont encore que poussé le premier cri qui annonce leur entrée dans la vie. Chez les femmes, les modifications apportées dans l'économie par la cause marécageuse se passent du côté de la menstruation : elle devient difficile, et cesse souvent. L'anémie palustre se montre, fait des progrès, et la chlorose survient.

Quand on a été exposé, même pendant une période assez courte, à l'intoxication, il en résulte des troubles qui, pour ne se manifester quelquefois que longtemps après la disparition de l'influence morbide, n'en ont pas moins leur haut degré de gravité. Le malade dans ce cas a emporté avec lui le trait qui l'a blessé. Les accidents les plus communs qui s'observent alors consistent dans l'engorgement de la rate, la prédominance de globules blancs, l'anasarque, cette conséquence extrême de la leucémie, l'hydropisie abdominale, l'entérite, l'engouement pulmonaire, et en général dans tout le cortége d'affections qui accompagnent une constitution appauvrie et minée par une altération du sang.

Lorsque l'empoisonnement a sévi pendant un certain temps et que la dose miasmatique absorbée a été énorme, comme dans les marais Pontins, par exemple, il se déclare chez les individus une susceptibilité particulière, et il survient une fièvre intermittente se révélant par un frisson très-long, lequel est suivi d'un court stade de chaleur, puis de la sueur, dont la durée à elle seule surpasse le temps des deux premiers stades réunis. C'est là la forme la plus ordinaire ; mais, quand une cause énergique a agi, la fièvre peut prendre la forme continue et rémittente, ce type que nos médecins militaires connaissaient si peu dans les premiers temps de la guerre d'Afrique, mais qu'aujourd'hui ils ont si bien étudié.

Les principaux types de la fièvre intermittente sont le type *quotidien*, le type *tierce*, le type *quarte*.

Dans le type *quotidien*, les accès ont lieu tous les jours à la même heure ; ils se ressemblent sous le rapport de leur durée et de leur intensité. Quelquefois, au lieu d'un seul accès, il y a deux accès par jour ; on dit alors que la fièvre est *double quotidienne*.

Dans le type *tierce*, l'accès se reproduit tous les deux jours. On observe aussi des accès de fièvre *double tierce*. En pareil cas, il y a un accès tous les jours ; mais le troisième ressemble au premier ; le quatrième au second, et ainsi de suite.

Dans le type *quarte*, l'accès a lieu tous les trois jours ; de sorte qu'il y a entre deux accès deux jours d'apyrexie. On a cité quelques exemples de fièvre *double quarte* dans lesquels il y a, le premier et le deuxième jour un accès, puis le troisième jour apyrexie ; le quatrième et le cinquième jour, un accès ; le sixième jour, apyrexie, et ainsi de suite.

Tels sont les principaux types à étudier, et encore faut-il remarquer que les fièvres double quotidienne et double quarte sont loin d'être fréquentes.

Il me reste maintenant à indiquer quelques autres types tellement rares qu'on peut les regarder comme de véritables exceptions. Ce sont les *tierces doublées* (tous les deux jours, deux accès) ; les *quartes triplées* (tous les trois jours, deux accès) ; la *triple quarte* (un accès tous les jours, deux faibles et un fort) ; la fièvre *quintane, septane, octane* (un accès le cinquième, le septième ou le huitième jour).

Les types quotidien et double tierce sont les plus communs. Interrogez avec soin vos malades, et vous apprendrez le plus souvent qu'ils ont commencé par là, puis que la fièvre, après un certain temps, a pris le type tierce, et enfin le type quarte.

N'allez pas croire que le miasme palustre soit invariablement suivi, dans toutes les localités, des mêmes effets. A l'époque où je commençais mes études médicales, j'ai été témoin d'un fait singulier, qui doit trouver place ici. Je suis resté pendant trois ans à l'hôpital général de Tours, qui était alors environné de marais, et dans des conditions d'insalubrité telles, que sur 800 malades, 785 avaient la fièvre ; tout l'hôpital, sauf 15 cas.

En présence d'un nombre aussi immense de fébricitants, vous comprendrez que j'aie pu acquérir une expérience considérable. Eh bien ! je n'ai pas vu un seul cas de fièvre quarte.

En 1823, le régiment de carabiniers qui tenait garnison à Saumur envoya dix-huit hommes à Tours pour déposer au conseil de guerre. De ces dix-huit hommes, treize entrèrent à l'hôpital, et douze eurent la fièvre quarte. Voici donc l'hôpital du département d'Indre-et-Loire qui, pendant trois ans ne reçoit pas un seul cas de fièvre quarte, et qui en une semaine en reçoit douze de Maine-et-Loire. Les deux villes sont sur la Loire et sur la même rive (rive gauche), et elles sont assises dans la même vallée ; leur terrain est plat, et la distance qui les sépare est de dix-sept lieues. Saumur a des fièvres quartes, Tours des fièvres tierces.

Accomplissant une mission en Sologne, sous le ministère Martignac, en 1828, il ne m'a pas été donné de voir un seul cas de fièvre quarte.

Des trois malades de notre salle Sainte-Agnès, celui du n° 18 a une fièvre quotidienne, tandis que les deux autres, les nos 12 et 19, sont affectés du type tierce. Ils conservent, bien qu'à Paris, ce

souvenir de leurs campagnes de Crimée et d'Algérie, absolument comme on garde des traces de la syphilis très-longtemps après l'avoir contractée. Ne voit-on pas, en effet, survenir cinq ou six ans après des accidents du côté des os, des névralgies, etc.?

Lorsque la fièvre intermittente s'accomplit avec régularité, elle ne s'accompagne d'aucun danger; elle imprime seulement à l'économie une cachexie profonde; mais dévoyée de son propre pays, elle se traduit souvent par des caractères pernicieux, et il importe beaucoup d'avoir présente à l'esprit cette donnée de l'expérience, car en établissant les caractères étiologiques de la maladie soumise à votre examen, vous ne serez pas sans reconnaître que des accès de fièvre pernicieuse seront dus souvent à une ancienne exposition à des miasmes palustres.

Nous donnerons le nom de *fièvre pernicieuse* à tous les accès fébriles qui se compliquent d'accidents très-graves vers les principaux organes de l'économie, ou qui présentent une intensité exagérée des phénomènes de la fièvre intermittente. L'exagération des symptômes propres aux divers stades de la fièvre intermittente donne lieu à deux fièvres principales. La première est la *fièvre algide*, dans laquelle le frisson est excessif et peut durer six, huit ou dix heures. La seconde forme est la *fièvre sudorale*; ce n'est autre chose que le stade de sueur continué pendant quinze ou vingt heures.

Parmi les fièvres pernicieuses qui ont pour symptômes des phénomènes graves du côté des organes importants de la vie, il n'en est pas qui se montrent plus fréquemment que celles qui présentent des troubles nerveux, et principalement le délire et le coma (*fièvre pernicieuse comateuse, délirante*), ou des convulsions (*fièvre pernicieuse convulsive, épileptiforme*). Lorsqu'avec la fièvre il y a une expectoration catarrhale sanglante et du râle crépitant, on donne à la maladie le nom de *fièvre pernicieuse péripneumonique*; quand le point de côté existe, elle est dite *pleurétique*. Pour ce qui regarde les voies digestives et leurs annexes, on distingue également la *fièvre cholérique* lorsqu'il y a des vomissements et des déjections alvines caractéristiques, ainsi qu'une excavation profonde des yeux; puis la *fièvre dyssentérique* dans les cas où la diarrhée est sanguinolente, ressemblant à de la lavure de chairs, et qu'elle s'accompagne d'une prostration extrême des forces. Des accidents hémorrhagiques surviennent-ils du côté de l'estomac, la fièvre est appelée *fièvre pernicieuse hémorrhagique* ou *hématémétique*. C'est dans leurs allures qu'on reconnaît ces fièvres et qu'on les différencie.

Il doit être bien entendu que lorsqu'on parle de *fièvre pernicieuse dyssentérique* ou de *fièvre pernicieuse péripneumonique*, on n'a fait qu'une comparaison, et que la nature des selles dans la dyssenterie et des crachats dans la pneumonie n'est pas absolument identique à ce qu'on rencontre dans la fièvre pernicieuse; mais on se sert de ces expressions, faute de meilleures, afin de donner une dénomination qui frappe l'esprit et rappelle la forme de la maladie.

Les fièvres pernicieuses sont ou *tierces* ou *quartes*, rarement *quotidiennes*, à moins qu'on ne soit nouvellement arrivé dans le pays où se dégagent des miasmes palustres. C'est ainsi qu'en Afrique des soldats ayant campé la nuit sur le bord d'un ruisseau ont été frappés d'une fièvre terrible qui en a tué un certain nombre en trente-six heures. Mais quand la fièvre se montre dans les conditions ordinaires et que sa marche est régulière, le malade en connaît lui-même la teneur et la portée, les familles ne s'y méprennent pas non plus: le frisson s'est prolongé, et la débilitation qui suit les stades de chaleur et de sueur a été tout à fait hors de proportion, et le fébricitant, qui après chaque accès se trouvait en somme dans de bonnes conditions, sort maintenant d'un accès de fièvre pernicieuse dans un état d'abattement très-prononcé. Ainsi donc la perniciosité se manifeste, dès la première atteinte, par une intensité toute particulière.

L'imbrication des accès est un point sur lequel il convient d'être bien fixé. Voici, par exemple, un accès de *fièvre tierce* aujourd'hui à midi, il devra reparaître après-demain à la même heure; sa durée étant de douze heures, l'apyrexie sera de trente-six heures. Mais la fièvre a pris le type pernicieux, et dans l'accès qui commence aujourd'hui à midi le stade de frisson persiste pendant huit heures, la chaleur pendant cinq et la sueur pendant vingt, au total trente-trois heures d'accès et quinze heures seulement d'apyrexie; puis les accidents fébriles s'aggravent encore, l'accès subséquent devance, anticipe, et les deux accès se touchent l'un l'autre: il y a alors imbrication, *subintrance*. Vous pressentez toute la difficulté qu'il y a pour le médecin dans l'administration opportune du quinquina et en même temps l'immense péril que court le malade, lorsqu'il vient à être pris de frisson presque immédiatement après le stade de sueur du précédent accès. Si le fébricitant est assez robuste pour résister à une première et à une seconde épreuve de ce genre, la troisième en général ne l'épargne pas, et il succombe.

Il faudra vous tenir sur vos gardes dès que vous aurez remarqué une prostration insolite et une exagération de chaleur et de sueur, à plus forte raison encore si l'accès est plus long que de coutume.

Les formes simples de la fièvre intermittente, la *quotidienne* et la *tierce*, comme chez les trois malades de notre service, ont bien aussi parfois des allures spéciales; elles se déguisent, prennent un masque, et s'habillent en névralgie sus-orbitaire, sciatique, gastralgique, entéralgique, néphrétique, hépatique, mais heureusement sans prendre le cachet de la perniciosité. J'ai insisté avec intention sur tous ces détails, car ils ont en pratique une valeur diagnostique considérable.

Traitement. — Couper la fièvre n'est pas synonyme de guérir la fièvre. On coupe une blennorrhagie avec du copahu, mais on ne la guérit pas; elle ne coule pas pendant huit ou dix jours, on lui a barré le chemin, on lui a croisé la bayonnette, mais elle prend des moyens obliques et elle décrit des circonvolutions pour réapparaître. La fièvre revient de même toutes les fois qu'on n'administre pas le quinquina avec le plus grand soin. La méthode de Sydenham est la méthode par excellence, et il n'y a point d'accès fébriles qui lui résistent. Je n'ai vu à Tours qu'une femme, atteinte du type *tierce*, qui se soit montrée rebelle à l'action du médicament; la fièvre n'a cédé chez elle qu'après l'expulsion d'un énorme paquet de vers. C'est, je le répète, le seul cas que j'aie observé, car j'ai toujours guéri et vu guérir les fièvres palustres légitimes par une thérapeutique bien entendue. Seulement la difficulté est d'autant plus grande que l'invasion de la pyrexie date de plus longtemps et qu'elle a apporté de plus profondes perturbations dans l'économie.

Une règle invariable et qui donne les meilleurs résultats, consiste à donner le quinquina le plus loin possible de l'accès à venir, immédiatement après la manifestation fébrile, et surtout à le donner à des doses assez élevées pour que la maladie soit promptement subjuguée. Le quinquina, administré à de faibles doses et pendant longtemps, est loin de produire des effets aussi rapides et aussi sûrs. La prescription de Sydenham était celle-ci:

Quinquina jaune royal, en poudre très-fine. .	32 grammes
Conserve de roses; sirop d'œillets. . . .	Q. S.

F. S. A. un électuaire, qu'on divise en douze doses. On en donne une tous les quarts d'heure, en commençant immédiatement après l'accès.

Aujourd'hui, nous formulons à peu près de même, seulement nous remplaçons le sirop d'œillets par du sirop d'écorces amères, et nous faisons faire un opiat que l'on roule en forme de petites boulettes, et que l'on prend à cinq ou six reprises différentes dans l'intervalle des accès. La dose de Sydenham est évidemment trop forte; celle de Torti (2 gros, c'est-à-dire près de 8 grammes) peut très-bien suffire, à la condition expresse qu'elle sera donnée comme nous venons de l'indiquer. Le quinquina peut être pris dans une infusion de café noir sucré; l'amertume de l'agent fébrifuge sera de cette façon passablement dissimulée.

Il convient d'employer le quinquina de préférence au sulfate de quinine, d'abord parce qu'il coûte cinq ou six fois moins cher, et ensuite parce qu'il s'assimile plus lentement et que son action est plus certaine. Lorsque vous avez prescrit à votre malade une solution acide de sulfate de quinine, vous pouvez, trois heures après, en trouver des traces non équivoques dans son urine, ce qui prouve que la dose totale de ce médicament n'a point été absorbée.

Le quinquina (8 grammes) ou le sulfate de quinine (1 gramme) doivent être prescrits deux jours de suite. La fièvre est coupée, mais non pas guérie: la diathèse reste. Pour prévenir le retour des accès, il faut lutter avec opiniâtreté contre la diathèse pendant un mois, pendant deux mois, et plus encore. Pour cela, après avoir donné le quinquina deux jours de suite, vous laissez reposer votre malade le troisième, puis vous revenez au médicament le quatrième; vous laissez alors s'écouler un intervalle de deux jours et vous redonnez le quinquina. En éloignant ainsi l'administration du fébrifuge et en la continuant de cette manière pendant assez longtemps, vous verrez que le quinquina est bien réellement une ancre de salut, et que grâce à lui vous arriverez à éteindre cette intoxication palustre sous l'empire de laquelle on contracte si facilement la fièvre.

Si vous avez affaire au type pernicieux, si les accès s'imbriquent, sont subintrants, ordonnez non plus du quinquina, parce qu'il s'assimilerait trop lentement, mais du sulfate de quinine, et à la dose de 2 grammes. Faites-le prendre à la fin du premier accès, quelques heures avant le début du second; vous ne serez pas alors sans avoir quelques chances de l'éloigner ou de le rendre simple.

Si la fièvre est *larvée*, elle sera plus difficile à atteindre. Contre cette forme qui s'accompagne de névralgie sus-orbitaire périodique si atrocement douloureuse, il vous faudra prescrire 1 gramme de sulfate de quinine pendant cinq ou six jours. Avant de cesser l'emploi du médicament, ne le faites jamais prendre à dose décroissante; c'est une détestable méthode, et la fièvre revient le plus souvent.

Du reste, n'allez pas croire que le retour de la pyrexie soit à jamais conjuré, malgré la plus intelligente manière avec laquelle vous ayez conseillé la préparation antifébrile; cela arrivera le plus souvent, il est vrai, mais il est des constitutions si profondément atteintes par les miasmes, des habitudes maladives si invétérées, que la fièvre réapparaîtra quand vous aurez suspendu le médicament pendant quelques jours. Vous avez été témoins, en effet, de ce qui s'est passé chez nos trois malades de la salle Sainte-Agnès, bien que six mois se soient écoulés depuis qu'ils ont quitté l'un notre conquête de Sébastopol, les deux autres notre sol d'Afrique: il nous a fallu leur prescrire le quinquina à la dose de 8 grammes huit jours de suite, et la fièvre est néanmoins revenue. C'est dans de pareilles occasions que le médecin est heureux de recourir à la formule de Sydenham, et qu'il doit ordonner en trente-six heures soit 32 grammes de quinquina, soit 2 grammes de sulfate de quinine, mais en ayant soin, pour que l'agent anti-fébrile soit non-seulement curatif, mais encore prophylactique, de le continuer de distance à distance pendant deux ou trois mois. Enfin, comme dans des cas aussi rebelles il y a anémie et leucémie, alliez au quinquina les préparations ferrugineuses; c'est toujours le conseil de Sydenham.

H. L. du S.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Sarcocèle cystique de l'épididyme.

(Observation recueillie par M. Félix Guyon, interne du service. Détermination de la nature anatomique de la tumeur, par M. Ch. Robin.)

Dans un travail présenté à la Société de biologie par l'un de nous (1), il a été démontré que les tumeurs appelées *sarcocèles encéphaloïde et cystique du testicule*, considérées jusqu'à présent comme appartenant au testicule, proviennent de l'épididyme, restent séparées du testicule par l'albuginée, respectent le tissu de celui-ci dont la structure normale est conservée, bien qu'il soit ordinairement étalé à la surface de la tumeur épididymaire. Ce sont par conséquent des tumeurs de l'épididyme et non du testicule, bien qu'elles aient été attribuées à ce dernier. Elles naissent dans l'épididyme et s'y développent, de telle sorte qu'elles s'étendent le long du cordon plutôt que d'envahir le testicule.

L'observation suivante confirme tellement les données de ce travail, indépendamment de ce que la structure de la tumeur qui en fait l'objet offre de remarquable, que nous croyons devoir la publier en entier.

Le nommé Dollée (Louis), âgé de vingt-quatre ans, menuisier, est entré le 11 avril 1856 à l'hôpital de la Charité (salle Sainte-Vierge, n° 1, service de M. le professeur Velpeau).

Cet homme est d'une forte et robuste constitution, grand, bien musclé, tempérament sanguin. Il a toujours vécu à la campagne, n'a jamais été malade, n'a eu ni urétrite ni chancres; pas d'excès sexuels, pas de chute, pas de coups sur la région malade.

Il y a dix mois, il s'aperçut par hasard qu'il existait en bas et en dedans du testicule gauche un point d'une dureté ligneuse; ce point, large comme la pulpe du doigt, ne faisait pas saillie, ne pouvait être isolé, ne déformait pas encore l'organe avec lequel il se confondait. Cette induration était douloureuse à la pression, mais elle n'a jamais été le siége de douleurs spontanées. Bientôt l'organe malade augmenta de volume, sa consistance devint à peu près homogène; son accroissement, rapide dans les premiers mois, parut s'arrêter un instant pour reprendre ensuite d'une manière graduelle et continue. Depuis sept semaines la tumeur paraît avoir acquis les dimensions qu'elle présente aujourd'hui.

Le malade consulta. Deux ponctions exploratrices pratiquées avec un trocart à hydrocèle donnèrent issue, la première à une douzaine de gouttes d'un liquide transparent, puis à du sang vermeil (un demi-verre à peu près); la seconde, à du sang seulement, mais en moindre quantité. Pendant un mois on fit des applications régulières de teinture d'iode; on tenta un traitement par l'iodure de potassium, qui ne fut pas suivi.

État actuel de la tumeur. — Le scrotum est tendu, lisse, brillant, coupé par quelques grosses veines sous-cutanées, parfaitement sain du reste, et mobile sur une masse qui le remplit entièrement. Cette masse est d'une pesanteur presque pathognomonique, et la valeur de ce signe ne saurait être récusée dans ce cas, ainsi que l'a fait remarquer M. Velpeau, qui prend toujours ce signe en sérieuse considération. Sa consistance est élastique, ferme, homogène; c'est un tout compacte dans lequel on ne saurait distinguer ni lobules ni lobes. Il existe cependant un léger étranglement vers la partie moyenne. Surface lisse, sans bosselures. Dans aucun point de la tumeur il n'existe de fluctuation manifeste. On perçoit cependant une vague sensation de fluctuation vers le centre de la masse. Celle-ci est appendue au cordon, qui est sain depuis l'entrée du canal inguinal et dans ce canal, lequel est parfaitement libre. Une pression en masse, même énergique, ne détermine aucune douleur; mais si l'on explore chacune des parties de la tumeur, on voit qu'elle est partout indolente, excepté dans un point très-limité que le malade avait lui-même reconnu depuis quelques mois, alors que la tumeur était déjà arrivée au tiers de son volume actuel. Ce point occupe l'extrémité inférieure de la tumeur, un peu en dedans, dans l'étendue d'une pièce de un franc. Cette douleur rappelle exactement la sensation que donne la pression du testicule. A ce niveau, du reste, il y a une sorte de bosselure qui semble indiquer, par son volume et par sa forme, que l'on a réellement affaire au testicule. Enfin la tumeur n'est le siége d'aucune douleur spontanée; son poids seul est gênant, et occasionne quelques tiraillements dans la région lombaire.

Il ne paraît pas y avoir de liquide dans la tunique vaginale. Deux ponctions pratiquées par M. Velpeau avec le trocart explorateur promené dans toute l'épaisseur de la masse, ne donnent issue qu'à une petite quantité de sang vermeil, et sont parfaitement indolores.

Tous les ganglions voisins sont exempts d'engorgement, tous les organes sont parfaitement sains. La santé générale est bonne, comme elle l'a toujours été.

Le diagnostic de cette affection, établi après discussion et examen différentiel des tumeurs solides qui pourraient être confondues avec celle-ci, fut le suivant: *Sarcocèle* (2) *se rapprochant, sans en avoir tous les caractères, du sarcocèle dit encéphaloïde, et probablement composé de parties de consistance et d'aspect non homogènes.*

L'opération, étant la seule ressource, fut immédiatement dé-

(1) Ch. Robin, *Mémoire sur l'origine épididymaire des tumeurs dites sarcocèles encéphaloïde et cystique du testicule* (lu à la Société de biologie dans sa séance du 26 janvier 1856). *Archives générales de médecine*, Paris, 1856. In-8°, t. VII, pages 526 à 543.

(2) M. Velpeau, tout en faisant remarquer le vague de cette dénomination qui embrasse tant de variétés de tumeurs, la préfère encore à toute autre plus significative en ce qu'elle ne préjuge en rien la structure de ces tumeurs.

cidée, afin de profiter de l'état d'intégrité des tissus voisins. La castration fut pratiquée le 15 avril par le procédé ordinaire, et terminée par la ligature en masse du cordon et section au-dessous du fil du pédicule de la tumeur, la plaie réunie avec des serres-fines. La seule particularité à mentionner est l'écoulement de quelques cuillerées d'un liquide analogue à celui de l'hydrocèle. La réunion est encore aujourd'hui incomplète, un épanchement sanguin abondant ayant distendu le scrotum dans la journée qui a suivi l'opération.

L'état général du malade est du reste très-satisfaisant, et il est en très-bonne voie de guérison de l'opération proprement dite.

Description de la pièce. — Le diamètre vertical de la tumeur mesure 0,145, le diamètre transversal sur la surface de section 0,115, la circonférence 0,260. La tunique vaginale est généralement épaissie et séparable en deux feuillets : l'un externe, celluleux, rougeâtre; l'autre, interne, blanc opaque, siége de l'épaississement, surtout considérable à la partie inférieure et interne de la tumeur. Dans sa portion externe et supérieure, la tunique vaginale est nettement dédoublée en deux feuillets blancs et opaques circonscrivant une assez large poche dans laquelle était contenu le liquide citrin qui s'est échappé pendant l'opération. L'adhérence de la tunique vaginale à la tumeur est généralement peu intime, et l'on peut facilement la détacher par simple traction. La surface extérieure apparaît alors parsemée de bosselures du volume d'une noisette à peu près, au nombre de quinze environ sur chaque moitié de la tumeur, mais beaucoup plus nettement accusées sur la moitié externe.

Les kystes dont nous avons parlé ont une teinte brunâtre, quelques-uns ont une teinte jaunâtre due au contenu que l'on aperçoit à travers la transparence de leur paroi externe. Ce contenu est liquide dans la plupart des kystes et plus ou moins coloré par du sang; ailleurs on trouve une plus ou moins grande proportion d'un tissu rougeâtre, fongueux, analogue aux fongosités articulaires. Ces kystes sont parfaitement limités par une membrane fibreuse très-épaisse. Dans presque tous, la membrane interne était doublée çà et là de plaques blanches plus ou moins épaisses, dont quelques-unes étaient emboîtées, mais facilement séparables.

Sur cette surface externe de la tumeur, on voyait encore un très-grand nombre de petits kystes à parois transparentes, de la grosseur d'un grain de chènevis, et contenant un liquide séreux et limpide.

On observait en outre dans la tumeur des grains d'un blanc mat, perlé, composés d'une coque externe, résistante et d'un contenu de même aspect, un peu plus mou, évidemment constitué par des lamelles concentriques. Dans quelques points, on trouve des dépôts de matière blanche ayant acquis le volume d'un petit pois; le contenu est alors plus mou, également lamelleux, et la membrane d'enveloppe reste alors adhérente à la tumeur comme celle des autres kystes.

Ces *grains perlés* étaient très-nombreux, et se rencontraient dans tous les points de la tumeur. On en trouvait jusqu'au-dessous de l'enveloppe fibreuse. Dans ces parties-là, ce n'étaient plus des grains solides ou plus mous vers le centre, mais des plaques d'un blanc de perle, étalées, aplaties entre la membrane fibreuse et le tissu propre de la tumeur, larges de 1 à 10 millimètres, et constituées par les mêmes éléments anatomiques décrits plus loin.

Il est une autre particularité que nous avons à signaler avant de quitter l'étude de la superficie de la tumeur. Sur son extrémité inférieure et la coiffant, existe une couche d'aspect grenu, de couleur rosée parsemée de capillaires très-fins, remontant seulement de 2 centimètres sur la face externe, remontant au contraire sur la face interne, qu'elle tapisse dans les trois quarts de son étendue, arrivant au sommet, sur lequel elle se recourbe pour revenir se perdre sur la face externe dans l'étendue de 0,04 centimètres. Cette couche est lâchement appliquée sur les parois sous-jacentes, sur lesquelles il est très-facile de la faire glisser, et dont elle est très facilement isolable. Elle offre sa plus grande épaisseur à l'extrémité inférieure, au point où la coque externe est elle-même plus épaisse. En ce point et dans une étendue de 2 à 3 centimètres carrés, elle a 1 à 2 millimètres d'épaisseur, tandis que partout ailleurs elle offre à peine 1 millimètre.

Si l'on saisit ce tissu avec les mors d'une pince fine, l'on voit qu'il s'étire en filaments flexueux qui semblent se dérouler sous la traction de la pince, et acquièrent jusqu'à 5 et 6 centimètres, puis se rompent. Ces filaments se retrouvent dans toute l'étendue de la couche signalée, et rappellent par leur aspect extérieur les tubes du testicule. Dans toute l'étendue de cette couche, en quelque point que l'on pratique l'expérience, l'on voit se reproduire le même phénomène. Quoi qu'il en soit, cette couche particulière est complétement et entièrement isolée de la tumeur proprement dite par une membrane fibreuse, blanche, vasculaire, épaisse de 1 millimètre au moins, continue avec la membrane d'enveloppe de toute la tumeur, semblable à celle déjà signalée sur la paroi externe.

La couche composée de filaments déroulables est parfaitement distincte, et son aspect diffère tellement de celui des autres portions de la tumeur, qu'il est impossible de s'y méprendre pour peu que l'attention y ait été portée.

Au centre de la tumeur est creusée une large cavité, pouvant loger une noix, très-anfractueuse, et remplie par une bouillie blanc rougeâtre formée de lamelles blanches semblables à celles déjà décrites. Dans quelques points ces lamelles sont très-morcelées, et alors cette matière rappelle celle des kystes sébacés. Cette cavité est pourvue d'une membrane enkystante.

Des cloisons fibreuses, très-nettement dessinées sur la coupe, partagent la tumeur en plusieurs lobes et lobules. Trois divisions sont surtout bien accusées, et on peut, par la dissection, séparer, imparfaitement cependant, la tumeur en un lobe moyen très-volumineux, et deux petits lobes supérieur et inférieur. Ceux-ci ont le volume, et jusqu'à un certain point, la forme, la consistance d'un gros testicule. Leur composition est la même que celle du reste de la tumeur; cependant le supérieur, creusé d'assez larges cavités kystiques, composé en partie de matières fongueuses, a un aspect un peu particulier. Rien cependant, dans la structure de ce lobe, ne rappelle le testicule, et ses deux portions sont, comme toute la tumeur, nettement séparées de la couche particulière plus haut décrite, par la membrane fibreuse déjà signalée.

Une portion de la tumeur nous reste encore à décrire. Cette portion, parfaitement distincte, occupe la partie supérieure et postérieure de la tumeur principale, où elle semble s'être creusé une loge; elle est facilement énucléable et a une enveloppe fibreuse propre; d'un rouge vineux à l'extérieur, elle offre sur la coupe cette même teinte plus foncée, marbrée de veinules et de petits points jaunâtres. Du reste pas de kystes, rien de ce qui a été vu dans le reste de la tumeur; sa couleur, sa consistance rappellent exactement ce qu'on est convenu de désigner sous le nom de tissu fongueux.

Le cordon, disséqué, paraît atrophié. Le canal déférent surtout a perdu de son volume, et n'a plus sa dureté caractéristique; ses éléments semblent se perdre dans le fongus que nous venons de décrire, mais il est impossible de les suivre plus loin. Le cordon, du reste, paraît sain.

Signalons, en terminant, la grande vascularité de toute la masse de cette tumeur.

(Nous exposerons dans un second article la texture intime de cette tumeur.)

RÉSECTION PARTIELLE DU CORPS DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE, DANS SA HAUTEUR,

pour l'ablation d'un ostéo-sarcome; guérison.

Par M. le docteur Négrin, chirurgien en chef de l'hôpital civil d'Alger.

Marguerite Wilhem, d'origine bavaroise, âgée de vingt-cinq ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, mariée, sans enfants, habitante du Fondouck, est entrée à l'hôpital de Mustapha-Inférieur le 7 septembre 1854 pour l'affection grave suivate.

Le bord alvéolaire de la mâchoire inférieure du côté droit présente au niveau des dents molaires deux tumeurs osseuses, du volume de deux petites noix. Elles sont, l'une interne, l'autre externe, et parfaitement distinctes. Deux dents intermédiaires ont dû être avulsées depuis plusieurs mois; les trois ostéides qui restent sont perdus dans une espèce de rainure, correspondant à l'ancienne arcade; cette région est aujourd'hui recouverte par une membrane gengivale tuméfiée et boursouflée entre les deux productions morbides. Il y a douleur sourde, parfois lancinante; la mastication se fait très-péniblement.

Marguerite Wilhem, placée dans le service des femmes blessées, sous la direction de M. le docteur Trollier, chirurgien en second de l'hôpital, fut soumise à mon examen dès les premiers jours de son admission. La base de la mâchoire me parut intacte, la saillie bilobulaire formée principalement, en dedans et en dehors, des lames du maxillaire. La branche de l'os était saine; les glandes cervicales et sous-maxillaires n'accusaient aucune altération. J'opinai pour la résection partielle des deux ostéo-sarcomes et la conservation de la continuité de la mâchoire.

Vers la fin du mois, l'honorable professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier, M. le docteur Bouisson, voyageant en touriste à Alger, nous honora de sa présence à l'hôpital; il était accompagné, dans sa visite, par notre savant et habile collègue de l'hôpital du Dey, le docteur A. Bertherand. Dans une consultation, à laquelle j'eus le regret, me trouvant absent, de ne point participer, ces estimables praticiens décidèrent que la résection partielle de la mâchoire était la seule amputation à tenter, sauf à retrancher d'autres portions, si l'indication surgissait pendant le manuel opératoire.

Quelques jours après, notre confrère M. Trollier se disposait à exécuter cette décision, quand un voyage inopiné pour la France l'enleva à son service, dont l'intérim me fut confié.

Dans l'espace d'un mois environ écoulé depuis ma première inspection des choses, le mal avait fait de rapides progrès. Les tumeurs avaient doublé de volume. L'interne gênait les mouvements de la langue et l'exercice de la parole. L'externe repoussait en dehors le buccinateur et le masséter. Par suite des difficultés de plus en plus grandes de la mastication, la nutrition était devenue insuffisante : quelques bouillons pouvaient à peine passer, et la malade menaçait de périr dans le marasme.

Marguerite Wilhem désirait ardemment être débarrassée d'une affection aussi douloureuse que repoussante. J'examinai donc de nouveau et avec beaucoup de soin l'état des parties osseuses et les tissus voisins pour bien m'assurer de l'opportunité de l'amputation partielle telle que je l'avais conçue de prime abord; rien ne modifiant cette manière de voir, je procédai à sa réalisation le 21 octobre.

Opération. — Après avoir disposé la malade convenablement, préparé l'appareil instrumental et fait chauffer plusieurs cautères pyramidaux commandés exprès pour la circonstance, je pratiquai une incision verticale étendue d'un centimètre en dehors de la commissure labiale droite jusqu'au niveau de la grande corne de l'os hyoïde. Parvenu à ce point, je la dirigeai, selon une courbure ménagée, vers le niveau de l'angle maxillaire. Le muscle peaucier fut détaché avec la peau; relevant ce grand lambeau semi-circulaire, à convexité inférieure, au-dessus du pavillon de l'oreille, je l'y fis maintenir par un aide, de cette façon l'intérieur de la bouche et la face externe du maxillaire inférieur se trouvaient à découvert jusqu'au masséter.

Un peu de sang fourni par des rameaux de la labiale, dont je pratiquai la torsion, arrêta seul ce premier temps, fort leste, de l'opération, et la tumeur externe, revêtue de la muqueuse buccale hypertrophiée, m'apparut dans sa nudité. Je disséquai la gencive vers sa base; puis, embrassant la production osseuse entre les mors d'une tenaille incisive, je pressai de toute la force de mes mains sur les branches de l'instrument. Une bonne portion du tissu malade très-dure céda : je revins à la charge une seconde fois pour enlever ce qui restait, après quoi je ruginai et cautérisai la surface émondée avec le fer plat.

Je n'aperçus qu'en ce moment, enfouies dans la profondeur du rebord alvéolaire, les deux molaires qui subsistaient encore. Leur implantation vicieuse permettait difficilement de les saisir avec la clef de Garengeot. Aussi leur extraction fut-elle laborieuse; une hémorrhagie très-inquiétante provenant des vaisseaux nourriciers suivit l'évulsion. Il fallut lui opposer plusieurs cautérisations, de là quelques retards dans l'opération.

Restait la tumeur interne; elle formait un relief de 3 centimètres de diamètre à sa base, et de 5 ou 6 à son sommet. Faute d'un instrument approprié, tel que le sécateur, dont l'illustre Dupuytren fit usage en pareille occurrence, force me fut d'employer une tenaille incisive courbe; malheureusement, les mors de la seule pince que j'eusse à ma disposition ne pouvaient embrasser au delà du tiers de la circonférence de la tumeur; je dus l'entamer par fractions, et je ne l'eus détruite entièrement qu'après six ou sept tentatives partielles. La place fut ruginée et cautérisée, comme pour la saillie externe. Je pris toutes les précautions voulues pour ne pas brûler la langue.

Enfin, après certitude acquise que toutes les parties affectées avaient été extirpées, et que les sections osseuses offraient partout une surface parfaitement saine, je ramenai en place le lambeau cutané, et l'assujettis par quatorze points de suture. On pansa à plat, et un chevestre simple maintint l'appareil.

Pendant les premières vingt-quatre heures, la malade, qui avait supporté avec courage une si longue épreuve, ne prit que quelques cuillerées de potion cordiale. Deux jours après, elle avalait du bouillon. Le quatrième jour, à la levée du pansement, la plaie accusait une grande tendance à la réunion immédiate, si bien que, le lendemain, nous pûmes retirer tous les points de suture. A la fin de la semaine, Marguerite Wilhem mangeait de copieux potages. Tout pansement fut supprimé comme superflu.

La malade sortit du lit le dixième jour, et commença à mâcher des aliments solides.

Le 5 novembre, quinze jours après avoir été opérée, elle demandait sa sortie, et retournait, accompagnée de son mari, à sa demeure du Fondouck.

J'ai revu souvent depuis cette femme, qui jouit maintenant d'une très-heureuse santé. Tout récemment, elle s'est présentée chez moi, mère et nourrice d'un très-bel enfant. Aucun retentissement de son ancienne affection ne se dénote en elle.

(*Gazette médicale de l'Algérie.*)

MÉMOIRE

SUR LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE URÉTRALE

PAR LES INJECTIONS CAUSTIQUES, RÉCURRENTES ET LIMITÉES,

Par M. le Dr Edmond Langlebert.

L'idée d'employer l'azotate d'argent, ce modificateur si puissant des muqueuses enflammées, pour guérir la blennorrhagie urétrale n'est pas nouvelle. Carmichaël, en Ecosse, Burnett-Lucas, en Angleterre, Serre (de Montpellier), en 1837, et M. Debeney, en 1843, ont tour à tour proposé d'injecter dans l'urètre des solutions caustiques d'azotate d'argent, soit comme moyen abortif de l'urétrite à son début, soit comme traitement général de cette maladie à toutes ses périodes.

Malheureusement les injections caustiques faites sans mesure et imprudemment poussées jusque dans les parties profondes de l'urètre, donnèrent lieu à divers accidents (douleurs violentes, syncopes, hémorrhagies, abcès urétraux, inflammation du col de la vessie, épididymite et orchite, dysurie, etc.) qui forcèrent bientôt la plupart des praticiens à renoncer à ce mode de traitement, malgré ses résultats avantageux dans beaucoup de cas. On revint naturellement à la pratique ordinaire, c'est-à-dire à l'emploi des antiphlogistiques, des astringents et des médicaments spéciaux, copahu et cubèbe.

Préoccupé des inconvénients graves attachés à l'usage interne de ces deux derniers médicaments, de l'incertitude et de la durée souvent très-longue du traitement; considérant d'ailleurs que la blennorrhagie simple, étant toujours une maladie locale, devait être traitée de préférence par des moyens directs et locaux, je résolus de remettre en usage le procédé empirique de Carmichaël, Burnett-Lucas, etc., mais en le modifiant de telle sorte qu'il devînt une méthode rationnelle, exempte de tout danger et d'une application toujours facile.

Pour cela, j'imaginai de borner, *dans tous les cas*, les injections caustiques à la partie antérieure du canal de l'urètre, dans une étendue de 5 à 6 centimètres seulement. De cette manière, je rendais l'injection tout à fait inoffensive, et son efficacité, comme agent substitutif, devait être certaine toutes les fois que l'inflammation, ce qui arrive le plus fréquemment, ne dépasserait pas les limites de l'injection. Mais l'expérience me démontra bientôt que non-seulement les injections caustiques ainsi limitées guérissaient rapidement les blennorrhagies bornées à la partie antérieure du canal, mais encore la plupart de celles qui siégent dans les parties profondes, jusqu'au col de la vessie; soit que dans ce dernier cas l'injection agît comme révulsif, soit que son effet substitutif s'étendît au delà des points touchés par le liquide.

Le premier fait établi, j'apportai une autre modification au pro-

cédé : au lieu d'employer, comme on l'avait fait jusqu'alors, les injections caustiques à dose invariable (1 gramme d'azotate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée, je graduai leur causticité selon les différentes formes de la maladie. De cette façon, la méthode devint plus facilement applicable à toutes les périodes de la blennorrhagie urétrale, aiguë ou chronique.

Pour limiter d'une manière certaine l'injection à la partie antérieure de l'urètre, j'imaginai, en avril 1854, la *seringue à jet récurrent*, dont je confiai l'exécution à M. Mathieu. Ce petit instrument, aujourd'hui très-connu, se compose d'un corps de pompe muni d'une canule en platine ou en ivoire de 5 à 6 centimètres de longueur, et dont l'extrémité libre se termine par un renflement olivaire. Au-dessous de ce renflement sont quatre petits trous percés très-obliquement d'avant en arrière, de telle sorte que le liquide poussé par le piston revient forcément sur lui-même et ne peut en aucune façon être lancé au delà de la canule, qui sert ainsi de limite à l'injection (1).



Ces principes posés, voici les règles qu'il convient de suivre dans l'application de la méthode :

1° *Composition du liquide.* — L'expérience m'a conduit aux quatre formules suivantes :

Eau distillée,	30 grammes.	Azotate d'argent,	1 gramme.
id.	25 »	id.	1 »
id.	20 »	id.	1 »
id.	15 »	id.	1 »

Le choix de l'une de ces formules est subordonné à l'état inflammatoire de l'urétrite : *le degré de causticité de l'injection doit être en raison inverse du degré de l'inflammation.* Ainsi, s'il s'agit d'une blennorrhagie très-aiguë, on emploiera d'abord la solution au trentième, c'est-à-dire la plus faible. Si la blennorrhagie est de moyenne intensité, on fera usage de la solution au vingt-cinquième ou au vingtième. Enfin, si la blennorrhagie est tout à fait indolente et ne se manifeste que par un simple écoulement blanc ou jaunâtre, on injectera la solution au vingtième ou au quinzième.

2° *Injection.* — La seringue étant chargée de l'une des solutions précédentes, on introduit lentement la canule dans l'urètre jusqu'au corps de pompe; on incline la verge en bas, et on pousse très-doucement le piston. Le liquide, revenant sur lui-même, cautérise légèrement la portion de l'urètre dans laquelle la canule est engagée, et s'échappe goutte à goutte par le méat. L'injection terminée, on retire lentement la canule en lui imprimant un léger mouvement de rotation sur son axe, afin d'appliquer plus exactement sur tous les points de la muqueuse le liquide qui reste encore dans le canal.

La douleur que provoque cette injection varie selon la violence de l'inflammation blennorrhagique et selon le degré de sensibilité des individus ; elle est d'ailleurs toujours supportable, souvent même assez faible. Peu de temps après, un liquide séreux, quelquefois sanguinolent, sort de l'urètre ; une sécrétion purulente s'établit ensuite, et donne lieu à un écoulement abondant et très-épais, mêlé de pellicules blanchâtres. Ces phénomènes durent généralement de douze à vingt-quatre heures, puis le canal se dessèche ou devient le siége d'une légère sécrétion de mucus filant qui tend à disparaître en quelques jours.

3° *Nombre des injections.* — Dans quelques cas, une seule injection suffit pour amener la guérison ; mais le plus souvent l'écoulement, après avoir été un instant supprimé ou réduit à très-peu de chose, reparaît plus ou moins abondant, ce qui est l'indice de la persistance de la blennorrhagie. Il est rare cependant que l'écoulement revienne aussi abondant qu'il était d'abord ; presque toujours les phénomènes inflammatoires qui l'accompagnaient ont disparu ou au moins diminué beaucoup d'intensité. Il faut alors faire une nouvelle injection, un peu plus forte que la première. Si cette seconde injection est elle-même insuffisante, on en fait une troisième, une quatrième, une cinquième, etc. Il est rare qu'il faille plus de cinq ou six injections pour amener la guérison d'une urétrite aiguë ; le plus souvent trois ou quatre suffisent, si elles sont bien graduées et faites à des intervalles convenables.

4° *Intervalles des injections.* — La seconde injection doit être faite *trois jours* après la première ; la troisième, *quatre jours* après la seconde; les suivantes, de *cinq en cinq jours.* Lorsqu'on est arrivé à la cinquième injection, il ne faut pas trop se hâter d'en faire une sixième. Le plus ordinairement la blennorrhagie est réduite alors à un faible suintement muqueux, qui disparaît peu à peu sous l'influence de quelques moyens adjuvants.

5° *Moyens adjuvants.* — Les injections caustiques, pratiquées selon les règles qui précèdent, suffisent à elles seules pour guérir la blennorrhagie urétrale. Il est utile cependant d'y ajouter quelques moyens accessoires qui soutiennent et favorisent leur action. Ainsi, dans les intervalles qui les séparent, le malade doit faire quatre ou cinq injections par jour avec la solution suivante :

Eau de roses.	100 grammes
Sulfate de zinc.	20 à 30 centigr.

Ces injections doivent être faites avec la seringue ordinaire, en commençant le lendemain du jour où l'injection caustique a été pratiquée. Lorsque l'inflammation est intense, on y ajoute 1 ou 2 grammes de laudanum de Sydenham ou de Rousseau. Vers la fin du traitement, si le suintement muqueux qui annonce la terminaison de l'urétrite tend à se prolonger, on fait prendre à l'intérieur soit du citrate de fer, soit de l'eau de goudron édulcorée avec du sirop de Tolu; on continue les injections au sulfate de zinc, mais en réduisant leur nombre à deux ou trois par jour, jusqu'à ce que tout écoulement ait disparu. On doit même conseiller aux malades de faire encore une injection matin et soir pendant plusieurs jours après la guérison, afin d'éteindre complétement cette disposition morbide qui succède si souvent à l'urétrite, et qui tend à reproduire la maladie.

6° *Hygiène.* — Cette méthode n'exige pas un régime de vie aussi sévère que celui auquel on condamne les malades que l'on traite par les moyens ordinaires. On peut sans inconvénient permettre l'usage du vin rouge aux repas, du café, et même des liqueurs alcooliques en petite quantité; mais on doit défendre la bière, le cidre, le vin blanc, le thé et toutes les boissons qui excitent trop vivement la sécrétion urinaire. Pour la même raison, les malades devront éviter de manger des asperges. Il est inutile d'ajouter que les rapports sexuels doivent être absolument interdits, non-seulement pendant la durée du traitement, mais encore pendant quinze jours au moins après la cessation de tout écoulement. Il ne faut pas oublier que la blennorrhagie urétrale, quel que soit le traitement employé pour la guérir, exige une convalescence assez longue, pendant laquelle il faut être d'une extrême prudence, sous peine de voir la maladie renaître ou passer à l'état chronique.

Telles sont les règles qu'il convient de suivre dans le traitement local de l'urétrite aiguë ou chronique par la méthode des injections caustiques récurrentes et limitées. Deux années d'une pratique étendue à plus de deux mille malades traités publiquement à ma clinique devant de nombreux élèves, et dans ma clientèle privée, m'ont convaincu que cette méthode, aujourd'hui très-répandue, est de beaucoup supérieure à l'usage interne du copahu et du cubèbe, dont l'action sur l'économie est loin d'être toujours inoffensive.

Ce qui établit mieux encore l'avantage de ce mode de traitement, c'est qu'il supprime la plupart des accidents ordinaires de l'urétrite. Sur le grand nombre de malades que j'ai traités, je n'ai observé que huit cas d'épididymite; et encore, à l'exception d'un seul, était-ce sur des malades qui étaient venus me consulter à une époque très-éloignée du début de leur blennorrhagie. Sur aucun je n'ai vu se produire la lymphite du prépuce, les abcès péri-urétraux, la dysurie ou toute autre des complications qui se montrent si fréquemment dans le cours des urétrites traitées par les moyens ordinaires. Quant aux rétrécissements de l'urètre, la limitation des injections caustiques à une très-petite étendue de la partie antérieure du canal éloigne tout danger de ce genre.

(1) L'idée première des injections récurrentes appartient à M. Chassaignac. Cet habile et ingénieux praticien a inventé, il y a plusieurs années, une sonde à jet récurrent dont il s'est servi pour faire des irrigations continues dans l'urètre.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 avril 1856. — Présidence de M. BINET.

Procédé opératoire qui simplifie les cas graves de paraphimosis. — M. Malgaigne adresse sur ce sujet une lettre dont voici un extrait :

« ... Pour cet étranglement, comme pour les étranglements herniaires, on cherche d'abord à opérer la réduction, et l'on y réussit le plus souvent. Mais quand la réduction est impossible, on conseille alors, de même que dans les étranglements herniaires, de diviser la bride qui étrangle, et au besoin de répéter cette section sur deux ou trois points. Or, on diminue bien ainsi les accidents de l'étranglement, mais la réduction n'en demeure pas moins impossible; du moins, pour mon compte, je ne l'ai jamais vu obtenir après une semblable opération. Quelle est la raison de cet insuccès? C'est que l'anneau préputial, en déterminant l'inflammation, l'ulcération, quelquefois même la gangrène des parties qu'il étrangle, commence par épaissir le tissu cellulaire sous-jacent, et par organiser des adhérences étendues entre la couche tégumentaire et les corps caverneux. Le débridement, même répété, ne détruit pas ces adhérences, et ne suffit pas dès lors à la réduction; tandis que la destruction de ces adhérences, même sans débridement, suffit pour permettre de ramener les parties à leur place.

» Ainsi, l'étude de l'affection m'a conduit à distinguer un élément nouveau, laissé jusqu'à présent dans l'ombre; la constatation de cet élément entraînait une indication nouvelle; et voici maintenant comment j'ai rempli cette indication.

» Un jeune homme est entré dans mon service le 11 de ce mois, pour un paraphimosis datant de cinq jours; et déjà on voyait sur le dos du pénis une ulcération superficielle embrassant plus de la moitié de la circonférence de l'organe. Les internes essayèrent vainement la réduction. Le lendemain, à la visite, je ne fus pas plus heureux; les adhérences des téguments avec les corps caverneux y opposaient un obstacle insurmontable. Je glissai à plat, entre les téguments et les corps caverneux, un bistouri étroit, à l'aide duquel je divisai ces adhérences dans l'étendue de 1 centimètre. Cela ne suffit point. Je reportai dans l'incision un bistouri boutonné, pour compléter la division des adhérences dans toute leur étendue; et la réduction fut obtenue avec la plus grande facilité. Dès le lendemain, l'engorgement du prépuce avait diminué; le troisième jour, l'ulcération était cicatrisée, et l'opéré est sorti le 20 avril, guéri déjà depuis plusieurs jours, et sans avoir éprouvé aucune espèce d'accident. »

Nids d'hirondelle salangane. — M. Hutin, médecin en chef des Invalides, envoie plusieurs nids d'hirondelle salangane, recueillis il y a cinq ans dans une grotte des environs de Java, par le voyageur qui lui en a fait don. M. Hutin a pensé qu'à raison des communications qui ont été faites récemment à l'Académie touchant la composition de ces nids, il pourrait y avoir quelque intérêt pour la science à faire examiner ceux qu'il offre aujourd'hui, et qui sont dans un parfait état de conservation.

« Les habitants du pays, dit M. Hutin, pensent généralement que les salanganes composent ces nids avec du frai de poisson, et que l'opinion des personnes qui en regardent la matière comme le produit d'une sécrétion particulière à ces petits oiseaux, est due à ce que l'on voit des fils de cette substance visqueuse pendre souvent de leurs becs à l'époque où ils la ramassent pour s'en servir. Il paraît que chaque nid reçoit habituellement deux œufs seulement. »

(Une commission composée de MM. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, Payen et Montagne, est invitée à examiner ces nids.)

— M. Wanner envoie une note ayant pour titre : *De la capillarité, théorie de la circulation sanguine*, note qui fait suite à celle que l'auteur avait présentée dans la séance du 31 décembre dernier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 avril 1856. — Présidence de M. HUGUIER.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. le président annonce la mort de M. Vidal (de Cassis), un des membres fondateurs de la Société.

Sur la proposition de M. le président, la Société décide qu'elle ne tiendra pas de séance.

Une commission est tirée au sort pour assister aux obsèques de M. Vidal. Cette commission est composée de MM. Monod, Guersant, Larrey, Desormeaux, Danyau, Jarjavay, Voillemier, Chassaignac, Gosselin, Marjolin.

Le secrétaire, E. LABORIE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 23 avril, M. le professeur Denonvilliers est transféré de la chaire d'anatomie dans la chaire de pathologie chirurgicale, vacante par suite du décès de M. Gerdy.

— Par arrêté du 7 mars dernier, un concours pour trois places d'agrégés dans la section de médecine et pour une place dans la section de chirurgie à la Faculté de Montpellier, s'ouvrira dans cette ville le 2 janvier prochain.

— Le concours pour la place d'aide d'anatomie à la Faculté de Montpellier vient de se terminer par la nomination de M. Dubrueil fils.

— Aux détails que nous avons donnés dans notre numéro de jeudi dernier, 24, sur l'état sanitaire de l'armée d'Orient, nous joignons aujourd'hui de nouveaux renseignements sur les dispositions et les mesures hygiéniques adoptées pour le retour des troupes en France.

« Avant l'embarquement pour le retour en France, chaque homme est soumis aux soins de propreté les plus attentifs : les bains savonneux y tiennent le premier rang, et ces bains se renouvellent à l'arrivée. Les baignoires nécessaires ont été disposées à cet effet sur les points d'embarquement et de débarquement par les ordres prévoyants de l'administration centrale.

» Les miasmes contagieux se transmettant avec la plus grande facilité par les effets d'habillement et de petit équipement, des instructions ont été données pour le lavage ou la fumigation de tous ceux dont se compose le sac du soldat.

» A l'arrivée dans l'un des camps indiqués pour premier emplacement aux corps de troupe revenus d'Orient, il est passé une revue de santé sévère, où les hommes sont classés en trois catégories : les malades, les douteux et les bien portants. Ceux de la première catégorie sont immédiatement conduits à l'hôpital, et les dispositions ont été prises de telle sorte que là aussi les hommes atteints de maladies contagieuses soient séparés des autres. Les effets apportés par ces hommes sont assainis, puis envoyés aux dépôts de leurs corps, qu'ils rejoignent eux-mêmes après guérison avec les effets de lingerie frais que l'hôpital leur a fournis.

» Les hommes de la deuxième catégorie passent à la première ou à la troisième après un certain nombre de jours d'observation, selon que leur état s'est modifié en mal ou en bien.

» Après un séjour suffisant au camp pour assurer le complet assainissement de leurs effets et pour détruire toute cause d'inquiétude, les hommes classés comme bien portants doivent partir pour les destinations définitives qui leur sont assignées.

» Ces mesures, d'une prudence poussée aux dernières limites, ont pour but de constater l'état sanitaire complétement satisfaisant des troupes, et de rassurer les populations contre les craintes même les plus exagérées d'importation de la maladie. » (*Moniteur de l'armée.*)

— Pendant sa dernière maladie, M. le professeur Riberi (de Turin) a eu l'honneur de recevoir la visite de S. M. le roi Charles-Emmanuel, qui, en souvenir des soins constants prodigués en toute occasion par le célèbre médecin à son auguste famille, l'a forcé, avec une grâce toute royale, à accepter pour le temps de sa convalescence un appartement dans le château de Moncalieri.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Barraud, né à Aunac (Charente) ; *Essai sur l'emploi des bains en hygiène.*

Morel, né au Puy (Haute-Loire) ; *Recherches à propos de la transfusion du sang.*

Piéplu, né à Paris (Seine) ; *Quelques réflexions sur les ulcérations simples du col de l'utérus.*

Bréchet, né à Saint-Georges-sur-Loire (Maine-et-Loire) ; *De l'influence du régime alimentaire sur la production des maladies.*

Le Gérant, ...

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 MAI 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

Trois lectures intéressantes ont occupé tout le temps de cette séance.

Nous ne dirons rien aujourd'hui des savantes recherches hématologiques de M. Parchappe, qui vont devenir le texte d'une discussion prochaine ; on trouvera d'ailleurs, dans le compte rendu, un résumé de ce grand travail assez développé pour se faire une idée de son ensemble et se fixer d'avance sur les points qui pourront plus particulièrement prêter à la discussion. Nous gardons la même réserve à l'égard de la dissertation historique de M. Josat sur l'origine et la signification des diverses dénominations de l'épilepsie, dont nous espérons pouvoir mettre prochainement quelques fragments sous les yeux de nos lecteurs. La troisième lecture dont il nous reste à parler est celle de M. Ménière sur l'étiologie de la surdi-mutité congénitale.

La recherche des causes de la surdi-mutité est peut-être un des problèmes les plus vastes et les plus compliqués de l'étiologie; il se rattache, en effet, aux questions les plus élevées d'hygiène et d'économie sociale. Aussi n'est-ce pas ce problème dans toute son étendue que M. Ménière s'est proposé de résoudre dans ce travail ; restreignant les limites de ce vaste sujet, il a eu seulement en vue l'étude des causes principales, de celles qui ont en quelque sorte un caractère spécifique, et qui lui ont paru capables de fournir l'indication de mesures préventives efficaces. Ainsi réduite, la question est encore excessivement large, comme on va le voir.

Il y a une quinzaine d'années environ, dans un travail semblable à celui-ci, M. Ménière avait déjà formulé cette proposition, qui pouvait alors paraître très-sujette à contestation : « que la surdi-mutité est héréditaire, ou du moins qu'elle est une conséquence directe d'un état pathologique spécial des parents. » C'est au développement de cette formule étiologique qu'est principalement consacré son nouveau mémoire.

Nous disons que cette proposition pouvait paraître alors sujette à contestation. En effet, pendant longtemps les recherches faites dans le but d'éclairer ce point de l'histoire de la surdi-mutité ont donné des résultats négatifs. Mais, ainsi que l'a fait remarquer avec raison M. Ménière, la vérité en statistique est rarement absolue (en tant qu'elle ne repose que sur des données limitées et nécessairement insuffisantes, comme cela a presque toujours lieu dans des questions de cette nature). Ce que des chiffres avaient nié longtemps, de nouveaux chiffres l'ont affirmé; c'est-à-dire que de nouveaux faits, convenablement observés, sont venus démontrer que des sourds-muets avaient donné le jour à des enfants sourds-muets comme eux. Toutefois, hâtons-nous de le dire, ces faits de succession héréditaire directe sont encore trop peu nombreux pour qu'on ne pût objecter qu'ils ne constituent qu'une exception.

La contestation peut donc encore être considérée comme instante. Aussi, n'est-ce pas sur ces faits que M. Ménière s'appuie pour démontrer sa proposition ; mais en élargissant le sens de l'hérédité, et à l'exemple de ce qu'a fait M. Moreau (de Tours) pour la recherche de l'étiologie de l'épilepsie, étendant les conditions de l'hérédité à toutes les circonstances de la génération susceptibles de constituer une simple prédisposition, il a pu ainsi rattacher dans presque tous les cas recueillis par la statistique l'origine de la surdité, soit à des affections intra-utérines ayant leur source dans un état pathologique de la mère, soit à l'une de ces causes plus générales et malheureusement si communes dans certaines contrées, qui amènent à leur suite une détérioration, une dégénération graduelle de l'espèce, dont la surdi-mutité n'est elle-même qu'une des mille expressions. M. Ménière a emprunté un puissant argument en faveur de la légitimité de cette thèse, dans le rapprochement des statistiques de la surdi-mutité de celles qui établissent la répartition comparative des moyennes de la vie humaine, qui signalent les points du globe où l'espèce est le plus dégénérée. Or, il résulte de ce rapprochement que c'est justement dans les contrées où la moyenne de la vie atteint son minimum, et où l'on constate le plus de signes réunis de décadence et d'altération de l'espèce, que l'on trouve la plus grande proportion de surdi-mutités congénitales. La statistique, faite ici sur une grande échelle, et par conséquent dans les meilleures conditions pour éviter les causes d'erreur, a confirmé, dans cette circonstance, les prévisions de la théorie. Enfin, parmi les conditions qui lui ont paru concourir le plus activement à reproduire et à perpétuer cette triste infirmité dans certaines contrées, il en est une sur laquelle M. Ménière a beaucoup insisté dans son travail, et qui mérite au plus haut point d'appeler l'attention sérieuse et la méditation des économistes et des législateurs plus encore que des médecins, c'est la trop grande latitude laissée par la loi au mariage entre consanguins, et l'abus qui est fait de cette latitude dans un grand nombre de petites contrées...

On voit, par ce peu de citations, de quel intérêt est la lecture de M. Ménière. — Dr Brochin.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Tableau des opérations pratiquées ou des blessés reçus à l'hôpital militaire de Péra en 1855.

Nous recevons de M. le docteur C. Cambay, médecin principal, chef de l'hôpital de Péra, le compte rendu suivant des grandes opérations (amputations, désarticulations et résections) qui ont été pratiquées dans cet hôpital sur des blessés de l'armée de Crimée. Nous nous empressons de mettre cet intéressant document sous les yeux de nos lecteurs.

	OPÉRATIONS.	Pratiquées en Crimée. Entrés.	Évacués.	Guéris.	Morts.	Pratiquées a Péra. Entrés.	Évacués.	Guéris.	Morts.
Amputations.	D'un ou de plusieurs métacarpiens.	6	»	6	»	6	»	6	»
	De l'avant-bras.	31	23	2	6	37	15	10	12
	Du bras.	136	58	32	46	54	22	10	22
	D'un ou de plusieurs métatarsiens.	8	8	»	»	»	»	»	»
	De la jambe (partie inférieure).	15	5	3	7	27	15	5	7
	— (partie supérieure).	46	22	9	15	34	12	6	16
	De la cuisse.	50	11	4	35	77	17	10	50
	Totaux.	292	127	56	109	235	81	47	107
Désarticulations.	D'une ou de plusieurs phalanges.	1	1	»	»	8	»	8	»
	D'un ou de plusieurs doigts.	13	2	10	1	13	5	3	5
	Carpo-carpienne.	»	»	»	»	18	8	7	3
	Du poignet.	1	»	»	1	8	4	2	2
	Du coude.	1	»	»	1	12	4	»	8
	De l'épaule.	11	3	2	6	26	8	6	12
	D'un ou de plusieurs orteils.	9	6	»	3	26	16	2	8
	D'un ou de plusieurs métatarsiens.	»	»	»	»	10	6	»	4
	Tarso-métatarsienne.	2	1	»	1	»	»	»	»
	Médio-tarsienne.	4	1	»	3	4	2	1	1
	Médio-astragalienne.	»	»	»	»	2	1	»	1
	Tibio-fémorale.	3	»	»	3	8	2	»	6
	Coxo-fémorale.	»	»	»	»	3	»	»	3
	Totaux.	45	14	12	19	138	56	29	53
Résections.	Du radius.	»	»	»	»	2	1	1	»
	De l'humérus.	2	»	»	2	4	2	»	2
	De la clavicule.	1	»	»	1	»	»	»	»
	Des métatarsiens.	»	»	»	»	8	6	»	2
	Du péroné.	»	»	»	»	7	6	»	1
	Du tibia.	»	»	»	»	2	1	»	1
	Totaux.	3	»	»	3	23	16	1	6

Ces opérations, ainsi qu'on peut le voir par ce tableau, ont été suivies d'une très-grande mortalité, dont il serait difficile de se rendre compte partout ailleurs que sur les lieux mêmes.

Les causes de ces nombreux insuccès sont les circonstances particulières dans lesquelles se sont trouvés les militaires, soit au moment où ils ont reçu leur blessure sur le champ de bataille, soit après. Il serait trop long de les énumérer toutes ; il suffira de signaler seulement les plus importantes. La plupart de ces causes sont débilitantes : telles sont la prostration nerveuse ; la tension continuelle des esprits de ces militaires, dont la vie était sans cesse menacée ; les privations de sommeil ; l'absence de bonne viande fraîche, susceptible de réparer les pertes des parties solides du sang, et d'un vin généreux capable de réparer les pertes liquides de ce fluide vivant et d'exciter la calorification de toute l'économie ; les miasmes animaux et végétaux qui se dégagent continuellement de ce sol si restreint où chaque pas foule des débris d'os humains ou animaux ; les émanations putrides des matières fécales de tant d'hommes et d'animaux agglomérés ; les intempéries des saisons ; l'insuffisance des abris contre les vicissitudes et les brusques variations atmosphériques.

En second lieu, il est d'autres causes qui, réunies aux précédentes, ont plus particulièrement contribué à l'insuccès des opérations consécutives; ce sont les souffrances supportées durant plusieurs jours d'une traversée longue et pénible, pendant laquelle les blessés restaient sans pansement ; l'encombrement dans les cabines et l'insalubrité de l'air qu'on y respirait ; une nourriture peu appropriée à leur état morbide ; et enfin le transport douloureux de l'ambulance au navire et de celui-ci à l'hôpital.

L'hôpital de Péra a presque toujours été encombré, surtout après les grandes batailles de Sébastopol. Sa situation au bord de la mer, près du quai de débarquement, et l'éloignement des autres hôpitaux, tels que l'Ecole préparatoire, l'Ecole militaire et le Terrain de manœuvres, étaient cause que, lorsqu'on débarquait des blessés et des malades, on dirigeait vers les points les plus éloignés les hommes qui avaient conservé l'usage de leurs jambes, et l'on apportait à Péra presque tous ceux qui ne pouvaient être transportés que sur un brancard. Il est résulté nécessairement de cette disposition, excellente d'ailleurs sous le point de vue de l'humanité, que l'hôpital de Péra recevait presque toujours des soldats gravement blessés et souvent des mourants.

Enfin, le scorbut, la pourriture d'hôpital, la gangrène, les hémorrhagies consécutives, l'ostéo-myélite, la diarrhée, la dyssenterie, le choléra, les complications bilieuses, le typhus et l'état typhoïde ou adynamique, ont fréquemment entravé la guérison ou causé la mort lorsque les plaies étaient cicatrisées. En effet, nous avons vu fréquemment la gangrène et la pourriture d'hôpital détruire, soit subitement, soit à la longue, la plus grande partie des muscles et de la peau des moignons ; il survenait alors des hémorrhagies qu'il fallait arrêter. L'anémie s'ensuivait nécessairement, et venait encore retarder la guérison de ces malheureux.

Un grand nombre d'amputés ont été évacués sur la France en bonne voie de guérison et avant la cicatrisation complète de la plaie. Cette mesure était commandée par le désir de soustraire les blessés aux circonstances fâcheuses dans lesquelles se trouvaient les hôpitaux de Constantinople, ou par la demande réitérée des blessés eux-mêmes, et enfin par les ordres de l'intendance, qui avait absolument besoin de places pour recevoir les malades arrivant journellement de Crimée.

Le besoin de lits, à Péra, a été souvent si pressant qu'on évacuait parfois le matin deux cents hommes pour en recevoir autant dans la journée. Ce renouvellement continuel des malades a augmenté considérablement la longueur des visites et fatigué beaucoup les médecins traitants.

On voit par cet état de choses que Péra pouvait être considéré comme une hôtellerie où il ne restait que les moribonds et les mourants ; ce qui, avec l'encombrement, concourait à entretenir la pourriture d'hôpital et la gangrène.

Toutefois ce n'est qu'après la chute des ligatures, et lorsque l'état général du blessé et l'état local de la plaie étaient satisfaisants, que l'évacuation a été faite, et il est probable que la très-grande majorité, si ce n'est la totalité des amputés évacués, a survécu à l'opération.

Un grand nombre de blessés russes ont été conduits à l'hôpital. La plupart ne voulurent pas d'abord se laisser amputer, et ce ne fut que fort tard, lorsque la suppuration, la fièvre et la dyssenterie les avaient épuisés, qu'ils y consentirent. On les opéra alors dans de mauvaises conditions, et cependant on y recourut toutes les fois que cela fut jugé nécessaire pour leur sauver la vie. Beaucoup d'entre eux succombèrent à la suite de ces amputations trop tardives.

En réfléchissant à la grande mortalité qui a suivi les amputations secondaires, surtout les amputations de la cuisse et du genou, nous pensons qu'il y aurait eu souvent de l'avantage à ne pas opérer. Quoiqu'on ne fît à Péra aucune amputation grave avant de se réunir en consultation sous la présidence du médecin en chef, cependant nous regrettons de n'avoir pas insisté davantage sur la nécessité de n'amputer que dans des cas où le succès paraissait certain. A l'avenir, si nous nous trouvions dans les mêmes circonstances

nous insisterions plus fortement sur les principes de la chirurgie conservatrice.

Parmi les exemples que nous pourrions citer à l'appui de ce qui précède, nous allons rapporter quelques observations de résection du péroné où cette conduite fut suivie du plus grand succès.

M. X..., lieutenant au 9e bataillon de chasseurs à pied, fut évacué de Crimée après la prise de Malakoff avec une horrible plaie résultant d'un éclat d'obus, située à la partie externe de la jambe gauche. La grandeur de cette plaie, au fond de laquelle le péroné cédait à la pression du doigt, et le mauvais aspect des chairs portèrent les médecins de l'hôpital à penser qu'il faudrait enlever le membre. Cependant, connaissant cet officier depuis longtemps et voyant son moral excellent, nous résolûmes de sauver la jambe. Nous employâmes d'abord les irrigations d'eau froide, puis l'onguent mercuriel, le camphre, etc. La diarrhée étant survenue fut combattue avec succès par les opiacés et le vin de quinquina ; mais il fallut longtemps pour arrêter ce flux, qui, joint à la pourriture d'hôpital, minait la constitution et avait réduit ce malade à une maigreur extrême.

Enfin, après six semaines de pansements, on obtint la cicatrisation presque complète de la plaie. On espérait que la partie fracturée du péroné finirait par se souder avec le reste de l'os; malheureusement cet espoir fut déçu, et il se déclara de la fluctuation au tiers inférieur de la jambe. On y fit une incision, qui, après avoir donné issue à un pus abondant, laissa sortir une portion d'os dénudé; on agrandit alors l'ouverture, et, en tirant fortement avec des pinces, on fit l'extraction du tiers moyen du péroné.

A dater de ce jour, la cicatrisation ne fut plus entravée, les forces se rétablirent, la nutrition se fit bien, et enfin le malade partit pour France bien rétabli.

M. Lacronique montra à M. l'inspecteur Baudens un Russe auquel il avait fait la résection des quatre cinquièmes moyens du péroné de la jambe gauche. Il avait eu soin de respecter l'articulation supérieure, pour ne pas s'exposer à rencontrer une exception de la non-communication de l'articulation péronéo-tibiale. Il avait agi de même avec l'articulation inférieure, pour ne pas détruire le côté externe de la mortaise tibio-astragalienne. Malgré deux récidives de pourriture d'hôpital, ce malade guérit.

On fit de même plusieurs opérations de résections de l'humérus et une du tibia et du péroné, qui furent suivies de succès.

Si l'on examine actuellement le tableau ci-dessus, on trouve que les amputations primitives offrirent plus de succès que les consécutives. Celles du membre supérieur guérirent en plus grand nombre que celles du membre inférieur. Les amputations de l'avant-bras ont été bien plus rares que celles du bras, tandis que celles de la jambe et de la cuisse ont été aussi nombreuses les unes que les autres.

Les désarticulations ont été un peu moins graves que les amputations.

Enfin les résections sont de toutes ces opérations celles qui ont offert le plus de succès.

De l'emploi du phosphate de chaux dans le traitement des fractures.

Dans le n° du 15 avril dernier, nous avons rendu compte d'un travail de M. Alphonse Milne Edwards relatif à l'influence de l'administration du phosphate de chaux sur la formation du cal. N'ayant alors sous les yeux qu'un court extrait de ce travail, nous n'avons pu faire connaître que d'une manière sommaire les résultats de ses expériences et les faits cliniques qui en ont été l'occasion et le point de départ. Le mémoire de M. A. Milne Edwards ayant été publié depuis, nous saisissons cette occasion de revenir sur ce sujet, d'abord pour compléter des détails cliniques que nous n'avons pu qu'indiquer dans notre précédente note et qui donnent à cette communication son principal intérêt, et en second lieu dans le but de faire quelques rectifications sur le point de vue historique de la question.

C'est, on se le rappelle, dans le service de M. Gosselin, à l'hôpital Cochin, qu'ont été recueillies les observations de fractures traitées par l'administration du phosphate de chaux à l'intérieur, qui ont motivé les conclusions du mémoire de M. A. Milne Edwards. Voici sur ces faits quelques détails que nous empruntons à la *Gazette hebdomadaire* où a été inséré ce mémoire.

Le premier fait est relatif à un homme de cinquante-cinq ans, palefrenier, qui, ayant reçu un coup de pied de cheval le 15 juillet 1855, entra le même jour à l'hôpital Cochin avec une fracture de l'humérus située au-dessous de l'empreinte deltoïdienne. Les fragments présentaient une grande mobilité, mais rien n'indiquait que la fracture fût comminutive; il y avait peu de gonflement et un épanchement sanguin peu abondant.

Le 18 juillet, on appliqua un appareil à attelles.

Le 10 août, la fracture commençait à se consolider; le 31, le cal paraissant solide, on enleva l'appareil.

Le 15 septembre, le blessé sortit de l'hôpital parfaitement guéri. La consolidation avait mis quarante-cinq jours à se faire, du 15 juillet au 31 août.

Environ quinze jours après, le 17 septembre, ce même individu rentre à l'hôpital avec une fracture du même bras et dans le même point, ou, en d'autres termes, avec une rupture du cal, résultant d'une chute de cheval qui avait eu lieu la veille. La mobilité était très-grande. Cette fois, M. Gosselin prescrivit du phosphate de chaux et appliqua comme la première fois l'appareil à attelles.

Le 12 octobre, la fracture paraissant presque consolidée, on remplaça les attelles de bois par des attelles de carton.

Le 23, les fragments ne présentaient plus aucune mobilité.

Le 29 octobre, le blessé quittait l'hôpital. La consolidation s'était faite cette fois en trente-cinq jours environ.

Le 30, il rentre pour la troisième fois à l'hôpital. La veille, à la suite d'une rixe de cabaret, il avait reçu un coup violent sur le bras, d'où était résultée une troisième fracture. Elle présentait cette fois un peu plus de gonflement et une grande mobilité. On applique l'appareil à attelles et l'on continue l'usage du phosphate de chaux, qui n'a ainsi été interrompu qu'un jour, du 29 au 30.

Le 27 novembre la fracture était consolidée; il était impossible d'y imprimer aucun mouvement. La consolidation était effectuée le vingt-sixième jour.

Ainsi, en résumé, la première fois, sans phosphate de chaux, le cal met quarante-cinq jours à se former. La seconde fois, avec le phosphate de chaux, le cal se forme en trente-cinq jours. La troisième fois on continue l'usage du phosphate, et la fracture est consolidée en vingt-cinq jours.

Le deuxième fait concerne un homme de cinquante-neuf ans, entré à l'hôpital avec une fracture de l'humérus au-dessous de l'insertion deltoïdienne, dans le tiers moyen. La fracture est oblique de haut en bas et de dehors en dedans; il y a un gonflement considérable. — On maintient la fracture à l'aide d'un appareil de Scultet, et l'on prescrit le phosphate de chaux.

Le 24 septembre, on met un appareil à attelles et une écharpe Mayor.

Le 12 octobre, la fracture paraît consolidée.

Le 16, le cal était très-solide; le fragment inférieur paraissait même hypertrophié.

Trente jours ont suffi, dans ce cas, pour la consolidation de la fracture.

Le troisième sujet, âgé de trente-neuf ans, entre le 27 septembre avec une fracture du bras gauche à la jonction du tiers moyen avec le tiers inférieur. La fracture paraissait dirigée obliquement de haut en bas et de dedans en dehors; le gonflement était considérable (le bras avait été pris sous un éboulement de sable), la mobilité extrême. — Appareil de Scultet; cataplasmes; phosphate de chaux.

Le 30 septembre, on remplace l'appareil de Scultet par un appareil à attelles.

Le 23 octobre, la fracture était consolidée. Le malade sortait quelques jours après, conservant à peine de la roideur dans l'articulation et de la contracture dans les muscles fléchisseurs. La fracture avait donc mis vingt-neuf jours à se consolider.

Le quatrième fait est une femme de cinquante-six ans, entrée le 18 octobre avec une fracture de l'humérus vers la partie moyenne de l'os. La direction de la fracture est difficile à déterminer; les deux fragments font saillie au dehors. — Cataplasmes et appareil de Scultet.

Le 24 octobre, on remplace l'appareil de Scultet par l'appareil à attelles, et l'on prescrit le phosphate de chaux.

Le 13 novembre, la fracture présente encore une certaine mobilité. — On continue l'application de l'appareil à attelles.

Le 18 novembre, la fracture est tout à fait solide. — Durée, trente jours.

Le phosphate de chaux a été essayé aussi pour d'autres cas de fractures telles que des fractures des deux os de la jambe, du fémur, et l'on a également constaté que la consolidation avait été plus rapide qu'à l'ordinaire. Mais on a groupé de préférence ici les cas de fractures de l'humérus comme présentant des termes de comparaison plus faciles.

Un mot maintenant sur la question historique.

On a pu remarquer que dans notre premier article sur ce sujet nous nous étions abstenu de tous détails historiques et de tout examen de question de priorité, à l'exemple de l'auteur du mémoire lui-même, qui a été très-réservé sur ce point. Il nous a été adressé à cet égard des observations qui nous font un devoir de donner quelques explications. En ce qui concerne d'abord M. Gosselin, à l'instigation de qui M. Milne Edwards a entrepris ses expériences, nous nous empressons de reconnaître que, loin de s'attribuer aucun droit de priorité en cette affaire, il a toujours nettement déclaré aux personnes qui suivent son service, toutes les fois qu'il les a entretenus de ce sujet, que d'autres chirurgiens avant lui, notamment M. Lenoir à l'hôpital Necker, avaient donné le phosphate de chaux aux malades atteints de fractures, et qu'il avait, pour son compte, été conduit à cette thérapeutique par les travaux de MM. J. Guérin et Piorry. Ce sont surtout les succès obtenus par M. Piorry dans le traitement du mal vertébral qui l'ont porté à penser que, si le phosphate de chaux contribue au travail de réparation des os à la suite des ostéites suppurantes, il donnerait sans doute un résultat analogue dans le travail de la consolidation des fractures.

Quant à nous, sans désigner nominativement personne dans l'article en question, nous avons assez donné à entendre qu'il ne s'agissait point ici d'une idée nouvelle, mais simplement d'une application heureuse d'une méthode de traitement déjà instituée par d'autres praticiens d'après des vues semblables et pour des indications analogues. Puisque l'occasion nous est offerte de revenir sur ce sujet, nous la saisissons volontiers pour signaler à ceux de nos lecteurs qui n'en auraient pas encore eu connaissance les intéressantes recherches de M. Piorry sur l'emploi du phosphate de chaux dans le traitement du rachitisme, de l'ostéomalacie et du mal de Pott, et les idées qu'il a émises sur les indications que pourrait trouver encore l'emploi de ce moyen chez les femmes dont les os tendent à se ramollir vers l'époque voisine de la parturition, chez les enfants dont la nutrition est languissante, et même chez certains phthisiques et à une certaine période de la tuberculisation. On trouvera le développement des idées de M. Piorry sur ce point dans le huitième volume de son *Traité de médecine pratique* (maladies des os), et dans un mémoire sur le traitement du mal de Pott qu'il a lu à l'Académie des sciences dans la séance du 11 avril 1853.

Nous ajouterons enfin, sans prétendre atténuer en rien par là le mérite des recherches de M. Piorry, ainsi que celles de M. Gosselin et des autres praticiens qui avant lui avaient déjà proposé dans un but analogue l'emploi du phosphate de chaux, que cette méthode n'est point nouvelle au fond, et que c'est sinon absolument d'après les mêmes vues théoriques, tout au moins dans le même but que l'on prescrivait jadis aux enfants rachitiques quelques médicaments aujourd'hui hors d'usage, tels que les yeux d'écrevisse, les écailles d'huîtres et de divers coquillages, etc.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Sarcocèle cystique de l'épididyme (1).

STRUCTURE DES DIFFÉRENTES PARTIES DE CE SARCOCÈLE.

1° *Tissu propre charnu de la tumeur.* — Le tissu, grisâtre ou rougeâtre par suite de sa vascularité, interposé aux kystes, se compose de tubes ou filaments flexueux, avec cavité distincte de la paroi. Souvent, par la simple action de racler, on en isole des fragments assez longs. On peut, par la dilacération du tissu pris entre les kystes ou dans leur voisinage, les isoler encore mieux. Les tubes qu'on obtient ainsi sont très-larges, assez en général pour être facilement visibles à l'œil nu lorsqu'ils sont isolés. Ils sont plus larges que ceux de la tête de l'épididyme normal, dont les flexuosités peuvent, comme on sait, être facilement aperçues à l'œil nu; seulement, au lieu d'être d'un gris jaunâtre, comme les tubes de l'organe normal, ils sont demi-transparents, grisâtres, et par suite moins faciles à distinguer. Isolés de la sorte, ils sont constitués uniquement par une gaîne épithéliale, sans paroi extérieure propre comme celle que possèdent les tubes épididymaires normaux. Les gaînes ou tubes les plus étroits sont composés seulement de noyaux soit sphériques, soit ovoïdes, rapprochés les uns des autres, mais sans être tout à fait contigus. Entre eux est une matière amorphe finement granuleuse qui les tient à la fois séparés et réunis. D'un tube à l'autre ces noyaux sont pourvus ou dépourvus de nucléoles; mais la plupart en ont de un à trois qui sont jaunes, brillants, volumineux. Ces noyaux eux-mêmes sont peu granuleux à l'intérieur, clairs, transparents, ou seulement finement granuleux. Dans certaines portions de la tumeur, sur un même tube, on passe insensiblement d'une portion composée comme il vient d'être dit, à une autre qui est constituée de cellules bien limitées et juxtaposées. On peut alors reconnaître facilement que ces cellules sont le résultat de la segmentation de la substance amorphe, finement granuleuse, interposée aux noyaux, de manière que chacun de ceux-ci, ou bien deux ou trois d'entre eux deviennent noyaux des cellules ainsi formées.

Dans les tubes entièrement composés de cellules, peu nombreux, du reste, les cellules sont régulièrement polyédriques, pavimenteuses, disposées avec une grande élégance. Autour du noyau, la masse de la cellule est finement granuleuse; mais entre les cellules polyédriques, finement granuleuses, on en trouve d'autres qui sont sphériques, claires, transparentes, vésiculiformes, très-élégantes. Certains tubes finissent par renfermer ces dernières en plus grand nombre que les polyédriques. Ces dispositions s'observent encore mieux lorsqu'au lieu de rencontrer un tube complet et entier, peu transparent à cause de son volume, on vient à tomber sur quelque lambeau de large tube épithélial déchiré.

Dans les lobes de la tumeur qui font saillie à sa surface, sont dépourvus de kystes, offrent un aspect charnu grisâtre ou blanchâtre, fongueux par place, en raison de la grande vascularité de quelques-uns, le tissu est formé de tubes ou filaments tubuleux. Ils sont plus difficiles à isoler; ils sont formés principalement de noyaux à peu près semblables à ceux qui sont dans les cellules. Quelques-uns offrent une largeur de 8 millièmes de millimètre seulement, ce qui est à peu près le volume normal; d'autres ont toutes les dimensions intermédiaires entre celle-ci et le double. Toutefois, dans un même tube, ils offrent généralement des caractères de volume et de structure semblable; tous ou presque tous sont sphériques et pourvus d'un ou deux nucléoles brillants, parfois très-gros.

Dans les parties du tissu qui avaient l'aspect fongueux on ne pouvait obtenir que des fragments incomplets de filaments tubuleux, ou seulement des lambeaux d'épithélium. Ces parties-là devaient leur aspect extérieur au grand nombre de capillaires qu'elles renfermaient et à l'infiltration de globules sanguins provenant de petites hémorrhagies.

2° *Contenu des kystes.* — La paroi des kystes était formée de tissu fibreux, et tous étaient tapissés d'épithélium. Celui-ci était pavimenteux, à cellules finement granuleuses et de volume variable d'un kyste à l'autre. Beaucoup de ces cellules renfermaient un

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

grand nombre de granulations graisseuses, quelquefois assez abondantes pour masquer le noyau et rendre la cellule entièrement granuleuse et presque opaque.

Beaucoup de cellules semblables existaient dans le liquide des kystes.

Ce liquide était généralement visqueux, filant ; dans les kystes où il était transparent, il ne contenait que des granulations moléculaires et quelques cellules épithéliales, ou des lambeaux d'épithélium semblables à celui qui tapisse la cavité.

Dans quelques-uns, le liquide était coloré en rouge par des globules de sang mélangés en quantité plus ou moins grande aux éléments précédents.

Beaucoup de kystes offraient un liquide d'un gris jaunâtre demi-transparent, ou tout à fait jaunâtre, semblable à du pus un peu visqueux et filant, ou même presque concret dans un petit nombre.

Cet aspect était dû réellement à des globules de pus, d'autant plus nombreux que le liquide des kystes se rapprochait davantage de la couleur du pus ou du muco-pus. Ces éléments, mélangés aux précédents, étaient presque toujours accompagnés de larges cellules épithéliales, avec ou sans noyaux, plus nombreuses que dans les kystes à liquide transparent, incolore ou sanguinolent.

Ces globules de pus offraient tous des particularités qui sont constantes dans le pus non phlegmoneux de l'ovaire, du testicule et de l'épididyme chez l'homme, le cheval et autres mammifères. Les globules de pus sont plus petits que dans beaucoup d'autres régions de l'économie, c'est-à-dire larges seulement de 7 à 9 millièmes de millimètre, régulièrement sphériques, finement granuleux et sans noyaux ni avant ni après l'action de l'acide acétique et de l'eau.

L'acide acétique ne fait que les pâlir, sans presque les gonfler ; il dissout la plupart des granulations, mais en laisse toujours quelques-unes très-petites : c'est tout au plus si dans un globule de pus sur 100 il fait apparaître un ou deux petits noyaux.

Il résulte de ces dispositions un aspect particulier pour les globules de cet organe, dispositions qui du reste se retrouvent quelquefois dans les globules de pus des ganglions lymphatiques atteints d'épithélioma.

3° *Structure des grains perlés.* — Tous sont contenus dans des kystes épididymaires, qu'ils distendent. Les plus petits sont de véritables *globes épidermiques* ordinairement simples, quelquefois composés. Ceux de dimensions moyennes sont tous des globes épidermiques composés; les plus gros sont formés de couches épithéliales concentriques entourant des amas de cellules épithéliales disposées sans ordre ou à peu près, dans lesquelles se trouvent quelques globes épidermiques. Dans les plus gros grains perlés on voit manifestement les cellules formant leur surface disposées en couches lamelleuses résistantes ; leur partie centrale, grisâtre, friable ou molle, est composée de cellules disposées sans ordre, accompagnées de granulations graisseuses et de cristaux de cholestérine peu nombreux.

Les plaques perlées, ou amas aplatis de cellules épithéliales visibles au travers de l'enveloppe fibreuse, sont formées de cellules imbriquées en lamelles, entre lesquelles se voient quelquefois des globes épidermiques.

Ainsi, tous ces grains et ces plaques, d'un blanc de perle brillant, doivent leur couleur à la manière dont les cellules épithéliales imbriquées qui les composent réfléchissent la lumière.

Quant à ces cellules mêmes, elles diffèrent beaucoup de celles qu'on trouve dans le reste de la tumeur, car elles offrent tous les caractères des cellules épithéliales de la langue ou de celles qui tapissent les glandes sébacées et forment les comédons ou le plateau des athéromes du cuir chevelu. Les unes sont minces, aplaties, très-larges, finement granuleuses; tantôt elles sont dépourvues de noyaux, tantôt elles en offrent un ou deux semblables à celui des cellules épithéliales pavimenteuses, par exemple. D'autres cellules sont juxtaposées à la manière des cellules adipeuses plutôt qu'imbriquées; celles-ci sont en effet polyédriques, et non aplaties, vésiculeuses, dépourvues de noyau, et offrent la plupart un contenu limpide dépourvu de granulations.

4° *Structure des tubes testiculaires.* — Malgré le degré considérable d'étalement et d'amincissement auquel est arrivé le testicule à la surface de la tumeur que nous avons sous les yeux, la structure propre de son tissu est parfaitement conservée. Bien qu'une matière homogène amorphe et un peu de tissu cellulaire tiennent les filaments flexueux du testicule un peu agglutinés, la dilacération dans l'eau permet de reconnaître facilement à l'œil nu leur aspect caractéristique; on peut les isoler dans une plus grande longueur encore que par la simple traction avec des pinces.

L'examen au microscope d'un très-grand nombre de ces tubes nous y fait reconnaître la paroi propre ayant conservé son épaisseur et son état strié longitudinalement sans aucune altération. L'épithélium qui tapisse la face interne du tube, limité par cette paroi propre, est semblable aussi à celui d'un testicule sain examiné comparativement ; il n'y a de différence qu'en ce que les granulations graisseuses brunâtres que renferment ces cellules sont *plus grosses* et un peu moins nombreuses que dans les tubes du testicule sain.

Enfin, sur un petit nombre de tubes testiculaires étalés à la surface de la tumeur épididymaire, on observait que les cellules étaient devenues un peu plus grosses qu'à l'état normal, plus transparentes, moins riches en granulations graisseuses brunâtres. Ce fait permettait d'en apercevoir plus facilement le noyau que dans les autres tubes. Ces cellules, devenues plus grosses, plus transparentes, un peu vésiculiformes, étaient remarquables aussi en ce que, au lieu de rester irrégulières comme à l'état normal ou comme dans les autres tubes du testicule étalé, elles étaient devenues soit sphériques, soit régulièrement polyédriques, par pression réciproque.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 avril 1856. — Présidence de M. BUSSY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Le ministre du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de l'Orne, de la Moselle, de l'Allier et de la Vienne, pendant l'année 1855 ;

2° Un rapport de M. le docteur Lespès, de Saint-Sever (Landes), sur une épidémie qui a régné dans la commune de Peyrehorade en 1855 ;

3° Un rapport de M. le docteur Lecadre, du Havre (Seine-Inférieure), sur les maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans l'arrondissement du Havre ;

4° Un rapport de M. le docteur Heulhard d'Arcy, de Clamecy (Nièvre), sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans les communes de Cervon, Brassy et Lormes en 1855-1856. (Commission des épidémies.)

5° Une note sur une épidémie de choléra, de suette, de fièvre algide pernicieuse et de fièvre typhoïde, par M. le docteur Lavielle (de Peyrehorade (commission du choléra de 1854 ;

6° Un rapport de M. le docteur Révolle, médecin inspecteur adjoint des eaux minérales de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854 ;

7° Un rapport de M. le docteur Niepce, médecin inspecteur des eaux d'Allevard, sur le service médical de cet établissement pendant la même année. (Commission des eaux minérales.)

8° Plusieurs notes relatives à des remèdes secrets. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Pidoux informe l'Académie qu'il se présente comme candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle.

— M. E. Barthez se présente pour la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

— MM. Maunoury, de Chartres, et Pichot, de La Loupe (Eure-et-Loir), adressent une note sur une éruption vaccinale trouvée sur les mains d'un maréchal ferrant, et sur les expériences d'inoculations qu'ils ont pratiquées avec ce vaccin. (Commission de vaccine.)

— M. Duchenne (de Boulogne) adresse un mémoire sur l'orthopédie physiologique de la main. (Commissaires : MM. Bérard et Bouvier.)

— M. L. Foucher, pharmacien à Orléans, adresse un mémoire sur le *mytilus edulis* (moule commune), et sur son emploi dans les affections des voies respiratoires. (Commissaires : MM. Boudet, Blache et Bouillaud.)

— M. le docteur O'Rorke prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un paquet cacheté concernant l'étude chimique, physiologique et thérapeutique de la racine de kawakawa. (Le dépôt est accepté.)

Nouvel ophthalmoscope. — M. Charrière fils présente à l'Académie un ophthalmoscope qu'il a exécuté d'après les indications de M. le Dr Desmarres.

Cet instrument, d'une extrême simplicité, est léger, du diamètre et à peu près du poids d'une pièce de cinq francs.

Construit en acier poli, il a l'avantage d'être d'une grande solidité et d'une fabrication économique.

La figure ci-jointe donne une idée exacte de l'instrument. C'est un miroir concave de 4 centimètres de diamètre et de 7 pouces de foyer. Il est percé de deux petits trous A A parallèles, destinés à l'observateur, selon qu'il examine avec l'œil droit ou avec le gauche.

Un verre lenticulaire de 1 pouce 3/4 de foyer, renfermé (avec le miroir dans un petit portefeuille, complète l'instrument.

Quand on veut redresser l'image, on fixe au manche, dans une petite ouverture ménagée à cet effet B, une tige D destinée à recevoir d'autres verres F; mais M. Desmarres ne le trouve pas nécessaire dans la pratique générale. (Commissaires : MM. Poiseuille, Velpeau, Larrey.)

LECTURES.

Analyse chimique du sang. — M. Parchappe lit un mémoire sur l'analyse du sang à l'état physiologique et à l'état pathologique. L'auteur résume les résultats de ses recherches sur ce sujet en ces termes:

De toute cette discussion, il résulte que l'analyse quantitative des matériaux composants du sang n'offre un véritable intérêt au point de vue des applications physiologiques et pathologiques, et ne peut être considérée comme exacte, même au point de vue chimique, que lorsque, s'appuyant sur la détermination de la quantité réelle des deux parties constituantes du sang, les globules et le plasma, elle évalue les proportions des matériaux composants, en rapportant ces matériaux non pas à la masse totale du sang, mais bien à celle des deux parties constituantes du sang, à laquelle ces matériaux appartiennent réellement. Pour avoir négligé cette base essentielle de toute analyse rationnelle du sang, les méthodes habituellement employées ont introduit dans les résultats des inexactitudes et des erreurs qui ont vicié les faits d'analyse de manière à diminuer sensiblement leur valeur intrinsèque comme expression de la nature propre à chaque sang, et plus sensiblement encore leur valeur comparative.

Ainsi, dans chaque analyse et pour chaque espèce de sang, ces méthodes, en diminuant artificiellement la quantité des globules et en augmentant dans le même rapport la quantité des matières albumineuses, extractives et salines provenant du sérum, altèrent la proportion réelle des principes constituants du sang et donnent une idée inexacte de sa composition.

En négligeant de rapporter la quantité absolue de la fibrine à la partie du sang qui la contient exclusivement, ces méthodes ne fournissent pas la solution de la véritable question d'analyse quantitative, à savoir : Quelle est la proportion de la fibrine au plasma ? Et, en rapportant la quantité absolue de la fibrine à la masse du sang, elles font concevoir une idée fausse de la composition du plasma.

Ces altérations artificielles des proportions réelles des matériaux composants du sang dans chaque résultat analytique sont certes de nature à infirmer d'une manière positive la valeur des déductions qu'on a pu faire sortir de ces faits comparés entre eux.

Mais cette valeur comparative est encore diminuée en ce que l'importance des erreurs et des inexactitudes introduites dans chaque fait varie d'un fait à l'autre en raison même de l'inégalité du rapport de quantité réelle entre les globules et le plasma.

D'après les résultats d'analyses quantitatives des matériaux du sang qui ont été publiés par divers expérimentateurs et qui s'éloignent peu de ceux que MM. Dumas et Prévost ont obtenus, et que MM. Andral et Gavarret ont pris pour point de départ dans leurs études physiologiques et pathologiques, on devrait concevoir le sang moyen de l'état de santé comme constitué ainsi qu'il suit en ce qui touche la proportion de ses principaux matériaux.

Le sang serait composé, sur 1,000 parties, de 790 parties d'eau et de 210 parties de substances solides.

La somme de substances solides se répartirait de cette manière :

Globules.		127
Fibrine.		3
Albumine du sérum.	69	80
Matières extractives et salines. . .	11	
		210

En d'autres termes :

Eau.	790
Matériaux solides des globules.	127
Matériaux solides du plasma.	83
	1,000

En admettant que les globules secs soient aux globules humides dans le rapport de 1 à 3,4, cette analyse attribuerait au sang moyen pour proportion en poids de ces parties constituantes 431 de glob ules 569 de plasma.

La reconstruction du sang moyen de MM. Dumas et Prévost dans ces parties constituantes réelles, d'après les données mêmes de la méthode employée, donnerait les résultats suivants :

Globules secs.		127 + 31
Chiffre de la quantité fictive de matériaux solides du sérum attribuée à l'eau d'organisation des globules.		158
Fibrine.		3
Albumine du sérum.	42,26	49
Matières extractives et salines. . .	6,74	
		210

En d'autres termes :

Eau.	790
Matériaux solides des globules.	158
Matériaux solides du plasma.	52

Et la proportion des globules unis au plasma dans ce sang donnerait 735 pour les globules, 463 pour le plasma.

Les expériences que j'ai faites d'après la méthode ordinaire, modifiées au moyen de la détermination de la quantité relative des globules humides et du plasma par le poids du caillot coupé par tranches et égoutté, donnent les résultats suivants :

Sang d'homme.

Moyenne de douze analyses :

Eau du sang.	768
Matériaux solides du sang desséché. . .	232
Proportion des globules frais et de la fibrine évaluée par le poids du caillot égoutté. . .	529
Proportion du sérum.	471
Proportion de l'albumine et des matières salines et extractives dans le sérum. . . .	103

Répartition proportionnelle dans la totalité du sang de ses principes composants d'après les résultats des analyses.

		Eau.	Matériaux solides desséchés.
Globules secs diminués de 3 millièmes pour la proportion moyenne de la fibrine sèche dans le sang.	481	»	481
Eau d'organisation des globules diminuée de 7,2 pour l'eau de la fibrine.	340,8	340,8	»
Quantité des globules humides.	»	521,8	»
Fibrine sèche.	3	»	3
Eau d'évaporation. . . .	7,2	7,2	»
Albumine. Matières extractives et salines sèches.	48,0	»	48,0
Eau d'évaporation du sérum et de ses matériaux. .	420,0	420,0	»
Quantité du plasma. . .	478,0	»	»
Proportion de l'eau et des matériaux solides secs dans la totalité du sang.	»	768,0	232

521,8 de globules humides, d'après la proportion de 3,4 à 1, n'auraient dû produire que 153,4 de globules secs.

Sang de femme.

Moyenne de sept analyses sur 1,000 :

Eau du sang.	794,00
Matériaux solides du sang desséché.	206,00
Proportion des globules et de la fibrine humide, évaluée par le poids du caillot égoûté.	490,00
Proportion du sérum.	510,00
Proportion de l'albumine et des matières extractives et salines desséchées dans le sérum.	98,00

Répartition proportionnelle.

		Eau.	Matériaux solides desséchés.
Globules secs diminués de 3 millièmes de fibrine sèche.	153		153
Eau d'organisation des globules diminuée de 7,2 pour l'eau de la fibrine..	329,8	329,8	»
Quantité des globules humides.	482,8	»	«
Fibrine sèche.	3,00	»	3
Eau d'évaporation. . . .	7,2	7,2	»
Albumine. Matières extractives et salines. . .	50,0	»	50
Eau d'évaporation du sérum et de ses matériaux. .	457,0	457,0	»
Quantité de plasma. . .	517,2	»	»
Proportion de l'eau et des matières solides desséchées dans la totalité du sang.	»	794	206

482,8 de globules humides, d'après la proportion de 3,4 à 1, n'auraient dû produire que 142 de globules secs.

Ces résultats ont été plutôt confirmés qu'infirmés par ceux que j'ai obtenus dans une série de recherches entreprises, de 1845 à 1848, au moyen de la méthode de détermination directe du rapport des globules au plasma par leur séparation spontanée dans le sang défibriné, méthode pour le perfectionnement de laquelle le temps d'abord et, depuis, les occasions m'ont manqué.

Ils conduisent à faire admettre que dans le sang à l'état physiologique la quantité des globules humides est en poids à peu près égal à la quantité du plasma, plus considérable chez l'homme dans le rapport de 520 à 480, plus faible chez la femme dans le rapport de 483 à 517.

La proportion des globules secs, d'après cette détermination de la quantité relative des globules humides et du plasma, devrait être estimée à 153 chez l'homme et à 142 chez la femme, si les globules secs sont aux globules humides dans le rapport de 1 à 3,4.

Les résultats de nos analyses ont fourni, en moyenne, 181 pour le sang d'homme, 153 pour le sang de femme.

La quantité de la fibrine dans le plasma serait, d'après mes expériences, pour le sang voisin de l'état physiologique, dans le rapport de 6 à 8 sur 1,000.

La proportion des matières albumineuses, extractives et salines provenant du sérum, dans la totalité du sang, serait de 48,5 chez l'homme, de 50 chez la femme.

Mais tous ces résultats n'ont, en définitive, qu'une valeur approximative.

Pour arriver à une détermination rigoureuse de la composition du sang et pour obtenir des faits qui puissent être considérés comme une source pure d'inductions comparatives exactes, il est indispensable de recourir à une méthode d'analyse qui prenne pour point de départ la détermination de la quantité réelle des globules humides et du plasma. C'est la démonstration de cette nécessité que j'ai eu surtout pour but en publiant des travaux qui, en tant qu'ils sont propres à mettre cette nécessité en évidence, n'ont pas perdu tout intérêt malgré leur ancienneté.

Jusqu'à ce qu'on ait pu réussir à peser exactement les globules humides non altérés et complétement séparés du plasma, les méthodes d'évaluation par la détermination du poids du caillot ou du volume des globules auront une valeur provisoire et devront servir à éviter ou à corriger des erreurs qui dérivent nécessairement des méthodes d'évaluation fondées sur le principe erroné qui assimile au sérum l'eau cédée par la totalité du sang au moyen de la dessiccation.

Les déterminations fournies par mes expériences doivent être absolument trop fortes en ce qui concerne la quantité proportionnelle des globules, et trop faible en ce qui concerne la quantité proportionnelle des matériaux albumineux extractifs et salins provenant du sérum; car la méthode qui consiste à évaluer la proportion des globules par le poids du caillot, bien que coupé par tranches et égoutté pendant vingt-quatre heures, attribue à tort aux globules humides la quantité indéterminable de sérum qui demeure encore retenue par le caillot, même après sa filtration.

Mais je crois que l'erreur introduite par cette imperfection de la méthode dans les résultats doit être considérée comme assez faible, et il est certain qu'en tout cas elle est beaucoup moins considérable que celle qui résulte, dans les méthodes ordinaires, de l'assimilation de toute l'eau des globules humides à du sérum.

D'autre part, la méthode, malgré son imperfection réelle pour une détermination absolue de la quantité des globules dans chaque sang en particulier, a l'avantage, à mon avis incontestable, de rendre les faits comparables, la section des caillots par tranches et leur égouttement sur un filtre pendant une même période de temps ayant pour résultat de supprimer autant que possible, dans les divers caillots, l'inégalité qu'ils présentent naturellement quant à la proportion de sérum parue retenue au moment de la coagulation.

Les vues et les résultats exposés dans ce mémoire, tout en appelant l'introduction d'une méthode plus exacte dans les nouvelles recherches qui seront faites sur les proportions relatives des principes composants du sang, sont dès à présent de nature à jeter quelque lumière sur quelques points encore obscurs de l'histoire physiologique et pathologique du sang, et notamment sur les proportions de la fibrine dans l'état de santé et de maladie.

Les applications qui peuvent en être faites aux résultats jusqu'alors obtenus par le concours de tant de savants expérimentateurs, seront l'objet d'un second mémoire.

M. Parchappe étant membre correspondant, il n'y a pas lieu de nommer une commission. Son mémoire sera renvoyé directement au comité de publication.

M. Bouillaud pense qu'il y aurait utilité à ouvrir une discussion sur ce mémoire. Si l'Académie y consent, il demande à être inscrit pour prendre la parole.

— La discussion sera mise à l'ordre du jour d'une des prochaines séances.

Etiologie de la surdi-mutité congénitale. — M. Ménière, candidat pour la section d'anatomie pathologique, lit un travail sur l'étiologie de la surdi-mutité congénitale.

Un sourd-muet étant donné, est-il possible d'arriver à la détermination des causes qui ont produit cette infirmité? Tel est le problème qu'il se propose de résoudre dans ce travail. Afin de circonscrire les limites très-étendues de ses recherches, M. Ménière s'est attaché tout d'abord aux causes principales, à celles qui ont à ses yeux un caractère spécifique, et qui peuvent devenir l'occasion de mesures préventives efficaces.

Dans cet ordre de causes, l'auteur n'attache qu'une importance très-secondaire aux impressions morales vives et aux accidents physiques survenus pendant la grossesse, auxquels le vulgaire attribue pourtant le rôle principal, et la plus large part dans l'étiologie de la surdi-mutité congénitale. Comment, en effet, ces causes porteraient-elles plus spécialement leur action sur l'organe de l'ouïe?

L'hérédité si longtemps contestée a trouvé gain de cause devant une statistique plus sévère et des faits mieux observés : pourtant il faut dire que les observations d'enfants sourds-muets nés de parents sourds-muets sont fort rares.

Les accidents cérébraux survenus chez le fœtus pendant la vie intra-utérine peuvent sans doute provoquer la surdité congénitale. De rares observations permettent d'émettre cette hypothèse plutôt qu'elles ne la confirment. Cependant le médecin sera autorisé à faire remonter la surdi-mutité à cette origine quand une grossesse aura été troublée par des accidents graves, quand les mouvements de fœtus jusque-là réguliers auront offert tout à coup des variations considérables, ou même auront cessé pendant un temps assez long.

Mais les causes les plus fréquentes, les plus incontestables de cette déplorable infirmité, ce sont toutes les conditions susceptibles de détériorer, de dégrader l'homme ou plutôt l'espèce humaine.

Laissant de côté les considérations si étendues qui se rattachent à l'influence des climats, de la nourriture, de l'éducation physique et morale, et de l'organisation sociale, M. Ménière interroge la statistique, et cherche quels sont en Europe les peuples qui comptent le plus grand nombre de sourds-muets.

Il ressort de documents officiels un fait général, à savoir : que le nombre des sourds-muets varie beaucoup dans chaque pays; que tantôt on en compte 1 sur 3,000 individus, tantôt 1 sur 2,000, tandis que certaines localités en comptent 1 sur 200 et même davantage, et, tout en admettant des réserves à propos de la confusion qui a pu être faite parfois entre les idiots et les sourds-muets, l'auteur attribue à des causes locales un partage aussi malheureux; il fait remarquer que les régions si tristement privilégiées sont aussi celles où l'on trouve le plus de crétins.

M. Ménière essaye de remonter à la source de cette calamité publique, et il est conduit à chercher la détermination des causes générales qui exercent une influence fâcheuse sur l'organisme humain.

Parmi ces causes, il en est une, à ses yeux, qui joue un rôle important; c'est le mariage entre parents, la consanguinité des deux époux. L'Eglise avait si bien compris les inconvénients attachés à ces sortes d'unions que, dans l'intérêt de l'espèce humaine, elle refusa longtemps sa consécration à des mariages contractés entre parents à un degré quelconque; elle s'est relâchée de cette règle sévère et sage, aujourd'hui qu'elle est obligée de ratifier ce que l'état civil a permis.

L'auteur regrette les conséquences de cette liberté, car là se trouve, suivant lui, la principale cause de la détérioration des races; tandis que le croisement est la condition première du perfectionnement non-seulement des espèces, mais encore des familles et des individus.

Le mariage entre consanguins ne se rencontre jamais plus fréquemment que dans les localités où naissent les sourds-muets en plus grand nombre. C'est au sein des populations isolées, où depuis longtemps toutes les familles sont alliées, comme dans le canton de Berne, par exemple, que l'on observe dans toute sa laideur la dégradation de l'espèce, l'abâtardissement de la race; là règnent le crétinisme, l'idiotisme, la surdi-mutité de naissance.

Comment la surdi-mutité congénitale peut-elle être considérée comme une épreuve de la dégénérescence du produit de ces unions?

On peut dire, en thèse générale, que le système nerveux, qui tient le premier rang dans l'organisme humain, est aussi celui qui subit les altérations les plus graves. La petitesse de la taille, la lenteur et l'imperfection du développement, l'enfance prolongée bien au delà de ses limites ordinaires, enfin l'obtusion des sens et plus particulièrement la faiblesse ou même l'abolition de l'ouïe, tels sont les désastres que l'on observe dans le cerveau et dans ses dépendances.

Afin de prouver que l'abâtardissement n'est pas le résultat d'autres causes, ou que le mariage entre consanguins tient certainement le premier rang parmi les causes de la dégradation des familles, M. Ménière invoque le témoignage de l'histoire, et rappelle que le trône lui-même ne met pas à l'abri des plus cruelles misères dévolues à l'espèce humaine.

En terminant, l'auteur insiste une dernière fois avec énergie sur la nécessité du croisement des races, du mélange des familles; c'est le moyen de prévenir des maux redoutables, et ainsi on n'aura plus à déplorer l'existence de ces créatures imparfaites qui accusent l'imprévoyance de leurs auteurs. (Renvoyé à la section d'anatomie pathologique.)

Epilepsie. — M. Josat lit un mémoire intitulé *Recherches historiques sur l'épilepsie.* Ce travail, qui n'est pas susceptible d'analyse, est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Baillarger, Bricheteau et Roche.

— La séance est levée à cinq heures.

INSTRUCTION SUPÉRIEURE.

Circulaire aux recteurs, relative aux examens de fin de 1re année et de 2e année subis avec succès dans les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Paris, le 18 avril 1856.

Monsieur le recteur, aux termes de ma circulaire du 7 août 1855, les étudiants qui demandent à passer d'une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie dans une Faculté pour y continuer leurs études, devraient être astreints, quelles que soient d'ailleurs les épreuves auxquelles ils ont pu satisfaire dans l'Ecole préparatoire d'où ils sortent, à subir devant les Facultés l'examen de la fin de l'année à laquelle les conduit immédiatement le nombre des inscriptions qui leur est accordé. Ainsi, ceux de ces étudiants qui sont admis à la Faculté avec moins de 5 inscriptions devraient, avant de prendre la 5e inscription, subir nécessairement l'examen de la fin de la 1re année; ceux qui arrivent avec plus de 4, mais moins de 9 inscriptions, ne pourraient prendre la 9e inscription qu'après avoir subi l'examen de la fin de la 2e année; et enfin, ceux dont la scolarité antérieure est équivalente à plus de 8 et à moins de 13 inscriptions, ne sauraient obtenir la 13e inscription sans avoir satisfait à l'examen de la fin de la 3e année.

Or, prenant en considération la valeur réelle des études faites pendant les deux premières années dans les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, qui offrent, surtout sous le rapport des connaissances anatomiques, une préparation sérieuse aux cours de 3e année dans les Facultés; adoptant d'ailleurs dans toute son étendue le principe qui fait admettre pour toute leur valeur près des Facultés les huit premières inscriptions prises dans les Ecoles préparatoires, j'ai décidé que les examens exigés à la fin de la 1re et de la 2e année, dans ces dernières écoles, doivent être regardés comme offrant des garanties suffisantes, et dispenseront des épreuves correspondantes devant les Facultés, pour l'obtention de la 5e ou de la 9e inscription, les jeunes gens qui les auront subies d'une manière satisfaisante. Il est bien entendu que cette décision ne saurait s'étendre aux examens de 3e année, dont le succès près des Facultés sera toujours une condition expresse pour être admis à prendre la 13e inscription.

Veuillez donner aux dispositions de cette circulaire toute la publicité désirable, et en assurer l'exécution.

Recevez, monsieur le recteur, l'assurance de ma considération très-distinguée.

Le ministre, secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique et des cultes, H. Fortoul.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous avons annoncé, il y a huit jours, la nomination probable de M. Alquié aux fonctions de médecin inspecteur des eaux de Vichy. Cette nomination, qui est maintenant un fait accompli, est une nouvelle preuve que l'administration n'oublie pas les services rendus par le corps si méritant des médecins militaires, et qu'elle a voulu le récompenser dans un de ses membres les plus éminents.

Le corps médical de Vichy est composé actuellement de MM. Alquié, inspecteur; Willemin, Amable Dubois, inspecteurs adjoints; Barthez, médecin de l'hôpital militaire; Durand-Fardel, inspecteur de la source d'Hauterive; Nicolas, inspecteur de la source Lardy; Noyé, Collas et Pupier.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau et à la nomination de ses différents conseils et comités.

M. Guérard, médecin de l'Hôtel-Dieu, vice-président l'année dernière, a été nommé *président* pour 1856-1857. M. Legroux, médecin de l'Hôtel-Dieu, a été élu *vice-président*. Ont été réélus : *trésorier*, M. Labric, médecin des Ménages; *secrétaire général*, M. Roger (Henri), de l'hôpital des Enfants; *secrétaire particulier*, M. Moutard-Martin, médecin aux Nourrices. M. Woillez, du Bureau central, remplace également, comme secrétaire particulier, M. Hérard, démissionnaire.

Ont été nommés du conseil de famille, MM. Beau, Blache, Bouvier, Grisolle et Rostan; du conseil d'administration, MM. Barth, Becquerel, Gillette, Hérard et Léger; du comité de publication, MM. Aran, Labric, Moutard-Martin, Roger et Woillez.

La Société a désigné, en outre, une commission chargée de rédiger le programme d'une question de prix à décerner en 1858. Les membres de cette commission sont MM. Barth, Becquerel, Bourdon, Dechambre, Legendre, Marotte et Monneret.

— M. le professeur Piorry exposera lundi prochain, dans sa leçon clinique, à l'hôpital de la Charité, les doctrines des fièvres intermittentes.

— M. le docteur Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, reprendra ses conférences cliniques à l'hôpital Saint-Antoine le mardi 6 mai, à neuf heures du matin, dans l'amphithéâtre de l'hôpital, et les continuera les mardi et samedi de chaque semaine à la même heure.

Visite des malades à sept heures du matin.

La conférence du samedi sera spécialement consacrée aux affections utérines. — MM. les élèves seront exercés gratuitement tous les jeudis à la pratique de l'auscultation et de la percussion.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 53. — MARDI 6 MAI 1856. (29e ANNÉE.) N° 53. — MARDI 6 MAI 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 5 MAI 1856.

SPIROMÉTRIE.

Application du compteur à gaz à la mesure de l'air respiré.

Dans le numéro du 19 avril dernier, nous avons fait connaître les résultats des intéressantes recherches de M. Hutchinson sur la *spirométrie*, ce nouveau moyen d'exploration de la poitrine qui vient s'ajouter à ceux que nous possédions déjà et agrandir ainsi le champ de nos moyens physiques d'investigation.

La spirométrie a pour but, ainsi que nos lecteurs le savent maintenant, de mesurer la quantité d'air qui entre dans la poitrine et celle qui en sort dans un temps donné. M. Hutchinson se sert à cet effet d'une sorte de gazomètre construit à cette intention. MM. Bonnet et Pomiès (de Lyon) ont eu l'idée d'appliquer à cette opération le compteur dont on se sert dans les usines de gaz à éclairage pour déterminer par une inspection rapide quelle est la quantité de gaz qui traverse un tuyau.

Voici sur les résultats de cette application quelques détails que nous empruntons à la *Gazette médicale* de samedi dernier :

« Dans les applications que M. Bonnet a faites du compteur à gaz sur l'homme sain, il a été conduit à reconnaître la justesse des observations d'Hutchinson sur le rapport de la capacité pulmonaire avec la taille et l'âge. D'après ces observations, traduites en mesures françaises et exprimées en nombres ronds, on peut dire que de 10 à 35 ans, le maximum de la capacité pulmonaire est, pour une petite taille, de 3 litres; pour une taille moyenne, de 3 litres 1/2; pour une grande taille, de 4 litres. Si le sujet dépasse 35 ans, il faut retrancher du chiffre obtenu d'après la seule considération de la taille, autant de fois 33 millimètres que le nombre de ses années s'élève au-dessus de 35.

» Soit que l'on juge de la respiration normale par un calcul de ce genre, soit qu'on l'ait mesurée préalablement dans l'état de santé, ce qui est préférable, on peut déterminer le changement que la maladie a apporté dans la quantité d'air mise en circulation.

» L'ensemble des mesures prises avec des gazomètres ou avec des compteurs et appréciées d'après ces principes, permet d'établir qu'il n'est pas une seule altération du poumon qui ne diminue la capacité respiratoire; cette diminution, qui oscille ordinairement entre le tiers et les deux tiers de l'état normal, descend beaucoup plus bas quand les lésions qui ont oblitéré les vésicules sont graves et étendues; ainsi, dans la phthisie avancée, dans la pneumonie, dans le catarrhe vésiculaire, dans l'emphysème, les plus fortes expirations ne peuvent s'élever au-dessus d'un litre et même de trois quarts de litre. Lorsqu'on expérimente sur une série d'individus sachant dilater et puis resserrer leur poitrine aussi complétement que possible, on peut donc, en tenant les yeux sur les cadrans du compteur, juger d'après le seul mouvement des aiguilles quels sont ceux dont les poumons ont conservé leur intégrité et ceux chez lesquels des lésions pulmonaires entravent la circulation de l'air.

» L'abaissement de la capacité respiratoire ne permet pas sans doute de distinguer les lésions diverses qui le produisent, mais il aide à juger de la gravité de la maladie et du degré auquel est conservée la fonction respiratoire.

» La diminution de l'air mis en circulation fournirait aussi des éléments précieux si l'on voulait déterminer dans l'état morbide la quantité d'oxygène absorbé et celle de vapeur d'eau et d'acide carbonique exhalés. »

La spirométrie peut aussi, d'après M. Bonnet, servir à l'appréciation des méthodes thérapeutiques. C'est même dans l'intention de reconnaître la valeur d'un appareil de mouvement destiné à augmenter la souplesse des côtes et agrandir l'amplitude de la poitrine, que M. Bonnet a été conduit à rechercher des moyens précis de juger de la quantité d'air inspiré et expiré.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. NONAT.

Traitement des abcès. Substitution de la cautérisation répétée à l'usage de la mèche.

Par M. E. PINEAU, interne du service.

Après l'ouverture d'un abcès, il est d'usage d'introduire dans sa cavité une mèche de charpie ou de coton, destinée à s'opposer au rapprochement des bords de l'orifice de la plaie et à faciliter l'écoulement du pus dans l'intervalle des pansements.

Cette pratique est loin de remplir le but qu'on se propose; le plus souvent, au contraire, elle a un résultat tout opposé; elle empêche le pus de s'écouler librement au dehors; et par la stagnation de ce produit morbide dans la cavité du foyer, elle maintient les parois de celui-ci éloignées, devient ainsi un obstacle à la cicatrisation, et peut, par la suite, déterminer des accidents généraux de la plus haute gravité.

Que se passe-t-il, en effet, quand on retire la mèche? On voit immédiatement un flot de pus s'échapper et témoigner par là de l'inutilité, ou tout au moins de l'insuffisance du moyen employé. Il ne saurait en être autrement. En effet, ou la mèche est assez volumineuse pour fermer complétement l'ouverture pratiquée, ou bien son volume moindre permet au pus de s'écouler entre elle et les bords de l'orifice. Dans le premier cas, la mèche fait l'office d'un véritable bouchon qui empêche, il est vrai, l'ouverture de se fermer, mais qui s'oppose en même temps à l'issue du pus, non pas complétement, sans doute, car il s'en écoule un peu par suite de l'imbibition ; mais cette quantité est si minime, que la plus grande partie du liquide purulent demeure emprisonnée.

Dans le deuxième cas, lorsque la mèche est moins volumineuse, l'inconvénient paraît, au premier abord, moins grand. En effet, l'ouverture n'étant pas complétement obstruée, le pus peut s'écouler plus ou moins facilement au dehors; aussi est-ce de cette manière que les partisans de la mèche conseillent de l'employer. Même ainsi appliqué, ce procédé est loin d'être à l'abri de tout reproche. Remarquons d'abord qu'il reste toujours dans la cavité de l'abcès une certaine quantité de pus qui ne peut s'écouler au dehors à cause de la présence de la mèche; ce dont il est facile de s'assurer lorsqu'on la retire; on voit alors le liquide purulent retenu prisonnier s'échapper par l'orifice devenu libre. Or, quel est l'effet de l'accumulation du pus dans la cavité du foyer? Il empêche les parois de venir au contact, s'oppose par conséquent à leur cicatrisation, favorise par son séjour la formation de la membrane pyogénique, et devient ainsi cause d'une nouvelle sécrétion de pus. *Pus gignit pus.*

Telle est l'action locale du pus dans la cavité de l'abcès. Quant à son action générale sur l'économie, chacun sait qu'elle est bien autrement grave; je ne fais que l'indiquer ici.

Examinons ce qui se passe au bout de quelques jours : les bords de l'orifice n'étant pas maintenus écartés, se rapprochent, se resserrent sur la mèche, qui alors forme bouchon, et on retombe dans l'inconvénient du premier cas : le pus reste emprisonné. C'est alors que l'on conseille de diminuer de plus en plus le volume de la mèche; mais qu'arrive-t-il? c'est que l'ouverture diminue également; bientôt elle n'est plus en rapport avec l'étendue du foyer et devient conséquemment insuffisante pour le passage du pus, qui s'accumule derrière elle.

Il résulte de ce qui précède que la mèche usitée dans le traitement des abcès pour faciliter l'écoulement du pus en maintenant l'ouverture béante est un moyen inutile et nuisible : inutile en ce que, si la mèche est assez volumineuse pour maintenir les bords de la plaie écartés, elle emprisonne le pus; si, au contraire, son volume moindre permet à celui-ci de s'écouler, outre que cet écoulement est difficile et incomplet, elle ne s'oppose plus à la rétraction des bords de l'orifice. Ce procédé ne remplit donc aucune des indications que l'on se propose de remplir. Il est de plus nuisible en ce que, s'opposant à la libre sortie du pus, il devient responsable de tous les accidents causés par le séjour de ce produit morbide et délétère dans la cavité des abcès, accidents que tout le monde connaît, et parmi lesquels je signalerai seulement l'infection purulente comme un des plus graves et des plus fréquents.

Frappé des inconvénients et des dangers que je viens de mentionner, M. Nonat, depuis longues années, remplace dans le traitement des abcès la mèche par la cautérisation répétée des bords de la plaie, et, par ce moyen des plus simples et des plus rationnels, il maintient continuellement l'ouverture béante, de sorte que le pus s'écoule facilement et à mesure qu'il se forme.

SUR LES ÉPIDÉMIES.

> Quand un discours naturel peint un effet, on trouve en soi-même la vérité de ce qu'on entend; elle y était sans qu'on le sût.
> (*Pensées* de PASCAL, Ire part., art. x, n° 26.)

Je vais écrire ceci sans secours, sans livres, sans conseils; je vais peindre et décrire ce que je connais, ce que je sais, ce que j'éprouve au mot *épidémie*.

C'est une chose grave qu'une maladie frappant tout un peuple; il faut que l'écrivain qui effleure un tel sujet s'élève à la hauteur des génies qui ont illustré la médecine; il faut qu'il s'inspire des souvenirs d'Hippocrate, de Sydenham, de Stoll, de Bretonneau, des épidémistes italiens, etc.

Il y a des maladies épidémiques fatales, commençant, marchant et finissant d'une certaine façon; elles accomplissent des phases régulières, comme le temps, l'évolution des astres, le développement d'un végétal ou d'un animal. Ce sont des *entités*, des êtres, des individus. Telles sont la rougeole, la scarlatine, la variole, et peut-être la suette miliaire.

Pour aujourd'hui, nous nous en tiendrons à des réflexions sur ces individualités redoutables, dont les causes sont complétement ignorées, et dont les effets sont soumis à des lois immuables. Il y a d'autres affections épidémiques dont nous parlerons plus tard.

On se forme ou on se gâte l'esprit et le sentiment par les conversations selon qu'elles sont bonnes ou mauvaises. J'avoue avoir attentivement écouté les discours d'hommes savants touchant les épidémies; mon intelligence n'a pu les digérer et réduire ces provisions oratoires à quelques principes que fort longtemps après.

Je vais essayer de transmettre ici, avec le plus de simplicité et de clarté qu'il me sera possible, mes impressions sur les épidémies.

Pascal dit que l'homme n'est ni ange ni bête, et que le malheur veut que quiconque fait l'ange fait la bête. (*Pensées*, art. x, n° 13.

> Entre les deux excès la route est difficile. (BOILEAU.)

Il y a dans la didactique bien des obstacles à vaincre. Certains prétendent à instruire les autres; *ils sont savants*, mais ils manquent du talent de transmettre. D'autres ont le jugement faux, ou n'en ont pas du tout. Je connais certains hommes d'un savoir très-profond sur ce point, mais ineptes pour tout le reste; ils ont, comme on dit, mis tous leurs œufs dans le même panier; la page est belle, tournez le feuillet, il n'y a plus rien. C'est sans doute ce qui fait dire que les gens d'esprit sont bêtes. Erreur de langage qui confond l'esprit avec le savoir.

L'écueil le plus dangereux pour instruire, c'est l'obstination, la ténacité de nos opinions. A ce propos, je demande encore à mes bienveillants lecteurs la permission de leur dire une petite histoire.

Rabelais rapporte qu'un saint évêque d'Auxerre fort ami du bon vin, désespéré de voir la vigne si souvent compromise par les gelées du printemps, et soupçonnant de mauvaise volonté pour la vendange les saints de cette époque de l'année, proposa au pape de les transporter dans les mois de juillet et d'août, et de mettre à leur place ceux que l'on fête dans ce temps.

Eh bien, nous sommes comme ce prélat, nous voulons ce qui nous plaît; tout et rien que ce qui nous convient, *per fas et nefas*. Les raisonnements les plus sensés comme les plus absurdes nous sont bons pour atteindre nos fins.

Sic volo, sic jubeo, sit pro ratione voluntas.

Les épidémies servent merveilleusement nos passions et nos déraisonnements, malgré l'ignorance complète de leurs causes, de leur nature et de leur thérapeutique, et peut-être à cause de cette ignorance.

J'avais vu sur la table de travail de notre rédacteur en chef le livre de M. le docteur Foucart : *De la suette miliaire, sa nature et son traitement;* je trouvai piquant de dire, moi chétif praticien de campagne, mon avis sur les œuvres du critique bibliographique de la *Gazette des Hôpitaux* de Paris.

Voici en deux mots l'esprit de ce traité :

La suette miliaire est une;

Son traitement, l'ipécacuanha et les laxatifs, avec une hygiène appropriée.

La preuve, mille succès; pas un seul revers.

J'ai trouvé dans ce livre une note manuscrite de M. le docteur Bayard (de Cirey), intitulée *Y a-t-il plusieurs sortes de suette?*

Tout cela demande et mérite des explications; or vous savez qu'il est impossible d'agiter une seule question en médecine sans remuer la science et l'art de fond en comble.

Je vois dans toute *épidémie* :

1° Un sujet;

2° Une constitution locale;

3° Une cause épidémique.

Plus par exception l'ataxie ou le désordre.

Avec ces données, on s'égarera difficilement, quant à la partie théorique des épidémies s'entend.

Devons-nous être surpris qu'aussi peu d'éléments puissent suffire à

Voici en quoi consiste le procédé de M. Nonat : ouverture suffisamment large et à la partie la plus déclive de la collection purulente ; pression méthodique pour évacuer le pus ; le jour de l'opération, introduction de quelques brins de charpie entre les lèvres de la plaie pour empêcher leur agglutination ; le lendemain, cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent des bords de l'ouverture, ou des parois du canal qui conduit au foyer si celui-ci est profond ; répétition de la cautérisation tous les deux ou trois jours ; cataplasmes émollients d'abord, pansements simples ensuite.

Comme on le voit, cette méthode est d'une exécution facile et remplit parfaitement toutes les indications ; en effet, elle maintient continuellement l'ouverture élargie, puisque, à mesure que les bords se rapprochent, se cicatrisent, elle les détruit sans laisser dans la plaie de corps étranger ; dès lors le pus, trouvant une issue facile, s'écoule librement et à mesure qu'il se forme, et, ne séjournant plus dans le foyer, il permet aux parois de celui-ci de se rapprocher et par conséquent à la cicatrice de se faire. Il est vraiment surprenant de voir avec quelle rapidité se guérissent par ce moyen des abcès qui par leur étendue et leur profondeur semblaient devoir être très-graves.

Le procédé de M. Nonat est applicable à tous les abcès superficiels ou profonds ; mais pour ces derniers, il faut avoir bien soin de cautériser non-seulement l'ouverture extérieure, mais aussi toute la longueur du canal jusqu'au foyer ; on en conçoit facilement la raison. Une autre précaution à prendre, c'est de ne pas laisser trop longtemps le crayon de nitrate d'argent en contact avec les parties que l'on veut cautériser, car dans ce cas l'eschare qui se détache, étant volumineuse, obstrue l'ouverture, et produit le même inconvénient que la mèche en s'opposant à la libre sortie du pus : la cautérisation doit donc être légère.

J'ai vu ce procédé employé maintes fois par son auteur, j'ai eu moi-même occasion de le mettre en usage plusieurs fois, je l'ai toujours vu réussir, lorsque les conditions dont j'ai parlé plus haut avaient été remplies, et jamais je n'ai vu survenir le plus léger accident.

La douleur causée par la cautérisation est insignifiante ; elle est bien moindre que celle que fait éprouver l'introduction d'une mèche.

Les affections dans lesquelles j'ai vu ce procédé employé sont les suivantes : panaris, phlegmons de la paume de la main, abcès du sein, des ligaments larges, des fesses, de la marge de l'anus, des muscles, fistules stercorales, etc., etc.

Je pourrais citer de nombreuses observations à l'appui de l'efficacité de la méthode de M. Nonat ; je rapporterai seulement les suivantes :

Obs. I. — François Tranquille, charretier, trente-cinq ans, est entré le 4 janvier dans la salle Saint-Paul. Cet homme était alors affecté d'une pleuro-pneumonie du côté droit. Quelques jours après, malgré un traitement antiphlogistique énergique, l'inflammation envahit le poumon du côté opposé et compromit ainsi très-gravement les jours du malade. Cependant, après de nombreuses alternatives en bien et en mal, la convalescence s'établit, quoique d'une manière incomplète, car il conserva encore longtemps une toux opiniâtre et une grande faiblesse qui le forçait à garder le lit.

Vers la fin de février, je remarquai que ce malade était continuellement couché sur le ventre, position qui, disait-il, lui permettait de respirer plus librement. Peu satisfait de cette explication, je l'examinai avec soin, et je trouvai une vaste collection purulente située profondément dans l'épaisseur de la fesse gauche, et occupant tout l'espace compris entre le sacrum et le point de réunion des deux tiers internes avec le tiers externe de la région fessière. Cet abcès formait une tumeur du volume du poing, douloureuse à la pression, donnant la sensation d'une fluctuation profonde mais manifeste, excepté vers la partie la plus externe, où la palpation permettait de constater un noyau d'engorgement assez étendu et plus douloureux que le reste.

Le 2 mars, une incision d'environ 2 centimètres fut pratiquée à la partie la plus déclive de la collection purulente. Au niveau de l'insertion postérieure du grand fessier, les fibres de ce muscle furent coupées, et il fut facile de constater que le siége du foyer était situé entre la ligne courbe supérieure de l'os coxal et la crête iliaque, au-dessous des insertions supérieures du grand fessier. Après la sortie d'une quantité considérable de pus, quelques brins de charpie furent placés entre les lèvres de la plaie. Le lendemain ils furent retirés, et un crayon de nitrate d'argent fut introduit à une profondeur d'environ 3 centimètres dans le canal qui conduisait au foyer. Cette cautérisation fut répétée tous les deux jours, et le 10 mars, huit jours après l'ouverture de l'abcès, le foyer était complétement cicatrisé dans toute son étendue.

Tous les matins, il était facile de s'assurer que le pus ne séjournait pas dans la cavité du foyer, car, par la pression, il était impossible d'en faire sortir une seule goutte. En examinant les pièces de linge qui avaient servi au pansement, il était également facile de constater que le pus s'écoulait facilement au dehors à mesure qu'il se formait. Quant au noyau d'engorgement dont j'ai parlé plus haut, il avait disparu dès le troisième jour de l'ouverture, et à cette époque la pression n'était plus douloureuse à son niveau, signe certain que tout travail phlegmasique avait cessé.

Obs. II. — Le 10 novembre 1854 est entrée à l'hôpital Necker, dans le service de M. Verhois, la nommée Blondel, âgée de trente-sept ans. Cette femme était affectée d'un volumineux abcès du sein droit. Le surlendemain, la fluctuation étant évidente, une large ouverture fut pratiquée à la partie la plus déclive de la tumeur, et après l'issue d'une grande quantité de pus, quelques brins de charpie furent interposés entre les bords de la solution de continuité. Le lendemain, le crayon de nitrate d'argent fut introduit dans la plaie à une profondeur de 2 à centimètres, et cette cautérisation fut répétée tous les deux jours. Au bout de huit jours la guérison était complète.

Obs. III. — A..., employé dans un établissement public pour laver la vaisselle, fut atteint simultanément de trois panaris sous-dermiques ; l'un occupait le médius de la main droite, le second l'indicateur de la main gauche, et le troisième l'annulaire de la même main. Ces panaris menaçaient de devenir fort graves, celui de la main droite surtout. Après des incisions suffisamment larges, je cautérisai chaque jour les bords des ouvertures avec le crayon de nitrate d'argent, et tous les trois guérirent rapidement sans amener aucun désordre.

Obs. IV. — Le 13 novembre 1852, est entrée (salle Saint-Charles, n° 21, à l'hôpital de la Pitié) la nommée Adélaïde X..., âgée de vingt ans. Cette malade souffrait depuis six jours autour de l'anus ; elle ressentait de très-vives douleurs en allant à la garde-robe, et ne pouvait s'asseoir.

Le 14, M. Nonat, en pratiquant le toucher rectal, trouve un gonflement considérable et douloureux dans le tissu cellulaire qui avoisine le rectum du côté gauche. Cet engorgement formait une saillie du côté de l'intestin, et il était facile d'y percevoir une fluctuation évidente ; du côté de la peau, on remarquait de la rougeur accompagnée de chaleur et de douleur.

Le 15 novembre, quoique l'abcès se fût ouvert spontanément dans le rectum, une incision fut pratiquée à l'extérieur ; le lendemain la suppuration était abondante, et quelque peu de matières fécales s'échappaient par l'ouverture cutanée, une certaine quantité de pus s'échappait aussi par l'anus. Tous les deux jours cautérisation des lèvres de la plaie avec le nitrate d'argent, et guérison complète au bout de dix jours sans trace de fistule.

SOLUTION DE TANNIN DANS LA GLYCÉRINE.

La glycérine pure dissout presque son poids de tannin. La solution, facilement miscible à l'eau, fournit un astringent d'un emploi très-commode et particulièrement applicable aux nombreuses affections des membranes muqueuses, en ce qu'elle se combine facilement avec le mucus, et forme une enveloppe non vaporisable sur les membranes sèches. Elle est d'ailleurs utile dans tous les cas où l'on veut employer un astringent, sans irriter l'organe sur lequel a lieu l'application.

La solution doit être tenue dans l'obscurité et, au risque de se décomposer, ne doit pas être préparée bien longtemps avant d'en faire usage. (*Ass. med. journ.*)

MOYEN DE FACILITER LA SOLUBILITÉ DU CITRATE DE MAGNÉSIE.

Après avoir remarqué que le citrate de magnésie neutre préparé d'avance devient presque complétement insoluble en cristallisant, M. Simonin (de Nancy) indique un moyen très-simple de rendre au sel magnésien la solubilité qu'il avait perdue.

Il consiste à broyer avec soin dans un mortier ou sur un porphyre avec 1 gramme d'eau pour faire une pâte, et mieux encore à y ajouter assez d'acide citrique pour obtenir dans la solution une saveur légèrement acide. Le citrate ainsi préparé, soit seul, soit avec l'acide citrique, devient entièrement soluble dans l'eau bouillante. (*Journal des conn. méd. et pharm.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 avril 1856. — Présidence de M. Binet.

Propriétés toxiques de l'atractylis gummifera. — M. Bouros adresse d'Athènes une réclamation de priorité relative à deux communications faites en 1854 par M. Commaille sur les propriétés toxiques de l'atractylis gummifera, et sur plusieurs cas d'empoisonnement observés en Algérie chez des enfants qui avaient mangé de la racine de cette plante.

La priorité réclamée par M. Bouros est parfaitement constatée, les *Comptes rendus hebdomadaires de l'Académie* contiennent, en effet (tome VI, page 340), l'indication d'un mémoire sur ce sujet adressé par lui, et qui fut présenté à la séance du 12 mars 1838. Aujourd'hui, en reproduisant cette première communication, M. Bouros y joint l'observation toute récente de cas d'empoisonnement qui ont présenté des symptômes tout semblables, et qui paraissent dus à la même cause. Nous disons *qui paraissent*, car la plante que l'on a envoyée comme échantillon de ce qu'avaient mangé les trois enfants empoisonnés est un échinops et non un atractylis. Mais, comme le remarque M. Bouros, rien ne prouve que l'échantillon que l'on a été chercher dans la localité où les trois enfants égarés dans la campagne avaient fait ce funeste repas, et d'après les indications assez vagues données par celui des trois qui succomba le dernier, appartienne réellement à la même espèce que celle qui a causé l'accident. D'autre part, l'atractylis n'est pas rare dans ces parages, et rien n'empêche de supposer que ce ne fût l'espèce de chardon désignée par l'enfant.

La nouvelle note de M. Bouros est renvoyée à l'examen des commissaires nommés pour les deux mémoires de M. Commaille, MM. Dumas, Pelouze, Rayer, auxquels est invité de s'adjoindre M. Serres, qui faisait partie de la commission nommée dans la séance du 12 mars 1838.

Procédé de conservation des substances animales. — M. Strauss-Durckeim met sous les yeux de l'Académie une tête de roussette, poisson de la famille des squales, conservée depuis seize ans dans un liquide conservateur qu'il a fait connaître pour la première fois comme antiputride dans son *Traité pratique d'anatomie comparative* publié en 1842. Cette liqueur est composée de 14 parties de sulfate de zinc dissoutes dans 10 parties d'eau (saturée).

On peut voir par cette préparation que le corps des animaux vertébrés se conserve si bien dans ce liquide, que ce poisson présente en apparence toutes les qualités d'un animal frais, et cela jusqu'à son odeur de marée fraîche. Pour mieux reconnaître la propriété conservatrice de cette solution, M. Strauss-Durckeim a laissé pendant les seize années cette tête de poisson dans un bocal ouvert à l'air libre, en y remplaçant de trois en trois mois à peu près le liquide évaporé par de l'eau ordinaire qu'il y versait. Il se propose maintenant de soumettre cette préparation à la dessiccation pour la momifier, convaincu qu'elle se conservera indéfiniment dans cet état.

Cette liqueur peut servir, d'une part, à conserver les préparations anatomiques destinées aux dissections, et, d'autre part, à la momification des corps, en l'injectant dans les artères.

Action du chyle sur le sang veineux. — M. Leclerc communique un résultat nouveau de ses recherches concernant les substances qui agissent sur le sang veineux ; il a constaté récemment que le chyle

---

cette importante histoire? Nullement, si nous songeons qu'il en est à peu près de même en toutes choses.

Les dix chiffres suffisent à toutes les combinaisons numériques ;

Il n'y a que sept notes en musique ;

Les vingt-quatre lettres de l'alphabet satisfont à tous les besoins du langage le plus compliqué ;

On arrive en mécanique à produire les effets les plus variés et les plus admirables avec les trois leviers ;

La nature se sert des moyens les plus élémentaires pour arriver à ses divines conséquences, etc.

Prenons des exemples :

Je possède un verger où sont mille arbres sauvageons ; j'ai reçu de la Normandie les greffes des meilleurs fruits à cidre, que je vais enter au premier jour.

Je déterminerai une *épidémie de fruits normands sur mes arbres*, c'est-à-dire que j'aurai bien des produits semblables à ceux que l'on récolte dans ce pays, à cela près que les espèces seront modifiées, *selon la nature de mon terrain et celle des sujets qui les recevront.* Telle est la véritable histoire de toutes les maladies ambulantes.

Le docteur Philippe, médecin militaire à l'hôpital de Batna, s'exprime ainsi dans la relation qu'il donne du choléra qui y a sévi en 1854 :

« Dans une épidémie, il y a trois choses à considérer tout d'abord : le pays où elle sévit (mon verger), sa nature spécifique (les fruits de Normandie), et l'idiosyncrasie de chaque sujet atteint (chacun des arbres en particulier). »

Il ajoute :

« Si un élément étranger vient faire irruption dans cette patrie de la fièvre, pour prendre ses lettres de naturalisation il est obligé de payer sa bienvenue et de s'accommoder aux usages de la localité qu'il vient visiter. »

En d'autres termes, la constitution locale est la toile sur laquelle vient se peindre le tableau épidémique.

D'où la fièvre cholérique pernicieuse épidémique, la pernicieuse cholérique de Torti, les fièvres cholériques bilieuses de Stoll, etc.

Dans ces cas, il suffit souvent de combattre l'élément dominant, quel qu'il soit, pour anéantir les deux autres.

Il en résulte qu'il faut se demander si les mille succès de M. Foucart ont eu lieu contre la *suette miliaire* ou contre l'état bilieux qui l'accompagnait alors.

Cette question me semble être d'autant plus grave que d'autres observateurs de mérite ont traversé des épidémies de suette, et qu'ils présentent un bon nombre de résultats utiles obtenus par des moyens divers ; ceci porte en même temps l'esprit à douter de l'*individualité* ou de la nature spécifique de la suette miliaire, qui pourrait n'être qu'un symptôme commun à plusieurs maladies et non une entité immuable, comme la rougeole, la scarlatine et la variole, etc.

Il convient donc, en conséquence, d'être sobre de conclusions en cette matière, parce qu'à la première rencontre on pourrait éprouver autant de déceptions que notre savant collaborateur a eu de succès, et il faut se demander si l'on sera toujours sûr de guérir la suette miliaire par les mêmes moyens, en tous lieux, en tous temps, chez tous les sujets. L'avenir nous instruira.

En attendant, rendons un hommage cordial à l'homme de talent qui a su observer les faits et écrire un livre digne d'être l'œuvre des maîtres.

Maintenant examinons les dires de notre très-honoré confrère le docteur Bayard (de Cirey).

Existe-t-il plusieurs espèces de suette? Telle est la question. Distinguons.

Selon M. Foucart, et jusqu'à preuve du contraire, la suette miliaire a ses allures propres, elle constitue un individu dans la famille nosologique. Elle a donc, comme les autres affections spéciales épidémiques, ses prodromes, son état et sa terminaison.

Mais cela étant, il existe plusieurs variétés de suette, par des raisons énoncées plus haut ; c'est-à-dire qu'elle peut être influencée par le génie du lieu qu'elle envahit, et par la constitution des sujets atteints.

Elle doit donc affecter différentes formes, dominer ou être déprimée par ces circonstances.

Il devient inutile d'étendre ces explications. Tournez, retournez, combinez, divisez, et vous ne sortirez pas des principes posés, sauf les cas où l'*ataxie* viendra tout désordonner, et mettre obstacle au développement régulier des matériaux pathologiques. Il y aura alors des accidents nouveaux imprévus, des caprices inexplicables variant à l'infini.

C'est dans ces cas suprêmes que le bon sens, la perspicacité, le coup d'œil médical peuvent seuls servir de guide. Ici se place la médecine de sentiment, la thérapeutique d'inspiration ; alors on emploie les agents les plus énergiques, ou on s'en rapporte à la Providence.

Mais je m'arrête. Ce que j'ai dit des épidémies est déjà au-dessus de mes forces, et l'*ataxie* est en dehors de mes faibles talents ; pour planer à sa hauteur, il faudrait s'appeler Récamier.

Amédée Joux.

rougit le sang veineux. (Renvoi à l'examen des commissaires précédemment nommés: MM. Flourens, Coste, Claude Bernard.)

— M. Massart présente au concours pour le prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon un mémoire intitulé *Traité théorique et pratique de l'angine de poitrine, d'après la découverte de son siége organique.* (Renvoi à la future commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. Millière adresse au concours pour le prix du legs *Bréant* une note *sur le traitement du choléra-morbus et sur les moyens supposés de nature à empêcher l'apparition de la maladie dans un lieu menacé.* (Renvoi à l'examen de la section de médecine, constituée en commission spéciale pour le prix du legs Bréant.)

— M. Fonssagrives adresse une lettre relative à son *Traité d'hygiène navale*, ouvrage présenté dans la séance du 31 mars dernier, et qui a été renvoyé au concours pour le prix des arts insalubres.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 avril 1856. — Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Déformation du pied. Subluxation de l'astragale. — M. Morel-Lavallée présente un malade âgé de vingt ans, qui depuis trois ans offre une déformation manifeste du pied. Les péroniers latéraux sont fortement contractés; l'astragale est porté en dedans, et le pied dans une rotation qui porte le bord interne en bas et en dehors. Que faut-il faire pour remédier à cette affection?

M. Guersant pense que ce malade est dans les conditions des individus qui ont tendance à avoir un pied-bot valgus et un pied plat. Il faut appliquer un appareil analogue à celui usité dans ce genre de difformité, et recourir, si ce moyen était insuffisant, à quelques sections tendineuses.

M. Houel signale comme cause active l'état de contraction des péroniers latéraux qu'il faudra débrider.

M. Broca pense qu'il n'y a rien à faire dans ce cas spécial.

Tumeur fibro-plastique de la cuisse. — M. Larrey présente un officier qu'il a opéré au mois de novembre dernier d'une tumeur fibrineuse ou fibro-plastique de la cuisse, vers l'articulation du genou, après l'avoir préalablement soumis à l'examen de la Société. (Séance du 5 nov. 1855.)

La cicatrisation de la plaie, régulière d'abord, et même assez rapide dans les premiers temps, est demeurée stationnaire ensuite, et offre depuis près de quatre mois un point d'ulcération superficielle réfractaire à toute espèce de pansement. Un noyau enfin offrant l'apparence d'un gros bourgeon charnu s'est développé depuis quelque temps vers l'extrémité antérieure de la cicatrice, et d'après sa consistance autant que par son origine, paraît être un commencement de récidive de la tumeur déjà soumise à deux extirpations.

Le malade porte un appareil protecteur formé d'une large coque de cuir recouvrant toute la surface de la cicatrice, pour la préserver des frottements en éloignant ainsi les chances d'une récidive.

C'est un appareil analogue à celui-là que M. Larrey avait fait faire pour un autre militaire opéré trois fois par lui d'une tumeur fibroplastique de la hanche, et dont il a été question souvent à la Société. Nulle récidive nouvelle n'est survenue depuis l'application de l'appareil.

M. Marjolin. La Société se rappelle sans doute les discussions qui ont eu lieu sur les tumeurs fibro-plastiques. Le fait présenté par M. Larrey vient à propos pour nous permettre de dire encore quelques mots sur cet important sujet. Vous voyez combien les faits de récidive et de généralisation du tissu fibro-plastique deviennent communs; et nous ajouterons de plus que des individus signalés comme guéris ont été depuis atteints de récidive et en sont morts. Tel est le malade dont l'observation est rapportée dans le livre de M. Lebert. Il y a dans ce cas repullulation de la tumeur dans les organes internes.

M. Chassaignac. Je puis donner des détails sur le fait auquel M. Marjolin fait allusion. Le malade, qui avait eu plusieurs récidives, a dû une guérison un peu plus prolongée à l'emploi de l'autoplastie lors de la dernière opération. La santé s'est maintenue bonne pendant dix-huit mois.

Lorsque de nouvelles tumeurs sont apparues, le malade est revenu à l'hôpital Lariboisière. Il avait alors une tumeur volumineuse sur l'épaule et une autre dans le ventre. Je n'ai pu pratiquer l'autopsie, et j'ignore si ces nouvelles tumeurs étaient de nature fibro-plastique.

Personne n'a nié la généralisation de ce genre de tumeur; mais, ce qui est bien réel, c'est que les malades qui sont atteints de cette affection résistent parfaitement, et les opérations déterminent une grande amélioration dans la santé. Ce n'est pas là ce qu'on remarque dans le cancer.

Sur un individu encore couché dans mes salles, j'ai déjà enlevé ainsi deux tumeurs. Chaque ablation a été suivie d'un mieux marqué dans l'état général, et je me propose d'enlever une troisième tumeur, encouragé que je suis par les antécédents.

— Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. Marjolin communique le discours qu'il a lu sur la tombe de M. Vidal (de Cassis):

Messieurs,

La Société de chirurgie était encore sous la triste impression de la mort de M. le professeur Gerdy, et voici qu'un nouveau malheur vient de nouveau l'atteindre.

Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, professeur agrégé de la Faculté de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, l'un des membres fondateurs de la Société, a succombé, lui aussi, dans la force de l'âge, après de longues et cruelles souffrances.

Vidal naquit à Cassis (Bouches-du-Rhône) en 1803; il fit ses premières études à Marseille, fut interne de l'Hôtel-Dieu pendant quatre ans, sous la direction de M. Moullaud, chirurgien de l'hôpital. En 1826, il vint à Paris et suivit assidûment la clinique de Dupuytren.

En 1828 il fut reçu docteur.

Le sujet qu'il choisit pour sa thèse inaugurale était une question difficile de médecine opératoire sur laquelle l'expérience n'a pas encore entièrement prononcé, c'était la taille quadrilatérale.

Avec une imagination essentiellement méridionale, Vidal devait naturellement se diriger vers une position scientifique, où, à défaut d'une expérience encore mûrie par les années, l'érudition peut briller d'un vif éclat. Il se lança donc franchement dans la voie de la presse médicale, et ne tarda pas à s'y faire un nom.

Il écrivit ses premières pages dans le journal de la *Clinique*, travailla successivement dans la *Lancette*, dans la *Gazette médicale*, et plus tard coopéra à la publication du *Journal hebdomadaire*, dont Blandin et Forget (de Strasbourg) étaient les principaux rédacteurs, avec MM. Andral et Bouillaud.

Enfin, à une époque plus rapprochée, de concert avec MM. Velpeau, Bégin et Marchal (de Calvi), il rédigea les *Annales de la chirurgie française et étrangère*.

Si notre collègue se fût contenté du rôle d'écrivain critique, la part de réputation qu'il s'était acquise eût été encore assez belle; mais voulant aussi appartenir à la Faculté et aux hôpitaux, successivement il concourut pour l'agrégation et le Bureau central, sans trop s'inquiéter si sur sa route il ne rencontrerait pas quelque susceptibilité, quelque rancune, suscitées par sa critique parfois un peu mordante.

L'issue de ces deux concours lui fut favorable; mais ces deux nouvelles places ne le firent pas dévier de la carrière qu'il avait embrassée. Aussi, tout en remplissant avec zèle ses fonctions d'agrégé et de chirurgien des hôpitaux, il ne cessa point de travailler activement à la rédaction de recueils scientifiques, et en outre il publia diverses monographies sur plusieurs points de pathologie externe ou de médecine opératoire; de plus, constamment il se tint prêt à rentrer dans l'arène des concours, et chaque fois qu'au sein de la Faculté une chaire de pathologie ou de clinique devint vacante, il se présenta hardiment, montrant dans chacune de ces luttes des qualités recherchées dans un professeur érudit ou un praticien consommé.

Un des premiers désigné lors de la création de l'hôpital de Lourcine pour y faire le service de chirurgien, il s'adonna avec beaucoup de soin à l'étude des maladies des organes génitaux de la femme, commença ses intéressantes recherches sur la syphilis, et dès ce moment se mit à recueillir les premiers matériaux pour l'ouvrage qu'il publia plus tard sur les maladies vénériennes.

Comme vous le voyez, Vidal fut non-seulement un écrivain remarquable; mais les nombreuses recherches qu'il a faites sur divers points de la pathologie, les modifications ingénieuses qu'il a proposées pour certaines opérations, ses idées sur le débridement multiple, sur les opérations en plusieurs temps, sur la réunion des plaies et le traitement de la varicocèle prouvent assez sa vocation chirurgicale.

Enfin son *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, le seul traité complet de notre époque, et qui en était arrivé à la quatrième édition, atteste qu'à aucun moment il n'avait cessé de se tenir au courant des découvertes scientifiques.

Ne vous étonnez donc pas, messieurs, dès qu'il fut question de réunir les chirurgiens des hôpitaux pour fonder la Société de chirurgie, de le voir embrasser cette idée avec ardeur! Ce titre de membre fondateur, il y tenait comme aux titres que ses concours lui avaient mérités; assistant régulièrement à toutes nos séances, faisant souvent d'importantes communications, il ne cessa de prendre une part active à nos travaux que lorsque sa santé entièrement épuisée ne lui permit plus de se rendre à nos réunions.

Je devrais m'arrêter ici, messieurs, après cette esquisse rapide d'une existence dignement remplie; et cependant, avant de dire un dernier adieu à notre collègue, involontairement ma pensée se reporte avec tristesse sur ses derniers moments.

Qu'était-il survenu dans cet esprit si gai, si fin? comment était-il devenu d'une tristesse maladive? pourquoi cet isolement volontaire? C'est qu'aux souffrances physiques étaient venues se joindre des souffrances morales plus cruelles encore; la mort d'un fils qu'il aimait tendrement l'avait plongé dans une profonde mélancolie, et rien n'avait pu l'y soustraire; ni l'influence du pays natal ni la bonne amitié de notre collègue Goyrand, rien n'avait fait: Vidal avait été accablé par ce malheur. De temps à autre quelque raillerie s'échappait encore de ses lèvres pâlies par la souffrance, mais c'était tout ce qui restait de son caractère passé.

Par une bizarrerie sans exemple, il défendit qu'aucun de nous fût averti de sa fin prochaine, voulant, comme il le disait, que sa mort fût pour nous une surprise.

Cruelle surprise, car elle a été pour nous tous une peine réelle!

Ah! Vidal, si vous avez pu douter de notre attachement, cette erreur a dû être bien pénible! Si vous avez cru que vos plaisanteries avaient pu blesser l'un de nous, vous vous êtes trompé; vous n'aviez pas d'ennemis, on vous savait au fond bon et serviable, et votre cœur était encore bien supérieur à votre esprit!

Jusqu'à vos derniers instants vous avez voulu rester fidèle à votre caractère, et vous avez voulu mourir en raillant, vous privant ainsi volontairement des paroles de consolation qui auraient adouci vos souffrances. Eh bien, nous aussi nous resterons fidèles à notre caractère, et nous venons ici, au nom de cette Société de chirurgie dont vous fûtes un des fondateurs, rendre un hommage public à votre mémoire et à vos talents.

CORRESPONDANCE.

M. Chassaignac dépose sur le bureau un paquet cacheté. (Dépôt aux archives.)

— M. le docteur Ripoll, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, adresse à l'appui de sa candidature comme membre correspondant les observations suivantes:

Polype intra-utérin volumineux; issue spontanée dans le vagin; ligature partielle; chute totale.

Hypospadias modifié par ponction du gland.

Chute d'une bougie dans la vessie; extraction à l'aide d'un lithotriteur.

(Renvoi à la commission chargée d'examiner les autres travaux de M. Ripoll.)

— M. Fleury, professeur de clinique à l'École préparatoire de Clermont, adresse, pour obtenir le titre de membre correspondant, un mémoire *sur les kystes des bourses.* (Commission: MM. Michon, Lenoir et Gosselin.)

PRÉSENTATION D'APPAREILS.

Appareil pour fractures de jambe. — M. Lemeaux présente un appareil pour fractures de jambes. (Renvoyé à une commission composée de MM. Robert, Huguier et Larrey.)

Nouveau bandage. — M. Demarquay présente, au nom de M. Féron, un bandage herniaire. Par l'adjonction d'une spirale entre la pelote et le ressort, la pelote se trouve appliquée d'une manière plus solide contre l'orifice de la hernie. En outre, une autre plaque accolée à la partie supérieure de la pelote et venant s'appliquer sur le ventre tend, lorsque des efforts repoussent en avant la paroi abdominale, à faire basculer la pelote, qui alors s'applique d'une manière plus complète sur l'anneau et rend impossible l'issue des viscères herniés.

Ce bandage a été employé avec succès par M. Lenoir sur un malade dont la hernie était difficilement maintenue réduite.

M. Guérin connaissait l'addition d'une spirale entre la pelote et le ressort; cette modification est dès longtemps usitée en Angleterre. Quant à la plaque surajoutée, sans rien préciser, il se rappelle en avoir vu un modèle chez un bandagiste de Paris. Il lui paraît donc que M. Féron, en résumé, n'a rien inventé.

M. Demarquay. M. Féron n'a pas cru probablement faire quelque chose de tout à fait neuf. On retrouvera, en effet, les éléments de ce bandage dans plusieurs autres bandages; mais, tel qu'il est fait, il nous a paru avantageux; et, si je le présente à la Société, c'est parce que l'inventeur est un médecin qui ne veut en aucune façon en tirer un parti industriel quelconque.

M. Giraldès. Les observations de M. Guérin sont fort justes: la spirale est tout à fait usitée. Quant à la bascule produite par la plaque abdominale, je ne puis dire si c'est nouveau. Il serait seulement utile de nous renseigner sur la valeur de cette addition: est-elle applicable à tous les cas? est-elle sans danger?

M. Larrey a eu occasion aussi d'examiner le bandage herniaire du docteur Féron, qui lui avait été adressé par M. Magne pour le présenter à la Société. Mais, présumant, comme M. Guérin vient de le dire, que ce système de ressort à spirale élastique ressemblait peut-être à d'autres, M. Larrey avait engagé M. Féron à faire voir son appareil sous trois formes:

1° Les pièces séparées;

2° Les pièces réunies;

3° L'appareil garni et applicable.

M. Lenoir. J'ai appliqué ce bandage; l'inventeur est un honorable chirurgien de province qui n'a pas cherché si avant lui on avait appliqué son idée en Angleterre. Il n'attache donc aucune importance à la question de priorité. Quant à l'application pratique, je puis dire qu'elle m'a donné un excellent résultat dans un cas où les autres bandages avaient échoué.

M. Guérin. Je ferai remarquer que mes attaques n'ont porté ni sur l'inventeur ni sur le bandage; je tenais seulement à faire constater qu'il n'y avait rien de neuf dans la présentation qui nous était faite.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Ostéo-myélite de la jambe. — M. Lenoir présente, au nom de M. Houzelot (de Meaux), une pièce anatomo-pathologique relative à une ostéo-myélite de la jambe. Des détails seront donnés sur cette pièce dans une prochaine séance.

Des lésions anatomiques du squelette dans le pied plat. — M. Follin donne lecture, au nom de M. Lacour, professeur adjoint à l'École de médecine de Rennes, de la note suivante; deux squelettes de pied plat sont joints à cette note:

Le pied doué d'une bonne conformation présente à sa face plantaire une forme concave qui a un double but physiologique:

1° Elle s'oppose à ce que les parties molles plantaires soient comprimées pendant la station;

2° Les articulations arthrodiales du tarse et du métatarse, maintenues d'ailleurs par des ligaments puissants, résistent mieux à la pression du corps à cause de l'élasticité de cette voûte.

Il est une disposition vicieuse du pied, connue sous le nom de pied plat, dans laquelle cette résistance à la pression est modifiée, ce qui produit dans les articulations du tarse des altérations constantes.

On sait que cette forme du pied rend la marche difficile, et que, très-prononcée, elle rend impropre au service militaire.

J'ai eu quatre fois l'occasion d'examiner après la mort cette difformité: trois fois chez des hommes, une fois chez une femme. Elle existait en même temps aux deux pieds; dans deux cas, elle prédominait à droite, dans deux cas à gauche.

Avant toute dissection, il est permis d'observer que les parties molles de la région plantaire sont planes au lieu d'être concaves.

Au bord interne du pied, au-dessous du scaphoïde, est un épaississement notable de l'épiderme; au-dessus de ce durillon, une petite synoviale.

Les pieds de ce genre paraissent avoir la longueur habituelle.

Les muscles ont leur disposition normale; j'ai trouvé une fois ceux de la région plantaire interne, une fois l'abducteur transverse du gros orteil devenus graisseux. Je n'ai pas trouvé de transformation fibreuse.

Squelette. — La face plantaire ne présente plus qu'un rudiment de gouttière correspondant au deuxième et au troisième cunéiforme.

Bord interne. — La station se fait pour un squelette normal sur le calcanéum et sur l'extrémité antérieure du premier métatarsien; pour les pieds plats, tout le bord interne se rapproche du plan horizontal; le premier cunéiforme et surtout l'apophyse interne du scaphoïde reposent sur ce plan.

Le bord externe est aussi affaissé; au lieu de présenter la forme d'une courbe à concavité inférieure, il représente une ligne à peu près droite; l'apophyse du cinquième métatarsien touche le plan horizontal au lieu d'en être distante de 5 à 10 millimètres, comme il a lieu normalement.

L'articulation médio-tarsienne offre une grande mobilité.

A la partie supérieure de l'interligne cuboïdo-calcanien, les deux os sont surmontés d'apophyses accidentelles, espèces de contre-forts.

L'astragale est le siége des modifications les plus remarquables; son col est usé dans sa partie externe et antérieure par l'effet des pressions

répétées, et le scaphoïde vient se mettre, dans une pression forcée, en contact avec la facette péronière de l'astragale. Cette déformation est plus ou moins prononcée, suivant l'âge des sujets (1). C'est une subluxation semblable à celle qui, dans le pied-bot varus, met en contact le scaphoïde avec la facette malléolaire interne de l'astragale.

M. Bonnet (de Lyon) regarde le pied plat comme le premier degré du pied-bot valgus. Cependant le bord externe du pied plat ne me semble jamais élevé comme il l'est dans le valgus, et jamais aussi je n'ai trouvé la rétraction des muscles péroniers, rétraction que M. Bonnet regarde comme très-difficile à constater.

Quelle est la cause de cette déformation de l'astragale, de cette luxation incomplète du scaphoïde?

C'est une déformation consécutive. Dans la station, le poids repose en grande partie sur l'apophyse interne du scaphoïde, porte l'avant-pied en haut et en dehors; le scaphoïde presse sur la face externe du col de l'astragale, il l'use peu à peu, et alors une vaste surface articulaire se développe, comme on en voit se développer dans quelques luxations spontanées de la cuisse, à la face externe de l'os iliaque.

Ces rugosités de l'interligne cuboïdo-calcanien sont bonnes à connaître du chirurgien, dont elles pourraient arrêter le couteau dans l'amputation par la méthode de Chopart.

M. Morel-Lavallée, en examinant le pied envoyé par M. Lacour, fait remarquer que sur cette pièce c'est le scaphoïde qui est déplacé, tandis que sur le malade qu'il a présenté la luxation portait sur l'astragale.

M. Broca. J'ai souvent disséqué des pieds plats, et j'ai signalé, dans une note communiquée à la Société anatomique, le résultat de mes recherches.

Un fait m'a surtout frappé, c'est l'obliquité très-considérable de l'articulation du premier cunéiforme avec le deuxième cunéiforme. M. Lacour ne fait pas mention de cette déformation.

Quant à la lésion que l'on remarque sur l'articulation scaphoïdo-astragalienne, je ne l'ai pas rencontrée. Dans quatre dissections successives que j'ai pu faire, il ne m'est pas arrivé une seule fois de constater d'altération dans les muscles.

M. Larrey a vu, dans les conseils de révision, un nombre considérable de pieds plats, et il a constaté que cette mauvaise conformation des pieds, très-fréquente surtout chez les jeunes gens de la campagne, présente des différences ou des degrés notables. Les causes n'en sont pas cependant bien déterminées jusqu'ici, d'autant que cette infirmité paraît souvent congénitale, de même qu'elle est plus ordinairement acquise. Mais les effets en sont sensibles. La plupart des individus qui ont les pieds plats marchent difficilement ou ne peuvent supporter la fatigue d'une longue course; à plus forte raison, dans le service militaire, ne peuvent-ils faire plusieurs étapes ou des marches forcées. De là le cas légitime d'exemption.

C'est à la plante du pied, c'est dans les muscles de la partie postérieure de la jambe qu'ils rapportent le siége de leur lassitude et même de leurs douleurs. La réalité de cette malformation se reconnaît aisément par la pression exacte du pied sur le sol, et mieux encore par la position du talon sur le bord d'une table. La concavité ou voussure plantaire n'est pas seulement effacée, elle est quelquefois remplacée par une saillie ou convexité assez sensible, et dans certains cas même la pression porte sur le bord interne du pied, qui se déjette plus ou moins en dehors, de façon à constituer une autre difformité, le pied-bot valgus, comme l'a d'ailleurs indiqué M. Bonnet.

La simulation ou l'exagération du pied plat n'est pas rare chez les conscrits; mais outre l'examen à faire pour reconnaître si cette déformation est ou n'est pas réelle, il est utile de rechercher, par une simple manœuvre, si les articulations médio-tarsiennes et tarso-métatarsiennes ont une certaine mobilité. Certains sujets la conservent au point de pouvoir marcher même facilement et sans fatigue.

La difformité existe presque toujours aux deux pieds, soit à un degré différent, soit au même degré. On ne constate point d'ailleurs d'altération extérieure des muscles.

Mais je n'avais point encore examiné, ajoute M. Larrey, de pièce anatomique aussi démonstrative que celle de M. Lacour présentée par M. Follin; elle pourrait servir à compléter l'étude à peine faite jusqu'ici du pied plat.

J'ai vu enfin quelquefois une autre infirmité accompagner celle-là, et constituer comme elle un cas de réforme : c'est la transpiration excessive des pieds. Je ne sache même pas que l'on ait signalé cette coïncidence, et elle offrirait quelques recherches de plus à faire, qui ne seraient pas sans utilité.

M. Chassaignac. Dans la pièce présentée par M. Lacour, il existe une véritable subluxation de l'articulation sous-astragalienne. La conséquence de ce déplacement articulaire est facile à prévoir. Le poids du corps agissant spécialement sur la face externe de l'astragale, tend à augmenter la déformation. M. Duchenne (de Boulogne) attribue le pied plat à un affaiblissement du long péronier latéral, dont le tendon forme comme le ligament actif qui retient la voûte du pied. J'ai dans mon service un malade qui serait dans ces conditions, et la difformité se trouve accrue par l'état de contracture des muscles jambier antérieur et péronier antérieur. On a prétendu que les individus affectés de pied plat n'en étaient pas moins très-propres à la marche; je pense que c'est là une erreur.

M. Broca. Il y a de nombreuses variétés de pied plat, comme le démontre parfaitement l'examen des différentes pièces anatomo-pathologiques. Je pense que dans un grand nombre de cas on a exagéré l'influence de l'action musculaire sur la production de la difformité; aussi, comme je l'ai déjà indiqué dans les faits que j'ai observés, je n'ai pas trouvé de lésion des muscles.

On comprend que les modifications physiologiques subies par les individus affectés de pied plat doivent être en rapport avec la nature étiologique de la maladie. Si, par exemple, les muscles restent tout à fait étrangers à l'affection, la marche n'est empêchée en aucune façon; dans le cas contraire, la gêne de la marche est une conséquence toute naturelle.

On peut donc dès maintenant distinguer deux catégories de pied plat quand aux modifications physiologiques : le pied plat de cause musculaire avec atténuation des fonctions des muscles, et le pied plat ayant son point de départ dans le squelette même et permettant la marche presque aussi facilement que dans l'état normal. Je puis citer un de mes amis, excellent marcheur, qui présente cependant un pied plat très-prononcé.

Dans les pièces que j'ai examinées, je dois dire, contre l'opinion de plusieurs chirurgiens, que j'ai toujours rencontré les ligaments très-résistants et très-durs.

M. Chassaignac. J'approuve absolument les distinctions faites par M. Broca. Mais quant à l'état des ligaments, il me paraît probable que dans certaines espèces de pied plat on doit les trouver ramollis. Ainsi, chez les malades qui présentent une déformation rapide du pied sous l'influence d'une cause rhumatismale, il ne me paraît pas douteux qu'il y ait ramollissement des ligaments; lorsque la déformation a été définitivement produite, alors, les désordres cessant, les ligaments redeviennent consistants.

M. Cazeaux. Il y a une vingtaine d'années, j'étais chargé d'examiner des conscrits en Alsace; j'ai vu beaucoup d'individus affectés de pied plat. Il m'a paru que dans la plupart des cas l'affection n'aurait pu être rapportée à une cause morbide accidentelle; elle était congéniale, et la marche n'était nullement gênée.

M. Marjolin. Beaucoup de jeunes enfants affectés de pied plat ne peuvent supporter sans de vives douleurs la station debout. On vient bien souvent nous consulter pour de jeunes apprentis qui ne peuvent continuer leur apprentissage par suite de cette cause. Dans ce cas, il y a évidemment relâchement des ligaments. Il faut ajouter que le plus souvent ces enfants se tiennent debout dans des lieux humides et froids, et que c'est surtout alors que la station devient intolérable.

MM. Guersant et Huguier appuient de leur expérience personnelle la remarque de M. Marjolin.

M. Chassaignac. Le malade dont j'ai parlé présente aussi une très-forte transpiration des pieds. Ce phénomène, qui se trouve si fréquemment chez les pieds plats, ne peut-il mettre aussi sur la voie d'une des causes de la maladie, à savoir le vice rhumatismal; car on sait avec quelle facilité les personnes qui transpirent abondamment sont affectées de douleurs rhumatiques.

M. Cazeaux revient sur la question d'origine, et demande si quelqu'un peut citer une observation de pied plat survenu sous l'influence d'une cause accidentelle, sans déformation préexistante.

M. Denonvilliers pense que très-souvent l'affection est héréditaire.

M. Marjolin dit que le pied plat, lorsqu'il est congénital, ne constitue généralement pas une déformation du squelette uniquement localisée sur le pied. On rencontre, en outre, alors des altérations en d'autres points, et spécialement sur les mains. Quand le pied plat survient accidentellement, la maladie se montre d'abord dans l'articulation tibio-tarsienne, et on trouve d'autres stigmates liés à l'état lymphatique constitutionnel des malades, qui ont de l'engorgement des jambes, des varices, etc.

Le secrétaire, Dr E. Laborie.

Les obsèques de M. Sandras ont eu lieu le samedi 26 avril. Le service religieux, suivant le désir du défunt, a été fait à la chapelle de l'Hôtel-Dieu (Saint-Julien le Pauvre), au milieu de ses confrères et de ses pauvres malades.

Plusieurs discours ont été prononcés sur la tombe. Nous reproduisons celui qui a été lu au nom de la Société médicale des hôpitaux de Paris par M. Hérard.

Messieurs,

La mort ne se lasse point de frapper dans nos rangs. Hier c'étaient Requin, Valleix, qui tombaient inopinément sous ses coups dans la vigueur de l'âge et la plénitude de leurs facultés; aujourd'hui c'est un nouveau deuil pour la famille médicale des hôpitaux de Paris, qui pleure en Sandras un de ses plus dignes représentants, un de ses membres le plus justement honorés. Qui de nous, messieurs, au souvenir de ces morts aussi cruelles qu'inattendues, à la vue de cette nouvelle tombe entr'ouverte, ne se sentirait frappé de stupeur? Involontairement la pensée se trouble, et ce n'est pas sans une secrète inquiétude qu'elle interroge l'avenir. Fragilité des choses humaines! Est-ce donc là la destinée fatale qui attend le rude labeur ici-bas, et l'homme n'est-il donc si près du néant que lorsqu'il semble toucher au bonheur?

Ce n'est ni le lieu ni l'heure de retracer en détails la vie scientifique de Sandras, cette vie si laborieusement et si honorablement remplie. Ses contemporains, ses émules, vous diront mieux que moi quel redoutable athlète il était, quoique bien jeune encore, et comment, dans les nombreux concours auxquels il prit part avec des chances diverses, concours pour l'agrégation, pour la chaire de physiologie, de clinique médicale, de thérapeutique, il sut toujours faire preuve d'une vaste érudition, de connaissances aussi solides que variées, et d'une remarquable finesse d'observation qui était un des traits de son esprit.

Reçu le premier en 1836 au Bureau central, il devint en 1840 médecin de l'Hôtel-Dieu annexe, puis médecin de l'hôpital Beaujon, et enfin de l'Hôtel-Dieu. C'est dans l'exercice de ces nouvelles fonctions, messieurs, qu'il faut surtout chercher et connaître Sandras. Plus qu'aucun autre, il était pénétré de cette idée que la médecine doit être avant tout l'art de guérir. Toutes ses pensées, toutes ses recherches si nombreuses, pour la plupart consignées dans le *Bulletin de thérapeutique*, tendaient au même but. Pour lui, tout être souffrant avait droit à ses soins, à son dévouement; s'il ne pouvait le guérir, il pouvait du moins le soulager, et jamais il ne se résignait à fuir sans combat la lutte, souvent inégale, que lui offrait la maladie. Aussi ses salles d'hôpital étaient devenues le rendez-vous de toutes les infirmités, de toutes les douleurs humaines. Combien en ai-je vu de ces malheureux chez lesquels, à force de science et de persévérante ténacité, il parvenait enfin à triompher d'un mal qu'on eût pu croire incurable! C'est que Sandras n'était pas seulement un praticien d'un tact médical exquis, un thérapeutiste aux ressources fécondes, c'était avant tout un cœur excellent, essentiellement charitable, et qui eût pensé manquer à ses devoirs, s'il eût privé un seul des malades confiés à ses soins du soulagement, si minime qu'il fût, que pouvait lui procurer son art bienfaisant. Mais aussi, comme il était adoré, béni de ses pauvres malades, et qu'il était touché de leur reconnaissance! Jusqu'au dernier jour, il leur a consacré avec bonheur le meilleur de son temps, alors qu'il eût rencontré la fortune, s'il l'eût voulu, dans la riche clientèle que son ouvrage si remarquable sur les *maladies nerveuses* lui amenait de tous les points de la France et de l'étranger.

Ton dernier vœu, Sandras, a été rempli; tu as désiré que tes restes mortels fussent conduits à la chapelle du pauvre, dans ce même Hôtel-Dieu, témoin journalier de ton dévouement, pour y recueillir l'humble prière des malheureux auxquels tu avais voué ta vie. J'ai vu leurs visages consternés, j'ai vu leurs pleurs se mêler aux nôtres. Va, cher et vénéré maître, tu peux quitter sans crainte cette terre; ta récompense est au ciel, et tu laisses ici-bas, profondément gravé dans le cœur de ceux qui t'ont connu, le souvenir impérissable de tes vertus!

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 4 mai, M. Lévy (Michel), membre du conseil de santé des armées, vice-président de l'Académie impériale de médecine, a été nommé directeur de l'École impériale de médecine et de pharmacie militaire, en remplacement de M. le médecin inspecteur Alquié, nommé inspecteur des eaux minérales de Vichy.

— Par décret du 9 avril, une médaille d'honneur en or, grand module, a été décernée à M. Serre, médecin civil à Port-au-Prince (Haïti) en récompense des services qu'il a rendus à des marins français atteints par les épidémies de fièvre jaune.

— Nos lecteurs n'ont pas oublié l'appel fait par M. le Dr Andreux (*voir* notre numéro du 9 février) d'un jugement qui le déboutait de sa demande en payement d'honoraires pour les soins qu'il a donnés aux cholériques indigents, sur la réquisition à lui adressée par le maire de la ville de Bar-le-Duc.

Ils se rappellent que l'Association des médecins de la Seine, prenant en considération la gravité des questions soulevées par ce jugement, a décidé qu'elle prêterait son appui moral à M. le Dr Andreux, et qu'elle soutiendrait à ses frais le recours en cassation.

Cette affaire a justement ému les associations des départements, et déjà le Comité médical des Bouches-du-Rhône et l'Association du Rhône ont offert à l'Association de la Seine leur participation pécuniaire et leur adhésion morale. On nous assure que ce mouvement se propage dans plusieurs autres départements; il ne peut qu'aider puissamment les efforts que font en ce moment les conseils judiciaires de l'Association des médecins de la Seine, MM. Paillard de Villeneuve et Béchard.

— Le conseil d'hygiène publique et de salubrité a procédé, le 25 avril, à des élections pour remplacer M. le docteur Emery, décédé.

M. Combes, membre adjoint, a été nommé à l'unanimité membre titulaire.

Le conseil a procédé ensuite à la présentation de trois candidats pour une place de membre adjoint. C'est sur cette liste que le préfet et ensuite le ministre font la nomination.

Au premier tour de scrutin, et pour le premier candidat, il y avait 28 votants; majorité, 15.

M. Becquerel a eu. . . . . . . 14 voix.
M. Jobert (de Lamballe). 13
M. Londe. 1

Au deuxième tour :

M. Becquerel. . . . . 14 voix.
M. Jobert (de Lamballe). 14

Au scrutin de ballottage, même résultat.

Un des membres propose de présenter ces deux candidats *ex æquo*, mais cette proposition est repoussée, et l'élection est renvoyée à quinzaine.

— La *Presse médicale belge* annonce que M. le ministre de l'intérieur vient de soumettre aux délibérations de la chambre des représentants de Belgique un projet de loi ayant pour objet l'introduction de la nouvelle pharmacopée. Cette pharmacopée offrira le texte français et latin réunis.

— M. le docteur Mérielle, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Saint-Yon et professeur-adjoint de clinique interne à l'École préparatoire de médecine de Rouen, vient de succomber en pleine convalescence d'une fièvre typhoïde. Ses nombreux amis se réjouissaient déjà de son très-prochain retour à la santé, quand est survenue une hémorrhagie intestinale qui l'a foudroyé en quelques heures. M. Mérielle laisse à Rouen une réputation de médecin instruit et capable, d'excellent confrère et d'homme de bien. Ses obsèques ont eu lieu le 3 mai, au milieu d'un très-considérable concours d'assistants.

— On nous prie d'informer nos lecteurs que l'*Anaïs* doit quitter Bordeaux le 25 de ce mois. Ce navire se rend à Singapour, puis à Hong-Kong, où il prendra un chargement pour la Havane ou pour Porto-Rico. Le capitaine désire embarquer un médecin (docteur ou officier de santé). Les avantages offerts sont : la nourriture, le logement à la chambre avec le capitaine, des appointements fixés de gré à gré, et la faculté de quitter le navire à la Havane ou à Porto-Rico, ou bien de revenir en France avec lui. Le voyage entier doit durer de douze à quatorze mois.

— M. le Dr Duriau commencera aujourd'hui mardi 6 mai, à quatre heures, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, un cours public de percussion et d'auscultation.

— M. le docteur Judée fera trois fois par semaine au lieu de deux, son cours de physiologie, les lundis, mercredis, vendredis, à six heures du soir, à l'École pratique.

Il commencera le mercredi 7 mai l'étude des phénomènes chimiques de la digestion.

Le Gérant,

(1) Des deux pieds que j'ai l'honneur de présenter à la Société, l'un appartenait à une femme de cinquante ans : c'est celui qui offre les altérations les plus avancées; l'autre appartenait à un jeune homme de vingt-deux ans. Le premier offre encore à remarquer une translation en arrière du pied sur la mortaise tibio-péronière.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » | Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 7 mai 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

Il y a un an à peu près, M. Bayle a lu à l'Académie un mémoire sur le signe général des altérations du sang dans les maladies. Nous en avons, à cette époque, indiqué le sens et la portée (voir le numéro du 31 mai 1855). M. Piorry, au nom de la commission chargée de l'examen de ce travail, a lu hier un rapport, où, sous une forme générale laudative, percent quelques appréciations critiques qui tendraient, non à contredire, mais à atténuer seulement la valeur séméiologique attribuée par M. Bayle à l'état de la peau comme expression des altérations du sang. La divergence, au fond, entre l'auteur et son rapporteur, est assez peu profonde pour qu'il fût aisé de la faire cesser par une très-légère modification dans la rédaction de la conclusion de M. Bayle. Si, au lieu de dire : « Dans les maladies, les colorations morbides de la peau et les éruptions qui se développent à sa surface sont *les* signes des altérations sanguines, » il eût dit : Les colorations morbides, etc., sont *des* signes, etc., nous ne verrions plus le moindre désaccord entre ces deux savants pathologistes.

L'Académie a entendu ensuite trois lectures, dont l'une, presque exclusivement chimique, échappe à notre contrôle.

On lira avec un vif intérêt, dans le compte rendu, la relation des heureuses combinaisons à l'aide desquelles M. Robiquet a approprié certains caustiques aux usages si multipliés et si utiles qu'en fait journellement la chirurgie.

MM. Labourdette et Dumesnil, dans un mémoire dont l'un d'eux a donné lecture, ont exposé les applications qu'ils proposent de faire à la thérapeutique du moyen qu'ils ont imaginé pour rendre le lait médicamenteux sans nuire à la santé des animaux qui le fournissent. Nous publierons incessamment un extrait de ce mémoire. Nos lecteurs auront ainsi sous les yeux les éléments d'appréciation de cette nouvelle méthode thérapeutique. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau (1).

De la presbytie dans la maladie de Bright.

Au n° 11 *ter* de notre salle Sainte-Agnès est couché un homme atteint d'une maladie de Bright. Il ne s'est senti souffrant que depuis six semaines, et il y a seulement douze jours qu'il est à l'hôpital. A son entrée, il nous a déclaré n'avoir absolument que l'*haleine un peu courte.* L'enflure de ses jambes nous a fait inspecter ses urines ; elles contenaient une grande quantité d'albumine.

Il est un caractère fort important, sur lequel on n'a point ou trop peu insisté, ce me semble ; je veux parler de la dégradation de la vue. Notre malade est âgé de cinquante-huit ans, et se sert depuis douze ans de verres de presbytes très-faibles. Une des premières choses que nous lui ayons demandées, c'est s'il n'avait point remarqué que sa vue eût baissé ; à quoi il nous a répondu que depuis moins d'un an les verres dont il faisait usage étaient devenus tout à fait impropres, et qu'il avait sucessivement passé du n° 60 au 48, puis au 36, au 24, au 20, au 18, au 16, et même à à un numéro plus fort encore. Vous voyez avec quelle effroyable rapidité cette homme a descendu l'échelle de la presbytie.

Il y a donc chez lui dégradation de la vue sans amaurose, presbytie, mais presbytie qui marche à pas de géant. C'est là un signe énorme dans la maladie de Bright et dans le diabète sucré ; il devra vous conduire à examiner scrupuleusement les urines. Dans un grand nombre de cas où vous aurez observé un aussi rapide affaiblissement de la vue, j'ose dire que vous pourrez constater l'existence d'une albuminurie ou d'un diabète sucré, à moins que ce ne soit chez des femmes épuisées par des métrorrhagies ou chez des hommes à hémorrhoïdes fluentes.

Les saignées font perdre la vue, dit un vieux dicton populaire. C'est vrai jusqu'à un certain point ; car, voyez comme la vue est affaiblie dans les convalescences de pneumonies qui ont réclamé de copieuses évacuations sanguines, ou bien à la suite d'excès vénériens ou de veilles trop prolongées.

Lorsque l'écoulement de sang est arrêté chez les hommes à hémorrhoïdes fluentes ou chez les femmes à métrorrhagies, il arrive que les lunettes sont bientôt rejetées au loin comme un meuble inutile. Mais en exceptant ces cas particuliers, l'analyse chimique vous fera presque toujours rencontrer de l'albumine ou du sucre dans les urines.

Il y a un an, j'ai donné des soins, en ville, à un homme de quarante-quatre ans, très-vigoureux, chassant pendant dix ou douze heures sans être fatigué, mangeant et buvant très-bien, mais maigrissant beaucoup et perdant la vue. Comme notre malade de la salle Sainte-Agnès, il changeait ses verres à chaque instant. Ce fait m'a mis sur la trace d'une albuminurie.

N'oubliez pas ce détail, en apparence puéril ; il peut vous venir considérablement en aide dans des cas où le diagnostic présente de sérieuses et réelles difficultés.

(1) Il s'est glissé dans l'avant-dernière leçon clinique de M. Trousseau, intitulée Du vertige a stomaco læso (numéro du 22 avril), une erreur typographique qui rend une phrase tout à fait inintelligible. A la ligne 10e, *au lieu de* ces mots soulignés : qu'elle s'abîmait dans la tête, *lisez :* qu'elle s'abîmait dans la terre.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Bazin.

Cours de séméiotique cutanée, suivi de leçons théoriques et pratiques sur la scrofule et les teignes (1).

DES TEIGNES.

Les teignes sont toutes les affections de la peau produites par la présence d'un végétal parasite sur les poils.

Elles forment l'une des divisions les plus importantes des affections cutanées. Un très-grand nombre de *maladies* de la peau, dont l'origine est encore une énigme pour tous nos dermatologistes, ont leur place naturelle dans cette catégorie d'affections.

Dans toutes les teignes, il existe un végétal parasite ; mais toutes les affections cutanées parasitaires ne sont pas des teignes. Le muguet est une affection parasitaire causée par l'*oïdium albicans*. Ce n'est point une teigne.

Le pityriasis versicolor est une affection parasitaire engendrée par le *microsporon furfur*, dont il vaudrait mieux, peut-être, faire un genre à part sous le nom d'*épidermophyton :* ce n'est point une teigne. Les champignons qui déterminent ces affections végètent essentiellement sur l'épiderme, tandis que ceux qui constituent les teignes vivent surtout aux dépens des poils.

Il paraît que cette extension donnée au mot teigne n'est pas du goût de tout le monde. On me dit : « A quoi bon rapprocher des » affections essentiellement différentes ? Vous bouleversez tout, la » science et les noms. Appelez teigne ce que tout le monde appelle » teigne. » Personne, assurément, n'a plus que moi de respect pour la tradition et pour les expressions que la tradition a consacrées. Je ne veux rien bouleverser ; mais qu'on me dise donc où est cette affection que tout le monde appelle *teigne ?*

Ce sont les traducteurs d'Haly Abbas qui les premiers ont employé ce mot ; et chacun sait que depuis eux jusqu'à nous le sens du mot teigne a toujours été vague ; que l'on a désigné par là une multitude d'affections cutanées fort différentes : l'eczéma, l'impétigo, le psoriasis du cuir chevelu. Ce que je dis est tellement vrai, que Willan avait cru devoir supprimer le mot et le remplacer par celui non moins obscur de *porrigo.*

Pourquoi ai-je rapproché toutes ces affections que vous trouvez si disparates ? Parce que, dans toutes, le siége et la nature sont identiques ; parce que toutes sont précédées et accompagnées de démangeaisons, toutes ont pour but d'altérer et de détruire les cheveux, de provoquer la chute des poils ; toutes sont des affections longues, rebelles quand elles ne sont pas méthodiquement traitées ; toutes exigent les mêmes moyens thérapeutiques, qui les guérissent promptement et radicalement quand ils sont bien appliqués : voilà, j'espère, assez de caractères communs pour légitimer leur rapprochement. Il m'était impossible de les laisser figurer plus longtemps à côté des dartres, avec lesquelles vous ne cessez de les confondre ; et puis d'ailleurs, de quel nom appeler cette triple affection qui résulte du rapprochement nécessaire de vos trois maladies : l'*herpès circiné*, le *pityriasis alba* et le *sycosis tuberculeux ?* Ce sont trois manifestations symptomatiques différentes, et en même temps trois périodes successives d'une même affection parasitaire.

a. *Divisions.* — Je divise les teignes en primitives et consécutives : les premières se manifestent tout d'abord avec les caractères qui leur sont propres ; les secondes sont précédées d'autres affections cutanées, comme l'eczéma, par exemple : ce sont des teignes entées sur des affections scrofuleuses ou dartreuses.

Je partage encore les teignes en deux catégories ou groupes :

Premier groupe. — Champignon visible à l'œil nu :

1° *Favus* (champignon jaune) ;

2° *Tonsurante* (champignon blanc).

Deuxième groupe. — Champignon visible seulement à l'aide du microscope :

1° *Teigne mentagraphytique ;*

2° *Achromateuse ;*

3° *Décalvante.*

b. *Symptomatologie.* — La marche des teignes peut être partagée en trois périodes : la première est caractérisée par les démangeaisons, le prurit, la rougeur primitive, l'érythème précurseur, qui indique la germination du végétal parasite, et enfin par l'altération primitive des poils. La seconde période a pour caractères essentiels l'apparition extérieure du champignon, le développement des accidents inflammatoires que sa présence peut occasionner, une altération plus profonde des poils. Enfin, la troisième commence avec la chute des poils et l'oblitération des follicules pileux qui entraîne une calvitie permanente. Dans cette troisième période, le champignon se flétrit et meurt.

Cet appareil symptomatique varie selon l'espèce de teigne.

1° *Faveuse.* — Le plus souvent on n'assiste pas à son début, si ce n'est dans le favus inoculé. Sur le cuir chevelu, l'érythème précurseur, masqué par la chevelure, échappe à l'observation dans le plus grand nombre des cas. La rougeur érythémateuse qui annonce la germination de l'achorion se montre sous forme de taches continues plus ou moins larges et quelquefois sous forme d'anneaux. Quelques-uns d'entre vous ont pu voir dernièrement un remarquable exemple de favus du tronc ; tous les petits groupes de favi étaient entourés d'un cercle herpétique du diamètre d'une pièce de cinquante centimes. Il y a des démangeaisons sur les places où la teigne doit apparaître, quelquefois une hypersécrétion d'épiderme. Examinés au microscope, les poils sont déjà modifiés dans leurs caractères physiques.

A la seconde période, le champignon se fait jour : s'il se développe isolément sur les poils, il produit les godets caractéristiques (*favus urcéolaire, indépendant, porrigo favosa, teigne lupineuse*) ; s'il apparaît en même temps sur un groupe de capsules pileuses accolées les unes aux autres, les petits godets, à peine fermés, se pressent mutuellement : ceux de la circonférence peuvent présenter la dépression alvéolaire, mais on ne la retrouve plus au centre des plaques, qui sont saillantes et bombées (*porrigo scutiforme*) ; enfin, si le champignon fuse sur les cheveux, les agglutine et forme des saillies considérables et irrégulières, on aura le favus squarreux (*porrigo squarrosa*). Sur le corps, il n'y a pas de favus squammeux : on n'y observe que le porrigo favosa, le favus urcéolaire discret ou cohérent.

Dans la troisième période du favus, les cheveux tombent, les croûtes se détachent, et le cuir chevelu présente des dépressions cicatricielles. C'est à cette période que l'on voit assez souvent le favus se développer sur le corps et sous les ongles.

2° *Tonsurante.* — Le début de cette teigne est fort remarquable. Il est rare que les phénomènes éruptifs qui annoncent la germination du végétal parasite ne se montrent pas. Dans le plus grand nombre des cas, l'érythème précurseur se présente sous la forme de cercles parfaitement réguliers : c'est l'herpès circiné érythémateux, vésiculeux ou pustuleux. Les cercles sont de dimensions variables, complets ou incomplets, quelquefois concentriques et de couleurs plus ou moins vives (*herpès iris*). Sur la face et le cou, ce sont assez souvent des arcs de cercle réunis par les extrémités.

La teigne tonsurante peut commencer par une rougeur légère, diffuse, bientôt suivie de desquammation furfuracée (*pityriasis*

(1) Suite. — Voir les nos des 26, 28 juillet ; 21 août ; 4, 22 septembre ; 20 novembre ; 1er décembre 1855 ; 31 janvier ; 7 février ; 4, 11 mars ; 12, 22 et 26 avril 1856.

simplex, dartre furfuracée volante), ou encore par un groupe de vésicules qui se rompent et se convertissent en écailles, lesquelles peuvent en imposer pour un eczéma squammeux circonscrit. Joignez à ces phénomènes un prurit léger, rarement une cuisson vive, la desquammation légère du centre des cercles herpétiques, quelques modifications dans les caractères physiques des poils qui se trouvent compris dans l'aire de ces cercles, et vous aurez l'ensemble des phénomènes symptomatiques qui constituent la première période de la teigne tonsurante.

Dans la seconde période apparaît le champignon sur les poils sous la forme de petites graines blanches, amiantacées, éclatantes, d'un blanc mat, ce qui le distingue de l'épiderme, dont les petites écailles, situées à la base des poils et dans les intervalles, sont d'un blanc sale, gris, demi-transparent. La rougeur circonférentielle des plaques s'efface de jour en jour, en même temps que sur ces plaques circulaires les poils engaînés, enserrés à leur base par le végétal parasite, se brisent à quelques millimètres du niveau tégumentaire : de là résulte la formation des tonsures, qui avec le temps se réunissent et forment sur le cuir chevelu de larges surfaces anfractueuses dénudées, sur lesquelles on peut encore voir çà et là flotter des cheveux rares et isolés ou quelques touffes assez maigres de cheveux plus ou moins altérés et couverts de parcelles épidermiques et de poussière dermo-phytique.

La surface des tonsures paraît généralement soulevée, saillante par l'érection et la turgescence des follicules pileux, qui lui donne l'aspect d'une peau de chagrin. Sur cette partie, la couleur tégumentaire est aussi le plus souvent modifiée et tranche sur la peau environnante ; elle est ardoisée, bleuâtre, grise ou jaunâtre. Ces diverses couleurs sont produites par un mélange de pigment cutané avec le champignon lui-même ; elles sont subordonnées à la couleur des cheveux. Sur le pourtour des plaques, on trouve aussi assez souvent les cheveux altérés dans leur couleur, décolorés, grisâtres ou rougeâtres, couleur de feu. Nous avons vu cette altération dans la couleur des cheveux s'étendre à quelques centimètres au delà de la tonsure.

Avec la troisième période de la teigne tonsurante apparaît une autre série de phénomènes qui ne ressemblent en rien à ceux que je viens d'énumérer.

Sur le cuir chevelu, les tonsures deviennent pustuleuses et se couvrent de croûtes. Les cheveux brisés repoussent incomplétement ; ils se font jour au travers de ces croûtes. La physionomie de l'herpès tonsurant est tellement changée qu'on le confond alors journellement avec la scrofulide impétigineuse ou avec le favus.

Sur la face et le cou, c'est une succession d'éruptions boutonneuses où l'on remarque une infinie variété, depuis la papule la plus simple jusqu'à cette induration en plaques circulaires formées par l'agglomération des aréoles dermiques enflammées, variables en étendue, depuis le diamètre d'une pièce de vingt-cinq centimes jusqu'à celui d'une pièce de cinq francs, et l'éruption passe successivement par tous les degrés de la mentagre papulo-pustuleuse, tuberculeuse et furonculaire. Les poils qui, dans la seconde période, s'étaient brisés spontanément ou par suite de la plus légère pression extérieure, repoussent grêles, flétris et jaunâtres, au milieu des croûtes purulentes, des granulations et végétations fongueuses qui couvrent quelquefois les parties affectées. Beaucoup d'entre eux sont déracinés et tombent. Il ne faut pas confondre cette alopécie avec la production des tonsures qui a lieu dans la seconde période de la maladie ; dans les tonsures le poil est brisé, mais non déraciné.

La tension des parties malades, un sentiment de chaleur brûlante, des élancements douloureux remplacent le prurit de l'état pityriasique.

Sur le dos des mains, sur la partie inférieure et dorsale des avant-bras, la teigne tonsurante subit les mêmes évolutions qu'à la face : cercles herpétiques, puis éruption papulo-pustuleuse et furonculaire. Elle se comporte de la même manière sur le périnée, le scrotum, la région anale, les fesses, la partie interne et supérieure des cuisses, etc. Le plus souvent cette teigne tonsurante du dos des mains et des parties sexuelles est consécutive à celle de la face, et coexiste avec elle.

3° *Mentagraphytique*. — Au début, démangeaisons, puis altération des poils, qui deviennent ternes et comme couverts de poussière ; éruption papuleuse ou papulo-pustuleuse, et alopécie partielle.

4° *Achromateuse* (vitiligo de la barbe et du cuir chevelu. — Les trois périodes sont confondues. On voit les cheveux ou la barbe tomber par petites places, sur lesquelles il ne reste bientôt plus que des poils follets fins et décolorés. Le tégument, sur les plaques dénudées, est d'un blanc de lait, et tranche avec la couleur de la peau environnante. Dans quelques cas, les plaques offrent une dépression ovalaire bien sensible ; d'autres fois la dépression n'existe pas. La teigne achromateuse peut, comme la tonsurante, se propager en gagnant toutes les régions du corps, ou débuter indistinctement par telle ou telle région.

5° *Décalvante*. — Elle offre la plus grande analogie d'aspect avec la précédente, et n'en diffère que par sa marche plus rapide, l'étendue et l'irrégularité plus grandes des surfaces dépouillées, l'absence de décoloration des cheveux et des poils, la couleur normale des téguments sur les places malades. Dans cette espèce de teigne, on voit quelquefois la chute des poils s'effectuer avec une grande rapidité sur toutes les régions velues ; le malade perd en très-peu de temps cheveux, barbe, sourcils et cils, poils du pubis et des aisselles, et généralement de toute la surface du corps.

c. *Marche, durée, terminaison*. — La marche des teignes est assez irrégulière. Selon le plus ou moins d'aptitude du sujet contaminé, la teigne offre une marche rapide ou lente. Dans quelques cas elle reste confinée dans d'étroites limites, mais le plus souvent elle s'étend de proche en proche, et peut ainsi se répandre sur toutes les régions du corps. Sa durée n'a rien de fixe. Le favus peut persister toute la vie ; il ne s'arrête d'habitude qu'après avoir détruit la chevelure entière : le champignon meurt par défaut de substance propre à le reproduire.

On en peut dire autant des autres espèces de teignes, et notamment de la teigne tonsurante, qui souvent, après quinze ou vingt ans de ravages, n'a pas encore complétement détruit tout le système pileux de la face. Toutefois, il est juste de dire que la guérison spontanée a plus souvent lieu pour le tricophyton et les différentes variétés de microsporon (teignes tonsurante, achromateuse et décalvante) que pour le favus. Au bout de quelques années, et sans que le plus souvent il soit possible d'en connaître les raisons, le végétal parasite cesse de vivre, et la teigne se guérit bientôt d'elle-même, laissant sur les régions pileuses qu'elle a longtemps occupées des trouées sinueuses plus ou moins dénudées.

Les végétaux comme les animaux parasites languissent et sommeillent parfois pendant le cours des maladies graves ; ils se ravivent et prennent une activité nouvelle lors de la convalescence. J'ai eu dans mon service, en 1851, un malade atteint d'un favus général du corps et du cuir chevelu. Pendant son séjour dans mes salles, il fut pris de fièvre typhoïde, et dès les premiers jours de la maladie on vit se flétrir et s'affaisser toutes les croûtes faveuses, qui ne tardèrent pas à se détacher ; peu à peu la rougeur symptomatique du favus disparut également, à ce point que le jeune malade pouvait se croire parfaitement débarrassé de son terrible ennemi. Mais à peine fut-il en convalescence, qu'à son grand désappointement, les godets reparurent de toutes parts. Le mal n'avait disparu qu'à la surface ; les graines du champignon étaient là toujours prêtes à germer dans les capsules des poils.

d. *Complications*. — Il n'y a pas incompatibilité entre les divers champignons des teignes ; le favus et la teigne tonsurante peuvent se rencontrer ensemble sur le même sujet. Nous avons vu le tricophyton à côté de la teigne achromateuse.

Les complications les plus ordinaires des teignes sont la syphilis, la dartre et la scrofule. Avec la syphilis se rencontrent plus souvent l'achromateuse et la décalvante ; avec la scrofule on observe plus souvent le favus, avec la dartre le tricophyton.

e. *Siége* — Le siége de toutes les teignes est le corps muqueux, ou couche profonde de l'épiderme. C'est dans ce milieu que germe le végétal parasite. J'ai cru longtemps que le favus tirait constamment son origine du follicule pileux : c'est une erreur. Des expériences directes faites par M. Deffis et par moi m'ont appris que le favus pouvait se développer à la surface de la peau, sous la couche superficielle de l'épiderme.

L'observation nous a de plus fait connaître qu'il pouvait encore se développer sous l'ongle, entre le corps muqueux et la lame cornée, qu'il soulève et amincit, en même temps que dans d'autres points il l'hypertrophie en augmentant la sécrétion unguéale. L'ongle devient inégal et raboteux à sa surface ; il jaunit, et au bout d'un certain temps le champignon le troue et le perfore précisément au sommet des inégalités, pour se faire jour à l'extérieur.

Il résulte de là que par rapport au siége, on doit admettre trois sortes de favus : 1° le favus épidermique ; 2° le favus pileux ; 3° le favus unguéal. Mais il n'en est pas moins vrai que le godet a toujours pour siége exclusif l'extrémité du canal pilifère, et que le favus pileux est le seul qui arrive à un développement parfait. Les favus épidermique et unguéal ne sont que des dépendances du favus pileux.

Dans le cours de l'année dernière, j'ai eu l'occasion d'observer, sur un de nos malades arrivé à la dernière période de la scrofule, un favus du gland, du prépuce et du dos de la verge. Il y avait, à la surface du gland et sur sa couronne, des godets faviques. J'ai examiné avec le plus grand soin et à diverses reprises avec la loupe la dépression centrale de ces godets ; j'ai pu me convaincre qu'ils étaient traversés par un poil à l'état rudimentaire.

Les teignes peuvent siéger sur toutes les parties du corps. On les remarque de préférence au cuir chevelu et sur les régions couvertes de poils, à la face, sous les aisselles, aux parties sexuelles, entre les fesses, sur le pourtour de l'anus, à la partie dorsale des membres, etc.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. COSTE.

Hernie inguinale étranglée. — Opération. — Guérison.

(Observation recueillie par M. BONNIFAY, élève du service.)

Parmi les opérations chirurgicales réputées le plus dangereuses, la herniotomie occupe, de l'aveu de tous, un des premiers rangs. La gravité de cette opération tient d'abord à sa difficulté, puis à l'importance des organes mis à nu, et peut-être aussi au retard que l'on apporte à la pratiquer. Aussi ne doit-on pas attendre au delà d'une certaine limite. C'est le matin du quatrième jour que fut faite l'opération dont nous avons recueilli l'observation.

André Ferrary, né à Riva (États sardes), âgé de trente-sept ans, journalier, entre à l'Hôtel-Dieu le 26 février au soir. Ce malade porte depuis vingt ans une hernie inguinale à droite ; il la contenait au moyen d'un bandage qu'il enlevait chaque soir. Dans la nuit du 24 au 25, il fut pris, à la suite d'une indigestion, de vomissements, et les efforts qu'ils déterminèrent firent sortir la hernie. Le malade l'avait fait rentrer dans d'autres cas semblables ; cette fois il ne put y parvenir.

Le 25, il fit appeler un médecin, qui prescrivit 12 sangsues à l'orifice externe du canal inguinal. Le taxis fut essayé en vain le 25 et le 26, puis le 26 le malade fut apporté à l'hôpital vers le soir.

La face est peu grippée, les yeux peu excavés, le pouls fort et peu fréquent, l'état moral assez bon. — Taxis infructueux ; bain ; lavement avec 15 grammes follicules de séné et 30 grammes sulfate de soude.

Le 27, au matin, les vomissements continuent ; ils ont un mauvais goût de plus en plus prononcé. Le lavement a été rendu, entraînant avec lui un peu de matières jaunâtres. Le gonflement du ventre a augmenté. Le pouls et le facies restent les mêmes. — Bain de deux heures ; taxis. Insuccès.

Le soir, même état que le matin. — Bain d'une heure et demie ; cataplasme froid après le bain. Potion avec eau distillée, 60 grammes ; extrait aqueux de belladone, 20 centigr. ; sirop de fleurs d'oranger, 30 grammes, à prendre par cuillerée à café tous les quarts d'heure. Il devra y avoir un intervalle de trois heures entre l'administration de la première et de la seconde moitié de cette potion.

Le 28, la réduction n'ayant pas été obtenue, l'opération est faite. Elle ne présente de remarquable que les faits suivants :

Le sac est très-épaissi, et contient très-peu de sérosité. Des dépôts considérables de matières albumineuses font adhérer le sac à l'intestin étranglé ; il n'y a pas d'épiploon. Ces matières albumineuses sont enlevées et les adhérences détruites. L'intestin a une couleur rouge noirâtre ; il est en assez mauvais état, réductible pourtant. L'étranglement est opéré par l'anneau interne. La hernie est oblique et externe (chose rare, car d'ordinaire, après un certain temps, les hernies obliques deviennent droites), et le débridement se fait avec modération et à petits coups. La réduction est opérée, et la plaie réunie par première intention au moyen de points de suture entrecoupés. — Potion avec 40 grammes d'huile de ricin ; lavement avec 30 grammes de tilleul.

Le 28 au soir, les vomissements ont entièrement cessé, le pouls est normal, le ventre douloureux, surtout à la pression ; gargouillements peu nombreux accompagnés de douleurs. Le malade a eu cinq selles dans la journée.

Le 29, deux selles dans la nuit et quatre dans la journée. Le ventre est beaucoup moins douloureux ; les gargouillements ont cessé ; l'état général est très-satisfaisant. — Limonade, deux fois ; deux bouillons.

Le 1er mars, le ventre est encore un peu douloureux, mais seulement à la pression. — Limonade et demi-quart.

Le 4, la plaie est découverte ; les bords sont réunis en plusieurs points ; il y a sur les autres un peu de suppuration très-superficielle. Les points de suture ont été enlevés le 2. Tout autour de la plaie, et principalement sur le scrotum, existe une inflammation phlegmoneuse qui s'étend à 4 ou 5 centimètres des bords de la plaie. — Limonade, deux fois ; frictions avec cette pommade :

Axonge.	30 grammes.
Nitrate d'argent.	4 —

Le quart pour aliments.

Le 7, l'inflammation a entièrement disparu, et la suppuration n'existe plus que sur quelques points. Cautérisation de quelques bourgeons. — Demi-portion.

Le 15, le malade est entièrement guéri et commence à se lever. Le sac est resté très-volumineux et pourra peut-être boucher entièrement l'ouverture, et la hernie sera ainsi curée radicalement.

Le 27, il est en état de reprendre ses travaux, et sort de l'Hôtel-Dieu trente jours après y être entré et vingt-huit jours après l'opération.

L'observation que l'on vient de lire est intéressante à plus d'un titre ; nous voyons :

1° Un intestin noirâtre et qui paraissait en mauvais état réduit sans accidents ; ce point est important ; en effet, il faut bien se garder de confondre la congestion sanguine consécutive à l'étranglement avec la gangrène de l'intestin ;

2° Un fait assez curieux est le développement de produits plastiques dans le sac herniaire, produits qui en l'espace de quelques jours ont eu le temps de s'organiser pour déterminer des adhérences entre l'intestin et la paroi interne du sac. La présence de ce dépôt plastique ne saurait être expliquée que par l'inflammation du sac herniaire et du feuillet séreux de l'intestin déplacé. On peut se demander si cette inflammation a précédé l'étranglement ou si elle est consécutive à cet accident. Nous voyons d'abord une hernie qui sort tout à coup à la suite d'efforts de vomissements, et immédiatement elle est irréductible, alors que dans des circonstances analogues le malade pouvait facilement réduire l'intestin déplacé ; puis on applique un certain nombre de sangsues sans résultat ; enfin, le deuxième jour l'état général est satisfaisant, puisque le pouls est fort et peu fréquent. Nous sommes donc en droit de supposer que l'étranglement est primitif.

D'où viendrait donc cette inflammation ? Il est présumable qu'elle a été déterminée par les tentatives réitérées de taxis exécutées par le malade, puis par un médecin de la ville, enfin à l'hôpital.

Il est dit dans cette observation que l'étranglement avait lieu par l'anneau interne ; tout nous porte à penser que c'était le collet du sac qui étranglait ; en effet, nous avons une hernie datant de vingt ans, réductible, maintenue avec un bandage ; plus loin que le sac est resté volumineux, et qu'on espère que cette disposition sera favorable à la cure radicale de la hernie. Le sac a donc été ouvert ; il était adhérent, et on sait que dans les anciens sacs, lorsque la hernie est maintenue réduite, le collet tend toujours à se rétrécir, par conséquent l'étranglement a dû avoir lieu aussi bien par le collet du sac que par l'anneau interne du canal inguinal.

Il nous reste une remarque à faire sur le mode de pansement adopté par M. Coste, c'est-à-dire sur le rapprochement des bords de la plaie à l'aide de points de suture.

Nous pensons que l'inflammation phlegmoneuse qui s'étendait à

4 ou 5 centimètres des bords de la plaie pouvait bien avoir été déterminée par cette tentative de réunion immédiate. M. Nélaton a déjà appelé l'attention sur ce point : il a fait remarquer que la sérosité sécrétée par le péritoine et la face interne du sac s'infiltrait dans le tissu cellulaire et pouvait causer les accidents les plus graves.

Nous ne repoussons pas la suture après l'opération de la hernie étranglée, mais nous la faisons de la manière suivante : nous réunissons seulement toute la partie supérieure de la plaie, et nous laissons vers la partie la plus déclive 2 centimètres environ qui ne sont pas réunis, afin de permettre la sortie de cette sérosité dont l'infiltration dans les tissus peut avoir les conséquences les plus fâcheuses. — Dr A. Jamain.

NOTE
SUR LE TARTRATE D'AMMONIAQUE ET DE PEROXYDE DE FER.

Par M. Cazac, pharmacien à Toulouse.

La combinaison chimique qui fait l'objet de cette note n'a été préparée jusqu'ici que dans les laboratoires. Berzélius ne la signale pas dans son traité, et MM. Pelouze et Fremy lui consacrent à peine quelques lignes dans la dernière édition du leur.

Nous croyons cependant que ce sel est susceptible de certaines applications médicales. Il ressemble beaucoup au tartrate ferrico-potassique par ses propriétés physiques et chimiques. Il a l'avantage de pouvoir être obtenu plus facilement et d'être moins déliquescent. De plus, aujourd'hui que le commerce fournit tous les produits chimiques, il n'est guère possible d'avoir du tartrate ferrico-potassique qui ne soit pas ammoniacal. Nul ne peut alors avancer qu'il y ait identité parfaite entre ces sels d'origine si variée, et l'on doit considérer comme une bonne fortune en thérapeutique la mise en usage d'un composé à formule définie. Enfin certaines observations médicales qui nous sont connues nous permettent d'affirmer que le tartrate d'ammoniaque et de fer jouit des mêmes propriétés que son congénère.

On le prépare en chauffant au bain-marie du bitartrate d'ammoniaque dans six parties d'eau, et en saturant avec du peroxyde de fer en bouillie précipité par l'ammoniaque. Quand cette première partie de l'opération est terminée, on filtre et on évapore à une douce chaleur, jusqu'à consistance sirupeuse. On étend alors cette solution sur des assiettes, et on termine l'évaporation à la chaleur de l'étuve.

Ainsi préparé, ce sel se présente sous forme d'écailles brillantes d'un rouge grenat, solubles dans l'eau en toute proportion, insolubles dans l'alcool; leur saveur n'est pas, à vrai dire, styptique. On l'emploie aux mêmes doses que le tartrate ferrico-potassique. Quand on le dissout dans l'eau, il arrive quelquefois qu'il se prend en gelée. Il suffit de quelques gouttes d'ammoniaque pour rendre à la solution toute sa limpidité.

Le tartrate acide d'ammoniaque ne se trouve pas dans le commerce. On le préparera de la manière suivante :

Dans 400 grammes d'eau, on fera dissoudre 100 grammes d'acide tartrique. On divisera cette solution en deux parts égales; on prendra l'une d'elles, que l'on saturera avec du carbonate d'ammoniaque, après quoi l'on mélangera les deux liquides. Immédiatement on verra un précipité de paillettes blanches et nacrées se former; on le recueillera sur un filtre pour le séparer de ses eaux-mères, et on le desséchera sur une plaque de grès poreux.

Ainsi préparé, le bitartrate d'ammoniaque pourra être employé à confectionner du tartrate de fer et d'ammoniaque.

(*Journ. de méd. de Toulouse.*)

NOUVEAU PROCÉDÉ
pour fixer les corps étrangers articulaires.

Par M. le docteur Wolff.

Déjà plusieurs procédés ont été imaginés pour fixer les corps étrangers articulaires; tous nos lecteurs connaissent le trident de M. le professeur Jobert (de Lamballe), qui paraît remplir parfaitement le but auquel il est destiné. M. Wolff vient d'imaginer un moyen plus simple, du moins quant à l'appareil instrumental, puisqu'il n'a besoin que d'une forte serre-fine.

Un ouvrier cordonnier, âgé de vingt-sept ans, éprouvait depuis environ trois ans dans le genou gauche des douleurs plus ou moins vives, qui parfois prenaient subitement une intensité extrême. Le malade avait découvert lui-même un corps mobile dans son articulation. Lorsqu'il fut examiné, le 15 novembre dernier, il venait de faire un voyage à pied, pendant lequel ses douleurs avaient augmenté beaucoup en intensité et en fréquence.

Le corps étranger avait à peu près la forme et le volume d'un haricot; il était lisse sur ses faces et mobile dans tous les sens; l'articulation contenait un peu d'épanchement; la pression était douloureuse à la partie interne.

Le malade garda le repos dans son lit pendant deux jours et appliqua des fomentations froides sur le genou. Le corps étranger fut ensuite poussé le plus possible en bas et en dedans dans le cul-de-sac interne de la synoviale; du pouce de la main gauche, le chirurgien l'empêcha de remonter en exerçant une pression au-dessus de lui, tandis que de la main droite il saisissait le corps étranger et les parties qui le recouvraient entre les mors d'une forte serre-fine; un cerceau fut employé pour éviter le déplacement de l'instrument par les couvertures.

Les jours suivants, le malade garda le lit, mais il n'éprouva dans le genou que des douleurs légères.

A partir du sixième jour, ces douleurs devinrent plus vives, en même temps que survinrent de la tuméfaction et de la rougeur autour du corps étranger.

Le jour suivant, les choses étant dans le même état, on enlève la serre-fine, et l'on applique pendant deux jours une vessie remplie de glace. Les petites plaies produites par les branches de l'instrument suppurèrent fort peu, le gonflement et la douleur disparurent.

Le neuvième jour, on applique un pansement fait avec des bandelettes de diachylon et destiné à empêcher le corps étranger de remonter. Le malade peut marcher.

Au bout de quatre jours, on enlève le pansement. Le corps étranger est si bien adhérent aux parties voisines qu'il ne peut plus être déplacé. Un nouveau pansement est appliqué, et le malade se met en voyage pour son pays.

(*Deutsche Klinik.*)

SUR LE TRAITEMENT DU PIED-BOT CONGÉNITAL.

Par M. le docteur Gerhard de Breunig.

Deux questions sont examinées dans ce travail :

1° A quelle époque faut-il pratiquer l'opération de la ténotomie?

2° Quel est le meilleur appareil à mettre en usage?

Il est des chirurgiens qui veulent que l'on opère le plus tôt possible; le docteur Gerhard n'est point de cet avis. Suivant lui, l'époque la plus favorable au succès est celle où l'enfant commence à se soutenir sur ses membres inférieurs. Immédiatement après la naissance, dit-il, l'enfant a trop à faire pour s'habituer à son nouveau mode d'existence, sans qu'on vienne encore le soumettre à des influences extérieures des plus violentes et des plus prolongées. C'est aussi dans ces premiers mois que se développent un grand nombre de maladies dont il portait en lui le germe à la naissance. Or, une opération pourrait bien hâter ou même provoquer l'explosion de ces maladies. En outre, à cet âge, les pièces du pansement sont souvent salies par l'urine; d'un autre côté, il s'agit là non d'une simple opération qui, quelque peu douloureuse qu'on pût la supposer, n'exerce sur l'organisme qu'une action momentanée, mais d'une opération suivie d'un traitement long, gênant, fatigant, produisant une douleur non interrompue, et sous l'influence de laquelle l'auteur a vu plusieurs fois les enfants, épuisés par les cris et la souffrance, tomber dans le marasme, et même succomber, lorsqu'on n'avait pas enlevé à temps toutes les pièces du pansement. Or, sans les soins consécutifs, l'opération peut être considérée comme non avenue; car elle ne constitue jamais qu'un traitement préliminaire favorisant l'action des moyens orthopédiques mécaniques.

Il faut, en général, six à huit semaines pour redresser un pied-bot d'enfant. Or, les enfants commencent ordinairement à marcher entre douze et seize mois. Si donc on pratique la ténotomie après la première année révolue, la guérison sera obtenue vers l'époque où l'enfant pourra se soutenir lui-même, et le poids de son corps, reporté sur le pied, servira à maintenir ou compléter le redressement.

D'un autre côté, attendre au delà de l'époque où l'enfant commence à marcher serait irrationnel, attendu que la difformité augmenterait considérablement sous la pression du poids du corps pendant la marche. L'auteur est d'avis qu'on n'applique aucun bandage avant l'opération.

L'opération pratiquée, quel est l'appareil qu'il faut employer? (M. Gerhard attend toujours huit jours avant de l'appliquer.) Deux conditions auxquelles doit satisfaire toute espèce de machine sont la simplicité et la facilité de l'application. Ces conditions sont surtout importantes, quand il s'agit de machines qui doivent être portées par des organes vivants. L'appareil à extension de Stromeyer et la bottine de Scarpa sont suffisants dans tous les cas : ce sont les seuls que Dieffenbach ait employés dans son immense pratique; encore ce chirurgien confectionnait-il quelquefois lui-même ses appareils au moyen de planchettes qu'il liait ensemble.

(*OEsterreichische Zeitschr.* et *Gaz. hebdom.*)

ACÉTATE DE ZINC DANS LES FIÈVRES NERVEUSES,

Par M. le docteur Heer.

L'épidémie dont rend compte M. Heer était composée de fièvres nerveuses diverses, depuis la forme de la fièvre gastro-nerveuse jusqu'au typhus contagieux. Tous les cas un peu graves présentaient une éruption de roséole typhoïde ou de pétéchies. La maladie était surtout localisée dans l'encéphale, mais affectait également les organes de la poitrine et du bas-ventre.

Beaucoup de cas de la première forme de maladie (typhus cérébral) se terminèrent par la mort, le plus souvent avec un délire violent, dans lequel les malades quittaient leur lit et s'agitaient au point de nécessiter l'emploi de la camisole. Les forces se déprimaient d'une manière extrêmement rapide, et la mort arrivait au milieu du délire, ou lorsque ce dernier avait fait place à un état de perte absolue de connaissance.

Dans ces cas, l'acétate de zinc (1 demi-gramme dissous dans 250 gram. d'eau : une cuillerée à café toutes les deux heures) me donna, dit l'auteur, des résultats étonnants. Souvent les malades se calmaient après l'ingestion de la première dose; d'autres fois, il fallut répéter plusieurs fois la dose. En général, il fallait combattre d'abord ces fièvres nerveuses et typhiques par des médicaments excitants, attendu que les forces des malades avaient déjà notablement baissé au bout de peu de jours. La valériane, la serpentaire, et très-souvent le camphre avec le carbonate d'ammoniaque pyro-oléeux (quelques médecins de la contrée administraient en même temps du musc), étaient presque exclusivement employés. Rarement, et par exception seulement, l'eau chlorée fut donnée à l'intérieur; plus souvent, elle fut employée en lotions sur tout le corps.

(*Medicinische Zeitung.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 mai 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Mautreyt, médecin inspecteur des eaux minérales de Maska et de la Vardens (Gers), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854;

2° Un rapport de M. le docteur Penissat, médecin inspecteur des eaux minérales de Châteauneuf (Puy-de-Dôme), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854;

3° Un manuscrit intitulé *Clinique rétrospective de l'hospice thermal civil de Bourbon-l'Archambault*, par le docteur Caillat, inspecteur adjoint des eaux minérales de cette localité;

4° Un mémoire de M. le docteur Fabas, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), sur l'action de ces eaux appliquées au traitement des maladies de l'utérus (commission des eaux minérales);

5° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans le département des Ardennes;

6° Un rapport de M. le docteur Faton, médecin des épidémies de l'arrondissement de Vendôme (Loir-et-Cher), sur une épidémie de fièvres typhoïdes qui a régné dans la commune d'Authon (commission des épidémies);

7° Le tableau des vaccinations pratiquées dans le département de Tarn-et-Garonne en 1855 (commission de vaccine);

8° Plusieurs lettres relatives aux remèdes secrets (commission des remèdes secrets).

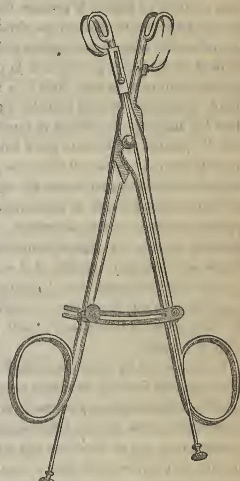
CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

MM. les docteurs Roger et Mandl demandent à être compris sur la liste des candidats pour la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

— M. le docteur Gubler se présente comme candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

— M. Laforêt, médecin vaccinateur, adresse un rapport sur les vaccinations qu'il a pratiquées en 1855 à Lavit (Tarn-et-Garonne). (Commission de vaccine.)

— M. O. Réveil prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un paquet cacheté relatif à l'analyse de l'opium. (Le dépôt est accepté.)



Pince-érigne.—M. L. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie un nouveau genre de pince-érigne qu'il a fabriquée d'après les indications de M. Lefort, interne des hôpitaux. Cette nouvelle pince est destinée à faciliter l'avivement dans les solutions de continuité, telles que la staphyloraphie, les fistules vésico-vaginales, etc. Cet instrument peut être utilisé avec avantage dans le passage des fils pour opérer la réunion; car alors chaque branche de la double érigne fixe un des côtés de la plaie; et comme ces deux branches sont réunies par un axe ou pivot, il s'ensuit qu'on rapproche les deux lèvres en fermant les anneaux comme ceux de la pince à pansement ordinaire. En se servant d'une aiguille demi-courbe, on peut traverser les deux lambeaux d'un seul coup, avec certitude qu'ils ne fuiront pas, et que les points de suture se correspondront exactement, puisqu'ils sont ajustés d'avance et placés au même niveau par l'action de cette pince érige.

— M. le président annonce à l'Académie qu'elle vient de faire une nouvelle perte dans la personne de M. Gilbert-Savigny, membre correspondant à Reims.

M. le président annonce ensuite que M. le docteur Ludwig, correspondant à Stuttgard, est présent à la séance.

RAPPORT.

Signe général des altérations du sang dans les maladies. — M. Piorry lit en son nom et au nom de MM. Bousquet et Bouillaud un rapport sur un mémoire de M. le docteur Bayle neveu *sur un signe général des altérations du sang dans les maladies et des signes particuliers pour chacune de ces altérations.*

Les altérations du sang étudiées par un grand nombre d'auteurs sont aussi évidentes que les lésions des organes solides : chacun a apporté à leur étude son contingent de travail, et s'est livré au genre de recherches le plus en rapport avec ses occupations habituelles. Les uns s'en sont principalement occupés au point de vue de la clinique et des faits physiques facilement appréciables par les sens; d'autres ont demandé à l'analyse chimique quelles étaient les modifications que le sang éprouvait; d'autres enfin ont séparé les éléments de ce liquide, ont apprécié le poids de chacun d'eux, et signalé les modifications de forme et de volume que présentent au microscope les globules et les autres corps solides contenus dans le fluide sanguin. De l'ensemble de ces travaux est résulté un faisceau d'observations qui a éclairé un grand nombre des points de la médecine pratique. Ces documents ont

fait voir *que les phénomènes rapportés aux maladies générales, aux diathèses, aux cachexies, aux épidémies de cause toxique, aux influences générales des virus sur l'organisation se rapportent presque toujours à des altérations, à des modifications survenues dans le sang ou au mélange avec ce liquide de substances plus ou moins délétères.*

M. le docteur Bayle, persuadé de l'importance de l'étude des altérations du sang, paraît aussi y rapporter les affections dites générales dont il vient d'être question. Ce médecin a recherché, d'une part, s'il n'y avait pas une donnée générale qui pût fournir un signe spécial destiné à faire reconnaître qu'il existe une anomémie, et, de l'autre, si l'on pouvait saisir des signes spéciaux propres à chacune des altérations du sang isolément considérées.

Or M. le docteur Bayle, qui porte si dignement le nom de son oncle, a cru trouver ces signes dans les éruptions qui se déclarent à la peau et dans les variations de coloration que le tégument peut offrir : à l'occasion de certaines de ces éruptions, M. Bayle fait, après Sydenham, l'apologie de la nature médicatrice, de l'expulsion par les phlegmasies et les sécrétions qui leur sont consécutives, de la matière morbifique, etc. Nous ne suivrons pas l'auteur sur ce terrain, car les divers membres de la commission chargés par vous d'examiner le mémoire de M. Bayle pourraient différer d'opinion sur ce sujet, et les détails dans lesquels nous entrerions feraient peut-être revivre la discussion sur le vitalisme : ce qui donnerait lieu sans doute à de spirituels discours, mais ce qui avancerait fort peu la véritable science.

Il est inévitable que les éruptions de cause interne dont la peau est le siége soient les conséquences d'altérations du sang, ou, si l'on veut, de certaines substances venues du dehors ou provenues de l'organisme lui-même, et qui portent sur le tégument leur effet toxique. C'est ce que l'un de nous a cherché à démontrer en s'élevant de l'étude des influences exercées par la pénétration dans le sang de certains poisons (celui que contiennent les moules, ou encore, le mercure, le poivre cubèbe, etc.), en s'élevant, dis-je, à l'histoire des dermites que causent la variose, la scarliose, le rubiose, le septiose, etc., dermites dont il rapporte les causes à des anomémies spéciales. Le nom de toxémies dermitogéniques a exprimé parfaitement du reste cette idée, et porte à admettre en fait que toute dermite de cause interne est le signe de quelque altération du sang qui l'a précédée. Les médecins de toutes les opinions sont à peu près d'accord sur ce fait, et M. Bayle n'a fait qu'admettre ici une proposition juste et tout à fait d'accord avec l'observation.

Les colorations variées que la peau présente dans beaucoup de cas sont évidemment les résultats des teintes que le sang donne aux téguments. Le derme exsangue est d'une couleur jaunâtre et terne; il offre un certain degré de transparence; ses vaisseaux sont-ils pleins d'un sang bien oxygéné, il offre cette nuance rosée propre à la santé; ce liquide est-il abondant, cette nuance se rapproche de la rougeur qui aux joues devient parfois vermeille; y a-t-il hypoxémie, la teinte devient, suivant le degré de celle-ci, violacée, violette et noirâtre. Le sang, comme l'a signalé le premier votre rapporteur, a-t-il respiré les gaz qui s'élèvent du charbon qui s'allume, alors il donne au tégument une coloration rouge toute spéciale; les globules du sang séjournent-ils dans les vaisseaux par suite de la perte du sérum, alors le derme est fortement teint de noir violet; les globules sont-ils étendus de trop d'eau, le tégument devient jaunâtre ou grisâtre, et, comme il arrive dans les affections phymiques et cancéreuses confirmées que le sang, dont la quantité est du reste assez faible, contient beaucoup de sérum, dans de tels cas la peau est décolorée; bien entendu que les teintes variées et spéciales sont encore en rapport avec les diverses espèces de lésions dont il s'agit, de telle sorte qu'un praticien exercé reconnaît parfois un cancer ou des tubercules, et cela par les apparences que présente la peau. Le liquide formé par la rate malade donne aussi au derme une coloration spéciale, et il en est ainsi de la pénétration du pus faite chroniquement dans l'appareil respiratoire. Il est inutile de rappeler enfin que le principe colorant jaune de la bile donne à la peau la teinte propre à la cholémie, teinte qui a fait donner à cet état le nom de jaunisse.

Le rapporteur de votre commission a cité tous ces faits et un assez grand nombre d'autres du même genre dans le troisième volume de son *Traité de médecine pratique*, volume qui a pour objet l'étude des anomémies, et M. Bayle, réfléchissant plutôt sur leur ensemble, sur les inductions qui en découlent que les étudiant en détail, leur attribue un rôle de premier ordre dans le diagnostic des altérations du sang. Il est bien positif que la seule inspection est au point de vue de ce diagnostic d'une très-grande importance, et à coup sûr il est tout aussi utile pour reconnaître l'hydrémie de tenir compte de la pâleur spéciale des téguments que du bruit de souffle des vaisseaux; mais les colorations de la peau ne sont que l'un des signes des altérations du sang, et, partout où celui-ci traverse des tissus transparents, il montre pour ainsi dire par les nuances qu'il présente certaines modifications dont il est susceptible. C'est principalement aux sclérotiques, sur les membranes muqueuses labiales, buccales, linguales, que ces apparences sont manifestes, et, dans l'opinion de votre rapporteur, c'est principalement sous ce rapport que l'examen attentif de la langue, de la bouche et des lèvres peut être utile.

Certes, l'inspection de la peau, tout en donnant de bons résultats au point de vue du diagnostic des altérations du sang, en fournit encore de moins précis que l'examen direct de ce liquide fait sous le rapport de ses qualités physiques ou microscopiques, soit au point de vue de son analyse chimique. Les signes des anomémies sont donc déduits de l'ensemble des considérations qui résultent de l'étude de tous les moyens de diagnose précédents, et ce serait un tort que de vouloir placer seulement dans le tégument les signes principaux des altérations du sang. Telle n'a pas été sans doute l'intention de M. Bayle, pas plus qu'il n'a pensé qu'il ait été le premier à signaler l'importance de l'inspection du tégument dans le diagnostic des anomémies. Ce qu'il a désiré, c'est de jeter un coup d'œil d'ensemble sur les caractères présentés par la peau, et qui déjà étaient bien connus, pour en déduire des réflexions utiles.

Du reste, les deux circonstances dont M. Bayle fait mention comme signes d'anomémie, c'est-à-dire les éruptions et les colorations, n'ont aucune similitude, et se rapportent à des phénomènes si différents que les considérations diagnostiques qui se rapporteraient aux unes ne seraient en rien applicables aux autres. La peau, sous le rapport des éruptions, n'éclaire pas plus la séméiotique que les phlegmasies des membranes muqueuses, des synoviales, des organes parenchymateux qui se manifestent en même temps qu'elles, et l'on peut dire, en dépassant de beaucoup la proposition de M. Bayle, que toute affection aiguë et même chronique qui se manifeste, se déclare à la fois dans divers organes avec des caractères identiques, est le résultat de quelque anomémie.

Telles sont les réflexions qu'a fait naître dans l'esprit de votre commission le travail de M. le docteur Bayle, qui se termine par cette proposition : « La peau est le miroir du sang, » que nous modifierons de cette façon : L'examen direct du sang, l'inspection de la peau des membranes muqueuses extérieures, celui des organes profonds, l'analyse et la pondération, l'étude microscopique de ce liquide et de ses divers éléments, l'appréciation des modifications organiques et fonctionnelles sont les moyens de reconnaître les altérations du sang et d'en spécifier les caractères.

Nous vous proposons, messieurs, de remercier M. Bayle de sa communication, et de renvoyer son travail au comité de publication.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

LECTURES.

Acide cyanhydrique. — M. HENRY fils lit un travail intitulé *Recherches médico-légales sur l'acide cyanhydrique et ses composés*, par MM. O. Henry fils et Emile Humbert.

Les auteurs étudient successivement dans autant de chapitres :

1° Les caractères de l'acide cyanhydrique;

2° La formation spontanée de l'acide cyanhydrique;

3° Les procédés suivis jusqu'ici pour reconnaître l'acide cyanhydrique dans les empoisonnements;

4° Les procédés dont ils proposent l'emploi dans la recherche de l'acide cyanhydrique.

Ces procédés consistent à obtenir du cyanure d'argent, à y démontrer la présence du cyanogène, enfin à y démontrer le métal qui peut être combiné avec ce corps.

Le travail de MM. Henry fils et Humbert est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Boutron et Würtz.

Application de la gutta-percha à la préparation des caustiques. — M. ROBIQUET lit une note sur l'application de la gutta-percha à la préparation des caustiques à base de potasse et de chlorure de zinc.

Dans le courant du mois de novembre dernier, dit M. Robiquet, M. le docteur Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres, me fit l'honneur de m'écrire pour me demander plusieurs caustiques dont la préparation ne laissa pas que de me jeter dans un grand embarras.

M. Maunoury me disait, en effet, en propres termes :

« Je désire avoir deux caustiques : l'un, à base de potasse, qui ramollirait les tissus en fluidifiant l'albumine; l'autre, à base de chlorure de zinc, qui les durcirait par la coagulation du même principe protéique.

» Mon but principal serait de faire pénétrer ces caustiques à travers des fistules plus ou moins profondes, à des profondeurs plus ou moins considérables, voire même jusqu'aux os; de les laisser agir le temps convenable, et de les retirer à volonté, sans que leur forme première soit altérée. »

Et plus loin :

« La gutta-percha, qui est souple et résistante, qui est inaltérable dans les acides et les alcalis les plus puissants, pourrait, je pense, servir d'excipient à ces caustiques si déliquescents, les rendre portatifs, faciles à découper, ductiles sous les doigts du chirurgien, et réguliers dans leur action.

» Avec ces deux caustiques fluidifiant et coagulant, il me sera facile de cautériser l'intérieur des fistules sinueuses et profondes, de détruire chimiquement les caries osseuses, d'enlever des tumeurs considérables, et même, dans certaines circonstances, de faire l'amputation d'un membre jusqu'à l'os. »

Un aussi brillant programme ne pouvait me laisser indifférent; je me mis à l'œuvre sur-le-champ, et après de longs tâtonnements, dont je me garderais bien d'infliger le récit à l'Académie, je parvins à trouver des formules qui ont permis à l'ingénieux chirurgien de Chartres d'atteindre le but qu'il s'était proposé.

Rien n'est plus facile, maintenant, que d'unir par fusion la gutta-percha au chlorure de zinc et à la potasse caustique. On obtient ainsi une pâte parfaitement malléable, qu'on peut mouler en cylindres comme le nitrate d'argent, en plaques comme la pâte de Canquoin, et en pastilles comme la pierre à cautère.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie les échantillons de ces nouveaux caustiques, et j'ai consigné à la suite de cette note tous les détails de leur préparation.

Ces combinaisons conservent la souplesse de la gutta-percha, et peuvent être introduites dans les cavités à cautériser sans éprouver la moindre déformation, quelque prolongé qu'y soit leur séjour.

On peut se les représenter comme une éponge retenant dans ses pores la matière caustique, et pouvant la défendre contre l'action hygrométrique de l'air, mais n'étant plus capable de la retenir lorsqu'intervient la force de capillarité des tissus organiques vivants.

Pour faire usage de ces caustiques, il suffit de les tremper quelques secondes dans l'alcool avant leur application; les eschares qu'ils produisent sont très-nettes et conservent exactement la forme que le chirurgien a jugé convenable de leur assigner.

Tous contiennent exactement la moitié de leur poids de substance active, et leur conservation ne paraît présenter aucune difficulté sérieuse.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que je serai charmé de mettre à la disposition de l'Académie les échantillons qui seront nécessaires pour fixer son opinion à l'égard de ces caustiques, dans l'efficacité desquels j'avoue avoir confiance, d'après les résultats déjà obtenus par les chirurgiens qui ont bien voulu les expérimenter.

Ces recherches pratiques m'ont amené naturellement à étudier de nouveau la préparation des caustiques de M. le docteur Filhos.

On sait que M. Boudet, mon honorable prédécesseur, a publié sur ce sujet, il y a déjà plusieurs années, une notice fort précise. Jusqu'à présent, on a préparé le caustique Filhos en coulant dans des tubes de plomb de la potasse fondante contenant environ un dixième de chaux vive en poids.

Tout en conservant les mêmes proportions entre les poids des deux bases alcalines et terreuses, j'ai changé légèrement le mode opératoire. Je coule ce mélange dans des lingotières de fer forgé, ce qui me permet d'opérer la fusion à une température beaucoup plus élevée. Ces cylindres une fois refroidis, sont rapidement enveloppés de gutta-percha fondue à chaud et renfermés dans des bocaux parfaitement secs.

La forte chaleur à laquelle la potasse calcaire a été soumise la rend très-homogène, et lui donne beaucoup plus de dureté. Enfin, la légèreté de l'enveloppe permet au chirurgien d'opérer la cautérisation sans aucune fatigue et avec une singulière facilité. (Commissaires : MM. Velpeau, Depaul et Boudet.)

Iode assimilé au lait des mammifères. — M. Labourdette lit en son nom et celui de M. Dumesnil un mémoire intitulé *Du passage de l'iode par assimilation digestive dans le lait de quelques mammifères.*

Nous avons déjà fait connaître le but que se sont proposé les auteurs de ce travail à l'occasion d'un mémoire sur le même sujet, communiqué par M. Labourdette le 31 mars dernier à l'Académie des sciences (voir le n° de la *Gazette des Hôpitaux* du 8 avril). Les auteurs développent, en outre, dans ce nouveau mémoire, les applications thérapeutiques dont cette méthode leur paraît susceptible.

Voici en quels termes s'exprime M. Labourdette pour ce qui a trait aux effets thérapeutiques :

« Avant d'avoir déterminé par le dosage ce que le lait des vaches entraînées pouvait contenir de principes iodiques, l'expérience médicale nous autorisait à conclure qu'il y en avait une suffisante quantité. Les résultats obtenus dans les cas de débilitation, dans les engorgements mésentériques, dans les blépharites scrofuleuses, les engorgements strumeux, etc., sont remarquables. On en obtient de bons effets chez les enfants et les femmes affaiblis par de longues maladies, chez les convalescents d'affections éruptives.

» Le lait ainsi obtenu modifie avantageusement les individus lymphatiques et scrofuleux. Son action médicatrice ne ressemble en rien à celle produite par de fortes doses d'iodure de potassium ou d'iode; l'action visible sur la peau et les muqueuses ne se manifeste jamais; mais semblable à l'huile de foie de morue de bonne qualité, le lait ainsi préparé produit un effet considérable comme tonique, stimulant et résolutif des engorgements strumeux, etc. »

Le travail de MM. Labourdette et Dumesnil est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. P. Dubois, H. Bouley et Lecanu.

— M. le président appelle successivement le nom de plusieurs personnes inscrites pour des lectures. Ces personnes étant absentes, la séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décision ministérielle, M. le docteur Goffres, médecin principal de 1re classe et professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, a été chargé du service des salles militaires à l'Hôtel-Dieu St-Eloi de cette ville.

— Le voleur dont nous avons plusieurs fois entretenu nos lecteurs, et qui s'introduisait chez les médecins aux heures où il les croyait absents, a compru ces jours derniers devant le tribunal de police correctionnelle; il a déclaré être un ancien clerc de notaire, et a été condamné à trois ans de prison et à cinq ans de surveillance.

— M. le docteur Cazenave a commencé mercredi dernier, à l'hôpital Saint-Louis, ses leçons cliniques sur les maladies de la peau, et les continuera le mercredi de chaque semaine.

A huit heures, la visite des salles; à neuf heures, la leçon à l'amphithéâtre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Saudemont, né à Brébières (Pas-de-Calais); *Quelques considérations sur la saignée.*

Fromont, né à Lent (Ain); *De la morve aiguë chez l'homme.*

Garasse, né à Calais (Pas-de-Calais); *De l'antéversion de la matrice.*

Hoffmann, né à Sarrebourg (Meurthe); *De la ligature des veines.*

Coussot, né à Nanteuil (Charente); *Aperçu sur l'épidémie de choléra observée à Nanteuil (Charente) pendant les mois d'octobre, novembre et décembre de l'année 1855.*

Frilleux, né à Rouen (Seine-Inférieure); *Rupture utéro-vaginale pendant la grossesse et pendant le travail.*

Borchard, né à Schwerin (Mecklenbourg); *Les fièvres sudatoires.*

Benoît, né à Saint-Lupicin (Jura); *Des cas dans lesquels il convient d'employer le forceps.*

Gallois, né à Rilly-la-Montagne (Marne); *Du malade.*

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 55. — SAMEDI 10 MAI 1856. (29e ANNÉE.) N° 55. — SAMEDI 10 MAI 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Des emboli, ou oblitérations artérielles par des produits fibrineux. — Testicule douloureux. — Injections à grande eau dans le rectum. — Société de chirurgie, séance du 30 avril. — Chronique et nouvelles. — Feuilleton. Traité de l'impuissance et de la stérilité chez l'homme et chez la femme.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des emboli, ou oblitérations artérielles par des produits fibrineux.

Les pathologistes allemands désignent sous le nom d'*emboli* (de Εμβολή, injection, substance lancée dans un vaisseau) des corps solides détachés du cœur ou des gros vaisseaux et qui sont lancés avec le sang dans le torrent circulatoire. En s'arrêtant là où le calibre des vaisseaux devient trop petit pour les admettre, ces corps causent des accidents graves dont l'intensité est en rapport avec le degré d'oblitération qu'ils produisent. M. le professeur Schützenberger (de Strasbourg) a eu l'occasion d'observer récemment un fait qui lui a permis de constater l'exactitude des observations faites par Virchow (de Wurtzbourg) relativement aux accidents qui résultent de la migration de ces concrétions fibrineuses.

Voici les principales particularités de ce fait, communiqué par M. Schützenberger à la Société de médecine de Strasbourg, et reproduit par la *Gazette médicale* de cette ville. Il est, croyons-nous, l'un des premiers de ce genre qui aient été observés en France.

Le nommé Joseph H..., âgé de vingt-deux ans, d'une bonne constitution, souffrait depuis quelque temps de douleurs vagues, considérées comme rhumatismales et traitées en conséquence. A différentes reprises, il avait été atteint de toux et de dyspnée sans autre symptôme sérieux. Enfin, depuis quelques jours il éprouvait au niveau de l'aine gauche une douleur qui rendait la marche difficile, lorsqu'il est entré à la Clinique le 24 octobre 1855.

A l'examen du malade, on constate des signes de bronchite, quelques rouchus; expectoration muqueuse, légère accélération du pouls. L'exploration de la cuisse douloureuse n'a rien révélé d'anormal. — Aconitine de 2 à 4 milligrammes dans une potion.

Le 31, sans cause appréciable, on trouve le malade, le matin à la visite, plongé dans un abattement profond ; ses yeux sont injectés et larmoyants ; il accuse un malaise, une lassitude excessive, de la céphalalgie, des vertiges, des fourmillements dans les extrémités. Le pouls est petit et fréquent, inégal, très-irrégulier. Les battements du cœur sont tumultueux et s'accompagnent d'un bruit rude, dont le temps ne peut être déterminé. Les accidents fonctionnels se dissipent spontanément sans médication active.

Le 17 novembre, teint pâle, physionomie exprimant l'abattement. Peau médiocrement chaude; pouls à 80, peu développé, quelquefois onduleux ; quelques douleurs sourdes à la région précordiale. La main perçoit très-distinctement un frémissement cataire, espèce de vibration, comme si le sang passait sur une surface rugueuse. Ce frémissement précède les battements artériels. La matité précordiale offre une étendue normale. Les deux bruits du cœur sont voilés et remplacés par un souffle ; le deuxième bruit, à gauche sous le mamelon, est rude et prolongé. Plus à droite et en haut, sur le sternum, les deux bruits du cœur sont plus normaux ; on entend notamment très-bien le claquement sec des valvules aortiques.

On diagnostique une endocardite ancienne avec incrustations ou concrétions rétrécissant l'orifice mitral. — Application tous les quatre ou cinq jours de quelques sangsues à la région du cœur ; aconitine, 2 milligr. ; tisane nitrée.

Sous l'influence de ce traitement, l'état du malade reste stationnaire.

Le 21 novembre, à la visite du matin, le malade se plaint de fourmillements douloureux dans l'extrémité supérieure gauche. Absence de tout battement à l'artère radiale. Aucune pulsation appréciable, ni à l'artère cubitale ni à l'artère brachiale, dans les deux tiers inférieurs du bras. Au-dessous de l'aisselle, le long de la face interne du biceps, on sent dans l'étendue de plusieurs centimètres un cordon non noueux, de la grosseur d'une plume à écrire, donnant à la palpation la sensation d'une artère remplie de matière à injection; ce cordon est roulant sous le doigt, peu douloureux à la pression. Dans le creux axillaire, on retrouve les battements de l'artère assez forts et ne différant pas notablement de ceux du côté opposé. La main est cadavéreuse, pâle et froide.

M. Schutzenberger reconnaît à ces signes une obturation *embolique* de l'artère brachiale à sa partie supérieure, par suite de concrétions détachées du cœur, et il annonce l'imminence de la gangrène et, si une circulation collatérale doit s'établir, la probabilité de lésions successives du même genre dans d'autres artères, et notamment le danger de l'obturation possible des artères cérébrales. — Enveloppement de la main et de l'avant-bras dans de la flanelle ; lotions aromatiques ; bicarbonate de soude, 3 grammes dans de la tisane ; potion avec teinture de digitale, 20 gouttes.

Le 22 novembre, élancements et fourmillements pénibles dans le membre supérieur droit ; les mouvements sont conservés, mais difficiles ; douleur spontanée très-vive le long de la face interne du biceps, au-dessous de l'aisselle. La pression est trop douloureuse pour permettre d'explorer l'artère en ce point (artérite consécutive à l'oblitération). Mêmes signes locaux du côté du cœur ; état général satisfaisant. — Même prescription ; cataplasme laudanisé à la partie supérieure du bras.

Les jours suivants, l'état de l'extrémité supérieure s'améliore rapidement. Les fourmillements cessent ; les douleurs à la partie supérieure du bras se dissipent ; la chaleur revient, et l'on sent dans l'artère radiale un battement filiforme très-faible (établissement d'une circulation collatérale).

Depuis la fin de novembre jusqu'au mois de janvier, l'état du malade offre des alternatives de bien-être et d'accidents variés. A différentes reprises, il est pris d'accès d'étouffement, d'anxiété précordiale, de mouvements fébriles, de sueurs abondantes, de douleurs vagues dans la poitrine et dans le ventre (des émissions sanguines locales, les alcalins, la digitale calment les accidents sans amener d'amélioration durable ; un séton appliqué à la région précordiale n'exerce aucune influence sur les phénomènes cardiaques). Le frémissement cataire persiste, tantôt plus fort, tantôt plus faible ; le cœur n'augmente pas de volume ; mais les deux bruits sont remplacés, à gauche, par un bruit de souffle qui absorbe les deux temps; à droite, sous le sternum, on distingue toujours nettement le claquement des valvules aortiques au second temps.

Le 1er janvier, le malade accuse des élancements, des fourmillements très-douloureux dans les deux extrémités inférieures; il éprouve une pression douloureuse dans les deux régions inguinales, dans les régions sus-pubiennes et iliaques; il est agité, anxieux; son teint est pâle ; sa physionomie exprime l'inquiétude et la souffrance. Les extrémités inférieures sont froides; la peau du tronc est, au contraire, chaude et brûlante. Le pouls de l'artère radiale gauche est fréquent, développé, assez résistant. L'artère radiale droite ne donne toujours que des pulsations à peine perceptibles. A l'exploration attentive des artères crurales, il est impossible d'y constater un battement quelconque ; mais on sent deux cordons durs, non noueux, peu douloureux à la pression (obturation des artères crurales ou plutôt des artères iliaques). — Lotions aromatiques ; nitre et digitale ; eau de Vichy pour boisson.

Au bout de quelque temps, toutes les lésions de sensibilité cessent du côté des membres, mais les pulsations ne reparaissent pas aux artères crurales ; on ne sent pas non plus de battements distincts aux artères poplitées et tibiales postérieures. Le malade maigrit rapidement ; il a souvent des mouvements de fièvre, des sueurs profuses, des accès d'anxiété, de dyspnée ; son teint est pâle, son moral très-abattu.

Pendant les mois de janvier et février, l'amaigrissement avait fait des progrès, mais aucun accident grave ne s'était produit. Dans la soirée du 24 février, le malade se trouvait dans son état ordinaire, lorsque tout à coup il fut pris d'étouffements, d'anxiété, de dyspnée, de sueurs froides. Bientôt après il tombe dans un état comateux. L'extrémité supérieure gauche est paralysée ; l'extrémité inférieure du même côté très-affaiblie. La sensibilité est généralement obtuse; urines involontaires; pouls petit, fréquent, irrégulier. M. Schutzenberger annonce une obturation d'une artère cérébrale droite.

Ces phénomènes persistent avec quelques amendements passa-

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de l'impuissance et de la stérilité chez l'homme et chez la femme, par M. le docteur F. Roubaud (1).

Un livre véritablement scientifique, honnête et sérieux, sur l'*impuissance* et la *stérilité*, voilà certes qui pourra paraître quelque peu surprenant à bien des gens, à ceux principalement qui se remettront en mémoire les ouvrages plus que suspects qui existent sur ce sujet, depuis le *Tableau de l'amour conjugal* de Nicolas Venette jusqu'à l'*Art de procréer les sexes à volonté* du docteur Millot. Et cependant rien n'est plus vrai. L'auteur, un des anciens collaborateurs de ce journal, un de nos amis, dirions-nous, si nous ne craignions par cela même de faire douter de notre impartialité, M. le docteur Roubaud a consacré à l'étude de son sujet plusieurs années d'un travail consciencieux et assidu; il n'a reculé devant aucune des mille difficultés qui surgissaient à chaque moment sous sa plume, et il a pu, sans craindre d'être démenti, écrire en tête de son œuvre cette phrase que nous reproduisons parce que nous en avons nous-même vérifié toute la justesse et l'exactitude : « Si quelqu'un, dit-il, cherche dans cet ouvrage autre chose » que de la science; s'il compte y trouver non une intention, mais un » mot seulement de luxure, qu'il n'aille pas plus loin, il serait complé- » tement déçu dans ses espérances. »

Examinons donc son livre comme il mérite d'être examiné, et une fois fixé sur la moralité des intentions qui ont guidé l'auteur, voyons s'il remplit réellement le but d'utilité pratique que s'est proposé M. Roubaud.

Jusqu'à présent, et considérant que le rôle de l'homme dans l'acte de la génération semble toujours actif, tandis que celui de la femme est plutôt passif, on a généralement appelé impuissant l'homme qui ne peut procréer, quelle que soit la cause de cette impossibilité, et stérile la femme qui se trouve dans le même cas. Suivant M. Roubaud, on a eu tort; il admet une impuissance chez la femme aussi bien que chez l'homme, et il désigne ainsi tout état morbide qui, dans l'un ou l'autre sexe, s'oppose à l'*union physiologique*, au coït. Sous la dénomination de stérilité, il range toute condition pathologique qui, chez l'homme aussi bien que chez la femme, empêche la reproduction de l'espèce, la copulation pouvant avoir lieu.

Ceci établi, et pour traiter son sujet de la manière la plus complète possible, l'auteur commence par l'étude de la fonction physiologique dans les deux sexes, copulation, fécondation, durée de la fonction génératrice, rapports de la fonction génératrice avec les autres fonctions de l'organisme, enfin circonstances diverses qui influent sur le développement et l'exercice de la fonction génératrice, tant inhérentes qu'étrangères à l'individu. Cette première section du livre, toute complète, toute importante qu'elle soit, nous ne nous y arrêterons pas, parce qu'ici M. Roubaud n'a pu que présenter l'état de la science, et qu'il n'y a rien de véritablement original, sauf l'exposition, le plan qu'il a suivis; disons cependant qu'il a su présenter de la façon la plus claire, la plus intéressante, la plus attrayante même, les diverses théories qui se sont succédé depuis les temps les plus reculés, et que les considérations que nous venons d'énumérer trahissent un homme d'une vaste érudition autant qu'un observateur distingué.

La partie pathologique comprend deux livres, l'un consacré à l'impuissance, l'autre à la stérilité. Dans ces deux subdivisions, chacune des deux conditions morbides est étudiée chez l'homme et chez la femme.

Chez l'homme, tout état d'impuissance peut se ranger sous l'un des chefs suivants :

1° Impuissance par vices de conformation ; quelquefois curable lorsque la chirurgie peut faire disparaître la difformité qui s'oppose au rapprochement sexuel. Ce ne sont guère que les vices de conformation du prépuce qui se trouvent dans ce dernier cas.

2° Impuissance idiopathique, c'est-à-dire impossibilité d'exercer le coït en dehors de toute lésion apparente ou constatable des organes génitaux, de tout état pathologique d'un appareil quelconque, etc. ; en un mot, une inertie de l'activité génésique que rien n'explique. C'est là la véritable *syncope génitale*, névrose excessivement rare, suivant l'auteur. Cette forme de l'impuissance se rattache à trois groupes, par défaut, par excès, par perversion d'énergie. Ce chapitre contient un grand nombre de faits curieux, et l'on peut dire que c'est un des plus pratiques de tout l'ouvrage, car il renferme une grande quantité de formules, de procédés, de méthodes au moyen desquels M. Roubaud s'efforce de remplir les indications qui peuvent se présenter.

3° Impuissance symptomatique de certains états physiologiques ou pathologiques. L'âge, les constitutions, les tempéraments, certains troubles de l'innervation, les intoxications et principalement les affections de l'appareil génito-urinaire sont étudiés ici tour à tour jusque dans leurs conséquences les plus absolues.

4° Impuissance consécutive soit à un état organo-pathologique, soit à un état pathogénique, et ici l'on trouve les abus de toutes sortes, les abus musculaire, digestif, intellectuel, génital; l'emploi excessif d'agents débilitants ou anesthésiques.

5° Enfin, l'impuissance sympathique ; à cette section appartiennent les sympathies morbides physiques et les sympathies morales ou intellectuelles.

C'est principalement dans ce dernier chapitre que l'on rencontre quelques observations des plus curieuses, démontrant le pouvoir de l'imagination sur la faculté génératrice de l'homme, ou du moins sur

(1) Deux volumes in-8°. Chez J.-B. Baillière.

gers jusqu'au 1er mars, jour où le malade succombe après une courte agonie.

Voici ce que révèle l'autopsie :

Cœur. — Le péricarde renferme 80 grammes d'une sérosité jaunâtre. Le volume du cœur est normal; pas d'adhérences et de taches laiteuses à l'extérieur. Rien de particulier dans le ventricule droit; il ne contient pas de coagulum, mais seulement une petite quantité de sang diffluent, renfermant quelques flocons grumeleux rouges. Pas de coagulum dans l'oreillette droite ni dans l'artère pulmonaire. Les cavités droites ne sont pas dilatées; leurs parois sont lisses et normales; la valvule tricuspide est très-légèrement épaissie à son bord libre. En somme, le cœur droit est sain.

La capacité du ventricule et de l'oreillette gauches est normale. Il n'y a ni dilatation ni rétrécissement de la cavité ventriculaire. Les parois du ventricule gauche offrent leur épaisseur normale.

Les valvules sygmoïdes et l'orifice aortique sont intacts, et le cône du ventricule qui conduit à l'orifice aortique n'offre aucune altération. La surface de l'endocarde offre néanmoins une teinte laiteuse assez générale, très-marquée surtout sur les muscles papillaires. Ceux-ci sont hypertrophiés. La lame antérieure de la valvule mitrale est considérablement épaissie; elle est dure, résistante, mamelonnée à sa surface et de consistance fibreuse. A sa partie moyenne et centrale, cette lame valvulaire offre une perforation qui conduit dans la cavité de l'oreillette, et qui livre facilement passage à une plume à écrire. Les bords de cet orifice sont rugueux, et présentent des incrustations fibrineuses blanches, mamelonnées, dont la surface est comme déchirée; on y rencontre quelques lambeaux flottants. Ces espèces d'excroissances sont entièrement adhérentes aux contours de l'ouverture.

Au bord libre de cette même lame se trouve une concrétion polypiforme, irrégulière, de 0m,02 de long, d'une coloration blanc jaunâtre, à bords frangés, ressemblant à une grande crête de coq irrégulière. Cette excroissance polypeuse se continue sur les bords de la valvule par une base de 0m,01 de large, qui adhère intimement au tissu valvulaire. Le reste de l'excroissance est libre et flotte dans la cavité du ventricule.

Sur un tendon de la valvule, on trouve implanté un petit corps, d'une coloration rouge, de la grandeur d'un grain de chènevis, fortement adhérent. Un second corps semblable, mais plus volumineux et d'une coloration jaune marbré de rouge, se trouve implanté sur un autre tendon, à son point d'insertion au muscle papillaire.

La seconde lame est notablement moins épaissie à son insertion ventriculaire. Les cordes tendineuses qui en partent offrent cependant un épaississement considérable et une teinte laiteuse; leur épaisseur atteint jusqu'à 2 millimètres.

Examiné du côté de l'oreillette, le pourtour de l'orifice auriculo-ventriculaire est recouvert tout entier de végétations qui offrent une saillie de 6 à 8 millimètres. Ces végétations se présentent sous forme d'une lame presque continue, frangée, déchiquetée, à bords irréguliers, minces, offrant dans différents points des lambeaux flottants. Leur base d'insertion est en général large et leur adhérence intime.

Vers le bord antérieur droit de l'orifice existe une surface irrégulière, déchirée, offrant quelques incrustations crétacées. Il est évident, à l'inspection simple, que, de ce point, des excroissances ont été arrachées.

L'orifice au pourtour duquel les végétations sont insérées n'est pas notablement rétréci.

Le bord des végétations, qui est dirigé du côté de l'oreillette, devait être incessamment entraîné par le courant sanguin dans la direction de la cavité du ventricule.

L'endocarde de l'oreillette offre une teinte blanche laiteuse. Il est manifestement épaissi et plus opaque qu'à l'état normal. A la face antérieure de la cavité auriculaire, à peu près à 0m,02 de l'orifice, se trouve une surface irrégulière, rugueuse, recouverte de végétations d'un millimètre de longueur. Dans différents points, cette surface est grenue *comme si l'on y avait enlevé des portions saillantes de végétations.*

Artères. — On trouve des concrétions dans les artères carotide externe, linguale, faciale, occipitale, pharyngienne inférieure; dans l'artère carotide interne, depuis les rameaux qu'elle fournit dans le sinus caverneux jusqu'au-dessus de l'artère ophthalmique; dans les artères brachiale gauche et humérale profonde. Un bouchon fibrineux de 0m,15 était placé à cheval sur la bifurcation de l'aorte abdominale. L'artère iliaque du côté droit est transformée en un cordon de 6 millimètres de diamètre. L'artère hypogastrique est oblitérée jusqu'à la naissance de l'artère iléo-lombaire. L'iliaque externe est réduite à un cordon fibreux de 4 millimètres de diamètre. L'artère crurale est oblitérée immédiatement au-dessous de la naissance de la circonflexe interne; cette oblitération se continue dans l'artère fémorale dans une étendue de 3 centimètres, et dans la fémorale profonde du même côté. Enfin les artères iliaque primitive, iliaque externe, hypogastrique, fémorales superficielle et profonde du côté gauche sont également oblitérées, ainsi que plusieurs branches de l'artère splénique, de l'artère rénale gauche jusqu'au niveau de sa division dans le hile.

La circulation des extrémités inférieures a été entretenue, à droite, dans l'artère crurale, par les anastomoses de l'artère iléo-lombaire avec l'artère circonflexe iliaque, et par celle de l'artère épigastrique avec les artères lombaires et la mammaire interne. Dans les artères fémorales, la circulation a été entretenue par les anastomoses des artères circonflexes entre elles, et de celle-ci avec les branches de l'artère hypogastrique, de l'artère hémorrhoïdale supérieure et de l'artère sacrée moyenne. A gauche, elle a été entretenue par les anastomoses des artères circonflexe et épigastrique avec l'artère iléo-lombaire, par les anastomoses de l'artère hémorrhoïdale supérieure et avec l'artère sacrée moyenne.

L'examen de la structure de la production polypiforme du ventricule gauche et l'étude des propriétés physiques et chimiques de cette tumeur montrent :

1° Que la production polypiforme se compose de cellules dans l'intérieur desquelles il se dépose des granulations graisseuses;

2° Que le tissu ainsi formé devient d'autant plus friable que le dépôt de la graisse est plus avancé;

3° Qu'il arrive un moment où, sous l'influence de l'ondée sanguine, une portion de la tumeur peut se détacher et être projetée dans le torrent circulatoire;

4° Que la masse ainsi détachée et projetée dans les artères doit s'arrêter dans les vaisseaux d'un calibre inférieur à son diamètre, au point de bifurcation d'une artère, où il y a brusque diminution de calibre;

5° Que l'on doit chercher et retrouver les *emboli* au point de bifurcation des artères.

C'est ce que démontre, en effet, l'examen particulier de ces *emboli*, qui occupent principalement les points de bifurcations artérielles, et où l'on retrouve tous les caractères physiques et chimiques de la tumeur polypiforme du cœur.

En résumé, et pour ne tirer de ce fait que les conclusions cliniques qui s'en déduisent de la manière la plus immédiate, on peut voir, par les détails nécropsiques que nous venons de rappeler, la confirmation du diagnostic porté par M. Schutzenberger pour la lésion primitive d'abord, la lésion cardiaque, puis pour les lésions consécutives. On peut voir, en effet, que le diagnostic de la lésion cardiaque, positivement formulé dès le principe, a permis d'attribuer à sa véritable cause, à des concrétions détachées de la valvule mitrale, l'obturation successive des artères. D'un autre côté, la manière brusque dont s'est faite cette obturation, notamment pour l'artère brachiale gauche, l'absence de symptômes inflammatoires artériels antérieurement à l'oblitération, le développement de l'artérite consécutivement à cette oblitération, enfin la disposition des *emboli* et leur ressemblance parfaite de texture et de composition avec le corps fibrineux du cœur, tout tend à confirmer aussi l'exactitude du diagnostic porté sur la cause des lésions consécutives, et à faire admettre avec M. Schutzenberger que l'oblitération des artères a été formée par des concrétions migrantes ayant eu leur source dans le cœur. Enfin, et c'est là l'un des points essentiels de cette observation, on voit en même temps dans les symptômes qui ont traduit cette série de lésions une nouvelle preuve en faveur de la communauté de leur nature et de leur origine, et des signes propres à les faire connaître à l'avenir. Ces symptômes sont :

1° Une sensation subite d'engourdissement, accompagné ou non de refroidissement dans les parties desservies par l'artère obstruée;

2° La formation, également brusque, d'un cordon qui, au lieu d'être noueux comme celui qui résulte des coagulations consécutives à l'inflammation des vaisseaux, est uni et tout à fait semblable aux cordons que forme l'injection d'une matière solidifiable;

3° L'absence d'accidents phlegmasiques sur le trajet du vaisseau, au moment et quelque temps après la formation du coagulum et le développement d'accidents de cette nature pendant les jours qui suivent.

Si, à raison de l'impossibilité où nous nous sommes trouvé de reproduire les détails descriptifs extrêmement étendus que M. Schutzenberger a exposés devant la Société médicale de Strasbourg sur la forme, la disposition et la texture de ces concrétions, quelques lecteurs ne se trouvaient pas suffisamment fixés sur la valeur des preuves invoquées à l'appui de la détermination de cette nouvelle lésion organique, nous les renverrions au travail original inséré dans les comptes rendus des séances de cette Société.

Testicule douloureux.

Il est une lésion des testicules encore peu connue qui probablement n'est pas toujours la même, et qui se traduit symptomatiquement par une douleur remarquable par son intensité et surtout par sa persistance. Astley Cooper est un des premiers qui ait fixé son attention sur cette maladie, qu'il a décrite dans son *Traité des maladies du testicule* sous le nom de testicule douloureux (*irritabile testis*). S'appuyant sur un nombre de faits restreints, il n'a tracé qu'une histoire incomplète de la maladie. Ces faits du reste ne sont pas tous analogues entre eux, et il applique la dénomination de testicule douloureux à des affections évidemment différentes. C'est ainsi que dans quelques-unes de ses observations il est dit que le testicule était tuméfié, et que dans d'autres cet organe était entièrement sain. Il y a donc ici une distinction à faire, et il faut séparer les cas dans lesquels le testicule présente une lésion anatomique de ceux dans lesquels il n'en présente point.

Dans le testicule douloureux sans lésion anatomique, la douleur est toute la maladie, et la nature de celle-ci est évidemment nerveuse. Valleix a démontré que les cas de ce genre étaient des cas de névralgie lombo-abdominale propagée au scrotum.

Quelle est maintenant la maladie dans le cas de testicule douloureux avec lésion de celui-ci? Si l'on voulait s'attacher au sens propre du mot testicule douloureux, il n'est pas de lésion du testicule qui ne méritât d'être décrite sous ce nom, mais alors la confusion deviendrait extrême. C'est donc avec raison que, toutes les

---

la production des phénomènes sans lesquels est impossible le rapprochement sexuel.

Nous savons que quelques personnes ont blâmé l'importance que l'auteur a donnée à cette partie de son ouvrage, ainsi que les détails dans lesquels il entre à cette occasion. Nous ne pouvons partager cette manière de voir. M. Roubaud connaissait, on le voit dès les premières pages de son travail, toutes les difficultés de son sujet. Devait-il s'arrêter là où la tâche commençait à devenir scabreuse? Evidemment non. Si son livre avait dû s'adresser à d'autres que des médecins, nous aurions été des premiers à lui conseiller de s'abstenir, et l'auteur nous avait communiqué des fragments de son œuvre à un moment où cette abstention eût encore été possible. Destinée à un public exclusivement médical, elle ne présentait plus aucun danger, et nous avons été de ceux qui lui ont donné le conseil de continuer hardiment. En face d'une position difficile, il ne s'agit pas de faire un détour. M. Roubaud a résolument abordé la partie de son sujet la plus délicate, disons le mot, la plus malaisée, avec toute la netteté dont il est capable; il a pensé que si quelques cas embarrassants s'étaient présentés à lui et s'il avait pu de la lutte sortir victorieux, il devait faire profiter les autres de son expérience. Il l'a fait sagement, chastement; les médecins qui, comme lui, se trouveront consultés dans des conjonctures aussi pénibles, seront, nous n'en doutons pas, heureux de savoir comment a procédé un praticien qui depuis dix ans fait de ces affections l'objet d'une étude sérieuse. Peut-être se garderont-ils de citer la source où ils auront puisé; mais à coup sûr ils conserveront un peu de reconnaissance intime à celui qui les aura mis sur la voie; qui leur aura suggéré une idée de laquelle dépendait peut-être le salut d'un individu, le repos et la tranquillité de toute une famille.

L'histoire de l'impuissance chez la femme est beaucoup moins longue et moins étendue que celle de l'impuissance chez l'homme. Elle se résume en deux sections, impuissance par obstacles à l'intromission, et ici sont les vices de conformation, les lésions organiques et vitales de l'appareil génital, les tumeurs et les corps étrangers, et l'impuissance par *frigidité*. Chez la femme, l'impuissance n'est pas seulement l'inaptitude temporaire ou permanente à la copulation, mais bien l'absence d'une ou de plusieurs des conditions du coït physiologique. Le rôle de la femme, dans le coït physiologique, est double: d'une part, il est purement passif; mais, de l'autre, il est actif, en ce sens que, pour que le coït soit complet, il faut qu'il y ait chez elle désirs et plaisir vénériens. C'est l'absence de cette dernière condition qui constitue pour M. Roubaud l'impuissance par frigidité, laquelle peut être liée à bien des causes; et particulièrement à la constitution, au tempérament, à un état pathologique, etc. Enfin, pour bien faire comprendre ce que l'auteur entend par cette expression, nous dirons que l'impuissance par frigidité, laquelle donne lieu à un coït incomplet, n'implique nullement la stérilité. Nous renvoyons à la lecture du livre lui-même pour de plus amples détails sur ce sujet. Mais nous devons dire que cette acception nouvelle et beaucoup trop générale du mot impuissance ne nous paraît pas heureuse, en ce sens qu'elle change, sans motif bien valable, la signification d'un terme sur lequel on est généralement d'accord. On admettra difficilement qu'une femme puisse être à la fois *impuissante*, comme le prétend M. Roubaud, et susceptible de concevoir.

Le livre deuxième est consacré à la stérilité, c'est-à-dire à l'inaptitude à la procréation.

Chez l'homme, cette inaptitude peut tenir à des causes diverses, à des troubles de la fonction de sécrétion spermatique, à des troubles de la fonction de conservation et d'excrétion; enfin, à un état pathologique du sperme.

Chez la femme, elle tient à des troubles de l'ovulation, soit de la fonction ovarienne, soit de la fonction tubaire, à des troubles de la réception spermatique; et ici sont étudiées les lésions organiques, mécaniques ou vitales de l'appareil utérin, les déplacements du col ou du corps, etc.; à des troubles de l'imprégnation ou à ceux de la gestation.

A propos de ces deux dernières conditions, nous signalerons des considérations neuves et de la plus haute importance sur l'avortement précoce de certaines femmes, qui, en apparence, jouissent de la meilleure santé, chez lesquelles la menstruation semble se faire de la manière la plus régulière, et qui cependant ne peuvent devenir enceintes. Suivant M. Roubaud, d'accord en cela avec Parent-Duchâtelet, lequel n'a fait qu'indiquer en passant une théorie que développe longuement notre auteur, chez bien des femmes réputées stériles, la fécondation serait opérée, et ce ne serait que par suite de circonstances auxquelles il serait possible de remédier, que l'œuf fécondé ne suivrait pas toutes les phases de son développement. Ce point du travail de M. Roubaud mérite d'être attentivement médité.

Nous n'avons pu donner ici qu'un bien court aperçu des principales questions qui ont été soulevées et souvent résolues dans cet ouvrage important; mais nous croyons en avoir dit assez pour piquer la curiosité de nos lecteurs. Qu'il nous suffise d'ajouter, en terminant, que le *Traité de l'impuissance et de la stérilité* se recommande autant par le charme du style que par l'originalité des vues nouvelles qu'il contient, par la forme que par le fonds, mérite assez rare en médecine, et au lieu de lui prédire un succès, constatons celui qu'il a déjà obtenu depuis les quelques mois de sa publication.

Dr A. Foucart.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Crouzat, né à Villefranche (Haute-Garonne); *Etude sur le choléra-morbus épidémique.*

Neveu-Derotrie, né à Rennes (Ille-et-Vilaine); *De l'abus des liqueurs alcooliques.*

Lemercier, né à Saint-Romain de Colloc (Charente-Inférieure); *Du choléra épidémique.*

fois que l'on a pu reconnaître la nature de la lésion, on a donné à celle-ci un nom particulier.

La dénomination de testicule douloureux ne peut donc être conservée maintenant qu'aux cas dans lesquels la lésion, coexistant avec la douleur, est de nature inconnue. Ces cas sont excessivement rares, et les progrès de l'anatomie pathologique les rendront de jour en jour plus rares encore.

En voici un cependant très-intéressant à différents titres, et qui jusqu'ici, croyons-nous, n'a pas d'analogue dans la science. Ce fait a été recueilli à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay, suppléant de M. Monod, par M. Anatole Royer, interne, qui en a fait suivre la relation de quelques considérations cliniques que ce fait a inspirées à M. Demarquay.

Le 19 avril 1856 est entré à la Maison de santé un nommé D..., propriétaire à Vierzon. Cet homme est âgé de cinquante-neuf ans. Il est robuste, bien développé, d'une bonne constitution et d'un tempérament sanguin. Il accuse une douleur ayant son siége dans les deux testicules.

Le début de sa maladie remonte à l'année 1816, alors qu'il avait dix-sept ans. Il sentit une douleur subite dans le testicule droit; trois mois après, une douleur semblable se développa dans le testicule gauche, et depuis les parties n'ont pas cessé d'être douloureuses.

Peu de temps après la manifestation de la douleur, ces organes commencèrent à se tuméfier, et à partir de ce moment le gonflement non-seulement a toujours persisté, mais encore a été continuellement en augmentant.

Le malade ne sait à quelle cause attribuer sa maladie. Il n'a pas reçu de coups sur la région. A cette époque, il n'avait encore eu aucun rapport sexuel, par conséquent le vice syphilitique ne peut être invoqué ici pour expliquer les accidents.

Il s'est marié vers l'âge de vingt-cinq ans, et jamais il n'a pu avoir d'enfants. Bien que tourmenté par des douleurs de tous les instants, son état de fortune le forçant à travailler, il a toujours continué à se livrer à des occupations souvent fatigantes, et il est ainsi arrivé jusqu'à l'âge actuel sans avoir jamais éprouvé aucun soulagement à ses maux.

Il se présente aujourd'hui dans l'état suivant :

Son aspect extérieur est celui d'un homme bien constitué et jouissant d'une bonne santé. Il a un embonpoint modéré. Du reste toutes ses fonctions s'exécutent et se sont toujours exécutées régulièrement, en sorte que l'état général n'a pas cessé d'être excellent.

Les deux testicules sont le siége d'une douleur spontanée, continue, sourde et gravative, comme si ces organes étaient soumis à une pression continuelle. Cette douleur, depuis le début de l'affection, n'a pas abandonné le malade un seul instant; elle est locale, et ne remonte pas dans les lombes. Le testicule gauche est plus douloureux que le droit. Cette douleur est augmentée par diverses circonstances, telles que la pression, les changements atmosphériques, la marche, les mouvements, etc.

La plus petite pression exercée sur l'un ou l'autre testicule est intolérable et arrache des plaintes au malade; elle produit une exaspération instantanée et non passagère, qui persiste même plusieurs jours après la suppression de la cause qui l'a développée.

La pression sur les cordons est également douloureuse.

Les variations atmosphériques agissent de différentes manières. Sous l'influence de la chaleur, le scrotum s'allongeant, les testicules ne sont plus soutenus, tirent sur le cordon, et de là douleurs. Le froid, au contraire, amène une contraction du dartos, qui a pour effet le soulèvement des testicules et leur compression contre les anneaux inguinaux; de là nouvelle source de douleur.

Le malade peut faire une petite promenade à pied sans exagérer beaucoup ses souffrances, mais une marche longue est impossible. Il souffre davantage étant couché dans son lit que levé et assis dans un fauteuil.

Les érections ne sont pas douloureuses. Les désirs de l'amour n'augmentent pas les douleurs, et celles-ci ne sont ni soulagées ni accrues après la satisfaction de ces désirs.

L'acte vénérien n'est pas suivi d'éjaculation chez notre malade; seulement, une minute ou deux après son accomplissement, il s'écoule quelques gouttes d'une liqueur peu épaisse, qui est probablement du liquide prostatique. Nous rappellerons ici que notre malade n'a jamais eu d'enfants.

Le scrotum et les autres enveloppes des testicules se présentent avec leurs caractères normaux. Ces parties sont souples, non hypertrophiées, et glissent sur les testicules. Ceux-ci, à cause de la douleur excessive dont ils sont le siége, ne peuvent être examinés scrupuleusement. Ces organes sont comme hypertrophiés; chacun d'eux présente environ la grosseur d'un petit œuf de poule. Mais l'hypertrophie porte surtout sur l'épididyme. Celui-ci a subi à la fois une dilatation et un allongement de ses parois, de sorte qu'il présente des replis noueux et des bosselures dures, rénitentes et très-douloureuses au toucher. Il recouvre en grande partie le testicule lui-même, également plus gros que normalement, et que l'on reconnaît à sa surface unie.

Le cordon est également plus volumineux qu'à l'état ordinaire.

La tuméfaction est plus considérable du côté droit que du côté gauche.

En examinant les parties par la palpation, on n'a aucune sensation de tissus dégénérés, ou au milieu desquels se seraient faits des dépôts morbides. Ils offrent aux doigts tous les caractères de tissus sains.

Telle est la singulière affection pour laquelle ce malade vient réclamer les soins de M. Demarquay. Il a déjà eu recours à la science de nos célébrités médicales et chirurgicales, mais sans en recueillir aucun profit. Il entra, vers le commencement de sa maladie, dans le service de Dupuytren, qui fit peu d'attention à lui, et le renvoya après n'avoir essayé que des moyens insignifiants. Les mercuriaux, l'iodure de potassium, *intus et extra*, l'iodure de plomb, les emplâtres de ciguë, de savon, les bains, les purgatifs, forment le fond d'ordonnances, dont l'exécution n'a jamais produit qu'un soulagement très-passager. Ce sont les bains qui réussissent le mieux à calmer momentanément les douleurs du malade.

M. Demarquay ordonne des bains et fait appliquer sur les bourses des compresses imbibées d'une dissolution de cyanure de potassium dans l'eau (eau, 200 grammes; cyanure, 4 gram.). Le malade dit ressentir quelque bien-être de ces applications, que l'on renouvelle souvent.

On vient de voir le fait, il s'agit maintenant d'en chercher l'explication et la nature.

L'absence d'éjaculation dans les rapports sexuels, dit M. Demarquay, me porte à penser qu'il existe un obstacle au cours du sperme. Cette oblitération des voies spermatiques rend compte de tous les phénomènes que nous avons rapportés.

Ainsi, le gonflement devient le résultat de la rétention et de l'accumulation du sperme, qui distend continuellement les parois de la glande et de l'épididyme.

La douleur est causée par la résistance à la distension de la tunique albuginée qui réagit et comprime la substance testiculaire.

L'action continuelle de la cause donne raison de la continuité de la douleur.

L'épaisseur des enveloppes du testicule explique la marche lente de la tuméfaction de l'organe.

Remarquons maintenant que le début de la douleur remonte à l'époque où le malade avait dix-sept ans, âge auquel les glandes testiculaires commencent à sécréter avec quelque activité.

On peut faire à cette explication les objections suivantes :

1° L'oblitération des voies spermatiques, au lieu d'amener l'hypertrophie, amène l'atrophie des testicules. Je répondrai à cette objection en citant l'expérience d'Astley Cooper, qui, ayant divisé le canal déférent sur un chien qu'il sacrifia six ans après, trouva le testicule augmenté de volume, et l'épididyme, ainsi que la partie du canal déférent situé au-dessous de la section, également dilatés et gorgés de sperme.

2° Tous les jours on voit des oblitérations des voies spermatiques succéder aux inflammations du tubercule et de l'épididyme, et cependant, dans ces cas on ne remarque pas les effets que nous avons relatés. C'est qu'alors la glande malade perd sa faculté sécrétoire. « A mesure que l'inflammation s'éteint, le testicule diminue de » grosseur par suite de la résorption des matières qui l'engor- » geaient. Mais cette absorption ne s'arrête pas toujours au moment » où la glande a repris son volume primitif; elle persiste jusqu'à » ce que la totalité du tissu glanduleux ait été absorbée, laissant la » tunique vaginale adhérente à la tunique albuginée, qui ne ren- » ferme plus que des cloisons. » (Astley Cooper, trad. de Chassaignac et Richelot, p. 432.)

L'oblitération des voies spermatiques étant admise, nous ne pouvons dire en quel point du canal déférent siége l'obstacle, ni de quelle manière celui-ci est survenu. Il ne serait pas impossible, à notre sens, qu'il fût congénital.

Ce raisonnement nous amène, pour le côté pratique de la question, à proposer, dans les cas de ce genre, l'extirpation des testicules, organes rendus inutiles par l'oblitération de leur conduit excréteur. On conçoit que ce soit là le seul moyen curatif à notre disposition.

Quant à notre malade, il dit qu'il a su supporter ses souffrances jusqu'à ce jour, et qu'il est résigné à les endurer jusqu'à la fin.

Injections à grande eau dans le rectum.

La diarrhée est souvent liée aux inflammations, aux ulcérations intestinales, aux tubercules, etc., d'où proviennent des liquides putrides qui, à leur tour, provoquent une nouvelle sécrétion de l'intestin et donnent lieu à des entérorrhées rebelles, interminables.

Un grand nombre de ces diarrhées sont entretenues encore par le seul séjour habituel des matières altérées dans l'intestin, et sont vainement combattues par l'eau albumineuse, la décoction blanche de Sydenham, etc. L'azotate d'argent lui-même ne réussit pas davantage pour les arrêter. M. Piorry prescrit, en pareille circonstance, de chercher à enlever les matières qui séjournent dans le gros intestin, siége principal du mal. Mais un lavement simple ne suffit pas pour cela; les purgatifs échouent aussi le plus habituellement. C'est pourquoi, dans le but de laver l'intestin chez un enfant atteint de fièvre grave, comme des lavements simples n'avaient amené aucun résultat satisfaisant, M. Piorry prescrivit douze à quinze injections à grande eau dans le rectum. Il y avait alors une diarrhée abondante qui épuisait le malade. Le surlendemain la diarrhée avait cessé, bien qu'elle existât depuis deux mois.

Ce moyen thérapeutique a été employé dans deux autres cas avec le même succès. Le résultat a surtout été remarquable chez un homme qui, depuis dix-sept mois, était atteint de diarrhée. Après dix lavements pris dans une seule journée, cette diarrhée disparut entièrement.

Ce qui porte à croire que la guérison, dans ces diverses circonstances, a été bien réellement due à l'emploi de ce moyen, c'est qu'il est tout à fait rationnel et conforme aux notions les plus élémentaires de ne pas laisser se développer des matières septiques dans l'intestin. On peut, du reste, rapprocher de ces faits ce qui se passe chez un homme ayant une indigestion. Cet homme est malade tant qu'il y a des aliments indigérés dans l'intestin, tant que le tube digestif n'est pas dans le repos le plus complet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 avril 1856. — Présidence de M. Huguier.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. Forget demande la parole pour engager M. Chassaignac à vouloir bien fournir la fin de l'observation de généralisation du tissu fibro-plastique dont il a été question dans la dernière séance.

Il est fâcheux, dit M. Forget, que les faits déjà assez nombreux dont la Société a vu une partie ne soient pas complétés. Il s'agit, en effet, d'une question qui est loin d'être jugée; elle a fourni des discussions intéressantes, tant à l'Académie qu'à la Société de chirurgie; et pour que ces discussions puissent donner un résultat, il faut ne négliger aucune observation. Ainsi, sur sept faits présentés à la Société, nous connaissons déjà trois morts: Que sont devenus les autres malades, et ceux entre autres présentés par MM. Demarquay et Chassaignac?

M. Giraldès. M. Forget me paraît vouloir rentrer dans la discussion pour y reproduire les idées déjà émises contre la distinction, cependant si caractéristique, qui existe entre les affections cancéreuses et les affections fibro-plastiques. Il est bien évident que des tumeurs, quelle que soit leur nature du reste, qui peuvent se développer d'une manière aussi générale, envahir des organes essentiels et en paralyser les fonctions, sont susceptibles de déterminer les mêmes accidents et de tuer les malades. Mais si vous voulez classer dans la même catégorie des tumeurs parce qu'elles peuvent tuer, alors vous n'aurez qu'à mettre dans le même cadre nosologique toute affection susceptible de se généraliser, comme les tumeurs fibreuses, les tumeurs cartilagineuses, les tumeurs osseuses, etc., etc.

M. Forget dit qu'il y a encore à étudier, que les tumeurs fibro-plastiques ne sont pas aussi bénignes qu'on le pensait, mais en cela M. Forget est de l'avis de tout le monde; et les études se font avec la plus entière loyauté, ainsi que le démontrent les publications dans lesquelles les micrographes se sont toujours empressés de reconnaître et de rectifier les erreurs qu'ils avaient pu commettre.

M. Chassaignac. M. Forget demande que les observations dont le commencement a été donné à la Société soient complétées. Il n'est pas en notre pouvoir de retenir près de nous les malades qui, une fois opérés et guéris, veulent partir. Il n'y a donc pas d'autres raisons pour ne pas finir les observations que cette impossibilité matérielle. Quant à la question des récidives, comme l'a fait observer M. Giraldès, c'est là une chose parfaitement connue.

M. Forget. Je désire que l'on comprenne bien mon intention lorsque je reviens sur l'histoire des tumeurs fibro-plastiques. Je pense que la science ne peut que gagner à ces discussions, et c'est dans ce seul but que je les provoque.

— M. Lenoir donne lecture de l'observation suivante, relative à la présentation de pièces faite dans la dernière séance au nom de M. Houzelot.

Bourquencier (Pierre-Victor), âgé de trente ans, journalier, entré à l'hôpital général de Meaux le 4 avril dernier. Fort, bien constitué, cet homme, chez lequel rien n'accuse une affection organique quelconque, présente au tiers moyen de la jambe droite un gonflement considérable qui, pris dans son ensemble, double presque le volume du membre à la hauteur du mollet. Il accuse des douleurs lancinantes très-vives, intolérables; il demande instamment d'être débarrassé de son mal au prix d'une amputation.

Etat du membre à l'entrée à l'hôpital. — Le gonflement de la jambe mesure 12 centimètres dans l'axe du membre en arrière, où il remonte vers la région poplitée; en avant, il s'arrête à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'insertion du segment rotulien au tibia. Au mollet, où il est à son maximum de développement, le membre compte 40 centimètres de circonférence.

La peau, généralement saine, mais tendue et violacée dans toute l'étendue du gonflement, ne s'altère dans sa texture qu'en avant, dans un espace circonscrit de 8 à 10 centimètres de diamètre sur la face antérieure du tibia et sur la face externe de la jambe. De couleur lie de vin, rugueuse et comme chagrinée en ce point, elle dépasse de 3 à 4 millimètres les parties circonvoisines. Du centre de cette altération de la peau s'élève en forme d'appendice, à l'instar d'une tête de champignon, une petite tumeur circonscrite, parfaitement distincte, plus large qu'une pièce de 2 francs, ayant 1 centimètre de hauteur; la peau qui la recouvre a l'aspect de celle du milieu de laquelle elle s'élève.

La production morbide qui donne au membre son développement anormal paraît résistante, élastique en tous ses points. La pression, exercée d'avant en arrière sur la tumeur ou appendice dont il a été parlé, se transmet à toute la masse et à ses prolongements. Comme couchée dans l'intervalle interosseux sous les extenseurs et les péroniers déplacés, altérés peut-être, la tumeur a dû perforer et détruire le ligament interosseux pour revenir à la face postérieure du membre, se placer entre les muscles superficiels et profonds, d'où elle envoie d'abord vers le jarret le prolongement dont il a déjà été question; puis un autre qui, dirigé transversalement, vient faire saillie au bord interne du tibia. En effet, c'est en arrière et en dehors que le développement accidentel du membre est le plus marqué.

Le tibia, peu ou sensiblement augmenté de volume dans sa partie moyenne, n'est ni douloureux ni ramolli. Comme caché au milieu du tissu morbide, le péroné, très-probablement aussi, est altéré dans sa texture.

La marche, la station debout devenues presque impossibles, la demi-flexion elle-même amènent dans la tumeur de très-vives douleurs qui s'expliquent par la pression des muscles sur la masse anormale.

Historique. — Il y a cinq ans environ, sans causes appréciables, la

tumeur de la partie antérieure de la jambe se montra ; en six semaines de temps, au dire du malade, elle eut son développement. Douleurs vives ; pas de gonflement du membre. Traitement par les mercuriaux en frictions ; guérison en deux mois ; la tumeur a disparu presque en totalité. Bourquencier ne souffre plus. Ouvrier des champs, il reprend ses travaux sans interruption, sans douleur, presque sans gêne, pendant dix mois (un an s'est écoulé). Le membre n'a pas augmenté. Soit fatigue, soit toute autre cause, au bout de ce temps il entre dans un hôpital. Après trois mois de séjour il recommence à travailler, mais avec douleur et fatigue. Le membre a pris du volume ; les douleurs vives, rapprochées, forcent le malade à s'arrêter de temps en temps ; les choses vont ainsi un an encore, et alors, deux ans et demi après la première apparition du mal, Bourquencier cesse entièrement son travail ; son état empire de jour en jour. Il arrive à notre hôpital.

Il était difficile, avant l'opération, de préciser la nature de l'affection. Nous inclinons vers un cancer des os, des muscles, peut-être de la jambe. La marche de la maladie, la nature des douleurs nous portent à y croire.

Que faire ? Quelle que soit l'altération morbide, amputer est la seule ressource qui reste au malade et au chirurgien. Nous désarticulons le genou. Aujourd'hui, treizième jour de l'opération, Bourquencier est aussi bien que possible.

DISCUSSION SUR LE PIED PLAT.

M. Bouvier. Je n'étais pas présent à la dernière séance ; mais je remarque, dans le compte rendu de la discussion sur le pied plat, qu'on a cité des faits qui semblent se contredire. Je crois que cette opposition apparente cessera si l'on tient compte d'une distinction nécessaire. Il faut établir, comme l'a déjà fait M. Broca, deux classes de pied plat. Seulement, cette division doit reposer sur une base un peu différente de celle qui a été adoptée par notre collègue.

Une première classe de pied plat se compose de ceux qui consistent uniquement dans l'effacement plus ou moins complet de la voûte plantaire. Le pied n'a plus alors sa forme normale, mais sa direction est restée la même. Il pose d'aplomb sur le sol ; le poids du corps tombe sur lui perpendiculairement à sa surface ; ses éléments anatomiques n'ont subi d'autre modification que la conformation particulière qui produit celle de leur ensemble. C'est ainsi que les os ne sont plus taillés en voussoirs, au moins d'une manière aussi marquée ; que les muscles, les ligaments, l'aponévrose de la face plantaire, plus allongés, forment moins la corde de l'arc représenté par les os, etc. Cette disposition, ordinairement originelle, congénitale, est rarement de nature à gêner la marche par la pression des nerfs plantaires, comme on l'a admis pendant longtemps.

C'est à cette première espèce de pied plat que se rapportent les exemples cités par MM. Larrey et Broca, d'individus que cette conformation n'empêchait nullement de marcher, ni même de supporter la fatigue. Aussi sommes-nous rarement consultés pour les cas de ce genre, parce qu'ils n'entraînent généralement aucune incommodité.

Ce genre de conformation m'a paru plus fréquent dans les campagnes, chez les paysans, dont les formes sont en tout moins fines que celles qui sont le produit de la civilisation plus avancée des habitants des villes. De là vient sans doute que l'on a dit au figuré un *pied plat*, pour désigner un homme grossier ou de basse extraction.

Dans la seconde classe de pied plat, il n'y a pas seulement diminution de la concavité plantaire ; le pied est en outre incliné latéralement, plus ou moins dévié, de telle sorte que sa pointe se tourne un peu en dehors, que son bord interne s'abaisse, et que la face plantaire regarde plus ou moins en dehors. Ce n'est plus simplement un pied plat : c'est un premier degré du *valgus*. Les os ont changé de direction ; le poids du corps tombe obliquement sur leurs plans, et n'est plus transmis normalement aux surfaces articulaires ; les ligaments supportent une grande partie de l'effort, et pour peu que la déformation soit prononcée, que le sujet soit exposé à la fatigue, il survient des douleurs, soit dans les parties distendues, soit dans celles que leur trop grand rapprochement soumet à des pressions trop fortes. C'est ce qu'on voit chez ces jeunes apprentis qu'on a, je crois, déjà cités, et qui finissent par être hors d'état de continuer l'exercice de leur profession, parce qu'elle les oblige à rester presque constamment debout. C'est ce qui existait encore chez les enfants pour lesquels M. Marjolin a été consulté.

Cette déformation du pied peut être originelle comme la première, mais elle est souvent accidentelle ou accrue par des causes postérieures à la naissance. On la rencontre dans la classe aisée comme chez les enfants du peuple.

Elle peut dépendre de la conformation première ou d'une altération des ligaments, sans lésion musculaire. Elle est plus souvent le résultat d'un défaut d'équilibre entre les puissances musculaires, d'une prédominance relative des abducteurs du pied.

On a rappelé que M. Duchenne (de Boulogne) attribue l'aplatissement de la voûte plantaire au défaut d'action du long péronier latéral. On n'avait pas, en effet, avant les recherches de M. Duchenne, bien apprécié le triple rôle de ce muscle, à la fois extenseur, abducteur du pied, et destiné en outre à maintenir, comme une sorte de ligament actif, la concavité de la face plantaire. J'ai eu moi-même plus d'une occasion de reconnaître l'influence de l'affaiblissement du long péronier latéral sur l'aplatissement du pied, comme celle de son action exagérée sur l'excès de voussure, depuis que M. Duchenne a signalé l'un et l'autre fait. Cependant je crois que cette influence ne fournit qu'un des éléments de l'étiologie du pied plat, et je ne pourrais surtout me résoudre, jusqu'à plus ample informé, à faire dériver la déviation en dehors, l'excès d'*abduction* de la seconde classe de pied plat uniquement de l'insuffisance d'action d'un muscle *abducteur*.

La note communiquée à la Société par M. Follin place, si je ne me trompe, le siége de cette difformité spécialement dans l'articulation astragalo-scaphoïdienne. C'est ce qui a lieu, en effet, dans la seconde classe de pied plat. L'abduction exagérée qui les caractérise se passe nécessairement dans le lieu où s'opèrent les mouvements normaux d'adduction et d'abduction, c'est-à dire dans l'articulation médio-tarsienne, entre le calcanéum et le cuboïde d'une part, entre l'astragale et le scaphoïde de l'autre. Il faut y joindre, toutefois, l'articulation calcanéo-astragalienne, qui joue un rôle important dans les mouvements latéraux du pied. Dans la seconde classe de pied plat, on voit le calcanéum tourner sur son axe antéro-postérieur, de sorte que le talon devient oblique de haut en bas et de dedans en dehors.

Je n'ajouterai plus qu'une remarque : c'est que le pied plat entre souvent comme élément dans des difformités ou des états morbides complexes. L'art le produit très-souvent dans la guérison du pied-bot interne ou *varus*, par suite des efforts et des pressions qu'on est obligé d'exercer sur la concavité plantaire. Cela ne nuit point aux fonctions du membre, si l'on a su s'arrêter à temps et ne pas donner lieu à une déviation opposée, à un commencement de *valgus*.

Enfin, le pied plat est très-commun dans les paralysies partielles de la jambe, dans certaines contractures du pied, et c'est dans ces cas surtout qu'il est facile d'apprécier l'influence des muscles sur la production de ce genre de déformation.

Ces faits me paraissent de nature à guider le praticien dans les conseils qu'il est appelé à donner aux individus affectés de pieds plats. La distinction des deux espèces ne me semble pas moins utile pour s'éclairer dans l'examen des conscrits. Il est évident que beaucoup de pieds plats de la première classe ne sauraient être un motif suffisant de réforme, tandis que la plupart de ceux de la seconde classe sont incompatibles avec les fatigues du service militaire.

En terminant, M. Bouvier demande à M. Larrey si constamment et sans distinction, on réforme les conscrits affectés de pied plat.

M. Larrey répond que toutes les fois que la voussure du pied n'existe plus, c'est un cas absolu de réforme.

M. Cloquet a été frappé de la fréquence plus marquée du pied plat dans les populations du Nord, surtout dans les pays marécageux.

Les gens du Midi ont généralement le pied petit et mieux conformé.

Cette remarque peut être généralisée, et on retrouve aussi sur les animaux, suivant les pays, une différence marquée dans la forme de l'extrémité des membres : ainsi les vaches, par exemple, lui ont paru offrir un sabot bien plus allongé.

M. Larrey confirme les observations de M. Cloquet. Il signale, en outre, comme cause prédisposante pour la déformation du pied l'habitude de ne pas porter de chaussure.

Bandage herniaire. — M. Guérin rappelle que dans la dernière séance il a soutenu que le bandage herniaire présenté par M. Demarquay n'offre rien qui ne soit déjà parfaitement connu. Il met sous les yeux de la Société des figures empruntées à un mémoire de M. Teale, chirurgien de l'hôpital général de Leeds, qui représentent des pelotes herniaires reposant sur des spirales.

Il ajoute que M. Rives, bandagiste herniaire, lui fut adressé par M. Cruveilhier, il y a trois ans, avec prière d'essayer un bandage composé d'une double pelote à bascule, dont la construction repose sur le même principe que celui dont il a été question dans la dernière séance.

M. Guérin se loue de l'essai qu'il a fait de ce bandage, et s'il insiste sur la communication de M. Demarquay, ce n'est point pour blâmer l'appareil qui a été présenté par ce chirurgien, mais seulement pour que la Société ne laisse pas présenter devant elle comme nouveau un bandage qui n'est qu'une petite modification de bandages déjà connus.

M. Lenoir revient sur l'utilité du bandage de M. Féron, qui lui paraît remplir avantageusement les conditions voulues.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. Chapel (de Saint-Malo), membre correspondant, un mémoire sur le cancroïde de la face et sur le traitement qu'il convient de lui appliquer.

M. Larrey fait également hommage de la thèse de M. Hoffmann sur la ligature des veines.

Tumeur fibro-plastique récidivée. — M. Guersant annonce à la Société qu'un jeune enfant, sur lequel il y a deux ans il a enlevé un polype fibro-plastique des fosses nasales, est actuellement en état de récidive sans cependant que la santé paraisse altérée.

Incidemment, M. Guersant dit qu'un jeune malade affecté de bec-de-lièvre compliqué, malade qu'il avait présenté, il y a trois mois, à la Société, est mort sans avoir subi d'opération. Un autre petit malade est mort encore dans son service sans avoir été opéré. Ces faits semblent prouver que le bec-de-lièvre compliqué se lie en général à d'autres vices de constitution le plus souvent mortels.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Guersant montre une tumeur qu'il a enlevée sur la région sourcillière d'un jeune enfant. Cette tumeur, soumise préalablement à l'examen de la Société, avait paru lipomateuse. C'était, en résumé, une tumeur érectile transformée.

Synovite fongueuse purulente. — M. Chassaignac présente une pièce pathologique provenant d'une amputation de cuisse à lambeaux pratiquée le matin même à l'hôpital Lariboisière.

Les altérations anatomiques observées sur cette préparation prouvent qu'il s'agit d'une synovite fongueuse purulente déjà ancienne, qui, après avoir respecté l'os pendant longtemps, avait fini par amener la destruction partielle des cartilages d'encroûtement et un commencement très-léger et très-superficiel d'altération de la croûte compacte des têtes osseuses.

L'objet de cette présentation est de faire remarquer le danger qu'il y a à abandonner à elles-mêmes les synovites purulentes, à attendre trop longtemps pour l'évacuation artificielle du pus. Cette pièce vient à l'appui de l'idée qu'on ne saurait jamais donner trop tôt issue aux collections purulentes articulaires ou péri-articulaires. Dès que le chirurgien a diagnostiqué l'existence d'un amas purulent près des articulations ou dans leur cavité, il doit l'ouvrir sur-le-champ. Or comment peut-il acquérir de bonne heure la certitude qui lui est nécessaire en pareil cas ? C'est au moyen d'une ponction méthodiquement faite à l'aide du trocart explorateur.

Cancer de la langue. — M. Larrey présente la pièce anatomique d'un cancer de la langue, compliqué de l'engorgement et de la dégénérescence des ganglions sous-maxillaires. Voici le résumé de l'observation, recueillie d'ailleurs en détail par le docteur Ernest Martin, aide de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce.

Un officier supérieur d'infanterie, M. le lieutenant-colonel X..., âgé de quarante et quelques années, d'une constitution robuste, sans précédents de cancer héréditaire, exempt de toute affection syphilitique récente, mais atteint, vingt ans auparavant, de chancres mal traités, adonné enfin depuis longtemps à l'habitude de fumer, et portant toujours sa pipe du côté droit (à tel point que l'une des dents molaires s'était usée, cariée ensuite et avait dû être extraite), cet officier s'aperçoit, vers 1850, qu'un petit bouton s'est développé sur le bord droit de la langue, et un peu plus tard que ce bouton s'est excorié par le contact du tuyau de pipe. Il ne s'en inquiète point d'abord ; mais voyant l'excoriation augmenter, en éprouvant de la gêne et de la douleur pour fumer, il consulte, en 1852, le chirurgien-major de son régiment, qui constate une ulcération à bords frangés, indurés, mesurant près de deux centimètres, et surmontant un noyau d'induration assez saillante. De cette ulcération s'écoule une suppuration sanieuse et fétide ; l'engorgement des ganglions sous-maxillaires est déjà prononcé ; la santé générale enfin, jusqu'alors intacte, commence à s'altérer.

Le caractère suspect de la maladie, l'appréciation des antécédents et la nécessité d'un diagnostic exact motivent l'emploi d'un traitement antisyphilitique par les mercuriaux, en même temps que des cautérisations, des gargarismes et des soins nécessaires complètent cette médication ; mais elle ne peut être continuée, à cause d'une salivation abondante avec tuméfaction considérable de la langue. L'ulcération même, au lieu de diminuer, augmente ainsi que l'engorgement des ganglions, et une névralgie faciale vient s'ajouter à cet état déjà si grave.

Le malade, après avoir lutté pendant trop longtemps contre les progrès du mal, se décide enfin à entrer au Val-de-Grâce dans le mois de février dernier. Nous reconnaissons, dès le premier examen, tous les signes d'une ulcération profonde, fongueuse, occupant une grande partie du bord droit de la langue, compliquée de l'engorgement chronique des ganglions sous-maxillaires depuis la région parotidienne jusqu'au niveau du larynx, et d'une cachexie commençante, avec gêne extrême de la déglutition, de la parole, et excrétion continuelle d'une salive fétide et pour ainsi dire toxique.

L'essai de l'iodure de potassium offrant une bien faible chance en faveur d'un principe syphilitique, semble d'abord modifier favorablement l'ulcération, mais reste ensuite sans efficacité. Les progrès de la cachexie cancéreuse ne laissent plus aucun doute sur l'incurabilité de la maladie. Une consultation de MM. Ricord, Bousquet et Alquié confirme notre fatal pronostic ; les symptômes de l'épuisement des forces et d'une véritable intoxication se déclarent, d'autant plus rapidement que le malade se refuse à toute médication palliative, à toute alimentation légère ; il tombe enfin dans l'agonie, et meurt le 28 avril.

L'autopsie faite le surlendemain ne permet pas d'examiner les différents organes, mais seulement de détacher les parties malades avec le maxillaire inférieur, l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, de manière à conserver leurs rapports anatomiques. L'ulcération de la langue envahissant le bord droit s'étend de la pointe au pilier antérieur du voile du palais, à un centimètre de profondeur ; ses bords épais se renversent, se resserrent en dedans et rétrécissent ainsi la surface ulcérée, bien plus large auparavant. Le fond, grisâtre, blafard, est recouvert d'une couche de pus sanieux, et il offre un aspect mamelonné, papilliforme, bourgeonnant, comme le cancer ulcéré. L'altération s'arrête sur la ligne médiane, et n'existe nullement sur le bord gauche de la langue ; mais du côté malade, le plancher de la bouche est atteint, et la muqueuse, détruite au niveau de la seconde dent molaire, laisse voir que l'ulcération s'est étendue profondément. Les ganglions sous-maxillaires sont ramollis et suppurés. L'examen microscopique démontre, en définitive, l'existence évidente de la cellule cancéreuse, semblable à celle du tissu encéphaloïde.

M. Larrey, en présentant cette pièce anatomique préparée avec soin par M. Ernest Martin, a pensé qu'elle offrirait quelque intérêt à la Société, eu égard à l'origine de la maladie, à l'influence de la cause mécanique sur la manifestation du cancer, au diagnostic différentiel de l'ulcère syphilitique, à la complication de l'engorgement ganglionnaire, aux phénomènes de cachexie ou d'intoxication cancéreuse, et enfin à la fatale incurabilité.

Lipome. — M. Marjolin présente un lipome volumineux développé dans les muscles de la partie postérieure de la cuisse chez un jeune enfant.

M. Marjolin se propose de donner plus tard l'observation détaillée de ce fait, qui offre de l'intérêt en ce que la tumeur s'est formée dans le tissu même des muscles, et qu'elle a pris son point de départ au point des insertions musculaires. Une section faite suivant son grand diamètre montre qu'elle renferme de nombreux faisceaux musculaires.

Le secrétaire de la Société, Dr E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 7 mai, M. le docteur Marroin, chirurgien principal de la marine, a été nommé médecin professeur.

— Par arrêté du 6 mai, M. Orfila, agrégé en exercice, a été autorisé à ouvrir, pendant le deuxième semestre de la présente année scolaire, dans l'amphithéâtre de la Faculté, un cours complémentaire de toxicologie.

Il commencera le jeudi 15 mai à trois heures, et continuera les jeudis et samedis suivants à la même heure une série de leçons sur *l'empoisonnement en général et l'empoisonnement par l'arsenic.*

— La Société de pharmacie de Paris a mis au concours la question suivante :

« Etude de la composition des eaux distillées et de leurs altérations » spéciales. »

Les concurrents pourront choisir trois eaux distillées médicinales, telles que celle de fleur d'oranger, de menthe, de laitue, pour en étudier d'une façon complète la composition et les altérations spontanées.

Le prix est de la valeur de 2,000 francs.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 56. — MARDI 13 MAI 1856. (29e ANNÉE.) N° 56. — MARDI 13 MAI 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des-postes.

PARIS, LE 12 MAI 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie n'a reçu dans cette séance que deux communications qui intéressent les sciences médicales : celle de M. Bonnet (de Lyon), sur l'application du compteur à gaz à la mensuration de l'air respiré, dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs, et une note de M. Camille Dareste sur un point d'anatomie comparée qui l'a amené à soulever une question intéressante de physiologie. On doit aux expériences de M. Flourens, confirmées par les observations de Magendie, de savoir qu'il existe chez les oiseaux une liaison physiologique et anatomique entre les lobes optiques et l'organe de la vue. La conformation du cerveau de l'aptéryx est venue montrer à M. Dareste une nouvelle confirmation très-remarquable de cette loi physiologique. Tandis que chez les oiseaux, en général, les couches optiques ont un très-grand volume, en rapport avec le développement considérable que présente l'organe de la vue, chez l'aptéryx au contraire, qui, par exception, a l'œil très-petit et incomplétement organisé, les lobes optiques n'existent qu'à l'état rudimentaire; de sorte que la relation anatomique que l'on trouve entre les lobes optiques et l'appareil de la vue dans une classe d'animaux qui présente cet appareil à son maximum de développement, existe également dans une espèce chez laquelle, par exception, ce même appareil est à son minimum.

Cette relation, si manifeste chez les oiseaux, existe-t-elle dans les autres classes du type des vertébrés, entre l'appareil de la vue et les parties de l'encéphale qui correspondent aux lobes optiques des oiseaux? Plusieurs physiologistes modernes le pensent; mais ce n'est jusqu'ici qu'une opinion qui manque de la sanction de l'observation directe. C'est là un point d'anatomie comparée sur lequel il serait intéressant d'être fixé. M. C. Dareste, qui se livre avec tant de zèle depuis quelques années à l'étude de l'anatomie comparée du cerveau, est plus que tout autre à même de l'élucider. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Espèce de rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche non encore décrite, ayant son siége dans une production fibreuse de nouvelle formation. — Nouvel exemple de triple bruit du cœur provenant de ce rétrécissement. — Quelques considérations sur le mécanisme de la nouvelle espèce de rétrécissement et sur le diagnostic du rétrécissement auriculo-ventriculaire en général.

I. RELATION DU FAIT.

Une femme de cinquante et un ans, d'une constitution délicate et de petite taille, fut admise à la Clinique (n° 17, salle Sainte-Madeleine) au mois de juillet 1855.

Son pouls et les battements de son cœur offraient des irrégularités et des intermittences qui auraient pu servir de modèle ou de *type* pour la description de cette espèce de désordre fonctionnel. Telle était la fréquence tumultueuse des battements et des bruits du cœur, qu'il ne nous fut possible de les analyser et de les déterminer d'une manière rigoureuse qu'après avoir ralenti et à peu près régularisé l'action ou le jeu de cet organe par l'administration des granules de digitaline.

Alors il fut facile de constater *très-distinctement* le phénomène curieux que j'ai désigné sous le nom de triple bruit du cœur, affectant un rhythme que j'ai comparé à celui de ce battement de tambour, connu sous le nom de *rappel*, ou bien encore à celui du *galop de cheval*.

Voici d'ailleurs le résultat d'une exploration souvent répétée en présence des élèves, tel que je le dictai aux visites des 5 et 7 août.

« A la base du cœur et un peu à droite, on entend un triple claquement nettement frappé, facile à compter, bien que le troisième succède au deuxième presque sans intervalle : *tic... tac*, *tac*. Dans la région indiquée, on n'entend de bruit de *souffle* d'aucune espèce. Même résultat quand on ausculte dans les deux régions sous-claviculaires.

Dans la région de la pointe du cœur on entend aussi un triple claquement; mais le premier est très-fortement frappé, *vraiment parcheminé* et un peu prolongé, et le troisième est accompagné d'un souffle rude, *râpeux*, *filé*, se produisant comme par aspiration, et offrant bien son maximum d'intensité dans l'espace correspondant à l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. On pourrait noter, et en quelque sorte *scander* ce triple bruit de la manière suivante :

Tic (à timbre *parcheminé*).... *tac*, *tacssssss*... (1).

Après la fin du souffle râpeux d'aspiration vient un silence ou repos bien marqué, pendant lequel il semble que le ventricule reste plein et distendu. Le triple bruit se fait entendre jusqu'à la partie postérieure de la poitrine.

La main, appliquée sur la région du cœur, ne fait sentir aucun frémissement vibratoire notable; mais elle fait très-bien percevoir un triple mouvement valvulaire d'un rhythme exactement semblable à celui du triple bruit de claquement, et dont le premier, plus fortement frappé qu'à l'état normal, a quelque chose de *désagréable* (2).

Le pouls, presque entièrement régularisé, offrait un volume passable.

Nulle infiltration des membres pendant le séjour de la malade dans notre service ; mais elle disait avoir eu les jambes enflées pendant qu'elle avait été dans celui de M. Briquet.

Les veines jugulaires étaient un peu dilatées.

Après avoir fait remarquer aux élèves que cette femme offrait un vrai *modèle* d'un triple bruit de claquement du cœur avec accompagnement d'un bruit de râpe prolongé au deuxième temps, c'est-à-dire pendant la diastole ventriculaire, je posai le diagnostic suivant :

Hypertrophie moyenne du cœur; rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche avec épaississement des valvules auriculo-ventriculaires (de la bicuspide particulièrement) ; passage difficile et prolongé du sang de l'oreillette gauche dans le ventricule correspondant.

Les deux premiers bruits du *tic... tac... tac* appartiennent à la valvule tricuspide et aux valvules sygmoïdes de l'artère pulmonaire ; le troisième aux valvules sygmoïdes de l'artère aorte, qui n'est pas complétement isochrone à celui des sygmoïdes pulmonaires, mais auquel il succède presque sans intervalle.

Quant au *tac* parcheminé qu'on entend dans la région de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, il indique un épaississement, une hypertrophie de la valvule bicuspide. Enfin, le bruit de râpe de la même région est isochrone au bruit parcheminé ; il est le signe du rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche ; rétrécissement qui, en ralentissant et prolongeant la diastole du ventricule gauche, fait que l'abaissement des valvules aortiques s'opère un peu après celui des valvules pulmonaires, et de là le *triple bruit* que nous avons signalé.

Rentrée dans la même salle (n° 12) après être restée chez elle quelques semaines, cette femme succomba le 22 mars 1856. Elle offrit à deux reprises, une quinzaine de jours avant sa mort, des signes d'un état aigu du cœur surajouté à l'état ancien : pouls d'une fréquence telle, qu'on ne peut le compter ; tellement petit que plusieurs pulsations échappent à l'exploration, et d'une irrégularité extrême. Mêmes caractères des mouvements du cœur, qui semble se *débattre tumultueusement* plutôt que battre réellement. Anxiété des plus vives, gémissements, soupirs, pleurs. La malade se jette parfois dans mes bras, me suppliant de la soulager ; quelquefois elle cherche à s'échapper de son lit, comme éperdue, effrayée, et dans une sorte d'hallucination.

Je parviens une première fois à conjurer ces accidents, *annonçant la formation de concrétions polypeuses* du cœur ; mais au bout de quelques jours ils se reproduisent, et la malade expire après être tombée dans une sorte de somnolence agitée.

La température de la peau avait notablement augmenté, et je l'ai constatée au visage en particulier, dans les moments où cette pauvre femme, menacée de défaillances, de lipothymies, se jetait sur moi dans un état d'anxiété déchirante.

Premier examen du cœur, le 24 (M. le docteur Lemaire présent).

Cœur généralement hypertrophié (d'un bon tiers plus volumineux et plus pesant qu'à l'état normal), à chair ferme, et d'un rouge assez vif. Toutes les cavités sont dilatées dans la proportion de l'hypertrophie, et l'oreillette gauche l'est de plus en raison de l'obstacle au passage du sang à travers l'orifice auriculo-ventriculaire correspondant, tel qu'il sera décrit plus bas. Mais, malgré cette dilatation, les parois de cette oreillette n'en ont pas moins une épaisseur d'un bon tiers plus que normale.

Les orifices aortique, pulmonaire et auriculo-ventriculaire droits sont bien conformés, ainsi que leurs valvules. Toutes ces valvules, mais plus spécialement la valvule tricuspide, sont très-notablement hypertrophiées, épaissies, mais suffisantes. L'aorte et l'artère pulmonaire n'offrent ni déformation ni dégénérescence crétacée ou autre.

Un caillot du volume d'un petit œuf de poule existe dans l'oreillette gauche, aux parois de laquelle il adhère assez fortement. La lame de ce caillot la plus extérieure ayant été séparée, on a vu à sa surface adhérente des saillies et des enfoncements en rapport avec les colonnes charnues de l'oreillette et des intervalles qui les séparent : c'était le moule exact, l'empreinte de la face intérieure de l'oreillette en rapport avec cette concrétion. Cette lame était d'un blanc taché de rouge, ferme, élastique comme une pseudo-membrane ou une masse de fibrine préparée. Toute la masse du caillot restant avait une couleur de brique ou d'ocre, s'écrasait facilement, et ressemblait à de la chair sale, grumeleuse, ramollie, et çà et là comme *putrilagineuse*.

A ces divers caractères, il était évident que la concrétion polypiforme s'était formée plusieurs jours avant la mort, et qu'une portion était contemporaine des premiers accidents notés plus haut. A toute sa surface interne, l'oreillette était d'une teinte à peu près normale, comme celle des autres cavités du cœur.

Çà et là, à la surface de la membrane interne de l'oreillette gauche, généralement épaissie, on trouvait quelques taches cintriculaires d'un blanc jaunâtre, d'un aspect un peu grenu, inégal et un peu *villeux*.

Vu du côté de l'oreillette, l'orifice auriculo-ventriculaire gauche était le commencement d'un véritable infundibulum formé par les deux lames de la valvule bicuspide unies et comme confondues à leurs bords opposés et correspondants. Cet infundibulum se terminait, du côté de la cavité ventriculaire, par une espèce de trou à travers lequel on pouvait introduire le bout du petit doigt, lequel le remplissait hermétiquement. La circonférence de ce trou était formée par un anneau fibreux, tendineux, rigide.

La valvule mitrale ou bicuspide, épaissie, offrait en quelques points des taches analogues à celles de l'oreillette (*rudimenta ossificationis*), peu saillantes, évidemment formées par un tissu fibreux accidentel. Les cordes tendineuses qui du sommet des deux colonnes charnues destinées à cette valvule, vont se rendre et s'insérer à sa circonférence, étaient conservées, non apparentes et superposées à la partie inférieure de l'infundibulum.

Le sommet des deux colonnes charnues saillantes à l'intérieur de la cavité ventriculaire adhérait immédiatement au pourtour de l'anneau fibro-tendineux qui termine cet infundibulum. Celui-ci, ouvert dans l'oreillette gauche et dans le ventricule correspondant par deux orifices parfaitement distincts, semblait donc seulement formé par les deux lames de la valvule mitrale, dont les bords opposés s'étaient réunis par des adhérences accidentelles, lesquelles lames étaient épaissies, hypertrophiées en partie, et conservaient leur longueur accoutumée. Il y avait là une sorte de doigt de gant percé du côté du ventricule d'une étroite ouverture qui ne permettait au sang de l'oreillette qu'un passage lent et difficile dans le ventricule.

Quoi qu'il en soit, l'anneau fibro-tendineux, vu du côté de la cavité ventriculaire, ne pouvait être confondu avec l'orifice auriculo-ventriculaire proprement dit, qui aurait éprouvé un rétrécissement tel qu'il n'aurait admis que l'extrémité du petit doigt. En effet, de cet anneau à l'orifice auriculo-ventriculaire, il y avait un espace d'un bon travers de doigt, lequel était mesuré par la longueur de l'infundibulum valvulaire décrit tout à l'heure. La partie inférieure de cet infundibulum était incontestablement formée par un tissu de nouvelle formation qui avait contracté adhérence avec le bord libre ou inférieur de la valvule et s'était développé dans les intervalles des tendons valvulaires, lesquels, comme il vient d'être noté, se voyaient très-distinctement à sa surface externe, et allaient s'insérer au bord valvulaire. Au point de cette insertion, la portion de l'infundibulum de nouvelle formation se confondait en quelque sorte avec celle formée par les lames valvulaires.

Les deux colonnes auxquelles appartenaient ces tendons, loin d'être hypertrophiées, étaient sensiblement moins volumineuses qu'à l'état normal, circonstance sur laquelle notre attention s'est fixée d'une manière d'autant plus particulière qu'elle nous surprit un peu.

Nouveaux examens. — J'ai encore examiné le cœur le lendemain et le surlendemain, et enfin j'en ai fait la démonstration un autre jour aux élèves réunis dans l'amphithéâtre. Tout ce qui a été décrit plus haut a été bien constaté chaque fois.

J'ai fait peser le cœur bien lavé et vidé de ses caillots, après l'avoir laissé séjourner une journée dans l'alcool. Son poids était de 308 grammes, c'est-à-dire plus d'un tiers au-dessus du chiffre normal, eu égard à la petite taille, à la maigreur et à la faiblesse de constitution du sujet.

La lame droite de la valvule bicuspide, à partir du point d'insertion des tendons jusqu'à sa base à l'orifice auriculo-ventriculaire, avait juste l'étendue du travers de mon doigt indicateur.

Je me suis bien assuré que l'orifice ci-dessus indiqué n'était pas pour son compte notablement rétréci : il recevait facilement le bout des doigts index et médius, et formait la grande entrée de l'entonnoir décrit précédemment.

La capacité de l'oreillette gauche, appréciée plus rigoureusement, était presque double de celle de l'oreillette droite.

Je me suis également assuré que les deux lames de la valvule bicus-

(1) Comme je l'ai dit, le bruit indiqué par les *ssssss* avait un caractère râpeux qui pourrait faire remplacer ici la lettre *s* par la lettre *r*, et on aurait alors *tacrrrrrr* au lieu de *tacssssss*. Le bruit de souffle était isochrone au double tac du second temps.

(2) Je n'ai pas senti distinctement au toucher trois mouvements du cœur ; un pour la systole synchronique des deux ventricules et deux pour la diastole de ces ventricules, dont l'un s'opérait plus lentement que l'autre.

pide pouvaient être appliquées l'une contre l'autre de manière à fermer complétement le canal auriculo-ventriculaire décrit plus haut, et qu'elles étaient encore susceptibles de relâchement et de tension. En tirant brusquement les deux colonnes charnues dont les tendons s'insèrent au bord inférieur de cette valvule, on produisait un bruit de claquement un peu sourd, mais très-distinct. On pouvait aisément les rapprocher de manière à clore toute communication entre la cavité du ventricule et celle de l'oreillette.

Une ligne de démarcation assez tranchée existait là où le tissu *accidentel* se continuait avec la valvule. La portion inférieure à cette ligne était notablement plus dense, plus épaisse, plus tendineuse que la valvule elle-même.

II. MÉCANISME DE LA NOUVELLE ESPÈCE DE RÉTRÉCISSEMENT CI-AVANT DÉCRITE.

I. Il est de toute évidence que le rétrécissement dont nous avons donné plus haut la description exacte n'appartenait réellement ni à l'orifice auriculo-ventriculaire lui-même ni à sa valvule normale. Il s'était opéré à l'extrémité d'une production fibreuse, qui n'était elle-même qu'une pseudo-membrane organisée, développée sous l'influence d'une endocardite valvulaire, et surajoutée en quelque sorte à la valvule dont les bords opposés avaient contracté une adhérence intime, de manière à constituer avec la production *accidentelle* cette cavité infundibuliforme dont nous avons parlé. C'est l'ouverture de cette cavité qui constituait le *rétrécissement*, et, comme nous l'avions noté, le rebord de cette ouverture était formé d'un vrai tissu tendineux.

De ce que jusqu'ici cette espèce de rétrécissement n'avait pas encore été signalée, faut-il en conclure qu'elle n'avait jamais existé? Non assurément. Je suis, pour ma part, très-fortement disposé à croire que, parmi les cas extrêmement nombreux de rétrécissement auriculo-ventriculaires que j'ai rencontrés depuis plus de trente ans, il en est plusieurs qui appartenaient à cette espèce, et déjà mon ancien chef de clinique, M. le docteur Lemaire, si expert en cette matière, m'a dit que, voulant vérifier mon opinion, il avait examiné des cœurs dont les orifices avaient été considérés comme affectés de rétrécissement (cœurs conservés dans l'alcool), et qu'il en avait trouvé dans lesquels le rétrécissement rentrait dans l'espèce dont il s'agit dans ce travail.

II. Cela dit sur le rétrécissement considéré sous le point de vue de son espèce et de son mécanisme, occupons-nous de son diagnostic.

Notons d'abord que l'*autopsie cadavérique* a confirmé de la manière la plus admirable, qu'on me passe cette expression, ce diagnostic, tel que nous l'avions établi au lit de la malade. Or, parmi les signes sur lesquels nous nous étions appuyé pour formuler le diagnostic, il faut placer au premier rang le triple bruit du cœur avec son rhythme indiqué, et le souffle râpeux prolongé qui accompagnait la diastole du ventricule gauche (deuxième temps).

Ce cas, sous le rapport du triple bruit, dont le rédacteur de ce journal, M. le docteur Brochin, a été témoin, confirme donc, comme un autre publié il y a quelque temps par M. le docteur Lemaire, le passage suivant du *Traité clinique des maladies du cœur* (t. II, art. du DIAGNOSTIC DE L'ENDOCARDITE; appendice relatif au triple et quadruple bruit du cœur):

« Je n'ai jamais rencontré le triple et quadruple bruit du cœur que dans les cas de *lésion organique des valvules et de rétrécissement des orifices du cœur*. Ce *curieux* phénomène se rattache donc étroitement au diagnostic de l'endocardite valvulaire, en tant que cause productrice des lésions chroniques organiques dont il est l'effet. Tel est même le rapport qui se trouve entre ce phénomène et certaines lésions des valvules et des orifices, que, le premier étant donné, on peut en conclure que les secondes existent.....

» Si l'explication que nous en avons donnée était bien l'explication de ce qui se passe réellement, il est clair que le phénomène du triple et quadruple bruit du cœur n'aurait pas seulement une grande valeur en tant que signe d'une lésion organique déterminée des valvules et de leurs orifices, mais qu'il contribuerait puissamment encore à nous faire connaître quels sont *précisément* les valvules et les orifices où siége la lésion. »

Dans le cas présent, le triple bruit provenant d'une sorte de dédoublement du second temps indiquait un obstacle au passage du sang de la cavité de l'oreillette dans celle du ventricule, et, comme ce dédoublement coïncidait avec un souffle rude, râpeux, très-prolongé, dont le maximum d'intensité se rencontrait au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, il était évident pour nous qu'il s'agissait bien d'un rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche.

On se souvient que le premier bruit offrait ce caractère *parcheminé* que nous avons donné comme signe d'une hypertrophie, d'un *épaississement fibreux* des valvules auriculo-ventriculaires, dont la brusque tension avec rapprochement des lames donne lieu au premier bruit ou claquement du cœur (*tic*). Eh bien, l'examen a montré un état d'hypertrophie et d'épaississement bien marqué des valvules tricuspide et bicuspide (ainsi que nous avons eu soin de le noter, les lames de cette dernière avaient conservé leur forme ordinaire, leur longueur, et pouvaient se rapprocher facilement).

On se souvient aussi qu'on entendait distinctement le claquement du second temps (1), lequel résulte de la tension et du rapprochement brusque des valvules *aortiques* et *pulmonaires*. Eh bien! ces valvules étaient parfaitement conformées, légèrement hypertrophiées.

Pourquoi, dans le cas actuel, n'existait-il pas de bruit de souffle au premier temps, comme il arrive dans un grand nombre de cas de rétrécissement auriculo-ventriculaire? La cause en est facile à donner: c'est que, au premier temps, c'est-à-dire au moment de la systole ventriculaire, les deux lames de la valvule bicuspide, dont le rapprochement pouvait s'opérer de la manière la plus complète, ne permettaient pas le moindre reflux du sang du ventricule gauche dans l'oreillette correspondante.

Si c'en était ici le lieu, et si je ne craignais de trop dépasser les limites d'un article de journal, je m'empresserais de répéter bon nombre d'assertions erronées qui malheureusement ont cours dans la science au sujet des temps où se produisent les bruits de *souffle*, de *scie* ou de *râpe* dans les diverses espèces de rétrécissements auriculo-ventriculaires ou ventriculo-artériels, et d'insuffisances valvulaires. J'y pourrai revenir dans une autre occasion, cette matière n'étant pas de celles qui manquent d'intérêt et d'importance.

Je ne terminerai pas mon travail sans dire quelques mots du diagnostic que les derniers accidents nous firent porter. Nous annonçâmes que ces accidents provenaient, selon toutes les probabilités, de concrétions sanguines qui se formaient dans les cavités du cœur. Ce second diagnostic a été justifié aussi formellement que le premier par l'autopsie cadavérique. Et, circonstance bien digne de remarque! c'est que les accidents avaient eu lieu à deux reprises, à deux époques peu éloignées, il est vrai, l'une de l'autre, et que les concrétions trouvées dans l'oreillette gauche étaient évidemment aussi d'âge différent.

La pseudo-membrane qui entourait une portion de ces concrétions et qui adhérait assez fermement à la membrane interne de l'oreillette, et quelques autres particularités sur lesquelles il n'est pas nécessaire de revenir ici, montrent suffisamment qu'un travail phlegmasique (au degré de celui qui caractérise l'inflammation *adhésive* de Hunter) n'avait pas été étranger à la formation de ces concrétions. Et cela concorde avec la chaleur fébrile qui avait accompagné les désordres tumultueux de la circulation dans les derniers temps. En effet, en l'absence de tout travail phlegmasique, les concrétions du cœur comptent parmi leurs signes un refroidissement plus ou moins marqué soit des extrémités seulement, soit du corps tout entier.

(1) Il était double dans ce cas, par la raison que nous avons précédemment signalée.

HOTEL-DIEU. — M. Ph. BOYER.

Corps étranger dans la vessie et dans l'urètre dû à la rupture d'une sonde et de son mandrin pendant l'opération du cathétérisme. — Extraction après plusieurs tentatives infructueuses.

Le nommé Michel Silly, journalier, âgé de quarante et un ans, est entré à l'Hôtel-Dieu le 17 avril dernier; il est couché au n° 42 de la salle Saint-Jean. Depuis deux ans ce malade, urinant difficilement, avait pris l'habitude de se cathétériser lui-même, et il employait à cet effet une sonde en caoutchouc munie d'un mandrin de fil de fer. Il s'était servi du même instrument pendant tout ce long espace de temps, et il avait eu l'incurie de ne jamais le nettoyer.

Dans les premiers jours du mois d'avril, après s'être livré au soin habituel qu'il prenait de lui-même, il fut très-étonné, en voulant retirer la sonde, de n'en voir venir qu'une portion; l'autre était restée en chemin. La sonde et le mandrin étaient brisés. Le malade accusa bientôt une vive douleur dans l'urètre et dans la vessie, surtout en marchant; l'urine s'écoulait continuellement, et la chemise en était largement imprégnée. C'est dans ces conditions que Michel Silly fut dirigé sur Paris par un médecin de la province.

Le cathétérisme avec la sonde d'argent fait constater la présence du corps étranger dans la partie membraneuse de l'urètre; en même temps le toucher le perçoit au périnée. Par l'examen du bout de sonde que présente le malade, on peut juger que le tiers environ de l'instrument, au niveau de sa courbure, est resté avec une égale portion de mandrin en partie dans l'urètre et en partie dans la vessie.

La matière constituante de la sonde est entièrement altérée, et elle se brise au moindre contact. Le mandrin est complétement rouillé; c'est à peine si au centre il existe une petite parcelle de fer qui ne soit pas attaquée. Il se rompt aussi avec la plus grande facilité.

Le manque d'instruments spéciaux fait remettre l'extraction au lendemain.

Le malade étant couché sur le dos, le bassin élevé comme pour l'opération de la lithotritie, le chirurgien introduisit dans l'urètre la pince à trois branches fermée. Le corps étranger étant signalé à l'extrémité de l'instrument, on l'ouvrit, et quand on crut l'avoir saisi, on attira à soi. Après plusieurs tentatives infructueuses, on s'aperçut que l'extrémité de la sonde située dans l'urètre avait disparu. Le cathétérisme prouva clairement que l'urètre était parfaitement libre et que la totalité du corps étranger était passée dans la vessie. Il était alors à craindre que le mandrin ne vînt à dépasser la lumière de la sonde et qu'il ne perforât la poche vésicale. De l'eau fut injectée, et, après avoir bien constaté la position probable du corps étranger, on se servit de l'instrument si ingénieux de M. Le Roy-d'Etiolles, construit par M. Mathieu, et que l'auteur nomme simplement, croyons-nous, l'*extracteur des corps étrangers de la vessie.*

Après avoir indiqué quelques points spéciaux de la manœuvre de l'instrument, M. Mathieu saisit le corps étranger; il se brisa à cause de son excessive friabilité. M. Boyer le saisit également, mais n'obtint pas un résultat plus heureux. Alors, dans la crainte de fatiguer le patient, on le renvoie dans la salle, et on lui recommande d'observer le repos le plus absolu.

Le lendemain, le malade est dans un état très-satisfaisant, et, sauf un peu de cuisson dans le canal urétral, il ne se passe aucun phénomène anormal; il n'y a pas eu de fièvre. M. Boyer, en présence de l'innocuité des recherches faites par lui la veille, se décide à les renouveler.

Dans ce but, il commence par cathétériser le malade. La sonde d'argent est introduite, et elle arrive avec la plus grande facilité jusque dans la vessie. Le chirurgien pousse une injection d'eau tiède, puis en retirant la sonde, au moment où la courbe arrive au niveau du bulbe, il sent une résistance qui n'est vaincue qu'après un léger effort. Il veut alors repousser la sonde, mais elle est arrêtée, et les mouvements qu'on lui imprime font percevoir le son de deux corps métalliques en contact: c'est la sonde qui rencontre le mandrin.

Il est difficile de comprendre autrement que par un hasard providentiel comment le corps étranger est venu occuper de nouveau sa première place.

Le malade est soumis aux inhalations de chloroforme, et la pince à trois branches est de rechef introduite. Après quelques tâtonnements, on sent qu'elle a saisi le corps étranger; on lui imprime des mouvements de rotation et de va-et-vient qui, selon toute probabilité, dégagent ce dernier des replis de la muqueuse urétrale. L'instrument est retiré du canal, et il entraîne avec lui le mandrin et une portion seulement de la sonde, qui s'est brisée en plusieurs fragments. Le mandrin offre une longueur de 13 centimètres. Le morceau de la sonde restée à demeure en même temps représente une longueur de 5 à 6 centimètres.

Le lendemain, l'état général est très-bon. Le malade n'a point eu de fièvre; il a de l'appétit et ne souffre plus. Il n'urine plus involontairement, et même, à la visite, il déclare avoir accompli l'acte de la miction avec une facilité à laquelle il n'était plus habitué.

Le 2 mai, l'amélioration a persisté; la santé ne laisse rien à désirer, mais le malade exprime instamment le désir qu'on lui retire les petits fragments de sonde qui sont restés dans la vessie, et qui probablement se sont revêtus maintenant d'une légère couche calcaire, ainsi qu'il nous semble l'avoir constaté par le cathétérisme. La chose semble à peu près impossible, et elle ne sera pas tentée, ce qui n'empêchera pas Michel Silly de quitter sous peu de jours l'Hôtel-Dieu dans les meilleures conditions possibles.

DE LA VERSION FOETALE
faite par des manœuvres extérieures.

Par M. le Dr MATTEI.

M. le docteur Edm. Belin, interne lauréat des hôpitaux civils de Strasbourg, vient de présenter pour sa thèse inaugurale à la Faculté de médecine de cette ville un travail sur la version fœtale par des manœuvres extérieures, et comme cette thèse me touche de très-près, si elle n'a pour but unique de me réfuter, l'auteur m'a fait l'honneur de m'en envoyer un exemplaire.

« Bien des fois, dit-il dans son introduction, la France adopta des idées écloses et mûries en Allemagne; bien des fois, en revanche, elle fit admettre à l'Allemagne les idées dues au génie de nos maîtres et de nos savants. L'Ecole de Strasbourg, par sa position, fut souvent le théâtre de ces transactions scientifiques. Puisse-t-elle, cette fois encore, servir de débouché à une opération obstétricale qui paraît avoir eu depuis un demi-siècle les plus heureux résultats entre les mains des accoucheurs d'outre-Rhin, et que nous avons le regret de voir à peine citée dans les traités d'accouchements français! »

On le voit, la thèse de M. Belin est une haute protestation en faveur de la chirurgie allemande, et c'est à M. Wigand surtout qu'il rapporte la priorité de cette opération.

La percussion de la femme en travail indiquée par Hippocrate, le massage pratiqué par les Russes sur le ventre de la femme en couches, les manœuvres externes des Japonais, les indications formulées par Ruff et Mercurius Scipio, tout cela indique que la même idée a été professée en divers temps et en divers lieux, assurément sans le secours de l'histoire et de la tradition. Elle est trop simple, en effet, pour qu'elle ne se soit pas présentée à l'esprit de plusieurs observateurs sans qu'un seul homme en ait fait la découverte. La priorité absolue dans ce cas, comme dans bien d'autres de ce genre, est un fantôme qui séduit souvent, mais qu'on s'efforce en vain de saisir.

M. Belin et les médecins allemands, quoique rapportant eux-mêmes ce qui précède, en donnent cependant la priorité à Wigand, et c'est sous le nom de méthode de Wigand qu'ils voudraient la faire passer dans la science.

Pour preuve du contraire, on n'a qu'à lire le mémoire même de Wigand, que M. Belin a eu le soin de traduire.

Le professeur de Hambourg dit être arrivé, il est vrai, par des observations personnelles, à la pratique de cette opération, qu'il appelle *nouvelle*; mais il ne dit pas précisément l'avoir décrite le premier, tandis qu'il a soin de le dire formellement pour le rhumatisme utérin. Et tout en finissant son mémoire il indique la source à laquelle il a peut-être puisé ses idées. Voici le passage même de l'auteur;

« En terminant, je dirai encore quelques mots d'un conseil donné d'abord par le professeur Froriep, dans la quatrième édition de son *Manuel de l'art des accouchements*, page 360. *Cet accoucheur conseille de chercher à modifier déjà pendant la grossesse, ou peu de temps avant l'accouchement, la présentation anormale du fœtus à l'aide de la pression externe faite avec soin sur le corps de l'enfant.* » (Thèse de M. Belin, p. 38.)

Il est impossible d'être plus explicite pour indiquer la rectification des présentations du fœtus par des manœuvres extérieures; mais admettons, malgré ce passage, que la priorité soit due à Wigand, non parce qu'il a eu la première idée, mais parce qu'il l'a le plus développée. La pratique de Wigand n'a été que le partage de quelques médecins presque tous allemands. M. Belin, qui les a scrupuleusement recherchés, cite les noms de d'Outrepont, Ritgen, Siebold, Busch, Kilian, Rosshirt, Lumpe, Huter, Ed. Martin, Nœgelé, Gremer, Scanzoni, etc. Et pour treize praticiens, qu'on devine combien de fois cette opération a été pratiquée? M. Belin n'en compte que 36. C'est-à-dire que la version par des manœuvres extérieures a été pratiquée quelquefois seulement par des hommes qui s'en sont occupés d'une manière toute particulière. Cette opération n'était donc pas vulgarisée, même en Allemagne.

Que dirons-nous des autres parties de l'Europe et du monde civilisé? En France, quoi qu'en dise M. Belin, elle a été pratiquée quelquefois par MM. Velpeau, Dubois, Colomb et peut-être par quelques autres. M. Belin, qui revendique une priorité en faveur de l'Allemagne, parle bien de M. Stolz, mais il ne dit rien de Flamant, qui est aussi une des illustrations de la Faculté de Strasbourg, et qui s'est efforcé de faire prévaloir la version céphalique sur la pelvienne.

Burns, en Angleterre, dit aussi, dans son *Traité d'accouchements* (p. 265, trad. de l'*Encyclopédie*), qu'on a conseillé la version par des manœuvres extérieures; et malgré tout cela, cette opération n'était pas vulgarisée.

A peine s'il en est question dans les ouvrages classiques, et le public médical ne pratique pas la version du fœtus par des manœuvres extérieures.

J'avoue mon ignorance à ce sujet; j'étais aussi de ceux qui l'ignoraient presque complétement.

La Corse, où j'ai fait mes observations, est une île où le manque de bibliothèques rend les recherches impossibles. Et, comme je devais faire un cours élémentaire d'accouchements pour des officiers de santé et des sages-femmes, j'ai dû chercher à lire sur le grand livre où j'ai observé. Mon *Essai sur l'accouchement physiologique*, où se trouve entre autres pratiques celle de la version par des manœuvres externes, est un ouvrage de pure observation.

J'ai réservé pour la publication d'un traité complet de l'accouchement physiologique l'histoire de cette opération, comme de tous les points auxquels touche cet ouvrage.

Maintenant que je me suis expliqué sur la priorité de la version en général, je vais mettre mes idées en présence de celles du professeur de Hambourg, et l'on verra si ma version ne conserve pas la priorité, malgré tout ce qu'on a fait jusqu'ici.

M. Belin rapporte aussi à M. Stoltz la priorité pour la distinction que j'ai établie entre la version et la réduction céphaliques; je m'expliquerai aussi à ce sujet, pour terminer enfin en répondant à quelques autres objections qui m'ont été faites par l'auteur de la thèse.

1° Wigand a été conduit à pratiquer la version par ce qu'il savait du professeur Froriep et par les cas qu'il a observés de version spontanée. J'ai été conduit, au contraire, à cette opération par la recherche de tout ce qui favorise l'accouchement physiologique (sans maladie de la mère et de l'enfant).

2° Wigand appelle seule présentation anormale celle du tronc, et cherche à y substituer celle de la tête et du siége, selon que l'une ou l'autre de ces parties est la plus rapprochée du détroit. Jamais le professeur de Hambourg n'a transformé en une présentation du sommet celle des pieds ou du siége.

Pour moi, au contraire, les présentations des pieds, qui donnent un enfant mort sur quinze; celles de la face et du tronc, qui, malgré la version, donnent un enfant mort sur sept, toutes ces présentations sont, à divers degrés, aussi anormales les unes que les autres. Aussi je tâche de les ramener toutes à la présentation du sommet.

3° Une condition, pour Wigand, est que la version doit se faire seulement pendant le travail; on ne doit même l'opérer qu'au commencement de la contraction ou pendant ce temps, tandis que ma version, autant que faire se peut, doit être opérée avant le travail. C'est la réduction seule qu'on peut faire pendant le temps des contractions.

4° Wigand, quoique ne dédaignant pas l'examen pendant la grossesse, ne reconnaît cependant les présentations qu'au moment du travail, et lorsque le toucher ne trouve rien sur le détroit. Dans ces cas, la forme du ventre, la pression de l'abdomen, et quelques notions vagues sur la tumeur de la tête et du siége sont les seuls moyens de diagnostic; aussi avoue-t-il que le diagnostic était souvent difficile pour lui-même, quoiqu'il s'y fût plus appliqué que les autres. Dans ce cas, il était obligé de tâtonner, et c'est seulement après la rupture des membranes qu'il pouvait porter un diagnostic certain.

Le diagnostic a été porté si loin par moi, au contraire, qu'avec les signes rationnels, l'auscultation, le toucher, et surtout le palper, il est possible de reconnaître toutes les présentations et les positions pendant la grossesse.

5° Dans la version de Wigand, aucune partie du tronc n'étant déjà bien engagée dans le détroit, il suffit d'imprimer au fœtus un léger mouvement de rotation, de manière à redresser son obliquité, tandis que dans ma version la chose n'est pas toujours si aisée; aussi ai-je décrit trois temps à cette opération. Le premier consiste à dégager la partie engagée dans le détroit; le deuxième à la relever; le troisième à faire baisser la tête, de manière à lui faire parcourir quelquefois les trois quarts d'un cercle, tandis que dans la version de Wigand elle ne dépasse jamais une courbe de 90 degrés. Ce que Wigand appelle une version est pour moi une simple réduction.

6° Wigand insiste beaucoup pour donner à la femme des positions déterminées, exercer des pressions avec des coussins, faire des frictions, etc., tandis que tout cela est insuffisant pour opérer ma version. Ces manœuvres ne sont bonnes que pour les réductions.

Il est facile de voir, d'après ce qui précède, que ma version se fait presque toujours, il est vrai, par des manœuvres extérieures, mais elle n'est nullement celle de Wigand. Ce qu'il appelle une version, n'est pour moi qu'une réduction. Wigand n'a jamais pratiqué, décrit ou conseillé la version sur la tête dans les présentations du siége.

Ce que je dis de Wigand, je puis le dire des médecins allemands et de tous ceux qui ont pratiqué ce qu'on a appelé la version avant la rupture des membranes.

Dans un deuxième article, j'examinerai la question de la distinction entre la version et la réduction.

TRAITEMENT DES MALADIES CANCÉREUSES

par la méthode du docteur Landolfi.

On se rappelle que la méthode de traitement des maladies cancéreuses de M. Landolfi a été soumise à l'examen d'une commission composée de MM. Broca, Cazalis, Furnari, Manec, Mounier et Moissenet. Voici les conclusions de ce rapport :

1° La méthode de M. Landolfi se compose d'un traitement interne et d'un traitement local.

2° Le traitement interne, qui consiste dans l'administration du chlorure de brôme à l'intérieur, n'a pas la moindre valeur thérapeutique spéciale contre le cancer.

3° Le traitement local consiste dans l'application du caustique suivant :

Chlorure de brôme.	3
— de zinc.	2
— d'antimoine.	1
Poudre de réglisse.	1

4° Parmi les trois éléments dont se compose ce caustique, il en est deux, le chlorure de zinc et le chlorure d'antimoine, qui sont déjà connus depuis longtemps et employés comme caustiques. Ces deux chlorures, combinés en même proportion que dans le caustique de Canquoin, sont la seule partie réellement active de la préparation de M. Landolfi.

5° Le chlorure de brôme n'agit dans ce mélange qu'en soulevant l'épiderme et en livrant le derme dénudé à l'action des deux autres chlorures, résultat de minime importance, que produit tout aussi bien une application vésicante quelconque faite immédiatement avant l'usage de la pâte de Canquoin.

6° La préparation employée par M. Landolfi n'est donc que le caustique Canquoin déguisé, masqué par un corps coloré et odorant, conservant inaltérée son action cautérisante, mais ayant perdu sa précieuse propriété d'agir sur les tissus avec une précision mathématique. Le chlorure de brôme ne fait que gâter le mélange en le rendant fusible, beaucoup plus difficile à manier et beaucoup plus infidèle dans ses résultats.

7° Le caustique Canquoin modifié par M. Landolfi ne met les malades sur lesquels il est appliqué ni à l'abri des érysipèles ni à l'abri de l'hémorrhagie consécutive. Il n'est plus permis, par conséquent, de prétendre qu'il soit exempt de dangers.

8° Ce caustique, infiniment plus douloureux que la plupart des autres, éveille des souffrances très-vives qui durent en général pendant six à huit heures, et qui peuvent se prolonger pendant plus de vingt-quatre heures. L'opium et les autres narcotiques sont impuissants à calmer ces douleurs, dont la durée est beaucoup trop longue pour qu'on puisse seulement songer à soumettre les malades aux inhalations anesthésiques.

9° Le mode d'application adopté par M. Landolfi est entièrement vicieux et en opposition avec toutes les règles de l'art. Au lieu de chercher à détruire les tumeurs cancéreuses en une seule fois, M. Landolfi les attaque par des applications partielles et successives. C'est la conséquence naturelle de la composition d'un caustique dont la sphère d'action n'est pas exactement calculable, et dont le maniement exige des tâtonnements continuels.

10° Ces applications successives, répétées jusqu'à quinze et vingt-deux fois sur certains malades, provoquent une somme de douleurs supérieure à tout ce qu'on connaît jusqu'ici.

11° Elles donnent au traitement une durée indéterminée, et retardent infiniment la cicatrisation.

12° L'irritation incessante qu'elles provoquent semble de nature à favoriser les récidives, ainsi que l'expérience ne l'a que trop démontré, et ainsi que le savent tous ceux qui possèdent les plus saines notions de la chirurgie traditionnelle.

13° Enfin, la méthode curative du cancer appliquée par l'inventeur lui-même sur *neuf* cancers du sein et sur *trois* cancroïdes, a donné les résultats suivants : parmi les *neuf* cancers du sein, nous comptons *deux* décès, *quatre* aggravations notables, *trois* cicatrisations avec repullulations immédiates, par conséquent *aucune guérison*.

Sur trois cancroïdes, *une seule guérison*, *une cicatrisation* suivie de repullulation, enfin *une exacerbation* qui nécessite l'amputation du membre.

En résumé, la méthode de M. Landolfi n'est applicable qu'à une partie des cancers réputés chirurgicaux ; elle est plus douloureuse et plus incertaine que plusieurs autres méthodes de cautérisation ; elle est inférieure en particulier à la méthode de M. le docteur Canquoin, dont elle n'est que la copie infidèle et altérée ; elle peut, comme tous les autres traitements, réussir à détruire certaines tumeurs et à conduire les malades jusqu'à la cicatrisation, mais elle est tout à fait impuissante à conjurer les récidives, qu'elle semble plutôt provoquer. Et, loin de constituer un progrès, elle n'est qu'une illusion de plus à ajouter à celles dont l'histoire du cancer offre de si nombreux exemples.

DU PASSAGE DE L'IODE

par assimilation digestive dans le lait de quelques mammifères (1).

Par MM. les docteurs J. Labourdette et Dumesnil, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Quatre-Mares-Saint-Yon (Seine-Inférieure).

Les anciens médecins avaient constaté que le lait de mammifères

(1) Extrait du mémoire lu par M. Labourdette à l'Académie de médecine dans la séance du 6 mai 1856.

privés est aromatique lorsque ces animaux broutent la sarriette, le thym, l'origan, etc...., qu'il s'imprègne de la couleur du safran, de la casse, de la garance et du vin, etc.

Des observations moins anciennes ont démontré que certains agents du règne inorganique peuvent également arriver dans le lait par assimilation digestive; mais, chose singulière! la substance minérale qui a parfois été prescrite par cette voie détournée est précisément celle dont la présence y est la plus douteuse. Nous voulons surtout parler des préparations hydrargyriques administrées aux nourrices pour la guérison d'enfants nouveau-nés atteints d'affections syphilitiques. Jusqu'à présent, comme l'a parfaitement démontré M. Péligot, les préparations mercurielles dont on s'est servi ne se retrouvent pas dans le lait des ânesses, et, d'après nos propres expériences, leur absence a été constatée dans le lait des animaux qui subissent notre traitement.

Quoiqu'il soit acquis à la science qu'un résultat tout différent se manifeste pour bon nombre d'autres substances minérales, et notamment pour l'iode, qui, même en frictions, a été retrouvé par M. Cantu (de Turin) dans l'urine, la sueur, la salive, le lait et le sang des malades qui en faisaient usage, nous ne voyons pas cependant qu'on ait sérieusement pensé à prescrire le brome, l'iode, le fer, après les avoir combinés par absorption digestive avec le lait de certains mammifères.

Les assertions de quelques chimistes et les espérances de quelques praticiens au courant des questions de chimie organique me firent songer dès 1846 à combler ce *desideratum ;* mais les phénomènes d'intoxication iodique connus de tout le monde, lorsque l'iode ou l'iodure de potassium sont administrés pendant plusieurs mois à la dose de 4 à 5 grammes par jour, jetèrent en désarroi mon laboratoire animal : je perdis bientôt cinq belles laitières. Je continuai cependant, en cherchant dans les idées de la vieille thérapeutique les adjuvants et les correctifs (1). Ce n'est qu'après de très-longs et incroyables tâtonnements que je suis arrivé à la solution de ce petit problème :

Neutraliser par des correctifs l'action nuisible de l'iodure de potassium.

Avant d'entrer dans l'exposition de la méthode régulière, dont tout l'honneur revient aux expériences définitives de mon ami le docteur Dumesnil (de Quatre-Mares), je crois devoir consigner quelques faits qui me sont personnels. Ces faits sont relatifs aux divers états pathologiques provoqués par l'iode, et sa combinaison binaire avec le potassium.

L'intoxication iodique consiste, lorsqu'on emploie l'iodure de potassium à la dose de 40 à 50 centigrammes par jour pendant trois mois :

1° Dans une dyspepsie qui se manifeste vers la fin du premier mois, au deuxième j'avais éprouvé un amaigrissement notable, l'état saburral des premières voies était constant ;

2° Dans une sensation de malaise général, avec courbature et constipation opiniâtres ;

3° Dans une sensibilité exagérée de la peau du tronc surtout ;

4° Dans une modification singulière et analogue des muqueuses olfactive et génito-urinaire (hypersécrétion) ;

5° Enfin dans une douleur néphrétique assez vive qui a persisté longtemps après la cessation de cette expérience.

L'année suivante, je me décidai à essayer la teinture d'iode pendant un mois. J'avalai chaque jour, avant ou après mes repas, quinze gouttes de teinture dans un verre de liquide ; l'intoxication se manifesta plus rapidement que l'année précédente : déjà dès le huitième jour la saveur métallique était prononcée, et l'inappétence se déclarait. Je cessai pendant six mois, remarquant que l'amaigrissement que j'avais subi était très-persistant. Ainsi que M. Gendrin l'avait déjà essayé sur lui-même, je songeai au *nec plus ultra* de l'épreuve, c'est-à-dire à prendre un gramme de teinture une seule fois ou plusieurs, suivant la tolérance. Il est évident que l'économie ne peut s'habituer ni à l'iode, ni à l'iodure de potassium. La première dose, dans un grand verre d'eau miellée, m'occasionnait déjà dès le lendemain un gonflement de la muqueuse nasale, un peu de larmoiement et d'angine. Une semblable dose fut prise le lendemain ; ces phénomènes s'exaltèrent : la sensibilité de la peau, surtout vers la région dorsale, reparut, ainsi qu'une cuisson assez vive de la muqueuse urétrale déjà ressentie. Un troisième gramme fut avalé le lendemain dans le même menstrue : saveur métallique, larmoiement, angine, dermalgie augmentèrent ; j'éprouvai un peu de céphalalgie, et le lendemain la sensibilité de la peau vers la région scapulaire était telle, que pendant huit jours le frottement de mes habits fut intolérable ; alors un violent coryza s'établit, et un véritable écoulement d'urétrite suraiguë apparut : une bronchite intense succéda à tous ces phénomènes. Je combattis ces divers états par des émollients et des bains ; un mois après, il ne me restait plus que de l'inappétence. Depuis cette époque, mon tube digestif n'a pu reprendre ses vigoureuses fonctions.

Or, les animaux auxquels j'administrai soit de la teinture d'iode, soit de l'iodure de potassium, éprouvaient sensiblement ces mêmes effets lorsque la dose était suffisante pour obtenir un lait convenablement chargé ; de plus, vers le troisième mois, pour quelques-uns de petite taille, après le premier, le lait disparaissait rapidement, les veines abdominales et mammaires se dilataient. Cinq fois, dans ces premiers essais, un météorisme incurable m'enlevait des vaches. Tels sont donc généralement les effets produits par les iodiques sur l'homme et quelques autres mammifères. J'insiste surtout sur l'altération fonctionnelle, qui est la conséquence de leur usage ; je veux parler du trouble profond et très-difficile à réparer qu'éprouve le canal alimentaire. Le fait n'est pas général, mais il se manifeste dans un grand nombre de cas.

D'après l'avis de quelques médecins que ce serait une ressource immense en thérapeutique de pouvoir présenter surtout aux enfants malades, en même temps que le lait, un modificateur de la puissance de l'iode, nous nous sommes mis à l'œuvre, profitant de la position de l'un de nous en Normandie, où une vaste ferme modèle permettrait de donner tous les soins à l'administration de l'iodure aux vaches laitières et d'enregistrer scrupuleusement les résultats physiologiques obtenus,

(1) Ces correctifs sont le chlorure de sodium, le nitrate de potasse donnés à fortes doses, ce dernier suivant l'état des mamelles ; l'alun ou l'extrait de ratanhia ou le cachou comme astringents, le sulfate de soude comme purgatif, et l'albumine fraîche ou coagulée comme adjuvant des iodiques.

tout en s'occupant sur place de l'analyse par voie humide, tandis que l'autre se chargerait spécialement de l'autre procédé.

Mode d'administration. — L'iodure de potassium n'a jamais été donné à moins de 3 grammes par jour; il a été porté à 6 grammes, puis jusqu'à 10 grammes, en ayant toutefois soin d'augmenter le brouet des substances correctives dans les mêmes proportions. Les accidents commencent à 10 grammes presque immédiatement, si la plus grande attention ne préside pas à l'emploi du correctif. Nous nous sommes réglés, pour la division de cette véritable échelle de dosages, sur la quantité de lait fournie en vingt-quatre heures par l'animal, et non sur le poids du corps, qui varie d'ailleurs très-peu pour les vaches d'une même espèce.

Immédiatement après chaque traite, on a présenté à la vache, dans un vase très-propre, en bois ou en terre vernissée, une bouillie tantôt épaisse, tantôt très-diluée, du volume de deux litres, dans laquelle est incorporée la solution d'iodure et les correctifs. Une demi-heure après, les aliments sont délivrés comme à l'ordinaire. Assez souvent les vaches refusent cette préparation; c'est alors qu'il faut user des plus grandes précautions, et que, pour ramener ces exceptions à la règle générale, il est nécessaire de faire subir le traitement préparatoire ou l'entraînement aux animaux doués de ce tempérament.

Cette opération consistait, dans le cas qui nous occupe, en une préparation intestinale indispensable pour charger impunément le lait de nos animaux. C'est à l'entraînement préalable que nous devons la possibilité de ralentir ou d'activer le passage de l'iode, par la triple voie des mamelles, des reins et de l'intestin. Sans lui, l'imprégnation de l'animal est toujours dangereuse. Il doit durer de vingt à trente jours, et il n'est complet que lorsque les vaches absorbent l'iodure accompagné de ses correctifs sans répugnance, et que la sécrétion lactée atteint une moyenne à peu près invariable.

Dans tous les cas l'absorption de l'iodure s'opère comme chez l'homme, avec la plus grande rapidité, et toujours il nous a été permis de constater la présence du sel ou de l'iode lui-même dix, huit, six et même trois heures après l'ingestion du premier bol médicamenteux. Alors son lait contient le principe actif en combinaison naturelle, physiologique, comme l'huile de foie de morue ou celle du foie de raie, mais dans de beaucoup plus grandes proportions.

Effets physiologiques. — Très-souvent, dans les premiers jours qui suivent le traitement, la quantité de lait augmente d'un huitième ou d'un dixième. Bientôt la sécrétion se rétablit au degré antérieur, et elle tend même à diminuer rapidement si l'animal est retenu captif. Il est indispensable alors de le conduire vers les prairies les plus riches et les plus humides; l'échelle de sécrétion s'élève de nouveau, pour atteindre pendant longtemps son degré ordinaire, pourvu qu'il jouisse, tant que dure l'exploitation, des mêmes conditions d'habitat. Il est donc démontré pour nous qu'en se tenant dans les limites que nous avons indiquées, quant à la dose du médicament (3 grammes au moins, 10 grammes au plus), la constitution des animaux laitiers n'est pas sensiblement atteinte, et que leur lait ne diminue pas pendant une période de cinq à six mois d'une quantité appréciable.

Propriétés physiques et chimiques du lait obtenu par l'entraînement. — Ici se présente un résultat singulier de l'action des iodiques sur le produit qui nous occupe. Il était permis d'admettre *à priori* que la combinaison intime de l'iodure de potassique ou de l'iode par voie d'assimilation devait lui imprimer des caractères physiques et chimiques spéciaux, que très-probablement les réactions chimiques ordinaires, surtout celle du chlore et de l'amidon, ne pourraient déceler le métalloïde, comme cela aurait lieu dans une simple solution d'iodure dans le lait.

C'est ce que nos expériences ont pleinement confirmé. Ainsi ce liquide obtenu de vaches entraînées, surtout après le premier mois de l'entraînement, ne se comporte dans la séparation de ses divers éléments ni comme le lait ordinaire ni comme le lait simplement additionné; il se conserve beaucoup plus longtemps que ces derniers. Après la coagulation par les acides tartrique ou acétique, il devient impossible d'en séparer les matières grasse et caséeuse par l'alcool ou l'éther. Lorsque le caillot caséeux, lavé autant que possible sur le filtre, est remis sur un feu de lampe dans une capsule de porcelaine, on remarque qu'il jouit d'une incroyable ductilité, qui ne paraît pas être proportionnelle à la charge du lait dont il provient: son élasticité est aussi singulièrement augmentée.

Du reste, aucune saveur métallique propre à l'iode ou à l'iodure ne trahit leur présence, lorsque ce lait en contient jusqu'à 20 et 25 centigrammes par litre.

Analyse qualitative. — De nombreuses expériences d'analyse par la voie humide, on peut conclure:

1° Que le lait des vaches soumises à notre traitement contient une quantité considérable d'iode, le dosage nous ayant donné jusqu'à 257 milligrammes d'iodure dans un litre;

2° Qu'il est facile pour tout praticien quelque peu versé dans ces petites manipulations d'en constater la présence et jusqu'à un certain point sa quantité par l'intensité de la coloration;

3° Que le lait naturel ni le lait additionné d'iodure après coup ne présentent ni les caractères physiques ni les propriétés chimiques de celui qui est ioduré par assimilation digestive.

Nous ne terminerons pas ce qui a rapport à cette analyse sans indiquer que l'eau chlorée, qui s'altère si facilement et si rapidement, peut être remplacée dans les essais avec l'amidon par une solution de perchlorure de platine titrée à 10 centigrammes pour 10 grammes d'eau.

Si l'on continue à soumettre le lait aux réactifs de l'iode, après avoir cessé l'administration de ce médicament, on peut se convaincre que les expériences de M. Cantu sont de la plus grande exactitude, que le sang et toutes les humeurs animales ont reçu une véritable saturation iodée. En effet, de quatre à sept jours après que la vache ne reçoit plus d'iode, son lait présente encore une forte réaction; vers le neuvième jour le signe de l'imprégnation s'efface de plus en plus, et vers le douzième il est impossible de trouver trace du métalloïde. Si une vache précédemment entraînée est soumise à un traitement nouveau après un intervalle de sept à huit jours, aussitôt les phénomènes de réaction chimique reparaissent à un haut degré. Ainsi que M. le docteur Lemaire l'a constaté pour l'homme, l'iodure passe en quelques minutes dans les urines.

Dosage. — Une série de 27 analyses nous a permis de conclure que, depuis un minimum dont nous n'avons que faire, l'iodure de potassium peut être représenté par 257 milligrammes par litre au maximum.

Notre intention, dorénavant, est de n'atteindre pas même ce chiffre, excepté dans le cas où nous voudrons agir fortement. En examinant les diverses quantités que l'analyse nous a données et en les rapportant à celles du lait sécrété, de l'urine rendue, des déjections alvines rejetées en vingt-quatre heures, nous voyons que le maximum de la substance minérale assimilée au lait par le travail des glandes mammaires représente au plus les 25 centièmes de la dose administrée; que 40 à 45 centièmes sont sécrétés et s'écoulent par les voies rénales; 35 cdntièmes ne sont pas assimilés et passent par le tube digestif. Ces éliminations ne se font pas toujours d'une façon aussi régulière; mais quand elles marchent ainsi après quelques tâtonnements, nous sommes dans les meilleures conditions possibles de succès, et notre laboratoire animal est en bon état. Depuis six mois environ, une douzaine de vaches nous préparent, sans qu'elles paraissent s'en apercevoir, notre curieux liquide.

Effets thérapeutiques. — Avant d'avoir déterminé par le dosage ce que le lait des vaches entraînées peut contenir de principes iodiques, l'expérience thérapeutique nous autorisait à conclure qu'il y en avait une suffisante quantité. Les résultats obtenus dans les cas de débilitation si commune chez nos enfants et nos femmes, dans les engorgements mésentériques (carreau), dans les blépharites scrofuleuses, les engorgements strumeux chez les nouveau-nés nourris par l'allaitement artificiel, sont tellement remarquables, que nous en avons été véritablement surpris. Rarement notre attente a été déçue. Nous pouvons affirmer, pour ce qui nous concerne, qu'on obtiendra des effets extraordinaires chez les enfants ou les femmes affaiblis par de longues maladies, chez ceux qui sont convalescents d'affections éruptives. Bien des femmes délicates, dites nerveuses, doivent à l'emploi de cette liqueur à la fois médicamenteuse et alimentaire un soulagement inespéré. Nous pouvons affirmer, sans que l'expérience vienne nous démentir, que le lait ainsi obtenu modifierait d'une manière aussi prompte que remarquable la constitution des individus lymphatiques et scrofuleux; que ce lait, véritablement chloro-ioduré, car il contient une énorme quantité de chlorure de sodium qui fait partie de l'entraînement, l'emporterait probablement, pour le traitement des phthisiques, sur la méthode qui a semblé, dans quelques circonstances, avoir eu un plein succès entre les mains de M. Amédée Latour.

Nous devons faire remarquer qu'ici l'action médicatrice ne ressemble en rien à celle produite par de fortes doses d'iodure de potassium ou d'iode. L'action visible sur la peau et les muqueuses ne se manifeste jamais; car la dose est, en réalité, très-faible; mais, semblable à celle de l'huile de foie de morue de bonne qualité, la propriété stimulante et fondante du lait chloro-ioduré remplit admirablement le but de la thérapeutique.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 mai 1856. — Présidence de M. Binet.

Application du comptoir à gaz à la mesure de la respiration. — M. Bonnet communique sur ce sujet une note dont nous avons déjà fait connaître le contenu. (Voir le n° du 6 mai.)

Rapport physiologique entre les lobes optiques et l'organe de la vue. — M. C. Dareste communique à l'Académie une note sur l'encéphale de l'aptéryx.

La galerie d'anatomie comparée du Muséum, dit l'auteur, possède deux cerveaux d'aptéryx provenant de la mémorable expédition de Dumont d'Urville au pôle austral.

Ces cerveaux, qui n'ont pas encore été décrits, m'ont présenté une particularité fort remarquable. Les lobes optiques, organes dont la conformation et la position forment le trait le plus remarquable du type encéphalique des oiseaux, sont rudimentaires chez l'aptéryx, et à peine visibles à l'extérieur, tandis que dans toutes les autres espèces ils ont un très-grand volume, et se présentent sous l'aspect de deux grosses éminences occupant les parties latérales et inférieures de l'encéphale.

Cette modification du type primitif, très-remarquable dans une classe dont toutes les espèces sont liées entre elles par les affinités les plus intimes, trouve son application dans les conditions toutes spéciales des organes des sens dans l'aptéryx.

Cet oiseau, que nous ne connaissons encore que d'une manière très-imparfaite, a, comme un certain nombre d'autres espèces de la même classe, des habitudes nocturnes, mais qui sont le résultat d'une disposition des organes des sens, très-différente à beaucoup d'égards.

L'organe de la vue, très-développé chez les oiseaux, est surtout considérable chez les oiseaux de nuit, les hiboux, les engoulevents, etc. Dans l'aptéryx, au contraire, l'œil est très-petit, beaucoup plus que chez aucun autre oiseau. Il est de plus moins complétement organisé.

Les expériences physiologiques de M. Flourens ont prouvé depuis longtemps qu'il existe chez les oiseaux une lésion physiologique entre les lobes optiques et l'organe de la vue, et que la vision est détruite par les lésions du lobe optique. Magendie a confirmé les résultats obtenus par M. Flourens, en montrant que l'atrophie du lobe optique se produit fréquemment après l'ablation de l'œil; que, par conséquent, ces deux organes ne sont pas uniquement liés par les fonctions qu'ils remplissent, et qu'il y a de plus entre eux une véritable relation anatomique, puisque la destruction de l'organe de la vue amène des altérations consécutives dans les lobes optiques.

La disposition anatomique que je signale dans l'aptéryx nous conduit, par une voie très-différente, à un résultat semblable, et nous montre le même fait sous une autre forme.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Empereur a décidé, le 19 mars 1856, que les élèves stagiaires de l'École impériale et spéciale de médecine et de pharmacie militaires auraient droit à une gratification de première mise d'équipement, fixée à 500 fr.

L'allocation en sera fractionnée en deux portions de 250 fr. chacune, payables, la première lors de l'admission de l'ayant droit à ladite École, et la seconde à l'époque de sa nomination effective au grade de médecin ou de pharmacien aide-major de 2ᵉ classe. (*Monit. de l'Armée.*)

— Le conseil d'hygiène publique et de salubrité de la ville de Paris a nommé, dans sa séance du 10 de ce mois, M. Jobert (de Lamballe) membre adjoint, en remplacement de M. Combes, nommé membre titulaire.

— M. le docteur Robert, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Beaujon, vient d'être nommé professeur titulaire de la chaire d'anatomie de l'École des Beaux-Arts, en remplacement de M. Emery, décédé. M. Robert était depuis plusieurs années le suppléant de M. Emery.

— La Faculté de médecine de Montpellier ayant été invitée par M. le ministre de l'instruction publique à lui présenter une liste de candidats pour les chaires de chimie médicale et d'opérations et appareils vacantes dans son sein, les docteurs en médecine qui aspirent à l'une de ces chaires devront envoyer leur demande et leurs titres à M. le doyen de ladite Faculté, avant le 24 mai courant, jour de la clôture de la liste de présentation.

— Deux concours seront ouverts successivement à l'Hôtel-Dieu de Marseille: le premier, pour une place de médecin agrégé, le 3 novembre; le deuxième, pour une place de chirurgien agrégé, le 17 novembre prochain.

Les épreuves du concours de médecine comprendront: 1° Question d'anatomie et de physiologie avec ses applications à la pathologie; 2° question de pathologie médicale avec les applications hygiéniques et thérapeutiques qu'elle comporte; 3° examen clinique de trois malades atteints de maladies internes.

Les épreuves du concours de chirurgie comprendront: 1° Question d'anatomie et de physiologie avec les applications et considérations chirurgicales et obstétricales qui en ressortent; 2° question de pathologie chirurgicale ou d'obstétrique avec les indications thérapeutiques ou de médecine opératoire qui en ressortent; 3° examen clinique de trois malades atteints d'affections chirurgicales; 4° deux opérations de grande chirurgie à pratiquer sur le cadavre (amputation, ligatures d'artères, autoplastie, etc.).

Les agrégés forment le premier degré du corps médical des hôpitaux; ils sont appelés à succéder aux médecins et chirurgiens adjoints de l'Hôtel-Dieu et de la Charité.

Les candidats devront se faire inscrire, huit jours au moins avant l'ouverture du concours, au secrétariat de la commission administrative, à Marseille.

— Le concours pour la place de chirurgien en chef de l'hospice de la Charité de Lyon, s'ouvrira le 1ᵉʳ décembre prochain. Suivant le règlement de 1848, sous l'empire duquel les concours de 1849 et 1854 pour le majorat de l'Hôtel-Dieu ont déjà eu lieu, le nouvel élu fera son *aide-majorat* à la Charité. Outre ce service permanent, il pourra être appelé à suppléer *momentanément*, sur la réquisition de l'administration, les chirurgiens des autres hôpitaux.

— M. le docteur Daraignes, ancien élève de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, vient de succomber au typhus, à l'armée d'Orient.

— La mort récente du docteur Valleti, qui s'était rendu à Sassari (Piémont) pour traiter les cholériques, et à la famille duquel il n'a été accordé que 200 fr. d'indemnité, a été l'objet d'une pétition présentée à la chambre des députés de Turin par un de ses membres, M. le docteur Bottero. Plusieurs orateurs distingués ont pris la parole pour appuyer cette pétition. Ils ont établi que la loi qui accorde des pensions aux veuves et aux ayants droit des militaires morts en activité de service devrait être avec toute justice appliquée aux familles des médecins qui succombent dans l'exercice de leur profession pendant une épidémie. La pétition a été prise en grande considération, et il y sera fait droit lorsqu'on discutera le budget des pensions.

— La Société médicale du XIIᵉ arrondissement tiendra sa prochaine séance demain mercredi, 14 mai à huit heures très-précises du soir, à la mairie, place du Panthéon.

L'ordre du jour comprend: 1° Continuation de la communication de M. Batailhé, sur l'auscultation de l'appareil respiratoire; 2° discussion de la proposition de M. Vergne, sur une question professionnelle; 3° de la résection du tibia, par M. Pinel-Grandchamp; 4° de l'accouchement physiologique et du diagnostic de la grossesse par le palper abdominal, par M. Mattei; 5° communications diverses. (MM. Langlebert et Coursserant.

Les membres des autres sociétés médicales sont invités aux séances, qui ont lieu le deuxième mercredi de chaque mois.

— M. le docteur Devergie commencera son cours de clinique des maladies de la peau à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 16 mai. La visite commencera à huit heures du matin, et à neuf heures le professeur fera une série de leçons sur la pathologie générale cutanée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Guide médical des Antilles et Régions intertropicales, renfermant des études spéciales sur les maladies des colonies en général, et en particulier sur celles qui sont propres à la race noire; un formulaire approprié à la médecine pratique de ces pays, etc.; par le docteur Levacher, chevalier de la Légion d'honneur. Un vol. in-8°, 3ᵉ édition. Prix: 5 fr. — A Paris, chez l'auteur, quai de la Mégisserie, 66, et chez tous les libraires de médecine.

Recherches sur le traitement des maladies des organes urinaires considérées spécialement chez les hommes âgés et sur celui des rétrécissements de l'urètre, suivies d'un essai sur la gravelle et la pierre, principalement sur la lithotritie et l'extraction artificielle des fragments et autres corps étrangers; ouvrage complémentaire des précédentes recherches de l'auteur; par le docteur L.-Aug. Mercier. Un fort volume in-8°. Prix: 7 fr. 50 c. — A Paris, chez Labé, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 57. — JEUDI 15 MAI 1856. (29e ANNÉE.) N° 57. — JEUDI 15 MAI 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des-postes.

PARIS, LE 14 MAI 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

Une lecture de M. Ch. Robin, candidat pour la section d'anatomie pathologique, une série de rapports sur des remèdes secrets ; deux rapports, l'un sur un appareil de couchage d'une extrême utilité pour les malades, et qui, s'il répond à l'opinion du rapporteur, paraît être destiné à remplir une indication jusqu'à présent restée à l'état de *desideratum* ; le second, sur un compte rendu de service médical de chemins de fer, qui renferme aussi d'utiles enseignements pour l'hygiène et la prophylaxie ; enfin, deux présentations — toutes deux intéressantes à différents titres —, l'une au point de vue tératologique, l'autre comme un exemple de brillant succès opératoire. Telle a été, en deux mots, la séance d'hier.

Il n'est pas une seule de ces communications, y compris même les rapports de M. Robinet sur les remèdes secrets, qui ne fût de nature à fournir matière à quelques considérations qui trouveraient naturellement ici leur place. C'est devant cette abondance même que nous reculons ; et dans la crainte d'être nécessairement long et insuffisant tout à la fois, si nous voulons dire un mot de chacune de ces communications, ou, si nous entrons dans quelques développements sur l'une d'elles, de paraître lui sacrifier les autres, nous croyons agir sagement en renvoyant nos lecteurs au compte rendu. — Dr Brochin.

La mort semble s'abattre depuis quelque temps sans pitié sur notre corps médical : M. le président a annoncé hier à l'Académie, et toute l'assistance a appris avec une douloureuse surprise, la mort de M. Amussat, dont on avait eu à peine le temps d'apprendre la maladie. Membre de l'Académie de médecine, où il avait été admis très-jeune encore et avant même d'avoir acquis le grade de docteur, chevalier de la Légion d'honneur, M. Amussat n'occupait aucune place officielle ; mais personne n'ignore la belle position qu'il avait su conquérir comme praticien et surtout comme chirurgien, quoiqu'il n'eût jamais appartenu aux hôpitaux.

Ce n'est pas le moment d'énumérer les nombreux travaux qui lui avaient valu la légitime célébrité dont il jouissait depuis longtemps. Les titres scientifiques de M. Amussat sont assez importants pour mériter une appréciation plus étendue que celle que nous pourrions faire en ce moment. Mais ce que nous ne saurions ajourner, c'est l'expression du profond regret que nous inspire cette perte prématurée. Ce sentiment sera partagé par tous ceux qui ont vu de près M. Amussat, et qui ont pu apprécier les excellentes qualités qui lui avaient attaché tant d'amis et qui l'avaient entouré d'une famille de médecins que sa mort plonge dans le deuil et la douleur.

M. Amussat était à peine âgé de soixante et un ans. Il laisse un fils que tous les médecins connaissent déjà, et un vénérable père dont il était l'appui et l'orgueil, et pour qui cette perte sera un coup bien cruel.

Ses obsèques auront lieu demain vendredi 16, à onze heures. On se réunira à la maison mortuaire, quai Malaquais, 17.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De l'impuissance.

En abordant aujourd'hui l'étude de l'impuissance, j'ai pour but de soumettre à votre examen une question aussi délicate qu'importante. La maladie dont je vais traiter est nouvellement connue ; elle peut, quelle que soit sa nature, se présenter tous les jours au praticien. Chacun comprendra donc combien il est nécessaire d'être au courant de la science sur ce point, car il ne s'agit rien moins pour l'homme que de la perte complète de la santé pendant de longues années et même de la mort, et pour le médecin d'une méprise cruelle, ou bien au contraire de la cure complète d'un mal qui semblait irrémédiable.

Seulement je serai forcé dans cette conférence d'appeler les choses un peu par leur nom ; l'exposé des faits sera conçu le plus possible en termes avouables ; mais l'enseignement de la clinique a son côté brutal, et, comme je ne parle point à des gens du monde, je ne déguiserai pas ma pensée pour me donner la mince satisfaction de rendre mes paroles plus chastes.

Une perte séminale est un flux de semence involontaire, un écoulement de sperme sans aucune provocation érotique ou sans provocation érotique *suffisante*. Un individu a un bol excrémentitiel d'un certain volume accumulé dans le gros intestin ; il fait de violents efforts pour l'expulser, et finit par triompher de la résistance du sphincter. Ce bol a pressé sur la prostate et les conduits éjaculateurs ; il a exercé une pression excessive sur les vésicules séminales, et, au moment de son rejet au dehors, il a sollicité une émission de sperme. Cela est du domaine de la pathologie, car dans l'état normal, et chez ceux mêmes qui sont affectés de constipation opiniâtre, ces parties, en vertu de leur élasticité, luttent énergiquement contre le difficultueux passage de matières dures, et il ne se produit rien d'analogue.

Un autre individu laisse échapper dans le premier jet de l'urine, mais surtout avec les dernières gouttes de l'excrétion rénale, un liquide épais, gluant, visqueux, s'arrêtant quelquefois à l'ouverture du gland ; la consistance est caractéristique, l'odeur *sui generis*, et l'observation microscopique reconnaît des animalcules bien conformés et vivaces.

Voilà deux exemples de flux de semence sans provocation érotique.

Pour qu'il y ait éjaculation, il faut un acte préalable d'une durée quelconque ; car, si vifs que soient les désirs chez un homme jeune et continent, il ne s'ensuit pas une évacuation spermatique, alors même qu'il se trouve placé auprès de la personne qui provoque ces dispositions. Des attouchements voluptueux du pénis et de lascives caresses entraînent une perte séminale, mais il n'y a pas eu provocation érotique *suffisante*.

Chez des hommes très-réservés dans les plaisirs de l'amour, les pollutions nocturnes, résultat ordinaire de rêves lascifs, sont, lorsqu'elles ne reviennent qu'à d'assez longs intervalles et lorsqu'elles ne laissent pas après elles un trop grand sentiment de faiblesse ou d'autres symptômes inquiétants, un signe de santé et de puissance, et non de faiblesse et de maladie. Mais si elles se succèdent rapidement, plusieurs fois par semaine, par exemple ; si le sujet reste dans un état marqué de langueur, s'il a moins d'aptitude au travail, en un mot s'il présente à un certain degré les symptômes généraux dont nous allons parler, la santé finit et la maladie commence. Là encore il n'y a pas provocation érotique suffisante.

En voulant introduire le membre viril dans les organes génitaux de la femme, certains individus éjaculent immédiatement, et bientôt l'érection cesse. C'est toujours un flux involontaire de semence, parce qu'il n'y a pas eu une excitation à l'amour convenable et que l'intromission du pénis doit se prolonger pendant un certain temps. Toutes les fois que vous serez prévenu d'un état de choses semblable, questionnez et observez bien votre client.

De ces écoulements du sperme pendant la défécation et la miction, de ces pollutions diurnes et nocturnes, quelles peuvent être les conséquences ? M. le professeur Lallemand, bien qu'en ayant exagéré les suites que laissent après elles les pertes séminales, n'a pas peu contribué à jeter une très-vive lumière sur la question. Il a regardé l'écoulement involontaire du sperme comme favorisant le développement de névropathies variées et de vésanies diverses, et il a eu raison ; mais son tort consiste à avoir singulièrement amplifié l'importance de cette cause ; il lui attribue, en effet, l'invasion d'une foule de maladies.

Il y a un aphorisme qui dit : *Omne animal post coïtum triste.* La même idée, plus poétiquement exprimée, se retrouve dans le vers suivant :

Læta venire Venus, tristis abire solet.

Il est de fait qu'après le coït l'homme est ordinairement fatigué et triste. S'il répète souvent l'acte générateur, son corps est abattu, son esprit est moins libre, et toutes ses facultés intellectuelles sont moins vives. Presque aussitôt après la copulation, la verge perd sa roideur, et il faut de nouvelles excitations et un certain intervalle pour que l'érection se reproduise ; il y a alors frigidité, mais frigidité relative, puisque, un quart d'heure auparavant, *vir erat potens.* De là à l'impuissance il n'y a qu'un pas, car l'impuissance n'est que la frigidité continuée.

Alors même que les pertes séminales n'ont pas été accompagnées du spasme cynique, elles n'en sont pas moins une cause énergique d'épuisement et de langueur. Chez la femme, où il se manifeste avec autant et même quelquefois avec plus de violence, le spasme cynique peut être ressenti un nombre de fois presque illimité dans un jour sans qu'il s'ensuive des troubles appréciables dans l'état général. Ce n'est donc pas ce qui constitue le caractère étiologique de l'impuissance, mais c'est l'évacuation involontaire elle-même. Ce qui le prouve bien, c'est que dans les pollutions nocturnes il n'y a point spasme cynique ; et cependant, quand elles sont fréquemment répétées, elles finissent par enlever à l'individu le pouvoir de se reproduire.

Voyons maintenant ce qui différencie la frigidité de l'infécondité. Et d'abord, écoutez la relation de ce fait authentique :

Au commencement du règne de Louis XIV, une dame intenta un procès à son mari, l'accusant de ne pas pouvoir cohabiter. En présence de matrones, *congressus juridicus*, les deux époux tentèrent l'acte conjugal, et le mari essuya la honte d'une défaite. Ils divorcèrent. Ce même homme, atteint et convaincu d'impuissance, se remaria, et il eut sept enfants.

Cette anecdote peut, je le sais, prêter à de gais et plaisants propos, et cependant il en ressort un fait très-sérieux, à savoir qu'un individu réputé impuissant peut être plus fécond qu'il ne le pense lui-même, si, malgré une érection incomplète, et malgré aussi une éjaculation précipitée au moment de l'intromission du pénis, son sperme est pourvu de propriétés fécondantes.

Or, les matrones ont déclaré ce mari infécond sur le simple vu de son peu d'apparence physique au coït, et cependant, ainsi que la suite l'a prouvé, il était assez bien dans le cas d'augmenter sa famille.

D'autres individus, au contraire, très-amoureux, très-excités auprès d'une femme, et se montrant des plus vigoureux, n'ont souvent pas d'enfants.

Les malades affectés de pertes séminales ont l'humeur triste et morose ; ils éprouvent des maux de tête, des vertiges, de l'affaiblissement de la vue, et tombent souvent dans un état habituel de mélancolie hypocondriaque. En outre, on voit survenir chez eux des paralysies, et notamment des paraplégies, des troubles nerveux très-divers, mais moins fréquemment encore que ne l'a avancé M. Lallemand.

Quel est l'organe sécréteur du sperme ? A quoi bon cette question, allez-vous me dire ; n'est-ce pas le testicule ? Non, ce n'est pas le testicule. Vous liez le canal déférent chez le bélier, cet animal salace par excellence, et vous isolez complétement le testicule ; l'accouplement se fait néanmoins avec la même énergie, et l'éjaculation est aussi abondante qu'elle était précédemment. Chez l'homme, qu'une blennorrhagie vienne à tomber dans les bourses, l'épididyme s'indure, l'origine du canal déférent se ferme, les mêmes désirs et les mêmes aptitudes vénériennes subsistent, l'éjaculation a lieu, le sperme est en quantité égale, mais l'individu reste infécond, et le bélier de tout à l'heure ne l'est pas moins que lui. Cela tient à ce que les vésicules séminales sécrètent la liqueur spermatique, et que le testicule sécrète les animalcules. Les travaux de M. Gosselin ont parfaitement élucidé ce point important d'anatomie physiologique. Nous comprenons maintenant comment il peut se faire que des hommes jeunes et forts, athlètes vigoureux dans les déduits d'amour, accusent si souvent leurs femmes de stérilité ; elles sont si peu inféconde la plupart, que si elles viennent à se mettre sur la conscience un péché conjugal, elles conçoivent sans retard. Les maris ont l'épididyme induré, ils sont inféconds, et voilà une cause de la stérilité de la femme toute trouvée.

Le vieillard caduque qui fléchit sous le poids de l'âge et qui touche presque à son siècle, bien qu'il n'ait point eu la verge rigide et qu'il n'ait pas éjaculé depuis un grand nombre d'années, quarante ans, par exemple, a encore la voix grave de l'homme et les formes anguleuses du mâle. Qu'il ait subi, au contraire, la castration à soixante-dix ans, sa barbe et ses cheveux tombent, sa voix change et prend le timbre de celle d'une vieille femme. Le testicule, cependant, ne lui était plus bon à rien ; mais c'est que cet organe marque et constitue la virilité chez ceux mêmes qui ne se servent pas ou qui ne font plus usage de ses attributs. Voyez ces poulets que l'on chaponne pour le plaisir de nos tables ; qu'on leur laisse par hasard un testicule, savez-vous ce qu'il en arrivera ? Le testicule se greffera dans la cavité abdominale, et l'animal restera coq ; seulement, les œufs des poules seront clairs.

Dans une stomatite, les glandes salivaires sécrètent avec abondance ; dans une irritation du col de la vessie, les reins font de même, et la quantité d'urine expulsée est notablement augmentée ; dans une inflammation intestinale, le foie et le pancréas produisent un flux plus considérable de bile et de fluide pancréatique ; dans certaines affections légères, le rôle des muqueuses nasale et oculaire est manifestement exagéré. Eh bien, dans l'irritation du vé-

rumontanum, de la membrane muqueuse prostatique et de l'entrée des vaisseaux éjaculateurs, la même chose a lieu : il y a augmentation de sécrétion et flux très-abondant de liquide spermatique. M. le professeur Lallemand pensait que dans un cas donné de perte involontaire de semence il y avait toujours irritation du vérumontanum et de la muqueuse prostatique. C'est ainsi qu'il s'expliquait l'appel du sperme.

Quand l'urine s'échappe pendant la nuit de la vessie d'un enfant sans la participation de la volonté, on constate ce que M. Bretonneau a signalé: c'est qu'il y a une contractilité de la vessie beaucoup plus énergique que pendant le jour, alors que les urines étaient retenues, et que l'enfant (c'est l'expression consacrée) *pisse plus roide.* Dans le sommeil, il y a un état d'éréthisme du côté de la vessie, une espèce d'érection du muscle vésical qui se contracte contre le peu de liquide contenu: d'où incontinence d'urine. C'est là un acte du premier temps de la nuit, et qui se passe presque toujours une heure ou deux heures après le coucher. La même chose peut très-bien avoir lieu pour les vésicules séminales : un individu éprouve dans cette région ce dont l'enfant est affecté pour la vessie, l'incontinence de sperme est analogue à l'incontinence d'urine, et là où il y a un sphincter inerte, une vessie inerte, il y a des vésicules séminales inertes, des vaisseaux éjaculateurs inertes.

Les pertes séminales, singulièrement méconnues avant Lallemand, étaient empiriquement soignées ; mais de nos jours, que cette maladie a pris place dans le domaine de la pathologie, on s'en est consciencieusement occupé. Les divisions suivantes ont été établies :

1° Pertes séminales provenant d'une irritation chronique de la prostate ou de la portion prostatique de l'urètre ;

2° Pertes séminales spasmodiques analogues aux pertes nocturnes d'urine ;

3° Pertes séminales passives répondant aux pertes diurnes d'urine chez les enfants.

Ces divisions ont été établies parce qu'elles ont paru être l'expression des faits observés, et aussi parce qu'elles conduisent à des conséquences thérapeutiques d'une certaine importance. Lallemand, en se plaçant à son point de vue, pensait que toute médication modifiant l'irritation urétrale était susceptible de prévenir les écoulements involontaires de sperme. Il avait remarqué, chez un très-grand nombre de malades que les pertes séminales survenaient après une blennorrhagie mal guérie, et que beaucoup d'hommes finissaient ainsi par devenir frigides et impuissants ; pour lui, je le répète, la phlegmasie chronique de la muqueuse urétrale était la cause occasionnelle de l'affection qui nous occupe. Malgré toutes les exagérations qu'il renferme, on est forcé de reconnaître dans le livre de Lallemand que ce professeur a dû retirer d'utiles effets de sa médication, qui consistait à cautériser à l'aide de la sonde cachée. Lorsque la cautérisation s'était montrée impuissante, il avait recours aux préparations anti-blennorrhagiques, aux lavements avec la térébenthine, le copahu, le cubèbe, à l'injection de goudron dans la vessie, etc. ; grâce à l'emploi de ces moyens, les pertes séminales se modifiaient presque toujours et guérissaient souvent.

Lallemand a eu le tort, tout en ne méconnaissant pas que l'écoulement involontaire du sperme pût être déterminé par une autre cause que la phlegmasie urétrale chronique, d'avoir accordé à cette dernière une influence hors de proportion. Il ne faisait rien contre les spasmes des vésicules séminales ; tandis qu'il faut agir sur elles, soit à l'aide de préparations médicamenteuses à l'intérieur, soit à l'aide de moyens physiques internes. La belladone à la dose de 1 à 5 centigrammes, administrée avant le coucher, constitue une médication puissante et constamment utile dans les cas de pertes nocturnes d'urine, et comme elles ne sont pas sans une certaine analogie avec les évacuations spermatiques involontaires, il s'ensuit que la même médication réussit dans un assez grand nombre d'occasions.

Quant aux moyens mécaniques, il faut, pour qu'ils rendent des services réels, qu'ils aillent lutter contre la contractilité exagérée des vésicules séminales, et aider à la résistance des vaisseaux éjaculateurs.

En 1825, époque à laquelle j'étais interne à la Maison royale de Charenton, M. le docteur Bleynie, médecin adjoint de l'établissement, me parla d'un de ses clients atteint d'impuissance, qui, amorcé par les séduisantes promesses des trompeuses annonces de la quatrième page des grands journaux, avait été trouver un charlatan, qui l'avait guéri en lui introduisant dans l'anus une espèce d'embout de buis qu'il lui avait fait porter. Je crus à quelque ignoble manœuvre pour exciter des sens assoupis, à quelques polissonneries comme en imaginent les vieux libertins dans les mauvais lieux, et je n'en tins aucun compte. Dix ans plus tard, en 1835, j'eus maille à partir avec un jeune homme de vingt-six ans, atteint d'une désespérante frigidité, et possédé d'une irrésistible envie de se marier. Le voyant plongé dans une profonde mélancolie, et apprenant qu'il nourrissait très-sérieusement des idées de suicide, je cherchai mille moyens de lui porter secours. C'est alors que je me ressouvins de la cure merveilleuse dont m'avait autrefois parlé M. le docteur Bleynie. Aussitôt j'imaginai une espèce d'embout ; je prescrivis à ce jeune homme de le porter dans l'anus, en maintenant l'appareil par des serviettes. A peine quinze jours s'étaient-ils écoulés que plusieurs érections avaient apparu, et que les pertes séminales étaient devenues plus rares. Mon client se maria, et put se tenir à la hauteur de ses devoirs conjugaux ; il vit encore, et n'est pas impuissant.

Je m'évertuai à saisir l'interprétation de ce fait, et je ne tardai pas à comprendre que le charlatan employait un moyen dont il était loin de deviner la portée, absolument comme M. Jourdain, qui faisait de la prose sans le savoir. En effet, l'embout pressant nécessairement et immédiatement sur la prostate et les vaisseaux éjaculateurs, il empêche les pertes séminales spasmodiques.

Depuis cette époque, j'ai revu beaucoup de malades atteints de la même affection, et à mesure que ma barbe blanchit j'en vois davantage, car ce n'est pas à un jeune médecin que l'on va en général confier l'aveu d'une infirmité regardée comme honteuse; on va ordinairement chez un vieux praticien, toujours plus indulgent pour ces sortes de misères. Ils sont d'ailleurs si bien faits pour s'entendre !... Eh bien, je déclare que le même procédé m'a donné des résultats souvent heureux.

Un peu à l'imitation de ces appareils employés pour soutenir des hémorrhoïdes, j'avais fait confectionner une ceinture élastique munie d'une tige métallique très-mince et également élastique, au bout de laquelle était fixé un cône tronqué en ivoire pénétrant dans le rectum et maintenu en avant par deux attaches fixées à la ceinture. Ce cône se trouvait disposé d'une manière très solide et ne gênait pas beaucoup, vu la grande élasticité de toutes ses parties. D'ailleurs, quand l'anus se trouvait offensé, je faisais recouvrir l'ivoire de gimblettes en caoutchouc. Je désirai plus tard améliorer l'appareil et apporter quelques modifications à la forme du cône à introduire. C'est alors que M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, imagina une espèce d'embout représentant assez bien une olive allongée; c'était déjà une notable amélioration; mais nous pensâmes ensuite, je me trompe, M. Mathieu pensa (à tout seigneur, tout honneur) qu'il serait peut-être possible de se passer complétement du bandage de corps, et de fixer le bondon sans qu'il fût besoin de liens. Pour cela, il donna à l'embout la forme ci-contre. Aux points A et D se trouve une ouverture permettant le libre passage des gaz; la partie A B C est introduite dans le rectum, et le sphincter de l'anus vient étrangler fortement le point C, et s'oppose ainsi au déplacement de l'instrument. La partie C D reste en dehors de l'orifice anal. L'embout, maintenu de cette façon dans le rectum, presse sur la prostate et sur les vésicules séminales, et il suffit très-souvent de ce mode de compression pour voir s'arrêter, après une semaine ou deux, des écoulements involontaires de sperme, pour rendre à un homme frigide ses anciennes aptitudes viriles, et pour dissiper des accidents quelquefois inquiétants du côté des facultés morales et intellectuelles.

Je ne recommande pas seulement ce petit appareil pour combattre les pertes séminales involontaires, mais je le conseille encore contre l'incontinence nocturne d'urine. J'ai vu, par l'emploi de ce moyen, la vessie reprendre sa tonicité normale, et j'ai été ainsi témoin de la guérison d'une infirmité des plus incommodes, d'une maladie des plus malpropres. Il va sans dire que cette espèce d'embout ne saurait s'appliquer aux filles. Chez elles, et dans des cas d'incontinence d'urine, il pourrait peut-être s'introduire dans le vagin en même temps qu'une petite pelote serait ajustée sur le méat urinaire; mais vous pressentez qu'il ne faudrait en venir là qu'à *la dernière extrémité*, et alors que la belladone et que toutes les ressources thérapeutiques de quelque valeur auraient échoué; car la défloration d'une fille est toujours un fait grave, et le médecin ne doit en prendre la responsabilité que lorsqu'il a tenté, pour la prévenir, tout ce qui est scientifiquement possible.

Je vois très-fréquemment dans les consultations mes confrères conseiller des bains de siége froids, et je ne manque jamais, moi, d'en prescrire de très-chauds. Je dis, en outre, à mes malades : « Faites chauffer à une température telle que la main puisse l'endurer avec peine 2 ou 3 kilos de sable fin dans un plat, mettez-le dans une serviette, que vous nouerez bien, et appliquez-vous ce sachet à l'anus, au périnée, sur les bourses et le pénis. Conservez cette application une demi-heure, jusqu'à équilibre de température, et recommencez de même le lendemain matin en vous levant. » Je ne connais pas d'antiphlogistique plus énergique que le calorique, pas d'irritant plus sévère que le froid. Si vous venez à mettre la main gauche dans de l'eau chaude et la main droite dans de l'eau froide, l'une (la main gauche) sera glacée toute la journée, tandis que l'autre (la main droite) restera chaude. Lorsque le calorique est appliqué pendant quelque temps sur une partie du corps, il donne lieu à une réaction en sens inverse.

De même les bains de mer sont des moyens puissants pour porter la congestion vers la peau, et les bains chauds répétés ne sont que des agents susceptibles d'en éteindre la sensibilité exagérée. Les médecins spéciaux des affections cutanées attaquent un eczéma du visage par des douches chaudes réitérées pendant deux mois. Ils mettent du calorique en contact avec la face, l'eau froide donnant l'eczéma, ce que l'hydrothérapie prouve péremptoirement. Envoyez des rhumatisants à Néris, ils guériront; de même à Luchon, à Chaudes-Aigues, à quelque eau minérale que ce soit, pourvu que la température en soit élevée.

L'action du calorique est coercitive, antiphlogistique; l'action du froid est phlogistique et fluxionnaire. Ce fait est inscrit très-haut dans les fastes hygiéniques. Le pâtissier, le boulanger et le cuisinier qui passent plusieurs heures par jour devant des fours chauffés à 70 degrés, exposés ainsi à un rayonnement terrible, ont-ils la figure rouge ? Dans l'acte de leur profession, cela est possible, mais après ? Les ouvriers qui coulent la gueuse, qui martellent le fer au sortir du fourneau ont-ils le teint coloré ? Oui, lorsqu'ils sont en présence du feu, mais le matin et le soir voyez comme ils sont pâles et blêmes. C'est qu'à la fluxion succède la défluxion.

Ce n'est donc pas, vous le voyez, pour faire de la contradiction aux autres, car je ne suis pas contredisant de ma nature, que je fais remplacer le froid par le chaud, mais c'est parce que j'ai réellement de puissants motifs pour cela. En général, toutes les fois que j'entends parler d'un moyen thérapeutique quelconque, je m'inquiète peu de la source où il a été puisé; seulement je me mets à le tourner et à le retourner en différents sens dans mon esprit, et je tâche de le comprendre. S'il me paraît bon et utile, je l'applique; s'il réussit, je le préconise. Peu m'importe qu'il vienne d'un charlatan, si le procédé vaut quelque chose. Je n'ai pour l'homme que le plus suprême dédain, que le plus profond mépris, mais je m'attache à l'œuvre qui peut profiter à mes semblables.

Un très-recommandable médecin, M. le docteur Lebatard, fut très surpris il y a quelque temps de voir tous ses malades atteints d'entorses guérir entre les mains d'un certain industriel. Il se fit rendre compte de la manœuvre opératoire mise en usage, il en saisit le sens et la portée, et, à l'imitation du rebouteur, il se mit à pétrir le pied jusqu'à complète disparition de l'œdème, et ses malades de marcher et de guérir. M. Lebatard est un fort honnête praticien ; il a publié le fait. C'est ce que j'appelle faire une œuvre utile.

Je reviens à l'emploi du calorique dans le traitement des pertes séminales, et je répète que, lorsque cet agent est appliqué pendant quelque temps sur une partie du corps, il donne lieu à une réaction en sens inverse. Les écoulements de la liqueur spermatique se trouvent peut-être sous son influence augmentés la première et la seconde nuit, mais ils diminuent ensuite rapidement, et les érections sont de plus en plus fermes. L'appareil compresseur et le calorique sont donc des adjuvants des moyens dont se servait le professeur Lallemand.

Quand les pertes séminales se produisent par relaxation, que vous aurez constaté s'il n'existe point d'affection calculeuse, il vous faudra avoir recours contre cette incontinence passive du sperme aux bains froids et à un régime hydro-thérapeutique. Cet état est diamétralement opposé au précédent, il n'est pas étonnant qu'une médication toute différente réussisse. Vous pourrez prescrire à l'intérieur des préparations de noix vomique, faire appliquer le petit appareil compresseur, etc. A la suite d'évacuations réitérées de sperme, il aura pu survenir des désordres nerveux tellement graves qu'ils subsistent après la cure de l'affection locale, cause prochaine de ces accidents. C'est une complication toujours très-malheureuse, et il vous faudra faire appel aux lumières d'hommes spéciaux pour combattre ces monomanies avec hypocondrie et tendance au suicide, ces paraplégies et ces paralysies générales, qui se montrent si souvent en pareil cas.

Si vous mettez toute votre attention à bien traiter les pertes séminales, vous ne tarderez pas à voir que vous les soulagerez presque toutes et que vous en guérirez le plus grand nombre. Seulement tenez-vous en garde contre ces malades très-rapidement améliorés qui chantent trop tôt l'hymne de la victoire et qui vous entretiennent avec emphase de leurs aptitudes récupérées, de leurs prouesses accomplies; car ceux qui ont été exposés à un flux de semence non provoqué courent de grands risques, et s'ils ne se ménagent point, ils voient tôt ou tard réapparaître tout le cortége d'infirmités que nous avons pris le soin d'énumérer. En pareille circonstance, vous ferez bien, vous médecins, de faire reprendre préventivement à vos clients la médication qui vous aura réussi une première fois, et de la faire continuer pendant une quinzaine de jours deux ou trois fois par an. Croyez-m'en et croyez-en le proverbe : *La prudence est la mère de la sûreté.* H. L. DU S.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Cours de séméiotique cutanée, suivi de leçons théoriques et pratiques sur la scrofule et les teignes (1).

I. *Causes et nature.* — La cause immédiate des affections cutanées, auxquelles je donne le nom de teignes, est un champignon parasite.

Les végétaux dermophytiques sont des champignons de la classe la plus inférieure ; ils appartiennent tous, d'après M. Ch. Robin, à deux tribus des arthrosporées, connues sous les noms de *torulacées* et *oïdiées* : aux torulacées se rapportent les genres tricophyton et microsporon ; aux oïdiées, l'oïdium et l'achorion.

La structure de ces champignons est bien simple ; ceux d'entre vous qui seraient désireux de la connaître n'ont qu'à lire l'ouvrage remarquable de M. Ch. Robin *sur les végétaux qui croissent sur l'homme et sur les animaux vivants.* Rien d'ailleurs n'est plus facile à voir avec le microscope que les champignons du favus et de la teigne tonsurante ; dans un instant je vous les montrerai, et il vous sera facile d'apprécier par vous-même l'exactitude des descriptions qu'en ont données les auteurs.

Cependant, quelle que soit l'importance des travaux microgra-

(1) Suite. — Voir les n°s des 26, 28 juillet; 21 août; 4, 22 septembre; 20 novembre; 1er décembre 1855; 31 janvier; 7 février; 4, 11 mars; 12, 22, 26 avril et 8 mai 1856.

phiques de nos contemporains, je puis dire, sans crainte de me tromper, que l'histoire naturelle des végétaux dermophytiques est à peine ébauchée. L'étude des modifications que les champignons subissent aux divers âges de la maladie et de celles que leur impriment les conditions différentes des milieux dans lesquels ils vivent reste complétement à faire.

Les teignes sont des affections essentiellement contagieuses; elles ne sont point héréditaires.

La contagion des teignes s'effectue comme celle de la variole :

1° Par le contact direct : application de la partie qui doit être contagionnée sur la partie affectée de teigne. C'est ainsi qu'un enfant qui couche avec un teigneux peut contracter directement sa maladie par un contact immédiat; c'est ainsi que se transmet dit rectement la teigne tonsurante de la face sur le dos des mains et des poignets.

2° Contact médiat : par l'intermédiaire d'un corps sur lequel a été déposé le principe contagieux, le bonnet ou la casquette d'un teigneux; le rasoir du barbier pour la transmission du tricophyton; mais, dans ce dernier exemple, on conçoit qu'il peut y avoir non-seulement contact, mais encore inoculation du principe contagieux.

3° Par l'air atmosphérique qui sert de véhicule au principe contagieux. Les sporules, qui n'ont que 3 à 4 millièmes de millimètre, voltigent dans l'air et s'insinuent à travers les pores de l'épiderme, ou bien tombent sur une partie où cet épiderme a été détruit par les ongles. C'est ce mode de contagion que les auteurs appellent la spontanéité, le développement spontané de la teigne.

4° Enfin, les teignes se communiquent par inoculation. Le teigneux qui gratte avec l'ongle une partie couverte de favus peut, en grattant ensuite une partie saine de la peau, insérer sous l'épiderme quelques parcelles de matière faveuse adhérente à l'ongle, et transporter ainsi le mal par inoculation de la tête sur une autre région du corps.

Mais l'inoculation peut se faire à volonté à l'aide de la lancette. Je n'ai encore inoculé de cette manière que le favus : les résultats que j'ai obtenus me font croire qu'il en serait de même pour les autres espèces de teignes.

Nous ne connaissons réellement le favus inoculé que depuis nos dernières expérimentations. M. Deffis a suivi sur lui-même et sur les deux infirmiers épileurs de l'hôpital Saint-Louis, jour par jour et pour ainsi dire heure par heure, la marche du favus inoculé. Cet habile observateur a démontré d'une manière irrévocable l'existence du favus épidermique, le seul qui se produise 9 fois sur 10 à la suite de l'inoculation. Quant au godet, il ne peut se former que si la pointe de la lancette dépose la sporule sur l'orifice dermique du follicule à l'extrémité de la membrane capsulaire interne.

Les auteurs ont beaucoup parlé des expériences de Gallot sur l'inoculation du favus. J'étais désireux de savoir à quoi m'en tenir sur la valeur de ces expérimentations, et, après avoir lu la brochure de Gallot sur la teigne, je puis vous assurer que ses expériences sont nulles et de nulle valeur; elles se réduisent à quelques anecdotes qui ne peuvent en aucune façon servir à composer l'histoire du favus inoculé.

D'un autre côté, Alibert prétendait que l'inoculation favique n'avait jamais réussi. Les élèves de cet hôpital qui, à diverses époques, ont tenté de s'inoculer la teigne, ne l'ont fait qu'en tremblant, redoutant avec juste raison de se donner volontairement une hideuse maladie que les maîtres eux-mêmes déclaraient incurable; aussi se hâtaient-ils de cautériser profondément le point inoculé à la première apparition du plus petit phénomène d'inflammation locale.

J'ai ici, sur une note qui m'a été remise par M. Deffis, toute l'histoire de l'inoculation favique. C'est une relation minutieusement exacte de la marche du favus d'inoculation depuis le moment de l'insertion sous-épidermique jusqu'à l'époque de la chute spontanée de la croûte faveuse.

Voici le résumé des trois observations recueilies par M. Deffis :

Obs. I. — *Favus épidermique.* 4 novembre 1853, inoculation du favus; cinq piqûres sur la partie dorsale et inférieure de l'avant-bras gauche; formation d'ecchymoses qui ont duré 5 jours, jusqu'au 10 exclusivement; persistance de deux petites rougeurs inflammatoires sur deux piqûres; progression incessante de ces deux petites rougeurs du centre à la circonférence, jusqu'au moment de leur réunion, qui a lieu le 24, vingt jours après l'inoculation.

Le 25, vingt et unième jour, apparition d'un point jaune, favique, sur chacune des deux piqûres.

Du 25 au 30, formation d'une croûte mince, blanche, parcheminée, striée de jaune sur toute l'étendue de la rougeur. A partir du 30, vingt-sixième jour de l'inoculation, la croûte épidermo-favique a commencé à se détacher légèrement et à devenir plus jaune, sans dépasser les limites de 1 centimètre et demi. Elle a persisté ainsi, en se fendillant et en tombant par petites parcelles jusqu'au 14 janvier 1854, où tout vestige de favus a disparu pour ne plus reparaître. Durée du favus à partir de l'inoculation : deux mois et dix jours.

Obs. II. — *Favus épidermique.* Inoculation du favus à la jambe gauche le 12 mars 1855. Sur trois piqûres qui ont été faites avec la lancette, une seule a donné du favus, sous forme de lamelle mince, laquelle est tombée d'elle-même le 14 avril suivant, après avoir acquis le volume d'une grosse lentille. Il n'y a pas eu de reproduction favique. Durée du favus : un mois et deux jours.

Obs. III. — *Favus pileux.* Le 17 mars 1855, inoculation du favus à la jambe droite. Une seule piqûre, sur deux qui avaient été faites, a donné du favus.

Le 28 avril suivant, nous avons trouvé un petit godet très-bien formé, traversé au centre par un poil. Il s'est détaché de lui-même dans le courant de mai. L'apparition de ce godet avait été précédée d'une pustule. Il n'y a pas eu de reproduction favique.

Causes prédisposantes. — L'âge, le sexe, la constitution, certaines maladies, notamment la syphilis et la scrofule, exercent une influence assez grande, et qu'il importe de connaître, sur le développement des teignes.

C'est de cinq à dix ans que se manifeste le plus ordinairement la teigne faveuse, qui cependant peut apparaître à tous les âges de la vie.

La teigne tonsurante se montre à toutes les périodes de l'existence : mais l'âge a ici une influence très-grande sur la détermination du siége.

Dans l'enfance, elle a son domicile sur le cuir chevelu. C'est la teigne tondante ou l'herpès tonsurant des enfants.

Dans l'âge adulte, on l'observe sur la face et le col, le dos des mains, les parties sexuelles et généralement sur toutes les parties du corps.

La plupart des mentagres ne sont autre chose que de la teigne tonsurante qui survient dans l'âge adulte, parce qu'à cette période de la vie chez l'homme le système pileux de la face a acquis son entier développement. On la rencontre aussi chez la femme, mais sous les aisselles et sur les parties sexuelles, bien rarement à la face et sur les autres parties du corps, ou bien alors, si elle s'y déclare, elle ne subit pas toutes ses évolutions. L'herpès circiné apparaît, mais il n'est pas suivi de *pityriasis alba*, ni d'éruption mentagreuse. La teigne tonsurante avorte, faute d'un aliment suffisant pour le développement du végétal parasite.

Biett avait été conduit par l'observation à admettre deux variétés d'herpès circiné : l'une contagieuse, l'autre non contagieuse. Cette division a été maintenue par M. Cazenave, qui a décrit la variété contagieuse sous le nom d'herpès tonsurant. Or nous savons aujourd'hui que cette distinction est radicalement fausse, en tant qu'elle s'applique à l'herpès, qui ne saurait être contagieux dans aucun cas, mais qu'elle est vraie dès qu'on l'applique au champignon parasite dont l'herpès n'est que le signe avant-coureur. Eh bien, si l'herpès se manifeste sur des régions où les poils ne sont en quelque sorte qu'à l'état rudimentaire, la teigne tonsurante avorte, en même temps que l'affection perd son caractère contagieux. C'est ce qui arrive souvent chez les femmes et les enfants quand l'herpès circiné a son siége sur la face, le cou, la poitrine, etc.

Frappé de ce fait d'observation, comme les auteurs dont je viens de parler, que tantôt l'herpès est contagieux, que tantôt il ne l'est pas, et ne possédant pas encore l'explication très-naturelle de ce fait, j'avais cru, moi aussi, à l'existence d'un herpès circiné simple que je n'admets plus aujourd'hui. Tout herpès circiné est maintenant, pour moi, le signe de la germination du tricophyton.

Les teignes mentagrophytique, achromateuse et décalvante sont des maladies de l'adolescence et de l'âge mûr.

Le favus et la teigne tonsurante sont des affections beaucoup plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, sans doute parce que l'homme est plus exposé à la contagion.

Nous n'avons observé qu'une seule fois, chez la femme, la teigne mentagrophytique. Toutes nos observations de teignes achromateuses ont eu lieu sur des sujets du sexe masculin. Quant aux décalvantes, elles se partagent à peu près également entre l'un et l'autre sexe.

La constitution ne paraît avoir qu'une faible influence sur la production des teignes. Beaucoup de nos teigneux sont des sujets forts et bien constitués. Un mauvais régime, une alimentation insuffisante et de mauvaise qualité, la misère, la malpropreté, l'habitation dans des lieux bas et humides, favorisent singulièrement la production des teignes, notamment celle du favus. Ce sont ces conditions qui les rendent endémiques dans certaines localités.

On rencontre les teignes dans toutes les classes de la société, mais non toutes indistinctement. Le favus attaque surtout la classe inférieure, l'achromateuse se montre peut-être de préférence dans la classe élevée, et les tonsurante et décalvante sont les teignes des classes intermédiaires.

Enfin, je ne peux oublier de vous signaler au nombre des causes prédisposantes la syphilis et la scrofule. Vous avez pu vous convaincre en examinant les malades de mon service qu'un très-grand nombre de teigneux sont en même temps scrofuleux. Vous avez pu voir aussi que la teigne tonsurante, que la teigne décalvante se rencontraient fort souvent avec la syphilis ou sur des sujets qui avaient été atteints de maladie vénérienne. Quand l'alopécie dite syphilitique ne dépend pas d'une syphilide du cuir chevelu ou d'exostoses crâniennes, elle est presque toujours liée à la présence d'un végétal dermophytique.

INFLUENCE DU QUINQUINA SUR L'UTÉRUS FÉCONDÉ OU NON.

M. Cochran a constaté que le quinquina et les sels de quinine exerçaient une influence sur l'utérus; que chez les femmes qui étaient sous cette influence, si elles étaient à l'époque menstruelle, elles se plaignaient souvent de la surabondance de l'écoulement. Dans quelques cas, il semble avoir la propriété de hâter leur apparition, si on l'administre juste avant leur retour. Il a vu aussi ce médicament provoquer leur retour lorsqu'elles étaient subitement supprimées par le froid, etc. Il est pleinement convaincu que le quinquina ou le sulfate de quinine combinés avec le fer est un remède populaire dans beaucoup d'affections utérines, tels que l'aménorrhée, ou la suppression des règles, où la médication tonique est indiquée. Il est utile aussi dans beaucoup d'autres dérangements de l'utérus, comme la dysménorrhée, la ménorrhagie, la leucorrhée, etc., où ces désordres sont liés à un état de débilité ou d'anémie du système.

Une circonstance importante liée à l'action du quinquina, et qui peut probablement jeter quelque lumière sur son mode d'action sur l'utérus, est que, lorsqu'il est administré à hautes doses et fréquemment répété, il défibrine le sang, le rend fluide et incoagulable; ce fait a été clairement établi par les expériences des docteurs Baldwin, Mélier, Briquet et autres autorités respectables.

Peut-on administrer librement et sans distinction le quinquina ou ses sels aux femmes enceintes et peut-on le faire impunément? Lorsqu'une femme est attaquée par la fièvre, peut-on rester les bras croisés et permettre à la maladie de faire des progrès, ce qui amène souvent l'avortement, ou, ce qui est encore pis, la mort probable de la malade? Dans de tels cas, M. Cochran veut qu'on administre le quinquina aussi hardiment et aussi librement que le cas l'exige, parce qu'alors on substitue un mal moindre en vue d'en éloigner un plus grand.

Mais, s'il est permis d'apporter quelque restriction à l'usage de cet agent, il admet, dit-il, celui qui est dicté par la raison, l'expérience et la conscience, savoir que, dans le cas où la fièvre survient chez une femme enceinte délicate, nerveuse et d'une grande sensibilité, si cette fièvre est modérée et n'offre pas de danger, on doit employer un substitutif, surtout si elle est prédisposée à l'avortement. (*Charleston med. journ.* et *Gaz. méd.*)

PRÉDISPOSITION AUX EXOSTOSES

déterminée par l'usage d'une eau fortement chargée de sels terreux.

Par M. Ormo Dudfield, vétérinaire à Cheltenham.

Le fait suivant nous a paru présenter de l'intérêt, surtout aujourd'hui que l'on s'occupe de hâter la consolidation des fractures par l'administration des sels calcaires à l'intérieur.

Dans un haras de chevaux de chasse, à Cheltenham, un grand nombre d'animaux furent atteints d'exostoses, telles que éparvins, suros, formes, etc., pendant une série d'années. Ces maladies se manifestaient dès le premier âge et ne pouvaient s'expliquer par l'abus du travail, car le propriétaire de ce haras avait un trop grand nombre d'animaux pour en abuser.

En 1851, M. Dudfield père crut reconnaître la cause de cette singulière prédisposition; en goûtant, par hasard, l'eau dont les chevaux faisaient usage, il reconnut une saveur fortement terreuse, et il fut conduit à penser que l'excès de sels calcaires dont cette eau était chargée pouvait bien être la cause de la formation des tumeurs osseuses.

Cette eau, soumise à l'analyse chimique, fut reconnue contenir la proportion de matières solides suivante pour un gallon de la capacité de 70,000 grains (en litres : 4,543).

Chlorure de calcium.	8,80
— de magnésium.	3,04
— de sodium.	4,00
Matières organiques.	1,92
Sulfate de magnésie.	3,68
Carbonate de chaux.	15,36
Sulfate de chaux avec traces de fer.	15,36
	52,16

M. William Herapath, auteur de cette analyse, pense que la grande quantité de sels terreux que contient l'eau qu'il a examinée peut être la cause, comme l'a préjugé M. Dudfield, des dépôts osseux dont les animaux sont affectés. Il fait observer que dans un gallon impérial (c'est-à-dire, en mesure française, dans un peu plus de 4 litres de liquide) il n'y a pas moins de 46 grains de sels terreux sur 52 grains de matières solides; que, sur cette quantité de sels terreux, il y a 11 grains qui sont formés par des chlorures terreux prompts à se décomposer dans l'économie sous l'influence des biphosphates du canal alimentaire, d'où la formation des phosphates neutres ou *terre des os*.

Ce résultat connu, le propriétaire du haras eut recours à des mesures prophylactiques. Les chevaux cessèrent de faire usage de l'eau terreuse, et furent alimentés soit avec de l'eau de pluie, soit avec de l'eau provenant d'une petite hauteur située à peu de distance de la ville, et depuis cette époque aucun nouveau cas de tumeurs osseuses ne s'est manifesté; d'où M. Dudfield se croit autorisé à conclure que la cause de ces tumeurs était inhérente à l'usage des boissons chargées de sels calcaires en excès.

(*Recueil de méd. vétérin.*)

SIROP DE SULFATE DE STRYCHNINE.

Sulfate de strychnine.	25 centigrammes
Sirop de sucre.	500 grammes

F. S. A.

Chaque cuillerée, contenant environ 20 grammes de ce sirop, représente 1 centigramme de sulfate de strychnine.

M. le professeur Trousseau conseille ce sirop contre la chorée et contre le tremblement mercuriel.

IODURE DE QUININE,

succédané du sulfate de la même base.

Ce nouveau sel, préparé par M. Paura, professeur de chimie à

Naples, vient d'être employé avec succès par le docteur Giuseppe Manfredonia. Ce praticien distingué a vu des fièvres intermittentes rebelles céder rapidement après l'usage de ce médicament donné à la dose de 4 à 8 grammes par jour. (*Gaz. méd. ital.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 mai 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Influence de la consanguinité sur les produits du mariage. — M. le docteur Rilliet (de Genève) adresse une lettre contenant l'exposé de ses recherches relativement à l'influence que la consanguinité exerce sur les produits du mariage. Cette lettre porte en substance qu'il se fait à Genève un nombre considérable de mariages entre consanguins; que l'attention a été appelée depuis bien des années sur les conséquences fâcheuses qui résultent de ce fait sur la santé et même sur la vie des enfants. Ces conséquences sont :

1° L'absence de conception;

2° Le retard de la conception;

3° La conception imparfaite (fausses couches);

4° Des produits incomplets (monstruosités);

5° Des produits plus spécialement exposés aux maladies du système nerveux, et, par ordre de fréquence, l'épilepsie, l'imbécillité ou l'idiotie, la surdi-mutité, la paralysie, des maladies cérébrales diverses;

6° Des produits lymphatiques et prédisposés aux maladies qui relèvent de la diathèse scrofulo-tuberculeuse;

7° Des produits qui meurent en bas âge et dans une proportion plus forte que les enfants nés dans d'autres conditions;

8° Des produits qui, s'ils franchissent la première enfance, sont moins aptes que d'autres à résister à la maladie et à la mort.

A ces règles il y a des exceptions, dues soit aux conditions de santé des ascendants, soit aux circonstances dynamiques dans lesquelles se trouvent les parents au moment du rapprochement des sexes. Ainsi: 1° rarement tous les enfants échappent à la mauvaise influence; 2° dans une même famille les uns sont frappés, les autres sont épargnés; 3° ceux qui sont atteints ne le sont presque jamais de la même manière dans la même famille, c'est-à-dire que l'un est épileptique, tandis que l'autre est sourd-muet, etc.

Le travail de M. Rilliet est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Michel Lévy, Depaul et Bousquet, qui examinera en même temps le mémoire de M. Ménière sur le même sujet.

— M. le docteur J. de Arrastia (de la Havane) adresse un mémoire ayant pour titre : *Pulvérisation de deux calculs vésicaux assez volumineux en deux séances, par M. le docteur Guillon.* L'un, de 6 centimètres et demi de diamètre, était libre dans la vessie; l'autre, de 5 centimètres de diamètre, était enkysté. (Commissaires : MM. Bégin, Robert et Laugier).

— M. le docteur Gromm (de Saint-Pétersbourg) adresse un mémoire sur la herniotomie, et une série de brochures sur les eaux minérales, les boues médicales et les bains de mer de l'empire de Russie, contenant aussi un aperçu détaillé des eaux minérales de l'Europe, ainsi que la pathologie des maladies chroniques. (Commission des eaux minérales.)

— M. Lisle prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un paquet cacheté sur le siége organique et le traitement de l'épilepsie. (Le dépôt est accepté.)

— M. le président annonce à l'Académie qu'elle vient de faire une nouvelle perte dans la personne de M. Amussat.

LECTURES.

Altération des vaisseaux capillaires. — M. Ch. Robin lit un mémoire sur l'altération des vaisseaux capillaires qui est une des causes de leur rupture dans les apoplexies.

L'auteur résume son mémoire en ces termes :

1° L'anatomie pathologique des vaisseaux capillaires chez des individus ayant eu des hémorrhagies cérébrales fait découvrir une altération particulière constante des parois propres de ces conduits sanguins.

2° Cette altération commençant par les plus fins capillaires, s'étend graduellement aux conduits de plus en plus gros, et spécialement aux artères, en progressant de la face interne vers la face externe des parois.

3° Cette altération, chez les apoplectiques, est de même ordre que celle que l'on observe dans les capillaires de tous les vieillards, et même déjà de beaucoup d'adultes; mais elle en constitue une phase plus avancée, devenant plus ou moins tôt, suivant les individus, la cause de rupture des vaisseaux, d'épanchement de sang, et par suite d'accidents morbides.

4° Lorsque ces accidents morbides se manifestent, l'altération existait déjà depuis plus ou moins longtemps, mais à un degré encore insuffisant pour faire perdre aux vaisseaux leur résistance naturelle.

5° Cette lésion consiste en une production de granulations ou gouttes graisseuses dans l'épaisseur des parois des conduits, de manière à remplacer graduellement une substance continue, homogène, transparente et tenace, par un assemblage de petits corpuscules graisseux simplement contigus, et offrant d'autant moins de résistance qu'ils sont accumulés en plus grand nombre.

6° L'étude anatomo-pathologique des vaisseaux dans l'apoplexie, permet d'établir une liaison très-nette et d'une haute portée pratique entre l'état normal des vaisseaux, leurs modifications graduelles à mesure des progrès de l'âge, atteignant plus ou moins tôt, suivant la rapidité, cet état qui mérite le nom de lésion morbide. Or, la connaissance de cette gradation entre l'état normal et l'état pathologique est un des résultats constants de l'étude anatomo-pathologique de tous les tissus de l'économie qui permet le mieux de rattacher le symptôme à la lésion correspondante. (Renvoyé à la section d'anatomie pathologique.)

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. Robinet lit, au nom de la commission des remèdes, une série de rapport sur des lettres ou notices relatives à des remèdes secrets.

A l'occasion de l'un de ces rapports, MM. Moreau et Cloquet proposent que dans les conclusions on signale à l'autorité, comme passibles des lois, les individus qui exploitent des remèdes de leur invention sans titre légal.

Sur l'observation faite par M. le rapporteur, que les actes d'exercice illégal sont signalés au ministre toutes les fois que l'occasion s'en présente, il n'est point donné de suite à cette proposition.

Appareil à lever les malades et les blessés. — M. Bégin lit un rapport sur un appareil à lever les malades sans les toucher, présenté à l'Académie de médecine par M. Gros (de Dijon), ancien sous-officier d'artillerie. (Commissaires : MM. Jobert (de Lamballe) et Bégin, rapporteur).

L'appareil imaginé par M. Gros a pour objet de soulever les malades ou blessés sans leur occasionner de douleurs et sans fatigue pour la personne chargée de l'opération.

M. le rapporteur, après avoir énuméré les graves inconvénients inhérents à la situation de certains malades ou blessés que l'on ne peut que difficilement déplacer ou mouvoir dans leur lit, rappelle qu'un grand nombre d'appareils ont été imaginés dans le but de prévenir ces inconvénients, mais que la plupart d'entre eux n'ont point rempli jusqu'ici le but pour lequel ils ont été construits, parce qu'ils offraient des complications qui avaient éloigné de leur emploi.

M. le rapporteur pense que l'appareil de M. Gros dont il est question ne peut encourir le même reproche. Cet appareil, dit-il en terminant, dont plusieurs éléments se retrouvent dans quelques autres antérieurement proposés, ne peut être vraisemblablement considéré comme la dernière expression du progrès de l'art; mais la simplicité de sa construction, son peu de volume, la facilité de sa manœuvre, la possibilité de l'employer partout, à la manière du bâtonnet transversal suspendu à une corde qui sert au malade à se soulever momentanément, et enfin la modicité de son prix, sont autant de conditions qui le recommandent à l'attention des praticiens et des administrateurs et aux encouragements de l'Académie.

M. Larrey rappelle qu'il a eu l'occasion d'essayer, il y a quelques années, un appareil de ce genre qui, par un rapprochement assez singulier, était aussi d'un ancien militaire portant le même nom que celui dont M. Bégin vient d'entretenir l'Académie. Cet appareil lui paraît de nature à être utile, mais il pense qu'il ne faudrait pas l'accueillir sans quelques réserves.

M. Bégin fait remarquer qu'il a eu le soin de dire que ce n'était pas sans doute la dernière expression de ce que l'on pouvait espérer en ce genre; cet appareil pourra sans doute être perfectionné plus tard; mais, tel qu'il est, il lui semble appelé à rendre de grands services, et mérite par conséquent l'encouragement de l'Académie.

M. Robinet cite des exemples dont il a été témoin récemment, notamment celui d'un personnage célèbre, qui, à la suite d'un grave accident, ayant été transporté dans un hôpital, et pour qui il ne fut pas possible d'obtenir de l'administration un appareil de ce genre, et en offrant même d'en faire les frais, bien qu'il eût été jugé indispensable par les hommes de l'art. Il y a donc évidemment quelque chose à faire à cet égard. Il proposerait, en conséquence, qu'on appelât sur ce point l'attention de l'administration, car il y aurait de grands services à attendre de la généralisation de semblables appareils.

M. Moreau appuie la motion de M. Robinet, et propose qu'une copie du rapport soit envoyée au ministre de l'intérieur et au ministre de la guerre.

Une voix. Et au ministre de la marine.

M. le président consulte l'Académie, qui approuve. En conséquence, une copie du rapport de M. Bégin sera communiquée aux ministres de l'intérieur, de la guerre et de la marine, et au ministre de l'agriculture et du commerce, dans le ressort duquel se trouve placée l'Académie de médecine.

Service médical du chemin de fer de Lyon. — M. Gimelle, en son nom et au nom de M. Hervez de Chégoin, rend compte d'un travail ayant pour titre : *Tableau statistique du service médical du chemin de fer de Paris à Lyon*, accompagné d'observations relatives à ce tableau, présenté à l'Académie par M. le docteur Devilliers, médecin en chef du chemin de fer de Lyon.

Au tableau indicatif du nombre des malades, du genre de maladies, par sections, par saison, localités, etc., M. Devilliers a joint quelques observations qui ont un rapport direct avec la médecine; au nombre des faits médicaux dont ce mémoire renferme l'exposé, l'auteur signale particulièrement l'influence des travaux de chemins de fer sur le développement des fièvres intermittentes.

Les causes les plus actives du développement de ces fièvres sont les transports, les élévations, les abaissements de terre pour établir les niveaux nécessaires à la voie ferrée, d'où résultent non-seulement des mouvements de terres, mais encore des fossés plus ou moins profonds, plus ou moins larges dans lesquels s'amassent les eaux de la voie et des parties qui l'avoisinent. Ce sont les émanations de ces eaux corrompues qui exercent sur les employés de l'administration une action semblable à celle des marais. Depuis la construction de ce chemin, on observe, en effet, des fièvres intermittentes endémiques dans des localités où elles étaient à peu près inconnues, on a constaté encore que ces maladies ont augmenté d'une manière notable dans des localités où elles étaient peu nombreuses auparavant.

Le moyen proposé par M. Devilliers pour remédier à ces causes d'insalubrité serait d'empêcher la stagnation des eaux dans ces fossés soit au moyen de canaux, soit en établissant des pentes capables de faciliter leur écoulement dans des localités plus basses.

M. le rapporteur se demande à ce sujet si le drainage, si utile pour faire disparaître l'humidité des terres, ne serait pas un moyen avantageux pour remédier à cette cause d'insalubrité. Quant aux moyens proposés par M. Devilliers, ils ont déjà été mis à exécution sur quelques points par l'administration, et le résultat qu'on en attendait a été obtenu sur un des points les plus insalubres du parcours de ce chemin.

La commission propose de remercier M. Devilliers de sa communication en l'engageant à continuer son travail, et de déposer son tableau statistique et les observations qui l'accompagnent dans les archives de l'Académie.

M. J. Cloquet s'associe aux éloges donnés par la commission au travail très-bien fait de M. Devilliers. Il y a dans ce travail un point qui intéresse spécialement l'Académie. M. Devilliers a signalé deux causes d'insalubrité : le remaniement des terres et la stagnation des eaux. La première de ces causes d'insalubrité, le remaniement des terres, n'est que temporaire; elle dure tout au plus une année. Ainsi, lors de la construction du chemin de fer de la rive gauche, on a vu se manifester des fièvres intermittentes à Meudon, où il n'en existait pas auparavant, et depuis elles ont cessé. Il est remarquable que ce ne sont pas seulement les terres humides qui engendrent les fièvres lorsqu'elles sont remuées; il en est de même des terrains secs. Ainsi, lorsqu'on fit en Corse le chemin de Guano, quarante ouvriers occupés à ces travaux tombèrent tous malades, et quelques-uns eurent même des fièvres pernicieuses auxquelles ils succombèrent, quoique ces terres soient très-sèches. Mais, je le répète, cette cause d'insalubrité n'est que temporaire. Il n'en est pas de même de l'autre (je veux parler de la stagnation des eaux); celle-ci est permanente, et par conséquent beaucoup plus grave que la première. Aussi serait-ce une chose essentielle de la signaler à l'attention de l'administration. Il serait important surtout de chercher à la prévenir, en prescrivant des mesures spéciales avant d'entreprendre de pareils travaux.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

PRÉSENTATIONS.

Monstruosité; cyclopie. — M. Depaul met sous les yeux de l'Académie le corps d'un enfant venu à terme, et qui a même vécu quelques instants, et qui présente un exemple d'une difformité extrêmement rare et curieuse : c'est un cas de cyclopie. Cet enfant n'a qu'un seul œil, placé au milieu du front, sur la ligne médiane, dans un orbite unique. Le nez est absent; il n'y a ni saillie ni orifices. La bouche est réduite à un petit orifice excessivement étroit, comme fistuleux, et évidemment insuffisant pour la respiration. Enfin le frontal, autant qu'il est possible de s'en assurer à travers les parties molles, paraît n'être constitué que par un seul os.

La mère de cet enfant est une femme de vingt-trois ans, bien conformée, qui a déjà accouché d'un premier enfant venu à terme et bien conformé. Il ne s'est rien passé de particulier pendant la grossesse et l'accouchement, si ce n'est que l'utérus contenait une énorme quantité de liquide amniotique.

M. Depaul se propose de disséquer ce petit sujet, et d'en faire plus tard l'objet d'une communication plus détaillée à l'Académie.

Ablation de la mâchoire inférieure. — M. Maisonneuve présente à l'Académie un jeune homme auquel il a pratiqué, le 15 avril dernier, l'ablation totale de la mâchoire inférieure, pour une tumeur fibreuse développée dans l'intérieur de cet os. (Nous publierons prochainement la relation de ce fait.)

— La séance est levée à cinq heures.

INSCRIPTIONS DES ÉLÈVES EN MÉDECINE
dans les Écoles préparatoires.

Nous avons reçu la lettre suivante :

Permettez-moi de m'adresser à votre estimable journal pour obtenir, par son organe, quelques éclaircissements sur deux ou trois questions qui intéressent vivement un grand nombre d'élèves en médecine.

Avant l'arrêté du ministre de l'instruction publique qui fixe à quatorze le nombre d'inscriptions qu'on peut prendre dans une école secondaire, il était permis d'en prendre vingt, qui équivalaient aux seize d'une faculté.

Peut-on donc légalement, aujourd'hui, considérer comme nulles toutes celles qui ont dépassé ce chiffre, mais qui ont été prises avant la promulgation dudit arrêté; et, dans la supposition qu'il faille se résigner à cette perte, est-il admissible que celle-ci entraîne celle de l'argent qui a été déboursé pour obtenir ces inscriptions?

Réponse. — Quel que soit le nombre d'inscriptions prises dans une école préparatoire, elles ne comptent que pour *douze* inscriptions prises dans une faculté.

Cependant, si un élève a pris dans une école secondaire plus de douze inscriptions, et qu'il ait été *interne par concours dans l'hôpital d'une ville où existe une école préparatoire*, il peut en obtenir *quatorze*.

Quant à l'argent déboursé pour le surplus des douze ou des quatorze inscriptions, il ne sera pas perdu; il en sera tenu compte par la faculté devant laquelle l'élève se présentera pour subir ses examens de doctorat, les frais d'étude ne pouvant dépasser 1,260 francs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Plusieurs questions nous ayant été adressées sur les conditions à remplir par les candidats qui aspireraient à remplir les chaires vacantes à la Faculté de Montpellier, nous croyons devoir publier ici les articles 6 et 7 du décret du 21 août 1854.

« Art. 6. Pour être nommé professeur dans une Faculté, il faut être âgé de trente ans au moins, être docteur dans l'ordre de cette Faculté, et avoir fait, pendant deux ans au moins, soit un cours dans un établissement de l'Etat, soit un cours particulier dûment autorisé, analogue à eux qui sont professés dans les Facultés.

» Art. 7. Peuvent être également nommés professeurs dans les Facultés, les membres de l'Institut qui ont fait, pendant six mois au moins, un cours dans les conditions de l'article précédent. »

— M. Binet, président de l'Académie des sciences, vient de succomber à une courte maladie.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Carie vertébrale. Gibbosité. Abcès par congestion; ponction, guérison. — Second abcès par congestion; ponction. Infection putride; injections iodées, guérison.

Il n'est aucun praticien qui ne connaisse la gravité des abcès par congestion dépendant de la carie des vertèbres. Si l'on citait par hasard quelques cas rares de guérison, on leur opposait les nombreux revers. Si les praticiens n'ont pas obtenu de bons résultats de leurs tentatives de guérison, il est vrai de dire que le plus souvent leur thérapeutique se bornait à modifier le mode d'ouverture de ces abcès. Les perfectionnements qui ont été apportés dans la méthode opératoire ont pu rendre les succès un peu moins rares, prolonger pendant un temps plus ou moins long la vie des malades; mais cela était encore insuffisant, car la plupart du temps les méthodes les plus rationnelles étaient suivies de revers, et les succès étaient des exceptions.

Telles étaient les ressources thérapeutiques que nous possédions, lorsque l'idée vint de faire dans le foyer purulent des injections de teinture d'iode. Cette méthode compte déjà de nombreux succès; M. Boinet a rapporté dans son *Traité d'iodothérapie* plusieurs cas fort curieux d'abcès par congestion avec altération organique des os du rachis, guéris par la teinture d'iode en injections dans le foyer purulent.

Nous avons été nous-même témoin d'un fait extrêmement remarquable que nous croyons devoir rapporter. Ce fait est curieux sous plusieurs rapports. Le malade a eu deux abcès par congestion qui se manifestèrent à cinq ans d'intervalle. L'un apparut en octobre 1848, et fut traité par l'ancienne méthode; nous nous bornâmes à une simple ponction. Les premiers symptômes du second se manifestèrent en octobre 1853; celui-ci fut traité par les injections iodées.

Un des points les plus intéressants dans cette observation est la description des symptômes qui précédèrent l'apparition de l'abcès et ceux qui se manifestèrent au moment des accidents d'intoxication putride. Ceux-ci ont été décrits par le malade lui-même, homme d'une haute intelligence et savant des plus distingués; nous prendrons à sa narration quelques-uns des traits qui nous ont semblé les plus intéressants.

« Le 2 juin 1842, rapporte M. A... (j'avais alors vingt-cinq ans), par un été chaud et sain et dans un état de santé des meilleurs, je fus pris tout à coup, en prenant un livre derrière moi, d'une douleur aiguë dans le dos à la racine du bras, douleur rapide, instantanée, qu'on ne peut mieux comparer qu'à l'éclair pour la vivacité et la rapidité, ayant beaucoup d'analogie avec les violentes douleurs de dents; le lendemain, je fus pris d'une douleur semblable en mettant mon habit. » Cette sensation se reproduisit tous les jours, puis plusieurs fois dans la journée; elle devint encore plus fréquente et causa de l'inquiétude. Je vis alors M. A..., qui vint me trouver à l'hôpital de la Pitié, où j'étais alors interne. Je ne sus comment me rendre compte de cette douleur; j'étais loin de soupçonner le travail organique que des symptômes plus apparents nous firent connaître plus tard. Les souffrances allèrent toujours en s'aggravant.

Vers la fin de septembre, M. A... eut beaucoup de peine à parcourir un très-court trajet pour regagner son domicile. Au mois d'octobre, les douleurs devinrent plus vives : « Des douleurs incroyables me faisaient non pas crier, mais hurler; je n'étais pas maître de ces sons inarticulés qui s'échappaient malgré moi »; elles étaient accompagnées d'un tremblement convulsif, et quand le tremblement cessait, le malade éprouvait une sensation de chaleur extrêmement vive. Ces crises, qui d'abord se manifestaient tous les jours, devinrent extrêmement fréquentes. A la fin de chaque crise, notre malade goûtait quelques instants de sommeil. « Je ne me réveillais, dit-il, que pour lutter encore; je ne faisais plus autre chose que lutter contre la douleur, dormir et manger, car je mangeais alors comme un gouffre, le temps où je mangeais était aussi le temps de mon repos; mais je ne réparais ainsi mes forces que pour les user de nouveau le moment d'après. »

A ces souffrances se joignit une constipation opiniâtre, dont ne triomphèrent ni les purgatifs, ni les lavements. Vingt jours après environ, survint une débâcle qui fut suivie de fièvre, d'affaiblissement; les douleurs diminuèrent d'intensité, mais devinrent permanentes. Plusieurs médecins furent consultés; on fit des prescriptions qui furent inefficaces, à l'exception toutefois des pilules d'Anderson, qui rendirent les garde-robes plus faciles.

A ces douleurs se joignirent d'autres symptômes. « Tantôt, dit le malade, il me semblait que j'avais comme des bulles d'eau ou d'air enfermées sur le dessus des épaules, dans le cou, au dos, au sternum, etc.; je ne pouvais respirer sans une vive douleur. Tantôt j'avais les bras comme paralysés, tantôt des douleurs sourdes et incessantes ou dans un membre ou dans l'autre, ou presque partout à la fois. Mais c'est surtout à la partie moyenne de la région dorsale que les douleurs offraient le plus de persistance et avaient le plus d'intensité; elles étaient assez vives pour empêcher le sommeil. Quelquefois les frictions avec la flanelle, avec une brosse rude procuraient du soulagement; parfois aussi ces moyens exaspéraient la douleur. La peau, dans cette région, était rugueuse et brûlante. Le jour, si je marchais, il me semblait que chaque pavé ou que les clous de mes souliers m'entraient dans le dos. Si j'allais en voiture, il me semblait que ma cervelle dansait dans ma tête et mes entrailles dans mon ventre. Tous mes mouvements étaient pénibles, lents, gauches, roides et irréguliers. Mes mains étaient toujours crispées, mon corps penché de côté et rapetissé; ma tête était avec cela comme un champ de bataille où le conflit des idées, se mêlant au conflit des sensations, faisait le chaos. J'avais souvent dans tout le corps des frissons et des tremblements que je ne pouvais contenir; la sensation de froid était spécialement rapportée à la région dorsale. »

Les forces allèrent en diminuant, les douleurs furent moins intenses, son état devint supportable, et en août 1843 il put faire un voyage dans le midi de la France.

M. A... resta dans cet état pendant quatre ans environ, souffrant davantage en hiver; pendant l'été, au contraire, la santé paraissait vouloir se rétablir. Néanmoins il éprouva un symptôme sur lequel nous croyons devoir appeler l'attention. « Plusieurs fois, dit-il, il m'avait semblé, dans mes douleurs, sentir comme un ramollissement de la colonne vertébrale et des côtes. Pour mieux dire, il m'a paru souvent que tous mes os étaient sans consistance et sans solidité, et c'est cela sans doute qui faisait ma faiblesse et la difficulté de mes mouvements. »

En juin 1845, c'est-à-dire trois ans après l'apparition des premiers symptômes, une petite saillie commença à apparaître au niveau de la sixième ou de la septième vertèbre dorsale. Mais cette saillie devint de plus en plus apparente; bientôt ce ne fut plus seulement une apophyse épineuse, mais deux, mais trois qui parurent, et commencèrent à former une gibbosité assez considérable. Elle commença à se prononcer davantage en septembre 1847, et elle était très-caractérisée en 1848. A cette époque, M. A... se plaignit d'un déplacement des côtes. « J'étais depuis longtemps, dit-il, très-affaibli; je ne pouvais plus soulever le moindre objet pesant. Cette faiblesse allait croissant. Les douleurs, tantôt suspendues, tantôt renaissantes, ne me tourmentaient plus par leur violence, mais par leur sourde tenacité. Je souffrais tantôt à droite, tantôt à gauche de la colonne vertébrale, surtout le long des apophyses en saillie, je souffrais au sternum, qui se déformait, et j'eus longtemps une douleur comme brûlante au-dessous des fausses côtes du côté droit du sternum. » Bientôt la marche, jusqu'alors assez facile, devint plus pénible; le corps était penché en avant, et l'équilibre n'était conservé qu'avec peine.

Au mois d'octobre 1848, le malade constata à la région inguinale droite une petite tumeur résistante, cédant sous le doigt, fluctuante, et diminuant de volume à une forte pression.

Ces caractères, joints aux douleurs éprouvées par le malade, et surtout à la gibbosité, nous permit de reconnaître facilement un abcès par congestion, causé par une carie d'une ou de plusieurs vertèbres dorsales.

A partir de ce moment les douleurs cessèrent tout à coup; l'abcès grossissait avec rapidité; la peau devenait de plus en plus tendue, violacée, s'amincissait. Nous craignîmes l'ouverture spontanée, et le 18 janvier 1849, nous fîmes une ponction avec un bistouri étroit. Nous bouchâmes avec une mouche de diachylon l'ouverture que nous avions pratiquée, nous espérions que les lèvres de la plaie se réuniraient par première intention, et que nous pourrions guérir le malade par des ponctions successives. Mais notre attente fut trompée, le pus continua à couler; nous fûmes donc contraint de rester simple spectateur, nous attendant à voir arriver tôt ou tard des phénomènes d'intoxication putride. Nous nous contentâmes de faire appliquer sur la tumeur des cataplasmes émollients, et à l'intérieur nous prescrivîmes l'huile de foie de morue et un régime tonique, réparateur. Nous regrettâmes vivement de ne pas avoir fait la ponction sous-cutanée, qui aurait probablement prévenu l'entrée de l'air dans le foyer; mais nous n'eûmes pas à nous repentir de notre ponction, puisqu'aucun accident ne survint, que le pus devint de moins en moins abondant, et quinze jours après, le malade put se lever et marcher. Enfin, vers le mois de juin, l'orifice se ferma, et le foyer était tout à fait tari.

Bientôt nous constatâmes dans la même région un nouvel abcès beaucoup plus petit; il était à peine gros comme un œuf de pigeon, qu'il menaçait déjà de s'ouvrir. Nous fîmes une ponction au mois d'août; au bout de quelques jours il ne restait plus de trace de ce second foyer, qui, très-probablement, n'avait aucune communication avec les os malades.

La santé générale s'améliora; les douleurs disparurent à peu près, mais l'incurvation de l'épine alla en augmentant; la déformation du thorax devenait plus sensible; le malade sentait manifestement que les côtes étaient mobiles en arrière, c'est-à-dire que les articulations vertébro-costales avaient été détruites. « C'est dans ce temps, dit le malade, que je crus m'apercevoir que mes côtes ne tenaient point, qu'elles allaient et venaient, non sans causer de nouvelles douleurs, soit par le jeu de la respiration, soit par les convulsions de la toux, soit dans des efforts de vomissement, soit par des changements de position quand j'étais couché, ou même quand j'étais appuyé quelque part. Plusieurs fois cette mobilité a paru cesser quelque temps, soit par un replacement inattendu, soit par un commencement d'embonpoint, car j'engraissais et maigrissais fort vite. » Cette mobilité anormale des côtes dure encore.

Cet état fort supportable, quelquefois même très-satisfaisant, persista jusqu'à l'hiver de 1852. Cependant, en novembre 1851, M. A... avait éprouvé, lorsqu'il marchait, des douleurs vives qui se renouvelaient chaque fois qu'il posait le pied à terre.

Un fait très-remarquable dans l'histoire de ce malade, est la mobilité de certaines pièces du squelette. « Les côtes, dit-il, se tortillaient je ne sais de combien de manières pour monter les unes sur les autres. Ce mouvement de déplacement était presque continu; à chaque changement, les côtes s'enchevêtraient, les apophyses épineuses saillantes offraient des dispositions variables, tantôt formant une courbe régulière au milieu du dos, tantôt s'inclinant à droite, à gauche, formant des zigzags. Le sternum, depuis longtemps déformé, était concave à sa partie moyenne et très-saillant à ses deux extrémités, surtout vers l'appendice xyphoïde. Tantôt il se trouvait sur la ligne médiane, tantôt, au contraire, il était sensiblement dévié et faisait disparate avec la direction du reste du corps. » Ces divers déplacements déterminaient parfois de la douleur; néanmoins celle-ci était supportable.

Le 18 janvier 1853, M. A... commença à ressentir des douleurs semblables à celles qui s'étaient montrées onze ans auparavant au début de la maladie. Même sensation de dents cariées, même marche; on sait qu'elles se manifestaient par accès et qu'elles cessaient lorsqu'elles étaient arrivées à leur maximum d'intensité. Le summum d'intensité de ces douleurs se trouvait à la région lombaire, dans le point où pressait la pelote postérieure d'un bandage anglais que le malade portait pour maintenir une double hernie inguinale. En même temps, constipation opiniâtre; et au bout de dix ou douze jours, les garde-robes revinrent et les douleurs furent moins vives. Cependant, M. A... continua à éprouver du malaise et quelquefois même des douleurs très-vives. « De nouvelles souffrances, dit il, venaient de ce que mon corps se courbant de plus en plus, les dernières côtes qui se rendent au sternum se rencontraient et se choquaient avec les os des hanches. D'un autre côté, les intestins ayant moins de place pour se retourner, la hernie s'aggravait de plus en plus. La faiblesse augmentait toujours; j'avais peine à me tenir debout, peine à me relever lorsque j'étais assis, peine à commencer un mouvement quelconque. Je souffrais aussi, ayant besoin de m'appuyer, et ne pouvant pas, à cause de la gibbosité, m'appuyer par derrière, je me fatiguais très-vite, car la colonne vertébrale pesait toujours sur elle-même. J'étais obligé de prendre avec mes mains un point d'appui sur mes hanches, puis sur les cuisses, les hanches n'étant bientôt plus assez basses. »

Vers le mois de novembre 1853, on put sentir dans la fosse iliaque gauche une tumeur profonde, peu volumineuse : c'était un nouvel abcès migrateur. Cet abcès ne présenta rien de saillant dans son évolution. Nous devons toutefois noter que pendant plusieurs mois il pressa sur le canal inguinal et maintint réduite la hernie du côté gauche. Enfin, vers le mois de juillet 1854, il devint apparent à l'extérieur, et l'on sentit bientôt à la région inguinale gauche une

tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. L'abcès continua à s'accroître ; mais les douleurs déjà indiquées ne cessèrent pas ; le malade se plaignait en outre de picotements et d'élancements que je crus pouvoir, en raison de leur siége, attribuer à la pression que l'abcès exerçait sur le nerf crural.

« L'abcès, dit le malade, fit bientôt une saillie monstrueuse ; dès la fin de mai il était déjà plus gros que ma tête ; il était descendu jusque vers la partie inférieure de la cuisse ; il n'était plus éloigné de l'articulation du genou que de quatre travers de doigt. » Bientôt la peau commença à s'amincir, surtout en bas.

Le 19 juin, la peau se perfora, et il s'écoula environ une cuillerée de pus.

Appelé immédiatement, nous fîmes vers la partie la plus déclive une ponction avec le trocart; il sortit par la canule environ un litre de pus. Les deux ouvertures furent bouchées avec une mouche de taffetas d'Angleterre.

Le 21, l'ouverture faite avec le trocart était cicatrisée ; l'ouverture spontanée était presque entièrement fermée.

Le 22, elle se rouvrit; pensant qu'il nous serait impossible d'obtenir la cicatrisation, nous fîmes par cet orifice pénétrer dans le foyer la canule du trocart, et nous fîmes sortir un demi-litre de pus ; nous bouchâmes l'ouverture, puis nous appliquâmes un bandage afin d'obtenir le recollement du foyer ou du moins d'une certaine portion et de rétrécir l'espace que le pus devait occuper. Le foyer était vidé tous les jours ; la quantité de pus qui s'en écoulait diminuait sensiblement.

Le 26, la peau paraissait recollée dans presque toute son étendue; il n'y avait presque pas de pus dans le foyer ; l'appétit était bon, les souffrances nulles.

Le 26 au soir, peu de temps après un dîner léger, M. A... fut pris de frissons, bien que la température fut très-élevée. Alors commence une série de symptômes que nous ne pouvons mieux décrire qu'en les empruntant au malade lui-même, qui les expose en même temps de la manière la plus vraie et la plus pittoresque.

« Rien ne peut plus me réchauffer; alors commence une fièvre comme jamais je n'en avais senti, d'une violence tout à fait extraordinaire; la partie inférieure du rachis, le bas-ventre, la place de la hernie inguinale droite, l'espace occupé par l'abcès, la partie externe de la cuisse, le canal qui donnait passage au pus, tout cela était aussi brûlant qu'une fournaise embrasée. En même temps un malaise indéfinissable, une souffrance sans nom, dont le plus fort était surtout à l'extrémité de la colonne vertébrale, ne me permettaient pas de conserver deux minutes de suite la même position. Bientôt des envies de vomir, des efforts qui redoublaient la souffrance, des vomissements, des suffocations, vinrent aggraver cet état, où le corps me semblait se consumer en détail, et où l'âme ne se sentait plus elle-même, et semblait, détachée du corps, nager dans des espaces indéfinis et inconnus. A trois heures, le jour parut; jamais nuit ne m'avait paru si longue, non pas même celles de janvier, où j'avais éprouvé de si incroyables douleurs.

» Avec le jour, commença une phase nouvelle : une espèce de râle, qui m'était venu avec les vomissements et qui après ceux-ci avait grandi, devint incessant; il était de plus en plus bruyant ; j'en étais moi-même effrayé : c'était comme le râle des mourants ; je ne pouvais plus parler ; je souffrais à entendre parler; je ne respirais plus, et il me semblait que d'un instant à l'autre j'allais mourir suffoqué.

» Au dixième livre de la *République de Platon*, il y a une description de l'enfer dans laquelle un mort, revenu parmi les vivants, raconte ce qu'il a vu. Entre autres choses, il dit que, plusieurs grands coupables ayant essayé de sortir de l'abîme souterrain, l'ouverture leur avait refusé le passage, et que, chaque fois qu'un d'entre eux revenait, l'ouverture se mettait à mugir ; parmi toutes les terreurs qu'éprouvaient les âmes dans leur voyage à travers ces lieux, il n'y en avait pas qui égalât la peur où elles étaient à chaque instant que le mugissement se faisait entendre.

» C'était une terreur de ce genre qui, chaque fois que la respiration m'était un peu revenue, me faisait craindre que l'étouffement ne me remontât au gosier.

» Il s'était fait bien du changement pendant quelques heures ; j'avais perdu toutes mes forces; la face était terne, jaune, verdâtre, maigre, allongée; j'avais une soif dévorante; une goutte de vin pur était ce que je supportais le mieux.

» La nuit suivante, les mêmes symptômes se reproduisirent : même fièvre, même insomnie, et par-dessus une odeur indéfinissable qui me poursuivait sans relâche. J'avais entendu parler plusieurs fois de l'infection des abcès par congestion ; je commençais à croire que j'allais en avoir un échantillon. »

Appelé immédiatement, nous enlevâmes le bandage constricteur.

Le lendemain 28, la peau était décollée, le foyer presque rempli de pus; nous fîmes pénétrer le trocart, et il sortit une quantité considérable de pus fétide. Nous songeâmes immédiatement à combattre ces accidents à l'aide de l'iode.

Nous fîmes à plusieurs reprises un fort lavage avec la teinture d'iode étendue d'eau (un huitième environ de teinture d'iode pour sept huitièmes d'eau), puis, après avoir évacué tout ce que contenait la poche, nous remplîmes la cavité avec le même liquide, mais dans lequel la teinture d'iode était dans la proportion d'un quart.

Cette médication eut le plus heureux résultat.

Laissons encore parler le malade. « Mais ici commence un travail de régénération. Quels sont les effets de l'iode? Je ne saurais le dire; mais ce que j'éprouvai avait quelque analogie avec ce que l'on raconte des effets du hachisch : c'est comme une espèce d'enivrement. D'abord je me sentis incomparablement plus fort. C'était, il est vrai, une force factice, et quand il me semblait que j'allais faire tel ou tel mouvement, je ne le pouvais qu'en idée, et non par le fait; mais c'était déjà beaucoup. J'avais déjà un peu plus la force de parler et un peu plus conscience de moi-même; je respirais même, ce me semble, un peu plus librement. Je commençai une nuit étonnante, nuit enchantée, pendant laquelle il se fit en moi un travail étrange. Je sommeillai un peu à plusieurs reprises, et pendant ces légers assoupissements il me semblait que je participais à deux états différents, et que je renouvelais connaissance avec une nouvelle vie : il me semblait que mon corps était une machine dont les rouages usés, cassés, rouillés, s'embarrassant l'un l'autre, cédaient la place à d'autres rouages neufs, s'engrenant où il fallait le mouvement. Le lendemain matin, je n'étais plus qu'iode; j'avais les lèvres empâtées, les dents tapissées et le nez imprégné d'iode. Mais au milieu de tout cela je commençai à percevoir plus librement par les sens les objets extérieurs, et à jouir un peu de cette belle et douce température dont je n'avais rien senti les jours précédents. »

A partir de ce moment les accidents disparurent. Nous continuâmes chaque jour les lavages du foyer, et nous le laissâmes rempli de teinture d'iode étendue. Chaque lendemain nous donnions issue à un liquide incolore, ayant une légère odeur d'iode, mais tout à fait transparent, et à une quantité de pus dont la proportion diminuait chaque jour. Les choses se passèrent ainsi sans accidents, à part une diarrhée fétide de peu de durée, qui acheva de débarrasser le malade des miasmes putrides absorbés. Il ne survint rien d'important à noter.

« L'iode, dit le malade, dans les commencements, me donnait toujours un renouvellement de forces; il me semblait quelquefois, après l'injection, que c'était comme si j'avais fait un repas. Plus tard, je m'y habituai, et il produisait moins d'effet. » C'est alors que nous portâmes la quantité d'iode à la proportion suivante : 100 grammes de teinture d'iode pour 200 grammes d'eau distillée.

Les injections furent renouvelées chaque jour jusqu'à la fin de juillet, puis tous les deux jours.

Au commencement de septembre, c'est-à-dire deux mois et demi après l'ouverture de l'abcès, M. A... put faire sa première sortie. Le foyer était réduit à des dimensions insignifiantes; il s'écoulait de temps en temps une petite quantité de pus. Bientôt nous cessâmes toute espèce d'injection, et aujourd'hui le malade est dans l'état le plus satisfaisant.

Nous nous sommes attaché, dans cette observation, à exposer surtout la symptomatologie, décrite par le malade lui-même avec tant de soin. Nous avons été, en effet, frappé de cette identité de symptômes au début de chacune des deux altérations organiques du rachis; de cette douleur comparée à la carie dentaire, revenant à deux reprises; de ces douleurs atroces coïncidant avec la constipation, et devenant moins intenses dès que les garde-robes se firent d'une manière régulière.

Nous avons encore saisi avec empressement l'occasion assez rare qui nous était offerte d'exposer les sensations éprouvées par le malade pendant qu'il était sous le coup des phénomènes de l'intoxication putride; enfin de rapporter le sentiment de bien-être éprouvé immédiatement après l'injection de teinture d'iode. Nous pensons qu'il y a dans ces symptômes deux choses distinctes :

1° La cessation des accidents d'infection ;

2° Une légère ébriété déterminée par l'absorption d'une quantité notable d'alcool injectée dans le foyer, et qui a été la cause probable de ces hallucinations dont le malade nous a entretenu.

A la vérité, ces phénomènes ne sont pas rares; ils ont été signalés par plusieurs praticiens, et particulièrement par M. le docteur Flochon, de Senecey-le-Grand (Saône-et-Loire). Nous entretiendrons prochainement nos lecteurs du travail de cet honorable confrère. — Dr A. Jamain.

De l'oxyde de zinc contre l'épilepsie.

« Il n'existe pas de médicament anti-épileptique. Jusqu'ici, malheureusement, chaque fois qu'une proposition contraire a été émise, l'expérience n'a pas tardé à la démentir. » Tel est le jugement sommaire par lequel M. Moreau (de Tours), dans son remarquable *Mémoire sur l'étiologie de l'épilepsie*, résume son appréciation des diverses méthodes de traitement proposées contre cette redoutable affection. Ce jugement n'est pas nouveau, c'est celui que formulait il y a deux mille ans Hippocrate, et il a été reproduit depuis par la presque universalité des médecins qui se sont plus spécialement occupés de cette maladie. Il est regrettable de dire qu'il paraît encore aussi vrai aujourd'hui que du temps d'Hippocrate. Ce n'est pas que nous mettions en doute la sincérité de quelques praticiens honorables qui ont annoncé avoir obtenu des guérisons d'épilepsie ; mais ces guérisons, obtenues par des moyens souvent très-divers, quelquefois par l'influence seule du régime et d'un changement d'habitudes, sont trop rares pour qu'on puisse en invoquer un nombre suffisant en faveur de telle ou telle méthode spéciale.

Cependant, s'il n'existe dans l'arsenal pharmaceutique aucun agent médicamenteux sur lequel on puisse compter pour la guérison de l'épilepsie, en est-il du moins qui soit susceptible d'en modifier la marche ou d'en atténuer l'intensité? On a beaucoup vanté dans ces derniers temps l'oxyde de zinc comme anti-épileptique. M. Herpin, qui l'a remis en honneur, aurait obtenu, dit-il, de nombreuses guérisons par son usage exclusif à hautes doses et continué pendant un grand nombre de mois. M. Moreau, à Bicêtre, suivant de point en point la méthode et les prescriptions de M. Herpin, a abouti, sur onze épileptiques, à un insuccès complet. M. Delasiauve, dans le même hospice, et sur un beaucoup plus grand nombre de sujets, a presque constamment échoué aussi. Quelques malades seulement ont éprouvé de passagères améliorations ; d'autres ont vu leur situation s'aggraver. Nous avons cherché ailleurs, et à une autre époque, à nous rendre compte de résultats aussi différents par cette considération que les médecins de Bicêtre n'avaient eu affaire en général qu'à des cas d'épilepsie confirmée et invétérée, tandis que M. Herpin avait dû au contraire n'opposer le plus souvent sa méthode que chez des sujets plus jeunes, à des cas par conséquent plus récents et naturellement moins réfractaires à l'action des modificateurs du système nerveux. Probablement aussi doit-on admettre avec M. Moreau que, dans les cas de guérison rapportés par M. Herpin, un grand nombre appartenaient sans doute à cette forme d'épilepsies sympathiques, curables, comme on le sait, dans une certaine mesure du moins.

Quoi qu'il en soit, ces affirmations d'une part, ces négations d'une autre, laissent encore l'esprit du praticien indécis sur la somme de confiance qu'il doit accorder à ce médicament. Il ne sera donc pas sans intérêt de faire connaître les résultats de quelques applications que nous avons vu faire récemment de ce moyen par M. Gendrin à l'hôpital de la Pitié.

— Au n° 20 de la salle des hommes (Saint-Athanase) est un malade qui est à l'hôpital depuis un an. Ce malade a tous les jours un accès d'épilepsie. Il a été pris consécutivement à ces accès répétés d'une paralysie du bras droit ; il est, en outre, atteint d'un commencement d'idiotie. En un mot, le mal faisait des progrès tous les jours. C'est dans ces conditions fâcheuses, et après avoir attendu assez longtemps pour s'assurer que la marche de la maladie n'avait nullement été influencée par les médications antérieures, qu'on a commencé à lui prescrire l'oxyde de zinc. On le lui a administré immédiatement à une dose très-élevée (de 2 à 4 grammes).

Dès les premières doses de ce médicament, les accidents furent tout de suite modérés; la marche progressive de la maladie parut enrayée; l'état d'idiotisme parut même rétrograder. Depuis deux mois on en est à ce point. Le malade n'est pas tout à fait exempt d'accès ; mais ils étaient éloignés et affaiblis, ils ne s'accompagnaient plus de perte complète de connaissance.

— Une femme, couchée au n° 7 de la salle du Rosaire, a été apportée à l'hôpital après un accès d'épilepsie. Sa figure exprimait la stupéfaction, son intelligence était prostrée. Après quelques jours de repos, on lui pratiqua une petite évacuation sanguine, qui amena un peu de mieux. Mais cette légère amélioration ne fut que momentanée ; un nouvel accès ne tarda pas à survenir dans l'hôpital. On a eu recours alors de suite à l'usage de l'oxyde de zinc.

Sous l'influence de cette médication, la prostration et l'hébétude ont commencé d'abord à diminuer. Puis l'intervalle entre les accès, qui jusque-là était de sept à huit jours moyennement, s'est graduellement prolongé davantage. Les accès suivants ont eu lieu à douze jours et plus d'intervalle. On a augmenté l'oxyde de zinc, les accès se sont encore éloignés.

— Chez un autre malade, couché au n° 53 de la salle Saint-Athanase, l'épilepsie a été diagnostiquée dès son entrée à l'hôpital, bien que personne n'eût été témoin d'une attaque. Il avait été aisé de reconnaître l'épilepsie dans le caractère général de stupeur et d'hébétude que présentait sa physionomie, et qui est si bien connu des médecins quelque peu familiarisés avec cette affection. Le malade était dans l'impossibilité de donner des renseignements sur ses antécédents. Mais à peine était-il depuis quelques jours dans les salles qu'il fut pris d'une attaque bien caractérisée et qui ne pouvait plus laisser de doute. — 3 grammes d'oxyde de zinc répété chaque jour.

Un deuxième accès a eu lieu depuis, mais très-atténué. On a dû continuer l'usage de ce médicament.

Ce ne sont là, comme on voit, que des résultats très-incomplets, mais dans lesquels on ne peut néanmoins méconnaître une influence heureuse de l'usage de l'oxyde de zinc. L'administration de ce médicament a eu pour effet à peu près constant dans ces trois cas de diminuer graduellement l'intensité des accès et d'améliorer d'une manière sensible l'état des malades.

Mais faut-il prendre ces faits-là pour règle ? Si l'oxyde de zinc ne donne point de guérison complète, peut-on du moins en espérer toujours un soulagement? Il est des faits malheureusement en très-grand nombre, et notamment ceux de MM. Moreau et Delasiauve, qui prouvent qu'il n'en est pas toujours ainsi, et qu'une pareille confiance pourrait quelquefois être déçue. Dans certains cas, en effet, l'oxyde de zinc reste complétement sans efficacité; tel est en particulier le cas d'une femme actuellement dans le même service, qui n'en a rien obtenu du tout après un usage persévérant.

Il en est, du reste, à cet égard, de l'oxyde de zinc comme de la plupart des agents qui ont été alternativement préconisés dans le traitement de cette affection, tels que la valériane, la belladone, le *gallium mollugo*, les sels de fer, le nitrate d'argent, etc. Ils peuvent tous produire un amendement momentané, l'atténuation et l'éloignement des accès, mais jamais une guérison complète et durable. Et ceci ne s'applique pas aux grands accès seulement; les petits accès, qui ne consistent souvent qu'en un vertige fugace, en une contraction douloureuse et rapide des muscles de la face, etc., sont tout aussi incurables que les grands accès.

Une dernière question enfin se présente à l'occasion de ces trois faits : l'amélioration temporaire obtenue par l'oxyde de zinc comme

par toute autre médication analogue constitue-t-elle un avantage réel et désirable pour les malades? Cette question peut, au premier abord, paraître singulière; elle n'est cependant que très-naturelle, si l'on se reporte aux observations faites par Esquirol, par Alibert, et confirmés depuis par MM. Moreau et Delasiauve, et par M. Gendrin lui-même; savoir, que presque toujours le mieux obtenu n'est qu'un court répit laissé aux malades, et qui est cruellement racheté tôt ou tard par une aggravation du mal.

« Plus la prétendue amélioration a été sensible, dit M. Moreau, plus il faut redouter la violence du mal lorsqu'il reparaîtra; cette violence peut aller jusqu'à mettre la vie du malade en danger. » C'est ainsi qu'un malade traité jadis par Alibert avec le nitrate d'argent, et qui avait acheté sa guérison au prix de cette affreuse coloration éléphantiaque qui est le résultat ordinaire de cette médication, succomba à une violente attaque d'épilepsie au moment où l'on s'y attendait le moins, et alors qu'on le croyait radicalement guéri.

La conclusion de tout ceci est qu'il ne faut pas plus se fier sur l'oxyde de zinc que sur tout autre médicament pour la guérison de l'épilepsie, et que toutes les fois qu'on aura recours à cette médication dans le but de modérer l'intensité des accès et d'améliorer momentanément les malades, on ne devra point s'endormir sur ce succès éphémère, et ne jamais se départir de la surveillance et de la direction des soins hygiéniques qui constituent en définitive la base de la médication anti-épileptique.

DE LA VERSION FOETALE

faite par des manœuvres extérieures (1).

Par M. le Dr Mattei.

Je me proposais de répondre ici à toutes les objections que M. le docteur Belin a faites directement à mes idées; mais comme un journal serait peu propre à ce genre de discussions, et que du reste il faudrait mettre le lecteur au fait de la thèse de M. Belin avant de la réfuter, je me contente de prier les lecteurs intéressés dans ce sujet à lire à la fois mon ouvrage et la thèse de notre jeune confrère. Cette lecture, je l'espère, me servira de justification.

Ce que je dis de M. Belin, je le dirai de M. Hergott, professeur-agrégé, qui a eu la bonté de faire un rapport sur mon ouvrage à la Société de médecine de Strasbourg. Une occasion plus favorable se présentera, je l'espère, pour que je puisse réunir sous un même coup d'œil toutes les objections qu'on m'a faites jusqu'ici et les réponses que je crois devoir leur faire. Je me contente donc de parler ici de la distinction que j'ai établie entre la version et la réduction céphaliques, et de mes droits de priorité à cet égard.

Déjà M. Hergott avait réclamé la priorité en faveur de M. Stoltz (2), et voici, d'après M. Belin, comment l'éminent professeur distingue ces opérations (page 6):

« La réduction est une opération par laquelle on transforme la présentation ou la position d'une des extrémités du corps fœtal en une plus normale, plus favorable à l'accouchement spontané; la version est celle dans laquelle on imprime un changement total dans la situation du fœtus, c'est-à-dire quand on lui fait décrire une courbe d'au moins 45°. »

Il est bon de savoir que M. Stoltz, comme tous les auteurs qui ont suivi Wigand, fait engager le siége ou la tête, selon que l'une ou l'autre de ces parties est la plus rapprochée du détroit. Or jamais, d'après mes observations, la tête et le siége ne sont à égale distance du centre du détroit. Le fœtus conserve toujours plus ou moins d'obliquité. Et puisque dans ce cas la partie à réduire ne peut jamais être de niveau avec l'ombilic, les versions de M. Stoltz se bornent à ramener sur le détroit la partie fœtale, qui est dans une des fosses iliaques ou sur le pourtour du détroit. L'extrémité opposée du tronc du fœtus peut exiger plus ou moins de déplacement; mais c'est toujours un simple redressement de l'axe fœtal qui est oblique, sans qu'il me paraisse y avoir de véritable version, c'est-à-dire que les versions de M. Stoltz sont, à mes yeux, de simples réductions.

Pour moi, la *version* (de *vertere*, tourner sens dessus dessous) est cette opération par laquelle on ramène à des présentations du sommet les présentations directes ou indirectes du siége. Dans ces présentations, le pelvis de l'enfant répond:

1° Au centre du détroit (présentation directe), et alors il est difficile de faire la version dans les derniers jours de la grossesse, à moins que les eaux ne soient abondantes. Lorsqu'elle n'est pas possible, du reste, on n'a pas à craindre pour la vie du fœtus comme s'il y avait une présentation des pieds.

2° Lorsque le siége du fœtus correspond à une des fosses iliaques ou à tout autre point du pourtour du détroit (présentation indirecte), la version est alors facile, même pendant le travail, et c'est dans ces cas précisément qu'elle est la plus utile, car il y a presque toujours engagement des pieds avant le siége, et danger pour la vie du fœtus.

La *réduction* est, pour moi, l'opération par laquelle je transforme en présentations du sommet celles de l'épaule et de la face, qui sont pour moi des présentations indirectes du sommet. Pour me résumer: lorsque je ramène sur le détroit la tête pendant qu'elle occupe un point du segment inférieur de l'utérus, c'est une simple *réduction*; lorsque je l'y ramène pendant qu'elle occupe le segment supérieur, c'est une *version*.

Si, au lieu de prendre la limite de 45° qu'indiquent les élèves de M. Stoltz, je prends les cinq observations que M. Belin a tirées du recueil manuscrit de ce professeur, je trouve que le titre de version est indistinctement appliqué à toutes les manœuvres par lesquelles il a rectifié les diverses présentations. Le mot de réduction n'y est pas prononcé, et qui plus est la tête ne me paraît pas avoir toujours suivi les 45°. Il aurait par conséquent fait des réductions dans l'acception même de sa dénomination, et cependant elles sont inscrites comme des versions.

Quoi qu'il en soit, le nom de réduction céphalique n'avait, je crois, jamais été écrit, et, s'il a été prononcé il y a longtemps par le professeur de Strasbourg, la chose m'était inconnue. Je suis heureux de m'être rencontré sur ce point avec un des plus dignes représentants de l'obstétrique de nos jours; seulement l'acception que nous donnons à ce mot n'est pas la même. Ma réduction renferme à la fois sa réduction et sa version, et ma version n'est nullement pratiquée par ce professeur pas plus que par aucun autre.

J'ai pratiqué cinq fois avant la rupture des membranes la version de la tête dans les présentations du siége avec succès, comme on peut le voir par les observations XVI, XXII, XXIV, LXVIII, LXXVIII de mon ouvrage (*Essai sur l'accouchement physiologique*), et je l'ai décrite avec détail dans le même ouvrage. Si d'autres en ont eu la pensée, ils ne me paraissent pas l'avoir réalisée; et, après la lecture des documents publiés jusqu'ici, je suis autorisé à dire *que je suis le premier à avoir pratiqué la version céphalique par des manœuvres extérieures avant la rupture des membranes dans les présentations du siége, seul cas où le nom de version me paraît applicable. Si d'autres ont parlé de cette opération, et Flamant me paraît être le plus avancé de tous* (1), *ils ont toujours entendu dire après la rupture des membranes et surtout par des manœuvres intérieures. Leur description n'a rien de commun avec la mienne, de sorte que jusqu'ici la priorité de la description, comme celle de la pratique, paraît me rester.*

Quant à la priorité pour ce qu'on a appelé la version céphalique ou purement la version, et qui consiste en une simple réduction de la tête ou du siége, cette opération a été pratiquée par plusieurs praticiens; aussi je n'ai jamais prétendu à la priorité. Si M. Stoltz a prononcé avant moi le nom de réduction, il me semble d'abord qu'il l'a moins bien appliqué, mais c'est moi, je crois, *qui ai le premier formulé cette réduction par écrit.*

Les questions de priorité, du reste, ont un intérêt personnel dont le public médical se préoccupe beaucoup moins que de l'idée elle-même. Je crois pouvoir me réjouir de m'être rencontré sur la même voie avec des esprits supérieurs au mien sans m'être donné rendez-vous avec eux; mais ce qui me préoccupera toujours le plus, ce sera le triomphe des idées que nous défendons.

(1) Fin. — Voir le numéro du 13 mai.

(2) *Gazette médicale* du 7 juillet 1855, Réponse à l'article Version extrait de mon ouvrage.

(1) Voir les tomes XXVII, XXVIII, XXIX et XXX du *Journal compl. des sciences médicales.*

DES EAUX MINÉRALES DE SAINT-GALMIER,

de leur action médicale et de leurs propriétés hygiéniques.

Il y a trente ans à peine, les sciences physiques, qui avaient cependant, depuis le commencement du siècle, fait d'immenses progrès, étaient encore si peu avancées, que la composition exacte des eaux minérales restait presque complétement ignorée. Aussi n'était-ce guère, dans la plupart des cas, que d'une manière empirique que l'on faisait usage de ces précieux moyens thérapeutiques que la nature met tout préparés à la disposition de la médecine. On savait à peu près que tel genre d'affections réclamait telles eaux; on distinguait bien approximativement la nature du principe minéralisateur prédominant, mais rien de précis, rien de certain, et c'était plutôt le tâtonnement que la vraie science qui guidait le praticien.

Aujourd'hui, il n'en est plus ainsi. Outre les principes essentiels qui entrent dans la composition des eaux minérales, principes dont il constate les proportions d'une manière exacte, le chimiste saisit au passage les gaz qui s'en échappent, les matières organiques qui en constituent le génie, les sels inorganiques dont il n'existe que des traces, etc. Dès lors le médecin n'agit plus en aveugle, et c'est en parfaite connaissance de cause qu'il dirige son malade vers telle ou telle source qui lui rendra la santé.

Pour aucune autre eau minérale peut-être, plus que pour celle de Saint-Galmier, ces connaissances chimiques n'étaient nécessaires. L'analyse faite par M. O. Henry a démontré que, outre l'acide carbonique libre qu'elle renferme en très-forte proportion (3 grammes par litre), les bicarbonates de soude, de chaux et de magnésie en sont les éléments les plus actifs; que le chlorure de sodium, le sulfate de soude et le nitrate de magnésie s'y rencontrent à des doses très-appréciables; enfin que le fer et le manganèse, ces deux métaux que des médecins distingués veulent fréquemment unir dans la cure des affections chloro-anémiques, y sont représentés à un haut titre.

Dès lors s'expliquaient leurs merveilleuses propriétés, constatées par MM. Lanyer, Ladevèze, Richard de Laprade, Alibert, et par tous les médecins du Forez. Froides, limpides, piquantes, elles se rapprochent de l'eau de Seltz *naturelle*, avec laquelle elles peuvent soutenir la comparaison sans la moindre crainte. Légèrement salées en outre, elles empruntent aux substances que nous venons d'indiquer un rapport de plus avec celles de Vichy, dont elles partagent l'efficacité sans en avoir aucun des inconvénients, tels que saveur peu agréable pour beaucoup de personnes, propriétés stimulantes, extrêmement énergiques, pouvant causer de graves accidents à ceux qui en font un usage imprudent ou immodéré.

Tout au contraire, les eaux de Saint-Galmier (source *Badoit*) sont d'une saveur des plus agréables; pétillantes, légèrement excitantes, elles conviennent à ceux dont l'estomac est paresseux, les digestions sont pénibles, aux gastralgiques, par dessus tout. Aux jeunes femmes et aux jeunes filles pâles, décolorées, exsangues, aux goûts bizarres et dépravés, chloro-anémiques en un mot, le bi-carbonate de soude et le chlorure de sodium rendent l'appétit en même temps que le fer et le manganèse rétablissent et régularisent cette fonction périodique dont les perversions sont incompatibles avec la santé, et font disparaître ces leucorrhées abondantes, désespoir des pauvres patientes.

Les rhumatismes subaigus, les lésions organiques des annexes du tube digestif, du foie, de la rate, les états bilieux habituels y trouvent une puissante médication toujours couronnée de succès.

Enfin, et c'est là leur véritable triomphe, les affections chroniques de l'appareil urinaire sont modifiées par elles avec une incroyable rapidité. Atonie de la vessie, rétention d'urine, catarrhe vésical, gravelle, y trouvent leur véritable modificateur, leur spécifique, dirions-nous, si l'on n'avait, dans ces derniers temps, abusé de ce mot. « Comme les eaux de Contrexeville, a dit un praticien des » plus distingués, M. le docteur Ladevèze, médecin inspecteur de » Saint-Galmier, elles font rendre avec facilité des graviers, des » calculs, et ont opéré des guérisons chez des individus qui souf- » fraient de la pierre. » Ce qu'il y a de certain, et tous les observateurs sont d'accord sur ce point, c'est que les habitants de Saint-Galmier *n'ont jamais compté parmi eux un seul calculeux.*

A une époque où, comme aujourd'hui, l'usage des eaux minérales acidules gazeuses, et en particulier celui de l'eau de Seltz, a pris une extension prodigieuse, ne serait-il pas d'un immense avantage de remplacer, comme boisson habituelle, les eaux de Seltz *artificielles* par les eaux *naturelles* de Saint-Galmier? L'eau de Seltz artificielle, qu'est-ce après tout, autre chose que de l'eau plus ou moins pure, chargée exclusivement d'un acide carbonique plus ou moins bien préparé? Où sont les sels que la nature prévoyante a fait dissoudre dans les eaux minérales naturelles avec tant de sagesse et suivant de si exquises proportions? Si habile que soit la main de l'homme, remplacera-t-elle jamais les procédés mystérieux en usage dans le grand laboratoire de la nature?

Déjà de toutes parts, et fort loin de Saint-Galmier, un grand nombre de ceux qui faisaient usage habituellement des eaux gazeuses artificielles ont renoncé à ces dernières pour leur substituer celles de la source Badoit, qui, recueillies avec soin, voyagent à des distances indéterminées sans subir la moindre altération. Il nous paraît, à nous médecins, que l'hygiène et la santé publique n'ont qu'à gagner à cette substitution, qui devient de plus en plus générale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 mai 1856. — Présidence de M. Gosselin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Chassaignac, à propos du procès-verbal, déclare qu'il est préparé à donner à la Société de chirurgie la suite des observations de tumeurs fibro-plastiques qu'il a observées, et dont il a déjà entretenu ses collègues.

— Avant la lecture de la correspondance, M. le secrétaire général annonce que la Société de chirurgie a fait une nouvelle perte. Le professeur Guthrie, membre du Collége royal des chirurgiens, chirurgien de l'hôpital de Westminster, associé étranger de la Société, est mort le 1er mai à l'âge de 71 ans.

CORRESPONDANCE.

M. A. Joire, médecin de l'asile des aliénés de Lommelet, à Lille, adresse une observation de luxation incomplète de l'épaule. M. Jarjavay est chargé de rendre compte de cette observation.

— La Société reçoit les ouvrages suivants:

Rapport sur les eaux thermales d'Aix en Savoie pendant l'année 1855, par le docteur Blanc;

Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Nancy pendant l'année 1854-1855, par le docteur Chatelain;

Essai sur l'arthrite vertébrale, par M. Ripoll.

Caustiques à la gutta-percha. — M. Robert avait été chargé de faire des expériences cliniques sur la cautérisation à l'aide de caustiques nouveaux, composés par MM. Maunoury (de Chartres), membre correspondant, et Robiquet, professeur agrégé à l'Ecole de pharmacie de Paris.

Notre collègue de Chartres a adressé un mémoire dans lequel on trouve des réflexions générales sur l'emploi de la gutta-percha en chirurgie; puis la manière d'associer cette substance aux agents caustiques, et enfin des documents cliniques résumant les résultats des applications déjà faites dans les affections externes.

M. Robert vient rendre compte, à son tour, de ses essais, en les comparant à ceux de M. Maunoury et aux effets déjà connus des caustiques vulgairement employés.

Voici d'abord une analyse du mémoire de M. Maunoury (1) qui repose surtout sur les faits suivants:

(1) La Société a décidé, d'après la proposition de M. Robert, que cet extrait serait inséré dans les Bulletins.

La gutta-percha est souple à la température de 30°, malléable et ductile à 60°, fusible à 120°; elle ne conduit pas l'électricité; elle est inaltérable à l'eau, à l'air, aux acides et aux alcalis les plus puissants, aussi bien qu'aux sels métalliques ; elle peut se mélanger et même se combiner intimement avec un grand nombre de substances médicamenteuses. Enfin, et c'est sur cette propriété que repose l'idée mère du mémoire, *la gutta-percha peut retenir intacte, dans ses mailles spongieuses, les caustiques les plus déliquescents, tels que la potasse et le chlorure de zinc, tout en permettant leur exsudation lente et leur action spéciale sur les tissus de l'économie.*

M. Maunoury voulut alors obtenir :

1° Les préparations caustiques renfermant le type du caustique fluidifiant, composées de gutta-percha et de potasse ;

2° Les préparations caustiques renfermant le type du caustique coagulant, composées de gutta-percha et de chlorure de zinc.

Dans ces préparations, la gutta-percha joue le rôle modeste d'excipient, rôle très-utile pour faciliter l'application de ces substances.

1° *Caustique fluidifiant à la potasse.* — Il est inaltérable, actif et régulier dans son action ; il est destiné à remplacer la pâte de Vienne et le caustique Filhos. On peut d'ailleurs lui donner toutes les formes imaginables en le taillant, en le modelant. On le dispose en plaques, en pastilles, en cylindres, en cônes, en aiguilles coniques, etc., etc.

Quand on veut l'appliquer, il suffit de le tremper pendant une demiminute dans l'alcool, et de le fixer convenablement avec des agglutinatifs. L'action commence aussitôt; elle dure plus ou moins, suivant l'épaisseur de la pièce caustique. L'eschare produite est très-bien circonscrite.

La substance caustique se dégage lentement des mailles de la gutta-percha. La pastille, le cylindre ont perdu de leur poids, mais leur forme et leur volume ne sont point modifiés.

Les cylindres peuvent remplacer le crayon de nitrate d'argent quand on veut employer un caustique fluidifiant. On devrait en avoir dans la trousse pour agir sur les ganglions ulcérés, les chancres indurés, les indurations du col de la matrice.

M. Maunoury a employé avec succès ce caustique à la potasse pour établir des cautères, ouvrir des abcès froids, détruire la peau dans l'ablation des tumeurs, etc., etc. Il se loue surtout de l'emploi des cylindres dans les fistules sinueuses et profondes entretenues par une lésion osseuse, par une carie. Grâce à leur ténacité et à leur souplesse, ils peuvent parcourir ces fistules et arriver aisément sur l'os malade. Il en résulte une mortification du point altéré suivie d'une élimination sans accidents inflammatoires sérieux. L'emploi de cette méthode est de nature à éviter un bon nombre d'amputations si communes dans ces cas. Sur 36 amputations pratiquées par Roux en 1840-1841, 25 furent faites pour des lésions osseuses articulaires ou diaphysaires.

La possibilité de construire des cylindres longs et flexibles permet d'en entourer toute la circonférence d'un membre, et, pour une cautérisation linéaire et circulaire pratiquée sur la peau, d'arrêter dans leur marche des érysipèles phlegmoneux ou gangréneux.

Pourquoi dans certains cas, se demande M. Maunoury, n'a-t-on pas recours à l'amputation des membres par les caustiques lorsque l'opération par le couteau doit être nécessairement mortelle? L'amputation est, à la vérité, plus longue pour le chirurgien, plus douloureuse pour le malade, mais elle offre de grandes chances de réussite : *non cito, non jucunde, sed tuto.*

Dans deux cas qui paraissaient désespérés, l'un pour un érysipèle phlegmoneux traumatique du bras, l'autre à la suite d'une gangrène traumatique de l'avant-bras, MM. Maunoury et Salmon eurent recours à l'ablation des membres par les caustiques (poudre de Vienne et chlorure de zinc), et les deux malades guérirent.

En général, deux heures suffisent pour détruire la peau dans toute son épaisseur, mais on peut laisser agir les lanières et les pastilles pendant six heures et plus sans crainte d'accidents; il semble que l'action caustique se règle par l'épaisseur de l'eschare produite.

2° *Caustique coagulant, hémostatique, au chlorure de zinc.* — Auxiliaire de l'autre, et remplissant comme lui des indications spéciales, il peut être substitué en certains cas à la pâte de Canquoin. Le chlorure de zinc qui le compose est le *caustique par excellence.*

Après avoir indiqué, en rendant pleine justice à M. Bonnet, les nombreuses applications chirurgicales de la pâte de Canquoin, M. Maunoury lui reproche toutefois de s'humecter dans les liquides de l'économie, de se réduire superficiellement en bouillie, ce qui crée des difficultés quand on veut l'extraire d'une fistule, par exemple. On pare à cet inconvénient en incorporant le chlorure de zinc à la gutta-percha. Diverses manipulations permettent d'obtenir ainsi une pâte non liquéfiable, qui ne se gonfle pas, à laquelle on peut donner, suivant les proportions du mélange, des consistances très-variées, depuis la flexibilité jusqu'à la dureté la plus grande. On la façonne en plaques, en cylindres, en chevilles, en lanières. Enfoncés dans des fistules ou dans des tumeurs, ces cylindres sont retirés sans déformation au bout du temps désirable. Ils n'ont perdu qu'une portion de leur chlorure.

On peut en charger des porte-caustiques, à la condition que ceux-ci ne soient pas en fer; l'eschare, grisâtre, puis blanche, est très-dure, et se détache au bout de huit à dix jours.

Comme le chlorure de zinc n'est que mélangé à la gutta-percha, il se fait à la surface des cylindres, au bout de quelque temps, une légère exsudation du caustique, qu'on peut du reste éviter en saupoudrant les fragments avec un peu de farine afin de les conserver.

Tel est l'exposé sommaire des services que la gutta-percha peut rendre comme substance porte-caustique.

M. Robert a essayé les caustiques de M. Maunoury sous leurs diverses formes, et voici ce qu'il en pense :

Les plaques, les feuilles caustiques doivent être abandonnées; celles qui ont la potasse pour base ont une action plus lente et surtout beaucoup moins sûre que le caustique de Vienne, dont l'usage est très-répandu et le maniement très-simple. Elles sont sujettes à l'efflorescence, et dans un cas, malgré plusieurs heures d'application, il n'y eut pas d'effet. On devra donc continuer à appliquer les cautères soit avec la potasse, soit avec la pâte de Vienne.

Les plaques, les feuilles au chlorure de zinc n'offrent pas de grands avantages; elles s'altèrent facilement; on est obligé de les recouvrir pour les conserver d'une mince feuille d'étain, qui devient bientôt très-adhérente, et qu'on n'enlève qu'avec beaucoup de difficultés et presque toujours incomplétement; ces plaques d'ailleurs sont rigides ; elles se moulent donc difficilement sur les surfaces parfois anfractueuses qu'on veut cautériser, de telle façon que la destruction des tissus se fait très-inégalement.

Si, en regard de ces inconvénients, on se rappelle que la pâte de Canquoin est malléable, peut se mouler sur les surfaces les plus irrégulières, et qu'enfin elle se conserve facilement quand elle a été bien préparée, on lui conservera une prééminence méritée sur le caustique de M. Maunoury.

Mais ces caustiques sont, au contraire, d'un usage utile quand ils sont moulés en cylindres. Les caustiques alcalins s'altèrent vite, et on est obligé de les protéger par un étui solide, comme il arrive pour le caustique Filhos; dès lors on ne peut les engager dans des trajets fistuleux étroits et sinueux. Les bougies caustiques à la gutta-percha sont dans quelques cas véritablement utiles, et M. Robert pense, d'après son expérience, que sous cette forme les préparations de M. Maunoury méritent d'être conservées.

Il rappelle d'ailleurs que notre collègue de Chartres a déjà recueilli un certain nombre de faits, et qu'il a signalé dans le précédent mémoire les applications faites à diverses maladies, entre autres la carie, idée déjà ancienne à la vérité, le traitement des tumeurs, etc., etc. M. Maunoury a même été plus loin : il a pratiqué deux fois l'amputation d'un membre avec le caustique, et deux fois la guérison a été obtenue. Il paraît qu'il était impossible de songer à l'emploi de l'instrument tranchant.

M. Robert termine par quelques remarques sur ces deux faits singuliers, et regrette qu'ils soient simplement mentionnés plutôt que donnés *in extenso.*

M. Maisonneuve. Après avoir loué l'idée qu'a eue M. Maunoury en indiquant de nouvelles préparations caustiques, M. Robert, en résumé, n'admet comme utile en pratique qu'une seule forme de ces préparations, à savoir les cylindres, qu'on peut introduire dans des trajets fistuleux ou implanter dans des tumeurs qu'on veut détruire. Mais depuis longtemps ce progrès est réalisé, et M. Robert doit savoir qu'on est parvenu à solidifier le chlorure de zinc de manière à le tailler de toutes manières, en cylindriques, en dents de couronne, en flèches longues et aiguës. Le caustique à la gutta-percha n'est donc en rien supérieur comme caustique, et M. Girouard entre autres, dont M. Robert aurait dû citer les travaux, a montré déjà qu'on pouvait cautériser des tumeurs très-volumineuses en les attaquant par leur circonférence avec des pointes acérées de pâte de Canquoin. On pourrait, par le même moyen, à l'exemple des chirurgiens de Chartres, détacher un membre entier. M. Maisonneuve lui-même est parvenu, à l'aide de longues flèches implantées dans une énorme tumeur encéphaloïde, et à sa circonférence, à détruire la plus grande partie du tissu morbide.

M. Robert ne condamne nullement les procédés de M. Girouard, mais il croit que les caustiques de M. Maunoury, outre qu'ils sont plus variés, peuvent avoir aussi leurs avantages particuliers. Tout le monde sait que le chlorure de zinc peut être solidifié et façonné; mais, dans ce cas encore, il est altérable spontanément, puis se gonfle, se ramollit, devient friable dans l'intérieur de nos tissus, de manière à ne pouvoir plus être enlevé si l'on juge à propos de faire cesser son action. La cautérisation est donc moins facile à limiter qu'avec les cylindres de M. Maunoury, qu'on peut extraire après une heure ou deux si on juge que l'action a été suffisante.

M. Boinet pense que le chlorure de zinc ordinaire peut suffire à tous les cas. Il se dessèche aisément, ne s'altère pas quand il a été bien préparé; on peut en faire des fils, des lames, des cylindres, pour obtenir tous les modes possibles de cautérisation. Enfin rien n'est plus facile, précisément, que de limiter son action, ou du moins de la prévoir. On sait, en effet, d'une manière très-précise, le rapport qui existe entre l'épaisseur de l'eschare et l'épaisseur du caustique. Il s'agit donc de donner à ce dernier les dimensions et le volume convenable; dès lors il devient inutile de se préoccuper des difficultés de son extraction.

M. Demarquay. Avant d'accepter les nombreux travaux qui apparaissent sur la cautérisation, il faudrait prémunir les chirurgiens contre les dangers quelquefois très-grands de ces agents. Les caustiques sont souvent appliqués sans aucune réserve, et leur emploi peut devenir bien plus funeste que celui de l'instrument tranchant. Il a vu surtout des tumeurs du sein traitées par les caustiques, et qui avaient donné des résultats désespérants. Chez une dame, entre autres, le caustique avait détruit toute la peau de la moitié de la région antérieure du thorax, puis avait fusé dans le dos, de façon à produire une plaie effrayante. Cette malheureuse mourut exactement de souffrances à la suite de cette opération barbare.

M. Broca. Des études prolongées faites à propos du rapport sur le caustique Landolfi, rapport qui enfin va voir le jour, ont enseigné à M. Broca que la cautérisation appliquée aux maladies chirurgicales oscillait depuis un temps fort long, et tantôt reparaissait à l'horizon, tantôt tombait dans l'oubli, ayant ainsi tous les quinze ans environ une période ascendante ou descendante.

On est en ce moment dans une période ascendante. Les chirurgiens de province, surtout, généralisent l'emploi des caustiques; non-seulement ils cherchent à les substituer le plus possible au bistouri, mais lors même que l'instrument tranchant a retranché ou même incisé les tissus, on cautérise les plaies soit avec le fer rouge, soit avec les agents chimiques les plus énergiques. On prétend que cette pratique arrête ou prévient toujours les hémorrhagies; mais, chose plus remarquable encore, les plaies faites ou traitées par les caustiques seraient sûrement à l'abri des accidents généraux et locaux, tels que phlegmons, érysipèles, phlébite, infection purulente, etc., etc.

M. Broca pense qu'il y a là une véritable exagération. Il est évident que les caustiques coagulants, tels que le chlorure de zinc, préviennent souvent les hémorrhagies; mais certainement elles ne les empêchent pas d'une manière absolue. Quant aux autres complications, l'érysipèle en particulier, elles sont loin d'être rares.

M. Broca n'a pas une très-grande expérience; cependant il a suivi avec la plus grande attention dix-sept à dix-huit malades traitées par le caustique Landolfi (on sait que ce caustique agit comme le chlorure de zinc, si ce n'est que l'addition du chlorure de brôme lui donne le grand inconvénient de fuser). Sur ces dix-huit malades, il y a eu deux cas d'hémorrhagies consécutives vers le dixième ou douzième jour, lors de la chute de l'eschare. Chez l'une des opérées l'hémorrhagie fut très-abondante; il fallut recourir avec énergie au tamponnement et au perchlorure de fer.

L'érysipèle fut observé quatre fois vers le dixième ou le douzième jour d'une manière sporadique, au milieu des meilleures conditions hygiéniques, et sans qu'on puisse invoquer aucune épidémie, aucune circonstance générale défavorable. Dans un cas, l'érysipèle fut de très-longue durée ; il parcourut presque toute la surface du corps, et la malade faillit mourir. On n'observa, à la vérité, aucun cas d'infection purulente.

En résumé, la cautérisation n'empêche pas les accidents consécutifs; elle est longue, douloureuse : on ne voit donc pas pourquoi elle deviendrait méthode générale pour l'extirpation des tumeurs. Il ne faut pas toutefois tomber dans l'exagération contraire, et la proscription de cette méthode, de même que l'enthousiasme excessif qu'on lui a voué, auraient été évités si les chirurgiens avaient su mieux manier les caustiques et s'en servir dans les cas où ils constituent réellement une ressource précieuse.

M. Demarquay se rappelle avoir vu, à la suite d'une extirpation du sein par le caustique, une hémorrhagie consécutive intense vers le douzième jour.

M. Robert désire ne point s'écarter de la question primitive et ne pas aborder les indications, les avantages et les inconvénients de la cautérisation. M. Maunoury, du reste, ne parle nullement de détrôner le bistouri par les caustiques ; il propose seulement une nouvelle combinaison qui peut avoir son utilité.

Une courte discussion s'engage entre MM. Forget, Guersant et Morel-Lavallée sur les amputations faites avec le caustique par M. Maunoury.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Maisonneuve montre les deux moitiés du maxillaire inférieur qu'il a extirpé chez un jeune homme de vingt-quatre ans. Cette opération fut nécessitée par une affection datant au moins de cinq à six ans, à marche très-lente, et qui paraissait bornée au côté droit. En commençant, M. Maisonneuve ne songeait à enlever que la moitié de l'os; mais il s'aperçut que la totalité de l'os était malade, et que l'extirpation complète était indispensable.

L'opération fut pénible. L'os avait été scié à sa partie moyenne. La moitié droite, qui était occupée par la tumeur principale, se brisa; l'ablation du moignon, composé par la branche ascendante, fut très-difficile. La moitié gauche fut extirpée à moins de frais. Comme il en a la coutume, M. Maisonneuve isola les os des parties molles sans se servir du bistouri; en grattant l'os et en déchirant les muscles avec l'ongle, il lui fut possible, de cette manière, de conserver tout le périoste, ce qui permet d'espérer une régénération de l'os ou au moins la formation de pièces osseuses solides.

Le malade est aujourd'hui complétement guéri, comme l'atteste un portrait au daguerréotype que M. Maisonneuve montre à la Société. Les suites de l'opération ont été fort simples. La langue n'a éprouvé aucune rétraction. La plaie avait été réunie par la suture. Au reste, d'après des faits très-nombreux, M. Maisonneuve regarde l'extirpation de la mâchoire inférieure comme peu grave en elle-même ; lorsque les malades succombent, c'est par suite des récidives et non par le fait de l'amputation elle-même.

Dans le cas actuel, la récidive n'est pas à craindre, et la guérison sera sans doute radicale, car la maladie n'a point les caractères du cancer ; elle est constituée par des kystes multiples qui entourent des productions fibreuses nées dans le centre de l'os.

— M. Bouvier montre une pièce destinée à élucider le siége réel du séton à la nuque. Un enfant de deux ans, atteint d'amaurose, entra à l'hôpital le 14 janvier. M. Bouvier lui-même plaça, le 21 du même mois, un séton de cinq centimètres et demi. Il le supprima bientôt; l'enfant paraissant condamné à une mort prochaine, un fil très-fin fut laissé en place.

La mort eut lieu, en effet, le 2 mai. La région disséquée avec soin, on peut constater que le tiers moyen du fil est situé dans l'épaisseur du muscle trapèze.

— M. Larrey présente une énorme masse cancéreuse située au-devant de la colonne vertébrale, et provenant d'un sujet adulte qui a succombé sans opération à une diathèse cancéreuse (1).

— La Société se forme en comité secret.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : Dr Arist. Verneuil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par suite du décès de M. Vidal (de Cassis), M. Cullerier est nommé chirurgien de l'hôpital du Midi.

M. Morel-Lavallée, chirurgien de Lourcine, prend le service laissé vacant par M. Cullerier dans cet hôpital.

M. Jarjavay est nommé chirurgien de Lourcine, et M. Giraldès est chargé du service de chirurgie de l'hospice des Enfants-Trouvés.

— Nous avons de nouvelles pertes à déplorer dans le corps de santé de l'armée; MM. les médecins-majors Goutt et Frette-d'Amicourt viennent de succomber au typhus en Crimée.

— M. le professeur Denonvilliers a commencé le mardi 6 mars, à l'hôpital Saint-Louis, ses leçons de clinique chirurgicale ; il les continuera les mardi et samedi de chaque semaine. La visite commence à sept heures et demie précises du matin ; les leçons et les opérations se font à neuf heures.

— M. le docteur Duchesne-Duparc ouvrira son cours public sur les maladies de la peau mardi prochain 20 mai, à sa clinique de la rue Larrey, 8, près l'Ecole de médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à onze heures précises du matin.

Chaque leçon sera précédée de l'examen des malades.

(1) L'observation complète est déposée aux archives.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 59. — MARDI 20 MAI 1856. (29e ANNÉE.) N° 59. — MARDI 20 MAI 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'arte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 19 MAI 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

La thérapeutique tend à entrer de nos jours de plus en plus dans la voie rationnelle. Avec l'aide de la chimie, elle s'efforce de pénétrer les actions intimes qui se passent dans les profondeurs de nos organes, et cherche à asseoir ses indications sur la double notion de l'action physiologique des médicaments et de la nature des lésions et des troubles qu'ils sont destinés à modifier. Cette tendance est fort louable sans doute, et digne d'encouragements, mais elle est pleine de difficultés et féconde en illusions et en erreurs qui peuvent devenir d'autant plus dangereuses qu'elles séduisent davantage par leur apparence de rigueur scientifique.

Ce n'est qu'en procédant par de prudents tâtonnements et en s'appuyant autant que possible sur les données de l'expérience empirique, qu'on pourra se guider un peu sûrement dans cette voie difficile et où il est si aisé de faire fausse route.

Ces réflexions nous sont inspirées par deux des communications que l'Académie a reçues dans cette séance, et qui se rattachent toutes deux au genre de recherches en question ; nous voulons parler du travail de M. Berthé sur la faculté assimilatrice des différents corps gras, et du mémoire de M. Lamarre-Picquot sur l'emploi de l'acide arsénieux dans les congestions apoplectiques. Le travail de M. Berthé, qui est parti de faits déjà acquis à la science par les belles expériences de MM. Dumas, Liebig, Persoz, Cl. Bernard, pour déterminer les différents degrés d'assimilabilité propres à chaque espèce d'huile en particulier, échappe à tout reproche ; il éclaire par les résultats constatés sur les degrés respectifs d'utilité de chacune des huiles soumises à l'examen, soit au point de vue purement alimentaire et hygiénique, soit au point de vue thérapeutique.

Il ne nous paraît pas en être tout à fait de même de la communication de M. Lamarre-Picquot. L'idée théorique d'après laquelle il propose l'emploi de l'acide arsénieux dans les congestions apoplectiques, ne nous semble reposer ni sur une notion suffisamment établie du mode d'action de cet agent sur l'organisme, ni sur une connaissance exacte des conditions organiques de la disposition apoplectique. Devant l'insuffisance de nos connaissances actuelles sur ces deux points, le rapport théorique entre l'action présumée de l'acide arsénieux et la condition organique de la disposition apoplectique, sur lequel l'auteur fonde ce traitement, manque d'autant plus de fondement, que l'expérience empirique n'a pas jusqu'à présent, que nous sachions, justifié les prévisions de la théorie.

— Il y a quelques semaines, au sujet d'une communication où on érigeait en principe le sacrifice d'un organe *sain*, dans le but de faciliter l'ablation de certaines tumeurs inaccessibles à la main de l'opérateur, nous exprimions la crainte que le succès de ces opérations hardies n'encourageât un peu trop peut-être certaines tendances à ces grandes entreprises opératoires, dont la réputation du chirurgien et le sort du malade forment le trop inégal enjeu. Nous n'avions évidemment en vue, en ce moment, que l'abus qu'on pourrait faire de ce principe hors des cas d'imminente et absolue nécessité. Il ne pouvait donc entrer dans notre pensée de déverser le blâme sur les opérations de ce genre dont l'expérience n'a que trop démontré la nécessité, et qui ont déjà reçu la sanction du succès. Encore moins songerions-nous à nous élever contre celles qui consistent à n'enlever que l'organe malade, en perfectionnant les procédés opératoires et en reculant les limites que la nature semblait avoir opposées jusque-là à l'action de nos instruments. Celles-là méritent, au contraire, l'approbation et l'encouragement. Tel est le cas de l'opération dont M. Maisonneuve a communiqué les résultats aux deux Académies, et dont nous publions plus loin la relation.

Dr Brochin.

C'est aujourd'hui que la section d'anatomie pathologique doit faire à l'Académie son rapport sur la présentation des candidats à la place vacante dans cette section. Ce rapport causera certainement une douloureuse surprise à la savante Compagnie ; car, si nous sommes bien informé, la liste de présentation, composée de noms fort honorables sans doute, ne contient pas celui du seul candidat qui se soit occupé d'une manière spéciale d'anatomie pathologique, de l'homme qui a en quelque sorte voué sa vie à l'étude approfondie de cette partie de la science, et qui a pris une part active à la plupart des découvertes et des progrès qu'elle a faits dans ces dernières années. L'Académie aura de la peine à comprendre comment la section n'a pas porté sur la liste le nom de M. Ch. Robin, dont elle a plus d'une fois réclamé les lumières, et sur l'autorité duquel plus d'une fois aussi elle a été heureuse de s'appuyer.

Nous qui ne voulons pas croire qu'un corps éminent comme l'Académie de médecine cède à de mesquines passions, nous espérons qu'un sentiment d'équité fera surgir des défenseurs officieux à la candidature de M. Robin, qui répareront l'injustice de la section à son égard.

A. Bernard.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

Paraplégie, strabisme et embarras de la langue guéris par les bains sulfureux. — Scarlatine, stomatite ulcéro-membraneuse ; guérison. — Favus ; guérison.

Dans les hôpitaux de l'enfance, les malades deviennent souvent, par le fait même de leur séjour à l'hôpital, de véritables encyclopédies pathologiques. Entrés pour une maladie, ils en contractent quelquefois une seconde, une troisième, dont ils ne se tirent qu'à travers les plus grands périls.

L'enfant dont on va lire l'observation était arrivée pour une paralysie occupant seulement les membres inférieurs, la langue et les muscles de l'œil, et pour un favus urcéolaire ; elle contracta la scarlatine, et après guérison elle eut coup sur coup deux stomatites ulcéro-membraneuses. Elle a triomphé de tous ces accidents.

Si quelque chose dans ce fait mérite d'être signalé, c'est la paralysie graduellement survenue et guérie en quelques semaines par les bains sulfureux.

Il n'est quelquefois rien de plus embarrassant à indiquer que la cause d'une paralysie. Les difficultés sont d'autant plus grandes que la forme, la marche et la durée de la paralysie sont différentes de ce qu'on observe habituellement. On en pourra juger par la narration du fait suivant :

Louise Peley, âgée de huit ans, vaccinée, est entrée au n° 11 de la salle Sainte-Marguerite le 10 février 1855, et ensuite a été couchée au n° 31 de la salle Sainte-Rosalie.

Son père est mort de la poitrine, mais sa mère est très-robuste et très-bien portante.

Cette enfant est presque toujours malade : à 4 ans, fièvre typhoïde ; à six ans, rougeole ; à sept ans, coqueluche forte et prolongée ; gourmes dans la tête, souvent des glandes cervicales engorgées, sans suppuration. Elle est sujette à s'enrhumer, au mal de gorge et à la diarrhée.

Depuis six semaines elle est de nouveau malade. Atteinte de rhume et d'angine, elle souffre de la tête, dans les membres, ne peut se tenir debout par suite d'une grande faiblesse survenue graduellement dans les membres ; elle parle difficilement et offre du strabisme. Tels sont les renseignements vagues et incomplets fournis par la mère.

Etat actuel. — Enfant bien développée, brune, grasse, très-fraîche ; tête très-volumineuse, couverte de croûtes de favus urcéolaire ; strabisme sans diplopie ; station verticale impossible à cause de la faiblesse des jambes, et cependant les mouvements volontaires incomplets sont encore possibles dans les membres inférieurs ; pas de douleur ni de contracture dans ces parties. La sensibilité de la peau est parfaitement bien conservée. Embarras de la langue, ce qui rend la prononciation très-difficile ; cet organe sort de la bouche, sans déviation aucune. Il n'y a rien de particulier dans les membres supérieurs ; entièrement soumis à l'influence de la volonté, leur force paraît être à peu près la même que dans l'état de santé.

Toux assez fréquente, grasse, sans expectoration ; râle sibilant dans les deux côtés de la poitrine ; rougeur des amygdales et du pharynx ; langue blanche ; un peu d'appétit ; ventre souple, indolent ; pas de diarrhée, selles régulières ; peau naturelle ; température égale sur les parties saines et sur les parties paralysées ; pas de fièvre.

Le 20 février, cette enfant, assez bien portante depuis le jour de son entrée, sauf la paralysie, qui est restée dans le même état, a été prise hier de malaises, de vomissements, avec mal de gorge, mal de tête et violentes douleurs au cou, dans l'épaule et dans les jambes. Elle a été à la garde-robe sans diarrhée. Peau très-chaude ; pouls à 140. — Tisane de tilleul sucré.

Le 21, grande agitation dans la journée d'hier ; fièvre continuelle ; pas de vomissements, pas de selles ; les douleurs ont disparu ; l'enfant se plaint encore un peu du mal de gorge, et on ne voit sur le pharynx que de la rougeur, sans fausses membranes ; peau très-chaude ; pouls régulier, à 128. — Tisane de tilleul.

Le 22, l'enfant a été très-agitée hier. Ce matin, elle est plus calme ; la peau est chaude ; le pouls est à 120. Il s'est formé sur les mains une petite éruption pointillée, rougeâtre, qui est à peine apparente sur le reste du corps. — Infusion de tilleul.

Le 23, pas de vomissements ni de diarrhée. L'éruption indiquée dès hier a fait peu de progrès. Elle est un peu plus apparente, et comme toute la surface du corps. Elle est formée sur le tronc de petites taches rouges, régulières, entre lesquelles on voit la teinte blanche de la peau. Sur les jambes, l'éruption est rouge, uniforme, avec piqueté rouge plus foncé, et la rayure cutanée y fait momentanément paraître la *raie blanche* particulière à la scarlatine. La langue est blanche, piquetée de rouge. Plus de mal de gorge ni de douleurs. La toux a presque disparu. Peau assez chaude ; pouls à 120. — Infusion de tilleul.

Le 24, l'éruption a presque entièrement disparu sur le tronc. Elle est encore apparente aux poignets et au coude. Hier soir, accès de fièvre très-prononcé. Ce matin, peau chaude ; pouls à 120. — Tilleul sucré.

Le 25, nouvel accès de fièvre dans la soirée, prolongé dans la nuit au milieu d'une grande agitation. Ce matin la fièvre est moindre et le pouls à 120.

L'enfant se plaint de mal à la gorge, et souffre dans le cou lorsqu'il faut tourner la tête. Le pharynx et les amygdales sont rouges et couverts de mucosités. Pas de fausses membranes. L'éruption a complétement disparu. — Tilleul sucré ; sirop d'ipécacuanha, 30 grammes ; poudre d'ipécacuanha, 50 centigrammes.

Le 26, l'enfant a vomi quatre fois et a eu une garde-robe. Même état de la gorge ; les ganglions sous-maxillaires sont engorgés et douloureux. Peau chaude ; pouls à 120. — Sirop de mûres, 100 grammes ; eau de gomme, 300 grammes.

Le 1er mars, l'enfant se porte assez bien, mais se plaint toujours de la gorge. La muqueuse est rouge, et les amygdales légèrement tuméfiées. Pouls à 120. La peau est le siége d'une faible desquammation. — Vomitif : poudre d'ipéca, 50 centigrammes ; sirop d'ipéca, 30 grammes.

Le 2, plusieurs vomissements ; l'enfant se trouve mieux, et demande à manger ; sa paralysie persiste au même degré.

Le 17. Pendant plusieurs jours, bien portante et sans fièvre, elle a pu manger comme les autres enfants, mais n'a pu se lever, à cause de sa paraplégie. — Elle prit deux *bains sulfureux*, puis la diarrhée survint durant trois jours. La diète et des cataplasmes sur le ventre en triomphèrent facilement.

Le 19, l'enfant fut changée de salle, et transférée au n° 31 de Sainte-Rosalie, pour y être traitée de son favus et de sa paraplégie par les bains sulfureux. — Tous les deux jours on donna un bain sulfureux d'une heure, et on se mit à l'œuvre de l'épilation et des lotions de sublimé sur le cuir chevelu.

Le 30, l'enfant paraît avoir plus de force dans les jambes, et se tient avec l'aide des deux mains d'une personne étrangère. Le strabisme persiste, mais l'embarras de la langue a disparu. — On continue les bains sulfureux.

Le 10 avril, l'enfant marche très-bien, sa paraplégie est guérie, et le strabisme a disparu.

Dix bains sulfureux ont produit ce résultat, mais l'enfant reste à l'hôpital pour le traitement du favus. — Une première épilation a été faite du 20 au 25 mars, et on attend pour voir s'il n'y aura pas de récidive.

Au mois de mai, le 12, l'enfant, qui souffrait de la bouche et mangeait péniblement depuis deux jours, nous montre sur la face interne de la joue droite et près de la commissure des lèvres une ulcération de la largeur d'une pièce de 50 centimes, à fond blanchâtre tuméfié, recouvert d'une petite pellicule difficile à détacher. Une autre ulcération de même aspect, mais moins étendue, existe derrière la lèvre inférieure à droite du frein. Les gencives sont rouges, fongueuses, saignantes, mollasses, et les dents moins solides dans leurs alvéoles. Langue blanche, soif fréquente, pas d'appétit ; un peu de fièvre. — Cautérisation avec l'acide chlorhydrique. Tous les jours, application de poudre de chlorure de chaux.

Le 13 mai, l'état de la bouche est sensiblement amélioré. — Même traitement.

Le 14, amélioration. — Même traitement.

Le 15, les gencives ne sont plus rouges ni tuméfiées. Elles ont repris de la fermeté. Les ulcérations de la face interne des joues ont diminué et n'ont plus de fausses membranes à leur surface. — On cesse les cautérisations. Applications de poudre de chlorure de chaux.

Le 18, les ulcères sont cicatrisés, et l'enfant est très-bien. Son appétit est revenu. Elle n'a plus de fièvre.

Le 30, les gencives se gonflent de nouveau, et de petites ulcérations linéaires se montrent à leur bord libre. La face interne de la joue droite est le siége d'une ulcération moins étendue que la première fois; elle est peu profonde, grisâtre, et ses bords sont rouges; pas d'odeur. — Julep; chlorate de potasse, 2 grammes.

Le 3 juin, l'état de la bouche s'améliore, et on continue le chlorate de potasse en augmentant la dose. — Julep; chlorate de potasse, 3 grammes.

Le 10, la bouche est complétement revenue à son état normal.

Le 29 août, *exeat*.

L'enfant n'a rien eu depuis la récidive de la stomatite, et elle n'est restée à l'hôpital que pour achever le traitement de son favus par une seconde épilation et les lotions de sublimé.

Il y a, comme on sait, deux espèces de paralysies chez les enfants : des paralysies essentielles et des paralysies symptomatiques; les unes, dont la cause paraît être de nature dynamique, et les autres, plus directement provoquées par des altérations matérielles des nerfs, du cerveau ou de ses membranes. Le diagnostic de ces deux espèces de paralysie est extrêmement difficile, et repose sur des considérations fort délicates tirées de l'aspect, de la marche et de la durée des phénomènes paralytiques.

La petite malade dont on vient de lire l'observation était affectée de bronchite, lorsque graduellement elle perdit l'usage des membres inférieurs et de la langue. Elle fut en même temps prise de strabisme. La paralysie graduelle, progressive, était limitée à trois parties séparées de l'organisme, aux muscles de l'œil, de la langue et des membres pelviens. Elle datait depuis six semaines au moment de l'entrée à l'hôpital, et elle dura encore deux mois dans les salles, puis elle disparut sous l'influence de l'action d'une dizaine de bains sulfureux. Sa durée totale fut de trois mois et demi. Elle ne fut accompagnée d'aucun phénomène digne d'être mentionné. Exclusivement bornée au mouvement, dans les membres inférieurs et sur la langue, la sensibilité resta intacte; la température de la peau n'était pas modifiée, et il n'y eut pas d'atrophie consécutive appréciable. Nulle douleur, nulle contraction passagère ou permanente des muscles ne furent observées. C'était une paralysie incomplète du mouvement dans les trois parties du corps que j'ai indiquées.

Cette localisation de la paralysie dans les organes éloignés les uns des autres, et commandés par des parties aussi différentes du système nerveux, n'est pas la chose la moins curieuse de cette observation. En effet, en rapportant la paralysie des membres inférieurs à un trouble des fonctions de la partie inférieure de la moelle épinière, il faut attribuer la paralysie de la langue et des muscles de l'œil à des parties différentes du cerveau. Or n'est-il pas curieux de voir la même cause de paralysie agir au même instant sur les forces musculaires directrices de l'œil, de la langue et des deux membres pelviens, laissant intacte la partie intermédiaire du système nerveux et de la moelle qui régit les mouvements de la respiration et ceux des membres supérieurs?

Je le répète, cette paralysie de certains organes situés dans la tête, séparée par une zone du corps non paralysé de la paralysie des deux membres pelviens, est un fait extrêmement curieux, et d'autant plus important à faire connaître qu'il est plus rare.

Quelle a été la cause de cette paralysie temporaire survenue graduellement et guérie par une dizaine de bains sulfureux? Une réponse précise est difficile à formuler. Ce qu'on peut dire, c'est que la cause des accidents paralytiques n'a pas dû être matériellement bien grave pour n'avoir pas laissé de traces plus prolongées dans l'organisme, et que l'élément dynamique a dû intervenir pour une grande part dans leur production. Ce ne peut être une simple paralysie essentielle que celle qui affecte trois parties séparées de l'organisme aussi éloignées les unes des autres. On ne l'a jamais vu. D'une autre part, quelle lésion matérielle pourrait produire ce phénomène temporaire, si ce n'est une lésion temporaire elle-même, comme la maladie placée sous sa dépendance? Or je n'en ai vu qu'une seule, la congestion, qui puisse rendre compte du phénomène, et c'est à elle que je me suis arrêté.

Il est infiniment probable, en effet, sans qu'on puisse l'affirmer autrement, qu'une congestion passagère de l'encéphale et de la moelle aura déterminé la paralysie incomplète dont notre malade a été frappée, et c'est parce qu'il n'y a eu qu'une simple congestion sanguine que les altérations du mouvement observées ont pu disparaître aussi vite sous l'influence du repos, du régime et de bains légèrement excitants de la périphérie du corps.

Outre la paralysie, l'enfant a eu, dans les salles, une scarlatine normale peu intense, sur laquelle on a pu constater la raie blanche que produit le frottement du doigt sur cette éruption. Cette fièvre éruptive n'a été accompagnée d'aucun accident grave; elle s'est heureusement terminée, et sans produire même une desquammation très prononcée. Les phénomènes d'invasion, d'ailleurs assez violents, ont duré deux jours; puis est venue l'éruption, qui en a duré quatre, et, après une angine légère, la convalescence s'est terminée par la desquammation.

C'est deux mois après la scarlatine, et un mois après la guérison de la paralysie, qu'une stomatite ulcéro-membraneuse s'est déclarée dans le cours du traitement de la teigne par épilation. Des cautérisations avec l'acide chlorhydrique et des applications de chlorure de chaux amenèrent la guérison en six jours; mais la maladie se reproduisit après douze jours d'intervalle. Pour ne pas employer de nouveau le traitement douloureux des cautérisations, j'eus recours au chlorate de potasse à la dose de 3 grammes, et en dix jours la guérison de la bouche était complète et définitive.

Après tous ces accidents, l'enfant est encore restée deux mois à l'hôpital, pour achever la guérison du *favus*, traité par l'épilation et par les lotions de sublimé. Elle sortit enfin, très-forte et très-fraîche, ayant pris de l'embonpoint à l'hôpital, et entièrement débarrassée de sa paralysie et de tous les accidents morbides qu'elle avait eu à subir.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. MAISONNEUVE.

Ablation totale de la mâchoire inférieure pour une énorme tumeur fibreuse développée dans l'intérieur de cet os (1).

Tramat (Jérôme), âgé de trente-trois ans, vint à l'hôpital de la Pitié le 11 avril 1856 consulter M. Maisonneuve pour être traité d'une affection grave de la mâchoire inférieure. Cette affection, dont le malade faisait remonter l'origine à plus de huit ans, avait débuté par le côté droit de la mâchoire. Elle se manifesta d'abord par un gonflement diffus sur le trajet du corps de l'os, puis les gencives se tuméfièrent; les dents, repoussées de bas en haut, devinrent vacillantes et finirent par tomber. A leur place, on vit paraître une tumeur dure, comme fibreuse, qui envahit peu à peu l'intérieur de la bouche, pendant que de son côté l'os continuait à grossir et formait relief à l'extérieur.

Tout cela s'accomplissait lentement et sans douleur, de sorte que le malade ne s'en préoccupait que médiocrement. C'est seulement depuis dix-huit mois que la gêne de la déglutition et de la parole, jointe à la difformité hideuse de son visage, l'engagèrent à se soumettre à un traitement régulier. Pendant un an environ, il fut soumis à l'usage des préparations mercurielles, iodurées, sulfureuses, sans que la marche de la maladie fût en rien modifiée. C'est alors que, sur les conseils des médecins de son pays, il se décida à venir à Paris consulter les maîtres de l'art. Tous furent d'avis que l'existence était gravement menacée, et qu'une opération seule pouvait offrir au malade des chances de salut.

La maladie envahissait alors la presque totalité de l'os maxillaire; seulement elle avait à droite un développement beaucoup plus considérable. De ce côté, son relief extérieur égalait au moins le volume du poing. A l'intérieur, elle refoulait la langue et le voile du palais, et remplissait la plus grande partie de la cavité buccale. Du côté gauche, elle était beaucoup moins saillante; mais il était facile de reconnaître qu'elle s'étendait jusqu'à la base de la branche verticale.

Dans tous ces points, la tumeur était ferme et résistante; à l'extérieur, elle avait la dureté osseuse, tandis que dans l'intérieur de la bouche elle donnait plutôt la sensation du tissu fibreux. Sa face gengivale, entièrement dépouillée de dents molaires, offrait un sillon profond dans lequel s'engageait l'arcade dentaire supérieure; en avant, au contraire, et à gauche, les dents étaient complètes et seulement un peu déviées de leur direction normale. Les téguments muqueux et cutanés n'offraient aucune altération; ils glissaient facilement sur la tumeur. Aucun engorgement n'existait du côté des ganglions, et la santé générale était excellente.

Tel était l'état des choses lorsque, le 15 avril, M. Maisonneuve procéda à l'opération.

Le malade étant soumis au chloroforme, M. Maisonneuve incisa verticalement la lèvre inférieure sur la ligne médiane, et, continuant l'incision horizontalement du côté droit, il divisa profondément les parties molles jusqu'au-devant du masséter.

Dans un deuxième temps, il divisa l'os maxillaire sur la ligne médiane, au moyen de la scie à chaîne; puis, avec le bout du doigt et l'extrémité mousse de ciseaux courbes, il détacha les parties molles, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, en ayant soin d'enlever en même temps le périoste. Ce temps fut long et laborieux, à cause du volume de la tumeur et de la saillie qu'elle faisait du côté de l'arrière-gorge.

Dans un 4e temps, M. Maisonneuve fit basculer le maxillaire, pour amener en avant l'apophyse coronoïde; mais l'os, devenu trop fragile par suite de la distension de ses fibres, se brisa au-dessous de l'apophyse. M. Maisonneuve, saisissant alors celle-ci avec un davier, l'attira en avant, divisa les tendons du crotaphyte et du ptérygoïdien externe avec des ciseaux courbes, et termina cette première partie de l'opération en extrayant le condyle.

Le plus difficile était fait. L'autre portion du maxillaire, bien qu'altérée profondément, était loin d'offrir la même tuméfaction; aussi l'habile opérateur ne crut-il pas nécessaire d'inciser les parties molles extérieures. Après avoir divisé la muqueuse gengivale en dedans et en dehors de l'arcade dentaire, il énucléa l'os de son périoste, divisa d'un coup de bistouri le nerf mentonnier; puis, quant au masséter et au ptérygoïdien interne, il les déchira près de leur insertion avec le bout du doigt indicateur. Faisant ensuite basculer l'os, pour attirer en avant l'apophyse coronoïde, il la divisa, avec des ciseaux courbes, le tendon du temporal et celui du ptérygoïdien externe, et, par un brusque mouvement d'arrachement, termina l'opération.

L'extirpation de la moitié latérale droite avait exigé trois ligatures; celle de la moitié gauche n'en réclama aucune. Quelques bourdonnets de charpie furent seulement introduits dans l'espèce de cul-de-sac correspondant au condyle, puis on procéda au rapprochement des parties.

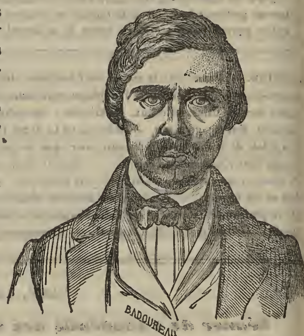
Par excès de prudence, et bien que la langue n'eût aucune tendance à se porter en arrière, M. Maisonneuve crut devoir passer un fil à la base du frein, puis il rapprocha les deux moitiés de la lèvre, ainsi que les bords de la plaie horizontale du côté droit, avec des points de suture entortillée, sur lesquels on fixa le fil qui retenait la langue.

Immédiatement après le pansement, le malade put avaler sans trop de peine quelques gorgées d'eau et de vin sucrés. Cependant on crut devoir opérer l'alimentation, pendant les deux premiers jours, avec la sonde œsophagienne.

Les suites de cette grave opération furent d'une simplicité inespérée. C'est à peine si le malade eut la fièvre traumatique. La réunion de la plaie extérieure se fit par première intention dans les neuf dixièmes de son étendue. Dès le deuxième jour, on put retirer les bourdonnets de charpie de l'intérieur; le quatrième jour, on enleva les épingles. Dès lors la guérison parut assurée; et, en effet, elle ne s'est point démentie.

Aujourd'hui, quatre semaines seulement se sont écoulées depuis l'opération, et la guérison est tellement parfaite qu'on a vraiment peine à croire à tout ce qui s'est passé. Le visage, de monstrueux qu'il était, est devenu régulier. L'œil le plus exercé a peine à y retrouver les traces d'une première cicatrice. Les mouvements de la bouche sont conservés intacts; la langue a recouvré tous ses mouvements; la parole est nette et facile; la déglutition s'opère sans obstacle, et déjà même, à la place de l'os maxillaire, on voit qu'il se développe un tissu dense et résistant qui, grâce à l'entière conservation du périoste, pourrait bien, plus tard, subir la transformation osseuse.

Fig. 1.



Description de la pièce anatomique.

La pièce anatomique représente la mâchoire inférieure tout entière, complétement dépouillée de son périoste. On y remarque aux condyles, aux angles et à l'apophyse coronoïde des portions de fibres musculaires appartenant aux masséters, aux deux ptérygoïdiens et aux crotaphytes.

Du côté droit, cet os forme une tumeur du volume du poing, constituée par la présence d'une production fibreuse qui s'est développée dans son intérieur et en a écarté les fibres au point de les réduire à une couche mince et transparente. Du côté gauche, l'altération est moins avancée; cependant l'os a triplé de volume, et la production fibreuse s'est creusé dans toute l'étendue de la portion horizontale un long canal de 2 à 3 centim. de diamètre.

Le tissu de la production morbide est essentiellement fibreux, sans aucun mélange de corpuscules cancéreux, épithéliaux ou fibro-plastiques.



Fig. 1. Portrait au daguerréotype du malade trois semaines après l'opération. — Fig. 2. Mâchoire entière avec la tumeur. — Fig. 3. Côté droit coupé dans sa longueur. — Fig. 4. Côté gauche coupé dans sa longueur.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Cours de séméiotique cutanée, suivi de leçons théoriques et pratiques sur la scrofule et les teignes (1).

g. *Diagnostic.* — Le diagnostic des teignes n'est pas toujours facile. Assurément, quand elles se présentent dans leur période d'état avec tous les caractères qui leur sont propres, l'erreur n'est pas possible. Mais quand la teigne a vieilli, quand, par sa présence au sein du tissu cutané elle a éveillé les prédispositions morbides et provoqué la manifestation d'éruptions dartreuses, syphilitiques ou scrofuleuses, parmi ce mélange, parmi cette combinaison d'éruptions diverses, il est souvent bien difficile de faire la part du parasitisme végétal. De même quand vous vous trouvez devant un sujet couvert d'éruptions multiples, il vous est difficile, dans certains cas, de faire la part du parasitisme animal. L'acarus, comme le champignon parasite, éveille les prédispositions dartreuses; comment alors pourrez-vous établir votre diagnostic? Je ne connais qu'un moyen infaillible dans l'un et l'autre cas : c'est le microscope.

Il me semble que déjà, à ma visite, j'ai appelé votre attention sur un enfant qui, après avoir reçu longtemps des soins à l'hôpital de la Pitié, est entré dans le pavillon Saint-Mathieu, la tête couverte de croûtes épaisses, impétigineuses. Pendant quelque temps, mon diagnostic flottait incertain, inclinant un jour vers la scrofulide impétigineuse, le lendemain vers le favus. Je me décidai à lever les doutes par l'examen microscopique. A l'instant même je

(1) Observation communiquée aux Académies des sciences et de médecine, séances du 12 et du 13 mai.

(1) Suite. — Voir les nos des 26, 28 juillet; 21 août; 4, 22 septembre; 20 novembre; 1er décembre 1855; 31 janvier; 7 février; 4, 11 mars; 12, 22, 26 avril; 8 et 15 mai 1856.

fus fixé. Ce n'était ni de la scrofule ni du favus, c'était une teigne tonsurante qui avait été dénaturée par des traitements intempestifs.

Ai-je besoin de vous rappeler les caractères distinctifs du favus : la couleur jaune soufrée de ses croûtes, la dépression alvéolaire si caractéristique de ses godets, sa cassure pulvérulente, son odeur spécifique, comparée à l'odeur de souris, de moisissure ou de matières animales en macération ; la dépression du cuir chevelu, qui succède à la chute de ses croûtes ; l'altération si spéciale des cheveux, qui sont d'un gris cendré, couleur de souris, friables, lanugineux, tortillés ; les traces de calvitie, et il suffit de la réunion de quelques-uns de ces caractères pour asseoir son diagnostic. Mais il est des cas où ces caractères manquent ; et dans ces cas difficiles, il faut vous éclairer des circonstances commémoratives, des signes fournis par la constitution, de la présence ou de l'absence d'une éruption sur différentes régions du corps. S'il existait une éruption eczémateuse derrière les oreilles, ce serait une raison de penser que l'éruption douteuse du cuir chevelu doit aussi être rapportée à l'eczéma. S'il existait des plaques squammeuses, argentées sur les coudes et sur les genoux, ce serait un motif de croire que l'éruption du cuir chevelu est également psoriasique.

Vous reconnaîtrez facilement la teigne tonsurante, et vous la reconnaîtrez immédiatement sur toutes les régions du corps. A la période herpétique, il vous suffira de la plus légère attention pour ne pas la confondre avec la roséole annulaire, l'herpès circiné syphilitique, le psoriasis circiné, le lupus circiné. Les cercles herpétiques qui précèdent, dans quelques cas assez rares, l'apparition du favus, ont, en général, des dimensions beaucoup plus petites ; et d'ailleurs, s'il y avait doute, l'évolution de la maladie ne tarderait pas à éclairer le diagnostic.

A la période pityriasique, on voit le champignon ; les gaînes dermo-phytiques des poils s'aperçoivent à l'œil nu, et mieux encore à l'œil armé de la loupe. Ce caractère suffit pour distinguer le pityriasis simplex ou furfuracé du pityriasis dermo-phytique. Il faut dire aussi que presque toujours on observe encore des traces de l'herpès annulaire. La tonsure fait de suite reconnaître cette espèce de teigne ; elle ne peut être confondue avec la tonsure de la teigne achromateuse. Celle-ci est lisse, glabre, d'un blanc de lait, sans squammes, sans érection des follicules, sans poils cassés.

A la période papulo-pustuleuse et tuberculeuse, le diagnostic de la teigne tonsurante devient un peu plus difficile. Quand il existe encore des indices de périodes précédentes, rien de plus simple. Quand les tubercules et les furoncles sont agglomérés sur des plaques circulaires, l'origine du mal ne saurait être un instant douteuse. Si les pustules et les tubercules sont disséminés sans ordre, vous pouvez souvent encore, en interrogeant le malade, découvrir le principe de son mal. Par lui, vous apprendrez qu'il a d'abord eu de l'herpès, et qu'à cet herpès a succédé la dartre farineuse, après laquelle seulement sont venus les pustules et les furoncles.

Dans d'autres circonstances, l'éruption pustulo-tuberculeuse de la face ne révèle absolument rien qui puisse mettre sur la voie d'un diagnostic précis, et c'est sur d'autres régions du corps que vous êtes obligé d'aller chercher les signes qui mènent directement à la connaissance de la maladie. Vous trouvez des signes herpétiques, une éruption papulo-pustuleuse, des plaques de lichen circonscrit sur le dos des mains, des avant-bras, sur les parties sexuelles, sous les aisselles, sur le tronc.

Enfin, dans les cas les plus difficiles, le microscope peut vous être d'un grand secours.

La teigne mentagrophytique est d'un diagnostic beaucoup plus difficile. A la période herpétique, il n'y a qu'une rougeur diffuse, irrégulière, érythémateuse. A la période pityriasique, on trouve les poils ternes, granuleux, cendrés, pulvérulents, mais la tonsure n'existe pas. Enfin, à la période mentagreuse, ce n'est plus cette grosse éruption pustulo-tuberculeuse et furonculaire, c'est une petite éruption papulo-pustuleuse, ordinairement très-limitée.

La teigne achromateuse se distingue facilement par ses taches d'un blanc de lait, la décoloration des quelques poils follets qui restent sur ces taches, la coloration normale des parties environnantes. L'aspect terne et mat des plaques achromateuses et des poils décolorés, les commémoratifs ne permettent pas de la confondre avec le vitiligo congénial. Le vitiligo accidentel est plus irrégulier ; il ne se montre pas par taches arrondies, circulaires, et le pigmentum est sensiblement augmenté sur les parties qui entourent les surfaces décolorées.

La marche rapide de l'affection, la forme plus ou moins anfractueuse des plaques dégarnies, l'état comme hypertrophique et mou du cuir chevelu, et au besoin l'inspection microscopique serviront à distinguer la teigne décalvante des autres variétés d'alopécie.

Dans la teigne décalvante, la calvitie a lieu par places ; elle occupe indistinctement toutes les régions du cuir chevelu. Dans l'alopécie sénile, ce sont les régions antérieures et latérales de la tête qui sont dénudées. Dans la véritable alopécie syphilitique, la chute des cheveux ou des poils a été précédée de syphilides ou d'exostoses, et dans l'alopécie qui signale la convalescence des maladies graves, la chute des cheveux a lieu irrégulièrement et presque simultanément sur toutes les régions du cuir chevelu.

h. *Pronostic.* — Les teignes sont toujours des affections sérieuses : elles compromettent le système pileux ; elles occasionnent toujours des démangeaisons, et souvent des souffrances assez vives ; elles sont un objet de dégoût pour les malades eux-mêmes et pour ceux qui les entourent ; elles inspirent des craintes, à cause de leur caractère contagieux, et font que celui qui en est atteint est en quelque sorte séquestré de la société, ou qu'il ne peut paraître dans le monde qu'à la condition de dissimuler son mal.

Maintenant, si vous me demandez dans quel ordre il faut ranger les teignes sous le rapport de la gravité, je vous dirai que très-probablement, sur ce point, je serais en complet désaccord, soit avec les gens du monde, soit même avec la plupart des dermatologistes. Dans l'opinion à peu près générale, c'est en effet le favus qui mérite la première place ; c'est lui qui inspire le plus d'effroi, tandis qu'au contraire, pour moi, comme pour tous ceux qui ont l'intelligence de ma méthode thérapeutique, le favus est peut-être la teigne la plus facile à guérir.

Voici dans quel ordre, sous le rapport de la difficulté de curation, je range les teignes :

1° Décalvante ;

2° Achromateuse ;

3° Tonsurante ;

4° Faveuse ;

5° Mentagrophytique.

I. *Traitement.* — Il n'y a pas bien longtemps encore que dans cet hôpital la teigne faisait le désespoir des médecins. Tout avait été inutilement essayé. Aussi les frères Mahon étaient-ils appelés à soigner non-seulement les teigneux du dehors, mais encore ceux de l'hôpital. Lorsqu'en 1851 je pris le service du pavillon Saint-Mathieu, je trouvai, dans mes salles, quatre sujets atteints de favus qui suivaient exclusivement le traitement Mahon.

Sans doute les héritiers du secret des Mahon guérissaient un certain nombre de teigneux, mais ils ne les guérissaient pas tous ; le *porrigo scutulata* ou favus squammeux, que M. Devergie regarde bien à tort comme le plus facile à guérir, résistait souvent à leur mode de traitement.

Pour vous donner une idée parfaitement exacte de l'impuissance à laquelle se trouvait condamnée la médecine en présence du favus dans un grand hôpital consacré spécialement au traitement des affections de la peau, je ne puis mieux faire que de vous lire une observation intéressante rapportée par M. Devergie dans son *Traité pratique des maladies de la peau* :

« Cet homme, atteint de favus depuis son très-jeune âge, avait » subi bon nombre de traitements. Il était arrivé de la province, » amaigri par une irritation chronique des intestins, qui entraînait » à sa suite des garde-robes sans cesse en diarrhée. Cet état était » né sous l'influence des chagrins causés par une maladie contre » laquelle l'art avait échoué, et à laquelle l'âge n'avait apporté au- » cune amélioration. Les membres décharnés avaient pour enve- » loppe un favus qui en occupait toute la surface, et qui exhalait » cette odeur de souris que nous avons signalée. Cet homme se » faisait horreur. Il était taciturne, fuyait le contact des autres » malades, restait au lit le plus souvent et s'affaiblissait de jour en » jour. Le séjour à l'hôpital, dans de pareilles conditions, devait » lui être funeste. Il fut pris de fièvre typhoïde, et, chose remar- » quable, le *favus* se guérit complétement, ainsi que cela a lieu » pour toutes les affections cutanées sécrétantes, lorsqu'une mala- » die aiguë vient à naître en affectant l'économie en général. Nous » fûmes assez heureux pour arrêter les progrès de cette fièvre. Le » malade se nourrissait alors ; il se remettait peu à peu, imbu qu'il » était de la pensée qu'il allait être débarrassé de son favus géné- » ral, lorsque, ainsi que cela se passe habituellement, il vit repa- » raître sa cruelle maladie. Cette atteinte portée à un espoir que » nous n'avons pas pu heurter de front en présence d'un malade » dont la santé était gravement compromise, fit bientôt reparaître les » accidents du côté du ventre, et alors cet homme tomba dans un » affaiblissement graduel dont il ne put sortir ; il succomba. » (DEVERGIE, *Traité pratique des maladies de la peau*, page 625.)

Quel est le médecin de l'hôpital Saint-Louis qui n'ait été témoin de faits pareils !... Quelques-uns d'entre vous ont sans doute encore présente à l'esprit l'histoire de ce jeune Auvergnat, couvert d'un favus général, qui, après avoir fait un séjour de quinze mois dans le service de M. Cazenave, croyait être plus heureux en s'adressant à nous. Hélas ! nous étions à cette époque tout aussi impuissant que les autres. L'infortuné frappait à toutes les portes ; le secours ne lui venait d'aucun côté. Enfin le désespoir s'empara de lui ; les fonctions digestives se troublèrent, il survint des vomissements opiniâtres. Le malade succomba, et l'autopsie ne put nous éclairer sur les causes matérielles de la mort.

A côté de ces faits bien tristes, je suis heureux de pouvoir aujourd'hui vous montrer, avec une sorte de fierté, la jeune malade couchée au n° 3 de la salle Sainte-Foy.

Cette jeune fille a été admise à l'hôpital dans un état tout aussi déplorable que celui des malades dont je viens de parler. Elle se faisait horreur, tenait constamment les yeux baissés, ne répondant à aucune des questions qu'on lui adressait. La tête, la face, le tronc et les membres étaient couverts de croûtes faveuses, épaisses, d'un jaune brunâtre ou verdâtre, répandant une odeur infecte. Les personnes étrangères à la médecine venaient la voir comme une bête curieuse, la regardant avec effroi, le mouchoir sous le nez, se tenant éloignées du lit à une distance respectueuse.

Aujourd'hui cette jeune malade est près de vous ; elle ne vous inspire ni effroi ni dégoût : vous la voyez parfaitement guérie, avec une chevelure qu'elle n'avait pas, fraîche, grasse, le sourire sur les lèvres, vous regardant en face, et prête à répondre à toutes les questions que vous voudrez bien lui adresser.

Comment sommes-nous donc arrivé à de si beaux résultats ?

Après avoir inutilement employé contre la teigne faveuse du cuir chevelu tous les remèdes internes, tous les topiques imaginables, fatigué de mes insuccès, je me mis à étudier la nature de cette maladie. Il ne me fut pas difficile de me convaincre que le favus était un végétal parasite. J'avoue avec franchise que jusque-là j'avais attaché peu d'importance à une opinion qui, pour moi, comme pour beaucoup d'autres, n'était qu'une hypothèse plus ou moins excentrique. Mais si la nature végétale de la teigne était aussi évidente que la lumière du jour et désormais à l'abri de toute contestation, d'où vient que les lotions de sublimé, les frictions avec la pommade au carbonate de cuivre n'amenaient aucun résultat. J'en trouvai bientôt la raison : le végétal n'existe pas seulement à la superficie de la peau, il pénètre dans le bulbe et dans le cheveu lui-même.

Eclairé sur le véritable siége de la teigne, je fis en janvier 1852 l'application d'un nouveau traitement consistant dans l'épilation suivie de l'emploi d'agents propres à détruire le végétal parasite. C'était réunir tout ce que la science ancienne et la science moderne avaient découvert de plus essentiel pour le traitement des teignes.

M. Devergie se trompe quand il dit que l'idée première de ce traitement m'a été inspirée par l'un de mes scrofuleux qui faisait métier dans son village de guérir la teigne. Quand ce scrofuleux est entré au pavillon Saint-Mathieu, il y avait six mois que ma méthode de traitement était appliquée ; elle comptait déjà de nombreux succès. Ce qui a induit M. Devergie en erreur, c'est un passage de ma brochure sur les teignes, dont il n'a pas compris le sens ironique et qu'à cause de cela il a mal interprété.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 mai 1856. — Présidence de M. Is. GEOFFROY ST.-HILAIRE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet deux mémoires de M. Billiard, médecin à Corbigny (Nièvre), mémoires ayant pour titre : l'un *Théorie de la phthisie*, l'autre *Découverte des sources de l'ozone organique*, suite du mémoire sur la cause secondaire du choléra.

Ces deux mémoires sont renvoyés à l'examen de la section de médecine et chirurgie déjà saisie du mémoire sur le choléra.

— M. Maisonneuve communique une observation d'ablation totale de la mâchoire inférieure pratiquée par suite du développement dans l'intérieur de cet os d'une énorme tumeur fibreuse, observation que nous reproduisons plus haut. (Commissaires : MM. Velpeau et J. Cloquet.)

Faculté assimilatrice des différents corps gras. — M. Berthé adresse sous ce titre un mémoire qu'il résume en ces termes :

Les belles expériences de MM. Dumas, Persoz, Liebig, Boussingault et autres savants ont fait connaître l'utilité des corps gras dans la nutrition comme aliments respiratoires. Celles de M. Claude Bernard nous ont appris quels agents la nature mettait en œuvre pour digérer ces corps et les rendre propres à l'assimilation.

Mais tous les corps gras ne possèdent pas au même degré la faculté d'être assimilés : les uns se digèrent avec une facilité presque inépuisable ; pour d'autres, au contraire, l'organisme arrive promptement à un état qu'on pourrait considérer comme voisin de la saturation, de sorte qu'après un temps déterminé on retrouve dans les excréments une proportion de corps gras sensiblement égale à celle qui a été ingérée. Y a-t-il des règles qui régissent cette propriété assimilatrice ? C'est ce que je me suis proposé d'éclairer en entreprenant les recherches exposées dans le présent mémoire.

Les corps gras que j'ai soumis à l'essai sont, outre le beurre, les huiles d'amande, d'œillette, d'olive, de baleine, l'huile de foie de morue dite anglaise, l'huile de foie de morue lavée ou décolorée par les alcalis et le charbon, l'huile de foie de morue brune pure ; toutes ces huiles furent successivement administrées à un même homme bien portant et soumis à un régime régulier depuis la dose de 30 grammes jusqu'à 60 chaque jour.

Par une détermination exacte de la quantité d'huile contenue chaque jour dans les fèces, je suis arrivé à reconnaître que la moyenne de jours nécessaires pour arriver à une saturation complète, c'est-à-dire au moment où la presque totalité du corps gras se retrouve dans les excréments, est de douze jours pour les huiles d'œillette, d'olive, d'amande ; d'un mois environ pour le beurre, les huiles de baleine, de foie de morue anglaise, décolorées ou lavées, et qu'enfin un mois d'administration d'huile de foie de morue brune et pure est insuffisant pour qu'il soit possible de constater une augmentation appréciable de matière grasse dans les excréments. D'où je conclus que les corps gras peuvent être divisés en trois classes basées sur leurs propriétés assimilatrices.

Première classe. Corps difficilement assimilables. — Huile d'œillette, d'olive, d'amande et probablement toutes les huiles végétales.

Deuxième classe. Corps assimilables. — Beurre, huile de baleine, de morue blanche, de morue décolorée ou lavée et probablement toutes les graisses animales.

Troisième classe. Corps très-assimilables. — Huile de foie de morue brune et pure. (Commissaires : MM. Chevreul et Cl. Bernard.)

De l'acide arsénieux dans les congestions apoplectiques. — M. Lamarre-Picquot adresse sur ce sujet un mémoire qu'il résume dans les propositions suivantes :

La disposition à l'apoplexie dépend communément d'un accroissement outre mesure des globules du sang. L'acide arsénieux paraît avoir pour premier effet de rendre le sang moins riche en globules et moins plastique, et il offre en effet, dans toutes les congestions de forme apoplectique, un agent thérapeutique des plus précieux.

Il est indispensable, avant de commencer une médication arsenicale, chez des sujets prédisposés aux affections apoplectiques, de constater l'état de richesse du sang ou de son altération ; car, dans la supposition où ce fluide serait pauvre en globules, l'usage de l'acide arsénieux, essentiellement hyposthénisant, accroîtrait cette condition anormale.

L'action de l'acide arsénieux se liant d'une manière intime avec le

résultat des digestions, on est conduit à en faire usage au moment des repas, afin d'en faciliter la tolérance et l'assimilation.

Il est nécessaire d'en prolonger l'usage au delà du terme de la guérison, afin d'avoir plus de chances de durée. Dans le cas de récidive des affections apoplectiques, alors qu'il s'agit d'imprimer une modification profonde à l'économie, il y a nécessité absolue de continuer le traitement pendant longtemps, car cette modification, se liant aux actes de l'assimilation, ne peut devenir stable qu'à la longue.

La médication arsenicale a pour résultat pratique de diminuer les conséquences fâcheuses des congestions cérébrales, quand, par la marche seule des années, les individus sont prédisposés à l'apoplexie par une constitution à prédominance sanguine.

La dose de l'acide arsénieux de 4 milligrammes à 1 centigramme par jour a été généralement suffisante dans le traitement des affections apoplectiques. (Commissaires : MM. Andral et Balard.)

Emploi thérapeutique du chlorate de potasse. — M. Isambert prie l'Académie de vouloir bien admettre parmi les pièces de concours pour les prix de médecine et de chirurgie un opuscule qu'il vient de publier *sur l'emploi thérapeutique du chlorate de potasse, spécialement dans les affections diphthériques.* (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Choléra. — M. Baleguer adresse de Cawnpore (Bengale) plusieurs opuscules qu'il a publiés dans l'Inde relativement à l'origine du *choléra asiatique* et du mode de traitement auquel il a recours contre cette maladie. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale du concours pour le prix du legs Bréant.)

— M. Leclerc fait hommage à l'Académie de la deuxième édition de son opuscule intitulé *De la médication curative du choléra asiatique.* Cette seconde édition, dit l'auteur, est augmentée d'observations fournies par divers médecins, et qui démontrent l'efficacité de la médication par la belladone.

LETTRE A M. LE PROFESSEUR TROUSSEAU,

sur l'affaiblissement de la vue dans la maladie de Bright.

Très-savant maître,

Le rédacteur de la leçon dont la *Gazette des Hôpitaux* a donné, dans le numéro du 8 mai, un court extrait, a sans doute mal interprété vos paroles, en vous faisant dire « qu'on n'a point ou peu insisté sur la » dégradation de la vue dans la maladie de Bright, » car la plupart des recueils de médecine ont publié ou analysé mes deux mémoires sur ce sujet (1).

Le premier, lu à l'Académie de médecine en 1849, et intitulé *De l'affaiblissement de la vue considéré comme symptôme initial de la néphrite albumineuse*, a été suivi, un mois après, d'un travail de notre savant collègue M. Forget (de Strasbourg), qui se terminait ainsi : « *A M. Landouzy appartient le mérite d'avoir le premier appelé l'at- » tention des observateurs sur un symptôme important et assez fréquent » de l'albuminurie.* »

Dans un deuxième mémoire, publié en 1850, j'ai prouvé que ce symptôme ne devait pas être regardé seulement comme *assez fréquent*, mais comme *presque constant* dans les cas de maladie de Bright bien caractérisés. Et ce qui prouve combien j'ai insisté sur ce caractère important d'une affection à laquelle on ne saurait donner trop de signes diagnostiques, c'est qu'après avoir commenté les faits confirmatifs de MM. Roux, Forget, Florent Cunier, Bretonneau, etc., et les quelques faits opposés par MM. Michel Lévy et Honoré, je terminais la discussion ainsi :

« Si cette coïncidence de l'amaurose et de la néphrite albumineuse » est une exception à Paris, elle est la règle à Reims, et même une » règle très-générale, puisque parmi les faits que j'y ai récemment » observés avec mes confrères, il ne s'est pas rencontré une seule » exception. »

Vous le voyez, si le fait n'était pas venu jusqu'à vous, ce n'eût pas été faute d'avoir été proclamé d'une manière catégorique.

Mais, dans les sciences médicales, comme dans les sciences morales, ce n'est pas la vérité qui persuade les hommes; c'est l'autorité de ceux qui la disent. Aussi les vérités de province marchent-elles beaucoup moins vite que les vérités de Paris.

La question historique résolue, vous ne discuterez pas évidemment, mon illustre maître, sur la valeur du mot *amaurose albuminurique*, sous lequel je désigne ce symptôme dans mon deuxième mémoire, car j'ai répondu d'avance à toute objection dans le passage suivant :

« J'emploie le mot *amaurose* pour éviter toute périphrase et pour ne pas fabriquer d'expression nouvelle. L'acception étymologique du mot (ἀμαυρος, *obscur*) répond suffisamment, du reste, à la signification que que je lui donne ici.

» Tantôt, en effet, ce trouble de la vue se manifeste sous forme de diplopie, d'hémiopie, de nyctalopie, d'héméralopie; tantôt sous forme de faiblesse; tantôt sous forme d'exaltation momentanée, de sensibilité douloureuse, etc., etc.

» Comme, à moins de faire une ligne de grec, il était impossible de trouver une expression qui signifiât toutes ces choses, j'ai pris le mot *amaurose*, consacré déjà pour des symptômes analogues, et qui ne préjuge rien sur la nature de la maladie. »

Le mot *presbytie*, que vous proposez, serait-il meilleur? Je ne le pense pas, car il n'exprime que l'une des formes de ces troubles de la vue. Est-il étonnant, d'ailleurs, que chez un homme de cinquante-huit ans, comme celui qui fait le sujet de votre observation, l'affaiblissement de la vue ait revêtu la forme de la presbytie, et que le malade soit arrivé promptement du n° 60 au n° 16? C'est la forme que revêt le plus souvent l'amaurose commençante, à quelque cause qu'elle soit due, et la première idée des gens qui voient mal est d'augmenter le numéro de leurs lunettes.

Je pourrais d'ailleurs, au chasseur que vous citez, et qui changeait ses verres à chaque instant, en opposer un autre qui fait le sujet de ma première observation, et qui rentrait désespéré de sa journée, parce qu'il avait vu constamment deux lièvres au lieu d'un.

Le mot *presbytie*, comme tout autre analogue, ne conviendrait donc qu'à des cas isolés, et ne pourrait s'appliquer à la généralité des faits.

Mon véritable but, en vous adressant ces lignes, est moins, du reste, mon très-savant maître, de réclamer la priorité, que de vous demander, à vous qui aimez les grands problèmes de pathogénie, si ce symptôme ne devrait pas amener à d'autres idées sur la nature de la néphrite albumineuse.

Quant à moi, je considère la maladie de Bright comme le résultat d'une altération du système nerveux ganglionnaire, et les accès épileptiformes qui se manifestent souvent pendant la dernière période semblent confirmer cette doctrine.

Un point des plus importants aussi de l'histoire des troubles de la vue dans l'albuminurie, et que vous avez eu sans doute maintes fois occasion de constater, c'est leur différence capitale avec les troubles de la vue dans le diabète.

Dans le diabète, en effet, l'affaiblissement de la vue coïncide avec l'affaiblissement général de l'économie. Dans l'albuminurie, il existe fréquemment avant toute détérioration des forces.

Dans le diabète, l'affaiblissement de la vue augmente en même temps que la maladie. Dans l'albuminurie, il diminue quelquefois pendant que la maladie augmente.

Dans le diabète, l'affaiblissement de la vue commence souvent très-tard; mais dès qu'il a commencé il est permanent, graduel, uniforme. On peut presque en prévoir les progrès d'après l'altération de l'urine. Dans l'albuminurie, il commence plus souvent très-tôt; mais il est inconstant, irrégulier, insidieux : les progrès du mal ne peuvent faire prévoir les progrès de l'amaurose.

Dans le diabète, l'affaiblissement de la vue est proportionnel à la quantité de sucre; dans l'albuminurie, il est sans rapport constant avec la quantité d'albumine.

Dans le diabète, il existe souvent, surtout à la fin, une opacité considérable de l'œil; dans l'albuminurie, on ne constate aucune modification appréciable des milieux transparents, ni même de la pupille.

Dans le diabète, enfin, le malade peut devenir aveugle; dans l'albuminurie, la cécité doit être une rare exception.

Les deux affections peuvent d'ailleurs se trouver réunies.

J'ai consigné dans mon premier mémoire deux cas de glucosurie et d'albuminurie simultanés, et j'ai donné avec votre illustre ami Bretonneau des soins à un malade qui urinait du sucre et de l'albumine, et chez qui les troubles de la vue étaient permanents avec de fréquentes variations dépendantes de la maladie de Bright.

Ce sont ces variations qui ont fait nier les troubles de la vue par des observateurs trop pressés de conclure.

Une autre raison pour laquelle d'habiles praticiens ne les ont pas notés, c'est que les malades les attribuent le plus souvent à la faiblesse, à la diète, au traitement, etc.; qu'en général ils y prêtent peu d'attention, et qu'ils l'ont oublié lorsque, quelques mois plus tard, ils sont interrogés sur le début des accidents.

On remarquera aussi qu'en ville ce genre d'amaurose se constate presque toujours très-vite, tandis qu'il n'en est pas de même à l'hôpital.

A l'hôpital, en effet, beaucoup de malades ne sachant pas lire ou ne lisant pas, et beaucoup exerçant rarement leur vue sur des objets de petite dimension, il devient difficile d'apprécier les troubles de la vision. Ces troubles ont pu être assez prononcés au début de la maladie, sans que le malade ait eu occasion de s'en apercevoir; ils ont pu diminuer plus tard, la néphrite albumineuse existant encore, et dès lors rester complètement méconnus du malade et du médecin.

J'ai cité un ouvrier teinturier qui, interrogé sur l'état actuel et antérieur de sa vue, m'assurait qu'il voyait très-bien et qu'il avait toujours très-bien vu.

Effectivement, je fais lire le malade et il lit de la manière la plus distincte des caractères assez fins. Frappé de cette exception, je reviens le lendemain prendre l'observation dans tous ses détails, et ce n'est que lorsque j'insiste près du malade pour savoir pourquoi, n'éprouvant ni faiblesse ni malaise, il a quitté son atelier le 11 janvier, qu'il me répond : « *J'ai abandonné l'atelier parce qu'on était forcé de recommencer toutes les pièces que j'avais teintes.* » — Mais alors vous aviez donc la vue trouble ? — Je voyais bien, mais je me trompais de nuances.— Est-ce parce que vous êtes myope? — Non, car c'était des nuances que j'avais l'habitude d'assortir parfaitement; mais j'avais comme un brouillard devant les yeux, surtout au grand jour; dans la rue, j'étais obligé de mettre beaucoup d'attention afin d'éviter les passants et les voitures.

Peu de temps après, un confrère venant me consulter avec un abbé albuminurique, me disait avoir constaté une intégrité parfaite de la vision, lorsque le malade l'interrompt en nous avouant que le matin même il lui avait été impossible, mais pour la première fois seulement, de lire son bréviaire.

Que cette observation ait été publiée la veille, et elle devenait une exception à notre règle.

Ajoutons que ces troubles se rapportent à la maladie de Bright proprement dite et non à ces albuminuries secondaires qui compliquent tant d'autres affections.

Disons aussi que les praticiens qui se bornent à essayer l'urine par une seule épreuve, l'acide ou la chaleur, doivent rencontrer des maladies de Bright là où les deux épreuves feraient reconnaître une simple augmentation de phosphates ou d'urates.

Ces difficultés, nées de l'extrême mobilité de tous les phénomènes de la maladie de Bright et des précautions que demande l'examen des urines quand l'albumine est peu abondante, devaient rendre, on le conçoit, l'affaiblissement de la vue moins manifeste dans cette affection que dans le diabète.

Malgré ces différences notables entre l'amaurose produite par le sucre et l'amaurose produite par l'albumine, elles me paraissent émaner toutes deux du même genre d'altération primitive, c'est-à-dire d'une lésion du grand sympathique.

Du reste, quelques idées qu'on admette sur l'origine de l'amaurose albuminurique et sur l'albuminurie, je pense qu'on doit être aujourd'hui du même avis sur le traitement.

Depuis que j'ai adopté pour méthode générale de la forme chronique la limonade azotique, les purgatifs répétés, les bains de vapeur quotidiens, les immenses vésicatoires au niveau des séreuses si elles sont le siége d'épanchements, et les saignées au début dans la forme aiguë, les guérisons sont devenues pour moi assez fréquentes, tandis qu'elles étaient l'exception lorsqu'il y a une dizaine d'années je suivais une autre thérapeutique.

Je vous demande pardon, mon cher maître, de cette lettre si longue sur un sujet si restreint, mais on aime à revenir sur les idées qu'on a le plus mûries; et d'ailleurs, quand on voit des auteurs classiques récents omettre la notion d'un phénomène qui, comme le confirme votre dernière observation, est souvent le symptôme initial d'une des plus graves maladies, on devient excusable de revenir sur les données qu'on a déjà formulées.

Je croyais ces données aussi connues à Paris qu'elles le sont à Reims, à Strasbourg, à Bruxelles, etc. Mais au premier moment de liberté, je tiendrai compte de vos réflexions en publiant un extrait de tous les faits nouveaux qui me sont venus de ma clinique ou de mes confrères, et qui confirment pleinement d'ailleurs les conclusions suivantes de mon deuxième mémoire publié en 1850 :

1° Les troubles de la vue sont un symptôme presque constant de la néphrite albumineuse;

2° Ces troubles constituent une nouvelle espèce d'amaurose qu'on peut appeler albuminurique;

3° L'amaurose albuminurique ne peut être attribuée à la détérioration des forces;

4° Elle annonce très-souvent la maladie, comme signe initial, avant l'invasion des autres accidents pathognomoniques;

5° Elle paraît, disparaît et revient sans suivre exactement les phases du dépôt albumineux des urines ou de l'œdème;

6° Elle doit porter à considérer la néphrite albumineuse comme le résultat d'une altération du système ganglionnaire.

LANDOUZY,
professeur à l'École préparatoire de médecine de Reims.

(1) M. Trousseau a cité dans sa leçon les recherches de M. Landouzy sur l'amaurose albuminurique. C'est par une omission dans la rédaction que le nom de M. Landouzy ne se trouve pas dans l'article auquel il fait allusion.
(*Note du rédacteur.*)

Obsèques de M. Amussat.

Les obsèques de M. Amussat ont eu lieu vendredi dernier, ainsi que nous l'avions annoncé. L'affluence était telle que la nef de Saint-Germain des Prés était à peine assez grande pour la contenir. Un grand nombre de membres de l'Académie de médecine s'étaient joints à la députation officielle, dont le président et le secrétaire perpétuel faisaient partie, et les nombreux amis que M. Amussat comptait dans tous les rangs du corps médical s'étaient empressés de venir lui rendre les derniers devoirs. On y remarquait, en outre, au milieu d'un nombreux concours de clients et d'amis qui étaient venus se joindre à ses confrères, plusieurs notabilités scientifiques, littéraires et artistiques.

Après la cérémonie religieuse, le corps a été conduit au cimetière Montparnasse, où M. Larrey, au nom de l'Académie, et M. le docteur Gouriet, au nom des élèves et des compatriotes de M. Amussat, ont exprimé avec une éloquente émotion le sentiment que tous les assistants partageaient en ce moment. Nous publierons dans le numéro prochain le discours de M. Larrey. Voici les paroles touchantes et bien senties qu'a prononcées M. Gouriet :

Messieurs,

Je ne vais pas rappeler sur cette tombe entr'ouverte tout ce que doit la science à l'homme que nous pleurons : à des praticiens éminents, à des voix éloquentes cet honneur était réservé... Je viens, au nom de ses élèves, le remercier une dernière fois de l'intérêt qu'il nous portait et des bontés sans nombre qu'il a eues pour nous.

Ami zélé de ses compatriotes, il les appelait auprès de lui; comme un père au milieu de ses enfants, il se plaisait à les interroger et à les instruire; il fondait pour eux ses *conférences*, véritables entretiens de famille où plus d'un étranger avait accès, et dont nous conservons tous un si pieux souvenir. Il fut notre protecteur autant que notre maître : conseils, bienveillance, empressement à rendre service, on trouvait tout en lui. Que de fois il nous a couverts de son égide! que de fois il a su se dérober à notre reconnaissance!

Nous l'entourions il y a quelques jours; il nous traçait le plan de nos réunions prochaines..... et maintenant nous sommes ici consternés d'une mort si cruelle et si prompte!

Cher et vénéré maître, votre parole sera toujours dans notre cœur; séparés de vous à jamais, nous vous reverrons des yeux de la pensée, et si quelque chose pouvait nous consoler de votre perte, c'est l'espoir, c'est la certitude que vous goûtez au sein de Dieu la juste récompense de vos fatigues et de vos bonnes œuvres.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 26 avril, M. le docteur Scrive, médecin en chef de l'armée d'Orient, a été autorisé à porter la décoration de l'ordre du Bain, qui lui a été récemment conférée par S. M. la reine d'Angleterre.

— Par décret du même jour, M. le docteur Levavasseur, chirurgien-major en retraite, ancien chirurgien en chef de l'hôpital de Carcassonne, a été promu au grade d'officier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

— Par arrêté de M. le ministre d'Etat, M. le docteur Calvo vient d'être nommé médecin de l'Opéra, en remplacement de M. Vidal (de Cassis), décédé.

— M. le docteur Duchesne-Duparc ouvrira son cours public sur les maladies de la peau aujourd'hui mardi 20 mai, à sa clinique de la rue Larrey, 8, près l'École de médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à onze heures précises du matin.

Chaque leçon sera précédée de l'examen des malades.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 60. — JEUDI 22 MAI 1856. (29e ANNÉE.) N° 60. — JEUDI 22 MAI 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 21 MAI 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

Deux lectures relatives à des questions d'anatomie générale ont occupé cette séance : celle de M. Parchappe, sur l'analyse du sang, et celle de M. Hyacinthe Deschamps, sur le tissu pigmental. Nous ne serions en mesure de dire en ce moment notre sentiment ni sur l'un ni sur l'autre de ces communications, qui auraient exigé de notre part un examen et une étude pour lesquels le temps nous a manqué. Mais nos lecteurs n'y perdront rien, si M. Bouillaud tient l'engagement qu'il a pris d'ouvrir une discussion sur l'hématologie, à propos du mémoire de M. Parchappe, et si la commission chargée d'examiner le mémoire de M. Deschamps fait ce que font trop rarement les commissions, c'est-à-dire son devoir.

Avant ces deux lectures, M. Larrey, sur l'invitation du président, a lu le discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Amussat. Nous reproduisons plus bas ce juste et consciencieux hommage rendu à la mémoire de ce regrettable académicien. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Cours de séméiotique cutanée, suivi de leçons théoriques et pratiques sur la scrofule et les teignes (1).

Toutes les teignes doivent être traitées de la même manière, à part quelques modifications apportées au traitement par l'espèce à laquelle appartient le végétal parasite et par le siége de l'affection parasitaire.

Ce traitement est exclusivement local. Toutefois, il faut dire qu'on a fréquemment à combattre par des remèdes internes les complications ordinaires des teignes, la syphilis, la scrofule, la chlorose et la dartre.

Le traitement des teignes, en général, consiste :

1° Dans l'évulsion plus ou moins répétée des poils sur les parties malades ;

2° Dans l'application des agents parasiticides en lotions, en onctions et en bains.

L'arrachement des cheveux et des poils se fait à l'aide de pinces épilatoires convenables, qui ne sont ni les pinces à disséquer ni les pinces épilatoires communes. Les premières saisissent mal les cheveux, les secondes sont trop faibles. Celles dont nous nous servons ont été faites d'après les indications spéciales fournies par M. Deffis.

Les agents parasiticides sont extrêmement nombreux. Nous employons de préférence le sublimé et le turbith minéral ; le premier en lotions et en bains, le second en pommade.

Notre solutum de sublimé pour lotion renferme de 15 à 50 centigrammes de bichlorure dissous dans l'alcool, pour 500 grammes d'eau distillée.

La pommade au turbith contient de 50 centigrammes à 1 gramme de turbith pour 30 grammes d'axonge. J'y ajoute quelquefois une certaine proportion de glycérine ou d'huile d'amandes douces.

Voici maintenant la formule générale du traitement pour la teigne *faveuse* du cuir chevelu :

Nettoyer les parties malades ; couper les cheveux à quelques centimètres du cuir chevelu ; appliquer sur la tête, à l'aide d'une éponge ou d'un petit balai de chagrin, une couche d'huile de cade *pure et vraie*, qui dessèche les croûtes, les rapetisse, détruit la vermine, éteint en partie la sensibilité du cuir chevelu. Le lendemain, on détache les croûtes par l'application de cataplasmes émollients. On fait des lotions avec une éponge imbibée d'eau de savon légère. Le malade prend un bain et se plonge, à diverses reprises, la tête dans l'eau du bain.

(1) Fin. — Voir les nos des 26, 28 juillet; 21 août; 4, 22 septembre; 20 novembre; 1er décembre 1855; 31 janvier; 7 février; 4, 11 mars; 12, 22, 26 avril; 8, 15 et 20 mai 1856.

Ce bain est indispensable quand la teigne est répandue sur toute la surface du corps. Quand les croûtes de la teigne sont peu étendues et nettement circonscrites, il est avantageux de les détacher en les soulevant sur leurs bords avec une spatule.

Dès que les parties malades ont été débarrassées des croûtes et parfaitement nettoyées, lavées avec l'eau de savon, on les imbibe à l'aide d'une brosse douce du solutum de sublimé, puis on commence l'épilation.

Les cheveux sont évulsés non-seulement sur toutes les surfaces rouges et antécédemment couvertes de croûtes, mais encore sur les parties environnantes dans un rayon qui doit varier suivant leur degré d'adhérence.

L'agent le plus propre à opérer le ramollissement des bulbes pileux, c'est la teigne elle-même. Par conséquent, si le cheveu offre une grande résistance à l'arrachement, c'est que la racine n'est pas très-malade. L'épileur n'a pas de guide plus sûr que ce degré d'arrachement des cheveux pour savoir ce qu'il doit faire.

Quand le cuir chevelu est sensible et qu'en raison du nombre multiplié de points malades il faut étendre l'épilation à toute la tête, on frictionne d'abord le cuir chevelu pendant quatre ou cinq jours, une ou deux fois par jour, avec l'huile de cade, qui opère le ramollissement des bulbes pileux en même temps qu'elle éteint la sensibilité cutanée.

On interrompt de temps à autre l'épilation, dès qu'une surface de 1 centimètre de diamètre est dégarnie de cheveux, pour la laver avec l'eau de savon et l'imbiber du solutum de sublimé.

Une heure après la lotion, on fait sur les parties dégarnies et sur toute la tête une onction légère avec la pommade ci-dessous :

Axonge.	30 grammes.
Turbith minéral.	1 —

Dans les teignes récentes, peu étendues du cuir chevelu, il suffit souvent d'une seule épilation.

Dans le plus grand nombre des cas on doit en pratiquer une seconde au bout de trois semaines ou un mois, de la même manière et avec les mêmes précautions que la première fois.

Après la seconde épilation, on lotionne de temps en temps la tête, une fois tous les deux ou trois jours, avec le solutum de sublimé ; on fait chaque jour une onction avec la pommade au turbith, jusqu'à ce que les cheveux aient acquis plusieurs centimètres de longueur.

Ces deux épilations suffisent dans le plus grand nombre des cas.

Sur un tiers des malades environ, et notamment dans les cas de teignes nummulaires invétérées, il survient, au bout d'un mois ou six semaines après la seconde épilation, çà et là de petites croûtes faveuses, rares et sur des points plus ou moins éloignés du cuir chevelu. On les détache ; on épile le petit bouquet de cheveux qui les supporte, on lave la place dénudée avec le solutum de sublimé, et désormais la guérison est définitive.

Toutes les teignes faveuses qui ont leur siége sur des régions velues doivent être attaquées par ce procédé.

Toutes celles qui ont uniquement pour siége l'épiderme guérissent facilement et promptement par le détachement des croûtes, les lotions de sublimé et quelques bains simples ou mieux encore quelques bains de sublimé.

Les teignes faveuses qui ont leur siége sous les ongles demandent à être attaquées d'une autre manière. Il faut avec une petite lime détruire l'ongle, couche par couche, sur les parties affectées, puis toucher ces mêmes parties avec le solutum de sublimé et les frotter avec la pommade au turbith.

Le favus des ongles n'est pas rare : personne avant moi n'avait eu l'idée de le détruire, parce qu'on en avait méconnu la nature. C'était, chez le teigneux guéri de la tête, une cause incessante de reproduction du mal ; en se grattant, il s'inoculait de nouveau le germe de la maladie.

La teigne *tonsurante* doit être traitée de la même manière. Ce qu'il y a de particulier ici, c'est que l'arrachement des cheveux ou de la barbe est très-difficile à cause de leur friabilité dans ce genre d'affection. Il faut répéter souvent l'épilation jusqu'à ce que toutes les racines des poils aient pu être extirpées, ce qui arrive, après un certain nombre d'épilations, par l'effet des applications parasiticides. Avec des pinces à mors recourbés, on gratte, on ratisse les surfaces malades, et l'on enlève ainsi toute la substance cryptogamique. On cesse l'épilation quand la couleur bleuâtre a disparu, quand les poils repoussés ont repris leurs caractères normaux.

Pour la teigne *mentagrophytique*, une seule épilation suffit presque toujours.

Pour les teignes *achromateuse* et *décalvante*, il faut épiler tout le duvet des places dégarnies et les cheveux à la circonférence des plaques. On emploie d'ailleurs, comme pour les autres teignes, la solution de sublimé et la pommade au turbith.

Ce traitement de la teigne, dont je viens de vous exposer succinctement la formule, a d'incontestables avantages sur la calotte générale et les bandelettes agglutinatives ou calotte partielle, et sur le procédé Mahon.

1° Il s'applique à tous les genres de teignes ; les autres méthodes ne sont applicables qu'à certaines variétés de teigne du cuir chevelu.

2° Il est d'une exécution plus facile, plus sûre et moins douloureuse.

On ne peut guérir la teigne qu'à une condition : c'est d'extraire les cheveux malades.

L'évulsion des cheveux se fait de trois manières : par la calotte partielle ou générale (procédé des dames Saint-Thomas) ; avec les doigts (procédé Mahon) ; ou bien avec la pince : c'est notre procédé.

La calotte arrache les cheveux en masse et dans toutes les directions ; elle en brise un grand nombre, dont les racines malades restent dans la peau ; elle est très-douloureuse.

Les doigts sont de mauvais instruments pour l'arrachement des cheveux ; ils les saisissent mal. Ce mode d'évulsion est pour le moins aussi douloureux que l'extraction par la pince.

Avec la pince on arrache moins de cheveux à la fois, et par conséquent on occasionne moins de souffrance au malade. On fait l'évulsion des cheveux dans le sens de leur direction naturelle ; on saisit tout, même le duvet, etc.

3° Il guérit toutes les teignes ; la calotte n'en guérit qu'un très-petit nombre, et le traitement Mahon échoue dans les vieilles teignes scutulées du cuir chevelu.

4° Il ne compromet en rien la chevelure. Tous les teigneux guéris par notre procédé ont des cheveux plus fournis et plus beaux qu'avant le traitement. La tête offre presque constamment çà et là des cicatrices sans cheveux après la calotte, et même aussi à la suite du traitement Mahon.

5° Enfin ce procédé abrège la durée du traitement ; il est moins coûteux que celui des dames Saint-Thomas ou des frères Mahon.

Cette méthode curative des teignes est appliquée dans mon service depuis trois ans et demi. Les guérisons radicales, définitives et constatées, nous les comptons aujourd'hui par centaines. D'autres seraient obtenu des succès par l'emploi de notre procédé. Notre collègue M. Hardy a guéri des favus par notre méthode ; M. de Smyttère, médecin en chef de l'asile des aliénés de Facia, m'a écrit qu'à l'aide de mon traitement il était enfin parvenu à guérir ses malades atteints de la teigne.

Pourquoi donc ce mode de traitement n'est-il pas généralement adopté ? Croit-on que l'on mérite l'estime publique et que l'on fait preuve d'humanité quand, à côté d'un traitement si simple et si efficace, on persiste à couvrir la tête pendant un temps infini de bandelettes agglutinatives enduites de pommade au deuto-iodure de mercure ? Que peut-on attendre de ce moyen barbare, si ce n'est la perte de la chevelure et la prolongation indéfinie du mal ?

Je l'ai dit ailleurs, on peut guérir la teigne par l'épilation seule, mais beaucoup moins souvent, avec beaucoup moins de certitude que quand on fait suivre cette épilation de l'application des agents parasiticides. La nécessité du parasiticide est démontrée par ce fait expérimental, que toute inoculation faite avec du favus qui a macéré dans l'eau produit la teigne, et qu'elle ne la produit plus avec du favus qui a séjourné dans la dissolution de sublimé.

Si notre méthode n'a pas été acceptée par tout le monde pour la cure du favus, elle a rencontré bien plus d'obstacles pour le traitement des autres espèces de teignes, obstacles du côté théorique et du côté pratique.

La racine du cheveu, a-t-on dit, n'est pas malade dans l'herpès tonsurant ; elle n'est pas malade dans le vitiligo du cuir chevelu : à quoi peut servir l'épilation ? C'est une erreur : j'ai expérimentalement démontré que le champignon se propage aux racines des poils dans tous les genres de teignes. Il n'y a pas de champignon dans le sycosis tuberculeux. A quoi peut être utile l'agent parasiticide ? Le champignon existe, et si vous n'avez pu le trouver, c'est que vous l'avez mal cherché.

J'ai démontré d'ailleurs que le sycosis était la troisième période de la teigne tonsurante, et, puisque vous l'avez trouvé dans la première et la seconde période de la maladie, en cherchant bien vous devez le trouver dans la troisième. Assurément le pus et les remèdes employés en ont détruit une bonne partie, mais il en reste toujours assez pour satisfaire les plus incrédules.

Mais les cataplasmes de fécule de pommes de terre guérissent le sycosis, la pommade épispastique le guérit également, donc il n'y a pas de champignon, et par conséquent il est inutile d'épiler et de faire suivre l'épilation de l'emploi des parasiticides.

Je ne veux nier ni la guérison spontanée du sycosis dans quelques cas assez rares, ni les guérisons obtenues par l'emploi des agents dits substitutifs; mais vous me permettrez au moins de dire quelques mots des guérisons en général qu'obtiennent les malades dans les divers services de l'hôpital Saint-Louis. Ce n'est pas sans raison qu'en sortant de l'hôpital la plupart de nos malades disent qu'ils ont été *blanchis*, mais qu'ils ne sont pas guéris. Ceci ne s'applique pas seulement aux affections dartreuses, mais encore aux affections parasitaires.

Je suis certain que le plus grand nombre des mentagreux qui sortent des salles ne sont que *blanchis* et ne sont nullement guéris : nous inscrivons tous les jours à notre dispensaire des mentagreux qui ont fait un séjour de trois ou quatre mois dans les divers services de l'hôpital et chez lesquels l'éruption mentagreuse reparaît au bout de quelque temps.

Je sais ce qu'on va me répondre, et je vais au-devant de l'objection. Est-ce que par hasard vous prétendez tout guérir par l'épilation? Mais nous avons dans notre service des sujets atteints d'impétigo sycosiforme que vous avez épilés à diverses reprises, et qui, trois jours après avoir quitté votre pavillon Saint-Mathieu, se sont présentés à nous la figure couverte de pustules. — Oui, cela est vrai, et si je les eusse gardé dans mes salles, il ne leur serait rien revenu.

Ceci m'amène à dire quelques mots des récidives et de la simulation des affections parasitaires. C'est par ces considérations que je terminerai cette leçon déjà trop longue.

Les teignes sont des affections toujours semblables à elles-mêmes et parfaitement identiques dans leur nature. Sans doute, le terrain sur lequel elles se développent contribue à favoriser leur végétation et à la rendre plus ou moins vivace; mais si le germe n'existe pas, malgré toutes les dispositions favorables du terrain, la teigne ne se manifestera pas. En conséquence, un traitement qui anéantit le germe doit être toujours et constamment efficace. Donc, si la teigne se reproduit, c'est que le traitement a été imparfaitement appliqué, qu'une partie de la semence n'a pas été détruite, ou bien que le malade s'est exposé à une contagion nouvelle. La récidive suppose nécessairement l'une ou l'autre de ces deux conditions.

En second lieu, nous avons dit que le parasite végétal éveillait les prédispositions dartreuses. Or, les affections dartreuses sont fort sujettes à récidive, et l'on ne doit pas les confondre avec les affections parasitaires.

En troisième lieu, quand une teigne est fort ancienne et qu'elle a été combattue pendant longtemps par une foule de topiques irritants, la partie qui en est le siége a pris pour ainsi dire une *habitude de pustulation*; elle se couvre de pustules par la plus légère excitation physique. C'est ce qui arrive à la peau de la face dans certains cas de mentagre invétérée. Pour peu que les corps gras aient un certain degré de rancidité, leur application est suivie, du jour au lendemain, d'une éruption pustuleuse plus ou moins abondante. Il est bien important de ne pas confondre ces éruptions de cause purement physique avec les éruptions mentagreuses. Les premières sont isolées, purulentes en totalité de la base au sommet de la pustule, aplaties, individuelles pour chaque poil; les secondes sont groupées, confluentes, dures à la base, purulentes seulement au sommet.

En quatrième lieu enfin, il faut que vous sachiez que la mentagre est quelquefois simulée. Il est bon que vous soyiez prévenu, afin de vous mettre en garde contre quelques-unes de ces reproductions pustuleuses périodiques à jour et à heure fixes qui feraient votre désespoir, et contre lesquelles viendrait échouer l'épilation la plus habilement faite et répétée un nombre illimité de fois. Il faut avoir passé vingt ans dans les hôpitaux pour connaître le degré de perversité de certains individus, et les ruses auxquelles ils ont recours pour s'exempter du travail de chaque jour et vivre aux dépens de l'assistance publique. C'est ainsi que nous avons vu, il y a quelques mois à peine, une jeune fille de dix-neuf ans, forte et fraîche, pleine de santé, qui pendant six mois consécutifs nous a fait croire qu'elle était affectée d'un pemphigus successif, et qui n'avait réellement qu'un pemphigus simulé. Un jour, que sans réflexion et par maladresse, elle avait fait venir des bulles en arrière du thorax, elle ne put en nettoyer le pourtour, et nous la surprîmes avec la poudre de cantharides encore fixée sur la circonférence des bulles. Nous avons eu également, dans le cours de l'année, trois cas de mentagre simulée. Le plus remarquable est celui de ce jeune homme qui, dans les hôpitaux de l'Algérie, avait été considéré comme atteint d'un sycosis incurable, réformé comme tel, et qui depuis cette époque avait tour à tour partagé son temps entre les divers services médicaux de l'hôpital Saint-Louis. Il a fini par avouer que le travail lui était essentiellement antipathique.

Souvenez-vous des caractères qui différencient les affections de cause externe des affections parasitaires, et vous éviterez de commettre des méprises toujours fâcheuses, car elles compromettent la dignité du médecin.

OBSERVATION D'ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC,

Par M. le docteur MORET.

La lecture de la communication faite par M. Cruveilhier à l'Académie des sciences le 28 janvier dernier, relativement à l'ulcère simple de l'estomac, dont il donne les caractères anatomiques, ulcère qu'il avait déjà décrit dans une des premières livraisons de son grand *Traité d'anatomie pathologique*, a rappelé à ma mémoire une observation analogue.

Si je crois devoir publier cette observation, c'est par le seul motif de la conformité de la description que l'autopsie me permit de faire, avec les caractères que lui assigne M. Cruveilhier, dont les travaux à ce sujet m'étaient tout à fait inconnus alors.

Cette ignorance des travaux de notre honorable confrère me fit errer sur la dénomination que je crus pouvoir donner à la maladie. Néanmoins, je ferai observer que M. Cruveilhier range cet ulcère dans les affections chroniques, et qu'en la qualifiant *gastrite chronique latente avec ulcération*, je me trouve presque en conformité de diagnostic, puisque M. Cruveilhier donne à l'ulcère simple de l'estomac, comme cause occasionnelle, la gastrite chronique.

Quoi qu'il en soit, voici mon observation telle que je la trouve dans mes notes.

Gastrite chronique latente. Ulcération de la muqueuse. Hématémèse. Mort. Autopsie.

M. D..., cordonnier, ancien militaire, âgé de soixante et un ans, de forte constitution, adonné aux boissons alcooliques, faisait partie d'une société de secours mutuels dont j'étais le médecin. Il se présenta chez moi le 17 août 1854, se plaignant d'une douleur au bras gauche, résultant, disait-il, d'une chute faite cinq semaines auparavant, lorsqu'il portait sous ce bras un sac contenant des bottes; cette chute avait été assez violente pour lui faire perdre connaissance. Aucun accident consécutif n'étant survenu, je prescrivis un liniment volatil camphré anodin pour frictionner le bras, car le malade accusait des douleurs rhumatismales, et je l'avais déjà soigné pour cette affection.

Le mardi suivant, 19, je fus mandé de grand matin pour ce malade, qui, me disait-on, était dans un état tellement grave qu'il était douteux que je le trouvasse existant.

Lors de mon arrivée, il était étendu sur des matelas au milieu de sa chambre. Sa femme, qui était seule avec lui, n'avait pas la force de le mettre sur son lit. Il était glacé des pieds à la tête; une sueur visqueuse coulait de son corps; son pouls était filiforme, et sa faiblesse si grande qu'il ne pouvait articuler une parole; mais ses facultés intellectuelles étaient dans un état d'intégrité parfaite.

A l'aide de deux commissionnaires, on le plaça dans son lit.

J'appris par sa femme que la veille au soir, après avoir travaillé toute la journée, il s'était plaint de malaise et d'envies de vomir; que, présumant que ce pouvait être une indigestion, elle lui avait fait prendre du thé; que peu après il avait vomi une quantité considérable de sang noir, en partie liquide et en partie coagulé; qu'il avait évacué par les selles une aussi grande quantité de sang très-noir, grumeleux et poisseux; les selles avaient été au nombre de trois, dont deux avaient eu lieu pendant la nuit. Le sang vomi avait peu d'odeur, mais celui des déjections alvines était horriblement fétide; la quantité put en être évaluée de quatre à cinq litres. — Je prescrivis la diète, une infusion de tilleul et une potion légèrement tonique.

A ma visite du soir, le pouls était un peu relevé, la tête toujours présente; le malade put même se mettre sur son séant pour boire. Il avait cependant de l'oppression. La chaleur s'était rétablie, excepté aux avant-bras et aux mains, qui étaient inondés d'une sueur si abondante que les manches de sa chemise étaient mouillées à partir du coude, comme si elles eussent été trempées dans l'eau.

Le 20, le malade était mieux. Le pouls avait pris de la fréquence; la langue était blanche et la bouche pâteuse. — Je continuai la diète, changeai la tisane de tilleul pour de l'eau d'orge et de chiendent; je supprimai la potion, et prescrivis un lavement.

Le 21, la fièvre tomba; la langue se nettoya, la faiblesse diminua. Cependant je maintins ce jour-là et les deux suivants la même prescription.

Le 24, le malade réclamant des aliments, je permis deux bouillons coupés; il continua sa boisson et prit un lavement.

Le soir, j'ordonnai un second lavement pour le lendemain matin, celui qui avait été pris n'ayant rien produit. (Tous les lavements donnés précédemment étaient revenus constamment chargés de particules noires du sang resté dans les intestins, ce qui était manifeste par l'odeur.) Je pensai que si la nuit était aussi tranquille que les précédentes, il n'y aurait aucun inconvénient à donner, après le lavement rendu, une cuillerée de fécule de pommes de terre dans du bouillon.

Le 25, empêché de voir le malade dans la matinée, je me disposais à y aller après mon dîner, lorsqu'on vint me chercher en toute hâte : quand j'arrivai, il était mort.

J'appris par sa femme que le matin le lavement avait procuré une selle naturelle, que le malade avait pris sa fécule avec plaisir et n'avait témoigné en ressentir aucune gêne; qu'il avait passé la journée fort paisiblement; que, vers trois heures de l'après-midi, il avait même plaisanté sur son état avec sa sœur, qui était alors près de lui; mais que peu après il s'était plaint d'éprouver le même malaise que lors de son premier accident; que, son état s'aggravant, elle avait envoyé chercher plusieurs médecins dans le voisinage; qu'un seul sur quatre était venu, et avait prescrit une potion cordiale dont il n'avait pu être ingéré une seule cuillerée, et que le malade avait expiré à sept heures.

Autopsie dix-neuf heures après la mort.

Habitude extérieure du cadavre. — Bien en chair, ayant même un peu d'embonpoint; roideur musculaire moyenne; météorisme considérable du ventre; muscles bien prononcés et colorés.

Poitrine. — Poumons sains, crépitants, sans aucune trace d'adhérences par maladies antérieures; cœur de grosseur normale, ferme, coloré et couvert de graisse.

Abdomen. — Foie en bon état; rate petite; estomac et intestins extraordinairement distendus par des gaz, de couleur rouge noirâtre très-foncée.

L'estomac, ayant été enlevé et ouvert, contenait environ une livre et demie à deux livres de sang coagulé et grumeleux, sans fétidité. La couleur qu'il présentait paraissant due à un état d'imbibition du sang qu'il contenait, il fut lavé soigneusement, et nous vîmes en effet cette couleur diminuée sensiblement; mais nous pûmes remarquer que dans toute son étendue il était notablement épaissi, que tout le grand cul-de-sac offrait une couleur gris ardoisé; enfin, près de la petite courbure de cet organe, à sa face postérieure et à un pouce et demi du cardia, nous découvrîmes un ulcère rond, de dix lignes à peu près de diamètre, coupé à pic, sans cercle inflammatoire, au fond duquel on apercevait la membrane péritonéale à nu et un petit caillot; ce caillot enlevé laissa béante l'ouverture formée par l'ulcération d'une des artères coronaires, qui avait donné lieu aux deux hémorrhagies dont la dernière avait déterminé la mort.

A la face antérieure de l'estomac, en regard de cet ulcère, mais plus vers le corps de l'estomac, était une dépression assez marquée, offrant l'aspect d'un ancien ulcère cicatrisé, qui sans doute eût donné la mort au malade s'il se fût trouvé dans son étendue une artère comme celle que nous avons signalée dans celui qui était près du cardia.

Cette lésion nous paraissant la cause évidente de la mort, nos recherches n'ont pas été poussées plus loin.

Quoique exerçant la médecine sur un théâtre fort restreint, j'ai eu néanmoins l'occasion de voir plusieurs fois des hématémèses dont l'issue ne fut pas toujours heureuse; mais il ne m'avait pas été donné avant cet exemple de vérifier par l'autopsie les lésions qui les avaient causées. Il me paraissait plus probable de les attribuer à un état de cachexie scorbutique qu'à une ulcération simple, et il me semblait que la transsudation du sang à travers la muqueuse pouvait en être une raison suffisante; je ne connaissais aucun fait pareil complet. Il était, en effet, fort extraordinaire qu'une maladie si grave eût eu lieu deux fois, et ne se fût décelée pendant la vie par aucun symptôme d'inflammation ou même d'irritation.

Depuis plus de huit ans j'étais le médecin de ce malade; je l'ai saigné, ainsi que je l'ai dit plus haut, pour des affections rhumatismales; je lui ai donné mes conseils dans une péripneumonie et plusieurs bronchites aiguës assez intenses; mais je ne l'ai jamais traité pour une affection de l'estomac dont je ne l'ai jamais entendu se plaindre, ce que sa femme m'a également attesté. Sans la situation de l'ulcère près du cardia, il est à peu près probable qu'il se fût cicatrisé comme l'ancien, et il eût alors échappé à nos investigations et même à nos soupçons.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 mai 1856. — Présidence de M. BUSSY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce envoie à l'Académie un exemplaire de la *Carte géologique de la France*, accompagnée des deux premiers volumes du texte explicatif.

Le même ministre transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Ripoll sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Montastruc, arrondissement de Toulouse, et les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans les départements de la Seine-Inférieure, de la Charente, de l'Ille-et-Vilaine, de l'Aube. (Commission des épidémies.)

2° Des rapports de MM. les docteurs Bernard sur le service médical des eaux minérales d'Uriage (Isère), Isarié sur le service des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), et Sébille sur les eaux minérales de Plombières (Vosges), pendant l'année 1854. (Commission des eaux minérales.)

3° Une demande à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter une source minérale située dans la commune d'Ardes (Puy-de-Dôme). (Même commission.)

4° Une lettre de M. Renaud, chirurgien de l'asile des aliénés du département de l'Orne, annonçant qu'il vient de découvrir le cow-pox dans la localité où il réside; des plaques de virus accompagnent cet envoi.

5° Les tableaux des vaccinations pratiquées pendant l'année 1855 dans les départements du Jura et des Vosges. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Foucaud de l'Espagnery prie l'Académie de l'inscrire sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique. (Renvoyé à la section.)

— MM. Chevallier et O. Henry écrivent pour réclamer la priorité au sujet de l'idée émise dans le travail de MM. Labourdette et Dumesnil sur le passage de l'iode par assimilation digestive dans le lait de quelques mammifères. Ils joignent à cette lettre une brochure publiée en 1839, et qui renferme des considérations sur le passage de diverses substances dans le lait, et notamment de l'iodure de potassium, sur les conditions dans lesquelles l'expérimentateur doit se placer pour faire arriver ces substances dans le lait, et enfin des déductions qu'on en peut tirer au point de vue de la thérapeutique. (Renvoyé à la commission chargée de l'examen du mémoire de MM. Labourdette et Dumesnil.)

— M. G. Delenda (de l'île de Santorini) adresse un mémoire intitulé *Parallèle entre les observations consignées dans les écrits d'Hippocrate et celles qu'on recueille de nos jours en Grèce.* (Commissaires : MM. Louis, Bousquet et Gibert.)

Le même auteur adresse un deuxième mémoire ayant pour titre : *Monographie clinique des chagrins.* (Commissaire : M. Baillarger.)

— M. de Villiers envoie un tableau statistique indiquant l'état sanitaire du personnel du chemin de fer de Paris à Lyon et embranchements pendant l'année 1855, et un mémoire contenant des observations médicales au sujet de ce tableau statistique. (Commissaires : MM. Hervez de Chégoin et Gimelle.)

— M. Duchesne adresse un paquet cacheté contenant des considérations relatives à l'influence des chemins de fer sur la santé des populations.

— M. Pérez (de Nice) adresse un paquet cacheté contenant la description d'une main mécanique. (Le dépôt de ces deux paquets cachetés est accepté.)

— M. le docteur Edmond Langlebert adresse à l'Académie la lettre suivante, dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture textuellement :

« Monsieur le président,

» Je vous prie de faire connaître à l'Académie que je suis complétement étranger à l'invention d'un traitement clandestin du choléra que M. le rapporteur de la commission des remèdes secrets a qualifié, dans la séance du 13 mai, en des termes justement sévères. L'auteur de ce prétendu traitement est un nommé Adolphe Langlebert, officier de santé se disant docteur, et désigné comme tel dans le rapport de la commission. Comme je suis, à Paris, le seul docteur en médecine portant ce nom, les personnes qui ne me connaissent qu'imparfaitement ont pu croire qu'il s'agissait de moi. Ce n'est pas d'ailleurs la première fois que j'ai à souffrir de cette fâcheuse similitude de nom et de profession. Jusqu'à présent je n'ai pas réclamé ; mais dans cette circonstance, je crois qu'il est de mon devoir, dans l'intérêt de ma dignité et pour l'honneur même du corps médical, de demander qu'une rectification soit faite au rapport, et, s'il y a lieu, au procès-verbal de la séance où cette pièce a été lue.

» Agréez, etc. Edmond LANGLEBERT. »

M. ROBINET déclare, à ce sujet, qu'il a quelques explications à donner à l'Académie :

En attribuant à l'auteur du mémoire sur le prétendu traitement du choléra le titre de docteur, il avait été induit en erreur par la forme de la signature et du paraphe qui la suit, lequel simulait la lettre D. Il est probable que la même erreur aura été commise aux bureaux du ministère. M. Robinet propose de renvoyer la lettre de M. le docteur Edmond Langlebert au ministre.

(La proposition de M. Robinet est mise aux voix et adoptée.)

— M. Boullay offre en hommage, à l'Académie, soixante-dix volumes et trente-quatre brochures sur divers sujets relatifs aux eaux minérales et à l'histoire naturelle.

Des remercîments sont adressés à M. Boullay au nom de l'Académie.

— M. le président annonce la mort de M. le docteur Poncet, correspondant de l'Académie à Feurs.

— M. le président rend compte des obsèques de M. Amussat, où l'Académie était représentée par une nombreuse députation. M. Larrey est invité à donner lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe au nom de l'Académie. (Voir ci-après.)

LECTURES.

L'ordre du jour appelle M. Parchappe à la tribune.

Analyse du sang. — M. PARCHAPPE lit la deuxième partie de son mémoire sur les analyses du sang. Nous reviendrons sur l'ensemble de ce travail, dont nous ferons connaître la substance quand il aura été complétement publié.

Tissu pigmental. — M. Deschamps (Michel-Hyacinthe) lit un travail intitulé *Recherches du tissu pigmental et de ses métamorphoses.* (Commissaires : MM. Cruveilhier, Barth et Robert.)

— La séance est levée à cinq heures.

DISCOURS PRONONCÉ AUX OBSÈQUES DE M. AMUSSAT,

Par M. H. LARREY,

au nom de l'Académie impériale de médecine.

Messieurs,

L'Académie de médecine vient de perdre l'un de ses membres les plus anciens, les plus actifs et les plus éminents. Celui-là cependant avait été reçu dans son sein parmi les plus jeunes; il avait su, malgré les obligations d'une vaste clientèle, se montrer assidu à vos séances; il avait offert à l'Académie elle-même les prémices ou les résultats de la plupart de ses travaux, et ces travaux-là touchaient toujours à des questions importantes, à des idées fécondes, à des découvertes réelles, je ne dirai pas incontestables, pour écarter d'ici toute allusion à des débats qui sont loin de nous, et qui d'ailleurs ne sauraient se renouveler au delà de la tombe.

Mais pour apprécier dignement la vie laborieuse et tourmentée de celui dont le nom, cher à la science et à l'humanité, vient de s'ajouter au nécrologe de l'Académie, il faudrait mieux qu'un discours funèbre, simple hommage de souvenir et d'adieu offert à notre honorable et regretté collègue.

Amussat (Jean-Zulima), docteur en chirurgie, membre de l'Académie impériale de médecine (section de médecine opératoire) et de diverses sociétés savantes nationales et étrangères, chevalier de la Légion d'honneur, est né dans le Poitou, le 21 novembre 1796, à Saint-Maixent, département des Deux-Sèvres.

Son père est l'un de ces dignes praticiens de la province qui savent honorer notre profession par leur caractère autant que par leur talent, et qui exercent la médecine plutôt comme une mission de charité que comme une carrière de fortune.

Élevé dans sa famille, le jeune Amussat reçoit de son père les notions élémentaires de l'art, et les complète auprès de M. Servan, chirurgien distingué de son pays natal. Il montre tout d'abord un goût marqué pour les études médicales, et les poursuit activement, lorsque la conscription vient en suspendre le cours, et peut-être le rompre tout à fait.

Un seul moyen lui est offert de concilier l'exigence du recrutement avec la continuation de sa carrière, c'est d'être commissionné sous-aide à l'armée. Il est admis au mois de janvier 1814, à l'âge de dix-sept ans, et part aussitôt pour assister à quelques-uns des combats de la campagne de France.

Le jeune Amussat montre alors au milieu des dangers de la guerre le courage et le sang-froid qui doivent plus tard le distinguer dans la pratique des opérations les plus périlleuses de la chirurgie.

C'est ainsi que pendant l'occupation de Reims par un corps de l'armée française, il ne quitte pas les blessés entassés dans une église servant d'hôpital, où bientôt l'encombrement provoque le typhus. Il en est menacé lui-même, mais il n'abandonne pas son poste avant d'avoir assuré tous les pansements qui lui étaient confiés.

C'est encore ainsi que, voulant acquérir des notions d'anatomie en même temps que des connaissances chirurgicales, il s'avise de porter le scalpel sur des cadavres russes; mais, surpris au milieu de ses dissections par un détachement de Cosaques, il n'échappe à leurs menaces que par une attitude ferme et impassible.

Amussat, comme tant de chirurgiens célèbres, faisait ainsi ses premières armes à la guerre. Roux, Lisfranc, Sanson et d'autres l'y avaient précédé. Mais bientôt la campagne finit, l'armée est licenciée, et le jeune sous-aide, libéré du service, se rend à Paris pour y continuer ses études médicales. Il n'a que de bien faibles ressources pour vivre; et ne voulant pas rester à la charge de sa famille, il montre une telle ardeur, un tel désir d'apprendre, qu'il attire sur lui l'attention et la bienveillance de ses premiers maîtres.

M. Troussel, son guide et son ami, lui facilite les moyens de prendre part aux travaux anatomiques de la Salpêtrière. C'est là qu'il rencontre pour la première fois notre éminent collègue M. Rostan, qui, à dater de cette époque, n'a cessé de lui témoigner toutes ses sympathies.

Amussat, dès la fin de sa première année d'études, a si bien employé son temps, qu'il est reçu au concours de l'externat, et il est nommé à la Charité, où on lui donne un logement.

Là, dans un recoin d'amphithéâtre obscur et malsain, il passe des journées entières à disséquer. Son aptitude pour l'anatomie pathologique le fait remarquer de Lberminier, qui l'attache d'abord à son service et ensuite à son affection. Deux ans après, en 1817, il est admis au concours de l'internat, et revient à la Salpêtrière, où il étend et multiplie ses travaux anatomiques par l'autopsie de la plupart des cadavres laissés à sa disposition. C'est alors que, voulant faciliter des recherches sur l'épilepsie et sur les lésions présumées de la moelle épinière, il imagine un instrument ingénieux, adopté depuis et usité dans les hôpitaux sous le nom de rachitome.

C'est à cette époque aussi qu'il commence l'enseignement particulier, auquel il devait rester fidèle pendant toute la durée de sa vie médicale. Son premier cours est un cours d'anatomie destiné seulement à quelques artistes, mais démontrant toute l'importance de cette étude, qui est devenue l'objet d'un enseignement officiel à l'école des Beaux-Arts.

Encouragé dès lors à faire davantage, il institue des cours réguliers d'anatomie dans un lieu réservé de la Salpêtrière; mais après quelque temps, le succès de ses leçons suscite la jalousie de certaines personnes, et on lui interdit la faveur de continuer.

Mais si la faveur lui manque, le droit lui appartient. Une place d'aide d'anatomie à la Faculté devient vacante à la fin de décembre 1821, elle est mise au concours; Amussat l'obtient, et il reprend, il double, il triple son enseignement par des cours d'anatomie, de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire.

Entraîné par son zèle au delà de ses forces pour supporter tant de fatigues, il veut concourir pour le prosectorat de la Faculté, lorsqu'un redoutable accident l'arrête : une piqûre anatomique le menace d'une résorption purulente, et il y échappe à peine, qu'une dyssenterie aiguë se déclare et compromet sa vie. Il se rétablit enfin ; mais à dater de cette époque, il n'a plus qu'une santé faible, dont les atteintes successives l'ébranlent de plus en plus et l'obligent à renoncer aux luttes des concours. Il aurait été bien digne cependant de parvenir aux hôpitaux et à la Faculté. Il est donc obligé de restreindre son ambition chirurgicale à l'enseignement et à la pratique libres.

Dès lors aussi, travailleur infatigable, il cherche, dans un labeur continu, à acquérir l'autorité qui lui manque dans un enseignement officiel. La notice de ses travaux scientifiques en fait apprécier toute la valeur, et une esquisse rapide, en les retraçant dans l'ordre chronologique, suffira, messieurs, pour les rappeler à votre souvenir.

En 1822, M. Amussat publie une *Note sur la possibilité de sonder l'urètre de l'homme avec une sonde tout à fait droite.*

C'est sur cette donnée nouvelle, et sur ses conséquences pratiques pour le broiement des calculs, qu'Amussat fonde ses droits à la priorité de la lithotripsie. Mais plus il cherche à revendiquer l'initiative ou l'intuition de cette grande découverte, plus il rencontre de résistance à faire accepter les prétentions qu'il croit légitimes.

En 1823, ses *Remarques sur l'urètre de l'homme et de la femme* le conduisent à proposer des instruments droits pour le cathétérisme, appelé depuis rectiligne, pour l'extraction ou la destruction des corps étrangers de la vessie.

La même année, dans un *Mémoire sur les rétrécissements de l'urètre et sur les injections forcées*, il fonde sur l'étude précise de l'anatomie pathologique cinq espèces de rétrécissements organiques.

En 1824, ses *Recherches sur l'appareil biliaire* tendent à démontrer le mécanisme du reflux de la bile dans la vésicule du fiel.

A l'appui de ses expériences, Amussat présente à l'Académie une préparation anatomique dont l'importance, s'ajoutant à celle de sa communication, attire sur lui et sur ses premiers travaux un éclatant témoignage d'intérêt et d'estime.

En 1825, ses *Recherches sur le système nerveux* ont pour but de démontrer la disposition des origines des nerfs de la moelle épinière.

Il expose, dans un autre travail, la *Communication des veines avec les vaisseaux lymphatiques.*

En 1826, il présente à l'Académie un travail sur les *Rapports anatomiques de l'artère épigastrique dans les différentes espèces de hernies*, et il y joint des considérations pratiques sur un mode de taxis puissant et gradué, dont tous les chirurgiens ont pu faire d'utiles applications, mais qui exige beaucoup de prudence dans son emploi.

En 1826 également, il soutient sa thèse à la Faculté de Paris, sur l'*Etude de l'anatomie*, en exposant l'utilité des expériences sur les animaux pour apprendre la physiologie. Ce travail intéressant est adressé aux élèves, pour leur épargner les difficultés que l'auteur a rencontrées lui-même dans ses études.

De 1827 à 1828, il se livre à une série d'expériences de vivisection sur les hémorrhagies traumatiques et sur les moyens d'hémostasie les plus usités.

En 1829, il dépose à l'Institut un paquet cacheté contenant l'exposé de ses recherches sur la *torsion des artères*, et quelque temps après il lit devant ce corps savant un mémoire sur ce sujet. Il en avait conçu l'ingénieuse pensée en songeant aux inconvénients de la ligature, et en appréciant aussi les phénomènes curieux des plaies par arrachement, qui donnent lieu rarement à des hémorrhagies.

Disons toutefois qu'il semble avoir exagéré les avantages de la torsion, qui n'en restera pas moins une découverte utile pour favoriser la réunion immédiate des plaies, et pour faciliter la pratique des opérations faites à l'improviste, à la campagne ou aux armées.

En 1832, une *Table synoptique de la lithotripsie et de la cystotomie hypogastrique* fait dater la lithotripsie de 1822, époque à laquelle se rattache sa note sur la possibilité du cathétérisme avec des sondes droites.

Il reprend et commente plus tard ce travail dans une discussion mémorable à l'Académie sur les avantages comparés de la taille et de la lithotritie.

En 1832, un *Tableau des concrétions urinaires de l'espèce humaine*, classées sous le double rapport de leur volume et de leur forme, peut servir à indiquer les difficultés que l'on rencontre en pratiquant la taille et la lithotripsie.

Reconnaissant que dans bien des cas la lithotritie est impuissante à guérir la pierre et qu'elle peut même en compliquer les accidents, il adopte pour l'opération de la taille la méthode du haut appareil et en simplifie les suites. Il prévient les épanchements urineux à l'aide d'une canule courbe en gomme élastique introduite par la plaie suspubienne jusqu'au fond de la vessie, et donnant un libre passage à l'urine sans la nécessité de maintenir une sonde à demeure dans l'urètre.

En 1835, la *suture des intestins* devient pour lui l'objet de recherches intéressantes d'après les expériences de Travers sur la constriction circulaire du canal intestinal pour obtenir le rétablissement de son calibre naturel.

En 1835 aussi, des *Recherches expérimentales sur les hémorrhagies traumatiques* précisent les caractères différentiels des hémorrhagies artérielles et veineuses, en signalant les effets mortels de l'entrée de l'air dans les veines, et les avantages de la torsion des artères.

La même année encore, une *opération d'anus artificiel*, pratiquée heureusement dans la région anale chez un nouveau-né, marque l'origine des travaux plus complets d'Amussat sur cette importante question.

Une *opération de vagin artificiel*, faite aussi avec succès en 1835, lui fournit la matière d'un travail lu à l'Institut sur les vices de conformation du vagin.

En 1836, un autre mémoire lu à l'Institut sur le *spasme de l'urètre* démontre qu'il ne suffit pas à lui seul pour s'opposer à l'introduction d'une sonde dans la vessie.

En 1837, il applique utilement la *cautérisation* au traitement de quelques *fistules urinaires*, et en particulier des fistules urétrales.

En 1838, il préconise pour la *suture entortillée* les aiguilles en platine, comme offrant plus d'avantages que les autres.

En 1839, dans son important *Mémoire sur l'introduction accidentelle de l'air dans les veines*, il résume un grand nombre d'expériences faites par lui sur les animaux vivants, et toutes les observations connues ou recueillies chez l'homme pendant le cours de certaines opérations chirurgicales.

La même année, dans son mémoire intitulé *Relation de la maladie de Broussais*, suivie de quelques réflexions pratiques sur les obstructions du rectum, il émet l'idée que l'opération de l'anus artificiel par le procédé de Callisen est préférable à celui de Littre, et dans un second mémoire il modifie avantageusement ce procédé.

Il regrettait souvent de n'avoir pu en faire l'application à la maladie de l'illustre médecin en chef du Val-de-Grâce, auprès duquel il avait été appelé, et qu'il avait vu en quelque sorte mourir de jour en jour.

La *rétroversion de la matrice* dans l'état de grossesse lui fournit, en 1839 aussi, le sujet d'un mémoire basé sur deux cas de succès inespéré, et sur l'analyse de tous les faits connus du même genre, sauf des résultats différents.

En 1840, un *Mémoire sur l'anatomie pathologique des tumeurs fibreuses de l'utérus* démontre la possibilité d'extirper ces tumeurs lorsqu'elles sont contenues encore dans les parois de cet organe.

Deux observations à l'appui, les seules qui lui fussent connues alors, soulèvent plusieurs questions nouvelles sur le mode d'ablation par torsion et par morcellement de ces tumeurs.

C'est aussi en 1840 que le *strabisme* et l'opération applicable à cette difformité deviennent pour Amussat et pour M. Lucien Boyer l'objet de recherches multipliées, mais aussi de toutes sortes de tribulations.

Le *bégaiement*, comme le strabisme, fournit en 1841 à M. Amussat de nombreuses occasions d'appliquer la ténotomie à cette infirmité, mais en provoquant des doutes plus prononcés encore sur les avantages attribués par lui à cette opération, et en lui suscitant des critiques amères, des attaques violentes, qui portent une atteinte pénible à son amour-propre et à son repos.

Afin d'y faire diversion, la même année, dans un deuxième mémoire lu à l'Académie sur l'*anus artificiel*, il rapporte de nouvelles observations pour faire prévaloir le procédé de Callisen modifié sur celui de Littre, et en 1842 il lit à l'Institut un troisième travail sur le même sujet.

Cette année encore, sous le nom de *cicatrices d'allongement*, il propose un procédé simple pour prévenir la rétraction du tissu cicatriciel en avivant chaque jour l'angle ou les angles de certaines plaies.

En 1842 aussi *la destruction des hémorrhoïdes internes*, obtenue par lui à l'aide de la ligature d'abord et ensuite au moyen de la cautérisation, devient plus tard l'objet d'une opération ingénieuse par la combinaison de l'étranglement des bourrelets avec leur cautérisation simultanée.

Dans un mémoire lu peu de temps après à l'Institut sur le mécanisme du *cours de la bile dans les canaux biliaires*, il développe les idées qu'il avait émises en 1824 devant l'Académie de médecine.

Enfin, encore en 1842, dans un mémoire *sur la disposition des tumeurs sanguines et sur les épanchements de sang* qui se forment après la blessure des vaisseaux, il démontre l'existence d'un conduit ou trajet conducteur au centre de ces collections sanguines, et l'indication de

rechercher par ce trajet la source de l'hémorrhagie ou le vaisseau divisé.

Ici, messieurs, s'arrête l'énumération seule des travaux publiés par notre savant collègue ; leur importance, autant que leur multiplicité, n'excitera peut-être plus ni jalousie ni conteste, car c'est dans l'originalité même de ses œuvres qu'il faut reconnaître le vrai mérite de ce chirurgien éminent. Et ce mérite est d'autant plus appréciable, que M. Amussat ne puisait son origine ni dans les sources de l'éducation première, ni dans les avantages d'une position acquise, ni même dans les chances d'une renommée future ; mais il l'avait tout entier en lui, dans sa vocation innée pour la chirurgie, dans une sagacité inventive pour les progrès ou les perfectionnements de l'art.

Oui, messieurs, disons-le bien haut, maintenant qu'il n'est plus, Amussat possédait le génie chirurgical, qui devine, invente ou perfectionne ce qu'il n'a pas créé.

Le résumé de ses travaux mettra toujours en relief ses recherches anatomiques sur l'urètre et les applications du cathétérisme rectiligne à la pratique de la lithotripsie ; ses investigations expérimentales sur l'appareil biliaire et le cours de la bile, sur quelques points du système nerveux, sur l'anatomie et la réduction des hernies, sur l'opération de l'anus artificiel dans la région lombaire, sur l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urètre, sur l'extirpation des tumeurs fibreuses de l'utérus, sur la torsion des artères, sur l'entrée de l'air dans les veines, sur les hémorrhagies traumatiques, sur la suture des intestins, sur les maladies des voies urinaires et spécialement sur les calculs vésicaux, sur les fistules urétrales, etc.

De tous ses travaux, ceux auxquels il attachait le plus d'importance comme question d'origine ou de priorité pour l'invention de la lithotripsie, c'étaient donc ses recherches sur la possibilité du cathétérisme avec des sondes droites ; il a même publié à ce sujet un exposé sommaire de documents historiques et un tableau synoptique très-étendu, où figure nécessairement la part qui lui appartient dans cette grande question.

L'histoire de l'art a enregistré la chronologie des faits sur l'importante découverte de la lithotripsie. C'est assez.

Laissons, messieurs, laissons à chacun le mérite de ses œuvres ; mais au moins ne déprécions pas après sa mort, comme il l'a été de son vivant, celui qu'il faudra placer quand même au rang des chirurgiens les plus ingénieux et les plus experts de son temps.

Praticien habile, ayant acquis de bonne heure la célébrité qui s'est attachée à son nom, il avait d'autant plus de mérite d'y être parvenu qu'il ne pouvait appuyer son expérience ou son autorité sur les titres de professeur à la Faculté ou de chirurgien d'hôpital, puisqu'il n'appartenait ni à l'enseignement officiel ni au service hospitalier.

Comme opérateur, Amussat était un grand artiste, passionné pour son art, mais avec le goût et le tact, qui sont en chirurgie le coup d'œil et l'adresse. Il alliait la prudence à la fermeté, ne reculait point devant une entreprise difficile, mais ne cherchait pas à faire briller son talent ou à grandir sa réputation aux risques et périls de ceux qui se confiaient à lui. Il savait leur parler le doux langage de la persuasion, pour les soumettre aux dures épreuves des opérations les plus graves ou les plus redoutables ; et, mieux encore, il savait les leur épargner toutes les fois que les ressources de l'art lui permettaient de satisfaire à la plus salutaire de toutes les indications, à celle qui seconde si bien et si heureusement les merveilleuses ressources de la nature, à celle que tous les chirurgiens devraient s'efforcer d'atteindre à force de soins, de patience, d'abnégation et d'espoir ; à cette indication, enfin, qui a mérité le nom si légitime de *chirurgie conservatrice.*

Mais s'il fallait opérer, sa main ferme et habile maniait avec autant de sécurité que de bonheur tous les instruments de son arsenal.

Plusieurs, imaginés ou perfectionnés par lui, attestent combien son esprit chirurgical était inventif. C'est surtout pour les maladies des organes génito-urinaires qu'il faut rappeler les sondes droites, les urétrotomes, les porte-caustique et les lithotriteurs, sans parler de divers autres instruments, tels que des pinces à torsion, des pessaires, etc., qui portent tous l'empreinte d'une idée ingénieuse ou d'une utilité pratique.

Comme savant, M. Amussat ne prétendait point à l'érudition, mais il était doué d'une patience et d'une volonté rares dans la recherche ou l'étude d'un sujet. Persévérant, opiniâtre dans le travail, il poursuivait une idée jusqu'à ce qu'il en eût atteint la démonstration expérimentale, sans s'inquiéter peut-être assez des travaux entrepris déjà dans des vues analogues à la sienne.

L'originalité même de ses œuvres lui a valu de justes récompenses. C'est ainsi que, lauréat de l'Institut, il a remporté plusieurs prix mémorables :

L'un, de 2,000 francs, pour la lithotripsie ;
Un de 6,000 francs, pour la torsion des artères ;
Un de 4,000 francs, pour l'introduction de l'air dans les veines ;
Et un de 3,000 francs, pour l'entérotomie lombaire.

Porté plusieurs fois sur des listes de candidature chirurgicale à l'Académie des sciences, s'il n'a pas eu l'honneur d'y être admis, il a la satisfaction d'en être jugé digne.

Comme membre de l'Académie de médecine, c'est à elle, vous le savez, messieurs, qu'il a dû le plus noble encouragement, la plus insigne récompense de ses premiers efforts, de ses premiers travaux, puisqu'il a été admis, et presque acclamé, en 1824, au nombre de ses membres titulaires, avant même d'avoir acquis le diplôme de docteur.

Mais il a compris toujours la reconnaissance que lui imposait cette faveur exceptionnelle ; et ses autres travaux, ses nouvelles recherches, ses dernières opérations, c'est à l'Académie qu'il en a fidèlement offert les prémices, par la lecture de plusieurs mémoires, par des communications intéressantes et par des présentations diverses. Il a enfin jeté de l'éclat sur quelques-unes de ces mémorables discussions.

Comme professeur, M. Amussat s'est exercé à l'enseignement alors même qu'il était encore élève ; et plus tard, il a fait des cours très-suivis d'anatomie et de physiologie, d'anatomie chirurgicale, d'opérations et de bandages, et de chirurgie expérimentale.

Il attachait à ce dernier enseignement une si juste importance, qu'il avait depuis longtemps la pensée d'en faire le sujet d'un ouvrage spécial. Il en a seulement tracé le cadre ou fourni les éléments dans sa thèse, dans ses recherches sur les hémorrhagies traumatiques et dans son travail sur l'introduction de l'air dans les veines.

Il avait institué, chez lui, des conférences chirurgicales dans lesquelles il exposait ses travaux et les résultats de ses observations, à des praticiens français ou étrangers convoqués à ces réunions hebdomadaires. C'est pour y avoir assisté plusieurs fois que j'ai été à même d'en apprécier, comme bien d'autres, tout l'intérêt.

Il a fait aussi, en 1830, un cours de chirurgie militaire pour lequel il m'avait demandé quelques documents, dans le but d'être utile à quelques-uns des jeunes chirurgiens qui devaient se rendre à l'armée d'Afrique.

Comme homme, Amussat était d'un caractère bon et obligeant pour tous, plein d'aménité dans ses relations, affectueux pour ses élèves, bienveillant pour ses confrères, pour ceux mêmes qui ne l'aimaient pas ou qui se montraient jaloux de son mérite. Il s'attachait à ses malades, et s'il exigeait beaucoup des riches, il donnait beaucoup aux pauvres. Il avait éprouvé la gêne, les privations à l'origine de sa carrière ; et, parvenu à une fortune bien acquise par un labeur constant, il était généreux, charitable, sans chercher à le paraître.

Rappelons à cet égard un fait peu connu, ou plutôt oublié, avant de dire un dernier adieu à notre excellent et si regrettable collègue.

En 1831, la veuve d'un médecin des plus honorables se trouve réduite à l'indigence ; elle ose à peine implorer la compassion des confrères de son mari ; elle s'adresse cependant à M. Amussat, qui la sauve d'abord de la misère, et conçoit aussitôt, ou accepte avec empressement d'un honorable confrère l'idée de fonder une association de secours entre les médecins. Il en réunit quelques-uns en conférence, et leur fait adopter sans peine son projet. Des statuts constituent définitivement l'association, qui prend le titre de *Société de prévoyance.* Elle dure deux ans, et le bien qu'elle a pu faire en si peu de temps indique tout ce qu'il faudrait attendre d'une institution plus largement établie et officiellement autorisée. L'illustre doyen de la Faculté accomplit cette œuvre, qu'il a si bien dirigée pendant le reste de sa vie ; mais n'oublions pas, messieurs, que la fondation d'Orfila est une œuvre inspirée par l'heureuse initiative d'Amussat.

Comme ami, comme parent, Amussat était plein de cœur et de dévouement pour les siens. Il a été d'abord le soutien de sa mère et de ses trois sœurs, qui semblaient être ses enfants, et qui ont été élevées et mariées par lui. Modèle de tendresse, de piété filiale, il restait encore l'appui de son vénérable père, aujourd'hui âgé de quatre-vingt-dix ans, et voué à la douleur de lui survivre si, désabusé d'un pieux mensonge, il n'est pas mort en apprenant la fatale nouvelle.

Il laisse enfin un fils bien désolé, connu déjà en chirurgie par d'utiles publications ; et il sera pleuré aussi par son frère d'adoption, qu'il avait associé depuis longtemps à ses travaux, à ses affections et à ses chagrins.

Que n'avait-il depuis longtemps écouté les conseils et les prières de sa famille, de ses élèves et de ses amis pour songer au repos dont il avait tant besoin !

M. Amussat est mort à cinquante-neuf ans, le 13 mai, dans la nuit, après avoir été malade pendant quelques jours seulement, et presque sans avoir eu d'autres souffrances qu'un anéantissement progressif de toutes ses forces. Des symptômes de diphthérite et de paralysie vésicale se sont bien déclarés dans les derniers instants ; mais, en définitive, il a succombé aux fatigues continues de cette profession pénible qui tue tant de médecins épuisés à faire vivre leurs malades. Il est mort comme il avait vécu, plein de courage et de résignation.

Adieu donc, cher et excellent collègue ; j'aurais voulu qu'une voix plus autorisée ou plus intime que la mienne rappelât mieux tous les labeurs de votre vie, en exprimant tous les regrets laissés après elle et en offrant à votre mémoire un hommage si bien mérité !

Puissé-je du moins avoir été l'interprète des sentiments de l'Académie pour ce suprême adieu !

CORRESPONDANCE.

A M. Landouzy, *professeur à l'École préparatoire de médecine de Reims.*

Mon cher Landouzy,

Il est des gens assez riches pour qu'on ne se fasse pas beaucoup de scrupule de leur dérober quelque chose ; vous êtes de ces gens-là, et pourtant je ne suis pas aussi coupable que j'ai paru l'être dans le compte rendu très-sommaire qui a été fait d'une de mes leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu.

J'ai dit et répété, je dis et je répète plus de dix fois par an, que si des médecins avaient vu que des albuminuriques et des glycosuriques avaient souvent des troubles de la vue, c'est à vous et à vous seul que l'on doit d'en avoir fait un point de doctrine, et je remercie le rédacteur du journal de m'avoir rendu ce témoignage, que, à votre endroit comme pour mes confrères en général, je suis tout prêt à rendre la justice qui est due à tout homme de science.

Il est donc bien reconnu et proclamé par moi que c'est à vous que l'on doit d'avoir nettement fixé la science sur ce point ; à savoir, que dans la maladie de Bright l'amaurose est très-commune.

Je pourrais bien vous faire une petite querelle à propos de la presbytie et de l'amaurose, qui se ressemblent un peu moins que vous ne le semblez dire ; mais je passe condamnation, et, dans le cas même où la *presbytie rapide* sans *amaurose* deviendrait un signe précieux au début de la maladie de Bright, alors que manquent tous les autres symptômes, je ne serais nullement tenté de réclamer la priorité pour moi, attendu que la presbytie est bien un *affaiblissement de la vue*, et que cela est à vous et bien à vous.

Adieu, mon cher camarade ; croyez bien que si vous avez jamais quelque bonne idée à proclamer, loin de l'étouffer, je la montrerai bien au jour, et je serai fier d'ajouter un fleuron de plus à la couronne scientifique d'un homme qui se dit mon élève avec une modestie qui m'honore trop, et qui, je l'espère, restera mon ami.

A. Trousseau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Académie des sciences avait à nommer un membre titulaire dans la section de botanique, à la place vacante par le décès de M. de Mirbel. M. Gay a été nommé au troisième tour de scrutin, par 28 suffrages contre 27 donnés à M. Duchartre, et a été proclamé membre de l'Académie des sciences.

— A la suite du décret du 7 mai, portant nomination d'officiers de santé de divers grades dans la marine, les destinations coloniales ont été réglées ainsi qu'il suit :

Pour la Guyane. — M. Leguillon, chirurgien de 1re classe.

Pour Mayotte. — M. Maire, chirurgien de 1re classe.

Pour le Sénégal. — MM. Déruas, Luzet, Berg, Ricque, chirurgiens de 2e classe ; Roche, Marion, Mac-Auliffe, chirurgiens de 3e classe.

Pour la Guadeloupe. — M. Douillé, chirurgien de 3e classe.

Pour la Martinique. — M. Le Bourch-Lopès, chirurgien de 3e classe.

— M. le docteur Alfred Pointis vient d'être nommé médecin du bureau de bienfaisance du 5e arrondissement, en remplacement de M. le docteur Blazy, démissionnaire.

— La division des services, à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi, de Montpellier, vient d'être mise à exécution. MM. les professeurs J. Benoît et L. Boyer sont nommés médecins en chef dudit hôpital, pour être, en cette qualité, chargés à tour de rôle du service et de la clinique des vénériens. Des services médicaux supplémentaires seront confiés à des professeurs ou à des agrégés, quand les besoins du service l'exigeront.

(*Revue thérap. du Midi.*)

— M. le docteur Dupont a cessé son service à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, ses six années de titulariat étant expirées ; M. le docteur Levieux, nommé titulaire à sa place, est entré en fonctions le 1er mai.

— M. le docteur Jules Caussade vient d'être nommé médecin-adjoint à l'hôpital Saint-André.

— Un cruel accident vient d'enlever à sa famille un honorable pharmacien de notre ville.

M. Mirc-Arnaudin, en débouchant un flacon qui résistait l'a fait éclater. Une légère blessure à deux doigts en a été la conséquence. Quelques instants après, et sans qu'une hémorrhagie considérable ni une douleur trop vive se fussent montrées, il s'est assis, a demandé du secours en disant qu'il se trouvait mal ; et pendant que son élève appelait quelqu'un et revenait près de son patron, celui-ci était mort : moins de cinq minutes s'étaient écoulées depuis l'instant de la blessure. — A quoi rattacher cette catastrophe, si ce n'est à une syncope par une impression morale ? (*Journal de méd. de Bordeaux*).

— En annonçant dans notre numéro du 1er mai la nomination de M. Alquié, nous avons donné d'une façon incomplète la composition du corps médical de Vichy. Nous la rétablissons ici :

MM. Alquié, inspecteur ; A. Dubois et Villemain, inspecteurs-adjoints ; Barthez, médecin de l'hôpital militaire ; Durand-Fardel, inspecteur de la source d'Hauterive ; Cornil, inspecteur de l'établissement de Sainte-Marie ; Nicolas, inspecteur de la source Lardy ; Noyer, chirurgien de l'hospice civil ; Colas, médecin. Outre ces médecins, il en vient souvent d'autres s'établir à Vichy pendant la saison des eaux.

— La *Gazette médicale de Lyon* annonce la mort de M. Vincent Barou. Cet honorable confrère était âgé de 92 ans ; il avait été reçu docteur en médecine à l'Université de Montpellier en 1790, comme l'indique sa thèse inaugurale, portant le titre de *Specimen academicum et medico-practicum de variolarum inoculatione, quod Deo duce et auspice Dei parâ, in Augustissimo Ludovicæo Medico Monspeliensis tueri conabitur auctor Vincentius Barou, e loco Valfleuri diæcesis lugdunensis, arctium magister, nec non inclytæ facultatis medicæ Monspeliensis jam dudùm alumnus, mense januarii anni* 1790. M. Barou, dans sa longue carrière, avait su conquérir la confiance de la population de la ville de Rive-de-Gier et de tous les environs comme médecin praticien, et surtout comme accoucheur.

— Nous avons reçu avant-hier une lettre sans signature dans laquelle on nous demande quelques renseignements sur les consignations d'examens à la Faculté.

Nous ne pourrons répondre à notre correspondant anonyme que lorsqu'il nous aura fait connaître son nom et les circonstances dans lesquelles se trouvaient les trois élèves auxquels il fait allusion.

— M. Strauss-Durckeim a mis récemment sous les yeux de l'Académie des sciences, dans une de ses précédentes séances, une tête de roussette, poisson de la famille des squales, conservée depuis seize ans dans un liquide conservateur qu'il a fait connaître pour la première fois comme anti-putride dans son *Traité pratique d'anatomie comparative* publié en 1842. Cette liqueur est composée de 14 parties de sulfate de zinc dissoutes dans 10 parties d'eau (saturée).

On peut voir par cette préparation que le corps des animaux vertébrés se conserve si bien dans ce liquide, que ce poisson présente en apparence toutes les qualités d'un animal frais, jusqu'à son odeur de marée fraîche.

Pour mieux reconnaître la propriété conservatrice de cette solution, M. Strauss-Durkeim a laissé pendant les seize années cette tête de poisson dans un bocal ouvert à l'air libre, en y remplaçant de trois en trois mois à peu près le liquide évaporé par de l'eau ordinaire qu'il y versait. Il se propose maintenant de soumettre cette préparation à la dessication pour la momifier, convaincu qu'elle se conservera indéfiniment dans cet état.

Cette liqueur peut servir, d'une part, à conserver les préparations anatomiques destinées aux dissections, et, d'autre part, à la momification des corps en l'injectant dans les artères.

— M. Bouvier, médecin de l'hôpital des Enfants, commencera des leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur le vendredi 23 mai, à neuf heures du matin, à l'hôpital des Enfants malades, et continuera ces leçons tous les vendredis à la même heure.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'arte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des-postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Emphysème primitif ou spontané dans les fractures des membres.

Par quel mécanisme se produit l'emphysème primitif dans les fractures des membres? Quels sont les conséquences habituelles de cette lésion; quel est son degré de gravité; quels sont enfin les moyens d'en prévenir les funestes effets? Telles sont les questions que M. Boureau, ancien interne des hôpitaux de Paris, s'est proposé de résoudre en reprenant les faits consignés dans les annales de la science pour en tracer une sorte d'histoire générale qu'on ne trouve faite encore nulle part avec de suffisants détails. C'est à l'occasion de deux faits de ce genre observés dans le service de M. Velpeau, à la Charité, que M. Boureau a entrepris ce travail, dont il a fait le sujet de sa thèse inaugurale.

Nous allons exposer sommairement ces deux faits, puis nous résumerons les traits généraux de l'histoire de l'emphysème spontané des fractures des membres, et les déductions pratiques que l'auteur en a tirées d'après ses observations éclairées par l'expérience du professeur de la Charité.

Un homme âgé de quarante-huit ans est amené à l'hôpital avec une fracture de la jambe gauche produite par la chute d'une grosse pierre. La jambe est le siége d'une vive douleur au niveau de son tiers moyen. A la partie antérieure, se trouvent deux petites plaies de 1 centimètre dans leur plus grand diamètre, par lesquelles s'écoule par intermittence du sang veineux mêlé à un peu de sang artériel. En promenant le doigt sur le membre, au niveau de la fracture, on perçoit la sensation d'un craquement crépitant fin, qui s'accompagne de l'issue de quelques bulles d'air. L'emphysème semble n'être point limité au tissu cellulaire sous-cutané; l'air paraît communiquer avec les tissus profonds.

Les fragments mis en rapport et le membre placé dans une gouttière avec un appareil contentif simple et maintenu dans une immobilité complète, les choses se passent comme à l'ordinaire pendant les deux jours suivants. Mais le troisième jour, le malade accuse de la douleur au niveau de la fracture; on y observe, en ce point, de la rougeur et un empâtement ecchymotique mal limité au niveau du tiers moyen de la jambe. Il y a un peu de fièvre.

Le même état persiste le jour suivant.

Le cinquième jour, le malade se plaint de nouveau de douleur et d'un sentiment de striction du membre, et on constate une teinte bronzée de la peau, s'étendant jusqu'au tiers supérieur de la jambe. Le pouls est élevé, plus fréquent que les jours précédents, inappétence, bouche pâteuse, malaise général.

Le sixième jour, le siége de la fracture est considérablement œdématié; il n'y a plus d'emphysème appréciable; un empâtement liquide de toute la région affectée donne au toucher la sensation de fausse fluctuation. Un sang noirâtre s'écoule par les petites plaies; nombreuses ecchymoses sous-cutanées aux environs de la fracture. Nausées; pouls petit, fréquent; chaleur intense à la région interne de la cuisse.

Le septième jour, nuit très-agitée; pouls de plus en plus petit, fréquent et serré; nausées; selles diarrhéiques. L'érysipèle bronzé du membre gagne en étendue et remonte vers la face antérieure de la cuisse. Un liquide rougeâtre, mélangé de pus mal lié, s'échappe par les petites plaies, dont les bords sont verdâtres. Dans le but de faciliter l'issue des liquides sanieux infiltrés dans les parties menacées de mortification, on fait une incision profonde à la région interne de la jambe. Le reste de la journée se passe dans une grande agitation, avec un peu de délire, des vomissements, du hoquet, etc.

Le huitième jour, les symptômes généraux s'aggravent. Le membre est gorgé de liquides sanieux infiltrés. On agrandit l'incision faite la veille; on pratique, en outre, des ponctions multiples pour dégorger le membre. — Large vésicatoire sur l'érysipèle.

Le neuvième jour, aggravation de l'état général. Les phlyctènes se sont multipliés autour du membre; la jambe, dans toute sa portion interne, est noirâtre, et le reste est tacheté d'ecchymoses violettes; le pied est œdématié. L'incision pratiquée l'avant-veille est béante et déverse un liquide noirâtre chargé de matières putrilagineuses. Les ponctions sont aussi béantes, et la pression du doigt sur leurs bords fait sortir de chacune d'elles un pus sanieux, mal lié.

Le malade succombe dans la nuit du neuvième au dixième jour.

On ne trouve, à l'autopsie, qu'un épanchement de sang noirâtre dans le tissu cellulaire sous-cutané; les muscles de la région profonde de la jambe déchirés et réduits en putrilage au niveau de la fracture et infiltrés de sang dans les régions voisines; point de phlébite, mais seulement un épaississement des parois de la veine saphène interne au niveau de la fracture. Le tissu cellulaire qui entourait cette veine en ce point était induré ou suppuré. Enfin, la veine elle-même, dans la partie inférieure de son parcours, était entourée de liquide sanieux et de matières putrilagineuses.

Le second fait est celui d'un homme de quarante-cinq ans, qui fut amené à la Charité pour une fracture des deux os de la jambe gauche résultant d'une chute d'un lieu élevé. Le tibia était fracturé dans son tiers supérieur obliquement de haut en bas et de dehors en dedans. Le péroné était fracturé transversalement à 3 ou 4 centimètres plus haut. On ne trouvait aucune esquille dans le foyer de la fracture. Au-dessus et au-dessous de la solution de continuité existait une tuméfaction considérable des parties molles, s'étendant supérieurement jusqu'à l'articulation fémoro-tibiale et en bas jusqu'au tiers inférieur de la jambe. Il existait en même temps un épanchement de sang facile à reconnaître au premier aspect par la tension et la couleur violacée de la peau qui recouvrait les parties contuses. Vis-à-vis le lieu de la fracture et au niveau de l'extrémité inférieure du fragment supérieur, existait une petite plaie d'un demi-centimètre carré à peine et qui communiquait avec le foyer de la fracture. Elle paraissait avoir été produite par le fragment supérieur, qui par son extrémité inférieure et interne avait dû perforer les téguments. Il s'échappait par cette petite ouverture une certaine quantité de sang noirâtre, surtout quand on imprimait des mouvements aux fragments osseux. Enfin, la main, promenée légèrement au-dessus et au-dessous de la solution de continuité, percevait, au centre d'une tumeur molle, fluctuante, une crépitation superficielle, se reproduisant à la moindre pression, et qui était due à l'infiltration de l'air dans le tissu cellulaire sous-cutané. Lorsqu'on exerçait cette pression de haut en bas, on voyait s'échapper par l'ouverture des téguments une petite quantité de sang mêlé de bulles d'air.

La fracture réduite, on exerça une compression à l'aide de plusieurs tours de bande au-dessus de l'emphysème et au-dessous de la plaie des parties molles, et le membre fut placé dans une gouttière en fil de fer ouatée, le tout recouvert de compresses imbibées d'eau blanche.

Le cinquième jour après l'accident, l'emphysème avait diminué, mais il existait toujours un gonflement considérable avec teinte érysipélateuse des téguments; une sanie roussâtre s'échappait par la plaie. Bouche pâteuse, perte d'appétit, envies de vomir, insomnie, pouls à 90.

Le sixième jour, plus d'emphysème; apparition de phlyctènes rougeâtres autour de la plaie, persistance du gonflement. Même état général. On perce les phlyctènes, d'où s'écoule une sérosité roussâtre.

Le neuvième jour, cessation des accidents généraux et de la douleur; retour du sommeil et de l'appétit.

Le quatorzième jour, il s'échappe de la plaie un pus de bonne nature; encore un peu de gonflement sans douleur.

Le vingt-cinquième jour, la plaie est cicatrisée. Le membre est placé dans un appareil dextriné.

Consolidation parfaite et guérison définitive le cinquante-troisième jour.

Voilà deux cas d'emphysème primitif ou spontané dont l'issue a été, comme on peut le voir, bien différente. Il serait difficile d'en tirer une conclusion à l'égard du pronostic de cette affection. Mais, si on les rapproche des faits déjà connus, on se fera bientôt une idée de la gravité habituelle de cet accident et de la nécessité d'en signaler les dangers aux praticiens, afin qu'ils ne s'endorment pas dans une fausse sécurité sur la possibilité d'une issue heureuse et qu'ils lui opposent de bonne heure les moyens propres à prévenir ou à conjurer ces dangers. En effet, le premier cas de ce genre qui ait été observé avec soin et rapporté à sa véritable cause est celui que M. Velpeau fit connaître en 1830; il s'agissait d'une fracture de l'articulation tibio-tarsienne avec issue de cet os et écrasement de l'astragale, compliquée d'une grande plaie avec emphysème occupant toute la jambe. L'emphysème ayant rapidement gagné la cuisse et la partie inférieure de l'abdomen, le malade mourut deux jours après l'accident. Depuis cette époque, M. Velpeau a eu l'occasion d'observer un assez grand nombre de cas semblables; en 1839, il en avait déjà réuni six observations, qu'il a rapportées dans sa *Médecine opératoire*. Trois sur cinq qui présentaient cet emphysème à la jambe avaient succombé. M. Boureau, en consultant les divers recueils périodiques, a trouvé sept cas d'emphysème des membres suivis de mort.

D'après l'analyse de ces faits, l'emphysème traumatique primitif serait constamment le résultat d'une fracture compliquée de plaie, soit d'une fracture directe avec dilacération des parties molles par la même cause vulnérante qui a brisé les os, — c'est le cas le plus commun, — soit d'une fracture par contre-coup, ainsi que cela a été constaté quelquefois, lorsque la cause fracturante continuant à agir a poussé les fragments à travers les téguments et les a déchirés. La pénétration et l'accumulation rapide du gaz atmosphérique au sein des tissus s'expliqueraient assez bien dans ces circonstances par les décollements et les déchirures des tissus qui résultent des mouvements imprimés aux fragments pendant les efforts que font les blessés soit pour se relever, soit pour marcher à la suite d'une fracture de jambe. C'est ce qui a pu être constaté dans la plupart des cas réunis par M. Boureau, et en particulier dans les faits observés à la Charité. C'est aussi l'explication qu'admet M. Velpeau.

« La gravité de l'emphysème primitif, suivant ce professeur, tiendrait moins à la présence de l'air lui-même qu'à sa combinaison probable avec le sang épanché, dont il hâte la décomposition en lui donnant des propriétés toxiques.

« Cet air atmosphérique, au milieu de tissus dilacérés, mâchés et baignés de sang, agit chimiquement sur les produits de la suppuration; elle devient promptement fétide et sanieuse, et les vaisseaux capillaires qui baignent dans ce liquide putride l'entraînent dans le torrent circulatoire. Une fois introduit dans l'économie, il imprime bien vite un ébranlement de tous les systèmes, et produit un empoisonnement contre lequel les réactions de l'organisme sont souvent impuissantes. »

On a vu par le premier des deux exemples rapportés plus haut, que le caractère des phénomènes morbides, leur succession, leur mode d'agencement, leur marche et leur issue, semblent justifier assez bien cette théorie.

Cependant, l'emphysème traumatique primitif n'entraîne pas toujours des accidents aussi graves et une terminaison aussi funeste; témoin le deuxième exemple cité, ainsi qu'un de ceux qu'a rapportés M. H. Martin (de Bazas), dans un intéressant travail sur le même sujet. Il est arrivé, dans ces deux cas, que l'emphysème ayant été promptement dissipé, les accidents qui s'étaient annoncés tout d'abord comme devant être fort graves, se sont graduellement apaisés.

Parmi les moyens qui ont été conseillés pour arrêter la marche de l'emphysème primitif, un seul paraît jusqu'ici avoir eu une influence heureuse, c'est la compression circulaire faite aussitôt après l'accident au-dessus et au-dessous de la plaie et de la tumeur gazeuse. C'est le moyen qui a été employé chez le second malade dont nous venons de rapporter l'histoire, et qui a guéri. Mais quand l'emphysème est considérable, et avant même qu'il soit compliqué d'inflammation ou de gangrène, l'amputation reste la dernière ressource, et il importe de ne pas perdre de temps dès qu'elle est jugée indispensable; car d'après l'observation de M. Velpeau, si l'on ne se décide à opérer que lorsqu'il y a déjà sphacèle, on doit craindre de voir une recrudescence de gangrène se manifester peu de temps après l'opération.

Traitement de la couperose par l'iodure de chlorure mercureux.

M. Nélaton, dans sa dernière leçon clinique, signalait à l'attention de ses élèves une femme couchée au n° 15 de la salle des femmes de la Clinique, affectée d'une couperose (*acne rosacea*), et soumise à un traitement spécial dont on a entretenu depuis quelque temps le public médical, et sur la valeur duquel il importe que les praticiens soient fixés. Cette femme, âgée d'une trentaine d'années, est entrée à la Clinique le 7 avril dernier. Sa couperose présentait à la fois les caractères pustuleux, tuberculeux et érythémateux; elle consistait, lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, en une rougeur violacée très-prononcée du nez, d'une partie des joues, des lèvres et du menton. Sur ce fond rouge s'élevaient des tubercules nombreux, tous indurés, et çà et là des pustules disséminées, dont le sommet, acuminé, était rempli d'un pus blanchâtre. Cette femme a déjà subi plusieurs traitements sans aucun résultat. Son affection date de la première enfance; elle s'accompagne d'une constipation opiniâtre et d'une menstruation insuffisante. A cela près, l'état général de santé est assez satisfaisant.

Depuis environ six semaines que cette malade a été soumise au traitement en question, il s'est opéré chez elle un amendement très-sensible. La rougeur érythémateuse a notablement diminué; quelques tubercules ont disparu autour du menton et du nez, d'autres sont en voie de résolution.

La méthode de traitement qui a été mise en usage chez cette malade est celle que M. Rochard, de concert avec M. Sellier, a fait connaître en 1851 dans une communication à l'Académie des sciences. Voici en quoi elle consiste :

Le médicament dont se sert M. Rochard est le composé découvert par M. Boutigny (d'Evreux), l'iodure de chlorure hydrargyreux, formé soit d'un équivalent d'iode et deux de calomel, soit d'un équivalent d'iode et un de calomel.

La première formule est destinée aux préparations internes et externes, en pommades ; la seconde, à être coulée en cylindres pour servir comme caustique.

La formule de la pommade est la suivante :

Iodure de chlorure mercureux en poudre.	75 centigrammes.
Axonge.	60 grammes.
Mêlez.	

La formule des pilules est celle-ci :

Iodure de chlorure mercureux. . . .	25 centigrammes.
Gomme arabique.	1 gramme.
Mie de pain.	9 —
Eau de fleurs d'oranger.	q. s.
F. S. A. 25 pilules.	

La pommade doit être appliquée avec soin et exclusivement sur les surfaces malades.

Il suffit d'une application par jour ; on la renouvelle pendant deux ou trois jours consécutivement, jusqu'à ce que se manifeste la série des phénomènes que M. Rochard désigne sous le nom de *poussée*, par analogie avec ce qui se passe à la suite de l'administration des eaux minérales. Sous l'influence de cet agent, en effet, la peau s'anime, la circulation s'accélère, la chaleur augmente; une exhalation abondante, tantôt de sérosité simplement, tantôt de matière puriforme, se fait par l'orifice des follicules entr'ouverts, et se convertit, au contact de l'air, en croûtes qui recouvrent les points malades.

A cette période d'excitation succède une période de calme, une sorte de détente, pendant laquelle les croûtes se détachent, tombent et laissent à nu une surface moins rouge et moins indurée.

La surface ainsi détergée, on fait une nouvelle application du topique, qui produit, comme la précédente, une nouvelle poussée, de nouvelles croûtes, lesquelles laissent après leur chute une surface encore plus modifiée que la première fois. Enfin, après un nombre variable de ces poussées successives, la peau finit par reprendre plus ou moins complétement son aspect normal.

Telle est, suivant M. Rochard, la marche habituelle des choses. Telle elle s'annonce devoir être, en effet, chez la malade en question; telle elle a été chez quelques autres malades, et notamment chez deux femmes qui ont été également traitées par la même méthode dans le service de M. Nélaton il y a plusieurs années. Voici la relation succincte de ces deux faits que M. Nélaton a sommairement rappelés dans sa leçon :

La première malade était une femme de quarante-deux ans entrée pour une tumeur du sein. Cette femme avait en même temps une couperose érythémateuse et pustuleuse de la face caractérisée par une éruption abondante de pustules accompagnées d'induration, d'épaississement des téguments. Pendant deux mois que cette malade séjourna à l'hôpital, elle fut soumise par les soins de M. Rochard au traitement en question, et M. Nélaton, ainsi que toutes les personnes qui suivaient à cette époque son service, a pu constater que l'affection cutanée de cette malade avait éprouvé des modifications notables et extrêmement favorables. Les pustules se sont éteintes, l'érythème a disparu, et la peau a repris en grande partie son aspect normal.

La seconde malade, âgée de quarante ans, entrée pour se faire traiter de rhumatisme, fut également soumise au même traitement pour une couperose érythémateuse et légèrement pustuleuse des joues, du front et du menton. Au bout de deux mois, le résultat était le même que chez la précédente.

En résumé, M. Nélaton s'est montré très-satisfait de ces résultats, et paraît fonder le même espoir sur le cas actuellement en voie de traitement.

Ces résultats sont très-heureux, en effet, si l'on tient compte surtout de l'extrême difficulté avec laquelle on obtient la guérison de ces sortes d'affections, et de l'insuffisance de la plupart des moyens de traitement qu'on leur a opposés jusqu'à présent ; insuffisance telle, de l'aveu de la plupart des médecins dont le nom fait autorité en cette matière, que cette maladie est généralement considérée comme à peu près incurable.

Paraplégie complète et ancienne guérie par la strychnine à haute dose.

Dans une discussion récente à la Société d'hydrologie médicale, M. Sandras s'élevait avec une grande raison contre la confusion que l'on fait journellement entre les diverses espèces de paraplégies, confusion qui rend si difficile l'indication des moyens de traitement qui leur conviennent et l'appréciation de leurs effets. Tout en applaudissant sans réserve aux principes sévères de diagnostic étiologique que notre savant et si regrettable confrère voulait donner pour base au traitement de ces paralysies, il faut reconnaître cependant que dans un très-grand nombre de cas cette détermination est à peu près impossible, et par conséquent la thérapeutique de cette affection réduite aux tâtonnements de l'empirisme. Faudrait-il, parce que la nature et la cause organique de ces paraplégies restent entourées d'obscurité, se croiser les bras et renoncer aux bénéfices de l'expérience ? Non, sans doute. Lorsque les antécédents ne mettent sur la voie d'aucune indication spéciale, et surtout lorsque aucune condition organique ne s'y oppose, l'emploi des excitants de la moelle est une ressource que l'on aurait le plus grand tort de négliger.

Le fait suivant, qui nous est communiqué par M. Davaine, et qui est emprunté au service de M. le docteur Dujardin à l'hospice général de Lille, est un exemple remarquable de l'efficacité de la strychnine employée avec persévérance et à haute dose contre une paraplégie complète, ancienne, de cause inconnue, et qui avait été considérée comme incurable.

La femme Victoire L..., âgée d'environ quarante ans, d'une bonne constitution, douée d'un embonpoint assez considérable, entre comme incurable à l'hospice général de Lille le 31 août 1855. Elle a une paralysie complète des extrémités inférieures ; ses jambes sont dans un état d'immobilité absolue; elle ne peut s'en aider en aucune manière, soit pour se lever, soit pour se placer sur son bassin. En outre, ces mêmes extrémités sont en partie privées de sensibilité. Les sphincters sont dans le relâchement, et par suite les urines et les selles sont rendues involontairement, de sorte que la malade baigne presque continuellement dans ses matières fécales, ce qui a déterminé une irritation très-vive des téguments en contact avec ces matières. Le pouls est normal, la langue est belle, l'appétit bon. En un mot, cette femme offre, à cette paralysie près, les apparences d'une santé parfaite.

Interrogée avec soin, la malade dit qu'elle ressentit, il y a dix-huit mois environ, de légers picotements dans la colonne vertébrale, à la hauteur des épaules; qu'à cette époque elle pouvait encore vaquer aux soins de son ménage, mais que cette douleur allant toujours croissant et les membres inférieurs devenant de plus en plus faibles, elle se vit forcée de garder le lit, sans pouvoir même y rester assise; qu'à cette époque, enfin, ses urines et ses selles étaient extrêmement difficiles, pour ne pas dire impossibles.

Elle avait déjà passé auparavant six mois à l'hôpital Saint-Sauveur de la même ville. Elle y avait pris des grands bains; on lui avait ordonné des vésicatoires, des frictions avec la pommade stibiée le long de la colonne vertébrale, puis deux cautères sur la région lombaire, en même temps qu'on la mettait à l'usage de la strychnine à la dose de 1 à 2 centigrammes. Aucune amélioration ne s'en était suivie ; au contraire, c'est à cette époque que la paralysie de la vessie et du rectum avait gagné les sphincters. Ce fut alors que, dans une visite spéciale faite par MM. les médecins et chirurgiens des hospices, elle fut déclarée incurable, et, comme telle, envoyée à l'hospice général.

La strychnine était, suivant M. Dujardin, le seul médicament que l'on pût raisonnablement employer contre une pareille affection ; mais comme cette substance demande beaucoup de prudence dans son emploi, voici comment elle fut administrée : Dans 30 grammes d'alcool on fit dissoudre 1 décigramme de strychnine, et le 11 octobre la malade prit dans une potion gommeuse 1 gramme seulement de cette solution, c'est-à-dire un peu plus de 0,003 de strychnine ; la dose de la solution devait être augmentée tous les jours d'un demi-gramme.

Les premiers jours se passèrent sans changement dans l'état de la malade.

Le 16, elle prend trois grammes et demi de la solution ; elle éprouve de légères secousses dans les membres inférieurs.

Le 18, 4 grammes et demi. Picotements dans les orteils des deux pieds.

Le 22, 6 grammes et demi. Secousses plus fortes, plus fréquentes; la malade peut mouvoir les gros orteils des deux pieds.

Le 25, 8 grammes. Elle meut tous les doigts de pied.

Le 30, 10 grammes et demi. Les pieds ont recouvré leur sensibilité; ils peuvent être remués. Les jambes sont moins lourdes.

Le 2 novembre, 12 grammes. Les pieds sont soulevés, mais avec peine.

Le 6, 14 grammes. Par le seul effort de sa volonté, elle soulève les extrémités inférieures, et les transporte d'une place à l'autre sans le secours de ses mains; les urines et les selles sont redevenues volontaires.

Jusqu'au 25, on augmente comme précédemment la dose d'un demi-gramme tous les jours, et jusqu'à cette époque aussi cette femme s'exerce à remuer les jambes dans son lit.

Le 26, 24 grammes. Avec l'aide de deux infirmières, Victoire L... marche dans la salle, avec difficulté, il est vrai, mais elle marche. Elle a pris en tout 19 décigrammes 5 milligrammes de strychnine.

La provision du médicament étant épuisée, on en cesse l'usage pendant dix jours, ce qui n'empêche pas que cette femme ne soit levée tous les jours. Mais les progrès, si toutefois il y en a, sont insensibles; les muscles extenseurs se refusent à l'influence de la volonté.

Le 6 décembre, on revient à l'usage de la strychnine (8 grammes de la solution précédemment indiquée).

Le 7, 9 grammes. La difficulté pour marcher est moins grande, les jambes sont moins lourdes, les mouvements plus faciles, mais il faut encore la soutenir. Vu cette amélioration sensible, on prescrit une augmentation d'un gramme tous les jours.

Le 15, elle marche sans l'aide des infirmières et avec le seul secours de deux béquilles. Dans la journée, elle fait le tour de la salle en se tenant aux lits. — 17 grammes.

Le 20, 22 grammes. Elle marche de mieux en mieux; deux bâtons lui suffisent. Elle fait quatre ou cinq fois dans la journée le tour de la salle.

Le 2 janvier 1856, le mieux continue; la malade marche librement et sans appui. — Elle prend 35 grammes de sa solution.

Le 10, elle va et vient dans la salle, et parcourt une distance de 51 mètres en une minute. — 43 grammes.

Le médicament est continué jusqu'au 16 janvier. Elle prend ce jour-là 48 grammes de la solution, c'est-à-dire 16 centigrammes de strychnine; mais un étourdissement violent, qui n'a duré que quelques heures, s'étant manifesté, on cesse tout traitement.

Le directeur de l'École de médecine de Lille, à qui ce fait était parvenu, ayant élevé des doutes sur la pureté de la strychnine employée, M. Meurein, pharmacien à Lille, fut prié d'en faire l'analyse, et il résulte de la note qu'il a remise à MM. Dujardin et Davaine, que la strychnine employée chez cette femme était parfaitement pure et sans mélange.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

De l'hyperurrhée, ou diabète non sucré (1).

Les anciens, ne connaissant pas l'état organique qui consiste dans la présence d'une certaine quantité de matière sucrée dans l'urine, admettaient que dans quelques cas morbides la sécrétion rénale s'opère en proportions beaucoup plus considérables qu'en santé. Ne constatant pas que le liquide fût autrement altéré, ils donnaient à cette maladie le nom de diabète (διαβαίνω, je passe à travers). Sans doute une telle dénomination était peu propre à particulariser une abondante sécrétion d'urine; elle pouvait être tout aussi justement appliquée, soit aux sueurs exagérées (suette), soit aux hydropisies, qu'à l'augmentation de la quantité de liquide formé par les reins dans un temps donné. Mais plus tard cette expression fut encore bien plus faussement employée. Depuis la fin du dix-huitième siècle, on admit en effet que l'addition d'un principe nouveau à l'urine était le caractère spécial de l'affection dont on voulait parler, et cependant on ne changea pas le nom de celle-ci. Chose absurde et bien digne de l'informe mélange de mots qui compose la nomenclature reçue, on attribua alors le mot *diabète*, ou *écoulement à travers*, à la présence anormale du sucre dans l'urine. On en est arrivé à ce point, que des auteurs de premier ordre ont exclu de l'histoire du diabète tout ce qui a trait à la simple augmentation de sécrétion urinaire, et y ont exclusivement rapporté la présence du sucre dans une grande ou même dans une petite quantité d'urine. Cette manière de spécifier *ainsi* un état organopathique par un nom tout à fait impropre, est la conséquence forcée de cette pensée, que le plus mauvais mot est le meilleur en pathologie s'il ne signifie absolument rien.

Nous ne craignons pas que le mot hyperurrhée soit pris dans un sens différent de celui que nous lui appliquons. Cette augmentation dans la quantité d'urine, telle que la comprenaient Arétée, Celse, Galien et la plupart des médecins jusqu'à Willis, est encore admise par MM. Andral et Bouillaud sous le nom de diabète non sucré, et semble exister comme un état pathologique distinct. C'est peut-être à lui qu'il faut rapporter ces cas d'écoulement extraordinaire d'urine signalés par Bartholin (36 livres d'urine par jour pendant quarante jours), Mundinus (40 livres par jour pendant trois mois), Zacutus Lusitanus (20 livres en une heure), Jarrold (50 à 70 livres par jour), Morgagni, chez une jeune fille (3,674 livres en 94 jours), Fousecca (200 livres en un jour, fait qui est plus que douteux), etc.

Aucun état anormal du rein n'a été signalé par les auteurs qui fût en rapport avec l'hyperurrhée. Le seul symptôme et le seul caractère pathognomonique est une augmentation considérable dans les quantités de liquide urinaire, sans que la fermentation, les réactifs, l'analyse, le microscope, l'inspection optique puissent y faire découvrir du sucre, de l'albumine. La quantité d'urine formée est, chose remarquable, bien souvent de beaucoup supérieure à la proportion des liquides ingérés dans le tube digestif; c'est ce qui avait surtout frappé Morgagni, alors qu'il disait, en parlant de la jeune fille dont nous venons de faire mention, et qui rendait énormément d'urine : *utraque non modo, aut parum, aut nihil biberet.* La quantité des urines, par rapport à celle des boissons, a été trouvée différente par divers auteurs cités dans le *Compendium.* Franck note cinq parties d'urine pour trois de boisson; Puchelt, vingt et une parties d'urine pour neuf de boisson, et Krugerhausen, onze parties seulement pour treize. Il est bien entendu qu'un grand nombre de ces proportions se rapportent plutôt à des cas de saccharurrhée (diabète sucré) qu'à une véritable hyperurrhée.

Un symptôme à peu près constant dans l'hyperurrhée consiste dans une soif plus ou moins vive, et quelquefois portée à un extrême degré (polydipsie). Est-elle le résultat de l'augmentation survenue dans la sécrétion d'urine, ou, tout au contraire, est-ce parce qu'on a pris plus de boissons que l'urine augmente de proportion? Ce sont là des rapports de cause à effet qui, tous les deux, peuvent arriver, tantôt dans certaines circonstances, et tantôt dans certaines autres. Citons des faits à l'appui de cette proposition.

Une fille de vingt ans, hystérique et d'ailleurs bien portante,

(1) Voir les numéros des 24 janvier et 28 février.

rendait par jour, depuis un mois, sept à huit litres d'urine claire. Je fis analyser cette urine; elle ne contenait ni sucre ni albumine. J'appris que cette jeune fille était tourmentée par une soif excessive, et qu'elle buvait plusieurs carafes d'eau par jour. J'obtins qu'on suspendrait l'usage des boissons, et je trompai la soif par quelques légers acides. Dès le surlendemain la proportion d'urine fut diminuée, et en peu de jours elle ne fut pas supérieure à ce qu'on observe dans l'état normal.

Dans plusieurs autres cas, j'ai vu des femmes hystériques rendre aussi des proportions considérables d'urine en rapport avec de grandes quantités de boissons qu'une soif très-vive leur avait fait prendre.

Ailleurs, des hommes atteints de cardiopathies, et surtout de cardiosthénosies, étaient frappés d'accès de suffocation extrêmes, qui se terminaient par un flux excessif d'une urine claire. Et cependant, auparavant, les malades n'avaient pas pris de grandes quantités de boisson; mais les vaisseaux, surtout ceux de la circulation à sang noir, avaient été distendus par des proportions considérables de liquide. Enfin des hommes, sains d'ailleurs, rendent, comme nous l'avons vu, de très-grandes proportions d'urine, et cela sans qu'ils boivent davantage, mais alors que l'atmosphère est chargée d'humidité, alors que l'évaporation à la surface cutanée est faible, et que les selles sont plus ou moins sèches.

Nous venons d'avoir au n° 11 de la salle Saint-Charles un homme d'une constitution très-robuste, ouvrier maçon de son état, qui parcourait depuis six mois les différents services de médecine des hôpitaux, et qui, en dernier lieu, avait été soulagé dans les salles de M. Nonat, à la Pitié. Atteint d'une néphro-mégalie avec hyperurrhée, sans albumine dans l'urine, nous l'avons soumis à l'abstinence des boissons et à l'administration du tartre stibié. Le rein a rapidement diminué de volume, et la quantité d'urine est devenue normale sous cette double influence.

Un jeune homme de vingt-deux ans, jouissant de toutes les apparences d'une bonne santé, quoique un peu maigre, est couché au n° 18 de notre salle des hommes. Il a reçu il y a quelque temps un coup de timon dans la région du foie, à la suite duquel il s'est produit une rétention d'urine. Traité d'abord à l'Hôtel-Dieu, par notre honorable collègue M. Rostan, cet homme a brusquement voulu sortir de l'hôpital, alléguant pour prétexte qu'il y mourait de faim; et cependant, afin de satisfaire son appétit boulimique, il lui était octroyé chaque matin, sur le cahier de visites, de *huit à dix portions, des potages et du vin*. Hâtons-nous de dire que ce jeune homme, tourmenté par une soif inextinguible, buvait plusieurs pots de tisane par jour, et (à l'insu des infirmiers) une effroyable quantité d'eau. Il rendait de vingt à vingt-cinq litres d'urine en vingt-quatre heures. Une fois rentré chez lui, il ne put subvenir longtemps aux dépenses de son alimentation, et c'est dans ces conditions qu'il est entré à la Charité. Le premier jour (nous ne l'avions pas encore examiné), il rendit trente-six litres d'urine! A la percussion, nous trouvâmes au rein droit des proportions à peu près normales, mais le rein gauche était considérablement augmenté de volume. Nous lui avons donné du tartrate antimonié de potasse, et l'avons soumis à la plus sévère abstinence de boissons, tout en lui prescrivant un régime animal des plus copieux. Grâce à ces moyens, nous avons pu constater chaque jour une diminution sensible du rein malade, et un tel abaissement dans la proportion d'urine, que nous avons fini par n'en plus obtenir que quarante centilitres en vingt-quatre heures quand le temps était sec, et de un à trois litres lorsque l'atmosphère était saturée de vapeurs d'eau.

On le voit donc, l'hyperurrhée, qui souvent est le résultat de l'augmentation des boissons, peut tenir quelquefois à toute autre cause.

Les autres symptômes qui doivent être les conséquences de l'hyperurrhée consistent spécialement dans une diminution dans les sécrétions et dans les exhalations autres que l'urine.

Que la quantité d'urine augmente par le fait des boissons abondantes, des injections aqueuses dans le gros intestin, par l'absorption de l'humidité de l'air, par des bains, par la résorption des liquides anormalement épanchés, ce sont là de ces choses si naturelles à comprendre qu'elles trouvent leur explication dans le fait lui-même. Qu'une augmentation dans l'action du cœur, dont l'orifice artériel resterait libre, puisse (surtout si quelque ralentissement au cours du sang avait lieu au-dessous de la hauteur des artères rénales) donner lieu à une hyperurrhée, à une perte de sérosité du sang, etc., cela se conçoit encore. Les obstacles au cours du sang dans le cœur ou dans les gros vaisseaux doivent, au contraire, être suivis d'une diminution dans l'action sécrétante des reins, puisque alors des stases veineuses existent, qui retiennent une partie des liquides en circulation, et puisqu'une moins grande quantité de sang arrive par des conduits sténosiés aux artères rénales. Il y a donc ici tout autant de raisons anatomiques pour qu'il y ait hydropisie dans les membranes séreuses qu'anurrhée.

Il ne paraît pas qu'il existe un état particulier des reins dans lequel les canaux excréteurs soient dilatés plus qu'à l'ordinaire et de façon à laisser seulement écouler plus d'eau et d'urine qu'il ne convient.

Est-il quelque agent spécial qui, donné indépendamment de l'eau qui le tiendrait en dissolution, serait apte à augmenter la sécrétion urinaire? Un semblable effet est attribué, parmi les substances alimentaires, au café et au vin blanc; l'action diurétique de ces boissons, qui ne sont prises en général qu'à la suite de repas où l'on a plus ou moins bu, n'est pas établie sur des faits positifs. Les asperges sont supposées avoir la même propriété à cause de l'odeur infecte qu'elles communiquent à l'urine plutôt que pour toute autre raison. Parmi les médicaments, on voit aussi la térébenthine passer pour diurétique à cause de son influence incontestable sur les qualités odorantes du liquide urinaire; la scille, la digitale, la colchique, le nitrate de potasse présentent, a-t-on dit, la propriété d'augmenter la proportion de l'urine. Bien des essais que j'ai tentés pour vérifier le fait ne m'ont conduit à aucun résultat affirmatif. Quand sous l'influence de ces moyens le liquide urinaire était plus abondant, c'est que la température de l'air était humide et froide, ou que les boissons administrées avec les médicaments étaient en grande quantité, ou enfin c'est que les états organiques qui avaient arrêté le cours de l'urine étaient améliorés ou dissipés.

Le traitement de l'hyperurrhée simple consiste d'abord dans la curation des états organo-pathologiques dont elle peut être le symptôme. Dans le petit nombre de faits de ce genre que j'ai vus, et notamment dans l'observation relative à la jeune fille dont j'ai parlé, l'abstinence des boissons, une nourriture sèche ont été suivies de bons résultats.

On conçoit qu'il pourrait être avantageux dans l'hyperurrhée de provoquer l'action cutanée et la formation de sueur par les frictions sur la peau, les étuves sèches, une température chaude. La diminution de la pression atmosphérique par les grandes ventouses ou par l'habitation dans les lieux élevés pourrait être aussi utile, etc. Peut-être aussi pourrait-on retirer de bons effets d'une application de glace sur la région des reins. Quelques médicaments, tels que l'opium, ont été proposés; j'y aurais peu de confiance, et je m'en rapporterais davantage aux agents physiques qui viennent d'être énumérés. C'est afin de ne pas me montrer trop exclusif en thérapeutique que je suis entré dans ces détails à propos du traitement de l'hyperurrhée; car, ainsi que le prouve la guérison si prompte des deux hommes de la salle Saint-Charles, il n'y a réellement que deux choses à faire : donner aux malades du tartrate antimonié de potasse et les priver de boissons.

DU DUALISME HUMAIN.

Par M. le docteur JUDÉE.

Dans la *Gazette des Hôpitaux* du 1er avril, M. Archambault a rapporté devant la Société de médecine pratique de Paris l'observation extrêmement curieuse d'une femme somnambule.

Sous bien des rapports, ainsi que l'a fait observer M. Pertus, cette observation s'éloigne de celles que la science possède; cependant, malgré son étrangeté, elle confirme la plupart des faits que j'ai pu faire connaître et vient y jeter une nouvelle lumière.

Elle démontre, en effet, qu'en état de somnambulisme l'homme *voit*, *entend*, *parle* et *agit* absolument comme s'il était en état de veille.

Elle démontre encore que dans cet état la conscience, qui n'est qu'une modification de la sensibilité, comme l'avait déjà fait remarquer le philosophe Kant, dort; tandis que la volonté, à l'état de veille, réagit sur toutes les facultés qui sont sous sa dépendance.

Dans le sommeil ordinaire, au contraire, la volonté ou pouvoir personnel se repose, ainsi que l'avait déjà fait observer Jouffroy. Ce philosophe cependant explique les phénomènes qui s'observent pendant le sommeil d'une autre manière que moi, bien qu'en admettant que la volonté soit au repos. Pour lui, en effet, si cette faculté se repose, l'esprit veille, et il explique ainsi par quel mécanisme se produisent les rêves, et comment il y a tant d'incohérence chez eux; il explique encore comment il se fait qu'on devient insensible à certains bruits qui troublent le sommeil lorsqu'on les perçoit pour la première fois, comment enfin l'homme peut se réveiller à des heures déterminées quand il en a pris la ferme résolution.

Mais si l'on accepte ces explications, il faut admettre que l'esprit a à sa disposition des sens autres que ceux que nous possédons déjà, ce qui me semble sujet à discussion. Il est beaucoup plus simple de supposer que les sens s'habituent à ces sensations. Quant à se réveiller à des heures déterminées, cela tient très-probablement à ce que la volonté s'impose d'elle-même ce sacrifice. Ce philosophe vient ajouter dans cette question un nouvel élément qui complique les choses, mais qui, en résumé, ne les rend pas plus claires.

Tout ce que j'ai déjà dit à ce propos et cette dernière observation de M. Archambault tendraient à prouver que l'homme peut être regardé comme composé de deux êtres parfaitement distincts réunis sous une même enveloppe: le premier serait *intelligent*, le second serait *sentant*.

Les facultés dont pourrait se composer le premier, ainsi que les sens eux-mêmes, seraient tous sous la dépendance de la *volonté*. Lorsqu'elle serait dans le plein exercice de ces fonctions, elle se servirait des sensations internes et externes, de manière à produire des jugements; mais le travail mental nécessaire à leur production ne pourrait être perçu que quand la conscience ou la sensibilité serait aussi en action. Dans le cas contraire, comme cela s'observe dans le somnambulisme, nous ne pourrions en avoir aucune conscience, bien que les conséquences de ce travail soient aussi parfaites, et quelquefois plus qu'à l'état normal. L'homme ressemble alors à un métier fabriquant une pièce d'étoffe sans que l'ouvrier soit là pour examiner le travail. Les matériaux nécessaires à sa fabrication sont représentés chez l'homme par les différentes variétés de sensations, et le travail qui en résulte par les conceptions auxquelles elles donnent naissance.

Mais pendant le sommeil les choses se passent différemment; la volonté n'agit plus, elle se repose en même temps que les organes des sens (ce que je tiens à faire remarquer); les sensations internes ne sont pas consumées par la volonté, si je puis m'exprimer ainsi, elles agissent alors sur la conscience, qui veille, de la même manière que celles provenant de l'extérieur, et produisent ce que l'on a désigné sous le nom d'*état de rêve*.

Quelque temps avant de s'endormir, lorsque la *volonté* est sur le point de se reposer, ainsi que les organes des sens, il doit se produire encore la même série de phénomènes, et en résulter une espèce d'hallucination.

Quant à celles qui se passent pendant l'état de veille, elles sont dues à un tout autre mécanisme, sur lequel je vais insister.

A l'état physiologique, les sensations internes arrivent sur l'organe sensitif ayant son siége dans le cerveau, de manière, par exemple, à y déterminer une image ou un son. Mais supposez pour un moment que la volonté ne soit pas assez forte pour s'approprier ces sensations, elles iront réagir sur la conscience, comme pendant le sommeil, et produiront l'hallucination.

Pour les sens de la seconde classe, les choses se passent encore de la même manière. La volonté, dans l'incapacité d'arrêter les sensations de cet ordre préexistant dans le cerveau, et destinées à servir de terme de comparaison à celles provenant de l'extérieur, les laisse passer; le *sensorium commune* s'en empare, et nous en donne conscience comme provenant du dehors, incapable qu'il est de nous transmettre d'autres sensations.

Tout ceci peut-être pourrait faire regarder la division des sens en deux classes comme inutile. En examinant sérieusement la question, on verra qu'il n'en est pas ainsi. Pour mieux faire comprendre ma pensée, je vais citer un exemple.

Je suppose un homme en danger de périr. Voici les phénomènes intellectuels qui vont se passer chez lui :

L'être *sentant* verra matériellement le danger, mais voilà tout. L'être *intelligent* le verra, le raisonnera, en s'appuyant sur les perceptions externes et internes auxquelles il est alors soumis. Ce travail sera transmis au *sensorium*, qui nous en donnera conscience, mais qui n'est pour rien dans les décisions prises par le premier, car l'homme en état de somnambulisme, c'est-à-dire l'homme seulement *intelligent*, se tirera plus facilement, et souvent même avec plus de présence d'esprit, d'un danger, que l'homme *complet*, ainsi que cela s'observe tous les jours.

Mais, comme on le voit, la conscience a reçu deux ordres de sensations : celles provenant de l'extérieur, et les paroles intérieures que l'homme s'est adressées pour tâcher d'échapper aux circonstances difficiles dans lesquelles il se trouve placé. L'homme *intelligent* lui-même a reçu deux ordres de sensations : celles provenant du dehors, et celles qui, internes, lui ont permis de se prémunir contre le danger.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 mai 1856. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. GUERSANT montre un jeune garçon affecté de symblépharon. La paupière n'est pas adhérente au milieu; mais vers les deux angles de l'œil, elle est soudée à la cornée; il existe encore maintenant une inflammation assez intense de la conjonctive et de la cornée. Plusieurs chirurgiens consultés déjà ont conseillé d'attendre.

M. CHASSAIGNAC a vu ce jeune homme. Il eut d'abord une conjonctivite ulcéreuse qui fut mal soignée. Les ulcérations se réparèrent par un tissu cicatriciel qui amena la soudure. D'accord avec M. Huguier, M. Chassaignac pense qu'il faut attendre, avant de rien faire, que la kératite soit tout à fait guérie. D'ailleurs, la cicatrice est trop récente encore pour pouvoir être attaquée.

— M. BROCA présente un adulte opéré il y a dix-huit mois d'une fistule lacrymale par M. Desmarres. Le sac a été détruit par la cautérisation. Il reste maintenant à l'angle de l'œil une excavation profonde et assez difforme, par suite de l'adhérence de la cicatrice aux os.

Il y a eu amélioration. Le larmoiement a diminué; mais il existe toujours à un degré prononcé.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

La Société reçoit les ouvrages suivants : *Recueil des travaux de la Société médicale d'Indre-et-Loire*, 2e série, année 1854; *Bulletin de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne*; *Mémoires d'agriculture*, publiés par la Société impériale et centrale d'agriculture, année 1855, 1re partie.

— M. le professeur CLOQUET dépose sur le bureau la thèse inaugurale de M. José Pro. Cette thèse, sur l'*anatomie pathologique des rétrécissements de l'urètre*, renferme de précieuses recherches sur les pièces les plus intéressantes renfermées dans les musées de Londres.

Des remercîments seront adressés aux auteurs de ces envois.

— M. ROBERT. Dans la dernière séance, M. Maisonneuve a présenté l'amputation de la mâchoire inférieure comme une opération dépourvue de gravité et ne causant guère d'accidents sérieux par elle-même. On ne peut laisser passer cette assertion sans protester. L'amputation du maxillaire inférieur est très-sérieuse; elle est beaucoup plus dangereuse que l'ablation du maxillaire supérieur. Cette dernière, en effet, est très-effrayante, cause des dégâts très-étendus, mais n'amène à peu près jamais la mort. Si la lésion qui l'a nécessité ne récidive point, la guérison est la règle.

Voici, du reste, le résumé de dix cas d'extirpation de l'os maxillaire supérieur :

L'opération a été pratiquée dans des cas variés, savoir :

2 fois pour mettre à découvert et extraire des polypes naso-pharyngiens multilobés;

2 fois pour ostéo-sarcome du maxillaire supérieur;

5 fois pour corps fibreux volumineux développés dans les parois du sinus maxillaire;

1 fois pour corps fibreux appartenant à la paroi antérieure seule du sinus. Dans ce cas, on a pu laisser une partie de la voûte palatine.

Les 10 malades étaient des hommes adultes âgés de vingt à cinquante ans. Dans aucun de ces cas, l'opération n'a présenté de difficultés sérieuses.

La joue a été divisée par une seule incision obliquement étendue de la commissure des lèvres à l'origine de la tempe. Les os ont été séparés avec la scie à chaîne et avec le ciseau.

Aucun des opérés n'a succombé aux suites de l'opération. Un seul a eu des accidents sérieux causés par un érysipèle de la face.

Les 6 opérés pour des corps fibreux sont guéris radicalement et sans récidive.

Les 2 malades affectés d'ostéo-sarcome ont succombé à la récidive du mal. Chez l'un, celle-ci a été très-prompte; chez l'autre, elle s'est manifestée au bout de deux mois. Le mal s'est propagé le long de l'enveloppe du nerf maxillaire supérieur. Le malade a succombé au bout de trois mois dans d'atroces douleurs.

L'amputation du maxillaire inférieur, au contraire, en dehors même de la récidive, fait périr un certain nombre d'opérés, qui succombent par une sorte d'épuisement et sans accidents graves. L'un d'eux s'est éteint par une espèce d'asphyxie lente causée par la rétraction insensible de la langue.

Si enfin, à la plaie déjà si étendue que nécessite cette opération, on ajoute des incisions et des manœuvres autoplastiques, alors la gravité augmente dans une proportion considérable.

M. Verneuil désire revenir en quelques mots sur le travail de M. Maunoury et sur la cautérisation en général. Notre collègue de Chartres pense que l'on pourrait arrêter la marche de certains érysipèles de mauvaise nature en pratiquant à leur limite une cautérisation circulaire faite au moyen d'une étroite lanière de caustique qui détruirait la peau sur toute la circonférence du membre affecté. Il y a ici deux points à examiner, le précepte et le mode opératoire. Le précepte est donné depuis longtemps; il est même sanctifié par l'expérience : on trouve dans le remarquable ouvrage de M. Philipeaux, composé surtout avec la pratique de M. Bonnet, des observations nombreuses dans lesquelles la cautérisation a arrêté et guéri des érysipèles graves, des phlegmons diffus, et surtout ces accidents terribles qui succèdent parfois aux piqûres des anatomistes. Le fer rouge appliqué et sur le lieu de la blessure et sur le membre aux points où se montrent des traînées rouges jouit d'une efficacité remarquable dans ces cas si foudroyants parfois. M. Verneuil, qui l'an dernier a vu mourir un jeune homme en quatre jours à la suite d'une écorchure insignifiante du doigt, regrette vivement de n'avoir point eu alors connaissance des observations de M. Bonnet. Pendant le cours de la même année, un interne des hôpitaux, puis un autre élève en médecine ont également succombé à des accidents semblables, qui rappellent d'une manière frappante les suites funestes des plaies empoisonnées, et permettent d'admettre qu'il s'agit véritablement d'un virus particulier.

Le conseil donné par M. Maunoury paraît donc très-logique; reste le mode opératoire. M. Bonnet pratique la cautérisation de la manière suivante : il applique d'abord le fer rouge sur le siége primitif du mal, c'est-à-dire sur la plaie; puis il pratique des raies de feu longitudinales sur le trajet des lymphatiques et sur les points les plus gonflés; il va ainsi jusqu'à la racine du membre. Quelquefois il dissémine des pointes de feu çà et là sur la surface érysipélateuse elle-même.

M. Bonnet ne se propose pas de cerner le mal et de lui opposer une barrière circulaire, que sans doute il franchirait sans peine, il veut porter sur les tissus malades eux-mêmes une irritation très-vive, et voilà tout.

Le procédé de M. Maunoury pèche en plusieurs points : d'abord le caustique est moins avantageux que le fer rouge quand on veut obtenir une action vive et énergique. Puis la cautérisation circulaire est trop violente si l'on a affaire à un érysipèle ne comprenant que la peau; et, d'autre part, si le tissu cellulaire est pris, comme dans le phlegmon diffus, le mal se propagera aisément sous l'eschare. Enfin, la destruction circulaire de la peau dans toute son épaisseur pourrait peut-être entraîner plus tard des suites très-sérieuses, à en juger par le fait suivant :

M. Verneuil a vu dans le service de M. Denonvilliers un ouvrier vigoureux qui avait été brûlé à la jambe par un caustique liquide; la cautérisation était assez étendue sur une des faces du membre; mais, de plus, le liquide avait en un point fait tout le tour de la jambe, de façon à tracer sur celle-ci une sorte de jarretière étroite. La peau avait été détruite dans toute son épaisseur. Après la cicatrisation, qui ne fut pas très-difficile à obtenir, la partie moyenne de la jambe, un peu au-dessous du niveau du mollet, était étreinte par une bandelette cicatricielle circulaire, complète, étroite, mais rigide et inextensible, qui causait une sorte d'étranglement : d'où résulta un œdème incurable du pied et de la moitié inférieure de la jambe. Le malade partit pour son pays; il n'a pas été revu; mais M. Denonvilliers pensait qu'il n'y avait pas d'autre ressource que l'amputation.

M. Verneuil ne veut pas se faire l'apologiste outré de la cautérisation; cependant il craint que M. Broca, en avançant que cette pratique était donnée par les chirurgiens lyonnais comme dépourvue de tout inconvénient, n'ait été influencé par des exagérations de certains élèves de Lyon. On ne peut contester qu'en fait de doctrine il y a toujours des esprits qui compromettent les meilleures choses en exaltant outre mesure leur valeur. Si notre collègue veut consulter des documents plus sérieux et plus complets; s'il veut lire, par exemple, le livre de M. Philipeaux, qu'on peut considérer comme une sorte de Codex de la cautérisation, il verra que la part a été faite aux accidents et qu'on n'a pas proclamé avec autant d'assurance l'innocuité quand même.

M. Verneuil cite ensuite des passages textuels de l'ouvrage de M. Philipeaux, et en particulier les opinions relatives aux érysipèles, aux phlegmons, à l'infection purulente et putride, aux hémorrhagies (voir les pages 5, 6, 7, 8, 9 et suivantes du *Traité de la cautérisation.* Paris, 1856; in-8°).

Il ressort de ces passages que M. Bonnet reconnaît à la cautérisation une innocuité très-grande relative, mais non absolue; qu'il admet la possibilité d'érysipèles, d'hémorrhagies; mais, qu'en cherchant à apprécier les conditions exceptionnelles dans lesquelles ces accidents se montrent, il indique par quelles précautions on peut les prévenir le plus souvent.

M. Verneuil termine en reconnaissant que la cautérisation, comme toute opération, peut par elle-même amener la mort, car rien n'est d'une innocuité absolue; mais que tout porte à croire que sous ce rapport elle expose infiniment moins que l'instrument tranchant, et qu'il convient d'y avoir recours quand elle peut réellement remplacer le bistouri.

M. Broca n'a pas eu l'intention d'attaquer M. Bonnet ni sa pratique, mais il a dit seulement, sans spécifier personne, que l'école lyonnaise était portée à exagérer l'innocuité de la cautérisation. Il a lu, en effet, des travaux, il a argumenté les thèses d'élèves très-enthousiastes, qui soutenaient qu'il n'y avait jamais d'accidents par suite de la cautérisation. Or, M. Broca ayant vu de ces accidents, a protesté, et a fourni ses preuves. Il n'a pas observé de phlébite, il est vrai; mais un certain nombre de brûlés succombent à cette complication, et la brûlure a certainement une grande affinité avec la cautérisation.

Pour savoir si les opérations faites avec le caustique entraînent moins souvent la mort que celles qu'on pratique avec l'instrument tranchant, il faudrait opposer l'une à l'autre de longues séries de chiffres, et puis mettre en regard des opérations comparables. La phlébite, l'infection purulente succèdent surtout aux vastes plaies, aux amputations, aux désarticulations. La cautérisation n'agit presque jamais sur des surfaces aussi étendues et dans des cas aussi graves; ses applications sont beaucoup plus minimes, et, dans les mêmes conditions, l'instrument tranchant lui-même est en général innocent.

M. Larrey. La cautérisation s'opère par des moyens si distincts les uns des autres dans leur nature, dans leur composition et dans leurs effets, qu'elle me semble exiger, au moins pour la discussion actuelle, une appréciation différente des deux méthodes fondamentales, à savoir le feu et les caustiques.

Le livre de M. Philipeaux, si justement cité par M. Verneuil, d'après l'enseignement clinique de M. Bonnet, attribue trop exclusivement peut-être à l'école de Lyon les avantages d'une pratique grandement usitée ailleurs par d'autres chirurgiens, à une époque même où ils ne comptaient pas beaucoup d'imitateurs.

Ainsi, à part et après Ponteau, que l'on peut considérer, sous ce rapport, comme le chef de l'école lyonnaise; à part de la Bielière, Louis, Imbert-Delonnes, Valentin, Gondret et d'autres, Percy a exposé, dans sa *Pyrotechnie chirurgicale*, les principes rationnels de la cautérisation par le feu.

On me permettra de rappeler aussi que mon père, dès l'origine de sa longue carrière, s'est montré le partisan le plus déclaré de la cautérisation par le fer rouge et par les moxas. Il en parle sans cesse dans ses ouvrages, et il établissait, pour sa part, une différence essentielle entre l'action du feu et celle des caustiques. Il attribuait au feu deux effets propres : l'un, tout à fait révulsif ou modificateur de certains états pathologiques; l'autre, de destruction partielle des tissus; tandis que le dernier seulement, quoique plus prononcé, est produit par les caustiques à des degrés variables.

Quant aux indications de l'emploi du feu, elles étaient presque sans nombre dans sa pratique, depuis l'érysipèle, dont on parlait ici tout à l'heure, jusqu'à certaines affections organiques dont on a beaucoup parlé ailleurs. Il appliquait le fer rouge par tous les procédés usuels, aux inflammations externes, aux abcès froids par congestion, à certains kystes, aux plaies de mauvaise nature ou aux ulcères, à la pourriture d'hôpital, à quelques formes de la gangrène, aux cancers ulcérés, aux ostéites et aux tumeurs blanches des articulations, sans parler d'autres indications avérées pour tous les chirurgiens.

Peut-être enfin, je dois en convenir, cette préférence si marquée pour le cautère actuel et le moxa était-elle souvent trop exclusive; mais elle était au moins fondée sur une si vaste expérience, qu'elle méritait, je crois, d'être rappelée dans cette discussion.

J'ajouterai, d'après mes propres observations de chaque jour, que l'application du cautère actuel est loin de déterminer des douleurs comparables à celles des caustiques, dont l'effet lent, prolongé, échappe même ainsi à la salutaire intervention de l'anesthésie.

Il me semble, en définitive, que s'il ne faut pas trop céder à la tendance actuelle de substituer l'emploi des divers caustiques à l'action des instruments tranchants, il serait utile bien souvent de préférer aux uns et aux autres l'application du feu.

M. Morel-Lavallée. M. Verneuil, en défendant la cautérisation, a cité des cas où elle avait guéri des accidents graves suite de piqûres anatomiques; il attribue ces accidents à une sorte d'empoisonnement dont ces plaies sont le point de départ, à une sorte de virus qu'elles renfermaient. Or, M. Verneuil est en contradiction avec lui-même, car il pense que la cautérisation est efficace parce que la plaie est virulente. Or, si elle l'était, la cautérisation n'aurait précisément aucune action, car on sait très-bien que rien ne peut arrêter l'absorption et l'effet d'un virus, surtout quand on n'intervient que le deuxième ou le troisième jour après son insertion. S'il fallait en fournir des preuves, il suffirait de rappeler les belles expériences de M. Renaud (d'Alfort), et l'observation si concluante de M. Duméril, qui, ayant cautérisé sur-le-champ les morsures qu'une vipère lui avait faites, n'en éprouva pas moins tous les accidents généraux que détermine le venin.

Quant à la cautérisation en général, il regrette qu'on soit tombé à son égard dans des abus, dans des exagérations qui certainement auront un terme. Ce n'est pas sans un grand étonnement, par exemple, qu'il a lu le mode de traitement préconisé par M. Bonnet pour la cure des fistules urinaires et des infiltrations d'urine; ces incisions multipliées, ces nombreux cautères éteints dans les plaies l'ont effrayé, d'autant plus qu'ils ne sont nullement nécessaires, comme le prouvent les cas très-nombreux où les fistules et les infiltrations urinaires guérissent par des moyens beaucoup plus doux.

M. Morel croit, en un mot, qu'en en jugeant par ces exemples, la cautérisation est compromise à Lyon, et qu'il faut protester contre l'abus qu'on en fait.

M. Guersant. Les dissidences qui se montrent dans la discussion exigent qu'on cite des faits. Or, depuis de longues années, il a appliqué le caustique de Vienne au moins trois mille fois, soit pour établir des cautères pour des affections articulaires, des gibbosités, soit pour enlever des loupes; jamais il n'a observé un seul érysipèle. Il a traité un grand nombre de tumeurs érectiles par les aiguilles rougies; dans plus de deux cents cas, il a appliqué des pointes de feu allant jusqu'au sphincter pour remédier à des chutes du rectum si communes chez les enfants : jamais non plus il n'a observé le moindre accident. Il ne dit pas que l'érysipèle est impossible, mais à coup sûr il doit être extrêmement rare. Alors, au contraire, que pour des loupes ou pour des chutes du rectum M. Guersant a employé le bistouri, il a vu survenir assez fréquemment des érysipèles, dont quelques-uns ont été graves et ont même entraîné la mort.

M. Cloquet, au début de sa carrière, employait ordinairement le bistouri; mais plus tard, ayant suivi la pratique de Larrey, il fut surpris des guérisons remarquables obtenues soit par le fer rouge, soit par les moxas. Dès lors il est revenu à la cautérisation. Il attaquait autrefois les loupes avec le bistouri, il eut des érysipèles graves : un malade mourut, deux autres n'échappèrent qu'à grand'peine. Depuis lors il n'a plus employé que le caustique, et il n'a jamais observé la moindre complication; il cite, entre autres, un cas où vingt-deux loupes furent détruites en deux séances par la pâte de Vienne sans le plus minime accident.

Il en est de même des kystes du cou qu'on rencontre particulièrement chez les femmes. L'incision est souvent accompagnée de suites très-graves; il a même vu un cas de mort. Dès lors il les a attaqués exclusivement avec le caustique, et n'a plus observé ni phlébite, ni résorption purulente, ni érysipèle. Les moxas, les larges vésicatoires volants sont très-propres également à faire cesser les phénomènes graves qui apparaissent après l'ouverture des abcès par congestion; ces phénomènes sont sujets à récidiver, mais on peut les faire disparaître de nouveau à l'aide des mêmes moyens.

En résumé, M. Cloquet est partisan de la cautérisation dans une foule de cas où l'on emploie de coutume le bistouri; il n'a jamais vu le caustique amener ni l'érysipèle ni résorption purulente.

M. Hervez de Chégoin a vu aussi un kyste du cou guéri sans accidents par la cautérisation.

M. Marjolin. M. Morel, en niant la virulence des piqûres anatomiques, proclame l'inutilité de la cautérisation contre les maladies virulentes en général. Oublie-t-il la pustule maligne et l'efficacité si bien établie des caustiques quand ils sont énergiquement employés? La même chose se passe pour d'autres affections analogues. Un enfant fut mordu par un chien enragé, suivant le rapport de M. Bouley. Une première cautérisation fut faite, mais d'une manière insuffisante. On eut recours alors à l'excision, suivie d'une cautérisation très-énergique; une inflammation très-vive s'ensuivit : la guérison fut complète.

M. Morel-Lavallée ne nie pas la virulence de la pustule maligne, mais il ne voit pas en quoi on peut lui comparer la piqûre anatomique. Dans tous les cas, dans la plupart des maladies virulentes, rage, syphilis, la cautérisation est tout à fait inefficace; d'ailleurs, elle est presque toujours appliquée beaucoup trop tard après l'inoculation.

M. Deguise fils ne croit guère à l'efficacité de la cautérisation contre la rage, si elle n'est pas faite immédiatement après la morsure. Il cite l'exemple d'un cordonnier mordu au nez par un chien; la cautérisation fut faite énergiquement un quart d'heure après, ce qui n'empêcha pas la mort de survenir avec les symptômes caractéristiques au trente-troisième jour.

M. Marjolin. Il faut tenir compte de beaucoup de circonstances générales et individuelles, de l'intensité, de la quantité du virus; mais il faut, en résumé, savoir si la cautérisation n'a aucune utilité ou si, au contraire, elle peut amener la guérison. Il pense qu'en la répudiant on se priverait d'une grande ressource, mais qu'il est indispensable de lui associer un traitement interne par les sudorifiques.

RAPPORT.

M. Alph. Guérin lit un rapport sur les travaux de M. Dupierris. (Nous publierons ce rapport et la discussion dans un prochain numéro.)

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire de la Société, Arist. Verneuil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale de l'Académie de médecine a arrêté hier, nous assure-t-on, la double liste suivante pour la place vacante dans son sein :

Première liste. — *Thérapeutique* : 1° M. Bayle; 2° M. Trousseau; 3° *ex æquo*, MM. Pidoux et Durand-Fardel.

Deuxième liste. — *Histoire naturelle médicale* : 1° M. Moquin-Tandon; 2° M. Gubler.

— Ainsi que nous le disions il y a quelques jours, la question professionnelle soulevée par M. le docteur Andreux émeut à juste titre les associations médicales des départements. Celle de la Haute-Garonne vient d'adresser à ce sujet la lettre suivante à l'honorable secrétaire général de l'Association de médecins de la Seine, M. le docteur Cabanellas :

Toulouse, 18 mai 1856.

Monsieur et très-honoré confrère,

Nous avons l'honneur de vous transmettre l'adhésion de l'Association médicale de Toulouse à la résolution prise par l'Association des médecins de la Seine, de former opposition au jugement rendu contre la demande du docteur Andreux, de Bar-le-Duc.

L'Association médicale de Toulouse est heureuse de prêter son appui à l'Association de la Seine pour la défense d'une cause aussi importante et qui intéresse tant le corps médical, dont l'indépendance et les droits sont sans cesse menacés et souvent compromis.

Nous regrettons qu'un retard involontaire ne nous permette pas de joindre à l'adhésion spontanée de l'Association l'offre d'une participation pécuniaire, qui rend inutile la décision prise à ce sujet par la commission générale de Paris.

Veuillez agréer, etc.

Le secrétaire général, Guitard.
Le président, Laforgue.

La Secrét.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 62. — MARDI 27 MAI 1856. (29e ANNÉE.) N° 62. — MARDI 27 MAI 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 MAI 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

Peu de séances ont été aussi fécondes en communications médicales. La chirurgie, surtout, a occupé une large place dans le contingent médical de cette séance, et notamment cette branche de l'art qui est une des conquêtes de notre époque, la chirurgie restauratrice.

M. Sédillot, dans un important travail que nous publions plus loin, a apporté de nouveaux faits à l'appui de l'application de l'anaplastie au traitement des brides cicatricielles d'après la méthode dont M. Jobert (de Lamballe) a récemment entretenu l'Académie. Mais tout en admettant le principe de cette méthode, dont il reconnaît la haute valeur, M. Sédillot s'est séparé de M. Jobert sur quelques points du procédé opératoire, notamment sur la greffe du lambeau anaplastique dans l'épaisseur du tissu cicatriciel et sur la section du pédicule. Le savant professeur de Strasbourg semble douter de la facilité de la réunion immédiate entre les bords du lambeau et ceux de la cicatrice. L'expérience a déjà prévenu cette objection. Ce qui est mis théoriquement en doute, la pratique en a établi la réalité. L'observation de restauration des brides cicatricielles du cou, que nous avons publiée récemment, ainsi que d'autres faits rapportés par M. Jobert dans son mémoire, prouvent en effet surabondamment, non-seulement la possibilité de cette réunion, mais même la facilité avec laquelle elle s'opère. Il faut bien, du reste, que M. Sédillot ait reconnu la possibilité de cette réunion, puisque un peu plus loin il en signale les inconvénients, pour les avoir constatés lui-même. Ces inconvénients, et ce serait là l'objection la plus sérieuse de M. Sédillot, consistent dans la fonte ulcérative du tissu inodulaire au contact du lambeau, qu'il dit avoir observée dans toutes les anaplasties de ce genre qu'il a pratiquées. Cette fonte ulcérative de la cicatrice est un fait grave, sans doute, et qui doit être pris en sérieuse considération. Mais nous aurions besoin de savoir dans quelles conditions se trouvaient placés les malades chez lesquels M. Sédillot l'a observée; car, nous devons le dire encore ici, rien de semblable n'a eu lieu dans aucun des faits dont nous avons été témoin. Il importerait donc de rechercher si la différence des résultats ne tiendrait pas à l'existence de quelque cachexie ou vice constitutionnel dont il n'aurait pas été tenu compte. Quoi qu'il en soit, sans admettre ces faits comme une objection à la méthode, nous les acceptons comme un enseignement qu'il sera utile de ne point négliger pour l'avenir.

Quant à la dissidence relative à l'opportunité de la section du pédicule du lambeau, section à laquelle M. Jobert attribue de notables avantages, tandis que M. Sédillot n'y voit que des inconvénients et même des dangers, il s'agit encore de s'entendre. Suivant M. Sédillot, la section du pédicule amènerait la gangrène du lambeau anaplastique. Cela a pu arriver sans doute, cela même est arrivé, et nous pourrions au besoin en citer des exemples; mais il ne peut en arriver ainsi évidemment que lorsque la section est faite prématurément, c'est-à-dire avant la réunion complète du lambeau. C'est seulement lorsque cette réunion est complète, et après avoir constaté le rétablissement parfait de la circulation vasculaire et nerveuse dans le lambeau, que M. Jobert pratique la section du pédicule.

Dans le fait de brides du cou déjà cité, cette section n'a été faite que le dix-septième jour. Non-seulement, à cette époque, elle n'offre plus les dangers que paraît redouter M. Sédillot; mais elle a des avantages incontestables et que nous avons été à même d'apprécier, notamment chez la femme qui est le sujet de l'observation dont nous parlions tout à l'heure. Ces avantages sont de s'opposer au tiraillement que le pédicule rétracté exercerait sur le lambeau, de permettre à celui-ci, ainsi qu'au tissu cicatriciel qui l'entoure, de s'épanouir librement et de conserver la souplesse qu'il a acquise par la cessation des tractions. Si le pédicule n'eût point été coupé dans ce cas, le succès de l'opération en eût certainement été compromis. C'est à cette section faite en temps opportun qu'il doit d'avoir été aussi complet.

Nous croyons donc que les objections de M. Sédillot, tout en conservant leur valeur par rapport à des circonstances spéciales peut-être et différentes de celles où se sont trouvés les opérés de M. Jobert, ne sauraient porter contre les procédés que ce chirurgien a suivis dans cette circonstance, et moins encore contre la méthode à laquelle, d'ailleurs, les observations de M. Sédillot ne font que donner une nouvelle et plus complète sanction.

M. Laugier a communiqué ensuite à l'Académie un fait de périnéoraphie pratiquée en deux temps, et qui offre un exemple de succès remarquable. Nous le publierons prochainement dans tous ses détails, en faisant connaître les modifications que M. Laugier a apportées dans le procédé opératoire et les circonstances qui les ont dictées.

Nous ne pouvons que mentionner, sans l'apprécier, une méthode nouvelle d'opération de cataracte, dont le *Compte rendu* ne nous fait connaître que les indications, sans parler du procédé.

Parmi les autres communications, nous signalerons un très-intéressant mémoire de M. le docteur Charles Rouget, sur l'anatomie et la physiologie de l'appareil d'appropriation de l'œil aux distances, et enfin deux mémoires sur l'ozone dans ses rapports avec l'état sanitaire, qui méritent de fixer l'attention des lecteurs. — Dr Brochin.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BAILLARGER.

La théorie de l'automatisme étudiée dans le manuscrit d'un monomaniaque.

Plus j'observe les aliénés, plus j'acquiers la conviction que c'est dans l'exercice involontaire des facultés qu'il faut chercher le point de départ de tous les délires. Dès qu'il survient de l'excitation cérébrale et que la maladie commence, on devient incapable de diriger ses idées; elles s'imposent, et l'on est forcé de les subir. Entraîné à chaque instant par ces manifestations de l'esprit spontanées et involontaires, le malade cesse de pouvoir fixer son attention, et tout travail suivi devient impossible. Après avoir vainement lutté contre cette puissance qui le domine, il est conduit le plus souvent à des explications erronées; il attribue, par exemple, les idées qui l'obsèdent à un être étranger. Ce qui aide à provoquer cette explication, c'est la nature même de ces conceptions, qu'il n'a jamais eues dans son état normal ou même qui sont diamétralement opposées aux objets habituels de ses méditations; enfin l'erreur devient plus complète par suite de la forme que revêt bientôt la pensée lorsque cet état se prolonge.

Les éléments de la théorie de l'automatisme se trouvent réunis de la manière la plus curieuse dans un manuscrit que je possède et dont on va lire des extraits.

Le malade est un jeune homme de vingt-huit ans, d'une intelligence assez développée, mais dont l'éducation avait été très-négligée; à seize ans, il savait à peine l'orthographe, et c'est alors que, se livrant avec passion au travail, il parvint à se mettre en état d'occuper à vingt et un ans une place qui exigeait une instruction assez étendue. Il avait alors devancé tous les jeunes gens de son âge qui suivaient la même carrière que lui. Cet excès de travail avait eu lieu dans les circonstances les plus fâcheuses : le malade se livrait à l'onanisme depuis l'âge de quinze ou seize ans, et il avait bientôt éprouvé des pertes séminales, qui amenèrent une grande faiblesse et des maux d'estomac. Timide, honteux, concentré et ignorant d'ailleurs la source de ses souffrances, il ne dit rien au médecin qui le traitait, et fut mis à un régime débilitant pour une prétendue gastrite. On comprend comment dans de pareilles conditions le système nerveux a été violemment ébranlé et l'aggravation croissante des symptômes sous l'influence d'un travail excessif. Il se manifesta d'abord une singulière exaltation des idées. L'imagination allait au-devant de tout et prévoyait tous les malheurs.

« J'étais, toujours, dit le malade, et pour toutes les choses de la vie, dans les inquiétudes les plus grandes ; une simple visite à rendre me causait une vive émotion, et je ne pouvais m'empêcher de songer à l'avance à ce que j'aurais à dire, aux réponses qu'on me ferait, et je formulais avec beaucoup de difficulté les objections que je pourrais moi-même opposer.

» Si je me décidais à monter à cheval, je me voyais tombant sur la tête et me la broyant sur des roches ; l'idée d'une excursion en mer amenait indubitablement celle du naufrage.

» A la campagne, c'était la peur du serpent qui me poursuivait ; il me semblait qu'il y en avait même dans mon lit. Quelque sécurité que m'offrît la chambre, je ne pouvais me coucher sans en faire une visite minutieuse, et ce n'est qu'avec peine que je parvenais à m'endormir. Cette crainte des serpents me suivait même à la ville. Quelquefois je me figurais qu'une personne était cachée sous mon lit pour me poignarder ; le moindre bruit me tenait en éveil et me causait des frayeurs, et je n'aurais jamais consenti à coucher seul dans une maison. J'ai toujours présents à l'imagination les objets, les personnes et même les lieux dont on me parle ; et si on me raconte une scène, j'en vois immédiatement apparaître tous les personnages. M'annonce-t-on, par exemple, la mort d'une personne, je la vois immédiatement, on la met dans le cercueil, j'assiste à son enterrement, on la descend dans la fosse, et tout cela en esprit. Souvent moi-même je me suis vu mort, et par avance j'assistais à mon convoi.

» Je m'étais fait dès mon bas âge une idée effrayante et monstrueuse du duel, à ce point que si j'apprenais que deux individus dussent se battre, j'éprouvais la même émotion que si j'eusse été l'un des combattants. Immédiatement la scène du duel se déroulait dans mon esprit, et bientôt je voyais l'un des adversaires tomber mort. Quand un duel devait avoir lieu, je ne pouvais m'empêcher, le soir, de prier Dieu pour les combattants. Il m'arrivait même quelquefois de sortir de mon lit pour le faire, et ce n'était certainement pas là une chose naturelle. Cette pensée du duel, en effet, n'a jamais provoqué dans une tête bien organisée les idées effrayantes que j'éprouvais, mais elle a toujours été l'une des plus grandes préoccupations de mon esprit malade.

» ..... C'est ici le lieu de vous dire toute l'impression que produisait sur moi la vue ou même l'idée d'un cadavre ; cela suffisait, en effet, pour m'empêcher de dormir. La mort était toujours présente à mon imagination, laquelle me représentait toujours les objets auxquels je pensais ou dont on me parlait.

» Voilà quelques-uns des mille tourments que j'éprouvais depuis l'âge de seize à dix-sept ans. Mais hélas ! ce n'est là qu'une faible partie de mes angoisses, et il serait trop long de les détailler toutes.

» Cet état est si extraordinaire que je ne puis cependant m'empêcher d'en tracer encore quelques particularités.

» Croiriez-vous que depuis l'époque dont je veux parler, c'est-à-dire pendant environ dix ans, il ne m'est pas arrivé de me coucher un soir sans penser à la mort. Très-souvent j'étais convaincu que j'allais mourir la nuit.

» ..... J'entrevoyais mille dangers. Même en marchant, je craignais de me casser une jambe ou un bras. J'étais préoccupé du malheur de devenir aveugle, etc. »

Il est aisé de voir par ce qui précède à quel degré en était arrivée l'exaltation de l'imagination chez ce malade sans cesse dominé par des idées tristes qu'il n'était point en son pouvoir d'éloigner.

Cette impuissance de la volonté a eu pour conséquence d'éveiller une série d'idées que nous allons voir se développer. Ne pouvant diriger son intelligence, le malade en conclut avec raison qu'il est désormais tout à fait en dehors des voies normales et privé de ses *facultés intellectuelles*. Voici comment il s'exprime à cet égard :

« L'homme jouissant de la pensée naturelle et intellectuelle a l'esprit successivement occupé d'une foule d'idées diverses et toujours nouvelles; il lit, retient au moins le sens, l'ensemble de ce qu'il a lu. Quand une idée ne lui convient pas, il la chasse de son esprit; quand il voit un objet quelconque, il l'examine, son esprit s'en occupe un moment, et il fait quelques observations, bonnes ou mauvaises, qui lui viennent naturellement. Mais moi je n'ai jamais pu le faire; je n'ai jamais pu me débarrasser des images lascives qui m'ont toujours persécuté, de même que malgré moi, et quoi que je fasse, j'ai toujours présents l'image de la mort, le cimetière, la fosse, Dieu et les choses de la religion. »

Il est assurément impossible d'exprimer plus nettement l'exercice involontaire de l'imagination, et sa prédominance sur l'exer-

cice volontaire. Peut-on faire mieux la part de la santé et de la maladie?

L'auteur du manuscrit est donc dans le vrai quand, dans un autre passage, exprimant encore les mêmes idées, il assure que chez lui c'est *la matière qui pense.*

« Privé de la pensée naturelle, dit-il, et de la réflexion intellectuelle, si je puis m'exprimer ainsi, je n'ai jamais pu avoir, comme tout le monde, une idée suivie et la tête occupée d'un objet quelconque, d'une lecture. Je le répète, je n'ai jamais été capable d'un moment d'attention; *c'est la matière* qui a toujours pensé chez moi. »

Tout cela est parfaitement exact; l'attention est impossible au milieu de ce débordement des idées dans un cerveau surexcité. Qu'est-ce autre chose, cependant, que cet état, si ce n'est l'automatisme des rêves transporté dans la veille?

Plus loin, le malade explique comment, ne pouvant appliquer son attention ni diriger ses idées, il est devenu incapable de rien retenir. «Anciennement, et jusqu'à l'année dernière, dit-il, je lisais beaucoup, mais toujours sans rien conserver de mes lectures; c'était au moins une occupation, une distraction momentanée, un passe-temps. Mais à présent je ne puis plus lire quatre lignes; il m'est impossible de retenir un mot; après avoir lu et relu une lettre, rien ne me reste; à mesure que je lis, j'oublie. Il en est de même en écrivant; j'oublie ce que je viens d'écrire. »

Non-seulement, comme on vient de le voir, le malade ne retient rien de ses lectures, mais il est forcément conduit, dans les efforts qu'il fait, à une autre conséquence facile à comprendre si l'on s'observe soi-même en faisant un calcul un peu difficile. Je veux parler de la nécessité où il se trouve d'articuler toutes ses pensées. C'est ce qui est exprimé dans les lignes suivantes :

« Après avoir passé une journée à lire et à étudier, je me demandais ensuite ce que j'avais lu; rien ne me restait de ma lecture. Une remarque, ou plutôt une découverte que j'ai été à même de faire depuis que je me connais, c'est que je n'ai jamais lu comme tout le monde, je n'ai jamais lu de la tête; j'articulais toujours intérieurement ce que je lisais, et pendant cette lecture mon esprit était sans cesse occupé de mille objets étrangers. . . . . Je n'ai jamais été doué de cette attention dont tous les hommes sont plus ou moins capables; je n'ai jamais pu suivre une conversation un peu longue, ni un discours ni une plaidoirie, ou même un simple raisonnement, etc. »

Comme on le voit, le malade ne pouvait lire sans articuler; ce qui lui fait dire qu'il ne lit pas de la tête comme tout le monde; expression très-juste et qui rend bien sa pensée.

Non-seulement l'articulation des mots était devenue nécessaire pour la lecture, elle l'était, et plus encore, quand il s'agissait pour le malade d'évoquer ses souvenirs. C'est ce que prouve le passage suivant :

« Je vous dirai que, voulant me rappeler une lettre que j'avais écrite, je suis obligé d'articuler mot à mot les phrases que j'ai employées, autrement je ne puis m'en souvenir, les idées ne pouvant se présenter sans articulation. »

Enfin, cette même articulation intérieure des pensées du malade avait lieu aussi dans la conversation. « Ma pensée, dit-il, avant d'être exprimée par la parole, est formulée intérieurement par des mots. Comprenez-vous cela? .....Il m'arrivait toujours, avant de parler, de répéter intérieurement ce que je voulais dire. »

Il y a dans l'ordre de faits que nous étudions un dernier degré, le plus curieux, assurément le plus étrange, et qui donne l'explication de plusieurs phénomènes observés dans l'inspiration, les hallucinations, l'extase, le somnambulisme, etc.

Ces pensées articulées intérieurement, et qui retentissent pour ainsi dire dans la poitrine, semblent ne plus appartenir à la tête, et le malade les rapporte à la région de l'estomac. Qu'on essaye soi-même de parler intérieurement sans remuer les lèvres, et l'on comprendra comment Van Helmont, en proie au délire, croyait que sa pensée avait changé de siége et s'était transportée dans la région de l'estomac; comment tant de somnambules et de faux hallucinés croient entendre dans cette région des voix qui leur parlent. Nous trouvons à cet égard dans le manuscrit que nous analysons les lignes suivantes :

« Il y a, dit le malade, dans ma poitrine, dans la région de l'estomac, comme une langue qui *articule* tout intérieurement.

» Ordinairement, quand on veut écrire une lettre, par exemple, la tête cherche (la pensée intellectuelle est occupée); mais chez moi la tête n'y est pour rien, c'est l'estomac qui est en travail, c'est la langue intérieure qui *formule*. Je regrette, ajoute-t-il, de ne pouvoir mieux expliquer toutes ces choses, que vous ne sauriez comprendre. »

Il ne reste plus maintenant au malade qu'un pas à faire pour perdre la conscience de l'unité de son intelligence, et pour arriver à la conviction de cette dualité que favorisent quelquefois certaines croyances, mais qui est le plus souvent un symptôme d'aliénation mentale; ce dernier degré, le malade ne le franchit pas, mais il en est bien près, comme le prouve le passage suivant :

« Privé de cette pensée instinctive et naturelle à tout homme, je ne puis livrer mon esprit à aucune occupation, je ne suis capable d'aucune attention, ma pensée a changé de siége; tout n'est que matière chez moi, *c'est la matière qui pense.* Ma pensée gît, il me semble, à la poitrine, à l'estomac; je suis porté à croire qu'il y a chez moi *une double pensée*, car il s'opère en moi comme un *contrôle*, il y a comme un autre moi-même qui inspecte toutes mes actions, toutes mes paroles, comme *un écho* qui redit tout et me représente constamment tout ce que je fais ou tout ce que je dis. »

On voit que la perte de conscience de l'unité intellectuelle n'est pas consommée, mais que toutes les conditions existent pour qu'elle se produise.

Il me reste à indiquer les explications que donne le malade, et qui me paraissent assez curieuses pour trouver place ici. Au lieu de voir dans ce qu'il éprouvait un état de maladie, il se reproche d'avoir dévié par sa faute de la voie commune.

« Peu à peu, dit-il, je découvris l'affreuse vérité. Mon existence se divise en deux parties. J'ai vécu de la vie commune jusqu'à dix-sept ans; mais à cette époque je suis sorti de la place qui m'était assignée dans la nature, j'ai suivi une route tout à fait fausse, j'ai compromis tout mon *être moral.*

C'est ainsi qu'il est arrivé à perdre peu à peu ce qu'il appelle la *pensée naturelle*, la *pensée intellectuelle*, ou même les *facultés intellectuelles*, c'est-à-dire, pour nous, le pouvoir de diriger ses idées.

Pour ne point laisser de doute sur cette perte de ses facultés intellectuelles, voici comment il s'exprime :

« La preuve, dit-il, que je ne jouis pas de la *pensée intellectuelle*, c'est qu'après avoir longuement écrit ou lu, mon esprit ne s'est jamais senti fatigué et n'a jamais eu besoin de se reporter sur des choses riantes pour faire diversion. Je n'ai jamais éprouvé le besoin de distractions que recherchent tous ceux qui, comme moi, sont livrés au travail des bureaux.

» D'ailleurs, n'est-il pas évident que si j'avais joui de mes facultés intellectuelles la religion, dont, à mon insu même, j'ai toujours été occupé, aurait complétement capté mon imagination, et je ne serais pas aujourd'hui désabusé.

» Enfin, une dernière preuve que je n'ai pas de facultés intellectuelles, c'est que si je les possédais je serais déjà devenu fou. Il m'arrivait d'être obligé de cesser mon travail parce que les reins me faisaient mal. Le corps, la matière demandaient du repos; mais l'esprit, la pensée jamais.

» ..... Pour ce point, je dois encore dire qu'anciennement, alors que j'étais, ou plutôt alors que je me croyais dans la vie, il me venait, sans aucune raison, la pensée que je ne pourrais jamais devenir fou. Aujourd'hui je comprends cela; privé de facultés intellectuelles, je ne puis devenir fou. »

Ailleurs, après avoir constaté avec étonnement que ses idées religieuses ont tout à coup, *à son insu*, *contre sa volonté*, été remplacées par les idées les plus opposées, il ajoute : « Peut-on voir un bouleversement pareil? Il ne peut évidemment s'expliquer que par un *développement extraordinaire d'imagination*, ce qui n'aurait pas eu lieu si je n'avais pas suivi une fausse route. Ce changement d'idées et de croyances, autant qu'il serait le résultat de la réflexion, du raisonnement et de la maturité, n'aurait rien d'étonnant chez tout autre individu, mais chez moi, c'est bien extraordinaire; et ce qui fait ressortir toute l'étrangeté de cette situation, c'est qu'elle se lie d'une manière intime avec tout mon être physique; c'est la conséquence, il paraît, de la mauvaise route, de la fausse direction que j'ai suivie. La cause première de tout ce désordre n'est-elle pas cette grave incommodité qui a jeté une perturbation dans mon être physique et moral, qui a refoulé et anéanti à leur naissance tous mes sentiments naturels, tous mes instincts, toutes mes passions, et qui enfin a détruit ma *perception naturelle*, mon intelligence, tout en changeant aussi ma nature animale. »

On voit quel singulier mélange d'idées fausses et d'idées justes. Le malade, en effet, est dans le vrai lorsqu'il tend à expliquer la perturbation générale à laquelle il est en proie par les pertes séminales qu'il éprouve depuis plusieurs années. Il est encore dans le vrai quand il explique que son changement de croyances et d'idées se lie d'une manière intime aux changements qui ont eu lieu dans son être physique; tout le reste est erroné. On aura d'ailleurs une idée de cet état physique du malade par les passages suivants :

« Il me semblait parfois que mes tempes allaient se rapprocher; ma tête était pressée et tiraillée comme par des cordes, ma vue troublée; quelquefois la gêne de la respiration devenait telle, que j'étais sur le point d'étouffer, ce dont je me réjouissais. Mais non, victime vouée au supplice, ce n'était là qu'un acheminement plus extraordinaire et plus incompréhensible. D'autres fois j'avais comme une barre, ou plutôt une main de fer qui pesait sur mon front. Le vent sifflait et bourdonnait dans ma tête creuse; ma peau était devenue excessivement épaisse, endurcie et sèche, et la transpiration presque supprimée; mon corps me semblait de bois, ou bien, au contraire, comme de la cire molle. J'étais agité de tremblements nerveux; j'avais des picotements, des chatouillements dans l'estomac et dans la poitrine, et qui s'étendaient jusque dans les bras. Enfin, j'éprouve je ne sais quoi de poignant que je ne puis définir, et encore moins expliquer; je ne saurais le comparer qu'à ce que l'on dit du remords, qui ronge le damné sans le détruire. »

Le malade éprouvait des conceptions délirantes en dehors de l'hypocondrie; il s'attribuait tous les événements malheureux, et entre autres le tremblement de terre de 1839; il croyait qu'il ne pourrait jamais mourir, et que les poisons les plus actifs seraient sans action sur lui. Il s'imaginait toujours qu'on l'examinait et qu'on parlait de lui, ce qui augmentait son embarras dans la société et lui faisait rechercher la solitude. — Ce malade, à notre avis, et c'est là notre conclusion, était atteint d'une monomanie hypocondriaque provoquée par des pertes séminales, par un régime débilitant et des excès de travail.

HOPITAL DE STRASBOURG. — M. Sédillot.

De l'application de l'autoplastie au traitement des cicatrices vicieuses.

Le remarquable mémoire dont M. le professeur Jobert (de Lamballe) a donné lecture à l'Académie des sciences, dans la séance du 10 mars 1856, sur l'application de l'anaplastie aux brides cicatricielles, nous a rappelé quelques faits de notre pratique pleinement confirmatifs des avantages de cette méthode. Les procédés que nous avons adoptés depuis plusieurs années ne sont pas entièrement semblables à celui de notre célèbre confrère, et nous signalerons particulièrement trois points sur lesquels nous ne saurions nous rallier à son opinion. Ainsi nous hésitons à admettre l'espèce de greffe du lambeau anaplastique dans l'épaisseur du tissu cicatriciel que semble indiquer M. Jobert. Nous ne croyons pas nécessaire la section du pédicule du lambeau. Enfin, nous doutons de la facilité de la réunion immédiate entre les bords du lambeau et ceux de la cicatrice.

La première condition de succès pour le redressement des parties dont la forme et la mobilité sont compromises par la rétraction du tissu inodulaire est sans contredit, à nos yeux, la division complète de ce tissu jusqu'aux couches normales subjacentes, qui deviennent la base et le point d'appui du lambeau. Si toute l'épaisseur du tissu inodulaire n'est pas intéressée, les difformités persistent invinciblement, et l'on reconnaît la nécessité non-seulement de diviser la bride, mais encore de la séparer dans beaucoup de cas par la dissection des tissus sains plus profondément situés. C'est une corde inextensible que l'on sectionne, et il faut la couper en totalité si l'on veut en faire disparaître les effets. Nous remarquerons, en outre, que la réunion du lambeau au seul tissu inodulaire, si elle était obtenue, présenterait de bien faibles éléments de vascularité, et que l'on aurait certainement à redouter la gangrène du lambeau après la section du pédicule. Nous concluons de ces considérations que le lambeau anaplastique doit être largement mis en rapport avec des tissus sains, et que c'est le seul moyen de remédier aux difformités, de donner une base suffisante au lambeau dont l'allongement et l'expansion deviennent possibles et d'en assurer la vitalité.

M. Jobert est partisan de la section du pédicule du lambeau, et il en a exposé les avantages dans ce passage :

« Aucun changement appréciable ne se manifeste avant la section du pédicule; mais, lorsqu'elle a été pratiquée, la bride s'étale, la difformité disparaît, les tiraillements cessent; et la partie inclinée se redresse et reprend son attitude. »

Il nous paraît impossible que la section du pédicule ait l'influence que signale M. Jobert, si du moins nous avons bien compris le sens de sa phrase. En intercalant un lambeau de téguments sains entre les deux bords d'une cicatrice du cou transversalement divisée, l'allongement du lambeau s'opère dans le sens vertical, et ne saurait être empêché par le pédicule, qui se trouve placé latéralement et en dehors de la sphère d'action de la cicatrice. Nous ne voyons pas l'utilité de l'incision du pédicule, et nous le conservons intact dans toutes nos opérations anaplastiques, relevant des méthodes française et indienne. Avec la précaution de faire partir de la perte de substance à combler le bord correspondant du lambeau auquel on imprime une légère torsion de 25 degrés environ pour l'amener à sa nouvelle situation, le pédicule est uni à la plaie, et s'y confond tellement qu'il n'est bientôt plus reconnaissable et qu'il n'y a pas de motif de le diviser. Cette manière d'agir abrége et simplifie l'opération et en rend le succès plus assuré, puisqu'on n'a plus à redouter la gangrène du lambeau par suite de la section du pédicule, quelle que soit d'ailleurs la rareté de ce redoutable accident.

Enfin, et c'est là notre troisième point de dissidence, M. Jobert annonce « que la greffe animale se réunit aussi bien au tissu cicatriciel divisé qu'aux autres tissus, et que c'est un fait remarquable que ce travail ne donne lieu à aucun accès d'inflammation, et qu'il se maintient dans de justes limites. » Notre expérience est en désaccord absolu avec cette opinion, et nous avons toujours observé la fonte ulcérative de la plus grande portion du tissu inodulaire au contact du lambeau dans toutes nos anaplasties de ce genre. De là pour nous le précepte d'éviter de multiplier les points de suture, et de n'en appliquer que le nombre indispensable pour maintenir pendant quelque temps le lambeau étalé dans la plaie et en éviter le retrait et l'enroulement spontanés. Une très-légère compression centrale faite au moyen de linges ployés en plusieurs doubles et trempés dans l'eau froide est aussi d'un utile secours.

L'ulcération des bords de la cicatrice nous paraît si constante que nous n'avions pas craint de l'annoncer sur un des malades opérés à la clinique, dont nous donnerons l'histoire, et nous avions appelé l'attention des élèves sur ce phénomène en signalant le peu de crainte qu'il en fallait concevoir, attendu que le tissu inodulaire se reforme alors avec la même rapidité qu'il s'est détruit. Si M. Jobert n'a pas fait les mêmes remarques, nous devons l'attribuer à des conditions toutes spéciales qui n'ont pas été suffisamment révélées et qui réclament de nouvelles recherches.

Obs. I. — *Cicatrice du cou produite par brûlure avec flexion de la tête sur la poitrine. — Heureuse application de l'autoplastie.*

(Observation recueillie par M. Picard, interne.)

Fix (Charles), mégissier, âgé de quarante-deux ans, fut admis à la

clinique le 12 décembre 1855. Cet homme a eu dans sa jeunesse toutes les portions droites et médianes de la poitrine, du cou et de la tête profondément brûlées. Une bride cicatricielle large et saillante maintient la tête fléchie, et le maximum de l'écartement entre le bord supérieur du sternum et le menton est de 10 centimètres. La face est complétement asymétrique par défaut de développement du côté droit; l'oreille est en partie détruite et réduite à une espèce de moignon; les mouvements du bras droit ne sont pas gênés, malgré la présence d'une large cicatrice étendue sur toute l'épaisseur de ce côté.

Le malade se plaint d'une aggravation notable de la flexion de la tête, qui l'empêche depuis quelques mois de se livrer à ses occupations habituelles, et il en attribue justement la cause à une ulcération du tissu inodulaire survenue au bord supérieur du sternum, dont un point nécrosé est détaché et mobile au milieu d'une ulcération cicatricielle.

M. Sédillot essaye le 18 décembre la section sous-cutanée de la partie profonde de la bride, et obtient par ce moyen un allongement immédiat de 2 centimètres; mais cette amélioration avait déjà disparu au bout de vingt-quatre heures, et la difformité était revenue au même degré.

Le 20 décembre, M. Sédillot, voulant un résultat décisif et permanent, tailla sur la partie gauche du cou, dans un point où la peau était restée intacte, un lambeau vertical de 25 millimètres de hauteur sur 40 millimètres de largeur, dont la base était inférieure et le sommet tourné vers le menton. De l'extrémité droite de cette base, M. Sédillot fit partir une incision transversale qui intéressa toute l'épaisseur d'avant en arrière de la cicatrice, dont les lèvres furent disséquées en haut et en bas de manière à présenter un écartement assez grand pour y loger le lambeau renversé de haut en bas et de gauche à droite. Quelques points de suture en réunirent le sommet et les bords au tissu cicatriciel correspondant. Des fomentations froides furent appliquées, et un appareil amidonné, tel que M. Sédillot en fait usage pour les plaies du cou, immobilisa la tête.

Le 24, le lambeau, dont la face saignante et profonde est déjà adhérente, offre l'état le plus satisfaisant; mais il semble isolé au milieu d'une vaste ulcération circulaire de plus de 1 centimètre de diamètre. On continue le pansement à plat.

Le 7 janvier 1856, des bourgeons charnus de bonne nature réunissent les bords du lambeau au tissu cicatriciel environnant.

Le 15 du même mois, la cicatrisation est achevée. Le lambeau est souple, uni, sans tension; le pédicule à peine apparent, les mouvements de la tête beaucoup plus libres, et le malade quitte l'hôpital. Nous avons revu l'opéré deux mois plus tard, et il continuait à se féliciter des heureux résultats de son traitement.

Obs. II. — *Destruction de la paupière inférieure droite par une cicatrice étendue au nez, à la joue et à une partie de la tempe du même côté. — Ectropion consécutif porté au plus haut degré, avec larmoiement et sensibilité morbide de l'œil. — Blépharoplastie par interca-lation de deux lambeaux tégumentaires dans l'intervalle du tissu inodulaire profondément divisé. — Guérison définitive.*

(Observation recueillie par M. Heer, interne.)

C..., âgé de vingt-quatre ans environ, vint réclamer, au commencement de 1854, les soins de M. Sédillot pour un ectropion de la paupière inférieure droite qui l'incommodait depuis son enfance, et était la conséquence d'une brûlure très-étendue de la face. La chaleur, le froid, la lumière, le vent et la poussière provoquaient de la douleur, du larmoiement et des inflammations douloureuses de l'œil, dont le segment inférieur restant découvert était à peine protégé par l'abaissement momentané de la paupière supérieure.

Le tissu cicatriciel couvrait toute la joue depuis le nez et la lèvre supérieure jusqu'aux rares cils encore adhérents au bord de la paupière dont le revêtement tégumentaire n'existait plus. Après plusieurs tentatives infructueuses, dont M. Sédillot a consigné les détails dans son *Traité de médecine opératoire*, ce professeur entreprit la restauration de la paupière inférieure par un large lambeau emprunté au front et à la tempe, et interposé dans l'intervalle du tissu inodulaire profondément divisé et renversé en haut et en bas par la dissection. La mortification partielle de l'extrémité du lambeau, qui était fort long, exigea la formation d'un second lambeau pris sur le front au côté interne du sourcil, et l'on réunit par la suture les bouts des deux lambeaux l'un à l'autre. Le tissu inodulaire environnant s'ulcéra, puis se reproduisit, et la paupière inférieure, restaurée et soutenue de chaque côté par la disposition des lambeaux, permit la libre et parfaite occlusion de l'œil.

Depuis deux ans, je n'avais plus entendu parler de ce malade, lorsqu'il vint me voir il y a quelques semaines, et je profitai de l'occasion pour le faire photographier (1). Les lambeaux sont un peu arrondis et saillants, et pourraient être rendus plus réguliers par l'ablation de quelques légers plis; mais comme le malade est très-satisfait du rétablissement de sa paupière et de la disparition de toute gêne et de toute faiblesse dans l'exercice de la vision, il ne s'est pas montré disposé à subir aucun essai de perfectionnement, et nous ne l'en avons pas blâmé.

Quelques personnes, trompées par le titre de *blépharoplastie* donné à cette observation, hésiteront peut-être à y voir un exemple d'allongement d'une cicatrice par l'intercalation d'un lambeau tégumentaire; mais si le but poursuivi est réellement une restauration palpébrale, on reconnaîtra cependant que le procédé est exactement le même que dans notre première opération, et que les seules modifications qu'on y rencontre se rapportent à la hauteur plus grande du siége du pédicule. Nous nous étions conformé en cette circonstance à un principe général dont nous avons depuis longtemps démontré l'importance, et qui consiste à toujours placer l'origine ou le point de départ des lambeaux anaplastiques du côté opposé au bord libre des organes que l'on se propose de reconstituer. C'est une règle invariable pour les paupières et les lèvres, et nous y avons conformé nos procédés.

Nous pourrions citer d'autres cas plus ou moins analogues aux précédents, et celui, entre autres, d'un soldat de la garnison de Strasbourg, dont le bras fléchi par une bride cicatricielle du pli du coude ne pouvait être étendu. Ce malade, dont la blessure eut un certain retentissement à cette époque, qui remonte au moins à quatre ou cinq ans, fut l'objet d'une consultation de tous les médecins militaires, et je proposai l'intercalation du lambeau anaplastique entre les bords du tissu inodulaire transversalement divisé. Cette opération ne fut pas pratiquée, et M. le docteur Sergent, alors chirurgien-major d'un régiment d'artillerie, se chargea de donner des soins au malade qu'une simple incision de la bride cicatricielle ne parvint pas à guérir. Dans une autre circonstance, nous eûmes recours au même procédé pour faciliter le redressement du pouce fléchi d'une manière gênante par une bride inodulaire, résultant, je crois, d'une plaie avec perte de substance et suppuration prolongée.

Je partage, comme on le voit, l'avis de M. Jobert sur la haute valeur de l'application de l'autoplastie au traitement des brides cicatricielles, et l'on peut espérer que nos légères objections feront surgir des faits assez nombreux pour éclairer le petit nombre des propositions sur lesquelles nous ne nous sommes pas complétement rallié aux idées de notre célèbre confrère.

(1) Cette image photographiée a été mise sous les yeux de l'Académie.

RAPPORT SUR LES TRAVAUX DE M. LE D[r] DUPIERRIS, médecin à la Havane,

Par M. le docteur Alph. Guérin.

(Rapport lu à la Société de chirurgie dans la séance du 14 mai.)

M. Dupierris, exerçant la médecine à la Havane, a souvent eu l'occasion de s'occuper de la cure de l'hydrocèle. Après avoir eu recours à l'injection de teinture d'iode, il a imaginé de diminuer peu à peu la quantité d'iode et d'eau jusqu'à ce qu'il soit arrivé à ne plus injecter que de l'alcool pur.

La formule à laquelle il tient est celle-ci:

« Extraction du liquide au moyen d'un trocart explorateur; l'extraction étant faite, injection par la canule de 4 à 8 grammes d'alcool à 36°, qu'il laisse dans la cavité de la tunique vaginale; après le retrait de la canule, pression du scrotum en divers sens, de manière que l'alcool baigne toutes les parties. »

La douleur produite par cette injection, dit M. Dupierris, est incomparablement moins forte et moins longue que celle qui est occasionnée par la teinture d'iode. Après la première huitaine, on doit ordonner deux demi-bains par jour à la température de 23 à 24° Réaumur et accompagnés de malaxation.

Cette méthode consiste donc:

1° A laisser dans la tunique vaginale une certaine quantité déterminée d'alcool;

2° A malaxer la tumeur deux fois par jour pendant que le malade est dans un demi-bain.

Cette opération donne rarement lieu à une réaction fébrile, et, quand la fièvre se produit, sa durée ne dépasse pas vingt-quatre heures. Grâce à la bénignité de cette injection, le malade peut vaquer à ses occupations le jour même où il a été opéré, en prenant toutefois la précaution de soutenir ses bourses avec un suspensoir. Dans les cas où un peu de douleur se manifeste, le repos au lit est de rigueur pendant deux jours. La guérison s'opère d'ailleurs comme après l'injection d'iode. Ainsi, la partie se tuméfie graduellement, de manière que le dixième jour son volume soit à peu près celui qu'elle avait avant l'opération; puis elle va s'amoindrissant chaque jour jusqu'au trentième, époque ordinaire de la guérison.

Comme accident de cette opération, l'auteur ne signale qu'un accès de fièvre qui survient parfois, mais qui jamais ne dure plus de vingt-quatre heures.

Nous aurions désiré savoir approximativement le nombre des malades qui ont été traités et guéris par cette méthode, car sans ce renseignement il nous est impossible de donner la préférence aux injections d'alcool pur sur celles qui sont faites avec le vin chaud ou avec la teinture d'iode.

Un membre de cette Société, M. Richard, ayant expérimenté cette opération sur un certain nombre de malades, j'ai trouvé dans le mémoire qu'il a publié dans la *Gazette hebdomadaire* des renseignements qui facilitent un peu la tâche qui nous est imposée. Je ne ferai pas l'analyse de ce travail, qui est connu de tous les membres de la Société; je rappellerai seulement que la guérison des malades opérés par M. Richard a été constatée au bout d'un temps qui varie de trois semaines à trois mois. Les suites de l'opération ont été généralement très-heureuses; les malades se sont levés dès le lendemain, et rarement la douleur a été assez vive pour que l'opéré ait dû rester au lit. C'est du moins ce que nous apprend le tableau où sont consignés les résultats de quatorze opérations. Une quinzième observation, qui ne figure pas dans ce tableau, serait de nature à faire concevoir des craintes: on y trouve que, chez un malade âgé de quarante-trois ans, l'injection provoqua une très-vive douleur, une syncope, de l'insomnie. Le lendemain, les bourses étaient tuméfiées, et ce n'est que six jours plus tard que les symptômes alarmants disparurent à la suite d'une incision qui donna issue à plusieurs cuillerées de pus sanguinolent et à des lambeaux sphacélés du dartos. Mais il est évident, d'après les explications que M. Richard donne un peu plus loin, que l'alcool avait dans ce cas été injecté dans le tissu cellulaire qui existe en dehors de la tunique vaginale, accident que l'on a pu constater après les injections de vin ou de teinture d'iode faites avec le plus grand soin et par les opérateurs les plus habiles.

Après cet exposé succinct de l'opération à laquelle M. Dupierris donne la préférence sur toutes celles qui ont été tentées dans le but de guérir l'hydrocèle, si nous cherchons ce qu'il y a de vraiment neuf dans cette communication, nous serons forcés de reconnaître que l'injection d'alcool pur est loin d'être une invention aussi récente que MM. Dupierris et Richard paraissent le croire; on trouve, en effet, dans le mémoire de Sabatier (*Mém. de l'Acad. de chirurgie*) le passage suivant:

« M. Chastanet, chirurgien aide-major de l'hôpital de Lille en Flandre, après avoir vu M. Planque, premier chirurgien du même hôpital, injecter avec succès une certaine quantité d'esprit-de-vin qu'il *laissait dans le sac*, a fait usage du même procédé. »

Mais si cette manière de traiter l'hydrocèle n'est pas neuve, M. Dupierris a du moins le mérite d'avoir fixé d'une manière précise la quantité d'alcool que l'on peut injecter sans danger. Monro et Sharp en avaient injecté une once, et les résultats furent peu satisfaisants; MM. Planque et Chastanet furent plus heureux en n'en injectant que 3 gros (12 grammes); la dose adoptée par M. Dupierris varie de 4 à 8 grammes.

Le travail dont je suis chargé de vous rendre compte ne prouve pas que l'injection d'alcool pur, abandonné dans la tunique vaginale, soit plus avantageuse que celle qui est faite avec le vin chaud ou la teinture d'iode; nous voyons, en effet, dans le tableau de M. Richard, que la guérison a été constatée au bout d'un temps qui varie de trois semaines à trois mois, et M. Dupierris indiquant un mois comme la moyenne du temps qu'il lui a fallu pour guérir ses opérés, il me semble que le procédé auquel il a eu recours ne guérit pas plus vite que l'injection de vin ou de teinture d'iode.

Le mérite réel de M. Dupierris est d'avoir posé en principe que les malades peuvent se lever le lendemain de l'opération et vaquer à leurs travaux, sans retarder leur guérison. Déjà Pott n'exigeait pas que les malades soumis à la méthode du séton gardassent le lit au delà de quelques jours; après quoi, ils pouvaient se tenir sur une chaise longue jusqu'à la fin de la cure, qui pour l'ordinaire était complète en trois semaines ou tout au plus en un mois (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*).

En Angleterre, si je ne me trompe, plusieurs chirurgiens, parmi lesquels je suis heureux de citer M. Curling, ont adopté cette pratique, et moi-même j'ai plus d'une fois permis à des malades impatients et nerveux de se lever peu de jours après l'opération, sans que jamais j'aie eu à me repentir de cette complaisance. Mais M. Dupierris va plus loin qu'on n'était allé; sa méthode n'exige que deux jours de repos absolu, si tant est, dit-il, que le malade soit tenu de quitter ses occupations, ce qui n'arrive pas toujours.

Depuis que j'ai pris connaissance des travaux de M. Dupierris, j'ai voulu savoir si c'est à l'injection d'alcool pur qu'il faut attribuer la tolérance de la tunique vaginale.

Pour m'en assurer, j'ai injecté de la teinture d'iode, dont une certaine quantité, une cuillerée à bouche au moins, a été abandonnée dans la tunique vaginale, et j'ai permis aux malades de se promener le jour même de l'opération, en ayant soin de faire soutenir la partie malade par une compresse passée au-dessous des bourses, ainsi qu'on le pratique habituellement.

J'ai déjà opéré ainsi une demi-douzaine de malades, et jamais, dans ces cas, il n'y a eu plus d'inflammation que lorsqu'on oblige les opérés à rester au lit.

J'ai dû aussi, en ma qualité de rapporteur de votre commission, rechercher quelle peut être l'influence des bains tièdes après l'opération de l'hydrocèle par injection. Je l'avoue, par cela même que je ne crois pas que la guérison s'opère par l'adhésion des parois opposées de la tunique vaginale, je me défiais d'un moyen qui ne me semblait point de nature à diminuer l'exhalation de la sérosité dans la cavité de cette membrane; mais la pratique m'a donné tort. Au lieu d'ordonner des demi-bains huit jours seulement après l'opération, j'ai prescrit de grands bains tièdes dès le lendemain du jour de l'injection; je les ai fait répéter deux ou trois fois par semaine, et il m'a semblé, sans que je puisse pourtant encore l'affirmer, que par cette pratique la résolution de la tumeur se fait plus promptement.

Il est un point de la méthode de M. Dupierris que j'abandonne à votre appréciation. Je veux parler des malaxations pratiquées deux ou trois fois par jour sur la partie qui est le siége de la maladie. Je n'ai point expérimenté la malaxation; M. Richard a fait comme moi. Je pense que la Société me pardonnera de n'avoir pas pensé que mon rôle de rapporteur m'imposait cette obligation.

M. Dupierris attache pourtant une grande importance à cette petite opération, surtout dans les cas d'hydrocèle aiguë et spontanée. Mais les hydrocèles aiguës ne s'étant jamais offertes à mon observation que consécutivement à une autre lésion, ou à la suite d'une violence exercée sur les testicules, il m'eût d'ailleurs été impossible, avec la meilleure volonté du monde, d'avoir recours à la malaxation, à laquelle je suis bien tenté d'attribuer une moins grande efficacité qu'au bain dans lequel on la pratique.

— Les inflammations du foie étant fréquentes à la Havane, M. Dupierris a souvent eu l'occasion d'observer l'ascite symptomatique de cette maladie. Après avoir eu recours à la ponction simple répétée à des intervalles plus ou moins éloignés, il s'est décidé à employer la méthode du séton, qu'il applique de la manière suivante: Le malade étant placé comme pour la paracentèse ordinaire, le trocart est enfoncé à travers la ligne blanche, quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic; puis le poinçon ayant été retiré, on évacue le liquide. Mettant alors l'opéré dans la position horizontale, le chirurgien glisse la canule le long de la face interne de la paroi abdominale, et appuyant le bout de cet instrument à 8 ou 9 centimètres de son entrée, il réintroduit le poinçon de manière à en faire sortir la pointe de dedans en dehors. La canule ayant ainsi ses deux extrémités hors du ventre, sert à introduire un fil de plomb que l'on fixe en tordant ses deux bouts l'un sur l'autre.

« Cette méthode, dit M. Dupierris, est d'une bénignité incontestable. Le nombre des guérisons que j'ai obtenues par elle est considérable. La légère péritonite qui en est ordinairement la suite ne peut, dans aucun cas, être considérée que comme une irritation artificielle facile à maîtriser. »

Tout récemment, M. Barth a eu recours à une opération à peu près semblable. La perforation de la paroi abdominale en deux points éloignés l'un de l'autre de 10 centimètres, fut pratiquée comme dans le procédé de M. Dupierris. Seulement, au lieu d'un fil de plomb, ce fut un tube en caoutchouc qui remplaça la canule du trocart. Notre collègue M. Chassaignac pourrait dire que c'est toujours la méthode du drai-

nage. Dans le procédé de M. Barth, ce serait le drainage à l'aide de tubes. Dans le procédé de M. Dupierris, ce serait le drainage hollandais. L'un et l'autre de ces procédés sont pour tout le monde deux variétés du séton, dont le but est de faciliter l'écoulement de la sérosité, de manière que l'activité de l'excrétion l'emporte sur celle de la sécrétion. M. Dupierris n'ignore pas que l'ascite est le plus souvent symptomatique d'une autre maladie. Aussi n'accorde-t-il à son opération d'autre effet que de combattre le symptôme ascite, sans lui attribuer aucune action sur la cause de la maladie. Il dit avoir guéri un nombre considérable d'hydropisies par cette méthode; mais comme toujours il ne donne pas de chiffres. De pareilles assertions n'ont aucune valeur scientifique, puisqu'elles ne permettent pas d'établir de comparaison entre les résultats obtenus par les méthodes les plus vantées dans ces derniers temps et celle que M. Dupierris préfère à toutes les autres.

Vous avez déjà pu voir, messieurs, que M. Dupierris ne marche pas dans les sentiers les plus battus. Ami du progrès, il cherche toujours à améliorer ce que l'école lui a appris. Ayant eu l'occasion de faire la ligature de l'artère fémorale, et craignant que le sang n'ait de la peine à se répandre dans la jambe et dans le pied, il imagina de comprendre l'artère entre deux anses de cordonnet qu'il applique après avoir découvert l'artère, et qu'il serre avec le serre-nœud dont M. Ricord se sert pour l'opération du varicocèle. Quarante-huit heures après la ligature, les cordonnets sont relâchés de jour en jour jusqu'au septième, époque à laquelle ils n'exercent plus aucune constriction sur le vaisseau. Le dixième jour ils sont retirés. L'opération a été parfaitement heureuse. Mais un fait ne suffit pas pour juger un procédé opératoire. Il est même difficile de ne point faire d'objection à celui dont je viens de vous donner la description succincte. Si dès le troisième jour vous ne retirez pas les cordonnets, pourrait-on dire à M. Dupierris : C'est que vous craignez que le vaisseau soit encore perméable au sang; mais s'il en était ainsi, et cela n'est point impossible, vos cordonnets ne seraient pendant quelque temps que des ligatures d'attente qui pourraient ulcérer le vaisseau et donner lieu plus tard à une hémorrhagie. Si vos ligatures ne coupent pas le vaisseau, elles peuvent l'ulcérer.

Si M. Dupierris avait connu la méthode de la compression multiple, assurément il l'aurait bien préférée à son procédé de ligature; mais s'il n'a pas compris qu'il n'est pas nécessaire pour qu'un anévrisme se guérisse que l'artère qui en est le siége soit oblitérée au-dessus du sac, son opération a pourtant dû guérir par le même mécanisme; toutefois, par un moyen plus dangereux.

Je ne parlerai pas longuement d'une expérience que l'auteur recommande à notre attention. Appelé auprès d'une petite fille de neuf ans atteinte du croup, M. Dupierris croit l'avoir guérie en lui faisant des injections d'une solution d'alun dans les fosses nasales. Je ne trouve pas dans l'énumération des symptômes de la maladie des caractères suffisants pour me prononcer sur la nature de l'affection. Sans doute il s'agissait bien d'une affection diphthéritique; mais je serai tenté de croire que ce n'était pas là un cas de croup bien caractérisé.

Il me reste à vous entretenir d'une méthode thérapeutique qui serait d'un grand secours pour les personnes affectées d'hémorrhoïdes, si de nouvelles observations viennent confirmer les faits avancés par M. Dupierris. Lorsque les tumeurs hémorrhoïdales deviennent excessivement douloureuses, on les recouvre de bourdonnets de charpie trempés dans une solution de 75 centigrammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée. On renouvelle cet appareil toutes les quatre heures, et l'on fait ainsi, dit l'auteur, disparaître non-seulement les accidents, mais les tumeurs elles-mêmes dans l'espace de deux à quatre jours.

N'ayant point expérimenté cette opération, je la livre à vos méditations. Elle n'est qu'un procédé de la méthode de la cautérisation. Peut-être a-t-elle sur le fer rouge l'avantage de ne pas étendre son action assez profondément pour déterminer la rétraction extrême des tissus, que j'ai vue, dans quelques cas, devenir une cause de rétrécissement de l'anus. D'après M. Dupierris, cette cautérisation ne serait pas excessivement douloureuse. Malheureusement, l'auteur ne consacre qu'une page à son chapitre sur la cure des hémorrhoïdes, et je ne peux vous dire plus que je n'ai trouvé dans ce trop court exposé d'un procédé que je me propose d'employer la première fois que j'en trouverai l'occasion.

M. Dupierris vous a montré aussi, messieurs, deux instruments destinés à l'urétrotomie, que j'ai eus entre les mains pendant quelques jours, mais qu'il m'a été impossible de me procurer pour en faire l'essai. A défaut des instruments, je suis réduit à vous faire voir le dessin qui les représente.

L'un est un urétrotome droit, terminé par une saillie semblable à celle des urétrotomes de M. Civiale et de M. Robert, formée de deux parties latérales entre lesquelles est cachée la lame de l'instrument. Mais au delà de cette saillie apparaît un petit bouton susceptible de s'engager dans un point rétréci de l'urètre lorsqu'on pousse sur la tige, dont il n'est qu'une des deux extrémités. Du bouton à la saillie où est cachée la lame de l'urétrotome, s'étend un ressort qui, se développant du côté du dos de l'instrument, est destiné à tendre la portion opposée du canal de l'urètre, de manière qu'elle soit plus facilement coupée lorsque la lame sera poussée de sa gaîne vers le bouton du conducteur.

Le second urétrotome a la forme d'une sonde de trousse. Il est composé d'une sonde creuse dans laquelle on passe un mandrin au moyen duquel on peut faire saillir, à l'extrémité vésicale de l'instrument, deux lames, qui, en s'éloignant l'une de l'autre, peuvent diviser l'urètre très-profondément en deux points opposés. Pour que ces lames coupent sûrement au niveau du rétrécissement, l'instrument est muni d'un conducteur boutonné que l'on engage dans la partie rétrécie. Il suffit de jeter les yeux sur le dessin qui représente cet urétrotome pour en comprendre le mécanisme.

M. Dupierris a présenté ces instruments à la Société de chirurgie au mois de mars 1853, en prévenant que cette présentation avait pour but d'établir la priorité de l'inventeur.

Je regrette de ne pas avoir fait plus tôt ce rapport, et d'avoir été absent lorsque M. Boinet, l'un de nos collègues, vous a présenté un coarctotome analogue à celui de M. Dupierris. Puisque notre confrère de la Havane a compté sur moi pour faire valoir ses droits à la priorité, j'ai dû rapprocher son instrument de celui de M. Boinet, et montrer que la même idée a présidé à l'invention de ces deux urétrotomes. Mais Dieu me préserve de penser que M. Boinet connaissait l'instrument de M. Dupierris, pourtant vieux de trois ans lorsqu'il a inauguré le sien. Si, à propos d'une simple présentation d'instrument, je devais traiter la question de priorité des conducteurs dans l'urétrotomie, je ne sais jusqu'où je devrais remonter. Sans aller bien loin, je rappellerai que Bourgery a représenté, dans son *Atlas de médecine opératoire*, des urétrotomes de M. Le Roy-d'Étiolles, dont la lame est précédée par une bougie en gomme beaucoup moins longue que celle dont se sert M. Maisonneuve, mais servant tout aussi sûrement à guider la lame de l'urétrotome.

Avant M. Maisonneuve, M. Charrière avait vissé une longue bougie à un urétrotome dont la lame ne ressemble en rien à l'espèce de lithotome de notre collègue. Et, avant ces inventeurs, beaucoup d'autres avaient eu l'idée de se servir de conducteurs. Mais, parmi tous ces instruments, il est difficile d'en trouver deux qui aient une plus grande ressemblance entre eux que ceux de MM. Dupierris et Boinet.

J'ai dû, messieurs, vous parler de ces instruments, à cause de l'importance que leur accorde leur inventeur, pour que, suivant son désir, la question de priorité soit posée devant nous. Je dis posée, et non résolue, car ces questions, ayant surtout un intérêt personnel, me semblent devoir être débattues bien plus efficacement entre les personnes qui prétendent à la priorité de l'idée.

Après avoir pris connaissance des quelques feuilles dans lesquelles M. Dupierris nous a fait connaître quelques-uns des procédés chirurgicaux imaginés par lui, on regrette que l'auteur n'ait pas donné à son travail toute l'étendue qu'il comportait. Mais, tel qu'il est, il offre un véritable intérêt; aussi, prenant en considération deux mémoires fort remarquables publiés par M. Dupierris en 1840 et 1847, votre commission croit devoir proposer à la Société de publier dans les *Bulletins* le mémoire dont je viens de vous rendre compte, et d'accorder à l'auteur le titre de membre correspondant.

M. Cloquet a tenté la cure de l'hydrocèle avec l'eau-de-vie camphrée, et il a très-bien réussi, si ce n'est chez un homme chez lequel l'injection deux fois répétée ne put jamais enflammer la tunique vaginale.

Il a essayé aussi le séton abdominal dans l'ascite. Une jeune fille était atteinte d'ascite, probablement idiopathique. Le péritoine renfermait à peu près huit à dix litres de sérosité. Le liquide avait distendu la cicatrice ombilicale, qui formait une petite tumeur transparente du volume d'une noix. M. Cloquet eut l'idée de passer, à l'aide d'une aiguille, un séton composé d'un fil de soie, à travers cette tumeur. Pendant trois jours il y eut écoulement abondant de sérosité; le quatrième jour, des accidents de péritonite suraiguë survinrent, et amenèrent la mort le lendemain.

M. Larrey a eu souvent recours à la malaxation de la tumeur dans l'hydrocèle. Cette pratique lui fut suggérée par un accident. Il opérait un jour un officier. A peine quelques gouttes d'iode furent-elles poussées dans la tunique vaginale, qu'on fut obligé de s'arrêter. Craignant la récidive, M. Larrey, dans le but de mettre la teinture en contact avec tous les points de la séreuse, malaxa longtemps le scrotum. La guérison eut lieu. Depuis ce temps, M. Larrey associe toujours cette manœuvre à l'opération ordinaire.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 mai 1856.— Présidence de M. Is. Geoffroy St.-Hilaire.

Application de l'autoplastie au traitement des cicatrices vicieuses. — M. Sédillot communique sur ce sujet un travail que nous publions en entier. (Voir ci-dessus.)

Périnéoraphie. — M. Laugier communique une observation de périnéoraphie pratiquée avec succès par la suture entrecoupée. (Nous publierons prochainement cette observation avec tous ses détails.)

Nouvelle méthode opératoire de la cataracte par débridement. — M. Tavignot adresse un mémoire dans lequel il appelle l'attention de l'Académie sur une méthode opératoire de la cataracte par débridement, qu'il a déjà fait connaître dans le temps.

Voici les cas dans lesquels ce procédé opératoire lui paraît devoir être préféré :

L'opération du débridement, telle que nous la comprenons et telle que nous l'avons exécutée, pourra sans doute dans la suite recevoir une extension plus grande; jusqu'à présent nous n'y avons eu recours que dans les cas de cataractes lenticulaires molles ou demi-molles existant sur des sujets plus ou moins avancés en âge. Or on sait que cette espèce de cataracte se prête assez mal à l'abaissement, et que le broiement, qu'il faut alors souvent improviser pour achever l'opération, n'est pas pratiqué dans des conditions très-favorables; ce qui s'explique assez par l'âge du sujet, par la réaction qu'amènent le plus souvent les manœuvres de l'aiguille qui a traversé la sclérotique, enfin par la quantité même des matériaux soumis en même temps à l'absorption. Je pense avec M. Sichel que, dans les cas de cataractes molles ou demi-molles, l'extraction est, en thèse générale, préférable à l'abaissement et au broiement; il reste à savoir maintenant si ce que nous appelons la méthode par débridement n'est pas elle-même préférable à l'extraction dans le cas particulier qui nous occupe. Je l'ai cru et le crois encore; ce n'est même plus pour moi une simple croyance, c'est une conviction fondée sur des faits observés avec soin et suffisamment nombreux pour leyer tous les doutes et faire cesser les hésitations les plus légitimes.

La méthode par *débridement* n'est pas, j'en conviens, une opération brillante dans son exécution : on ne met pas le cristallin entre les mains du malade, comme on peut le faire après l'*extraction;* on ne le fait pas jouir immédiatement du bénéfice de la vision, comme on le permet quelquefois après l'*abaissement*, sauf quelques rares exceptions; ce n'est qu'après un, deux et trois mois que l'opéré recouvre la faculté de voir d'une manière distincte. Même à cette période de la guérison, le succès n'est pas à l'abri de toute critique. En effet, la pupille n'a plus sa position normale; elle est externe et non centrale; elle a cessé d'être contractile à l'instar de la pupille naturelle; dans le champ pupillaire primitif persistent des fragments capsulaires opaques qui altèrent plus ou moins l'expression du regard, et par suite le jeu de la physionomie. Nous convenons de tout cela, et nous en convenons sans regret. En effet, quel problème à résoudre nous pose tous les jours un sujet cataracté ? Celui de lui rendre la vue en employant la méthode qui offre le plus de chances favorables au succès définitif. Tout se réduit donc à une question de chiffres, à un relevé comparatif des insuccès et des succès fournis par les différentes méthodes; nous aborderons plus tard cette question numérique, qui renferme véritablement toute la partie pratique de notre sujet. (Commissaires : MM. Velpeau et Jobert, de Lamballe.)

— M. Dujardin (de Lille) envoie pour le concours Montyon (prix de médecine et de chirurgie) un mémoire intitulé *Observation d'œdème de la glotte guéri par la trachéotomie.* (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. Baglian adresse de Sesia (Piémont) une note concernant une méthode de traitement qu'il annonce avoir employée avec succès contre la rage, et qu'il croit devoir être également efficace contre le choléra-morbus. (Renvoi à l'examen de la section de médecine constituée en commission spéciale pour l'examen des pièces destinées au concours du legs Bréant.)

— M. Lotin soumet au jugement de l'Académie un nouveau système de chaîne galvanique destinée aux usages médicaux. (Commissaires : MM. Becquerel, Despretz.)

(Nous publierons la fin de cette séance dans un prochain numéro.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 26 avril dernier, M. A. Millet, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Tours, et M. J. Sichel, médecin oculiste à Paris, ont été autorisés à porter, le premier, la décoration de chevalier de l'ordre de Léopold (Belgique); le second, celle de commandeur de l'ordre d'Isabelle-la-Catholique (Espagne).

— S. M. le roi de Wurtemberg vient de conférer à M. le docteur Constantin James la croix de chevalier de l'ordre de Frédérick.

— Par arrêté de M. le préfet de la Seine, M. le docteur Dewulf, inspecteur-suppléant du service de la vérification des décès, est nommé inspecteur-titulaire, en remplacement de M. Sandras, décédé;

M. le docteur Josat est nommé inspecteur-suppléant, en remplacement de M. Dewulf.

— La *Presse médicale belge* annonce que M. le ministre de l'intérieur vient de soumettre aux délibérations de la chambre des représentants de Belgique un projet de loi ayant pour objet l'introduction de la nouvelle pharmacopée. Cette pharmacopée offrira les textes français et latin réunis.

— Le conseil supérieur d'hygiène de la Belgique vient d'être constitué. M. Lieds, gouverneur de la province, a été nommé président, et M. Vleminckx, inspecteur général du service de santé de l'armée, vice-président.

— Un arrêté en date du 20 mai 1856, nomme M. le docteur Parigot membre du comité d'inspection des établissements d'aliénés et des asiles provisoires de l'arrondissement de Bruxelles, en remplacement de M. André Uytterhoeven, dont la démission est acceptée.

— M. le docteur Vuillomenet, médecin cantonal à Phalsbourg (Meurthe), vient de mourir.

— Nous avons reçu trois lettres au sujet des dernières leçons cliniques de M. Trousseau : deux relatives à la question de l'amaurose albuminurique, par M. le docteur Guépin (de Nantes) et par M. le docteur Truchetet (de Gevrey-Chambertin); une relative à la question de l'impuissance, par M. le docteur Martin Saint-Ange. Le défaut d'espace nous a empêché jusqu'ici de les publier; nous les insérerons dans l'un des prochains numéros.

— Plusieurs journaux ont raconté le fait suivant, que nous enregistrons à notre tour comme un exemple singulier de coïncidence :

« Il y a quelque temps, une partie de cartes de quatre personnes se trouvait installée dans un cabaret de la ville d'Ypres, quand tout à coup, un enfant atteint de la petite vérole, et en délire par suite d'un fort accès de fièvre, fait irruption dans la salle où se trouvait le public. Nos quatre joueurs sont saisis de voir ce petit malheureux, qui est atteint par ses parents et remis au lit, d'où il s'était échappé. Le premier mouvement passé, nos joueurs ne songent plus à cette aventure; mais quelques jours après, un d'entre eux gagne la petite vérole et meurt; un second se trouve atteint de la même maladie, qui a également une fin fatale. Le troisième est frappé à son tour et éprouve le même sort que les précédents. Enfin, le quatrième joueur vient de mourir tout récemment. »

— M. Beau, médecin de l'hôpital Cochin, a ouvert son cours de clinique médicale le mardi 20 mai. Il le continuera les mardis, jeudis et samedis. Visite des malades à huit heures; leçons à neuf heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie. Recherches cliniques sur l'application de cette médication au traitement des congestions chroniques du foie, de la rate, de l'utérus, des poumons et du cœur; des névralgies et des rhumatismes musculaires; de la chlorose et de l'anémie; de la fièvre intermittente, des déplacements de la matrice, de l'hystérie; des ankyloses, des tumeurs blanches, de la goutte; des maladies de la moelle, des affections chroniques du tube digestif, des pertes séminales, etc.; par Louis Fleury, médecin de l'Empereur, médecin en chef de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, etc. — Deuxième édition, revue, corrigée et augmentée. Un vol. in-8°, avec planches lithographiées. Prix : figures noires, 8 fr.; figures coloriées, 10 fr. — A Paris, chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine.

Théorie de l'antagonisme et de la pondération appliquée au choléra asiatique, aux fièvres et autres dérangements de la circulation; par le docteur Alexandre Gérard, chevalier de la Légion d'honneur, médecin à Etain. In-8°. Prix : 1 fr. 75 c. — A Paris, chez Labé.

Le Soub.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 63. — JEUDI 29 MAI 1856. (29e ANNÉE.) N° 63. — JEUDI 29 MAI 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste on en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tons les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institne un fonds de 3,000 fr. pour encouragements anx autenrs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne penvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à tonte personne qni en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les antres pays, le port en sus snivant les derniers tarifs des-postes.

PARIS, LE 28 MAI 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

Cette séance se divise en deux parts, l'une très-calme, c'est la séance publique; l'autre très-agitée, le comité secret. Dans la séance publique, M. Bousquet a entretenu l'Académie d'un fait qui eût été très-intéressant s'il ne laissait à désirer sur un point fort essentiel, sur sa réalité même. Deux honorables praticiens d'Eure-et-Loir avaient envoyé à l'Académie des plaques contenant du virus recueilli sur les mains d'un homme qui présentait des pustules parfaitement semblables aux pustules vaccinales. Cet homme, qui exerçait la profession de maréchal ferrant, avait ferré quelque temps auparavant un cheval affecté de la maladie connue sous le nom d'*eaux aux jambes*.

La nature de cette affection avait été reconnue par un vétérinaire très-compétent. D'un autre côté, l'époque du développement des pustules, en tenant compte de la période d'incubation, coïncidait avec le moment où cet homme avait ferré l'animal. Jusque-là rien ne manque, en apparence, à la démonstration de l'origine et de la nature de cette éruption. Et cependant, M. Bousquet est loin d'être convaincu. Voici le motif de ses doutes, à nos yeux parfaitement fondés.

Les pustules constatées sur les mains de cet homme étaient, avons-nous dit, parfaitement semblables aux pustules vaccinales. Le virus recueilli sur ces pustules et reporté sur des enfants et sur des adultes non vaccinés, a produit des pustules semblables. Les expériences faites à Chartres sont répétées à Paris par M. Bousquet et donnent le même résultat. A Paris comme à Chartres, on obtient, avec le virus en question une vaccination régulière, normale, trop normale; c'est même ce que lui reproche M. Bousquet, et ce qui l'éloigne de croire à l'origine assignée à ce virus par les médecins d'Eure-et-Loir. Il résulte, en effet, des observations et des expériences plusieurs fois répétées depuis Jenner, que le virus des eaux aux jambes du cheval, inoculé directement à l'homme, n'a jamais produit la vaccine. Ce n'est qu'après avoir passé par la vache, et y avoir été en quelque sorte transformé et comme naturalisé, que ce virus, de nouveau reporté sur l'homme, y produit tous les phénomènes de la vaccination. Mais dans ce dernier cas, comme dans le cas du transport d'emblée et direct du virus de la vache à l'homme, les choses ne se passent point comme elles se sont passées chez ce sujet; c'est-à-dire qu'au lieu d'avoir une vaccination simple, qui ne donne qu'un nombre de pustules égal au nombre de piqûres, avec une réaction locale et générale très-modérée, on a une éruption exubérante avec réaction inflammatoire vive et réaction fébrile générale plus ou moins intense. Or, rien de semblable n'a eu lieu ici.

En rapprochant cette circonstance du résultat négatif des expériences antérieures d'inoculation directe du virus des eaux aux jambes, du cheval à l'homme, d'une part, et d'autre part de la parfaite similitude de l'éruption obtenue dans ce cas-ci avec l'éruption vaccinale ordinaire, M. Bousquet a été conduit à douter que l'éruption qu'a présentée ce maréchal ferrant eût réellement pour origine l'inoculation accidentelle du virus des eaux aux jambes du cheval. D'où est venue, et comment est venue cette éruption vaccinale? C'est ce qu'on ignore sans doute. Mais, si inexplicable que cela soit, on n'est pas admis à en conclure un fait contraire à l'expérience. Telle est sur ce sujet délicat l'opinion de M. Bousquet, qui a plus que personne autorité pour résoudre ces sortes de questions. Le fait communiqué par MM. Maunoury et Pichot est un fait douteux, et dont il n'est possible de tirer, quant à présent, aucune conséquence formelle.

— Un mot seulement sur le comité secret, comité si bruyant que le secret n'a été que pure illusion, et qu'à travers les portes closes on en pouvait apprendre autant en dehors qu'en dedans. Nos lecteurs savent déjà, car nos renseignements avaient été parfaitement exacts, que la section présentait une double liste parallèle, l'une de thérapeutistes, et l'autre de naturalistes. Mais les sections proposent, et l'Académie dispose. Ce qu'avait fait la section, l'Académie l'a défait, en souveraine qu'elle est, nonobstant certaines théories contraires que nous avons entendu émettre à cette occasion. Et nous ajoutons qu'elle a bien fait.

Nous avons déjà eu l'occasion de dire notre pensée sur ces listes doubles, qui ne font que traduire les embarras et les hésitations des sections, semblant ainsi vouloir se débarrasser sur l'Académie de la responsabilité qu'elles n'osent pas assumer elles-mêmes. L'Académie, sans doute, n'est nullement engagée par la liste de présentation ni par l'ordre de classement des candidats; elle sait toujours, en définitive, reconnaître les siens dans la mêlée, et elle est parfaitement libre de choisir au milieu, ou en tête, ou à la queue de la liste, et même, à l'occasion, en dehors de cette liste, comme cela s'est vu quelquefois en d'autres lieux. Mais elle a quelquefois besoin d'être guidée par les membres de la section auxquels on doit supposer plus de compétence dans l'appréciation de la valeur et du mérite respectif des candidats, ainsi qu'une connaissance plus précise et plus exacte des besoins de la section et de la nature des services qu'elle aura à attendre des candidats qu'elle propose. Ce qui importait surtout ici à l'Académie, c'était moins d'être fixée sur la valeur des candidats, qu'elle connaît pour la plupart aussi bien sans doute que les membres de la section, que d'être éclairée sur les besoins de cette section et sur l'opportunité de choisir parmi les thérapeutistes ou parmi les naturalistes. Or, c'est justement sur ce point que la section la laisse indécise en lui présentant une liste double. Nous ne pouvons donc que louer l'Académie du parti qu'elle a pris d'annuler la présentation, et d'inviter la section à se réunir dans le courant de la semaine, à l'effet de lui présenter mardi prochain une liste unique, soit de thérapeutistes, soit de naturalistes, à son choix. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. ARAN.

Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus.

(Recueillies et rédigées par M. RABAUD, interne du service.)

DE L'INFLAMMATION DU TISSU CELLULAIRE DU BASSIN, ET DE SON TRAITEMENT.

Quatre malades, que vous avez eu l'occasion de voir dans mon service, me permettront aujourd'hui de vous entretenir d'une maladie dont l'histoire n'est complète que depuis quelques années; je veux parler de l'inflammation du tissu cellulaire du bassin. J'en profiterai pour vous signaler un traitement qui, s'il n'est pas applicable à tous les cas, rend du moins, dans le plus grand nombre, des services manifestes.

Des quatre malades dont je veux vous entretenir, la première, couchée au n° 24 de la salle Sainte-Thérèse, a vingt-trois ans; elle est d'une assez bonne constitution, et paraît maintenant jouir d'une bonne santé.

Réglée à treize ans et demi, mariée à vingt et un ans, les règles ont augmenté à partir de ce moment, et les flueurs blanches sont au contraire devenues moins abondantes. Il y a deux mois et demi, elle est accouchée, après quarante-huit heures de douleurs, d'un enfant à terme. C'est à cet accouchement que nous devons rapporter l'origine des accidents. En effet, elle s'est levée au bout de dix jours, et s'est bientôt aperçue de tiraillements dans le côté gauche du bas-ventre. Elle a continué à marcher, mais la douleur s'est convertie en une sensation de brûlure dans le ventre, dans les reins; les garde-robes et les mictions sont devenues douloureuses; elle a été prise de fièvre, de dyspepsie et d'amaigrissement.

A son entrée, la malade nous a présenté tous les accidents déjà indiqués. Affaiblissement très-marqué: pouls à 112 pulsations, etc.

Notre attention s'est portée sur les organes génitaux, et nous avons constaté de la douleur dans le bas-ventre, principalement du côté gauche, et une tumeur du volume d'un œuf de dinde collée à l'utérus, occupant le repli latéral gauche du vagin, s'étendant en avant du col et le dépassant supérieurement. L'application du spéculum nous a montré un état morbide de l'utérus lui-même, avec coloration d'un rouge vif pénétrant dans la cavité du col, d'où s'échappait un mucus opaque et abondant.

— Le n° 27 de la même salle était occupé par une malade sortie guérie dans ces derniers jours. Voici son observation :

Vingt-deux ans, ouvrière en caoutchouc. Réglée à quinze ans. Constitution bonne, tempérament lymphatique. Neuf jours auparavant, la malade avait fait une fausse couche de trois mois, et, n'éprouvant pas de douleur dans l'abdomen, s'était levée le deuxième jour. Mais ce même jour, ou le lendemain, elle a été prise de douleur dans le bas-ventre, principalement du côté gauche, d'accablement, de fatigue générale et de fièvre.

A son entrée, chaleur de la peau; 96 pulsations; douleur dans le bas-ventre, surtout à gauche; sensibilité à la pression dans l'hypogastre et la fosse iliaque droite; amaigrissement, décoloration générale des tissus, garde-robes et mictions parfaitement indolentes. Au toucher, utérus immobile; tumeur du volume d'un œuf d'oie, située à droite de l'utérus, adhérente à cet organe, et s'immobilisant complétement; écoulement leucorrhéique abondant.

— Au n° 31, était une femme de vingt et un ans, chapelière, réglée à treize ans. Accouchée il y a quatre ans, elle s'était levée au neuvième jour, et avait conservé de la douleur dans le ventre depuis cette époque. Il y a sept mois, ses règles sont devenues très-douloureuses. Quoiqu'il y ait une relation entre ce dernier symptôme et l'accouchement antérieur, on ne saurait attribuer directement à cette couche les accidents qui nous occupent. A ces symptômes de métrite, datant de sept mois, sont venus s'ajouter, quelques jours avant son entrée à l'hôpital, des douleurs dans les reins, l'hypogastre, les fosses iliaques. L'état général est devenu mauvais.

Au toucher, nous avons constaté une tumeur située en arrière de l'utérus, se continuant avec le fond de l'organe, et donnant l'idée d'une rétroflexion. En outre, douleur très-vive dans les mouvements imprimés par le doigt, et chaleur de tout le vagin. La sonde utérine pénètre en haut; courbure en avant.

— Enfin, la quatrième malade est couchée au n° 25. Vingt et un ans, domestique. Tempérament sanguin; réglée à dix-sept ans. Il y a trois mois, fausse couche. A la suite, elle n'a pas pu travailler, et a perdu du sang pendant vingt et un jours. Néanmoins, ne ressentant pas de douleur, elle s'est levée le huitième jour, et a beaucoup marché. Cette imprudence a été cause de douleurs dans la fosse iliaque gauche, et de douleurs dans les reins, survenues il y a quinze jours. Au toucher, col sain, régulier, peu volumineux; utérus presque insensible et peu mobile. Dans le ligament large du côté droit, tumeur douloureuse à la pression, se prolongeant en avant et en arrière de l'utérus, et formant autour de son col un anneau presque complet. Etat général assez satisfaisant.

Les quatre observations que nous venons d'analyser serviront à vous faire comprendre combien on a tort de vouloir décrire à part certaines espèces particulières d'inflammations de tissu cellulaire du bassin, de les diviser, par exemple, suivant qu'elles surviennent pendant l'état puerpéral, ou bien hors de cet état en *puerpérales* et non *puerpérales*.

Chez toutes ces malades, en effet, que l'inflammation ait succédé ou non à un accouchement, ces accidents se sont comportés de la même manière.

Et, si l'on observe quelquefois des différences dans les accidents qui accompagnent l'inflammation du bassin dans l'état puerpéral, ces différences tiennent à ce qu'il est assez commun de voir alors le péritoine participer à l'inflammation, à ce qu'il peut y avoir aussi complication de métrite ou d'ovarite, à ce qu'enfin chez les femmes récemment accouchées les phlegmasies passent rapidement à suppuration.

Mais ces caractères ne sont pas spéciaux à l'inflammation post-puerpérale du tissu cellulaire du bassin; l'état puerpéral ne fait que créer des facilités plus grandes pour la terminaison par suppuration ou pour des complications vers le péritoine ou vers les organes voisins.

Je n'admets pas non plus cette distinction que MM. Nonat et Gosselin ont voulu établir entre les phlegmons du tissu cellulaire du bassin suivant qu'ils sont *aigus*, *subaigus* ou *chroniques*. Toutes ces inflammations sont primitivement aiguës; il en est seulement dont la marche se ralentit et qui peuvent éprouver des recrudescences, principalement sous l'influence du molimen hémorrhagique; d'autres ne sont nullement influencées ni par l'apparition des règles ni par le coït souvent exagéré.

Les causes de ces phlegmons se trouvent généralement dans un état maladif de l'utérus.

Chez une de nos malades, cette inflammation est apparue à la suite d'une fausse couche récente; chez d'autres, c'est à la suite de fausses couches ou de couches plus ou moins éloignées.

Quelquefois ce n'est plus le traumatisme qui en est la cause oc-

casionnelle : ce sont les derniers restes d'un état morbide que l'accouchement a laissés après lui qui se sont aggravés par les imprudences de la malade.

Dans beaucoup de circonstances, il est probable qu'il n'est besoin de rien de tout cela, et que la menstruation est suffisante pour produire ces phlegmasies : l'abondance des règles entraînant une congestion trop grande, la suppression de ce flux au milieu de sa marche rendent compte de l'apparition de ces tumeurs, qui se rencontrent quelquefois chez des filles vierges.

Je mentionnerai, enfin, une cause à laquelle on ne fait pas jouer un rôle assez important, c'est le coït exagéré, dont l'influence se fait sentir surtout à l'époque des règles et donne souvent lieu à ces maladies.

Les symptômes d'inflammation du tissu cellulaire du bassin sont obscurs au début ; il est rare de voir un frisson violent ouvrir la scène des accidents, à moins que la matrice ou les ovaires, et surtout le péritoine, ne participent à l'inflammation.

Le plus souvent les malades n'éprouvent que de la douleur en marchant, ou simplement une gêne, une pesanteur, un engourdissement dans le bas-ventre ou dans un membre, s'accompagnant parfois d'un peu d'œdème, rarement des douleurs expulsives, quelques douleurs en allant à la garde-robe ou pour uriner.

L'état général est le plus souvent mauvais ; la malade éprouve de petits frissons irréguliers, revenant plusieurs fois par jour ; la peau est chaude et sèche ; le pouls petit, serré ; la face pâle et terne ; il survient souvent de la dyspepsie ; en quelques jours, assez rapidement même, les malades tombent dans la prostration.

Si l'on n'avait que les données fournies par ces symptômes rationnels, à moins d'une saillie énorme de la tumeur susceptible d'être perçue par les pulsations, il serait impossible de diagnostiquer les inflammations du tissu cellulaire du bassin ; mais le toucher vient lever les doutes.

En introduisant le doigt dans le vagin, on constate d'abord une chaleur vive de ce conduit, donnant presque la sensation de brûlure. Le col peut être parfaitement sain ou déchiré, béant, etc. ; l'utérus peut être dans sa position normale, ou bien incliné à droite, à gauche, etc. ; mais, au lieu de le trouver mobile comme dans l'état normal, on est étonné de reconnaître qu'il est souvent impossible de lui imprimer des mouvements.

Dans le cul-de-sac vaginal, au lieu de la souplesse qui y existe ordinairement, on éprouve une résistance ; on sent une tuméfaction plus ou moins volumineuse, tantôt régulière, arrondie, tantôt irrégulière et bosselée, presque toujours douloureuse à la pression ; tantôt cette tumeur est située en arrière, et alors elle donne l'idée d'une rétroflexion de l'utérus ; tantôt elle est sur les côtés et bien limitée, ou bien elle envoie des prolongements en avant, en arrière de l'utérus, qui peut être pris dans un anneau complet. D'autres fois ce n'est plus un anneau, mais une masse dure, napiforme, dans laquelle l'utérus est complétement enveloppé et immobilisé avec ses annexes, comme dans une véritable gangue.

Ces tumeurs sont toujours adhérentes à l'utérus lorsque ce dernier a conservé sa mobilité ; elles sont entraînées dans les mouvements communiqués à l'organe.

Il ne faut pas se contenter du toucher vaginal dans quelques cas douteux, surtout lorsque la tumeur est située en arrière de l'utérus ; le toucher rectal éclaire le diagnostic. On peut même, en introduisant le pouce dans le vagin et l'index dans l'anus, saisir quelquefois la tumeur entre les doigts lorsqu'elle est postérieure à l'utérus, et percevoir une sensation de fluctuation ou plutôt d'élasticité profonde indiquant la présence probable du pus.

L'introduction du spéculum peut être nécessaire ; cette opération est douloureuse ; aussi doit-on en profiter pour introduire la sonde utérine s'il y a lieu, ou pour commencer le traitement.

Que deviennent ces tumeurs ? Assez souvent les phénomènes inflammatoires, après quelques jours de durée, disparaissent, et cependant la malade reste souffrante, accablée ; la marche lui occasionne de la douleur et de la fatigue ; le phlegmon reste douloureux et induré, ou bien il se fait une nouvelle poussée, et la suppuration commence. Il n'est pas vrai de dire que la suppuration n'arrive que chez les femmes nouvellement accouchées. Ce qui est vrai, c'est que, chez elles, on évite plus difficilement cette terminaison.

La suppuration est annoncée dans ces tumeurs par de petits frissons revenant surtout le soir, bientôt suivis de chaleur de la face et d'une transpiration abondante. Ces frissons irréguliers peuvent apparaître pendant un temps assez long, et pendant toute cette période la malade souffre souvent très-peu. Le ventre peut être complétement indolent, même à la pression ; par exemple, lorsque la tumeur est située en arrière et est peu volumineuse.

L'accroissement de ces tumeurs se fait lentement ; elles arrivent rarement à dépasser le volume d'un œuf de dinde.

On a insisté un peu trop, à mon avis, sur la gravité de cette affection ; on a dit, par exemple, que ces phlegmons s'ouvraient souvent dans l'abdomen et occasionnaient des accidents graves. Ce cas est heureusement fort rare ; car la péritonite qui survient alors est mortelle. Ces phlegmons s'ouvrent presque toujours par des pertuis très-petits dans le rectum ou le vagin ; et cette ouverture est provoquée par un accès de toux, par des efforts en allant à la garde-robe.

Ils peuvent encore se frayer une voie à travers la vessie, circonstance rare, dont j'ai pu recueillir pourtant une ou deux observations, ou bien ils viennent s'ouvrir à travers les parois abdominales, terminaison peu favorable. Dans un cas, j'ai pu observer et constater à l'autopsie un abcès semblable qui, après avoir fusé le long des vaisseaux fémoraux, était venu s'ouvrir au pli de l'aine. On a également mentionné leur issue dans la grande lèvre.

A partir de l'ouverture de l'abcès, la malade se trouve très-soulagée, et le plus souvent les accidents ne durent plus longtemps. Mais il peut arriver, ou bien que le pus ne soit plus sécrété, circonstance favorable et assez fréquente, ou bien que de nouveaux frissons apparaissent ; qu'une suppuration nouvelle s'établisse et donne lieu à des accidents interminables, que M. Bourdon a très-bien signalés dans un excellent mémoire sur les tumeurs du petit bassin.

Il peut encore se faire que ces tumeurs, au lieu de se résoudre complétement ou de suppurer, tendent lentement vers la résolution ; elles cessent d'être douloureuses, ne donnant lieu qu'à quelques pesanteurs qui n'empêchent pas la malade de marcher. Mais elles sont sujettes, au moment des règles, à des exacerbations revenant quelquefois tous les mois ; d'autres fois, on observe ces exacerbations à la suite d'imprudences, de coït répété. C'est cette forme que M. Gosselin appelle *chronique avec redoublements inflammatoires.*

Quelques affections peuvent être confondues avec le phlegmon de la fosse iliaque.

Une rétroflexion de l'utérus, par exemple, peut donner lieu à cette erreur ; mais l'introduction de la sonde utérine vient éclairer le médecin. Dans le cas de rétroflexion, elle doit pénétrer en arrière et présenter sa courbure en bas.

On peut encore avoir à différencier ces phlegmons d'une tumeur fibreuse ; mais la dureté ligneuse de ces dernières, l'absence de phénomènes inflammatoires, l'existence de pertes utérines, l'âge de la malade, etc., permettent presque toujours d'établir le diagnostic.

Le doute est souvent bien plus grand quand il s'agit d'un hématocèle, tumeur dont le siége est assez souvent la cavité péritonéale, rarement l'ovaire, et peut-être quelquefois le tissu cellulaire du bassin. Pour les distinguer, on se rappellera que l'hématocèle est une maladie qui débute d'une manière brusque, sans cause bien appréciable ; que le début coïncide néanmoins le plus souvent avec des troubles de la menstruation ; qu'elle a été précédée depuis plus ou moins longtemps d'une hémorrhagie, ou bien suppression menstruelle, tandis que l'inflammation du tissu cellulaire succède à une grossesse, à une fausse couche, à une inflammation utérine, à un traumatisme de toute espèce.

Je vous rappellerai encore que ces hématocèles sont annoncées par une douleur brusque dans tout un côté de l'abdomen, avec nausées, vomissements, engourdissement dans la jambe correspondante, pesanteur au périnée, le tout coïncidant avec une débilité presque instantanée, une décoloration voisine de l'état anémique le plus profond, et l'apparition d'une tumeur plus ou moins volumineuse s'élevant parfois au-dessus du détroit supérieur.

Cette tumeur indolente et mollasse comprime les parois du vagin, et peut empêcher le doigt de pénétrer jusqu'au col de l'utérus, qui est perdu ainsi que le reste de cet organe au milieu d'une masse beaucoup moins dure que le phlegmon péri-utérin.

Quand de pareils symptômes apparaissent à la suite de ménorrhagies et dans un état de santé parfaite, ils doivent laisser peu de doute sur la nature de la tumeur. Du reste, à l'encontre des phlegmons, les hématocèles deviennent de plus en plus dures à mesure qu'on s'éloigne du début, ils s'indurent et se rétractent de jour en jour avec une grande rapidité ; on est tout étonné de les voir disparaître presque complétement en dix ou quinze jours.

M. Charcot a signalé dans ces derniers temps de petits kystes hydatiques qui viennent s'interposer entre l'utérus et le rectum. Quoi qu'ils ne donnent lieu à aucune espèce d'accidents, on comprend qu'ils puissent dans certains cas devenir une cause d'erreur et être pris pour des phlegmons ; j'en dirai autant de ces petits kystes de l'ovaire, qui, au lieu de s'élever dans l'abdomen, tombent derrière le rectum.

On a proposé beaucoup de moyens pour le traitement de ces phlegmons ; M. Nonat a poussé l'emploi des émissions sanguines à un degré d'exagération que je ne vous engagerai pas à imiter. A côté des médecins qui prescrivent des saignées locales ou générales, il en est d'autres qui ne donnent que des purgatifs. Disons-le tout de suite, les purgatifs font toujours beaucoup de bien à ces malades, qui sont très-souvent sujettes à des constipations rebelles.

Voici, pour ma part, le traitement auquel je me suis arrêté :

J'avais remarqué depuis longtemps, en traitant les inflammations de l'utérus, qu'il n'y avait pas de comparaison à établir au point de vue de l'amendement des symptômes entre les saignées générales et les saignées locales sur l'abdomen ; et entre ces dernières et les sangsues appliquées sur le col de l'utérus ; les résultats favorables de cette dernière méthode m'ont engagé à l'appliquer aux phlegmons du tissu cellulaire du bassin.

Douze sangsues sur le col de l'utérus suffisent pour enlever presque instantanément la pesanteur du bas-ventre et la douleur.

Le bien-être de la malade, l'absence de la douleur les jours suivants, indiquent les cas où l'inflammation a été domptée. Si la sensibilité persiste, et surtout lorsque la tumeur est volumineuse, on ne doit pas s'en tenir à cette simple application de sangsues ; il faut donner le mercure à l'intérieur à doses fractionnées ; à l'extérieur, faire des frictions sur l'abdomen avec l'onguent napolitain, introduire même dans le vagin des mèches enduites de pommade mercurielle. Il importe, si la malade a du dévoiement, de ne donner le calomel qu'à des doses très-fractionnées, 0,05 en 12 paquets ; dans d'autres cas, surtout s'il y a de la constipation, on le donnera à la dose de 1 gr., 1 gr. 50 associé à 0,10, 0,15 d'opium ; s'il survient de la salivation, il faut cesser le médicament.

Il est des cas où la première application de sangsues suffit pour enlever tous les phénomènes inflammatoires ; on passe alors immédiatement à une autre espèce de moyens dont on fait suivre également les mercuriaux, je veux parler de l'hydrothérapie. J'applique dans cette maladie la sudation sèche avec des lampes suivie de douches froides, suivant la méthode de M. Fleury.

Les malades sont d'abord placées dans un châssis recouvert de toile cirée, assises sur une chaise à claire-voie sous laquelle brûlent des lampes à alcool ; lorsqu'elles transpirent, on les transporte sous la douche d'eau froide, on les y laisse jusqu'à ce qu'elles commencent à éprouver une sensation de froid, ce qui a lieu au bout d'une, deux, trois minutes ; alors on cesse l'eau froide, on frictionne toute la peau, et l'on transporte les malades à leur lit.

Les sudations sont répétées tous les deux jours.

C'est après un traitement composé seulement des sangsues sur le col et de la sudation, traitement qui a duré cinq semaines, que le n° 27 est sortie complétement guérie après seize sudations et douches seulement.

C'est après le même traitement que la tumeur du n° 81 a été réduite à un volume très-minime, après huit semaines de traitement et seize douches avec sudatien.

Enfin, c'est encore après le même traitement que les n°s 35 et 24, sans être complétement guéries en ce moment, sont dans un état très-satisfaisant.

PÉRITONITE TUBERCULEUSE ET MALADIE DE BRIGHT,

existant simultanément chez le même sujet ;

Par M. le docteur DUFAU, de Carbonne (Haute-Garonne).

Jean Bonnemaison, âgé de cinq ans, vacciné, non variolé, a éprouvé des convulsions pendant la première évolution dentaire. A cela près, bonne santé jusqu'à ce jour. Sa maladie date d'un mois et demi. Le début a été marqué par un mouvement fébrile irrégulier, à type le plus souvent quotidien. Il y avait, le soir, quelques frissons suivis de bouffées de chaleur. L'enfant est devenu indifférent aux jeux de ses camarades ; il a maigri peu à peu. En même temps, il a accusé une douleur vive dans les régions épigastrique et hypocondriaque gauche. Puis il a été pris de vomissements qui se répétaient après le repas et amenaient l'expulsion d'un liquide verdâtre mêlé à des parcelles alimentaires. La mère, alarmée par ces symptômes, examine les parties douloureuses et constate une tuméfaction notable. Elle m'apporte l'enfant aussitôt. Je fais le premier examen le 2 janvier.

L'enfant est assez développé pour son âge. Il a les cheveux noirs ; le front proéminent, les yeux cernés, la face pâle, souffreteuse. J'apprécie par la vue le gonflement de la zone sus-ombilicale. La palpation, la dépression de l'abdomen me font découvrir en ce point plusieurs tumeurs anfractueuses, indépendantes de la paroi abdominale qui glisse librement à leur surface. L'une d'elles, placée à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic, a la forme et la grosseur d'un petit œuf de poule. Une tumeur semblable, mais d'un volume moindre, est trouvée dans la fosse iliaque gauche.

L'abdomen est tendu, rénitent, sonore, sauf au niveau des tumeurs. Point de fluctuation. Les vomissements mentionnés plus haut persistent avec opiniâtreté ; ils sont accompagnés de céphalalgie avec alternatives de pâleur et de rougeur de la face. Point de diarrhée. La température de la peau est normale ; le pouls à 80 ; l'amaigrissement, la faiblesse vont en augmentant.

Je diagnostique une tuberculisation générale avec manifestation spéciale dans le grand épiploon et les méninges. Les accidents les plus redoutables menaçant le cerveau, je prescris :

Calomel 0,15, sucre 1 gramme, à prendre deux fois par jour ; diète lactée ; pédiluves sinapisés.

Point de nouvelles de l'enfant pendant un septénaire.

Le 9, je suis mandé. J'apprends que, le 4, les pieds se sont gonflés ; que l'œdème a disparu sous l'influence des frictions stimulantes ; que, dans la matinée du 9, une céphalalgie très-intense, accompagnée de délire, de paralysie de la face, de vomissements, a éclaté, et que la mort a été imminente.

Le 9 janvier au soir, j'observe ce qui suit : Décubitus latéral gauche ; face bouffie couverte de taches de rousseur. Point de paralysie. Rien dans la poitrine. Maigreur permettant de compter les côtes et les intervalles intercostaux. Zone sus-ombilicale, *ut suprà ;* abdomen ballonné. Veines bleuâtres se dessinant sous la peau. Signes pathognomoniques de l'ascite. Maigreur considérable des membres inférieurs. Œdème des pieds. Pouls petit, à 100. Peau sans chaleur. Appétit conservé ; vomissements ; diarrhée opiniâtre ; odeur fétide des matières stercorales ; urine excrétée en quantité moindre que d'habitude. Urine trouble, exhalant l'odeur du bouillon de bœuf ; agitée dans le vase qui la contient, elle mousse ; traitée par l'acide nitrique, elle donne un coagulum abondant qui se dissout dans un excès d'acide. — Bain de vapeur ; chiendent nitré ; diète lactée ; 0,01 extrait d'opium matin et soir.

Le 11, même état, même traitement.

Le 12, diurèse, diaphorèse abondantes ; face revenue presque à l'état naturel. Plus de gonflement des pieds ; pouls à 80 ; plus de vomissements ni de diarrhée ; appétit vif. — Bain de vapeur, chiendent nitré, fomentations diurétiques sur l'abdomen ; un peu de bœuf grillé ; eau rougie.

Le 13 janvier, œdème léger des pieds et du scrotum ; idem pour l'ascite ; face un peu gonflée, diarrhée peu abondante, nausées sans vomissements ; l'urine du 12, conservée dans un verre, offre deux couches ; l'une, supérieure, trouble ; l'autre, inférieure, floconneuse, blanchâtre, grumeleuse, toutes deux offrant sous l'influence de l'acide nitrique les phénomènes mentionnés plus haut.

Le 14, décubitus latéral gauche ; œdème de la face plus prononcé à gauche ; point de diarrhée, vomissement léger.

Le 15, même état.

Le 18, décubitus latéral droit; face plus gonflée à droite; nuage muqueux; point de dépôt floconneux dans l'urine, point de précipité sous l'influence de l'acide nitrique; abdomen moins volumineux, fluctuation obscure; dureté très-considérable des parois abdominales. En déprimant l'abdomen au niveau de l'épigastre et de l'hypocondre gauche, la main perçoit des craquements rudes, une sorte de bruit de cuir neuf du péritoine; faiblesse, marasme.

Suspendre les bains de vapeur, fomentations *ut suprà*, cataplasmes de ciguë sur l'abdomen; à l'intérieur, 0,01 extrait de ciguë matin et soir; régime *ut suprà*.

Le 20, œdème léger des paupières; point d'albumine dans les urines, coliques violentes, lientérie, point de vomissements. — Remplacer la ciguë par l'extrait thébaïque; diète lactée.

Le 22, plus de diarrhée ni de vomissements; la douleur rend la palpation de l'abdomen impossible; pouls à 100, appétit perdu, faiblesse toujours croissante.

Le 26, diarrhée, vomissements opiniâtres, plaintes incessantes; urine divisée en deux couches; *ut suprà* précipitant par l'acide nitrique; œdème de la face, des pieds, des jambes; douleur abdominale intolérable, faiblesse extrême.

Le 27 janvier, mort dans le marasme.

Cette observation nous paraît remarquable :

1° Par la coïncidence de la péritonite tuberculeuse et de la maladie de Bright. C'est une coïncidence analogue à celle que MM. Rilliet et Barthez ont notée pour la méningite granuleuse et les tubercules cérébraux. Mais y a-t-il pour le cas qui nous occupe un véritable rapport étiologique entre la tuberculisation péritonéale et l'albuminurie? C'est sur quoi il est difficile de se prononcer.

2° La possibilité de palper les plaques tuberculeuses à travers les parois de l'abdomen et de déterminer la forme, l'étendue de l'une d'elles.

3° Un craquement rude très-manifeste, une sorte de bruit de cuir neuf, senti avec la main au niveau des plaques; ce phénomène, qui a été signalé en 1835 par M. Despretz dans un mémoire lu à la Société anatomique, est un élément de diagnostic fort important, bien qu'il n'appartienne pas exclusivement à la péritonite tuberculeuse.

4° L'œdème de la face, qui était toujours plus prononcé du côté sur lequel le petit malade était couché.

5° Le caractère extrêmement remarquable de l'urine qui, recueillie depuis la veille, se divisait en deux couches, l'une supérieure, trouble; l'autre inférieure, blanchâtre, grumeleuse, floconneuse : toutes deux précipitant abondamment par l'acide nitrique, et donnant un coagulum qui se dissolvait dans un excès de cet acide. (*Gazette hebdomadaire.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 mai 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Tarn en 1855.

2° Les rapports des médecins des épidémies pour l'arrondissement de Coutances, sur une épidémie de rougeole et de scarlatine qui a régné dans cet arrondissement.

3° Le rapport de M. de la Montagne, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Neufchâteau, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Bollainville en mars et avril 1856. (Commission des épidémies.)

4° Trois communications relatives à des remèdes secrets ou nouveaux. (Commission des remèdes secrets.)

5° L'état des vaccinations opérées en 1855 dans le département de la Haute-Vienne. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur G. di Martino (de Naples) adresse une lettre sur l'*otomiosia*, ou rapetissement du pavillon de l'oreille, dans les cas où cette partie présente un développement anormal. (Commissaires : MM. Poiseuille et Jobert.)

— M. le docteur Dutrouleau, premier médecin en chef de la marine, adresse un mémoire sur la fièvre jaune. (Commissaires : MM. Louis et Gérardin.)

— M. Marc d'Espine (de Genève) envoie un mémoire intitulé *De l'entière ignorance où on se trouve sur le rôle que jouent dans la mortalité de la France les divers accidents de diverses maladies, même les plus faciles à reconnaître*. (Commissaires : MM. Guérard et Bégin.)

— M. le docteur Sales-Girons adresse un mémoire intitulé *Étude médicale sur les inhalations respiratoires d'eau minérale, à propos de la chambre de respiration instituée à l'établissement des eaux sulfureuses de Pierrefonds-les-Bains (Oise)*. (Commissaires : MM. Pâtissier et Henry.)

— M. P. Hogg, pharmacien, adresse un mémoire pharmaceutique sur la pepsine associée au fer réduit par l'hydrogène et à l'iodure de fer sous forme de pilules. (Commission nommée pour l'examen du travail de M. Corvisart.)

— M. Jules Dubois (d'Abbeville) communique une observation de kystes libres dans les cavités du cœur. (Commissaires : MM. Cruveilhier et Barth.)

— M. Laforêt, médecin à Lavit (Tarn-et-Garonne), adresse une note intitulée *Quelques détails au sujet de la variole manifestée en ce moment dans la commune de Castera-Rouzet*. (Commission de vaccine.)

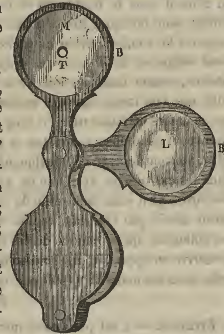
Traitement de la fièvre puerpérale par le sulfate de quinine. — M. Beau fait à l'Académie la communication suivante :

Je viens d'employer avec un grand succès le sulfate de quinine à haute dose (1 gramme) contre la fièvre puerpérale, dans ma salle d'accouchements, à l'hôpital Cochin.

On commence le traitement par l'emploi d'un émétique ou d'un éméto-cathartique, puis, après les évacuations provoquées par l'émétique, on donne le sulfate de quinine en potion, comme cela se pratique dans le rhumatisme articulaire, d'après la méthode de M. Briquet. On observe que l'ivresse *quinique* déterminée dans la fièvre puerpérale est très-considérable, donnant lieu à une grande stupeur et à une surdité intense. A la faveur de cette ivresse, la fièvre tombe, les douleurs abdominales disparaissent, et la malade se trouve rapidement mieux.

Le sulfate de quinine ne réussit pas toujours dans la fièvre puerpérale. Une circonstance fâcheuse qui vient empêcher son action, est le vomissement assez fréquent dans cette maladie, qui fait rejeter le médicament, et empêche par conséquent son absorption. Aussi, dans ces cas, n'observe-t-on pas l'ivresse quinique, condition indispensable de l'efficacité du sulfate de quinine dans la fièvre puerpérale comme dans le rhumatisme articulaire.

Ophthalmoscope. — M. Henry Soleil, opticien, présente à l'Académie un ophthalmoscope qu'il a exécuté d'après les indications de M. le docteur Castorani.



Cet instrument, très-simple, très-portatif et d'un prix modique, ressemble entièrement à une loupe à herboriser, comme cela se voit dans la figure : A manche; B B' monture; M miroir concave ordinaire de 20 centimètres de rayon et de 32 millimètres de diamètre; T trou central par lequel on regarde; L lentille biconvexe de 55 millimètres de foyer. Lorsque l'instrument est fermé, il offre 8 centimètres de longueur, 4 de largeur et 18 millimètres d'épaisseur.

Quant à son usage, il est nécessaire de dire seulement que, pour se servir de la lentille biconvexe, on doit la chasser de la place qu'elle occupe en la poussant d'avant en arrière avec les deux pouces. Alors on la saisit entre l'index et le pouce de la main gauche; on la place au-devant de l'œil, et avec le médius de la même main on élève la paupière supérieure.

LECTURE.

Inoculation des eaux aux jambes du cheval à l'homme. — M. Bousquet lit une note sur un cas d'inoculation fortuite des eaux aux jambes du cheval à l'homme (communication de MM. Maunoury, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres, et Pichot, médecin à la Loupe.

Le 29 avril dernier, dit M. Bousquet, l'Académie reçut des médecins que je viens de citer une note et deux échantillons d'un virus que vous m'avez chargé de mettre en expérience. Il faut d'abord faire connaître l'origine de ce virus.

Le mardi 5 mars 1856, M. le docteur Pichot reçut la visite du sieur Brissot, maréchal ferrant. Ce jeune homme, âgé de vingt-huit ans, non vacciné, souffrait cruellement des mains; elles étaient, en effet, très-enflées, et sur ce gonflement s'élevaient des pustules opalines confluentes, larges d'un centimètre environ, déprimées au centre et traversées par une petite croûte linéaire : ces pustules avaient toutes les apparences des pustules vaccinales parvenues au huitième et neuvième jour.

D'où venaient ces pustules? Brissot déclarait qu'il n'avait approché d'aucune vache; mais il se souvient qu'il a ferré, il y a peu de temps, un cheval atteint des eaux aux jambes. La date de cette opération, inscrite sur le journal de la maison, remonte au 11 février. Du 11 février au 5 mars, on compte vingt-quatre jours; mais, comme à cette dernière date les pustules présentaient les apparences d'une vaccine de huit à neuf jours, il en résulte que c'est après quinze jours d'incubation que l'éruption aurait commencé à se faire.

A l'égard de la maladie du cheval, elle a été vue et reconnue par le vétérinaire de la Loupe, M. Bonsergent.

Les pustules qui couvraient la face dorsale des mains de Brissot étaient au nombre de neuf, cinq à la main droite, quatre à la main gauche. M. le docteur Pichot y plongea la pointe d'une lancette et en recueillit la matière sur deux plaques de verre. L'une fut envoyée à M. Maunoury, à Chartres; l'autre a été transmise à l'Académie avec une troisième plaque dont il sera bientôt parlé.

Enfin, M. Maunoury commence ses expériences; il délaye le nouveau virus avec un gouttelette d'eau, le prend au bout d'une lancette neuve, et le dimanche 9 mars, il pique un enfant né huit jours auparavant dans l'hôpital de Chartres.

Le quatrième jour de l'inoculation, une piqûre sur cinq se couvre d'un petit bouton rougeâtre. Au huitième jour, le bouton apparaît comme une grosse lentille, rempli d'une sérosité jaunâtre, claire, entouré d'un cercle rosé de 1 centimètre environ d'étendue, après quoi il continue sa marche en suivant l'évolution ordinaire des boutons vaccinaux.

M. Maunoury n'a pas borné là ses expériences; il a repris le virus de ce bouton unique, et l'a transmis à deux jeunes filles du couvent de la maison Bleue et à un enfant qui n'avait encore que six jours.

Chez l'une de ces filles, âgée de vingt-deux ans, et qui avait été vaccinée à sept ans, mais sans succès, trois piqûres amenèrent trois pustules tout à fait semblables à la vaccine.

Chez la seconde, âgée de vingt-huit ans, le succès fut également complet.

Reste l'enfant de six jours. On lui fait cinq piqûres; il vient cinq boutons larges comme une grosse lentille, entourés d'une aréole de 5 millimètres.

Avec le virus de cet enfant, M. Maunoury vaccine sa sœur, âgée de sept ans, par trois piqûres au bras droit. Au neuvième jour, les boutons présentent l'aspect de pustules vaccinales des mieux caractérisées, du volume d'une forte lentille, bien ombiliquées et entourées d'une aréole bien marquée.

C'est sur cet enfant que M. Maunoury a pris le virus de la seconde plaque transmise à l'Académie. Bref, l'Académie a reçu deux échantillons de virus : l'un, de première génération, recueilli sur Brissot; l'autre, de seconde génération, sur l'enfant Rougeot.

Dans mes expériences, je n'ai pas séparé les deux virus; je les ai portés à dessein sur les mêmes enfants, l'un à un bras, le second à l'autre bras. Le virus issu des mains du maréchal a complètement échoué. Pour le virus de la deuxième génération, au contraire, toutes les piqûres, sans exception, au nombre de 13, et distribuées sur trois enfants, ont été suivies de pustules qui ne différaient en rien des pustules vaccinales ordinaires, d'une vaccine classique; elles n'avaient rien d'une vaccine originale, vigoureuse, comme fut celle qui naquit du cowpox trouvé en 1836 aux portes de Paris.

Maintenant, que faut-il penser de la nouvelle éruption? Est-ce là la bonne vaccine? Elle en a toutes les apparences, et il serait bien étrange que le faux pût à ce point usurper les apparences du vrai; néanmoins la prudence conseillait une expérience : c'était d'éprouver la nouvelle éruption par l'inoculation soit de la variole, soit de la vaccine en circulation. M. Maunoury a cru que l'épreuve était superflue, et il a bien jugé, car j'ai fait l'expérience, et elle n'a rien produit. La nullité du résultat témoigne assez du caractère et des vertus de la nouvelle vaccine.

Le premier point éclairé, il en reste un second. Plus de doute sur la nature vaccinale de la nouvelle éruption; mais est-il aussi certain qu'elle tire son origine du cheval ferré par Brissot le 11 février dernier? Là est maintenant tout l'intérêt de la communication.

M. Bousquet se livre à ce sujet à une longue discussion que le défaut d'espace ne nous permet pas de reproduire, et de laquelle il conclut en déclarant qu'il est persuadé, sans être convaincu, que le virus recueilli sur la main de Brissot est parfaitement semblable au virus-vaccin, et en a toutes les propriétés. Il n'y a qu'une seule supposition qui frapperait de nullité toute cette histoire, c'est que Brissot se serait fait vacciner sur les mains pour tromper la bonne foi des médecins et se jouer de leur crédulité. Hors de là, s'il n'y a pas certitude absolue, il y a la plus forte présomption que si la vache engendre d'elle-même la petite vérole (1), elle peut aussi en recevoir le germe du cheval.

— Il est trois heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 avril 1856. — Présidence de M. Caron, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

— La correspondance comprend :

1° Le *Compte rendu des travaux de la Société médicale du 1er arrondissement de Paris* pendant l'année 1855, par M. le docteur Mouzard, secrétaire;

2° *De l'influence de la vapeur sur l'état des sociétés*, par M. Siméon Chaumier (M. Bossu);

3° *Traité théorique et pratique sur l'épuisement pur et simple de l'économie humaine et sur les maladies chroniques*, par M. le docteur Sallenave, de Bordeaux (M. Dupertuis);

4° Le numéro de mars du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*;

5° Un manuscrit de M. le docteur Corlieu (de Charly) intitulé *Considérations sur les calculs biliaires et leur traitement*. En adressant ce manuscrit à la Société, M. Corlieu demande le titre de membre correspondant. (Rapporteurs, MM. Caron et Josias.)

Affection organique de l'estomac. — M. Moret donne lecture d'une observation recueillie par lui il y a environ vingt ans sur une affection organique de l'estomac, analogue à celle sur laquelle M. le professeur Cruveilhier a présenté un mémoire à l'Académie des sciences le 28 janvier dernier (voyez *Gazette des Hôpitaux* du 22 mai).

Variole chez un sujet vacciné. Accidents cérébraux, mort. — M. Foucart. Il y a un an, à pareille époque (voyez le compte rendu de la séance du 1er mars), je communiquais à la Société le fait d'un homme de trente-cinq ans, vacciné avec succès dans son enfance, qui venait de succomber dans l'espace de onze jours à une éruption variolique très-discrète, laquelle s'était accompagnée d'abord de phénomènes typhoïdes, puis d'accidents cérébraux et d'un délire effrayant.

Aujourd'hui, je viens lui raconter un fait exactement pareil observé par moi chez un homme du même âge, mais dont la maladie a été beaucoup plus courte; elle n'a duré que soixante heures à peine.

M. C..., l'un des artistes mosaïstes les plus distingués de Paris, d'une forte constitution, âgé de trente-sept ans, d'une bonne santé habituelle, sujet seulement à des douleurs gastralgiques assez fréquentes, me fit appeler le 17 mars au matin.

Il avait été pris dans la nuit d'un léger frisson, d'un peu de malaise général, accompagné de mal de tête, et se plaignait au moment où je le vis, à huit heures, d'une douleur assez violente de chaque côté de la poitrine, au niveau des dernières côtes. Le pouls était peu fréquent, à 72-76; la peau médiocrement chaude; la langue blanche, la bouche pâteuse; il y avait quelques envies de vomir. On ne put m'indiquer aucune cause appréciable à laquelle il fût possible de rapporter ces accidents. L'auscultation et la percussion ne faisaient rien percevoir dans toute l'étendue de la poitrine.

Je prescrivis un julep gommeux, quelques tasses de tisane gommée chaude, la diète et le repos le plus absolu.

Je revis le malade à cinq heures du soir; l'état était le même; il n'y avait toujours pas de fièvre.

Le 18, il n'y avait pas un grand changement quant à la douleur, qui persistait dans chaque hypocondre; l'état de la bouche et de la langue était le même; les nausées étaient plus fréquentes; il y avait eu un vomissement bilieux pendant la nuit. Mais le pouls était monté à 88, et l'on me dit qu'à plusieurs reprises il y avait eu un peu de désordre dans les idées. On voyait sur la face à peu près une trentaine de petites papules rouges, acuminées. Le mal de tête persistait.

J'examinai les bras du malade, sur lesquels je constatai plusieurs cicatrices de bonne vaccine. Sur les membres et sur le corps, on aper-

(1) On sait que pour M. Bousquet la petite vérole et la vaccine sont identiques.

cevait à de longs intervalles quelques petites pustules commençantes semblables à celles de la face. Le *subdelirium* qui avait eu lieu pendant la nuit avait cessé, et le malade raisonnait avec une parfaite liberté d'esprit.

Ipéca, 3 grammes en deux prises. Infusion chaude sucrée. Diète.

Le lendemain 19, je trouve M. C... en proie au délire le plus complet. Il reconnaît par moments ceux qui l'entourent; mais il ne croit pas être chez lui, veut se lever, parle de ses affaires. Le délire a commencé vers minuit, et est toujours allé en augmentant.

Les pustules de la face sont un peu plus volumineuses qu'hier, plus nombreuses. Le pouls à 120. Le malade a vomi trois fois la veille, est allé une fois à la selle.

Sinapismes aux jambes.

A midi, le délire redoublant et le malade ne reconnaissant plus ceux qui l'entourent que par moments et d'une manière très-fugitive, je fais appliquer derrière chaque oreille dix sangsues, qui coulent abondamment et que l'on a grand'peine à arrêter vers cinq heures.

A onze heures du soir, il était mort.

Tout ce que je pus savoir, en cherchant à remonter aux causes prochaines ou prédisposantes de nature à expliquer cette marche insolite d'une affection que la vaccine rend ordinairement bénigne, quand elle ne la prévient pas tout à fait, c'est que cet homme, du caractère le plus doux et le plus tranquille, que j'avais vu quelques jours auparavant plein de force et de gaieté, était devenu depuis quelques semaines un peu bizarre, comme inquiet dans son intérieur; que, sans cesser de s'occuper activement de ses travaux, qu'il aimait de passion, il faisait quelquefois des démarches dont on ne se rendait pas compte; enfin, il semblait, me disait-on, qu'il avait quelque chose de dérangé dans la cervelle.

Faut-il, dans ces bizarreries, si peu apparentes que ceux qui vivaient avec lui s'en apercevaient à peine, chercher la cause de la soudaineté et de la violence des accidents qui vinrent compliquer la fièvre éruptive? Etaient-elles les phénomènes avant-coureurs de la méningo-encéphalite foudroyante à laquelle il succomba?

— L'observation de M. Foucart donne lieu à des communications de faits présentant plus ou moins d'analogie avec elle, et à des discussions relatives à l'emploi de la saignée dans le traitement de la variole et des phlegmasies cutanées aiguës en général.

M. Caron rapporte sommairement l'histoire d'un homme de trente-deux à trente-trois ans, adonné à la boisson, qui succomba promptement à une variole, et à l'autopsie duquel on trouva une éruption confluente sur la muqueuse des voies aériennes; chez lequel, en un mot, il existait une pneumonie qu'on pourrait appeler éruptive. Cet homme avait été saigné deux fois. Bien qu'il n'y ait pas grand rapport entre ce fait et celui de M. Foucart, il a pensé qu'il n'était pas sans intérêt de le raconter à l'occasion du précédent, parce que ses analogues doivent être fort rares, à en juger au moins par le silence des auteurs.

M. Pertus. Les émissions sanguines ne doivent, selon moi, être employées dans le traitement de la variole et des maladies cutanées éruptives aiguës en général qu'avec la plus grande réserve. Les symptômes d'après lesquels on se décide à pratiquer la saignée dans ces affections semblant essentiellement inflammatoires, on croit être rationnellement conduit à en venir à ce moyen. Mais le résultat obtenu est souvent funeste, et donne lieu de croire que quelles que soient les apparences, il y a dans ces symptômes autre chose qu'une inflammation pure et simple.

M. Chalut a vu la variole survenir chez une fille de vingt-trois ans qui avait été vaccinée. Cette maladie, qui s'annonçait comme devant être confluente, fut dès son début accompagnée de délire; il survint une hémorrhagie utérine abondante qui n'amena aucune modification heureuse dans la marche de la maladie, et la malade succomba le quatrième jour.

M. Dupertuis. J'ai observé il y a trois ou quatre ans beaucoup de petites véroles dont le début était accompagné de délire. Je n'ai pas balancé à combattre cet accident par la saignée, et je n'ai obtenu que de bons résultats de cette pratique. La variole étant une maladie de nature essentiellement inflammatoire, pourquoi les émissions sanguines seraient-elles moins applicables à son traitement qu'à celui des autres phlegmasies?

M. Duhamel cite à l'appui de l'assertion de M. Dupertuis le résultat de sa propre expérience. Il a toujours combattu par les sangsues ou par la saignée les symptômes de méningite qui se présentaient au début de la variole. L'éruption n'a pas moins suivi sa marche d'une manière régulière, et la terminaison n'en a pas moins été heureuse.

M. Boyer, tout en admettant qu'on ne doit recourir aux émissions sanguines qu'avec beaucoup de réserve dans les prodromes de la variole, et quand il n'y a rien de caractérisé, pense qu'on ne saurait se refuser à admettre qu'il est des cas dans lesquels la saignée devient indispensable. Il rapporte le fait d'un homme auquel, en raison des symptômes qu'il présentait, on crut devoir appliquer quinze sangsues à l'épigastre. Le lendemain de cette application, une variole confluente se déclara. Le douzième jour de cette maladie, qui avait suivi jusque-là une marche parfaitement régulière, il survint du délire, et le malade mourut. Cette terminaison funeste ne doit-elle pas plutôt être considérée comme se rattachant au caractère de la maladie que comme suite de l'émission sanguine à laquelle on avait eu recours? On voit, en effet, qu'ici l'application des sangsues, si elle n'a point changé le caractère de la maladie, n'en a au moins pas troublé la marche.

M. Bossu pense que l'état seul du pouls doit plus servir de guide quant à l'emploi de la saignée dans le traitement de la variole, lorsque la marche de cette maladie est traversée par des accidents de la nature de ceux dont il est ici question, que toutes autres considérations théoriques, notamment celles qui reposent sur la considération chimique du sang.

M. Ramon. Il s'est développé dans le courant de l'été de 1854, dans un établissement dont je suis médecin (Jeunes économes de Conflans), et qui renferme plus de deux cents jeunes filles, une épidémie de varioloïde ou mieux de *variole tronquée* (Joseph Frank). Vingt-quatre jeunes filles ont été atteintes. Chez toutes, la marche de la maladie a été en tous points semblable à celle de la variole jusqu'à la période de dessiccation; du huitième au neuvième jour, chez plusieurs, et notamment parmi celles qui étaient le plus avancées en âge, c'est-à-dire qui avaient de quinze à dix-huit ans, indépendamment des symptômes gastriques que toutes présentaient, et qui cédaient à l'ipécacuanha, il y a eu une céphalalgie accompagnée de délire chez quelques-unes, et assez intense pour fixer l'attention. L'application de révulsifs sur les extrémités inférieures hâtait l'éruption; aucune émission sanguine, soit par la lancette, soit par les sangsues, n'a été pratiquée, et la terminaison de la maladie a été heureuse chez toutes.

M. Foucart a quelque lieu de s'étonner de la direction qu'a prise la discussion qui s'est élevée à l'occasion du fait raconté par lui. En faisant cette communication, il n'a eu dessein ni de faire l'éloge des émissions sanguines dans la variole, ni de les blâmer. Ici les sangsues n'ont été appliquées qu'accidentellement, pour parer, presque en désespoir de cause, à une complication fort grave, le délire, que l'on avait lieu de rapporter à une méningo-encéphalite, et que leur application n'a pu conjurer. Quant à son opinion sur l'emploi des émissions sanguines en général dans le traitement de la variole, il le désapprouve formellement, sauf quelques circonstances exceptionnelles, et le fait qu'il a rapporté lui semble rentrer dans ces exceptions. Il proscrit les émissions sanguines dans les fièvres éruptives, comme dans la fièvre typhoïde, comme dans le choléra, la suette, dans toutes les affections enfin que l'on range dans les *septicémies* ou *toxhémies*; dans toutes ces maladies où l'altération du sang est maintenant un fait acquis à la science, il est d'observation que la saignée générale ou locale est nuisible, souvent funeste. Si quelquefois elle a paru être utile, ç'a été dans les cas où l'on avait lieu de supposer des complications inflammatoires, qu'il était impossible de combattre d'une autre manière. Il serait désolé que l'on crût, comme ont paru le penser quelques-uns de ses collègues, qu'en dehors de ces circonstances tout individuelles, il prescrive ou approuve les émissions sanguines, *désastreuses*, à son avis, dans les maladies typhiques, quelles qu'elles soient.

Le secrétaire annuel : Dr Ramon.

Erratum. — C'est par erreur que le procès-verbal publié dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 22 avril a été indiqué comme celui de la séance d'avril. *Au lieu de* : séance du 3 avril, *lisez* : séance du 6 mars.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

De l'impuissance.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire dans votre intéressant journal du 15 courant, l'article *Impuissance* de M. le docteur Trousseau. Cet article, remarquable comme tous ceux du même professeur, touche à des questions si importantes, que la plus grande clarté est nécessaire dans l'exposé des faits. Or, cette clarté n'existe point partout, il me semble, dans l'article en question. Cela tient à ce que le langage scientifique n'y est pas toujours observé avec le même rigorisme.

Quelques mots me sont nécessaires pour bien rendre ma pensée à cet égard, et je vous demande la permission de vous les adresser, dans l'espoir que vous ne les trouverez pas trop dénués d'intérêt, et que M. Trousseau les accueillera avec bienveillance.

« Une perte séminale, dit notre savant clinicien, est un flux de » *semence* involontaire, un écoulement de *sperme* sans provocation » érotique suffisante, etc.; » et plus loin : « ce liquide épais, gluant, » visqueux, d'une odeur *sui generis*, dans lequel le microscope fait » reconnaître les *animalcules* bien conformés et vivants, *constitue* la » *semence*... » Puis vient cette phrase : « Quel est l'organe sécréteur » du *sperme?* A quoi bon cette question, allez-vous me dire; n'est-ce » pas le testicule? Non, ce n'est pas le testicule; car si on lie les dé» férents ou si ces conduits spermatiques s'oblitèrent, l'éjaculation a » également lieu, et le *sperme est en quantité égale*, mais il est alors » inféconé. Cela tient à ce que les *vésicules séminales sécrètent la* » *liqueur spermatique, et que les testicules sécrètent les animalcules*...»

En admettant pour un moment ces faits, qui sont loin d'être tous exacts, ainsi que je le démontrerai plus loin, on voit déjà quelle confusion doit régner dans l'esprit du médecin qui observe ce qui se passe chez son malade atteint de perte séminale. En effet, il ne sait pas, d'après les données qui précèdent, si cette perte, avec ou sans animalcules, a la même gravité; bien qu'il puisse dire, la frigidité non permanente n'est pas une cause d'impuissance absolue quand le sperme contient des animalcules, ou que l'impuissance est confirmée quand les zoospermes manquent. Tout cela, en effet, ne met pas sur la voie et ne lui permet pas de discerner dans quel cas la perte séminale offre le plus de danger pour le malade. Quant à moi, je le dis ici en passant, je n'attache aucune importance à toutes ces déperditions de semences avec ou sans animalcules, les considérant comme effets plutôt que comme causes de maladies. L'onanisme, qui fait tant de victimes parmi les enfants qui n'ont jamais rien éjaculé, en est bien la preuve. Quoi qu'il en soit de cette manière de voir, j'ai hâte de revenir sur quelques points moins litigieux; je veux parler du rôle que M. Trousseau assigne aux vésicules séminales. Ce sont ces poches membraneuses, d'après lui, qui fourniraient la liqueur spermatique sans animalcules... Mais où en est la preuve? La ligature ou l'oblitération morbide des conduits déférents ne signifie rien, puisque les glandes prostates et celles de Cowper, dont on n'a pas parlé, peuvent verser la liqueur qu'elles sécrètent sans le secours des déférents, liqueur qu'on a cru provenir des vésicules séminales, et que la nature a placée comme avant-garde sur le parcours des zoospermes, afin de leur servir de fluide diluant. Cela est si vrai, que lorsque cette liqueur vient à manquer dans les vertébrés qui n'ont plus ni prostate, ni glandes de Cowper, ni vésicules séminales, c'est l'urine qui en tient lieu. Le mucus des vésicules séminales, si tant est qu'il existe, entrerait donc pour bien peu de chose, comme on le voit, comparativement au fluide albuminoïde que donnent les glandes prostates et celles de Cowper. Et d'ailleurs, ne voit-on pas dans la série animale une foule de vertébrés supérieurs, tels que kangurons, ornithoryngues, oiseaux, etc., manquer complétement de vésicules séminales, et pourtant éjaculer quelque chose, et ce quelque chose c'est bien la liqueur fécondante provenant des testicules, et mêlée ou non à la liqueur prostatique, à celle de Cowper ou à de l'urine. Ainsi, le rôle que l'on a voulu attribuer aux vésicules séminales n'est point exact. Disons donc, pour bien nous entendre, que les testicules sécrètent le sperme ou liqueur *fécondante*, et que les glandes prostates et celles de Cowper sécrètent le sperme ou liqueur *non fécondante*. La liqueur prostatique, celle des glandes de Cowper et l'urine, sont aux spermatozoïdes ce que le sérumen du sang est par rapport aux globules rouges qu'il charrie. Ceux-ci et les spermatozoïdes sont en suspension dans un liquide albuminoïde qui leur sert de moyen de transport à l'effet de remplir des fonctions importantes.

J'aurais aussi désiré dire un mot relativement à la présence et au rôle des testicules arrachés et abandonnés dans la cavité abdominale des chapons, dont parle M. Trousseau, mais je m'aperçois que j'abuse des moments du lecteur et que d'ailleurs je m'écarterais du sujet qui m'a déterminé à prendre la plume.

Agréez, etc.

Martin Saint-Ange.

De l'importance de l'affaiblissement rapide de la vue comme signe prémonitoire de la maladie de Bright.

Monsieur le rédacteur,

Je lis dans la *Gazette des Hôpitaux* du 8 mai le résumé d'une leçon clinique de M. le professeur Trousseau sur la valeur de l'affaiblissement de la vue comme signe diagnostique dans la maladie de Bright; permettez-moi, à cette occasion, de mettre sous les yeux de vos lecteurs l'observation suivante, où l'affaiblissement de la vue fut le seul signe qui me mit sur la voie de cette maladie :

Je fus appelé, il y a trois mois, auprès d'une jeune fille de dix-huit ans, douée naguère encore d'une santé vigoureuse.

Souffrante depuis deux mois, son mal avait débuté lentement et d'une manière insidieuse. Elle était, quand je la vis, dans l'état suivant:

Figure d'une pâleur anémique; prostration générale des forces; fatigue et anhélation au moindre mouvement; céphalalgie; affaiblissement de la vue; douleurs dans les cuisses et la région des lombes; appétit tantôt nul, tantôt dépravé; digestions difficiles; vomissements fréquents; sécrétion urinaire ni augmentée ni diminuée; aménorrhée; pouls normal; bruit de souffle au cœur, bruit de diable dans les vaisseaux du cou; absence complète d'œdème.

Voilà une phase symptomatique complète à laquelle on serait tenté de donner pour titre : *Chlorose confirmée*. Toutefois, comme cette jeune fille me répétait avec insistance : « Ma vue se perd de jour en jour, faites-moi quelque chose pour mes yeux, » je me souvins de ce que M. le professeur Trousseau nous disait un jour : « Quand un malade se plaindra à vous de perdre rapidement la vue, examinez ses urines, et souvent vous y trouverez de l'albumine ou de la glycose. » En conséquence, j'analysai les urines de ma malade : elles étaient incolores, peu odorantes, très-mousseuses, et précipitaient abondamment par l'acide nitrique. Traitées par la chaleur, elles donnèrent un coagulum qui, examiné vingt-quatre heures après, occupait le fond du vase et équivalait en volume au quart de la totalité du liquide. Cette expérience, répétée nombre de fois, donna toujours le même résultat.

La maladie fit bientôt de rapides progrès; l'oppression devint considérable, l'orthopnée continuelle, les vomissements plus fréquents, enfin depuis quinze jours les pieds et les jambes ont commencé à enfler; aujourd'hui l'œdème remonte jusqu'au bas-ventre, etc. Je n'insiste pas sur ces faits, ils n'offrent rien qui sorte des règles ordinaires.

J'ai voulu seulement ajouter une observation à celles qui prouvent l'importance de l'*affaiblissement rapide de la vue* comme signe prémonitoire de la maladie de Bright, en l'absence des autres symptômes caractéristiques; importance que M. Landouzy a le premier mise en relief, et qui, bien que contestée par plusieurs auteurs éminents, n'en a pas moins une réelle valeur.

Agréez, etc.

A. Truchetet, d.-m.-p.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Benoiston (de Châteauneuf), membre associé libre de l'Académie des sciences, vient de mourir à l'âge de 84 ans.

—M. le docteur Domerc a commencé le 19 mai à l'Ecole pratique un cours de thérapeutique médicale, et le continuera les lundis et vendredis à sept heures du soir.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Boismond de Martin, de Cadaleu (Tarn); *De l'hémorrhagie utérine pendant la grossesse.*

Jaulerry, de Biarritz (Basses-Pyrénées); *Des bains de mer.*

Jean, de Limoux (Aude); *Des épanchements pleurétiques.*

Deramond, de Saint-Paul (Ariége); *Considérations cliniques sur l'affection vermineuse.*

Villerouge, de Davejan (Aude); *De l'hémoptysie; ses causes.*

Laffon, de Capendu (Aude); *De la lithotritie chez les jeunes calculeux.*

Eymard, de Saint-Etienne-aux-Clos (Corrèze); *Considérations générales sur les prédispositions.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Mémento thérapeutique, résumant l'histoire médicale de plus de 300 substances, avec un formulaire abrégé, par le docteur Quesneville. In-8°. Texte très-serré. 128 pages. Prix : 1 fr., et 1 fr. 45 c. par la poste. — Chez Philippe, 6, rue Git-le-Cœur, à Paris.

Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg. Tome II. In-8°. Strasbourg, 1855. Prix : 5 fr. 50 c. — A Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 64. — SAMEDI 13 MAI 1856. (29e ANNÉE.) N° 64. — SAMEDI 31 MAI 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Fièvres intermittentes. — Médication arsenicale. — Fièvre intermittente pernicieuse pneumonique.

Il existe en ce moment une constitution médicale dont il serait très-difficile d'esquisser la physionomie générale, car elle se traduit par des affections fort diverses, et entre lesquelles on n'aperçoit que très-confusément au premier abord un rapport quelconque ou un lien étiologique commun. Ce sont, d'une part, des affections puerpérales graves qui ont déjà fait de nombreuses victimes à la Maternité, à la Clinique et même en ville; ce sont des érysipèles qui compliquent fréquemment les opérations dans les services de chirurgie; ce sont, enfin, des angines, sans gravité d'ailleurs, mais qui se compliquent de courbature générale, et des cas de fièvres intermittentes, dont quelques-unes ont présenté un caractère pernicieux. Nous essayerons plus tard de revenir sur cet ensemble pathologique, et nous rechercherons, en rapprochant les caractères des affections très-diverses qui le composent, jusqu'à quel point il serait possible de les rattacher à une influence pathogénique commune, et quelles déductions il y aurait à en tirer pour la pratique. Nous ne voulons pour l'instant entretenir nos lecteurs que des quelques cas de fièvre intermittente que nous avons observés dans le service de M. Gendrin à la Pitié, et qui nous fourniront l'occasion d'appeler leur attention sur deux points, sur la valeur de la médication arsenicale comparée au sulfate de quinine, et sur l'importance de placer l'indication des antipériodiques au-dessus de toutes les autres indications dans les affections intermittentes compliquant un état phlegmasique.

Un malade est entré à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Athanase, atteint d'une fièvre intermittente tierce remontant à plusieurs mois. On l'a gardé pendant huit à dix jours sans le soumettre à aucun traitement, afin de s'assurer si le changement de régime et le séjour seul du malade à l'hôpital n'auraient pas fait cesser la fièvre, ainsi que cela se voit assez souvent. Mais la fièvre se reproduisant toujours, on a mis ce malade à l'usage des préparations arsenicales comme fébrifuge (arséniate de potasse, 2 centigrammes).

Dès le premier jour, l'accès a été retardé. On a élevé la dose à 3 centigrammes. L'accès suivant a été raccourci au point de ne plus consister qu'en un très-court frisson. Après ce deuxième accès, on a donné 4 centigrammes; le troisième accès a manqué. On a continué néanmoins l'arséniate à la dose de 3 centigrammes pendant trois ou quatre jours. La fièvre n'a plus reparu.

M. Gendrin nous a fait remarquer, au sujet de ce malade, les avantages et les inconvénients de cette médication, dont il semblait offrir tout à la fois un exemple. Ses avantages sont la facilité avec laquelle ce médicament s'administre, et la sûreté de son effet. Sous l'influence de cet agent, la fièvre a été en effet aussi sûrement coupée qu'elle l'eût été avec une dose moyenne de sulfate de quinine, mais elle n'a pas été aussi promptement maîtrisée, et c'est là l'inconvénient de cette médication. Nous disons que c'est là l'inconvénient, non qu'il ait été bien sensible assurément dans ce cas, où il n'y avait pas en somme une très-grande importance à faire cesser les accès un jour plus tôt ou plus tard.

Mais supposez que l'on se trouve en présence d'une fièvre intermittente pernicieuse dont l'accès prochain sera peut-être l'accès ultime, et qu'à raison de cette imminence il y ait lieu de frapper un coup énergique et de prévenir ce nouvel accès par une dose élevée de fébrifuge, on se trouvera placé dans cette alternative, ou de laisser survenir l'accès si l'on procède à l'administration de la préparation arsenicale avec la gradation qu'exige la prudence, ou bien, si on l'administre d'emblée à une dose suffisamment élevée, de faire courir au malade les chances d'accidents graves et peut-être aussi redoutables que l'accès lui-même.

C'est cette considération qui a sagement arrêté M. Gendrin dans le cas suivant, et lui a fait préférer le sulfate de quinine à l'arséniate de potasse, bien qu'il n'hésite pas à reconnaître à ce dernier médicament une propriété fébrifuge aussi sûre et aussi énergique qu'au sulfate de quinine, même contre les fièvres intermittentes pernicieuses.

Un malade couché au n° 13 de la salle Saint-Athanase est entré à l'hôpital présentant les symptômes bien caractérisés d'une phlegmasie pulmonaire. Dès le lendemain, il eut un paroxysme fébrile marqué par du frisson, suivi presque aussitôt d'un délire assez violent. Le lendemain il n'y avait plus de trace de l'accès fébrile, mais la pneumonie continuait sa marche. Il était évident qu'on avait eu affaire à une exacerbation présentant tous les caractères d'un accès de fièvre intermittente compliquant la pneumonie. Quant au délire, il était tout différent de celui qui se manifeste quelquefois dans le cours de certaines pneumonies et qui cède si bien à l'emploi du musc. Cependant, M. Gendrin ne jugea pas encore nécessaire d'avoir recours aux fébrifuges. Mais le surlendemain un nouvel accès étant survenu, très-caractérisé et beaucoup plus intense que le précédent, avec délire agité et accidents spasmodiques suivis d'une grande prostration, il n'y avait plus à douter qu'on se trouvait en présence d'une fièvre intermittente pernicieuse. Le sulfate de quinine fut immédiatement prescrit à dose élevée.

Le paroxysme fébrile ne se reproduisit plus; mais la pneumonie n'en continua pas moins à parcourir ses périodes, qui se terminèrent plus tard par la guérison, et sans que le sulfate de quinine ait paru l'influencer en quelque manière que ce soit.

Un fait tout à fait semblable de pneumonie compliquée de fièvre intermittente s'était présenté dans le même service quelque temps auparavant, et s'était terminé de la même manière sous l'influence de l'administration du sulfate de quinine et des moyens appropriés au traitement de la pneumonie.

Ceci nous conduit à la deuxième question formulée en tête de cet article : Lorsque dans le cours d'une affection continue, de nature inflammatoire, telle qu'était la pneumonie chez ce sujet, par exemple, il survient de ces paroxysmes fébriles graves avec des symptômes redoutables et qui semblent menacer immédiatement l'existence, doit-on se préoccuper de la phlegmasie pulmonaire, ou doit-on passer outre pour ne s'occuper exclusivement que du paroxysme fébrile ? Il ne saurait y avoir la moindre incertitude sur ce point. Non-seulement l'indication de l'anti-périodique est ici d'une telle urgence qu'elle domine toutes les autres, mais ce n'est encore que par un reste de préjugé que l'on pourrait en redouter les effets sur la phlegmasie. On vient de voir comment M. Gendrin a résolu cette question. C'est la seule solution conforme aux préceptes de tous les maîtres et à l'expérience de tous les temps et de tous les pays. Nous aurions donc eu à peine besoin de nous y arrêter. Ce précepte n'a jamais fait doute, en effet, pour les médecins qui exercent dans les pays à fièvres, où ils ont si souvent l'occasion de le mettre en pratique. Mais pour ceux qui habitent les contrées où la fièvre intermittente est peu commune et ne s'observe qu'à de rares et de longs intervalles, comme à Paris, par exemple, il n'était peut-être pas inutile de le rappeler. Nous nous souvenons, pour en avoir été témoin, de malheurs dus à l'oubli de ce précepte.

Chorée unilatérale datant de plusieurs années, guérie en quelques jours par l'administration de l'acide arsénieux.

L'observation dont nous inscrivons ici le titre se rattache à deux questions intéressantes, l'une au point de vue pathologique, l'histoire de la chorée; l'autre au point de vue thérapeutique, la médication arsenicale, dont nous venons de voir une des applications spéciales et qu'il faudra bien un jour examiner dans sa généralité. Nous réservons pour le moment cette question; mais nous n'avons pas voulu perdre l'occasion d'exposer un fait qui, indépendamment de l'intérêt qu'il emprunte à ces deux sujets auxquels il semble servir de lien, a par lui-même une valeur pratique assez grande pour le recommander à l'attention de nos lecteurs. Voici ce fait que M. Aran a communiqué au *Bulletin de thérapeutique*, auquel nous en empruntons les principaux détails.

Un jeune homme de vingt-deux ans, d'une constitution médiocre, d'un tempérament lymphatique et portant sur presque toutes les parties du corps les traces d'une maladie scrofuleuse dont il a été affecté de l'âge de sept ou huit ans à l'âge de douze ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine pour une chorée dont il rapporte le développement de la manière suivante :

Depuis l'âge de quinze ans il éprouve la nuit, lorsqu'il est couché, une espèce de sentiment de terreur, qui est accompagné de mouvements brusques et involontaires de flexion et d'extension dans le membre supérieur gauche. Ces mouvements, à dater de cette époque, sont devenus de plus en plus fréquents, et ils ont fini par se montrer dans la journée. Enfin, il y a trois ans, il a commencé à éprouver des oscillations dans le pied gauche et de l'incertitude dans les mouvements de la jambe correspondante. Depuis deux ans et demi, il a été obligé de quitter son travail, le membre supérieur gauche ne pouvant plus lui rendre aucun ser-

---

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de toxicologie générale et spéciale, médicale, chimique et légale; par le docteur GALTIER, professeur de pharmacologie, de matière médicale et de toxicologie (1).

La grande généralité des médecins ne se fait pas une idée suffisante de l'importance de la toxicologie; et cependant on ne peut, en y réfléchissant sérieusement, disconvenir qu'elle ne soit susceptible de rendre journellement d'immenses services dans bien des circonstances différentes. C'est elle qui met la justice sur la trace du crime qui, sans elle, resterait impuni; qui révèle au médecin la véritable nature d'un état morbide dont les symptômes lui paraissaient indéchiffrables, et lui fournit les indications thérapeutiques en dehors desquelles il n'est point de salut, etc. Aussi la science doit-elle accueillir avec reconnaissance les ouvrages qui ont pour but, ou la découverte de nouveaux procédés destinés à élucider des questions encore obscures de la médecine légale, ou la vulgarisation des méthodes déjà connues, leur *diffusion* telle que tous les hommes instruits et intelligents puissent, sans recourir à une intervention étrangère, arriver à la constatation de la vérité.

(1) Trois volumes in-8°; chez Chamerot.

A ce dernier point de vue principalement, le livre que vient de publier M. Galtier mérite de fixer notre attention. Professeur instruit, livré depuis plus de vingt ans à l'enseignement de la matière médicale, de la thérapeutique et de la médecine légale, praticien lui-même, et familier avec la vue et l'observation de l'homme malade, ce qui manque souvent au médecin légiste exclusif, M. Galtier a dû forcément se tenir au courant des recherches les plus récentes sur le sujet qui nous occupe; il a répété lui-même des centaines de fois, devant un nombreux auditoire, les manœuvres délicates dont il démontrait les utiles applications. Il se trouvait donc mieux à même que personne d'écrire un livre qui, après tout, n'était autre chose que l'un de ses cours, mais étendu, augmenté de tous les développements que ne comporte pas l'enseignement oral, et mis dans l'ordre méthodique et rationnel le plus propre à faciliter les recherches dans un cas donné.

Le *Traité de toxicologie* de M. Galtier nous semble représenter de la manière la plus complète l'état actuel de la science. Il forme trois volumes dont nous allons en peu de mots exposer le contenu.

Le premier, sous le titre de *Toxicologie générale*, résume les principes fondamentaux de la science. Au premier abord, il pourrait sembler plus logique de commencer par l'étude de chaque poison en particulier, et de terminer par des considérations générales sur les agents de l'empoisonnement et sur l'empoisonnement lui-même, considérés au point de vue le plus général. C'est en effet l'ordre qu'adoptent de préférence bien des professeurs, et ceux-là surtout qui doivent enseigner à des élèves peu familiers avec des études du genre de celles qui constituent la toxicologie. Mais lorsque l'on s'adresse à des personnes déjà initiées, comme le sont les élèves en médecine et les médecins, aux sciences physiques et médicales, la méthode adoptée par M. Galtier sera peut-être la meilleure, en ce sens que tout d'abord elle mettra mieux à même d'embrasser la toxicologie dans son ensemble et d'en apprécier toute l'importance. Du reste, la toxicologie générale formant un volume entièrement séparé et indépendant des autres, le lecteur sera libre de suivre l'ordre qui lui paraîtra le plus en rapport avec ses aptitudes.

Une fois établie la distinction nécessaire entre les médicaments, les poisons, les venins, les virus, etc., M. Galtier entre rapidement en matière en étudiant successivement la physiologie, l'étiologie, la pathologie et la thérapeutique toxicologiques, divisions qui s'expliquent assez d'elles-mêmes par leurs noms pour que nous n'ayons pas besoin d'entrer dans plus de détails. Disons seulement que dans le chapitre consacré à l'absorption et à l'élimination des substances toxiques, nous avons été heureux, à côté du grand nom d'Orfila, de retrouver cité à plusieurs reprises celui de son neveu, le jeune agrégé de la Faculté, qui, par des travaux sérieux et remarqués, se montre déjà digne du glorieux héritage que lui a légué le véritable fondateur de la toxicologie.

Puis viennent la classification, le diagnostic toxicologiques, les empoisonnements complexes, les questions litigieuses auxquelles peuvent donner lieu certaines circonstances exceptionnelles, et enfin les rapports, le tout accompagné d'exemples pris parmi les causes les plus

vice. Enfin, depuis un an il ressent dans les membres affectés une sorte de douleur de rongement, principalement à l'époque des changements de temps, douleur dont il se soulage en imprimant des mouvements rapides à son bras ou en faisant étendre fortement ce membre ainsi que la jambe par un aide.

De nombreux moyens de traitement ont été mis en usage : à l'intérieur, l'huile de foie de morue, la strychnine, les purgatifs : à l'extérieur, l'électricité, les bains de toute espèce, etc., le tout sans succès. Décidé à se soumettre à tout traitement capable de le débarrasser d'une affection qui le mettait dans l'impossibilité de pourvoir à ses besoins, ce jeune homme vint à Paris et se fit admettre dans le service de M. Aran, à l'hôpital Saint-Antoine.

Lors de son entrée à l'hôpital, l'aspect de ce malade frappait par la singularité de son attitude. Il tenait son membre supérieur gauche dans la demi-flexion, fortement appliqué contre la partie antérieure du tronc, et, pour réprimer les oscillations qui s'y montraient encore de temps en temps, il tenait la main gauche solidement saisie avec la main droite. Aussi, dans cette situation, n'avait-on qu'une idée très-incomplète de l'agitation choréique dont ce membre était le siége. Mais sitôt qu'on disait au malade de saisir un objet quelconque, à l'instant même le membre était pris d'une espèce de *folie*, et il n'arrivait à son but que par des mouvements alternatifs et répétés de flexion et d'extension dans tous les muscles du bras et de l'avant-bras, que par une agitation musculaire qui s'étendait jusque dans l'épaule et le grand dentelé, agitation qui était toujours suivie d'une grande fatigue.

Le membre inférieur ne paraissait agité d'aucun mouvement tant qu'il était appliqué sur un plan horizontal; ainsi, lorsque le malade était couché, il pouvait détacher le membre du lit, mais il n'y arrivait que par une série d'extensions et de flexions alternatives, et il lui était impossible de le maintenir quelques instants dans une position donnée. L'agitation était cependant moindre que dans le membre supérieur. Dans la marche, l'agitation du membre inférieur était au contraire très-marquée; le malade marchait en fauchant.

L'aspect de la face n'était pas le même des deux côtés. La commissure labiale gauche était plus élevée que la droite; il y avait une sorte de tension dans la joue gauche, qui empêchait d'entraîner la bouche vers le côté droit; la prononciation était un peu difficile. Enfin, on constatait un affaiblissement de la sensibilité générale dans tout le côté gauche du corps, plus marqué aux membres supérieur et inférieur, et atteignant presque l'anesthésie complète. La santé générale ne paraissait pas, du reste, avoir encore souffert de la longue durée de cette affection; l'embonpoint était conservé, la face naturelle, le teint coloré, toutes les fonctions en bon état, sauf une constipation habituelle.

Fort du petit nombre de faits qu'il avait été à même d'observer, et convaincu d'ailleurs par les observations nombreuses consignées dans les auteurs les plus recommandables de l'Angleterre et de l'Allemagne, M. Aran se décida, en présence d'une affection aussi ancienne, aussi compliquée et aussi rebelle, à recourir à l'emploi de l'acide arsénieux. Il prescrivit une cuillerée à bouche de la solution suivante :

Acide arsénieux.	5 centigrammes
Eau distillée.	100 grammes

et, pour combattre la constipation, une douche ascendante froide. Une alimentation substantielle fut ajoutée au traitement, comme moyen de combattre les effets toxiques possibles de l'acide arsénieux.

Commencé le 23 février, le traitement fut continué les jours suivants. Le 24, deux cuillerées à bouche de la solution; une le matin et une le soir. Le 25, trois cuillerées à huit heures d'intervalle. Les 26 et 27, quatre cuillerées à six heures d'intervalle.

Dès le 25, le malade se plaignit d'une sensation d'âcreté à la gorge et de quelques fourmillements, avec moiteur dans le membre malade. Mais en même temps il s'apercevait d'un calme marqué dans les mouvements, d'une plus grande stabilité dans les contractions des membres; il pouvait saisir quelques objets, et pour la première fois depuis longtemps il marchait sans canne.

Le 28, l'amélioration était encore plus tranchée. Les mouvements du bras avaient pris une grande stabilité; le malade pouvait saisir les objets et maintenir son membre supérieur dans la position commandée par la volonté; il marchait aussi beaucoup mieux, quoique le membre inférieur fût encore faible. Enfin la stabilité était à peu près rétablie dans le côté gauche du corps. Mais les phénomènes d'intolérance avaient continué. Outre la sensation de sécheresse et d'âcreté à la gorge, le malade éprouvait depuis deux jours de l'anxiété, avec resserrement de la poitrine; de la céphalalgie, et comme un cercle de fer autour des orbites. Le traitement fut suspendu pour vingt-quatre heures. — Bains sulfureux.

Le 29, la solution arsenicale est reprise : une cuillerée par jour. L'amélioration se maintient : la jambe prend des forces; le bras conserve ce qu'il a gagné.

Les jours suivants, la dose est portée à deux cuillerées, et continuée ainsi jusqu'au 13 mars, époque à laquelle l'âcreté à la gorge et le resserrement autour des orbites ont traduit la saturation arsenicale, et ont fait suspendre la médication pour quelques jours.

A dater des premiers jours de mars, le malade a commencé à exercer le bras et la jambe, à exécuter des mouvements rhythmiques de flexion et d'extension, et à se livrer à quelques travaux utiles, en aide aux gens de service de la maison. Grâce à ces exercices, la force a été parfaitement rétablie dans le côté gauche du corps dès le 6 mars; tous les mouvements s'exécutaient avec une grande facilité; il restait seulement une certaine brusquerie, et, quand le membre supérieur gauche était maintenu pendant un certain temps dans la même position, il ne tardait pas à offrir quelques contractions involontaires très-faibles dans quelques-uns des muscles du bras et de l'avant-bras.

Le 10 avril, le rétablissement pouvait être considéré comme complet; les membres malades avaient repris toute leur vigueur, et, sauf un peu de cette brusquerie dans les mouvements dont nous venons de parler, on ne se serait plus douté déjà à cette époque, dit M. Aran, que ce jeune homme avait été atteint d'une affection aussi grave et aussi rebelle.

Bec-de-lièvre double. Combinaison de divers procédés.

Par l'ingénieuse combinaison de divers procédés, M. Maisonneuve vient d'obtenir, dans son service de l'hôpital de la Pitié, un résultat très-remarquable dans un cas de bec-de-lièvre double chez un sujet adulte.

Le nommé Eugène D..., âgé de vingt ans, boulanger, présentait un bec-de-lièvre double borné aux parties molles; les deux lèvres de la solution de continuité, très-écartées, laissaient voir dans leur interstice les incisives supérieures et les canines; de la cloison nasale descendait un lobule médian, de forme oblongue, s'étendant environ jusqu'au milieu de la face antérieure des incisives; le malade entre le 30 avril, et le 3 mai M. Maisonneuve procéda à l'opération, qu'il exécuta tout entière avec le bistouri; mais, au lieu de traverser d'un seul coup et de part en part toute l'épaisseur de la lèvre, il traça avec la pointe de l'instrument une incision courbe, à convexité interne, sur chacune des deux lèvres de la solution de continuité, et immédiatement en dehors de la face muqueuse de la joue, ainsi que sur les angles latéraux et sur le pourtour du lobule médian; il divisa ensuite couche par couche toute l'épaisseur des tissus de la lèvre, sauf au niveau du bord libre, où le lambeau fut laissé adhérent et renversé de manière à présenter sa face saignante en dedans. Alors, au lieu de réunir simplement ces parties par une suture unique et superficielle, M. Maisonneuve commença par affronter la muqueuse, puis il réunit les faces correspondantes du derme par une suture enchevillée, et forma avec le lambeau renversé un tubercule destiné à représenter le tubercule normal de la lèvre.

Cette opération délicate, exécutée avec un soin extrême, a eu résultat excellent; si ce n'étaient les cicatrices encore un peu colorées, rien ne pourrait faire reconnaître que le malade a subi une opération; la lèvre a recouvré sa hauteur, son épaisseur, le contour de son bord libre; les narines sont d'une régularité parfaite, et le nez lui-même est complétement irréprochable.

Traitement des varices par injection de la liqueur iodo-tannique.

Nous avons déjà entretenu nos lecteurs des applications du mélange désigné sous le nom de liqueur iodo-tannique au traitement de diverses affections chirurgicales et en particulier des varices. Trois malades atteints de varices aux jambes ont été traités dans le courant du mois d'avril, dans le même service, par l'injection de la liqueur iodo-tannique dans les veines. Ces trois malades sont sortis guéris, l'un au bout de quinze jours, le deuxième au bout de vingt jours et le troisième de vingt et un jours de traitement. Chez chacun de ces trois malades, M. Maisonneuve a fait quatre piqûres par chacune desquelles il a introduit de 8 à 10 gouttes de liqueur. Sous l'influence de cette injection, le sang s'est immédiatement coagulé dans une étendue variable de 1 à 10 centimètres. Dès le lendemain, les veines injectées sont devenues rouges et sensibles au toucher; cet état a persisté jusqu'au huitième ou au douzième jour; puis l'inflammation a diminué, les veines se sont resserrées, et les malades ont pu supporter l'application des bas lacés. Ils n'ont pas tardé à sortir de l'hôpital et à reprendre leurs travaux.

M. Maisonneuve conseille à ces malades de conserver le bas pendant six semaines environ; après quoi, il espère que tout sera rentré dans l'ordre.

Cette méthode si simple aura-t-elle des résultats durables? L'expérience n'a pas encore dit son dernier mot à cet égard; cependant on est fondé à l'espérer d'après quelques faits dans lesquels le résultat se maintient depuis plus de deux ans sans apparence de récidive.

De quelques accidents particuliers occasionnés par la sortie d'une dent de sagesse implantée d'une manière anormale.

Nous avons rarement, trop rarement peut-être, l'occasion de signaler à nos lecteurs des faits de pathologie dentaire qui sont loin cependant de manquer d'intérêt, et qui plus d'une fois nous fourniraient des enseignements utiles pour la pratique. Tel est, par exemple, le fait suivant, qui nous montre une dent de sagesse anormalement implantée donnant lieu à des accidents graves qu'on ne sut pendant longtemps à quelle cause attribuer, et qui ne cessèrent qu'après l'avulsion d'une dent voisine de la dent de sagesse, qui permit à celle-ci de se développer librement.

Une dame L..., âgée de trente-quatre ans, fut prise, il y a quelques mois, d'une douleur sourde à la mâchoire inférieure du côté droit, partant de la ligne médiane et s'étendant jusqu'à l'angle de la mâchoire. Cette douleur devint de plus en plus vive. Bientôt toutes les dents devinrent douloureuses, sans que pour cela cependant la patiente pût comparer ses souffrances à celles qu'occasionne une névralgie dentaire.

Plusieurs médecins consultés soupçonnèrent un rhumatisme, et diverses méthodes curatives furent successivement essayées. On commença par le traitement antiphlogistique; sangsues, cataplasmes furent inutilement mis en usage.

On recourut ensuite aux frictions sèches alcalines, aux bains de vapeur, aux vésicatoires volants Le sulfate de quinine, les pilules de Méglin furent employés à leur tour, mais sans plus d'avantages.

Un des médecins consultés, M. le docteur G..., pensant que cette douleur pouvait avoir pour cause la carie d'une dent, l'engagea à aller consulter M. Vautier, médecin-dentiste. Quand M. Vautier vit cette malade, la face était pâle, les traits tirés; la maigreur du corps était extrême, l'appétit était nul; depuis longtemps elle ne prenait aucun repos, car la nuit augmentait encore ses souffrances.

J'examinai alors toutes les dents les unes après les autres avec grand soin, dit M. Vautier; elles étaient toutes saines, blanches et bien rangées; les gencives étaient fermes et d'un rose pâle dans

---

intéressantes et les plus célèbres qui se sont présentées dans ces dernières années.

Les deux volumes de toxicologie spéciale contiennent l'étude des poisons envisagés isolément, les uns après les autres, sous le triple point de vue :

1° Des caractères physiques et chimiques;

2° Médical, c'est-à-dire des effets, des lésions et du traitement;

3° Enfin, médico-légal, où sont examinés les questions toxicologiques et les procédés à mettre en usage pour déceler leur présence dans les matières suspectes, les organes, etc.

A l'occasion de chaque substance, et sous le titre de faits pratiques, l'auteur fait l'historique de l'empoisonnement et des voies par lesquelles il s'est effectué, cite des observations à l'appui, commentées comme dans un traité de pathologie clinique, de sorte que l'étude de de chaque poison forme une espèce de monographie toxicologique.

De faits nouveaux, avons-nous dit, M. Galtier n'a pas eu l'idée ni la prétention d'en exposer; mais il a eu celle de rassembler en un corps d'ouvrage, de la manière la plus succincte en même temps que la plus claire, les connaissances qui forment aujourd'hui cette partie de la science que l'on désigne sous le nom de toxicologie, et il a parfaitement réussi.

Un des points les plus originaux de son livre, c'est la classification qu'il a cherché à substituer à celles qu'ont jusqu'à ce jour proposées ses prédécesseurs.

Au lieu de diviser les poisons, comme l'ont fait la plupart des modernes, en irritants, narcotiques, narcotico-âcres et septiques; de les considérer, comme le veut M. Adelon, en ceux qui agissent localement et ceux qui agissent généralement, division qui, pour le dire en passant, nous paraît une des plus logiques, M. Galtier les range sous trois chefs :

1° Poisons inorganiques;

2° Poisons organiques;

3° Poisons gazeux.

Les premiers se subdivisent en métalloïdes, acides, alcalins et salins métalliques, ou dont on peut extraire facilement le métal. Dans les poisons organiques, il distingue les poisons végétaux, les animaux et ceux par les substances alimentaires. Enfin, les poisons gazeux comprennent les gaz simples et les gaz complexes subdivisés eux-mêmes, d'après leurs effets, en asphyxiants, narcotiques, anesthésiques, irritants et septiques.

Cette classification, M. Galtier n'a pas la prétention de la croire à l'abri de tout reproche; mais il pense, et avec quelque raison peut-être, qu'elle facilitera l'étude de la toxicologie.

Disons en terminant que, comme ouvrage classique, comme livre d'étude, le traité dont nous venons de présenter une rapide esquisse ne peut manquer d'être utile, et que nous ne doutons pas qu'il ne soit bientôt entre les mains de tous les étudiants.

Leçons de chimie générale élémentaire professées à l'École centrale des arts et manufactures, par M. Auguste Cahours (1).

Après avoir rendu compte d'un livre de toxicologie, il ne paraîtra pas déplacé de dire quelques mots d'un nouvel ouvrage dont vient de s'enrichir la chimie: nous voulons parler des *Leçons élémentaires de chimie générale* de M. Cahours, l'un de ces jeunes savants qui tiennent la tête de la science et dont les coups d'essai sont des coups de maître.

La chimie est une des branches des sciences médicales et industrielles dont les applications sont les plus nombreuses et les plus importantes, dont l'étude est le plus attrayante et présente le plus d'intérêt. Quelque peu aride peut-être dans son début, on ne saurait croire combien elle se simplifie lorsqu'elle est enseignée ou exposée avec méthode et sagacité. Parmi les ouvrages destinés à servir de guides à ceux qui veulent en faire l'objet de travaux spéciaux, ou qui en ont besoin, comme les médecins, dans une foule de circonstances, nous pourrions certainement citer un grand nombre de Chimies générales dues pour la plupart à des hommes jouissant d'une réputation méritée. Mais les unes, écrites par les chimistes les plus distingués de cette époque, sont plutôt un recueil de recherches faites dans un but particulier qu'un cours mis à la portée de toutes les intelligences. Les autres, trop élémentaires, sont par suite de leur peu de développement obscures et peu profitables à ceux qui n'ont pas la prétention d'abor-

(1) Un vol in-18, t. Ier, chez Mallet Bachelier.

toute leur étendue. Rien n'annonçait la sortie d'une dent de sagesse ; cependant je crus devoir diriger mes recherches en ce sens, et, à cet effet, je pratiquai une incision assez profonde sur la gencive, derrière la deuxième grosse molaire. Une petite sonde que j'introduisis me fit reconnaître un corps dur et lisse, et je ne tardai pas à être convaincu qu'il existait une dent dirigée obliquement d'arrière en avant et dont la couronne, appuyée sur la molaire voisine, se trouvait arrêtée par cette dernière.

Aussi, dès le lendemain, je ne balançai pas à faire, en présence du docteur G..., l'avulsion de la deuxième grosse molaire pour favoriser la sortie de la dent de sagesse. Ce moyen réussit parfaitement ; peu à peu les douleurs disparurent, et cinq à six jours après l'opération la malade cessa d'éprouver la moindre douleur. Les accidents n'ont depuis lors plus reparu, et la malade a repris rapidement son état habituel de santé.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. LARREY.

Hernie traumatique du poumon.

(Lu à la Société de chirurgie dans la séance du 21 mai.)

M. M..., lieutenant au 91e de ligne, est blessé en Crimée le 8 juin 1855, à l'assaut de Malakoff, par une balle qui traverse la poitrine de part en part. Le projectile pénètre par la région latérale gauche, perpendiculairement à la paroi thoracique, fracture la neuvième côte et ressort en arrière sur un même plan horizontal par la région postérieure du même côté, près du rachis et au niveau même des apophyses épineuses. L'ouverture d'entrée est beaucoup plus étroite que celle de sortie. Notons ce fait, eu égard à la complication spéciale de la plaie.

Les accidents primitifs sont d'abord un crachement de sang assez abondant, puis une émission d'urine sanguinolente par le canal, ensuite une hémorrhagie directe par la plaie, et enfin la perte de connaissance, qui semble avoir arrêté ces accidents. La perforation pulmonaire n'est pas douteuse, d'après le signe pathognomonique de l'hémoptysie. Mais l'hématurie, qui, du reste, n'a été qu'instantanée, sans se reproduire une seule fois depuis, ne s'explique pas aussi facilement par une lésion du rein, parce que cet organe se trouve situé au-dessous du trajet parcouru en apparence par le projectile. Aucun signe de néphrite n'est d'ailleurs survenu plus tard.

Le blessé, laissé pour mort sur le terrain, est relevé par les Russes et enmené dans leur ambulance; mais, obligé de marcher, soutenu seulement par les bras, il fait un faux pas et tombe. C'est dans cette chute que, d'après son récit, il éprouve une sensation indéfinissable, mais non une douleur vive, vers la plaie d'entrée; il la découvre en y portant la main, s'aperçoit de la présence d'un corps mou formant au dehors une saillie qu'il compare à celle d'un gros œuf de poule. Il essaye instinctivement de réduire cette grosseur, mais n'y parvient pas, et cherche à la contenir avec son mouchoir, en éprouvant un peu plus de gêne à respirer, sans nul tiraillement dans le ventre. C'est encore un fait à noter.

Arrivé quelques instants après à l'ambulance, il reçoit les soins d'un chirurgien major russe, qui examine la blessure avec assez de soin, semble constater une hernie du poumon dilacéré par le projectile, mais ne se préoccupe point d'obtenir, de tenter même la réduction de cette hernie. Il applique d'emblée sur son pédicule une forte ligature, et la serre ensuite progressivement chaque jour, en saupoudrant la tumeur avec une poudre caustique pour activer l'élimination.

Les accidents consécutifs sont tout à fait en rapport avec la gravité de la blessure. Le crachement de sang dure quinze jours environ, à des degrés variables ; la douleur ressentie dans les deux plaies est plus persistante du côté de la hernie, en même temps que la gêne de la respiration, plus marquée, provoque des quintes de toux assez fréquentes. Quelques esquilles de la côte fracturée se détachent, et la portion herniée, réduite à un tissu noirâtre et comme ratatiné, est enfin éliminée au bout de six semaines. Des adhérences se forment au pourtour de la plaie, entre la plèvre costale et la plèvre pulmonaire ; et cette ouverture d'entrée, entretenue à la fois par les esquilles, par la hernie, par la ligature et par la suppuration, se ferme enfin promptement au bout de huit ou dix jours, et assure de ce côté une cicatrice définitive. Quant à la plaie de sortie, elle donne d'abord issue à quelques détritus noirâtres, de nature mal déterminée, à des eschares, sans doute, et peut-être à des parcelles d'étoffe ou de vêtements, ainsi qu'à des esquilles secondaires et tertiaires. Mais M. M... ne peut nous donner aucune notion précise à cet égard.

Evacué de Sébastopol sur Simphéropol, il voit cette plaie se rouvrir et suppurer de nouveau; puis, transporté à Kherson, il éprouve des accidents cérébraux semblant dépendre d'une ancienne blessure à la tête par un éclat d'obus, mais qui se dissipent en même temps que la plaie s'oblitère. Elle s'ouvre cependant une fois encore dans la translation du blessé à Odessa, et se cicatrise définitivement à sa rentrée en France.

Parvenu enfin à Paris, M. M... a occasion de voir notre honorable collègue M. Lenoir, qui, après avoir examiné attentivement les deux cicatrices de la blessure, reconnaît en avant ou au niveau de la plaie d'entrée les signes d'une hernie réductible du poumon. Il m'adresse ensuite ce jeune officier au Val-de Grâce, et, après avoir recueilli de sa part tous les antécédents nécessaires, nous constatons l'état suivant par une exploration exacte :

A l'endroit de la plaie latérale de la poitrine, immédiatement audessous et au niveau de la cicatrice, existe un relief ou un soulèvement de la peau assez sensible, même dans le repos, offrant le volume de la dernière phalange du pouce. La cicatrice à peu près transversale en trace le plus grand diamètre; elle est amincie, dépressible et d'une consistance assez analogue à celle d'un mamelon élargi, mais non turgescent. La tumeur donne une sensation non de fluctuation, mais d'élasticité, à la manière d'un tissu expansible et réductible, à tel point qu'elle s'affaisse et disparaît complétement par une pression méthodique. Elle semble même franchir une ouverture arrondie assez résistante sur ses bords et au fond de laquelle pénètre l'extrémité du doigt. Cette tumeur, dès qu'elle n'est plus comprimée, reparaît spontanément, et proémine davantage pendant l'effort de la toux, en même temps qu'elle devient un peu plus tendue sous la main. Elle augmente aussi pendant la marche ou dans la station prolongée, mais rarement au delà du double de son volume. L'auscultation immédiate ne permet de percevoir que difficilement et à peine le murmure respiratoire, d'ailleurs pur et sans râle. On l'entend mieux avec le stéthoscope, mais à l'expiration seulement, et pas du tout à l'inspiration. La respiration est normale dans le reste de la poitrine. La percussion par conséquent ne fournit aucun signe utile au diagnostic. J'invite notre honorable collègue M. Morel-Lavallée à vouloir bien vérifier ce diagnostic, d'après ses recherches spéciales sur les hernies pulmonaires (1).

L'indication bien simple, selon la réductibilité facile du pneumocèle, est de le maintenir réduit à l'aide d'un bandage. Le premier appareil, fait chez M. Charrière, ne peut être supporté, parce que, étant trop étroit, il comprime douloureusement la base de la poitrine et l'épigastre, comme une ceinture trop serrée. Un second appareil beaucoup plus large, ayant la forme d'un corsage avec bretelles, et garni d'une pelote convexe assez grande, satisfait pleinement à cette indication, et permet enfin à M. M... de supporter les mouvements de la marche et les efforts de la toux sans déplacement du bandage ni de la hernie.

NOTE

SUR LA STRUCTURE DE LA CATARACTE POINTILLÉE OU PONCTUÉE,

Par MM. les docteurs DESMARRES et CH. ROBIN.

On sait que la cataracte pointillée est caractérisée extérieurement par de petits points blancs ou opalins plus ou moins nombreux, souvent à peine perceptibles. Elle est habituellement rangée parmi les *cataractes lenticulaires molles* commençantes ou au début, comme une variété de cette espèce. Par sa structure, elle diffère pourtant sous plusieurs rapports intéressants de ces cataractes. C'est ce que va montrer la description suivante.

Il est rare que cette variété de cataracte puisse être étudiée anatomiquement, parce que, permettant encore la vision, bien que d'une manière imparfaite, on n'est que rarement forcé de l'opérer. L'un de nous ayant été obligé d'extraire, chez une jeune personne de dix-sept ans dont les deux yeux étaient également atteints, un cristallin qui offrait un type très-caractérisé de cette variété de cataracte, il nous a été possible d'en déterminer la nature anatomique.

(1) *Hernies du poumon*, par Morel-Lavallée; *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. Ier, 1847.

Le cristallin offrait une mollesse uniforme dans toute son épaisseur, ce qui n'est pas habituel. On ne distinguait pas de noyau central plus dur que le reste de l'organe, ainsi qu'on l'observe habituellement dans les cataractes molles.

On constatait sur chacune de ses faces dix à douze petites taches au moins, inégalement disséminées; quelques-unes étaient contiguës, et les autres écartées. Leur diamètre variait depuis l'état d'un point presque imperceptible, jusqu'à un tiers de millimètre Leur couleur était d'un blanc mat. Lorsque le cristallin fut à demi desséché, elles disparurent; mais au bout d'une ou deux minutes de séjour dans l'eau, elles reparurent aussi nettes qu'auparavant.

Il était facile de porter successivement chacune des taches opaques tout entières sous le microscope; la compression de la lame de verre les étalait légèrement, et de plusieurs points de leur périphérie on pouvait voir s'écouler sous forme de petits courants un liquide opalin, s'étalant en petites nappes nuageuses sur les bords de la préparation. On constatait sans peine que la couleur blanchâtre du liquide était due à de très-fines granulations moléculaires d'un volume remarquablement uniforme, larges de 1 millième de millimètre environ. Vues par transparence, ces granulations offraient un centre jaunâtre et un contour noir foncé, large par rapport à la partie centrale brillante. Ces granulations, en nombre très-considérable, étaient toutes douées d'un mouvement brownien extrêmement vif et très-énergique.

Les lambeaux de cristallin portés sous le microscope présentaient des taches encore trop transparentes ou trop petites pour que l'œil pût les apercevoir. L'examen de ces lésions montrait que les ponctuations existaient non point dans la couche des cellules ou couche molle superficielle du cristallin normal, mais plus profondément, dans la couche des *tubes à noyaux* et entre les fibres dentelées les plus superficielles. Les taches les plus transparentes comme les plus opaques siégeaient non point dans l'épaisseur des fibres, mais dans leurs interstices, de manière à les écarter; elles étaient dues, non point à une altération des éléments du cristallin, mais au dépôt dans les intervalles qui les séparent des granulations décrites plus haut.

Il était facile de reconnaître que les taches les moins opaques étaient dues au dépôt de ces granulations sous forme de traînées le long des fibres et des tubes du cristallin. Ces granulations étaient ainsi disposées en séries régulièrement écartées les unes des autres par un intervalle égal à la largeur de chaque élément du cristallin. Ces traînées de granulations étaient plus ou moins épaisses de l'une à l'autre, et offraient souvent çà et là de petits renflements dus à une plus grande accumulation de ces petits granules. Ces traînées interfibrillaires aboutissaient constamment à des plaques presque opaques, formées par les mêmes granulations entourant complétement les fibres à leur niveau et les masquant. La moindre pression ou la simple addition d'eau entre les lames de verre suffisait pour faire écouler en quelque sorte ces granulations, les déplacer ou les chasser de la situation qu'elles occupaient.

Les taches les plus opaques étaient formées par un seul ou par plusieurs amas contigus de ces mêmes granulations. Dans ces amas, celles-ci étaient très-faciles à dissocier et à faire écouler en quelque sorte. La moindre pression brisait et écrasait ces amas et les réduisait en granulations isolées. Leur volume variait de 2 à 10 centièmes de millimètre; leur forme était généralement ovoïde ou sphérique, rarement polyédrique. Il était facile de voir qu'ils étaient formés uniquement de granulations moléculaires juxtaposées, sans enveloppe propre ni matière unissante interposée. Les plus petits comme les plus gros de ces amas formant les taches étaient remarquables par leur opacité, leur aspect noir, lorsqu'ils étaient vus par transparence sous le microscope.

Dans les taches les plus grosses, au milieu des amas réguliers ou irréguliers de granulations décrits ci-dessus, on voyait un assez grand nombre de globules sphériques, du volume des globules du sang ou à peu près, globules à contour net et noir, à centre jaune d'ambre et brillant. Ces petits globules offraient les mêmes réactions que les petites granulations, et par suite peuvent être considérés comme de même nature, n'en différant que par le volume.

---

der de prime abord les questions les plus transcendantes et veulent surtout envisager la science au point de vue de ses applications les plus usuelles.

Pour les uns comme pour les autres, le traité que nous avons sous les yeux sera d'une utilité réelle; il ne paraîtra ni trop *terre-à-terre* aux hommes spéciaux ni trop abstrait à ceux qui, en raison de la nature de leurs occupations, ne peuvent et ne doivent considérer la chimie que comme un moyen nécessaire, il est vrai, mais cependant accessoire.

Le premier volume, le seul qui a encore paru, est divisé en trente leçons, qui, après l'exposé de quelques généralités sur la matière, la définition de ce que les chimistes entendent par *équivalent*, et les règles du langage chimique, comprennent une étude aussi complète qu'il est possible de la faire dans un cours élémentaire, des métalloïdes et de leurs composés binaires, et l'esquisse la plus simple et la plus détaillée tout à la fois des généralités relatives aux métaux, aux alliages, aux oxydes, chlorures, iodures, sulfures, etc. Ce volume se termine par une étude approfondie des composés salins, dans laquelle l'auteur insiste sur les lois si fécondes établies par Berthollet, l'immortel auteur de la *Statistique chimique*.

Inutile de dire que cet ouvrage, appelé au succès le plus mérité, renferme l'exposé des travaux les plus récents, et que, sans abuser des citations, M. Cahours se fait un devoir de rappeler, à côté de chacune des conquêtes de la science moderne, les noms justement honorés des auteurs de ces découvertes, ceux des Dumas, des Chevreul, des Dulong, des Laurent, des Gerhardt, etc., de celui-ci, surtout, qui, en introduisant le premier dans la science l'idée de *série*, a groupé les corps d'après les analogies tirées de leur étude, et a apporté les plus heureuses simplifications dans les parties les plus complexes et les plus difficiles de la chimie.

De la vieillesse étudiée comme maladie, et des moyens de la combattre, par M. le docteur Léopold TURCK.

Le titre du volume par lequel nous terminons cette revue paraîtra, sinon bizarre, tout au moins original. Jusqu'à présent, en effet, on s'est à peu près accordé à regarder la vieillesse comme une maladie incurable, et les recherches les plus actives n'ont pu encore faire retrouver la fontaine merveilleuse d'où s'échappait l'eau de Jouvence.

Heureusement, l'ouvrage de M. Turck est plus sérieux que son titre ne pourrait le faire croire, et l'auteur, au lieu de chercher, comme il le prétend, à combattre la vieillesse, ne s'attache-t-il en réalité qu'à donner d'utiles et salutaires préceptes à ceux qui avancent en âge, pour conserver le plus longtemps possible une santé physique et morale à peu près satisfaisante, éviter les infirmités, et surtout cette imbécillité sénile, le plus effrayant précurseur de la terminaison fatale à laquelle nous sommes tous condamnés.

A ce point de vue, le livre de M. Turck mérite d'être lu avec attention; c'est un traité d'hygiène dans lequel l'auteur examine successivement avec beaucoup de jugement les divers modificateurs, tant internes qu'externes, de l'organisme humain, et leur action sur les divers appareils qui le constituent. Certes, nous ne sommes pas suspect de partialité pour les livres destinés aux gens du monde, au *profane vulgaire*, qui, dans notre opinion, doit toujours être éloigné du sanctuaire d'Esculape. Nous avons sur ce point assez souvent fait notre profession de foi. Mais nous ajoutons que si l'on doit faire une exception, c'est pour les seuls ouvrages d'hygiène ; et à ce point de vue nous ne pouvons blâmer l'intention de M. Turck, qui nous prévient tout d'abord que c'est peut-être plus au public qu'aux médecins instruits que s'adresse son œuvre.

Pourquoi faut-il qu'au milieu des sages conseils qui se rencontrent à chaque page dans son *Etude sur la vieillesse*, on trouve quelquefois des idées singulières comme la suivante? Un ouvrier s'est guéri d'une dyspnée habituelle en travaillant longtemps sous la cloche à plongeur. S'ensuit-il, comme le veut M. Turck, que lorsque la fonction respiratoire diminue d'ampleur, d'intensité, on pourra trouver toujours le remède de cette fatigue sénile dans l'emploi du bain d'air comprimé? Et quel est le vieillard qui consentira à vivre sous une cloche, sans craindre une comparaison inévitable avec le fruit savoureux qui pare pendant quelques mois la table de nos gourmets?

Dr A. FOUCART.

Toutes ces granulations étaient remarquables en ce que nul acide n'en dégageait de gaz, ce qui éloigne de l'idée qu'elles seraient formées de carbonate de chaux. L'acide chlorhydrique ni la potasse ne les dissolvaient, au moins d'une manière appréciable. L'acide acétique les dissolvait très-rapidement, presque instantanément, lorsqu'elles n'étaient pas interposées aux fibres du cristallin, bien plus vite qu'il n'attaque le phosphate de chaux. En outre, la glycérine les dissolvait peu à peu, ou au moins les pâlissait beaucoup. Ces réactions ne sont ni celles des corps gras ni celles des phosphates calcaires. Il semble donc que ces granulations étaient formées de substances azotées, telles que celles qui, en petit nombre dans l'économie, offrent une teinte jaunâtre sous le microscope et réfléchissent la lumière avec une coloration blanche ou jaunâtre. Les nucléoles brillants et volumineux de certaines cellules, par exemple, sont dans ce cas et se dissolvent dans l'acide acétique et la glycérine, bien qu'ils réfractent aussi la lumière à la manière des corps gras.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 mai 1856. — Présidence de M. GOSSELIN.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Hernie traumatique du poumon. — M. LARREY présente un exemple de hernie traumatique du poumon qui mérite l'attention à cause de la rareté des lésions de ce genre, et en raison aussi de toutes les circonstances appréciables de la blessure. (Voir plus haut CLINIQUE DU VAL-DE-GRACE.)

Telles sont les conditions dans lesquelles M. Larrey présente à la Société cet intéressant blessé avant sa sortie du Val-de-Grâce.

M. MOREL-LAVALLÉE, dans ses recherches sur la hernie du poumon, n'a pas encore vu de cas semblable à celui-ci. La tumeur formée par la hernie s'efface ordinairement pendant l'inspiration et se gonfle pendant l'expiration. Dans le cas actuel, au contraire, ces deux actes ne sont pas nettement tranchés, ce qui peut inspirer quelques doutes sur le diagnostic. On pourrait croire qu'il s'agit d'une hernie épiploïque; la position tout à fait exceptionnelle de la tumeur ne détruirait pas complétement cette hypothèse, car M. Morel a vu un cas tout aussi singulier dans lequel l'épiploon s'était fait jour à travers la paroi thoracique à la suite d'une plaie qui avait intéressé à la fois cette paroi et le diaphragme.

Cependant le malade de M. Larrey est réellement affecté de hernie pulmonaire, car il existe un signe très-caractéristique : si on vient, en effet, à presser la tumeur comme pour la réduire, on perçoit une crépitation fine qui atteste la présence d'un lobule pulmonaire; on peut encore remarquer que cette tumeur ne se gonfle pas quand on fait faire un effort au malade. C'est là du reste un signe négatif que M. Morel-Lavallée a constaté plus d'une fois dans les hernies pulmonaires. Au contraire, dans les cas où l'effort n'agit point sur la tumeur pulmonaire, le moindre cri, l'action de parler, de tousser, en un mot toute expiration brusque fait à l'instant gonfler la hernie du poumon. Ces faits sont embarrassants, et ont diminué la confiance que M. Morel accordait à la théorie si ingénieuse de l'effort telle qu'elle a été formulée par M. Cloquet.

Voici en quoi consiste la difficulté : dans cette théorie, l'effort s'accompagne de l'occlusion de la glotte; l'air se trouve alors emprisonné dans les cavités bronchiques, et le moindre resserrement de la poitrine causé par les muscles expirateurs devrait presser sur cet air; celui-ci à son tour, trouvant dans la hernie pulmonaire un point soustrait à la résistance de la paroi thoracique, devrait gonfler le viscère hernié et le rendre saillant à l'extérieur.

Or l'observation des faits ne confirme pas cette donnée théorique; de plus, M. Morel a rencontré d'autres faits qui la trouvent en défaut. Certains sujets ont des collections purulentes dans les plèvres, collections qui viennent faire tumeur sous la peau ou qui communiquent avec l'extérieur par une fistule. D'après la théorie de M. Cloquet, l'effort devrait gonfler la tumeur liquide ou faire sortir par la fistule une certaine quantité de fluide épanché; eh bien, ni l'un ni l'autre de ces phénomènes ne se présente. Si, au contraire, on fait faire au malade une expiration brusque, même légère, à l'instant la collection liquide sous-cutanée paraît s'accroître, le liquide s'élance souvent en jet par la fistule.

Voici les faits qui embarrassent M. Morel, et dont la théorie à d'autres égards si remarquable de M. Cloquet ne rend pas un compte suffisant.

M. CLOQUET pense que le malade qui vient d'être présenté n'est pas convenable pour étudier l'influence des mouvements respiratoires sur la hernie pulmonaire. La portion de viscère qui forme la tumeur a sans doute contracté des adhérences avec l'ouverture de la paroi par suite de la ligature qui a été appliquée. Lorsque ces adhérences manquent, il a remarqué depuis bien longtemps que la hernie pulmonaire se rétracte dans l'inspiration et se gonfle dans l'expiration, comme dans la toux et l'effort.

Quant à sa théorie de l'effort, M. Cloquet y tient, parce qu'il la croit bonne, malgré les discussions qu'il eut autrefois à soutenir sur ce point avec un professeur de physiologie, qui ne put lui pardonner de n'être pas du même avis que lui.

Il croit aussi à l'occlusion de la glotte, indispensable pour fournir un point d'appui à l'air renfermé dans le poumon. Or, la glotte étant fermée, la tumeur herniaire doit nécessairement se gonfler, lorsque la paroi thoracique et le diaphragme tendent à rétrécir de toutes parts la cavité pulmonaire.

M. MOREL répond que dans des hernies sans adhérences et dans lesquelles le murmure respiratoire se fait très-bien entendre, il n'a jamais vu l'effort, même très-intense, gonfler la poitrine alors qu'il ne s'y joint pas une expiration brusque. Cet exemple, joint à celui des collections liquides du médiastin, prouve que dans l'effort par l'air contenu dans le poumon n'est pas soumis à cette tension nécessaire pour gonfler la tumeur et chasser le liquide au dehors.

Quant à l'immobilité de la poitrine, ne conçoit-on pas qu'elle puisse être opérée autrement que par l'appui que le poumon distendu prêterait à ses parois? La synergie des muscles, des côtes, etc., ne suffirait-elle pas pour l'expliquer? de même que l'avant-bras, par exemple, est mis dans une situation fixe par la contraction simultanée des extenseurs et des fléchisseurs?

M. VERNEUIL. Je ne voudrais pas engager la Société dans une discussion purement physiologique, qui cependant pourrait seule servir de base pour élucider les dissidences élevées dans ce moment entre MM. Morel-Lavallée et Cloquet. Je me contenterai de dire que la théorie de l'effort, telle qu'elle existe aujourd'hui, n'est pas complète. Il paraît évident que dans certains cas la glotte se ferme pour emprisonner réellement l'air contenu dans l'arbre aérien, et que son occlusion lutte contre la contraction des muscles expirateurs; mais certainement il n'en est pas toujours ainsi, et dans quelques circonstances la glotte reste ouverte pour les besoins de la respiration et de la phonation, alors même que tous les muscles de la poitrine sont violemment contractés pour tenir cette cavité dilatée et immobiliser complétement les pièces osseuses qui la constituent.

Ce fait est déjà connu, et plusieurs auteurs ont reconnu que des efforts énergiques et prolongés pouvaient se continuer longtemps, malgré l'ouverture de la glotte ou l'établissement d'une voie artificielle à travers la trachée, par exemple. Des observations nouvelles que j'ai été à même de faire viennent confirmer cette opinion. J'ai suivi pendant quelque temps les luttes de plusieurs athlètes, afin de faire quelques études physiologiques. J'ai remarqué que pendant l'étreinte souvent prolongée à laquelle ils se soumettent réciproquement, la poitrine, préalablement dilatée par une forte inspiration, restait ensuite immobile et résistante. Pendant ce temps la respiration s'effectue néanmoins, ce qui indique nécessairement la perméabilité de la glotte; mais elle s'opère uniquement à l'aide du diaphragme : le soulèvement rhythmique de la région épigastrique l'indique clairement et s'apprécie sans peine, car les lutteurs, comme on le sait, sont presque entièrement nus.

Ayant répété sur moi-même ces expériences, je me suis convaincu qu'il était possible de maintenir pendant un temps assez long la dilatation forcée du thorax et par conséquent son immobilisation, tout en continuant à respirer et même à parler ou à crier. Les côtes, de cette façon, fournissent aux muscles du tronc et des membres thoraciques le point d'appui fixe indispensable à la lutte. Je dis indispensable, car si, par fatigue ou par inadvertance, le lutteur laisse affaisser son thorax, et si, fortement comprimé par son adversaire, il ne peut pas le dilater de nouveau par une inspiration énergique, il ne tarde guère à succomber, ou du moins la lutte devient très-inégale.

Toutes ces remarques physiologiques et d'autres encore, sur lesquelles je ne puis, à mon grand regret, m'étendre davantage, m'ont engagé à admettre pour le tronc trois variétés distinctes de l'effort :

1° L'effort que j'appellerai *général* ou *thoraco-abdominal*, et dans lequel il y a contraction des quatre sphincters qui servent à l'écoulement de l'air, des matières alimentaires et fécales et de l'urine, ou autrement dit occlusion de la glotte, du cardia, de l'anus et du col de la vessie. Cet effort, qui répond bien à celui que M. Cloquet a décrit, s'opère fréquemment dans l'action de lever un fardeau, par exemple. Mais il n'est pas durable, car la respiration ne peut être longtemps suspendue. Les muscles expirateurs sont surtout ici énergiquement contractés.

2° L'effort *abdominal* ou *expulsif*, dans lequel les muscles expirateurs jouent encore le rôle le plus considérable pour rétrécir la cavité abdominale ou thoracique dans tous ses diamètres. Ici, une partie des sphincters est fermée, tandis que les autres, au contraire, s'ouvrent ou sont vaincus pour laisser passer l'air, l'urine, les matières vomies, les fèces, l'enfant pendant l'accouchement.

3° L'effort *thoracique*, dans lequel la respiration n'est pas suspendue, et qui consiste surtout, non-seulement dans la contraction énergique et brusque des muscles dilatateurs externes du thorax, mais dans la continuation, dans la persistance de cette contraction, qui ne cesse que par la fatigue de ces muscles, ou parce que la dilatation forcée qu'ils amènent dans le thorax est surmontée par une pression supérieure.

La distinction que je viens d'établir est très-féconde en déductions pathologiques; elle est de nature à montrer toute la lumière que la physiologie, même minutieuse, peut jeter sur la connaissance exacte des maladies.

M. MOREL-LAVALLÉE, sans vouloir diminuer en rien l'importance des observations de M. Verneuil, fait remarquer qu'elles n'ont pas trait à la difficulté qu'il a posée.

M. CLOQUET n'ignore pas que dans certains efforts musculaires la glotte n'est pas fermée; mais c'est l'exception. Quant aux faits invoqués par M. Morel, ils sont trop complexes, renferment trop de conditions différentes pour être aisément expliqués dans cette courte discussion.

M. CAZEAUX demande que cette question intéressante soit reprise prochainement, puisque l'ordre du jour ne permet pas de l'épuiser aujourd'hui.

CORRESPONDANCE.

M. LE PRÉSIDENT rappelle que le 15 mai, terme fixé pour la remise des mémoires adressés pour le concours du prix annuel de la Société, étant expiré, aucun mémoire ne pourrait plus être reçu.

La question de prix pour l'année 1856 était *Des résultats définitifs des amputations des membres inférieurs.*

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. CHASSAIGNAC montre un sujet qui porte plusieurs tumeurs fibro-plastiques. Déjà il a subi une amputation de la jambe pour une lésion de ce genre. Les tumeurs consécutives siégent dans le moignon, à la cuisse du côté opposé, au flanc, au bras, au grand trochanter. Déjà deux de ces tumeurs, celle du bras et celle de la région lombaire, ont été extirpées, et l'état général s'est amélioré sous l'influence de ces opérations. M. Chassaignac tentera peut-être l'ablation successive des autres manifestations de la maladie.

L'observation, au reste, sera complétement recueillie.

— M. GUERSANT montre un enfant de deux ans, d'une bonne constitution, qui porte à la région pubienne, et probablement dans l'épaisseur même des os, une tumeur du volume d'une pomme, et qui fait saillie à la fois dans le bassin et à l'extérieur. La miction n'est pas gênée. L'apparition de cette lésion est récente. Cependant on ne peut songer à une opération. M. Guersant croit qu'il s'agit d'un enchondrome, et, dans l'hypothèse où la cause productrice serait la syphilis ou la scrofule, il se propose d'administrer le traitement ioduré.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que MM. Houzelot et Chapel, membres correspondants, assistent à la séance.

COMMUNICATIONS.

M. Serres (d'Alais) monte à la tribune pour faire diverses communications. Il parle d'abord d'un malade atteint de mal de Pott qui avait amené la perte de la sensibilité et de la motilité dans la partie inférieure du corps. Il y avait, au niveau de la troisième vertèbre dorsale, une saillie considérable, avec inflexion telle que le corps était courbé en arc. Deux fois, à une année d'intervalle, M. Serres conseilla le décubitus ventral; mais cette attitude ne put être conservée. Il fit alors construire un appareil qui concourait au même but, et au bout de deux mois le malade put se relever et marcher.

Le même traitement, associé à l'huile de foie de morue, a réussi également dans plusieurs cas analogues.

M. Serres parle ensuite d'un jeune homme de dix-sept ans, qui, depuis l'âge de trois ans, avait les deux membres inférieurs croisés en X d'une manière permanente, par suite d'une rétraction des adducteurs. La section de ces muscles fut faite par la méthode sous-cutanée près des pubis. On y joignit celle des fléchisseurs de la jambe et du tendon d'Achille. Douze à treize muscles furent coupés en une seule séance. Il n'y eut aucun accident, si l'on en excepte quelques eschares superficielles que l'appareil occasionna sur la peau du dos du pied. La guérison eut lieu, et la marche est aujourd'hui possible.

Enfin, dans une troisième communication, M. Serres aborde les questions si controversées en physiologie, de la vision simple avec les deux yeux, de la perception des reliefs et de la diplopie.

Les détails de physique longs et spéciaux dans lesquels entre l'auteur échappent à une analyse sommaire.

— M. Salmon, chirurgien de l'hôpital de Chartres, lit un mémoire *sur les amputations pratiquées avec les caustiques.*

M. MOREL-LAVALLÉE montre l'autopsie d'un phlegmon péri-utérin.

Les pièces n'étant pas complétement disséquées, M. Morel reviendra sur cette communication, au sujet de laquelle une courte discussion s'engage entre lui et M. Cazeaux.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : Aristide VERNEUIL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 26 mai, M. le docteur Fonssagrives, médecin professeur, a été nommé au grade de second médecin en chef de la marine.

— Par arrêté du 17 mai, M. le docteur Joyeux, agrégé près la Faculté de médecine de Strasbourg, dont le temps d'exercice expire le 1er octobre prochain, est maintenu dans ses fonctions pendant trois ans à partir de cette époque.

— Par arrêté du 24 mai, M. Panis, professeur d'accouchement à l'Ecole préparatoire de Reims, est nommé secrétaire agent comptable de cette école, en remplacement de M. Philippe, dont la démission en cette qualité est acceptée.

— M. le docteur Morel, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville, vient d'être nommé à l'asile public d'aliénés de Saint-Yon, à Rouen, en remplacement de M. Mérielle, décédé.

— On nous écrit de Constantinople, 18 mai :

« Par suite de la diminution du nombre des malades et du déclin du typhus, qui sévissait dernièrement sur nos troupes, on a pu fermer le grand hôpital militaire de Péra. L'administration a pensé qu'une partie de l'armée étant déjà rentrée en France, ce bâtiment pouvait recevoir une nouvelle destination; il a été affecté au trésor et à l'intendance de l'armée de Crimée.

» En parcourant ses vastes corridors et ses hautes salles aux larges croisées aujourd'hui désertes, on ne se douterait guère qu'il était, au commencement de ce mois encore, rempli des malades français que la Crimée y envoyait incessamment. Cet hôpital, qui a contenu près de 2,000 malades, en a reçu 27,500 pendant les vingt-deux mois qu'il a été ouvert. Il en est sorti par billet 9,460, et 13,000 ont été évacués sur la France ou sur d'autres hôpitaux lorsqu'ils étaient en convalescence.

» Le nombre des journées de traitement s'est élevé à 633,986. Les journées des fiévreux ont été une fois aussi nombreuses que celles des blessés.

» Il est facile, d'après ces chiffres, de se figurer le nombre d'opérations qu'on y a pratiquées, surtout après les combats meurtriers de l'été dernier.

» Beaucoup de médecins ont été attachés à l'hôpital de Péra. Parmi eux, on peut citer MM. Scoutetten, Secourgeon, Morgue, Thomas, Legouest, Haspel, Valette, Volage (qui vient de succomber au typhus), Cambay, Lacronique, Ganderax, etc... Pendant tout le temps qu'il a été ouvert, un certain nombre d'élèves de la Faculté impériale de médecine de Constantinople ont aidé les médecins français dans les soins qu'ils donnaient aux malades; et ces jeunes gens, qui se sont distingués par leur zèle et leur dévouement, seront capables bientôt de faire de bons praticiens pour l'armée turque.

» Un tiers de l'armée d'Orient étant déjà rentré en France, et un second tiers partant sous peu de jours, il restera peu de troupes en Crimée, et il y aura nécessairement ici peu de malades. Nous ne tarderons donc pas à voir un bon nombre de médecins militaires rentrer à leur tour. Puissent-ils désormais n'avoir plus de nouvelles pertes à déplorer! »

LE SECRÉT.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 65. — MARDI 3 JUIN 1856. (29e ANNÉE.) N° 65. — MARDI 3 JUIN 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 JUIN 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a reçu dans la dernière séance plusieurs communications dont nous nous bornerons à mentionner les titres aujourd'hui, l'abondance des matières nous obligeant à en renvoyer l'analyse et l'appréciation à un autre jour. Ces communications sont : un mémoire de M. Puech, relatif à l'influence de la cryptorchidie sur la génération ; des recherches électro-physiologiques sur les fonctions des muscles qui meuvent le pied, par M. Duchenne (de Boulogne) ; un mémoire de MM. O. Henry fils et A. Chevallier fils, sur le phosphore ; une note complémentaire d'une précédente communication sur les divers traitements opposés au choléra, et particulièrement sur les propriétés thérapeutiques de la strychnine, par M. Isidore Bourdon ; un mémoire de M. Poggioli, et une note de M. Leveau, se rapportant également au traitement du choléra-morbus ; de nouvelles recherches de M. Chauveau sur la question de la glycogénie ; et enfin un mémoire de M. Ozanam sur l'efficacité du brôme dans le traitement des affections pseudo-membraneuses.

Nous publions plus loin le complément des communications de la séance précédente, qui n'avaient pu trouver place dans le numéro de mardi dernier.

HOTEL-DIEU. — M. LAUGIER.

Fistule vésico-vaginale située dans le cul-de-sac vagino-utérin, guérie par la suture.

(Observation rédigée par M. NADAU DES ISLETS.)

La femme F... (Marie), âgée de trente-deux ans, domestique, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n° 7, le 29 octobre 1855. Il y a deux ans, elle devint enceinte. Sa grossesse n'eut rien de remarquable, malgré une chute d'une certaine hauteur qu'elle fit à trois mois. Vers la fin du huitième mois, l'enfant cessa de remuer dans le sein maternel, et au terme de la grossesse elle mit au monde un enfant mort-né.

L'accouchement fut des plus laborieux ; les douleurs durèrent quatre-vingts heures et furent excessivement vives dans les douze dernières. Il se termina sous l'influence de l'administration du seigle ergoté.

Les suites de couches n'eurent rien de particulier, et la femme F... se leva vers le quinzième jour.

Jusque-là la miction s'était toujours faite d'une manière normale, et cette femme n'avait pas remarqué qu'elle mouillât son lit ; mais vers le dix-huitième jour, elle s'aperçut qu'elle perdait ses urines autrement que par le canal, suivant son expression, et que ses draps étaient mouillés. Cette perte involontaire d'urine ne fit qu'augmenter les jours suivants, et vers le vingt-cinquième ou vingt-sixième jour après l'accouchement tout besoin d'uriner cessa de se faire sentir ; la totalité des urines passait par le vagin. A son entrée à l'hôpital, le même état persistait.

Le 1er novembre on constate, à l'aide du spéculum, qu'il existe à droite et à la partie supérieure du vagin, dans le cul-de-sac que forme ce canal à son insertion au col utérin, une fistule à bords plissés et renversés en dedans, dans la cavité de laquelle on peut introduire une sonde de femme. Le vagin essuyé, on voit l'urine sourdre par l'orifice fistuleux et tomber dans ce conduit, dont l'entrée est envahie par une rougeur érythémateuse qui s'est étendue à tout le pourtour de la vulve. Le méat urinaire est aussi rouge et enflammé.

La malade se plaint d'éprouver constamment dans le trajet fistuleux une cuisson qui devient d'autant plus vive que l'urine y passe en plus plus grande quantité. Aussi, pour diminuer ses souffrances, s'est-elle condamnée à prendre le moins possible de boisson.

M. Laugier cautérise avec le crayon d'azotate d'argent l'intérieur de la fistule ; il prescrit un bain.

Le 8 et le 15, on pratique de nouveau la cautérisation avec le même caustique. Ces trois cautérisations n'ont pas amené d'amélioration bien sensible dans l'état de cette femme ; elle perd toujours ses urines en totalité. Cependant elle accuse un peu moins de cuisson dans le passage de l'urine à travers la fistule.

Après être resté quinze jours sans la cautériser, on pratique trois nouvelles cautérisations les 6, 13 et 20 décembre, à la sutie desquelles un mieux notable se déclare ; elle perd moins d'urine qu'auparavant. Dans le décubitus dorsal, elle peut conserver ses urines vingt minutes, une demi-heure sans mouiller ses draps ; les cuissons qu'elle ressentait ont presque entièrement disparu.

On continue chaque semaine à la cautériser ; mais l'amélioration qu'elle a d'abord éprouvée sous l'influence de ce traitement cesse de se faire sentir, et elle perd de nouveau ses urines comme lorsqu'elle est entrée à l'hôpital. M. Laugier lui propose alors l'opération, qu'elle accepte.

Le 23 janvier, la malade étant placée convenablement, le siége un peu élevé, on lui donne le chloroforme. L'insensibilité obtenue, on éloigne les cuisses l'une de l'autre ; on écarte avec des leviers les lèvres de la vulve, et M. Laugier va saisir le col de l'utérus avec des pinces de Museux. Il l'attire lentement à lui, jusqu'à ce que l'on puisse voir convenablement l'orifice vaginal de la fistule. Pour bien s'assurer qu'il a sous les yeux cet orifice, il y introduit un stylet, qu'il enfonce de plusieurs centimètres dans le trajet fistuleux.

Procédant alors à l'avivement des bords à l'aide d'un long bistouri et de la pince à griffes, il détache un cône de tissu dans toute la circonférence de la fistule.

Ce premier temps de l'opération terminé, il applique, à l'aide du porte-aiguille de M. Mathieu, trois points de suture entrecoupés, en ayant soin de traverser avec l'aiguille une épaisseur assez considérable de tissus. Avant de serrer les points de suture, on pousse une injection d'eau froide entre les lèvres de la plaie, afin d'entraîner tous les caillots qui pourraient y adhérer et d'empêcher l'affrontement des surfaces saignantes. Le rapprochement des bords de la fistule est effectué sans aucun tiraillement.

Après avoir fait une nouvelle injection d'eau froide pour nettoyer toutes les parties, on introduit dans le vagin un tampon d'agaric, et la malade est replacée dans son lit.

Une sonde n° 7 est placée à demeure dans la vessie, et l'on ordonne pour la journée une potion calmante. Le soir, la sonde s'étant bouchée, on en place une nouvelle.

Les urines sont sanglantes, et des douleurs assez vives sont accusées par l'opérée à la région hypogastrique. — Cataplasme laudanisé sur le ventre.

Le 24, l'urine s'écoule difficilement par la sonde ; on la change. Par ce cathétérisme, on évacue de la vessie une assez grande quantité d'urine mélangée de sang. Le ventre est toujours douloureux. — On continue de faire usage de cataplasmes laudanisés.

Le 25, la sonde s'est encore bouchée par des caillots sanguins ; on la renouvelle. Les urines contiennent moins de sang. Le tampon d'agaric est retiré. Les douleurs du ventre se sont un peu calmées. Depuis l'opération l'urine ne passe plus par la fistule. L'alèze qui est placée sous la malade n'est pas mouillée.

Le 26, état général satisfaisant ; pas de fièvre. La sonde fonctionne bien, l'urine coule facilement, rien ne passe par la fistule. Les douleurs abdominales sont calmées ; la malade a été à la garde-robe cette nuit.

Le 27, les urines renferment à peine des traces de sang. Le ventre n'est plus douloureux. Pas d'écoulement d'urine par la fistule.

Le 30, les urines sont parfaitement limpides et s'écoulent avec facilité.

Le 2 février, M. Laugier enlève les points de suture. Pour ne pas opérer de tiraillement sur les parties, il ne se sert pas de spéculum ; il conduit sur le doigt indicateur gauche, introduit dans le vagin, une paire de ciseaux à pointes mousses, et il divise successivement les fils.

Les parties génitales externes sont encore rouges et irritées ; le méat urinaire est tuméfié. La sonde que l'on retire est encroûtée de concrétions lithiques, on en replace une neuve.

Du 3 au 8, rien de nouveau.

Le 9, l'état général de la malade continue toujours à être satisfaisant. Rien ne passe par la fistule.

Le 15, le trajet fistuleux ne donnant plus passage à l'urine, la malade enlève sa sonde. Elle reste toute la nuit sans sonde, et néanmoins elle n'a pas mouillé son lit.

Dans l'espace de douze heures elle a uriné trois fois, et dans les efforts faits pour rejeter les urines elle n'a rien senti passer par la fistule.

Cette tentative imprudente de sa part n'ayant donné lieu à aucun résultat fâcheux, on lui supprime complétement la sonde. Elle n'a pas encore la permission de se lever.

Le 16, état satisfaisant. Il n'a pas passé d'urine par la fistule. Le besoin d'uriner s'est fait sentir deux fois dans la nuit, et chaque fois la malade a rendu une grande quantité d'urine dont la limpidité est parfaite.

Le 17, même état. On permet à la malade de se lever.

Le 18, elle s'est levée une grande partie de la journée, et l'urine n'a pas passé par la fistule. Elle n'a uriné que deux fois dans la journée et trois fois la nuit.

Le 19, dans la station verticale, elle a mouillé un peu sa chemise. M. Laugier pense que l'urine ne provient plus de la fistule, mais du canal de l'urètre, dont la tonicité a été diminuée par le séjour prolongé de la sonde. Néanmoins, par excès de précaution, cette femme garde le lit, et on lui met de nouveau une sonde à demeure.

Le 28, rien de particulier à signaler ; l'urine coule facilement par la sonde ; la malade ne mouille pas ses draps.

Le 29, on retire la sonde ; mais la malade garde la position horizontale. On ne lui accorde pas encore la permission de se lever.

Le 1er mars, elle ne se mouille pas, conserve parfaitement ses urines et n'éprouve le besoin de les rendre que deux ou trois fois chaque nuit. Dans la journée, elle urine une ou deux fois de plus que la nuit. A chaque émission, elle rend une assez grande quantité d'urine. Elle garde le lit.

Le 4, même état ; pas d'appétit ; constipation. — Lavement huileux.

Le 5, elle a uriné deux fois, la première à neuf heures du soir, la seconde à quatre heures du matin. Malgré le long espace de temps qui a séparé les deux mictions, elle n'a pas mouillé ses draps. Elle aurait fait, d'après ce qu'elle nous dit, des efforts assez violents à la seconde émission, et cependant elle certifie que rien n'a passé par la fistule. — Permission de se lever.

Le 11, la malade s'est levée. Aussitôt qu'elle a été debout, le besoin d'uriner s'est fait sentir. Dix minutes après la miction, elle a mouillé une surface large comme la paume de la main ; mais elle a parfaitement senti que l'urine s'écoulait par le méat urinaire et non par la fistule.

Le 12, émission involontaire de quelques gouttes d'urine, quelque temps après la miction, par le canal de l'urètre.

Le 13, examen au spéculum. On constate que le vagin est sec, que la cicatrice de la fistule présente un aspect infundibuliforme, la partie évasée de l'entonnoir étant tournée vers le vagin, et que l'oblitération du trajet fistuleux est complète.

En examinant aussi le méat urinaire, on voit sourdre par cet orifice une certaine quantité d'urine qui vient humecter l'entrée du vagin.

Le 14, rien de nouveau ; cette femme continue toujours à bien aller. — Bain.

Le 15, elle a ses règles et souffre beaucoup des reins.

Le 20, ses règles ont cessé de couler dans l'après-midi ; elles ont été beaucoup plus abondantes qu'avant l'opération. Au mois de février, elles n'avaient point paru. — Bain.

Le 28 ; aujourd'hui cette femme se lève toute la journée, et ne perd plus d'urine par la fistule ; c'est à peine s'il s'en échappe quelques gouttes par le canal. La vessie se laisse distendre, et le col vésical a recouvré sa tonicité normale.

22 mai. Pour s'assurer de la persistance de l'heureux résultat qu'il a obtenu dans cette circonstance, M. Laugier a conservé cette femme dans ses salles jusqu'à ce jour, et la guérison continue toujours à se maintenir.

Après avoir donné avec détails l'observation de cette malade, je crois devoir encore rehausser l'intérêt que présente ce cas, en transcrivant ici les réflexions que M. Laugier a faites à cette occasion, dans une de ses leçons cliniques.

Les exemples de guérison de fistules vésico-vaginales par une opération, et en particulier par la suture, sont encore aujourd'hui assez rares pour qu'il y ait un véritable intérêt à en citer un de plus. Ici cet intérêt s'accroît par ce fait également rare, que la guérison a été obtenue à la première tentative. On sait, en effet, que trop souvent on ne parvient, par une première opération, qu'à rétrécir plus ou moins la fistule, et que cependant cette diminution de l'orifice fistuleux est considérée à juste titre comme un véritable succès. Dans le cas actuel, la guérison ne s'est point fait attendre, et cela tient sans doute à certaines conditions de la fistule, mais aussi au procédé qui a été mis en usage.

La situation de la fistule n'était pas des plus favorables, puisqu'elle était placée au-devant du col utérin, dans le fond du cul-de-sac utéro-vaginal ; ses bords étaient depuis longtemps cicatrisés isolément, et il n'y avait aucune tendance à la guérison spontanée.

La totalité des urines était perdue par la fistule. Cependant celle-ci, disposée en entonnoir, n'était pas large ; elle pouvait recevoir l'extrémité d'une sonde de femme, mais non celle du doigt indicateur.

Le procédé a été des plus simples. Après avoir abaissé l'utérus jusqu'à la vulve, préliminaire indispensable dans presque toutes les fistules, mais surtout dans celles qui sont situées aussi haut dans le vagin, l'avivement des bords a été pratiqué avec la pince à griffes et le long bistouri à lame courte dont se sert ordinairement M. le professeur Jobert.

Cet avivement a été fait circulairement et en cône ; puis trois points de suture ont été portés à travers les lèvres saignantes de la fistule, à l'aide du porte-aiguille de M. Mathieu, et serrés de manière à produire un rapprochement très-exact.

Aucune dissection de la membrane muqueuse vaginale sur le col utérin, aucune incision latérale sur le vagin n'a été pratiquée pour favoriser le rapprochement des bords. Cette réunion dans une

cloison aussi mobile, et que ne contrariait aucune bride inodulaire, a été facile. Toute incision accessoire aurait été superflue, et par conséquent nuisible.

Toutes les fistules vésico-vaginales n'exigent donc pas les incisions accessoires destinées à rendre plus facile le glissement des lèvres l'une vers l'autre, et ce serait aujourd'hui un problème intéressant à résoudre que la détermination des cas où ces incisions seraient nécessaires et de ceux où l'on pourrait s'en passer.

Il paraît clair que dans toutes les fistules petites et de dimensions moyennes, sans complication de brides inodulaires capables de nuire à la mobilité de la cloison., on peut se dispenser de pareilles incisions.

Quoi qu'il en soit, cette observation démontre qu'elles ne sont pas toujours indispensables. J'ai dit que certaines conditions de la fistule avaient pu favoriser le succès de l'opération ; ce n'était pas, en effet, une large perte de substance ; elle était étroite et froncée ; cette disposition était sans doute favorable au rapprochement des bords, mais il ne faut pas oublier qu'elle laissait passer la totalité de l'urine. Combien de fistules vésico-vaginales étroites n'ont-elles pas résisté à tous les moyens de traitement et même à l'opération ?

Il faut donc enregistrer ce fait parmi les cas heureux de pratique chirurgicale.

HOPITAL St-ANDRÉ de BORDEAUX. — M. Denucé.

Staphylome opaque de la cornée. — Ablation de l'œil.

Une femme d'une quarantaine d'années environ avait, il y a dix ans, reçu un coup sur l'œil ; de là une inflammation qui, combattue par les moyens ordinaires, semblait complétement guérie, lorsque quelques mois après la cornée commença à se déformer et la vision à se perdre.

Quand la malade est entrée à l'hôpital (novembre 1855), elle offrait un staphylome opaque, irrégulier dans sa forme et dans sa coloration, d'un volume assez considérable, et qui fut jugé par M. Denucé le résultat d'une maladie organique de l'œil, mais siégeant surtout sur les parties antérieures, exclusivement confiné dans le globe oculaire, et n'atteignant pas les parties profondes de l'orbite. L'ablation de l'œil fut décidée et pratiquée de la manière suivante :

Les deux paupières étant écartées et fixées, l'ouverture palpébrale fut agrandie par un coup de ciseaux donné à l'angle externe ; un fil fut alors passé à travers le staphylome, de manière à permettre de saisir le globe oculaire et de le tirer dans telle direction qui serait nécessaire. Alors, avec des ciseaux courbes, le chirurgien divisa la conjonctive à la partie supérieure externe et interne, mit à nu les tendons des muscles droits supérieurs externe et interne, les coupa au ras du globe oculaire. Celui-ci étant abaissé, il fut facile de couper en arrière, et toujours au ras du globe, l'attache du grand oblique et le nerf optique. Enfin un dernier coup de ciseaux, prenant en dessous l'œil en grande partie détaché, permit de diviser les derniers liens qui le retenaient, à savoir la conjonctive à sa partie inférieure, le droit inférieur et le petit oblique.

En pratiquant ainsi l'opération, M. Denucé se proposait de ménager l'aponévrose de Tenon, qui, comme on le sait, formant à l'œil une sorte de hamac dans lequel il se trouve comme suspendu, constitue une sorte de cloison qui le sépare des autres parties contenues dans l'orbite, et, par de petits prolongements en forme de gaînes fibreuses, adhère aux muscles de l'œil. De là un double avantage : celui d'éviter la propagation de l'inflammation aux parties profondes de l'orbite ; celui de conserver dans le fond de la plaie, malgré l'extirpation de l'œil, une sorte de moignon obéissant encore, jusqu'à un certain point, aux mouvements des muscles oculaires.

L'événement a justifié ces prévisions. La guérison a eu lieu en quinze jours environ, sans phénomènes inflammatoires intenses, et le moignon obtenu a conservé, quoique un peu bornés, tous les mouvements en rapport avec les différents muscles de l'œil.

M. Denucé a l'intention de compléter le traitement par l'application ultérieure d'un œil d'émail.

La tumeur enlevée était de nature fibro-plastique, embrassant la cornée, l'iris et une partie de la rétine et de la choroïde, et ne franchissant en aucun point en arrière les limites du globe oculaire.

(*Archives d'ophthalmologie.*)

PULVÉRISATION DE DEUX CALCULS VÉSICAUX EN DEUX SÉANCES ;

l'un, de 6 centimètres et demi de diamètre, libre dans la vessie ; l'autre, de 5 centimètres de diamètre, enkysté.

Par M. le Dr Guillon, ancien chirurgien consultant du roi.

(Extrait d'un mémoire adressé à l'Académie de médecine par M. J. de Arrastia, (de la Havane), docteur en médecine de la Faculté de Paris.)

Ce fait pratique, dont j'ai été témoin, et dont le sujet est mon compatriote, prouve de nouveau qu'avec un bon instrument de lithotripsie, conduit avec habileté par une main exercée, on peut facilement, même *dans les cas de calculs enchatonnés, éviter cette grave opération de la taille, trop souvent mortelle.*

Les opérations dont il s'agit, et qui ont été pratiquées sous mes yeux, présentent trois phases distinctes. La dernière surtout offre un intérêt réel au point de vue de l'extraction et de la pulvérisation très-rapide d'un calcul enkysté, dont un autre chirurgien fort habile, avait inutilement tenté l'extraction et le morcellement.

Obs. — M. Lopez, naturel de Villa-Clara (île de Cuba), âgé de soixante-quatre ans, d'un tempérament bilieux sanguin et d'une bonne constitution, avait joui d'une excellente santé jusqu'en 1824, époque à laquelle il a souffert horriblement pendant quarante-huit heures d'une colique néphrétique, qui fut suivie de l'expulsion d'un calcul ayant la forme et la couleur d'un noyau d'olive. Au bout de quelque temps une nouvelle attaque a eu lieu ; mais cette fois les souffrances prolongées et les coliques finirent sans avoir eu pour résultat l'expulsion de calcul ou de gravelle.

L'exercice immodéré auquel le malade était obligé de se livrer journellement, et ses grandes occupations avaient augmenté graduellement ses souffrances, et, à partir de cette époque, elles devinrent continuelles. Envies fréquentes d'uriner, avec dysurie et strangurie ; marche pénible, douleurs dans la région recto-anale, hématuries fréquentes, et parfois si abondantes que le malade se trouvait baigné dans son sang.

Dans cet état de souffrance depuis environ trente ans, M. Lopez se détermina, en mai 1853, à venir en Europe.

Il se rendit à Paris à la fin du printemps de 1854, avec une lettre de recommandation pour M. le directeur de l'école de médecine militaire du Val-de-Grâce, M. le professeur Alquié, qui lui proposa de s'adjoindre M. le docteur Guillon.

Ce praticien sonda le malade, diagnostiqua un calcul libre ayant environ 6 centimètres de diamètre tranversal, et 10 ou 11 de longueur, et il fut arrêté qu'on aurait recours à la lithotripsie quand le malade y aurait été suffisamment préparé. On lui laissa d'abord le temps nécessaire pour se remettre des fatigues d'un long et pénible voyage.

I. — *Première lithotripsie*, par M. Guillon.

Après avoir injecté de l'eau dans la vessie, M. le docteur Guillon plaça le malade sur un canapé, avec un coussin sous la région sacrée, pour que le siége fût sur un plan plus élevé que la tête, et afin que la pierre tombât sur la paroi postérieure de la vessie ; les jambes fléchies sur les cuisses, et celles-ci sur l'abdomen, furent tenues écartées par M. Guillon fils et moi.

L'opérateur introduisit dans la vessie son brise-pierre enduit de cérat avec autant de facilité et de promptitude qu'on introduit une sonde ordinaire dans un urètre non rétréci, et dès qu'il eut ouvert cet instrument, en déprimant la paroi postérieure de la vessie, la pierre tomba immédiatement entre ses mors. Elle avait 6 centimètres et demi de diamètre, et, quoiqu'elle fût très-dure, M. Guillon l'écrasa facilement en abaissant avec la main droite le levier placé dans la rondelle de la branche femelle. Reprenant ensuite les plus gros morceaux, leur pulvérisation s'effectua très-rapidement et sans retirer l'instrument, qui fut dégorgé quatre fois au moyen de l'évacuateur.

Cette séance dura cinq minutes, et après l'opération le malade prit un bain tiède, où il resta une heure. Le reste de la journée et la nuit se passèrent très-bien, sans aucun mouvement fébrile.

Le lendemain de bonne heure, le malade put se lever et sortir. Il déjeuna en rentrant, et reprit sa vie habituelle.

Je dois le faire remarquer ici, c'est après avoir débarrassé son lithotripteur du détritus qui se trouvait dans la cuiller de la branche femelle et l'avoir fermé, que l'opérateur, voulant reconnaître avec cet instrument s'il restait encore des fragments volumineux, trouva, outre les débris, un calcul fortement enchatonné dans le bas-fond de la vessie, au côté droit.

M. le docteur Guillon fit part à la famille et à M. Alquié de la découverte qu'il venait de faire, et il proposa une consultation de chirurgiens au choix du malade. Il fut convenu qu'on appellerait M. le docteur Amussat.

II. — *Tentatives faites par M. Amussat.*

Six jours après, le docteur Guillon, MM. Amussat père et fils, M. Alquié, M. Guillon fils et moi, nous étions réunis chez M. Lopez.

M. Amussat père plaça le malade debout, le dos appuyé contre le mur, les jambes écartées, et il introduisit l'index de la main droite dans le rectum, voulant de la sorte constater à travers la paroi antérieure de cet organe la présence, si c'était possible, du calcul enchatonné. Ensuite, pensant qu'à l'aide du cathétérisme et du toucher combiné il pourrait déloger ce calcul, il fit coucher le malade en supination sur un divan, les cuisses fléchies à angle droit sur le tronc, les jambes fléchies sur les cuisses, tenues écartées en dehors, et la région coccygienne dépassant le bord du lit, et dans cette position du malade il introduisit une sonde d'argent à petite courbure dans la vessie. Puis, la saisissant de la main droite, il dirigea son extrémité à la rencontre de l'index de la main gauche introduit dans le rectum, en essayant de faire pénétrer le bec de cette sonde dans la cellule où était retenu le calcul et pour l'en déloger. Cette double manœuvre opératoire n'ayant produit aucun résultat favorable, M. Amussat retira sa sonde et introduisit dans la vessie un lithotriteur avec lequel il espérait broyer cette pierre, après l'avoir extraite du chaton où elle était encastrée. Les mors de cet instrument glissant toujours sur le sommet de ce calcul dont la base était solidement fixée dans la cellule où il s'était développé, M. Amussat ne parvint ni à le déloger ni à l'écraser, et ces nouvelles tentatives sont restées aussi stériles que les précédentes. Les douleurs dont elles furent accompagnées et suivies provoquèrent chez M. Lopez une si grande exaltation et un tel découragement, qu'il repoussait avec colère toutes les propositions qu'on lui faisait ayant pour but l'amélioration de sa situation. Il préférait, disait-il, mourir que de se soumettre à de nouvelles opérations, et il donna des ordres pour les préparatifs de son départ, qui devait avoir lieu dès que ses souffrances seraient diminuées.

Cependant, à force d'instances, M. Alquié et moi nous parvînmes à faire comprendre à M. Lopez qu'il devait consentir à ce qu'on le débarrassât des quelques fragments restés dans la vessie et provenant du calcul que M. Guillon avait en grande partie détruit, ces portions de pierre en augmentant de volume devant inévitablement rendre ses souffrances de plus en plus intolérables.

Se rappelant qu'il n'avait pas éprouvé de douleur à la première séance de lithotripsie pratiquée par M. Guillon, il se décida à laisser pulvériser par ce praticien ce qui restait de la pierre libre dans la vessie ; mais il ne voulait pas qu'on essayât de nouveau à le débarrasser de celle qui était enkystée. Il préférait, disait-il, la conserver, parce qu'il était persuadé qu'étant seule elle ne le ferait pas souffrir, que les douleurs qu'il avait éprouvées n'étaient produites que par celle qui était libre lorsqu'elle tombait dans le col de la vessie et s'opposait à la sortie de l'urine.

III. — *Extraction et pulvérisation du calcul enchatonné.*

En présence des mêmes personnes, M. le docteur Guillon procéda de la sorte à la deuxième séance de lithotripsie :

Il commença par injecter un demi-verre d'eau tiède dans la vessie du malade, le fit ensuite placer, comme la première fois, sur un divan convenablement disposé, et M. Amussat fils le chloroformisa.

Lorsqu'il fut endormi, M. Guillon introduisit son lithotripteur et pulvérisa en moins de deux minutes les fragments qui provenaient de la pierre attaquée précédemment.

Lorsque les fragments qui gênaient la manœuvre à exécuter pour déloger le calcul enkysté furent réduits en poudre, M. Guillon saisit avec les mors de cet instrument la portion du calcul enchatonné, qui faisait une saillie de plusieurs centimètres dans la vessie, et il l'y maintint en rapprochant à l'aide de la main gauche les rondelles de la branche mâle et de la branche femelle. La fixant ensuite plus solidement à l'aide du levier qu'il abaissa avec la main droite, tandis qu'il saisissait la tige du brise-pierre avec la main gauche, sur laquelle il prit son point d'appui pour éviter de contondre le col de la vessie par un mouvement de torsion de gauche à droite, il délogea cette pierre de la cellule où elle était retenue, et ce fut par une manœuvre analogue à celle qu'on exécute pour opérer l'évulsion d'une dent avec la clef de Garengeot qu'il obtint ce résultat.

Le malade, étant anesthésié par le chloroforme, ne témoigna aucune douleur, et ce calcul, qui avait 5 centimètres de diamètre, porté sur la paroi postérieure de la vessie, fut complétement pulvérisé en huit minutes.

Pendant cette séance de lithotripsie, qui dura environ dix minutes, M. Guillon vida quatre fois son lithotripteur, c'est-à-dire qu'il a fait tomber quatre fois dans la vessie en soulevant l'évacuateur la poudre dont la branche femelle était engorgée.

L'opération terminée, le malade exprima plusieurs fois combien il était heureux d'avoir été débarrassé aussi vite de son calcul enkysté sans avoir souffert et sans qu'il s'en doutât. Il prit ensuite un bain d'une heure et demie, et pendant la durée de ce bain il rendit avec l'urine, dans un urinoir placé à cet effet, une grande quantité de poudre et de détritus lithique.

Le calcul n'ayant pu être arraché de la cellule où il s'était développé sans déchirer le collet de cette cellule, M. Lopez rendit une assez grande quantité de sang mêlé à l'urine provenant évidemment de la déchirure produite par son extraction. Aussi, et quoique le malade ait continué à rendre du sang mêlé à l'urine toute la journée et la nuit, M. Guillon ne voulut rien faire pour arrêter cette hémorrhagie, persuadé qu'il était que cette émission sanguine empêcherait l'état fébrile de se développer.

L'opéré fut tenu à la diète jusqu'au lendemain (légère macération de graines de lin édulcorée avec du sirop de cerises, et quelques cuillerées d'une potion opiacée pour favoriser le sommeil).

La nuit ayant été calme, les urines n'étant plus sanguinolentes et l'appétit s'étant développé, M. Lopez resta levé une partie de la journée et prit deux potages. Une grande quantité de poudre et de détritus lithique fut entraînée au dehors par l'urine et par des injections faites avec la sonde évacuatrice.

L'examen des fragments les plus volumineux fit reconnaître que les calculs étaient formés de couches concentriques composées de phosphate et d'oxalate de chaux.

Le second jour, M. Lopez reprit son régime ordinaire et alla se promener au Luxembourg.

Le cinquième jour, MM. Guillon et Alquié explorèrent la vessie, et reconnurent que le malade était complétement débarrassé de ses deux calculs.

Le sixième jour et les jours suivants, M. Lopez parcourait Paris, faisant ses préparatifs de départ, et, dix jours après l'extraction et la destruction du calcul enchatonné, il se mettait en route pour l'Espagne. Une lettre que je viens de recevoir d'un membre de sa famille qui habite Barcelone m'annonce qu'il continue à jouir d'une très-bonne santé.

Les détails dans lesquels je viens d'entrer prouvent que le brise-pierre à levier et à évacuateur de M. Guillon est préférable à ceux généralement en usage.

Cette destruction de deux calculs volumineux, opérée presque sans douleur, en deux séances qui n'ont duré que quinze minutes (la première cinq, la deuxième dix), quoique l'un de ces calculs fût enchatonné, est un fait important qui mérite de fixer l'attention, et avec d'autant plus de raison qu'il démontre combien la manœuvre du lithotripteur de M. Guillon s'exécute facilement et rapidement.

Si ces calculs, qui étaient très-durs et ont fait souffrir M. Lopez pendant trente ans, avaient été attaqués avec les instruments généralement en usage et par un opérateur moins expérimenté, ce malade aurait pu avoir à subir un très-grand nombre d'opérations.

Or, on le sait, les dilacérations, les contusions produites par les brise-pierres qu'on est obligé d'incliner à droite et à gauche pour saisir soit les calculs, soit leurs fragments, — les introductions trop multipliées d'instruments de métal dans la vessie, déterminent parfois des accidents qui conduisent les malades au tombeau très-rapidement.

Assez souvent aussi des cystites graves ont été observées à la suite de lithotrities trop nombreuses, et surtout de celles exécutées par ces brise-pierres fenêtrés, espèces de cisailles avec lesquelles on coupe ou contond toujours plus ou moins la membrane muqueuse et les colonnes de la vessie, en saisissant les fragments de calculs qu'ils produisent sans pouvoir opérer leur pulvérisation.

Ce sont, d'une part, ces fâcheux résultats, et, d'autre part, la mauvaise confection et les défauts des instruments généralement en usage qui sont cause que la destruction de la pierre dans la

vessie, bien qu'ayant acquis depuis plus de trente ans droit de domicile dans la pratique chirurgicale, n'est encore employée que par un petit nombre de chirurgiens, et que la grave opération de la taille lui est préférée par beaucoup d'opérateurs.

Si les sages préceptes que M. Guillon déduit des faits pratiques nombreux qu'il a observés étaient mieux connus, la bienfaisante lithotripsie ne tarderait pas à être généralement adoptée. Les perfectionnements qu'il a introduits dans la pratique de la lithotripsie se rapportent à la situation à donner au malade, à la manière de pratiquer l'opération et à la confection des instruments qu'il emploie.

Ce praticien ne fait pas coucher sur un plan parfaitement horizontal les calculeux qu'il opère, ainsi qu'on le fait ordinairement. Il fait placer sous le bassin du malade un coussin assez volumineux, afin que la pierre et les fragments tombent naturellement sur la paroi postérieure du réservoir de l'urine.

En outre, au lieu d'incliner latéralement les cuillers de son lithotripteur pour saisir la pierre, M. Guillon déprime, avec le bec de la branche femelle, la paroi postérieure de la vessie, et les calculs et les fragments tombent naturellement entre les mors de l'instrument. En agissant ainsi, on ne pince pas la membrane muqueuse de la vessie, et les opérations sont ordinairement peu douloureuses.

Le bec du lithotripteur présente la courbure d'une portion de cercle assez régulier. C'est cette courbure qui amène les calculs et les fragments naturellement au milieu de la cuiller de la branche femelle, où se trouve sa plus grande largeur quand l'instrument est bien confectionné.

Pour donner une grande force aux mors de ses lithotripteurs, sans en augmenter sensiblement le volume, M. Guillon a fait conserver sur le milieu de la face externe de chacun d'eux une côte saillante et arrondie, ce qui donne au bec de l'instrument, vu de face, la forme d'un losange dont les angles sont arrondis.

Afin de pouvoir débarrasser à volonté la cuiller de la branche femelle de la poudre lithique qui s'y trouve entassée, il a placé dans cette cuiller un double fond, qu'on nomme évacuateur, et qui permet de vider cette poudre lithique dans la vessie aussi souvent que c'est nécessaire. Quand l'opération est terminée, on vide de nouveau, au moyen de cet évacuateur, l'instrument, qui est ensuite retiré complétement débarrassé de la poudre calculeuse.

Dans le brise-pierre pour enfants, cet évacuateur est disposé de telle façon que si la branche femelle venait à se rompre pendant l'opération, il amènerait aisément le fragment au dehors. Un fil d'argent placé dans la branche mâle servirait à extraire la cuiller de cette branche si elle se brisait dans la vessie.

Un levier très-puissant, fixé dans l'armature, permet d'exécuter en une séance de quelques minutes la pulvérisation d'un calcul qui n'aurait pu être détruit avec les autres brise-pierre qu'en huit ou dix séances d'égale durée. Ce levier ne peut jamais produire la rupture du lithotripteur pour adulte, parce que *des chevilles de sûreté*, dont l'une fixe ce levier dans l'armature, doivent se rompre avant que la puissance employée pour pulvériser la pierre puisse fracturer l'un de ces mors. En outre, la pression qu'il produit étant intermittente, par force vive, ne fait avancer la branche mobile que dans l'étendue d'un centimètre au plus; on voudrait rompre cet instrument, qu'on n'y parviendrait pas avec ce levier.

Conclusions. — De ce qui précède, et de certains autres faits bien connus, je crois devoir adopter les conclusions ci-après, que M. Guillon a formulées dans ses travaux sur la lithotripsie :

1° Avec de bons instruments de lithotripsie conduits avec habileté par une main exercée, on détruit promptement et facilement les calculs renfermés dans la vessie, et on évite toujours ou presque toujours l'opération de la taille chez l'adulte et chez l'enfant.

2° Quels que soient le volume et la dureté d'un calcul vésical, au moyen du lithotripteur de M. Guillon on peut le pulvériser complétement en deux ou trois séances de quelques minutes, tandis qu'avec les brise-pierres généralement employés, il faudrait vingt ou trente lithotripsies d'égale durée pour en débarrasser le malade.

3° Avec le brise-pierre pulvérisateur pour enfants, qui en 1850 a valu à M. Guillon la deuxième récompense que l'Académie des sciences lui a décernée, la lithotripsie est pratiquée avec autant de sûreté et plus de succès encore dans le jeune âge qu'à l'âge adulte. La destruction de la pierre dans la vessie s'effectue avec autant de sûreté chez les enfants que chez l'adulte, d'abord parce que les *chevilles* qui fixent certaines pièces du brise-pierres, et qu'on nomme chevilles de sûreté, doivent se rompre avant que la puissance employée puisse effectuer la rupture de ses mors. En outre, si l'une des branches de l'instrument venait à se briser dans la vessie, l'évacuateur fixé dans la branche femelle, ou le fil d'argent placé dans la branche mâle de ce lithotripteur amènerait facilement ce fragment en dehors.

PRESBYTIE IODIQUE,

Par M. le docteur A. Corlieu.

Un phénomène bien singulier a été observé chez le malade opéré d'un sarcocèle le 15 avril dernier par M. Velpeau, et dont l'histoire est rapportée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 29 avril 1856.

Quoique d'apparence robuste, Louis D... a de mauvais antécédents de famille; son père est d'une constitution bien débile; sa mère est morte, d'après son récit, d'un *lait répandu* (abcès froids); son frère aîné, de belle constitution, était sujet aux névralgies sus-orbitaires, occipitales, à forme intermittente. Il succomba à trente-quatre ans, en janvier 1854, après quelques jours de maladie. (Fièvre pernicieuse, forme soporeuse.)

Lorsque D... m'eut fait voir son sarcocèle, après avoir fait deux ponctions exploratrices, j'ai cru que, d'après ses antécédents, il devait être soumis, avant l'opération, au traitement ioduré, *intùs et extrà*. J'ai donc conseillé les frictions sur le scrotum avec la pommade mercurielle unie à l'extrait de ciguë d'abord, puis iodurée. En même temps, j'avais prescrit à l'intérieur la tisane de saponaire additionnée d'une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Iodure de potassium.	20 grammes.
Eau distillée.	150 —

Le malade prenait par jour deux cuillerées de cette solution, une le matin, une le soir.

Trois jours après, il avait absorbé environ 10 à 12 grammes d'iodure de potassium. Il se trouvait souffrant, et me fit demander. Il y avait un commencement d'intoxication. J'ai fait cesser le traitement.

Je n'ai point observé chez le malade tous les phénomènes décrits dans les auteurs, sans doute parce qu'il n'avait pas encore pris assez d'iode.

Les fonctions digestives n'avaient nullement subi l'influence iodique, la miction était un peu douloureuse. Je n'ai pu me procurer des urines et les analyser.

Le malade m'a dit avoir observé que la salive avait eu pendant douze heures une teinte bleuâtre : elle était redevenue normale quand je l'ai revu.

La circulation, la respiration n'avaient subi aucune modification.

Les membres pelviens avaient peine à supporter le malade, qui fut obligé de garder le lit. Il n'y eut ni sueurs ni démangeaisons. Mais ce qui me frappa plus particulièrement, ce fut le changement survenu dans l'acte visuel.

Louis D... était devenu *presbyte;* les pupilles étaient dilatées; il n'y avait ni photophobie ni larmoiement. Lorsque le malade eut interrompu le traitement, les jambes reprirent leurs forces et la vue revint à son état normal.

Ce fait m'a d'autant plus surpris, qu'il était nouveau pour moi. On trouve çà et là quelques troubles de la vision. Ainsi, M. Dorvault (*Iodognosie*, p. 258) rapporte, d'après le *Bulletin de thérapentique*, l'observation du gendarme Neyens, atteint d'*iodisme.* La vue était hébétée, très-affaible; les objets paraissaient doubles et soumis à un mouvement de rotation. Les pupilles étaient à l'état normal.

Bréra (de Padoue) a publié l'observation d'une jeune fille qui, ayant pris pendant trois jours de suite 8 centigrammes d'iode en trois pilules, eut la vue trouble et les orbites douloureux.

Comment expliquer la *presbytie* de D...? Le malade lisait à la distance de 60 centimètres environ; il ne distinguait rien à la portée ordinaire. L'iode avait-il porté son action sur les muscles de l'œil, dont il aurait diminué la force contractile, comme il en était de l'iris; aurait-il raréfié les humeurs de l'œil? C'est ce que j'ignore; je n'ai point remarqué que la convexité du globe oculaire fût diminuée. Si ce phénomène existait, ce devait être à un degré inappréciable, car je n'avais pas de point de comparaison.

Ne sachant comment caractériser cet épiphénomène, je crois pouvoir l'appeler *presbytie iodique*, en attendant que des faits analogues appellent l'attention des observateurs sur ce point.

C'est un mois environ après ce que je viens de raconter que Louis D... est entré à l'hôpital de la Charité. J'ai passé sous silence, avec intention, tout ce qui ne se rapporte pas à la presbytie.

LUXATION DE CHAMP OU VERTICALE DE LA ROTULE.

Par M. le docteur Regniard, médecin-major du 2e régiment d'artillerie.

Le 11 juillet 1854, le nommé Brosse (Joseph), conducteur au 2e régiment d'artillerie, n° matricule 2141, jeune homme de la classe 1853, d'une constitution robuste, au système musculaire bien développé, étant à cheval, au trot, eut le genou gauche violemment heurté contre le mur de la caserne; il éprouva aussitôt une douleur extrêmement vive, mais ne tomba pas de cheval; ses camarades s'empressèrent de le descendre, et me l'apportèrent à l'infirmerie, où je le reçus immédiatement et le fis coucher. Ce n'est qu'avec de grandes difficultés qu'on put lui ôter ses bottes et son pantalon, tant il craignait de fléchir le genou gauche, qu'il prétendait être *déboîté.* Cette articulation est en effet déformée, mais ne porte aucun gonflement, ni plaie ni meurtrissure; on voit à sa face antérieure une saillie tranchante avec dépression en dehors et en dedans; les tendons cruraux et rotulien sont tendus, et font relief sous les téguments. En saisissant la rotule, on sent qu'elle est comme renversée en dehors et maintenue fortement appuyée sur son bord externe, dans la cavité intercondylienne; le bord interne est soulevé et devenu antérieur, la face antérieure est externe; à part le déplacement, l'os paraît intact ainsi que ses attaches. Brosse ne pouvant supporter aucun autre mouvement que celui de l'extension, je fais porter celui-ci aussi loin que possible, je presse avec mes pouces sur le tranchant de la rotule formé par son bord interne, tandis qu'avec les doigts fixés en dedans je cherche à la renverser et à opérer un mouvement de bascule qui ne tarde pas en effet à avoir lieu en s'accompagnant d'un bruit assez fort pour être entendu des assistants comme de moi-même. La réduction effectuée, le genou reprend son aspect normal, la flexion devient facile, et après quelques jours de lotions froides et de l'application d'un bandage contentif, ce militaire put rentrer à sa batterie et reprendre son service.

J'ignore si j'aurais plus facilement réussi à replacer l'os luxé par la flexion forcée; toutefois je me rappelle fort bien que toute tentative de mouvement dans ce sens me parut si pénible à supporter par mon pauvre canonnier que je m'efforçai au contraire de lui en épargner la douleur, pensant bien arriver par le procédé contraire à lui rendre la liberté du genou. Ceci prouve seulement que dans une luxation de champ de la rotule on peut, par l'extension comme par la flexion, obtenir le résultat cherché; reste à apprécier par le chirurgien — un accident de ce genre étant donné — lequel des deux moyens est le plus avantageux.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 mai 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy St-Hilaire.

Appareil de l'adaptation de l'œil chez les oiseaux, les principaux mammifères et l'homme. — M. Cl. Bernard présente, au nom de M. le docteur Charles Rouget, un mémoire ayant pour titre : *Recherches anatomiques et physiologiques sur les appareils érectiles. Appareil de l'adaptation de l'œil chez les oiseaux, les principaux mammifères et l'homme.*

Dans l'intérieur du globe oculaire existe un appareil capable de produire dans les milieux dioptriques les modifications nécessaires à l'adaptation de la vue aux distances.

Cet appareil se compose de parties ou d'organes musculaires, tendineux ou élastiques et vasculaires, produisant, par la combinaison de la contraction musculaire et de la tension des vaisseaux, l'acte complexe propre aux appareils érectiles.

La forme générale de l'appareil de l'adaptation est celle d'un sac qui, revêtu à l'extérieur par l'appareil de protection (sclérotique et cornée), enferme et contient dans sa cavité les milieux dioptriques et l'appareil de la sensation visuelle.

Simple dans les régions postérieure et moyenne du globe oculaire, où il est constitué par la choroïde et le corps ciliaire, ce sac se dédouble, au niveau de l'union de la cornée à la sclérotique, en deux lames : l'une, simplement élastique, la membrane de Descemet, qui s'accole intimement à la cornée; l'autre, musculaire et vasculaire, l'iris, complète *l'enveloppe active* du spéroïde cristallo-vitré.

Faits nouveaux relatifs à la structure élémentaire et à la texture des différentes parties de l'appareil.—Au niveau du bord adhérent, ou *dos* des procès ciliaires, se montre une couche de faisceaux à direction transversale, obliquement entre-croisés : c'est la *couche à fibres circulaires du muscle ciliaire.*

Chez les oiseaux, cette couche est constituée en avant par des faisceaux striés en travers, et en arrière par des fibres régulières, arrondies, très-réfringentes, analogues aux fibres du tissu jaune élastique, mais dans lesquelles on peut apercevoir quelquefois des stries transversales fines et régulières.

Chez les mammifères, la couche circulaire du muscle ciliaire est constituée par des faisceaux de fibrilles dartoïdes, lisses et munis de noyaux allongés, au milieu desquels courent des divisions plexiformes des nerfs ciliaires.

En dehors du *muscle ciliaire annulaire*, on voit sortir, en quelque sorte, du stroma de la choroïde, au bord postérieur de la région ciliaire, les faisceaux du *muscle ciliaire radié.*

Chez les oiseaux, ces faisceaux, constitués par des fibres striées en travers, forment au moins deux plans musculaires : l'un, externe et postérieur, s'insère après un très-court trajet au bord postérieur de l'anneau osseux de la sclérotique; l'autre, recouvert à son origine dans la choroïde par le précédent, se prolonge en avant jusqu'au bord antérieur de l'anneau osseux, où s'insère une partie de ses fibres, tandis que le reste s'attache au pourtour de la membrane de Descemet, véritable tendon élastique du plan antérieur du muscle ciliaire radié.

Ce muscle n'est autre chose que celui décrit par Crampton; mais Crampton et tous les anatomistes (entre autres Brücke) qui ont décrit ce muscle après lui se sont trompés sur son origine et sa véritable signification.

Chez les mammifères, le muscle ciliaire radié, constitué par des faisceaux musculaires lisses dartoïdes, naît également du stroma de la choroïde, et se termine au niveau du sillon *kérato-sclérotical*, où il se continue en grande partie, sinon en totalité, avec la membrane de Descemet.

L'appareil musculaire de l'iris n'est que la continuation du plan profond (à fibres circulaires) du muscle ciliaire.

Chez les oiseaux, les faisceaux striés à direction transversale pénètrent obliquement dans l'iris, et, conservant dans toute l'étendue de cette membrane une direction générale circulaire, ils s'entre-croisent tous plus ou moins obliquement.

J'ai constaté chez tous les mammifères que j'ai examinés (homme, carnassiers, ruminants, rongeurs) une disposition tout à fait analogue à celle de l'iris des oiseaux. Au bord antérieur du muscle ciliaire, les faisceaux de la couche profonde (annulaire) de ce muscle, continuant leur direction transversalement oblique, pénètrent dans l'iris, et là, couvrant la face externe de cette membrane et enlaçant les vaisseaux dans leurs mailles, ils s'entre-croisent plus ou moins régulièrement les uns avec les autres, coupent généralement sous un angle de 45 degrés la direction des rayons du cercle irien, atteignent le bord pupillaire, et semblent, après l'avoir franchi, former à la surface interne de l'iris l'anneau de fibres circulaires (sphincter de la pupille).

Un réseau admirable, formé surtout par les divisions et enroulements multiples des veines de la choroïde, occupe le quart postérieur environ de cette membrane, au pourtour de l'entrée du nerf optique. Quand ce réseau est rempli, l'épaisseur de la membrane en ce point est plus que doublée. Cette disposition a une complète analogie avec le réseau admirable choroïdien des poissons.

Les veines de l'iris sont tellement nombreuses que ces vaisseaux et les artères couvrent entièrement la surface de l'iris, et semblent à l'œil nu ne laisser entre eux aucun intervalle.

Toutes ces veines se rendent aux *vasa vorticosa* par les procès ciliaires, les unes en se portant à la tête et au bord libre de ces plis, les autres en longeant le dos, ou les intervalles des procès ciliaires, avec lesquels toutes communiquent largement.

On voit d'après cela que tout le sang apporté à l'appareil vasculaire si riche de la choroïde et de l'iris par les artères ciliaires courtes, par les artères ciliaires longues, par les artères ciliaires antérieures, n'a d'autre voie de retour que les quatre troncs où aboutissent les *vasa vorticosa* de la choroïde, les veines ciliaires courtes, d'où résulte dans

tout cet appareil une tension constante, nécessaire à l'exercice régulier de la vision.

Si nous considérons l'effet de la contraction des muscles de l'iris et de la choroïde sur le système vasculaire de ces membranes, nous sommes conduits aux conclusions suivantes :

Quand les fibres obliques de l'iris se contractent pour dilater la pupille, elles diminuent l'étendue absolue de la membrane, dont elles compriment et vident plus ou moins complétement les vaisseaux, les veines surtout.

Quand cette contraction a cessé, l'afflux brusque du sang dans les vaisseaux agit comme la détente d'un ressort élastique, distend la membrane irienne, et vient en aide pour produire le rétrécissement de la pupille au faible *sphincter* de cet orifice.

Dès les premiers moments de la contraction des faisceaux circulaires du muscle ciliaire, les veines de l'iris qui les traversent pour se rendre au *vasa vorticosa* se trouvent comprimées; dès lors tout le sang qui revient de l'iris doit, pour se rendre aux troncs veineux de la choroïde, passer uniquement par les procès ciliaires, et, augmentant la tension de ces plis érectiles, les appliquer fortement aux bords de la lentille cristalline et à la région ciliaire du corps vitré.

Appareil en action. — Mettons maintenant en action muscles et vaisseaux, contraction et érection pour produire l'adaptation de la vue à courte distance par l'augmentation de courbure de la lentille cristalline et l'allongement de l'appareil dioptrique cristallo-vitré.

Le muscle ciliaire circulaire se contracte et comprime la couronne des procès ciliaires; ceux-ci, distendus par le sang et communiquant tous ensemble, peuvent être considérés comme un anneau liquide élastique, qui transmet en la régularisant la contraction exercée par le muscle ciliaire aux bords de la lentille cristalline et à la zone ciliaire du corps vitré.

L'effet général de cette contraction annulaire, qui ne s'exerce que sur la partie antérieure du sphéroïde cristallo-vitré, serait un refoulement excentrique en arrière, surtout dans la région choroïdienne, d'une partie de la masse dioptrique, et l'effet serait presque nul pour l'augmentation de courbure du cristallin et l'allongement de l'axe de l'appareil; mais ici intervient l'action du muscle ciliaire radié : la choroïde étant solidement fixée en arrière à la sclérotique, la contraction de ce muscle a pour effet de la tendre circulairement et de s'opposer par là au refoulement excentrique du corps vitré dans ce sens. En même temps, cette tension redresse la courbure de la partie antérieure de la choroïde, ce qui étend à une grande surface la compression circulaire des milieux dioptriques; nécessairement alors la masse de ces milieux incompressibles tend à s'échapper en avant et en arrière, d'où allongement de l'axe et propulsion en avant de la face antérieure de la lentille cristalline, dont la courbure est augmentée par la compression circulaire de ses bords. Quant à l'iris, immédiatement appliqué sur le cristallin, comme le prouve sa convexité très-prononcée chez la plupart des animaux, il est dans l'adaptation à la vue de près et à une lumière moyenne, contracté pour accommoder les dimensions du diaphragme à la courbure de la lentille : il peut même jouer un rôle important pour produire cette augmentation de courbure de la face antérieure de la lentille, car les milieux dioptriques, comprimés de toutes parts dans le sac irio-choroïdien, tendent naturellement à s'échapper, à faire hernie par l'orifice unique de ce sac, la pupille.

Erection des procès ciliaires, contraction du muscle ciliaire circulaire, du muscle ciliaire radié, tension de la choroïde, contraction de l'iris, voilà sans doute bien des phénomènes mis en jeu pour produire dans les milieux dioptriques les changements si peu considérables que la physique avait depuis longtemps prévus, et dont elle a pu récemment constater l'existence (Expériences de Krämer et d'Helmholtz, de Donders et Van Trigt). Mais c'est précisément parce que des éléments multiples entrent en action, que la part de chacun d'eux et les modifications qu'il subit sont pour ainsi dire inappréciables et ont si longtemps échappé à l'observation.

Les modifications que subissent pour l'adaptation la poche irio-choroïdienne et son contenu sont tout à fait analogues à celles d'un muscle qui se contracte : il n'y a ni augmentation ni diminution de masse, mais un simple changement de forme auquel se prête la sclérotique en arrière. Quant à la chambre antérieure, la saillie du cristallin dans sa partie moyenne est compensée par l'élargissement de la gouttière irio-cornéenne et l'écartement des parois du canal de Fontana. Enfin la tension augmentée des procès ciliaires peut trouver sa compensation dans la compression du réseau admirable choroïdien.

M. de Quatrefages prend la parole, à l'occasion de cette communication, pour faire connaître à l'Académie un résultat remarquable résultant des recherches de M. Dujardin sur la vision chez les insectes. D'après le professeur de Rennes, l'adaptation chez ces invertébrés est due à la présence d'un réseau de trachées qui se vide ou se gonfle, selon les besoins. Ce réseau trachéen remplirait donc des fonctions analogues à celles que l'auteur du mémoire présenté par M. Bernard attribue au réseau admirable choroïdien qu'il a découvert. Le sang chez les oiseaux et les mammifères, l'air chez les insectes, seraient ainsi employés pour obtenir un résultat semblable. M. Dujardin n'a pas encore publié ses recherches, mais M. de Quatrefages ne croit pas être indiscret en prenant ainsi date pour un confrère absent.

(Le mémoire de M. Charles Rouget est renvoyé à l'examen de MM. de Quatrefages et Cl. Bernard.)

Sources de l'ozone atmosphérique. — M. J. Cloquet communique au nom de M. Scoutetten une note concernant la découverte des sources de l'ozone atmosphérique.

Les recherches de M. Schœnbein, celles de MM. Marignac et de la Rive, et surtout l'important mémoire de MM. E. Fremy et Edm. Becquerel, ont constaté que l'oxygène peut être électrisé positivement et constituer le corps nommé *ozone* par le premier de ces auteurs. Un grand nombre d'observateurs ont constaté la présence fréquente de l'ozone dans l'air atmosphérique ; mais la divergence de leurs opinions, l'absence de toute corrélation entre l'existence de l'ozone atmosphérique et d'autres phénomènes de la nature ont rendu les recherches stériles et ont faiblement attiré l'attention des savants. C'est qu'en effet on s'était borné à signaler un fait sans en indiquer la cause, sans en préciser l'importance.

Nous espérons avoir été plus heureux, dit l'auteur, en découvrant que l'ozone est formé :

1° Par l'électrisation de l'oxygène sécrété par les végétaux ;
2° Par l'électrisation de l'oxygène qui s'échappe de l'eau ;
3° Par l'électrisation de l'oxygène dégagé dans les actions chimiques ;
4° Par des phénomènes électriques réagissant sur l'oxygène de l'air atmosphérique.

Une série d'expériences variées et fréquemment répétées nous ont permis de constater :

1° Que les végétaux, ainsi que l'eau, fournissent constamment à l'atmosphère de l'ozone pendant le jour ;

2° Que ce phénomène cesse pendant la nuit ;

3° Qu'on le suspend pendant le jour en soustrayant l'eau ou les plantes à l'action de la lumière directe ; qu'il suffit pour cela de mettre un morceau de linge ou une feuille de papier sur la cloche ; qu'on le suspend encore en se bornant à mettre l'eau ou les plantes dans un appartement où elles ne recevraient que la lumière diffuse ;

4° Que l'ozone ne se produit pas lorsqu'on se sert d'eau distillée bouillie ; qu'il en est de même lorsqu'on y met des plantes introduites dans une cloche remplie de cette eau bouillie ; qu'on peut même se dispenser d'eau distillée, l'expérience réussissant également avec de l'eau ordinaire bouillie et sur laquelle on jette ensuite une couche d'huile pour empêcher l'absorption de l'air atmosphérique ;

5° Que la formation de l'ozone a également lieu lorsque l'eau ou les plantes sont enfermées dans un ballon en verre, qu'on suspend loin du sol avec une corde en soie.

En ce qui touche les actions chimiques, nous sommes parvenu à démontrer, par des expériences rigoureuses, que l'oxygène naissant est de l'ozone, et que c'est aux propriétés que l'oxygène acquiert par l'électrisation positive qu'il doit de former des combinaisons impossibles avec l'oxygène pur. Enfin l'ozone se forme dans l'air atmosphérique sous l'influence de courants électriques continus et invisibles, ou par une succession d'étincelles plus ou moins fortes. Mais ces derniers faits avaient déjà été entrevus par plusieurs observateurs. Il découle de ces expériences des aperçus nouveaux, tout à fait inattendus, éclairant tout à coup des actes nombreux de la physiologie végétale et animale, expliquant un grand nombre de phénomènes météorologiques restés obscurs, ainsi que les réactions chimiques où l'oxygène joue le principal rôle.

Nous nous réservons de présenter ultérieurement les faits avec tous les développements qu'ils nécessitent, et d'en tirer les conséquences qui en sont une suite naturelle. (Commissaires : MM. Becquerel, Regnault et Cloquet.)

Influence de l'ozone atmosphérique sur l'état sanitaire d'un pays. — M. Wolf, dans une lettre adressée de Zurich à M. Elie de Beaumont, expose les faits suivants :

Je viens de trouver, par le dépouillement que je viens de faire des observations de l'ozone à Berne en 1855, quelques résultats que je crois assez intéressants pour en faire une communication nouvelle à l'Académie.

L'été de 1855 a été marqué à Berne par une dyssenterie épidémique qui causa, aux mois d'août et de septembre, en moyenne six à sept décès par jour, au lieu de deux et demi, moyenne ordinaire. En comparant avec ces faits les indications de l'ozonomètre, je viens de trouver les nombres suivants :

8,46 pour la réaction moyenne de tous les soixante et un jours des mois d'août et de septembre ;

9,55 pour la réaction moyenne des trente et un jours où il y avait au moins cinq décès par dyssenterie ;

8,14 pour la réaction moyenne des quatorze jours avec trois à quatre décès par dyssenterie ;

7,12 pour la réaction moyenne des seize jours restants.

Je dois en conclure que l'énergie de l'épidémie a augmenté et diminué avec la quantité de l'ozone.

Les observations ozonométriques faites à Saanen (village du canton de Berne, 450 mètres au-dessus de la capitale), depuis le mois d'août jusqu'à la fin de l'année, confirment mes conclusions. Les indications de l'ozonomètre à Saanen surpassaient en moyenne des cinq mois d'observations celles de Berne de 1 degré de l'échelle de Schœnbein ; mais, pour les mois d'août et de septembre, elles étaient au contraire plus faibles de 2 degrés ; et pendant la période du 6 au 10 septembre, dans laquelle moururent à Berne, en maximum, neuf personnes de dyssenterie par jour, cette différence s'élevait jusqu'à 5 degrés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 26 mai, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officiers. — MM. les médecins principaux Colmant, Lustreman, Artigues, Maupin, et MM. les médecins-majors Rossignol, De Santi, Gerrier, Fleschhut, Laforêt.

Chevaliers. — MM. Pucelle, médecin aide-major de 2e classe au 6e de ligne ; Jourdeuil, médecin-major au 11e de ligne ; Colonna, médecin aide-major au 15e de ligne ; Boseront, médecin-major au 19e de ligne ; Remy, médecin aide-major au 21e de ligne ; Alix, médecin-major au 26e de ligne ; Arnaud, médecin-major au 31e de ligne ; Haicault, médecin-major au 35e de ligne ; Mulot, médecin aide-major au 49e de ligne ; Champenois, médecin-major au 57e de ligne ; Aron, médecin-major au 73e de ligne ; Viry, médecin-major au 80e de ligne ; Achte, médecin-major au 84e de ligne ; de Soto-Mayor, médecin aide-major au 85e de ligne ; Girma, médecin-major au 94e de ligne ; Coste, médecin aide-major au 96e de ligne ; Termonia, médecin aide-major au 98e de ligne ; Lespiau, médecin aide-major au 5e bataillon de chasseurs à pied ; Guiche, médecin aide-major au 1er de zouaves ; Berniez, médecin-major au 3e de zouaves ; Vezien, médecin aide-major au 1er de hussards ; Corbière, médecin aide-major au 2e de chasseurs d'Afrique ; Lamarque, médecin aide-major au 4e de chasseurs d'Afrique ; Perréon, médecin-major au 8e d'artillerie.

MM. les médecins majors Richepin, Petitgand, Dujardin, Maillefer, Lallemand, Barudel, Netter, Bonnard, Garnier, Jacquot, Leclerc, Witlich, Masse ; MM. les aide-majors Bedel, Baradou, Arondel Peigné Maurel, Monnier, Lespiau, Pomonti, Gindre, Thiébaut, Navarre, Vizerie, Bernard, Bauchet, Bossard, Quenot, De Potor, Hennequin, Darmandieu, Lagreula, Vagney, Couderc, Raoul ; MM. les sous-aide-majors Chignon, Lassus, Krug ; MM. les pharmaciens Jacob, Reignier, Veret ; et M. Madineau, sergent infirmier-major.

— On nous assure que la section de thérapeutique, pour se conformer au désir de l'Académie, a retranché la deuxième liste de présentation, et a conservé à l'unanimité la première liste telle que nous l'avons donnée.

— M. le docteur Georges della Sudda fils, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé professeur de toxicologie à l'Ecole de médecine de Constantinople et membre du conseil de santé des armées de l'Empire ottoman.

— Le banquet annuel des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris aura lieu le 12 juin 1856, à sept heures du soir, à l'hôtel du Louvre, rue de Rivoli. — Le prix de la souscription est de 15 fr.

Les souscriptions sont reçues chez MM. les commissaires :

A Lariboisière, M. Binet ; aux Enfants malades, M. Parrot ; à la Charité, M. Garreau ; à l'Hôtel-Dieu, MM. Gombault et Wieland ; à Beaujon, M. Devers ; à Lourcine, M. Londe ; à la Pitié, M. Marey ; à Bicêtre, M. Ball, et à l'hôtel du Louvre. — La souscription sera close le 10 juin.

— L'histoire de la médecine chez les Francs est fort peu connue. Nous trouvons dans l'*Histoire des mœurs et de la vie privée des Français*, par M. Emile de la Bedollière, le tarif légal des plaies et mutilations qui résultaient des rixes journalières inévitables chez des peuples barbares. Voici ce tarif avec l'indication des sources :

« Si une personne a reçu une blessure à la tête ou à une autre partie du corps, et qu'il en soit sorti un os d'une grosseur telle que, jeté sur un bouclier, il rende un son appréciable à douze pieds de distance, l'agresseur payera trente-six sous (1) ; s'il est sorti plusieurs os de la blessure, on ajoutera un sou d'or par chaque os rendant un son (2).

» Si quelqu'un coupe la main d'autrui, ou le pied, ou l'oreille, ou le nez, ou qu'il lui crève un œil, qu'on le condamne à payer cent sous (3).

» Si la main pend meurtrie et mutilée, le coupable payera, en outre, quarante-cinq sous.

» Si la main est entièrement détachée, soixante-deux sous.

» Si l'on a coupé le pouce de la main ou du pied, quarante-cinq sous.

» Pour meurtrissures du pouce, trente sous.

» Pour avoir arraché le second doigt, celui qui lance la flèche, trente-cinq sous.

» Pour les trois doigts suivants coupés d'un seul coup, quarante-cinq sous.

» Pour le doigt du milieu, quinze sous.

» Pour le quatrième doigt, quinze sous.

» Pour le petit doigt, quinze sous.

» Pour le pied coupé et non détaché, quarante-cinq sous.

» Pour le pied détaché, soixante-deux sous.

» Pour un œil crevé, soixante-deux sous.

» Pour avoir arraché le nez, quarante-cinq sous.

» Pour l'oreille, quinze sous.

» Pour avoir coupé la langue d'un homme, de sorte qu'il ne puisse plus parler, cent sous.

» Pour une dent arrachée, quinze sous.

» Si un homme libre a châtré un homme libre ou lui a coupé le membre viril, il payera cent sous.

» S'il lui a enlevé complétement les parties génitales, deux cents sous. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Frilley, né à Dôle (Jura) ; *Etude sur l'épidémie de scorbut qui a régné dans l'armée expéditionnaire et dans la flotte anglo-française pendant la campagne de Crimée.*

Daquin, né à la Jamaïque (Amérique) ; *Parallèle du typhus et de la fièvre typhoïde.*

Barillier, né à Villefranche (Charente) ; *Du délire dans la pneumonie.*

Thierry-Mieg, né à Mulhouse (Haut-Rhin) ; *Des lignes de niveau dans la pleurésie.*

Pro, né à Lima (Pérou) ; *Anatomie pathologique des rétrécissements de l'urètre.*

Marin, né à la Havane (île de Cuba) ; *De la valvule musculaire du col de la vessie.*

Bumol, né à Saint-Front (Orne) ; *Des abcès de l'avant-bras suite de panaris et de plaies de doigts, spécialement du pouce et de l'auriculaire.*

Camus, né à Dijon (Côte-d'Or) ; *Rapport des maladies de la peau avec les affections internes.*

Rouault ; *Essai théorique et clinique sur l'emploi de la belladone dans les maladies des yeux.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq ; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Du chlorate de potasse comme spécifique contre la salivation mercurielle, par le docteur Herpin, président de la Société médicale d'émulation de Paris, et président honoraire de la Société médicale de Genève. In-8°. Chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

(1) Le sou était la vingtième partie de la livre.

(2) Pro unoquoque asse sonante solidus addatur. (*Loi des ripuaires*, tit. LXX.)

(3) *Loi salique*, tit. XXXI ; *de debilitatibus*, tit. XXXII, *de conviciis. Loi des ripuaires*, tit. V, *de debilitatibus. Loi des Angles, des Wérins et des Thuringiens*, tit. V, *de transpunctione et membris læsis.*

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 66. — JEUDI 5 JUIN 1856. (29e ANNÉE.) N° 66. — JEUDI 5 JUIN 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des-postes.

PARIS, LE 4 JUIN 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance publique n'a duré qu'une demi-heure; cette demi-heure a été consacrée au dépouillement de la correspondance et à la lecture d'un rapport de M. Guérard sur un mémoire de M. Durand-Fardel, relatif à un plan d'étude des eaux minérales envisagées au point de vue de la thérapeutique. Nos lecteurs connaissent déjà les idées contenues dans ce travail.

Parmi les pièces de la correspondance, nous signalerons particulièrement le mémoire de M. Duchenne (de Boulogne), sur la *physiologie des muscles du pied*, dont on trouvera un résumé très-substantiel au compte rendu.

A trois heures et demie, l'Académie s'est formée en comité secret, pour entendre le rapport de la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. Conformément à la décision prise par l'Académie dans le précédent comité secret, la section a présenté une liste unique, et elle a opté pour la thérapeutique. Les candidats sont restés classés dans le même ordre. Si nos informations sont exactes, ce n'est pas sans une vive discussion que l'Académie a adopté cette liste, qui a *obtenu* la majorité, et non l'*unanimité* des membres présents de la section, ainsi que nous l'avions dit par erreur dans notre dernier numéro.

A mardi prochain l'élection. — Dr Brochin.

VISITE DES MÉDICAMENTS CHEZ LES MÉDECINS.

Législation professionnelle.

Nous avons reçu il y a quelques jours d'un de nos abonnés la lettre suivante. Elle a trait à une question d'autant plus intéressante qu'elle n'a pas encore été soulevée; la voici :

1° Le médecin qui tient un dépôt de médicaments pour l'usage exclusif de ses malades, là où il n'y a pas de pharmacie ouverte, est-il astreint à la visite du jury médical, et en conséquence est-il obligé de payer les frais de cette visite ?

La raison semble répondre que le médecin n'étant responsable de ses remèdes comme de ses actes qu'envers sa conscience, et ne devant d'autre garantie à l'autorité que son titre de médecin, et à ses malades que son savoir et la confiance qu'il leur inspire, nul n'a le droit de s'enquérir de la qualité de ses médicaments, pas plus qu'on n'a celui de critiquer ses ordonnances. A quoi bon dès lors venir les visiter; quelle est la partie du public qu'on se propose de rassurer par ce contrôle? Les clients du médecin n'en ont pas besoin, et les étrangers ne vont pas chez lui.

La visite des pharmacies ordinaires a un but très-facile à comprendre. Les pharmaciens sont obligés de suivre le *Codex*; car lorsqu'un médecin leur demande telle substance ou telle préparation, il doit savoir au juste ce qu'on lui donnera, et être assuré en même temps que les médicaments demandés seront de bonne qualité.

Quant au malade, il agit en aveugle; il est forcé de s'en rapporter à l'habileté de son médecin et à la probité du pharmacien.

Mais lorsque le malade reçoit le remède des mains de son médecin, il croit y trouver une double garantie; il ne peut supposer en effet que celui qui met tous ses soins à le guérir puisse lui administrer des remèdes propres à contrarier sa guérison. A quoi bon dès lors vouloir chercher à lui donner des garanties sur la bonne qualité des médicaments de son médecin? Le jury aurait beau les déclarer mauvais, si le malade a confiance en son médecin, il n'en croira rien.

Voici une autre difficulté.

2° Si l'expérience m'apprend qu'il y avantage — pour les malades — à modifier telle ou telle préparation, le jury médical, qui ne doit connaître que le *Codex*, me fera-t-il un crime de m'en être écarté?

Nous avons reproduit les réflexions dont notre confrère fait suivre les questions qu'il nous adresse. Ces réflexions nous semblent, en effet, très-justes, et nous approuvons fort les raisons qu'il développe. Cependant des raisonnements, si logiques et si honorables qu'ils soient, n'étant pas d'un grand poids devant la justice, qui doit s'en tenir à la loi, c'est par la citation de la loi que nous allons essayer de résoudre la difficulté qui nous est soumise.

L'article 27 de la loi du 21 germinal an XI est ainsi conçu :

« Les officiers de santé (on sait que par cette dénomination les lois de ventôse et de germinal an XI désignent tous ceux qui ont légalement acquis le droit d'exercer l'art de guérir), les officiers de santé établis dans des bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmacien ayant officine ouverte, pourront fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais *sans avoir le droit de tenir officine ouverte*. »

Cet article ne nous semble pas avoir besoin d'interprétation, et il suffit de s'en tenir strictement à la lettre pour être convaincu que la loi, en accordant au médecin placé dans des circonstances exceptionnelles et déterminées l'autorisation de fournir des médicaments à ses clients, n'a nullement eu l'intention de l'assimiler au pharmacien. Ce n'est pas l'intérêt du médecin qu'a eu en vue le législateur, mais uniquement celui du malade, qui, à son grand préjudice, serait obligé d'envoyer chercher au loin des médicaments dont l'administration doit quelquefois être immédiate. La preuve de cette intention se trouve dans cette disposition, qui *défend au médecin de tenir officine ouverte*, de délivrer des médicaments à tous venants, et veut qu'il borne la délivrance de ces remèdes *aux personnes près desquelles il sera appelé*, ou qui viendront le consulter chez lui.

Ce point une fois bien établi, passons aux autres articles relatifs aux visites.

Art. 29. — A Paris et dans les villes où seront placées les Écoles de pharmacie, deux docteurs et professeurs des Écoles de médecine, accompagnés des membres des Écoles de pharmacie et assistés d'un commissaire de police, visiteront, au moins une fois l'an, *les officines et magasins des pharmaciens et droguistes*, pour vérifier la bonne qualité des drogues et compositions qu'ils auront dans leurs *magasins*, *officines* et *laboratoires*. Les drogues mal préparées ou détériorées seront saisies à l'instant par le commissaire de police, et il sera ensuite procédé conformément aux lois et règlements actuellement existants.

Art. 31. — Dans les autres villes ou communes, les visites indiquées ci-dessus seront faites par les membres des jurys de médecine réunis aux quatre pharmaciens qui leur seront adjoints.

Ici encore, il est bien évident que la loi n'a entendu parler que des pharmaciens, droguistes, de tous ceux qui ont *officine ouverte*, *laboratoire* ou *magasin* et peuvent délivrer les médicaments ou drogues à tous venants.

Du médecin autorisé à fournir des médicaments à ses clients, il n'en est pas fait mention ; il est tout à fait en dehors de la question, et il ne pouvait en être autrement, puisqu'il n'est ni *assimilé* ni *assimilable* au pharmacien.

Et que l'on ne vienne pas nous dire que c'est un oubli de la loi; la loi n'oublie rien, ou du moins est censée ne rien oublier. Il y a plus : nous affirmons que c'est de dessein prémédité que le législateur a refusé de faire peser sur le médecin la charge dont il grève le pharmacien.

En regard d'une *charge*, il y a toujours un *droit*. Le pharmacien doit subir la visite, l'inspection de ses médicaments : c'est là la *charge ;* mais il a le *droit* de vendre ses médicaments, et il l'a seul; ce que fait le médecin auquel il est permis de fournir des médicaments à ses clients n'est que le résultat d'une *tolérance* dans l'intérêt du malade, et la preuve encore de ce que nous affirmons, c'est que d'un jour à l'autre cette tolérance peut lui être retirée, si un pharmacien, par exemple, vient s'établir dans sa commune; c'est qu'il ne peut porter ses médicaments chez un malade habitant une commune où existe une pharmacie. S'il n'a pas le *droit*, il ne peut subir la *charge*.

Les dispositions de la loi à cet égard nous semblent péremptoires. Nous pensons donc, nous le répétons ici, qu'*aucune disposition de la loi n'assujettit le médecin à la visite et à l'inspection des médicaments ;* que, partant, il peut, il doit s'y refuser; la loi ne la lui imposant pas, il est de sa dignité, de son devoir de résister.

Mais comment s'y prendre pour arriver à ce résultat? Il est évident que ce n'est pas par la force que le médecin doit procéder. A notre avis, il doit déclarer aux membres de la commission, au fonctionnaire public qui les accompagne, qu'il refuse de se soumettre à la visite, et même de les laisser pénétrer dans son domicile pour cet objet; il doit exiger, si l'on insiste, qu'on dresse procès-verbal constatant son refus et la contrainte dont il a été l'objet; cela fait, il portera sa plainte devant les tribunaux, et, s'il est condamné en première instance, il devra épuiser tous les degrés de juridiction. La chose en vaut la peine, et nous pouvons répondre à notre confrère qu'il trouvera appui dans tout le corps médical.

La réponse que nous venons de faire à cette première question nous dispense de répondre à la seconde. Il est évident que, si l'on n'a pas le droit de faire la visite des médicaments chez un médecin, on ne pourra censurer ni blâmer ses préparations, ne fussent-elles pas conformes au Codex. Dr A. Foucart.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Des fièvres intermittentes.

Les fièvres intermittentes, appelées aussi fièvres d'accès, ou, ce qui est plus joli (*sic*), fièvres à quinquina, ont pendant longtemps été considérées comme des maladies essentielles, c'est-à-dire existantes par elles-mêmes, caractérisées par certains phénomènes (frisson, chaleur et sueur), et revenant à époques fixes, quelquefois même d'une manière insidieuse (fièvres larvées). Cette manière de voir était la conséquence forcée de la nosographie de Pinel, qui s'occupait moins de l'examen des organes malades que de la classification des unités morbides. Il y a cependant deux ordres de faits qu'on ne peut confondre entre eux : les uns sont liés constamment à un état particulier de la rate; dans les deux autres, au contraire, la rate normale n'est le siége d'aucune lésion. C'est en examinant les faits de ces deux catégories qu'on cherchera à en déduire des conséquences pratiques et des considérations pathogéniques sur la nature des fièvres intermittentes.

Afin d'apprécier l'état de la rate, la palpation est bien insuffisante; le plessimétrisme seul peut conduire à l'exactitude. Ce n'est pas ici le lieu de faire connaître le procédé opératoire de cette percussion; il a été surabondamment démontré dans les traités spéciaux (Piorry, *Traité de médecine pratique*, vol. V, atlas de plessimétrie, *Traité de diagnostic*, etc.). Mais ce qui pourrait faire le sujet de contestations, ce sont les dimensions qu'il faut reconnaître à cet organe. Or, dans l'état physiologique, la rate, mesurée suivant le diamètre vertical (axillo-iliaque), a 3 centimètres d'étendue chez l'enfant, d'après de nombreuses recherches que M. Konrad a faites en Allemagne. Chez l'adulte, cet organe varie entre 5 et 6 centimètres; de plus, le degré de résistance que le doigt éprouve indique constamment que sa structure est la même, et qu'elle n'a subi aucun épaississement. Comme on peut le remarquer, cette mesure ne concorde pas entièrement avec celle qui avait été donnée dans les premiers temps du plessimétrisme, parce qu'à cette époque on confondait avec la matité splénique celle qui existe assez souvent au-dessus de cet organe dans l'espace de 1 à 2 centimètres vers l'aisselle. C'est donc 0,06 chez l'adulte et 0,03 chez l'enfant, qu'il faut regarder comme dimensions maximum de la rate physiologique.

Remarquons qu'il n'y a pas ici, comme dans d'autres organes, des variations en rapport avec l'état d'hypémie ou de panhypémie (pléthore). Le foie, par exemple, diminue de volume à la suite d'une saignée, tandis que la rate conserve toujours ses mêmes dimensions; c'est pourquoi la mesure de cet organe est très-importante, puisqu'elle n'est pas sujette aux oscillations que pourraient déterminer les variations dans la masse du sang qui circule.

En examinant trente malades pris dans le service, on trouve que les uns n'ont aucun indice de fièvre, ni frisson, ni chaleur, ni sueur; chez les autres, il y a des accès de fièvre bien caractérisés, ou seulement des frissons avec chaleur, ou bien encore des sueurs revenant à époque fixe. Si l'on percute la rate de ces divers malades, on arrive au résultat suivant: chez les premiers, ne présentant aucun symptôme fébrile, la dimension de la rate varie entre 5 et 6 centimètres, tandis que chez les seconds, atteints de fièvre, elle a constamment plus de 6 centimètres, et elle a acquis une épaisseur plus considérable, que le doigt peut facilement apprécier, par l'augmentation de résistance qu'il éprouve en percutant.

D'après ces faits, et d'après d'autres que l'on pourrait citer encore, on est forcé de conclure que les fièvres d'accès accompagnent constamment une lésion d'organe, et que la rate est l'organe qui souffre dans cette circonstance. Cette splénomégalie (augmentation de volume de la rate) coexistante avec les fièvres intermittentes est aujourd'hui assez généralement admise pour qu'il soit permis de n'y pas insister. Mais ce qui soulève encore des discussions, c'est la relation de cause à effet. L'augmentation de volume de la rate est-elle le point de départ de la fièvre intermittente, ou n'en est-elle qu'une conséquence? La clinique va nous donner la solution de ce problème. Un soldat qui revient de l'armée d'Orient

entre dans les salles avec une fièvre tierce; jamais il n'a éprouvé de frissons ou de sueurs pendant son séjour, soit en Afrique, soit en Crimée. Mais une interrogation minutieuse apprend que cet homme habite les bords de la Seine, et qu'il couche toutes les nuits sur la rive pour y garder des bateaux. On lui trouva une rate de 8 centimètres et demi. Dès le deuxième accès, on a donc pu constater la splénomégalie.

Un autre fait, plus concluant encore, concerne un professeur de la Faculté. Après s'être promené le soir au bord de la rivière, il est pris le lendemain d'un accès de fièvre bien caractérisé. Sa rate, examinée immédiatement, offre 9 centimètres de longueur verticale.

Ainsi, même douze heures après l'introduction du miasme paludéen dans l'organisme, et dès l'invasion de la fièvre, on peut constater une tuméfaction considérable de la rate.

Si l'on rapproche de ces faits ce qui se rencontre chaque jour en Italie, on voit que des voyageurs traversent les marais Pontins sans que leur santé paraisse altérée. Après leur arrivée à Rome, ils sont seulement pris d'accidents fébriles, et la percussion dénote dès le début une augmentation énorme (*engorgement*) de la rate. Il en est de même en Afrique, où l'on a constaté de graves lésions spléniques dès le commencement de la fièvre intermittente.

Il n'est guère nécessaire de multiplier ici les exemples; ce qui précède suffit pour établir cette conclusion, que : *dès son entrée dans l'organisme, l'héliose (miasme des marais) détermine une intumescence de la rate, sans qu'il y ait eu antérieurement d'accidents fébriles.*

La splénomégalie est donc le point de départ du trouble fonctionnel qui se traduit par le frisson, la chaleur et la sueur.

Il est aussi un second ordre de faits dans lesquels on rencontre de la fièvre intermittente sans augmentation de volume de la rate. Ainsi des inflammations, des abcès, des blessures, des névralgies ou des abaissements de la rate donnent lieu aux mêmes phénomènes intermittents. Ailleurs, la rate n'est le siége d'aucune lésion, mais on trouve des organes malades dans son voisinage. Il s'agit alors de maladies du rein gauche, comme M. Rayer en a cité plusieurs observations, ou bien de névralgies intercostales du côté gauche, quel qu'en soit d'ailleurs le point de départ. Enfin, on peut placer dans la même catégorie les maladies des voies urinaires, le cathétérisme de l'urètre. Nous ne ferons que mentionner ces cas, qui diffèrent, comme on le voit, de ceux que nous avons signalés plus haut.

Tels sont les faits que l'observation a rassemblés, et sur lesquels il faut se baser pour établir la pathogénie des fièvres intermittentes. Or, l'accès fébrile a été successivement attribué à une souffrance du système nerveux central, de l'estomac, du tube digestif, ou enfin à une altération du sang. Si l'on compare cependant les phénomènes d'un accès fébrile avec ceux qui accompagnent les névropallies (hystérie, épilepsie), on trouve une certaine analogie dans leur manifestation et leur ordre de succession. C'est que l'accès fébrile n'est autre chose qu'une névropallie (oscillation nerveuse), ayant son point de départ dans la rate, ses plexus et les nerfs qui y correspondent. L'accès est constitué par des névropallies successives, qui, partant du plexus splénique, gagnent le système nerveux central, puis arrivent aux muscles, dont l'oscillation fibrillaire se traduit par le tremblement fébrile, et il est facile de voir, pendant un accès, cette oscillation musculaire s'élever à 100 et 140 mouvements par minute. A la suite de ce tremblement, il survient dans le système circulatoire un trouble général qui donne naissance à la chaleur et à la sueur de la fièvre, et, de même que tous les phénomènes nerveux sont périodiques, de même la fièvre revient à certains intervalles.

Mais comment expliquer l'action de l'héliose (miasme paludéen) pour donner naissance aux accidents fébriles? C'est l'induction seule qui permet de résoudre cette question. On sait très-bien que dans l'empoisonnement du sang par les cantharides le poison localise son action dans les reins et la vessie; il en est de même pour la toxémie (empoisonnement du sang) par l'huile de croton: ici c'est l'intestin qui est le siége de cette localisation. Lors donc qu'on s'est exposé aux miasmes paludéens, il survient aussi une toxémie; mais elle se localise dans la rate. Dans les premiers cas, c'était une inflammation spéciale des reins, de la vessie, de l'intestin; dans le second, c'est une congestion de l'organe splénique, et entre l'altération du sang par le miasme paludéen (héliosémie) et l'augmentation de volume de la rate il n'existe d'ordinaire qu'un très-court intervalle.

Cette altération du sang, qui n'est que momentanée, est-elle la cause de la cachexie paludéenne? A la suite des fièvres intermittentes, surtout quand celles-ci se sont prolongées, on voit apparaître un teint spécial qui n'est pas la conséquence de l'altération première du sang, puisque celle-ci est de très-courte durée; mais, dans cette circonstance, la rate a versé dans la circulation un sang altéré qui modifie les qualités de la masse sanguine en circulation, et ce phénomène s'opère quelquefois si rapidement qu'il peut devenir la cause d'hémorrhagies très-graves. Tel est le cas qui a été communiqué par M. Maillot (du Val-de-Grâce); la rate ayant brusquement diminué de volume sous l'influence du sulfate de quinine, il s'opéra dans le cerveau une hémorrhagie mortelle, conséquence d'une augmentation subite du liquide en circulation. Il y a donc ici un troisième phénomène, l'hémosplenémie (altération du sang par le sang de la rate), et c'est ce sang splénique qui donne aux fiévreux le teint spécial qu'on avait improprement attribué à l'action directe des miasmes paludéens. Si l'on en voulait une preuve convaincante, il suffirait d'examiner certains malades à face paludéenne et qui pourtant n'ont jamais été soumis à l'influence marécageuse; mais la rate est alors chroniquement malade, elle est le siége de productions hétéromorphes, elle altère le sang constamment et d'une manière uniforme, comme on vient de le voir pour l'état aigu dans les congestions simples de cet organe.

Quant à donner la raison pour laquelle la fièvre est tantôt tierce et tantôt quarte, il faut y renoncer. On peut dire cependant qu'il existe un rapport constant entre la fièvre tierce et la rate tuméfiée d'une manière aiguë; la fièvre quarte se rencontre principalement dans les lésions organiques de la rate, et quand, au contraire, cet organe n'est pas beaucoup plus développé qu'à l'état normal, surtout s'il y a autre chose qu'une splénomégalie, un abaissement de la rate, par exemple, c'est une fièvre quotidienne qu'on rencontre alors.

D'après ce qui précède, il est facile d'établir sur un critérium invariable la thérapeutique des fièvres intermittentes. A la tête de cette médication, on trouve le sulfate de quinine, qui s'administre à la dose de 50 centigrammes à 1 et 2 grammes, suivant l'âge et la constitution du malade. De plus, on peut établir qu'il n'est jamais nécessaire d'attendre le deuxième accès; ainsi, lorsqu'après un premier accès fébrile on aura constaté l'augmentation de volume de la rate, il faudra immédiatement donner le sulfate de quinine sans attendre une nouvelle manifestation fébrile. De cette manière on aura prévenu le second accès, qui alors ne sera plus traduit que par une légère sueur; et, aussi longtemps que la rate ne sera pas revenue à son état normal, il importe d'administrer ce sulfate de quinine sans redouter les accidents cérébraux que l'on a attribués à ce sel. Car, il faut le faire observer, ce n'est pas le sulfate de quinine qui occasionne alors ces troubles du système nerveux, mais c'est l'acide sulfurique qu'on y ajoute en trop grande quantité dans le but d'obtenir une dissolution plus parfaite.

On pourrait placer le sel marin sur la même ligne, mais les difficultés qui surgissent constamment de son emploi ont fait abandonner ce médicament.

Enfin, pour prévenir les accidents qui pourraient résulter d'une diminution trop brusque de la rate, il sera prudent de faire prendre des sucs d'herbes quand la rate par son volume énorme permet de craindre cette complication formidable dont nous avons parlé, les hémorrhagies dans les cavités splanchniques.

Frédéric Duriau.

MONSTRUOSITÉ.

Ectopie intestinale. — Spina-bifida. — Pieds bots.

Par Mme Simon-Cheffe, maîtresse sage-femme.

Le 10 mai dernier, Mme D..., âgée de vingt et un ans, primipare et d'une brillante santé, arrivée à la fin du neuvième mois d'une grossesse qui avait été heureuse, fut prise des douleurs de l'enfantement. Son enfant avait donné des signes de vie très-appréciables jusqu'au moment où se manifestèrent les contractions utérines. Après la rupture des membranes un pied s'engagea, puis apparut dans le vagin et à la vulve une masse molle qui paraissait être un paquet d'intestins, laquelle fut suivie d'un corps plus résistant et qui avait l'apparence d'un placenta. L'enfant, dont les os de la tête présentaient une mollesse et une laxité insolites, fut extrait aisément. Mme Simon reconnut alors qu'elle avait amené un enfant monstrueux. Voici en quoi consistait cette monstruosité :

A deux travers de doigt au-dessous du creux épigastrique, la ligne blanche s'écarte, se dilate de chaque côté et vient aboutir en formant un cercle complet et à peu près régulier jusqu'au sommet de la symphyse pubienne. Ce cercle occupe donc une grande portion de la région abdominale antérieure du pourtour de ce cercle; en guise de cordon ombilical, on voit partir une membrane mince, pellucide, formant une espèce de manchon conique d'une longueur de 9 à 10 centimètres et se terminant en diminuant de volume sur un placenta régulièrement constitué.

Dans cette poche, évidemment formée par un écartement considérable des parois du cordon placentaire (probablement l'ouraque), étaient renfermés un foie volumineux avec la vésicule du fiel, toute la masse des intestins grêles et la vessie; cette dernière était fendue de haut en bas, et présentait l'aspect d'une membrane étalée. Une petite verge rudimentaire ou un clitoris s'échappait de la partie interne de la symphyse pubienne et pendait dans l'intérieur de la poche.

L'estomac, la rate et les gros intestins étaient restés dans l'abdomen.

L'anus était situé à sa place; mais nous n'avons trouvé aucune trace de scrotum ou de vulve.

Outre cette curieuse ectopie, cet enfant offrait encore un vaste spina-bifida mou et ne renfermant que peu ou pas de liquide, occupant tout l'espace compris entre les fausses côtes et le sacrum; plus deux pieds bots valgus (déviation en dehors).

Malgré toutes nos interrogations, il ne nous a été possible de remonter à aucune cause physique appréciable pour expliquer cette singulière monstruosité. La mère ne lui reconnaît pas d'autre origine que la frayeur qu'elle aurait éprouvée en voyant une femme cul-de-jatte. Nous mentionnons son opinion sans y attacher beaucoup d'importance.

Nous avons fait visiter ce monstre par plusieurs médecins, notamment par les docteurs Vinchon et Hénoc.

OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DE L'ACIDE GALLIQUE

dans différentes maladies.

Par M. R. Neale.

Il y a près de dix ans que l'attention de M. Neale a été fixée sur la grande importance de l'acide gallique comme hémostatique, dans un cas grave d'hémorrhagie vésicale survenue chez une femme âgée. Chaque fois que l'hémorrhagie avait lieu, M. Neale lui administrait 6 grains d'acide gallique, et invariablement chaque hémorrhagie était arrêtée après deux ou trois doses. Cette femme mourut il y a deux ou trois ans. On trouva un polype dans la vessie. M. Neale cite vingt observations à l'appui des heureux résultats qu'il a obtenus de l'emploi de cet acide.

Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant âgé de onze ans, affecté d'hydropisie scarlatineuse. L'urine se chargeant chaque jour de plus en plus de sang, il administra l'acide gallique à la dose de 5 grains trois fois par jour; ce qui diminua beaucoup la perte. Ce ne fut qu'après l'avoir administré pendant quelque temps à la dose d'un drachme par jour, que le sang et l'albumine disparurent de l'urine qui augmenta en quantité et dont le poids spécifique, qui était d'abord de 1,018, s'éleva à 1,022.

Dans deux cas d'hématémèse : le premier, résultant d'une chute, et presque mourant par suite de l'hémorrhagie excessive qui avait lieu du côté de l'estomac et des intestins; le deuxième, dû à un ulcère chronique de l'estomac, et qui avait vomi trois à quatre pintes de sang avant que M. Neale eût été appelé. L'administration de l'acide gallique eut un plein succès.

Dans un cas d'albuminurie au dernier degré, M. Neale obtint d'abord de très-bons résultats; mais, vu l'état presque désespéré dans lequel se trouvait le malade lors de son arrivée à l'hôpital, l'amélioration ne fut que temporaire.

Dans un cinquième cas, une femme âgée de trente-trois ans, ayant des hémorrhagies fréquentes et excessives, des avortements fréquents suivis d'hémorrhagies graves; chaque fois l'hémorrhagie fut arrêtée rapidement par l'acide gallique donné à la dose de 5 grains. Il en fut de même dans un cas de ménorrhagie chez une femme de quarante-deux ans.

Dans un cas d'hémorrhagie intestinale chez un nouveau-né, l'acide gallique ne réussit pas; l'enfant mourut exsangue avant qu'on eût le temps d'administrer une seconde dose.

Une épistaxis abondante, dans un cas de fièvre typhoïde, fut arrêtée après deux doses d'acide gallique de 5 grains dissous dans l'eau chaude.

Dans un cas d'angine tonsillaire aiguë, les effets astringents d'un gargarisme fait avec l'acide gallique, le chlorure de soude et l'eau distillée, furent très-favorables après deux ou trois applications; en vingt-quatre heures la gorge avait repris son état naturel, et toute odeur avait disparu. Il en fut de même dans deux autres cas semblables.

Dans deux cas de polypes utérins, l'hémorrhagie fut arrêtée par l'acide gallique à haute dose. On conserva ainsi les forces des malades jusqu'à ce qu'on pût les opérer.

Dans un cas d'hémorrhoïdes internes suivies d'hémorrhagie intense, l'acide gallique, à la dose de 5 grains répétée toutes *les trois* heures, a arrêté l'hémorrhagie.

Dans un cas d'érysipèle de la face, une lotion contenant 3 gros d'acide dissous dans une pinte d'eau chaude, fut appliquée sur la figure toutes les trois ou quatre heures avec un effet très-marqué et très-avantageux; après trois ou quatre applications l'inflammation fut arrêtée.

Une petite quantité d'acide en poudre, placée sur une coupure qui saignait abondamment, arrêta immédiatement l'hémorrhagie, bien que d'autres moyens eussent été employés en vain. L'application ne causa pas la moindre douleur au patient.

(*Medical Times* et *Gaz. méd.*)

FORMULE DE COLLODION

contre les engelures et les gerçures.

Collodion.	30 grammes.
Térébenthine de Venise. .	12 —
Huile de ricin.	6 —

Mêlez et dissolvez par l'agitation.

M. le docteur Gillebert d'Hercourt applique cette préparation à l'aide d'un pinceau sur les doigts affectés d'engelures sèches ou altérées, et il renouvelle l'enduit autant de fois qu'il est nécessaire pour établir l'abri du contact de l'air, et jusqu'à ce que l'engelure soit complétement guérie, ce qui tarde peu. Il a appliqué le même mode au traitement des gerçures des mains déterminées par le froid sec ou par le contact alterné de l'eau froide et de l'eau chaude. Les doigts ainsi revêtus de ce vernis peuvent désormais supporter impunément l'action répétée de l'eau froide et de l'eau chaude, etc.

(*Revue médicale.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 mai 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy St.-Hilaire.

De l'efficacité du brome dans le traitement des affections pseudo-membraneuses. — M. Ozanam communique sous ce titre un mémoire dans lequel il se propose d'établir les propositions suivantes :

Le brome est le remède spécifique des affections diphthéritiques, angines pseudo-membraneuses, croup, muguet. Les bromures alcalins, et notamment le bromure de potassium, possèdent également cette propriété.

La théorie des affections diphtéritiques et la recherche des dissolvants m'ont conduit à ce résultat. En effet, les dissolvants des fausses membranes peuvent, d'après mes expériences, se diviser en deux classes :

1° Les corps fluidifiants;

2° Les corps désagrégeants.

Les corps fluidifiants déterminent le ramollissement plus ou moins complet de la fausse membrane; les alcalins ont été décrits comme tels et ils le sont; mais plusieurs acides le sont, même à un degré supérieur, comme l'expérience l'indique pour l'acide chlorhydrique.

Les corps désagrégeants durcissent d'abord la fausse membrane, puis la rendent friable au point qu'elle se réduit en poussière sous l'influence du moindre contact.

J'ai donné à ce phénomène, inconnu jusqu'ici, le nom de désagrégation moléculaire. Le brome seul peut le produire. Le bichromate de potasse, il est vrai, durcit légèrement la pseudo-membrane, mais sans la rendre friable. L'iode la durcit et la brunit au point de la faire ressembler à un morceau de cuir tanné, mais elle n'en est que plus ferme. Le brome seul détruit la force coercitive, sépare les éléments; son action se montre même sur les pseudo-membranes d'abord traitées par l'iode, qui perdent alors leur couleur brune et leur ténacité pour redevenir friables.

Ne pouvant rapporter ici la série complète de mes expériences, je donne seulement les deux suivantes, l'une sur le brome, l'autre sur le bromure de potassium.

Action du brome sur les fausses membranes. — Une fausse membrane de 1 centimètre de long sur un demi de large, ferme, élastique, fut plongée dans un verre rempli d'eau bromurée; elle y resta douze heures. Au bout de ce temps, elle n'avait point perdu sa couleur nacrée, et tranchait sur la teinte brune du liquide, elle paraissait même plus dure; mais lorsque je la touchai avec un bâton de verre pour l'attirer à moi, elle tomba tout à coup en poussière extrêmement fine, qui s'écrasait de plus en plus, en sorte que je ne pus en retirer qu'une très-petite quantité. J'examinai ces débris au microscope, au grossissement de 500 diamètres, et je trouvai les éléments de la fausse membrane; mais la force coercitive qui organisait ces éléments avait été détruite, en sorte qu'ils étaient complétement dissociés et réduits en un amas de granulations amorphes. Ce phénomène se reproduisit à chaque expérience nouvelle : c'est ce que j'ai désigné sous le nom de *désagrégation moléculaire.*

Corollaire. — Le brome en solution dans l'eau ne rend point la fausse membrane transparente, il n'agit point comme fluidifiant, mais il modifie la force vitale dans son acte organisateur pathogénique, et détermine la désagrégation de la fausse membrane. Le brome doit donc arrêter et guérir les affections pseudo-membraneuses.

Action du bromure de potassium. — Trois plaques diphtéritiques blanches, fermes, nacrées, recueillies sur les amygdales, sont plongées dans une solution concentrée de bromure de potassium. Au bout de douze heures elles sont complétement transparentes, molles et déjà diffluentes, laissant, quand on les soulève, de longs tractus opalins évidemment formés par les éléments fluidifiés de la fausse membrane. Au bout de trois jours on n'aperçoit plus aucun vestige de la fausse membrane, mais un dépôt blanchâtre, granuleux, qui pendant le repos gagne le fond du vase, et qui est formé par quelques granulations amorphes encore existantes, par des cristaux de bromure de potassium et par les filaments nombreux de l'*oïdium albicans*, mucédinée parasite décrite par M. Ch. Robin dans le muguet, retrouvée constamment par moi dans les fausses membranes de l'angine et du croup, et dont les innombrables sporules disséminées dans l'atmosphère à chaque expiration expliquent le contage des affections diphtéritiques.

Corollaire. — Le bromure de potassium possédant le pouvoir fluidifiant de la potasse, et la faculté de désagrégation particulière au brome, doit arrêter et guérir les affections diphtéritiques.

Encouragé par ces résultats, j'essayai le brome au lit du malade, en commençant par les cas où tout autre remède avait échoué.

L'eau bromurée récemment préparée à la dose de 5 à 50 centigr. par jour, dans une potion de 150 grammes, est la préparation la plus facile à administrer; elle doit être conservée à l'obscurité, pour éviter la formation de l'acide bromhydrique.

Le bromure de potassium agit très-bien aux mêmes doses.

L'auteur rapporte sommairement 14 observations qu'il a recueillies depuis six ans, toutes couronnées de succès, savoir :

Angines pseudo-membraneuses, 11, dont deux compliquées de scarlatine grave et de gangrène des amygdales; croup, 2; muguet confluent, 1; et il termine par le résumé suivant :

Le brome et le bromure de potassium paraissent agir comme spécifiques dans les affections pseudo-membraneuses. Le brome agit comme désagrégeant, la potasse comme fluidifiant, mais dans tous les cas l'action curative paraît appartenir plus particulièrement au brome, qui, donné seul, s'est montré parfaitement efficace.

Glycogénie. — M. Chauveau adresse un travail ayant pour titre : *Nouvelles recherches sur la question glycogénique.*

L'auteur expose en ces termes les faits mis en lumière par les expériences récentes auxquelles il s'est livré en vue d'éclaircir cette question.

Premier fait. — Pendant l'abstinence, même très-prolongée, le sucre ne disparaît point dans le sang des vaisseaux de la grande circulation.

Sur quatre chevaux et quatre chiens privés d'aliments depuis une époque plus ou moins reculée, je retire du sang à la veine jugulaire et à l'artère carotide; l'analyse décèle la présence de quantités notables de glycose dans le sang veineux et dans le sang artériel de ces huit animaux.

Deuxième fait. — Le sucre est toujours plus abondant dans les artères que dans leurs veines collatérales.

Troisième fait. — Le sang artériel, quel que soit le point de l'appareil circulatoire où on le prend, renferme toujours, chez le même animal, la même proportion de glycose.

Quatrième fait. — Le sang des veines, moins celui de la veine porte pendant la digestion des matières sucrées et amylacées, moins encore celui des vaisseaux sus-hépatiques et de la portion sus-diaphragmatique de la veine cave inférieure, à toutes les périodes, ne présente point non plus de différences appréciables sous le rapport de la quantité de glycose qu'il renferme.

Cinquième fait. — Chez les animaux à jeun ou nourris exclusivement à la viande, le sang des veines sus-hépatiques est toujours plus sucré que celui des autres vaisseaux, y compris la veine porte.

Sixième fait. — La quantité de sucre contenue dans le sang des deux cœurs paraît exactement la même.

Septième fait. — La lymphe pure est toujours sucrée, même après une très-longue abstinence.

Huitième fait. — Le sucre de la lymphe n'est pas absorbé au sein des tissus solides par les radicules des vaisseaux blancs, car on ne trouve jamais de glycose dans ces tissus, en exceptant toutefois celui du foie.

De tout ce qui vient d'être exposé, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les herbivores et les carnivores se trouvent, sous le rapport du sucre de leurs humeurs nutritives, dans le même état statique. Le glycose est cependant plus abondant chez les premiers.

2° Le sucre que renferme le sang du cœur droit n'est jamais détruit par le poumon, du moins d'une manière appréciable, et passe intégralement dans le cœur gauche, puis dans les artères du système aortique.

3° Une certaine quantité de glycose du sang artériel disparaît pendant le passage de ce fluide dans les capillaires de la circulation générale. Le sang qui est ramené des organes au cœur droit par les veines de cette même circulation générale, est donc moins sucré que le sang du cœur gauche.

4° Le sucre dont le sang s'est dépouillé en passant par les capillaires ne sort point de ces vaisseaux pour se fixer sur les solides de l'économie. Une partie de ce sucre filtre dans les lymphatiques, incontestablement transvasée, par endosmose, du réseau capillaire sanguin dans le réseau radiculaire des vaisseaux blancs, avec les autres éléments du plasma du sang. La grande proportion relative de ce glycose lymphatique s'explique par l'énergie du pouvoir endosmotique de cette substance. Sa quantité absolue paraît, du reste, fort restreinte, si l'on considère la lenteur avec laquelle se meut le sang blanc, et qu'on la compare à la rapidité de la circulation sanguine.

5° Versé dans le cœur droit, le sucre lymphatique concourt à augmenter la proportion de glycose contenu dans le sang peu sucré qui afflue de toutes les parties du corps vers cette cavité.

6° Ce même sang de la circulation générale achève de reprendre la quantité de sucre qu'il a perdue au sein du réseau capillaire, en se mêlant, dans la veine cave postérieure et le cœur droit, avec le sang très-sucré des veines sus-hépatiques.

7° L'excédant de sucre de ces derniers vaisseaux n'existant pas dans le sang de la veine porte chez les animaux à jeun ou nourris exclusivement à la viande, il faut conclure que ce fluide s'est chargé de matière glycosique pendant son passage à travers le foie; cette glande se trouve donc être véritablement un organe producteur du sucre, et le seul organe de cette nature qui existe dans l'économie.

Strabisme et photophobie. — M. Claude Bernard, en présentant au nom de l'auteur, M. Castorani, un exemplaire d'un opuscule ayant pour titre : *De la kératite et de ses suites*, s'exprime en ces termes :

L'auteur présente dans ce travail quelques questions sous un jour nouveau. Nous citerons, par exemple, ces réflexions sur le strabisme.

Dans le strabisme ordinaire, l'auteur croit à la prédominance d'action par suite d'exercice d'un des muscles de l'œil strabique sur l'autre, et non à sa contracture; car, s'il n'en était pas ainsi, quand on vient à recouvrir l'œil sain, l'œil qui louche ne devrait pas se redresser. Comment donc l'œil malade louche-t-il quand il fonctionne avec l'œil sain? Tout simplement par défaut de simultanéité dans la vision de deux yeux. Ainsi, dans le strabisme récent, l'œil ne louche que pour la vue des objets éloignés, parce que dans ce cas il y a myopie de l'œil faible, et que le malade ne peut exercer alors les deux yeux simultanément pour voir de loin. De près, au contraire, la vision simultanée a lieu : aussi les symptômes de strabisme disparaissent-ils. Si la myopie de l'œil faible vient à augmenter au point de ne plus permettre la vision des deux yeux même de près, alors on constate que le strabisme existe pour la vision des objets rapprochés comme pour celle des objets éloignés.

Un petit chapitre spécial sur la photophobie termine le traité de la kératite. De la discussion de diverses opinions émises sur ce sujet, M. Castorani conclut que la photophobie a son siége dans les filets de la cinquième paire; et qu'elle résulte de leur état d'irritation dans la cornée ou dans l'iris. Quant à la rétine, il ne sait si elle a jamais pris part à sa production. Ce qui prouve au moins qu'elle n'en est pas le siége exclusif, comme on l'a avancé, c'est que la photophobie se produit avec une grande intensité dans les affections de la cornée et de l'iris, lors même qu'une cataracte empêche tout rayon lumineux d'arriver jusqu'à la membrane rétinienne.

— M. Puech adresse quatre observations de cryptorchidie chez l'homme avec des considérations sur l'influence de la cryptorchidie sur la génération, sujet qui a été l'objet d'une communication récente de la part de MM. Goubaux et Follin. (Commissaires : MM. Velpeau et Cloquet.)

— M. Duchenne (de Boulogne) adresse un mémoire intitulé *Recherche électro-physiologique sur les fonctions des muscles qui meuvent le pied.* (Voir le compte-rendu de l'Académie de médecine.)

— MM. Ossian Henry fils et A. Chevallier fils adressent au concours pour le prix dit des arts insalubres un mémoire sur le phosphore, mémoire dont ils avaient précédemment communiqué quelques extraits; ils y joignent un supplément contenant les résultats des recherches qu'ils ont faites postérieurement à la rédaction de leur premier travail. (Renvoi à la commission du prix relatif aux arts insalubres.)

— M. Isidore Bourdon adresse un supplément à une précédente communication (compte rendu de la séance du 7 avril 1856) sur les divers traitements opposés au choléra et particulièrement sur les propriétés thérapeutiques de la strychnine.

L'Académie renvoie à la même commission un mémoire de M. Poggioli et une note de M. Leveau se rapportant également au choléra-morbus.

— M. Liégard adresse de Caen pour le concours Montyon (prix de médecine et de chirurgie) un opuscule imprimé ayant pour titre : *Quelques sujets de médecine et de chirurgie pratique;* il y joint, pour se conformer à une condition imposée aux concurrents, l'indication de ce qu'il considère comme neuf dans cette publication. (Commission des prix de médecine et de chirurgie).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 juin 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Masson, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Beaune (Côte-d'Or), sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Censerey, depuis le 21 février 1855 jusqu'au 18 mars 1856;

2° Le rapport final de M. Yvonneau, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Blois (Loir-et-Cher), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Seris;

3° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans les départements de la Loire, du Bas-Rhin, des Basses-Alpes et du Gers;

4° Les tableaux des vaccinations pour les départements de l'Ariége, de Lot-et-Garonne, de la Charente-Inférieure (commission des épidémies);

5° Un rapport de M. le docteur Jacquez, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Lure (Haute-Saône), sur une épidémie de choléra qui a régné depuis la fin de 1855 jusqu'au 8 octobre de la même année dans plusieurs communes de l'arrondissement de Lure (commission du choléra);

6° Diverses notices et lettres relatives à des remèdes secrets et nouveaux (commission des remèdes secrets et nouveaux);

7° Deux rapports de M. le docteur Sales-Girons, médecin inspecteur des eaux minérales de Pierrefonds (Oise), sur le service médical de cet établissement pendant les années 1853 et 1854;

8° Deux rapports de MM. Barrié et Comparan, médecins inspecteurs des eaux minérales de Bagnères-de-Luchon et d'Encausse (Haute-Garonne), sur le service médical de ces établissements pendant l'année 1854;

9° Une demande d'avis relative à une source minérale située dans le domaine de Crouzille, commune de Champignolles (Yonne). (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Hamon, de Fresnay (Sarthe), adresse un mémoire intitulé *De la dyssenterie et de son traitement par le sulfate d'alumine et de potasse en lavements.* (Commissaires : MM. Bally, Jolly et Piorry.)

M. le docteur Deleau adresse un paquet cacheté contenant l'énoncé d'un traitement nouveau par l'emploi du perchlorure de fer.

M. le docteur Churchill adresse un paquet cacheté contenant une note sur les causes et le traitement des maladies tuberculeuses.

Physiologie des mouvements du pied. — M. Duchenne (de Boulogne) communique sous ce titre le résumé suivant des principaux faits exposés dans le premier chapitre d'un mémoire intitulé *Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les fonctions des muscles du pied.*

Six muscles sont spécialement destinés à mouvoir le pied sur la jambe; ce sont les jumeaux et soléaire, le long péronier latéral, le jambier antérieur, le long extenseur des orteils, le jambier postérieur et le court péronier latéral.

Les deux premiers produisent l'extension du pied, les deux suivants la flexion, et les deux derniers les mouvements latéraux indépendamment de la flexion et de l'extension.

Il n'existe pas de muscle qui produise directement l'extension ou l'abduction, c'est-à-dire indépendamment de l'adduction ou de l'abduction et de la torsion du pied en dedans ou en dehors; ces mouvements d'extension ou de flexion directs ne peuvent être obtenus que par des combinaisons musculaires. Ainsi le triceps sural est extenseur adducteur, le long péronier latéral extenseur abducteur, et de leur action combinée résulte l'extension directe; le jambier antérieur est fléchisseur adducteur, l'extenseur commun des orteils fléchisseur abducteur, et en se contractant ces deux muscles fléchissent directement le pied.

Il serait rationnel de tirer la dénomination des muscles moteurs du pied de la fonction pour laquelle ils ont été créés; c'est cette dénomination que j'ai adoptée pour rendre plus simple et plus claire l'étude physiologique qui fait l'objet de ces recherches.

A. Extension du pied.

Electro-physiologie. — I. L'extenseur adducteur (triceps sural, jumeaux et soléaire) étend avec une grande puissance l'arrière-pied et la moitié externe de l'avant-pied. Il n'exerce aucune action sur la moitié interne de l'avant-pied.

Après avoir produit le maximum d'extension du pied dans son articulation tibio-tarsienne, il lui imprime un mouvement de pivot sur l'axe de la jambe de manière que sa pointe est portée en dedans et le talon en dehors, et en même temps il le fait tourner sur son axe antéro-postérieur en abaissant davantage son bord externe, tandis que son bord interne s'élève. Il en résulte que la plante du pied regarde en dedans.

II. On peut diviser en deux temps les mouvements articulaires qui ont lieu dans le tarse sous l'influence de l'extenseur adducteur, savoir: un premier temps pour le mouvement de l'articulation tibio-tarsienne, et un second temps pour celui de l'articulation calcanéo-astragalienne.

III. Dans le premier temps, le calcanéum en s'étendant fait mouvoir l'astragale dans sa mortaise et entraîne puissamment, dans le mouvement d'extension qui en résulte, le cuboïde et les deux derniers métatarsiens, comme s'ils ne formaient qu'un seul os avec lui, parce qu'il leur est uni, par le ligament calcanéo-cuboïdien inférieur, très-solidement et de telle sorte que ces os ne peuvent se mouvoir de bas en haut que dans une étendue très-limitée.

Mais, comme il n'existe pas à la face plantaire de ligament qui pendant l'extension de l'arrière-pied empêche la partie interne de l'avant-pied de remonter, si une force agit sur elle en sens contraire de l'extension, le premier métatarsien, le premier cunéiforme et le scaphoïde cèdent à la plus légère résistance qui leur est opposée par le sol, malgré l'extension puissante exercée par le triceps sural sur les autres parties du pied.

IV. Le second temps commence au moment où l'astragale est arrivé aux dernières limites de son mouvement d'extension. A ce moment, le diamètre antéro-postérieur des surfaces de l'articulation calcanéo-astragalienne est oblique de bas en haut et d'avant en arrière. Il en résulte que, dans cette attitude d'extension de l'arrière-pied, la moindre traction exercée sur le tendon d'Achille fait glisser le calcanéum sur l'astragale.

Ce glissement ne peut se faire d'avant en arrière, parce que les ligaments qui unissent le calcanéum à l'astragale et au scaphoïde s'y opposent. Mais le calcanéum peut se mouvoir sur l'astragale suivant la direction des facettes de l'articulation sous-astragalienne, qui sont oblongues de dedans en dehors et d'avant en arrière. Ce glissement du calcanéum sur l'astragale produit un double mouvement de rotation du calcanéum sur l'axe de la jambe et sur son axe antéro-postérieur. C'est ce double mouvement du calcanéum qui produit l'adduction du pied et son renversement en dehors sur son bord externe.

V. L'extenseur abducteur (long péronier latéral) abaisse le bord interne de l'avant-pied et creuse la voûte du pied, maintient solidement, à la manière d'un ligament, le premier métatarsien dans cet état d'abaissement, pendant que l'extenseur adducteur étend puissamment l'arrière-pied et la partie externe de l'avant-pied dans l'articulation tibio-tarsienne.

Ensuite il imprime au pied un double mouvement de rotation, en vertu duquel ce dernier se porte dans l'abduction pendant que son bord externe s'élève.

VI. L'abaissement du bord interne du pied par l'extenseur abducteur est le résultat d'une série de petits mouvements articulaires successifs : ainsi le premier métatarsien s'abaisse sur le premier cunéiforme, celui-ci sur le scaphoïde et ce dernier sur l'astragale. La tête du premier métatarsien est alors abaissée chez l'adulte environ d'un centimètre et demi par le premier mouvement et d'un centimètre par le second; le dernier mouvement a moins d'étendue.

Au maximum d'action de l'extenseur abducteur, la tête du premier métatarsien se trouve placée sur un plan inférieur à la tête du second métatarsien.

Le mouvement du bord interne de l'avant-pied ayant lieu alors obliquement en bas et en dehors, il en résulte que la tête du premier métatarsien exécute une sorte de mouvement d'opposition et va recouvrir un peu la tête du second métatarsien.

Enfin, au plus haut degré de contraction de l'extenseur abducteur, les trois cunéiformes sont serrés les uns contre les autres par leur face inférieure, ce qui imprime à l'avant-pied une torsion qui se propage à tous les métatarsiens et diminue le diamètre transversal de l'avant-pied.

Comme corollaire des faits exposés ci-dessus, on peut formuler la proposition suivante :

L'extenseur abducteur forme la voûte plantaire, son défaut d'action doit produire le pied plat, son excès d'action est nécessairement suivi du pied creux.

VII. Les mouvements d'abduction du pied et d'élévation de son bord externe produits par l'extenseur abducteur résultent du glissement du calcanéum sur l'astragale en sens inverse de celui qui a lieu sous l'influence de l'extenseur adducteur.

Ce glissement est favorisé par les dispositions anatomiques des surfaces de l'articulation calcanéo-astragalienne; mais il ne pourrait se faire sans la fosse triangulaire profonde qui termine en dehors le sillon interosseux creusé sur la face supérieure du calcanéum. En effet, pendant que l'astragale se meut sur le calcanéum sous l'influence de la contraction de l'extenseur abducteur, la moitié externe du bord antérieur de la facette articulaire postérieure de l'astragale s'enfonce dans cette fosse triangulaire, repoussant devant lui le ligament interosseux, qui offre peu d'épaisseur.

B. Physiologie pathologique.

La pathologie confirme les faits électro-physiologiques exposés dans les propositions précédentes, et fait mieux ressortir le degré d'utilité individuelle des muscles extenseurs, non-seulement pour l'exercice des mouvements volontaires, mais aussi pour la conservation de son attitude et de sa conformation normales, comme on le verra dans les propositions suivantes.

VIII. L'extenseur adducteur (triceps sural) a-t-il perdu son action, le mouvement d'extension ne se fait plus dans l'articulation tibio-astragalienne qu'avec une grande faiblesse, et encore cette extension va-t-elle à peine au delà de l'angle droit, malgré la contraction énergique de l'extenseur abducteur et des longs fléchisseurs des orteils, ce qui prouve que l'extenseur adducteur est le seul muscle qui étende puissamment l'articulation tibio-tarsienne.

IX. Les sujets privés de l'extenseur adducteur contractent isolément, et d'une manière exagérée, l'extenseur abducteur. On voit alors la tête du premier métatarsien s'abaisser considérablement, la voûte plantaire se creuser davantage, et l'avant-pied se tordre sur l'arrière-pied, de manière que le bord externe s'élève et que la plante du pied regarde en dehors. En même temps le pied se porte dans l'abduction, et la malléole interne devient plus saillante.

Ces mouvements pathologiques sont, on le voit, la reproduction exacte des phénomènes produits par la faradisation localisée de l'extenseur abducteur.

X. Chez les sujets dont l'extenseur adducteur est atrophié, le talon reste abaissé, c'est-à-dire que l'arrière-pied est dans l'attitude de la flexion (il se forme un talus). Mais l'action de l'extenseur abducteur s'exerçant d'une manière exagérée et continue, le bord interne de l'avant-pied s'infléchit sur l'arrière-pied, d'où résulte un pied creux (non encore décrit).

Ce fait pathologique montre combien l'extenseur adducteur est nécessaire à la conformation normale du pied, et le genre de difformité qui résulte de son atrophie.

XI. Malgré l'absence de l'extenseur abducteur, l'extension de l'arrière-pied et de son bord externe se fait avec une grande puissance; mais alors le bord interne de l'avant-pied n'exécute pas ce mouvement avec force, car il cède à la moindre résistance qui lui est opposée pendant l'extension. En outre, le pied se place dans l'adduction, regarde en dedans. On reconnaît ici l'action propre de l'extenseur adducteur démontrée par l'électro-physiologie.

XII. Les sujets privés de leur extenseur abducteur ne peuvent appuyer solidement le premier métatarsien contre le sol pendant l'extension du pied; ils contractent alors instinctivement dans ce but les muscles qui meuvent le gros orteil, mais ils ne peuvent que fléchir la première phalange du gros orteil, sous laquelle on voit se former dans ces cas un durillon.

Ce fait prouve que l'extensenr abducteur est physiologiquement le seul extenseur du bord interne du pied.

XIII. La parrlysie de l'extenseur abducteur est toujours suivie du pied plat, fait prévu par l'électro-physiologie.

RAPPORT.

M. Guérard, au nom d'une commission, fait un rapport sur un mémoire dont M. Durand-Fardel a récemment donné lecture à l'Académie sous le titre de *Plan d'un cours sur les eaux minérales envisagées au point de vue de la thérapeutique*. (Renvoi au comité de publication.)

— A trois heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section de thérapeutique.

CORRESPONDANCE.

Traitement de la maladie de Bright par les diaphorétiques et les purgatifs.

Lettre à M. Landouzy, *professeur à l'École préparatoire de médecine de Reims.*

Monsieur,

Je viens de lire avec un vif intérêt votre lettre sur l'*amaurose albuminurique*, adressée à M. le professeur Trousseau, et insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 20 de ce mois. C'est un grand plaisir pour moi de vous voir, dans cette épître, proclamer le traitement de la maladie de Bright par les diaphorétiques et les purgatifs comme vous ayant mieux réussi que tout autre.

Ce traitement est celui que j'emploie depuis plus de seize ans, et il est basé sur l'idée que je me suis faite de la nature de la maladie de Bright, et que j'ai développée dans ma thèse inaugurale présentée en août 1838 à la Faculté de médecine de Berne.

Veuillez, monsieur, me permettre de transcrire ici de ce travail ce qui concerne la nature et le traitement de la maladie en question.

« En considérant le mode d'action des causes, les symptômes et les caractères anatomiques de la maladie de Bright, il devient facile d'en démontrer la nature.

» Nous avons vu qu'à la tête des causes efficientes se trouvent l'exposition à l'humidité et au froid, l'abus des liqueurs alcooliques et des diurétiques. Toutes ces causes ont un même résultat : la suppression de la fonction cutanée et l'exagération de celle des reins. On connaît, en effet, le rapport fonctionnel qui existe entre les reins et la peau. Si, par l'impulsion du froid ou de l'humidité, la sécrétion de la transpiration est suspendue ou ralentie, celle de l'urine est augmentée dans le même rapport. De même, si ce dernier effet est produit par l'action des diurétiques et des boissons alcooliques (surtout la bière et le cidre), la peau devient aussi le siége d'une diminution ou même d'une suspension de sécrétion. Mais ce n'est pas impunément qu'un organe dépasse certaines limites d'activité fonctionnelle. En effet, un organe dans un repos plus ou moins complet et prolongé tombe peu à peu dans un état d'asthénie (*asthénie directe de Brown*) qui peut aller jusqu'à la paralysie complète. Une suractivité fonctionnelle produit le même résultat (*asthénie indirecte de Brown*). C'est ce dernier état que nous rencontrons dans la maladie de Bright. Examinons brièvement la marche des phénomènes.

» Par l'impression des causes indiquées, les reins sont d'abord le siége de congestion, et leur fonction est activée. A cette époque, les urines ne présentent rien d'anormal, si ce n'est leur quantité qui est augmentée. Mais bientôt, et quelquefois de suite après l'impression des causes, si celles-ci sont intenses, l'excitation des reins est portée au point où la sécrétion urinaire éprouve un autre genre de modification; on observe une excrétion probablement active des principes du sang, du principe colorant, et surtout de la partie albumineuse de ce liquide, qui se mêlent à l'urine; et celle-ci, tout en diminuant de quantité, devient trouble, d'un rouge plus ou moins foncé. En même temps, on observe ordinairement une douleur dans la région des reins, et un mouvement fébrile. Cette période de la maladie paraît correspondre à la première forme d'altération des reins, décrite par M. Rayer, où l'on trouve la substance corticale de ces organes d'un rouge foncé et hypertrophiée.

» Mais la surexcitation de l'activité fonctionnelle des organes sécréteurs de l'urine porte une atteinte telle à leur vitalité, que celle-ci succombe, et par là ne peut présider au travail inflammatoire qui paraît sur le point de se développer, si l'on considère l'état de congestion sanguine où se trouvent les reins dans le commencement de la maladie; aussi il ne tarde pas à se manifester un état asthénique dans une plus ou moins grande quantité des corpuscules glanduleux de leur substance corticale, dans lesquels alors la circulation et l'activité fonctionnelle diminuent dans le même rapport que la vitalité, et, selon qu'un certain nombre de ces glandules ou toutes sont dans cet état, nous observons la deuxième et la troisième forme décrites par M. Rayer, où l'on remarque un mélange de taches d'hyperémie et d'anémie, ou une anémie de toute la substance corticale, qui est d'un blanc rosé ou légèrement jaunâtre. Les portions rouges de la deuxième forme peuvent probablement encore fournir une exhalation active des principes du sang, tandis que ceux-ci, et surtout le sérum, passent dans les parties anémiques de la deuxième et de toute la substance corticale de la troisième forme d'une manière passive; car ces parties ont perdu la plus grande partie de leur vitalité, tout au plus si elles sécrètent quelque peu d'urée et d'autres principes de l'urine, tandis que les principes du sang, et particulièrement le sérum, y passent facilement, les voies ayant été comme dilatées, aussi bien que tout le tissu a augmenté de dimension pendant le commencement de la maladie. Ces changements organiques font des progrès, et on observe bientôt, comme dans les trois dernières formes d'altérations décrites par M. Rayer, des granulations, des points blancs, laiteux, qui sont très-probablement des corpuscules glanduleux, réunis en plus ou moins grand nombre, dans un état d'anémie plus parfaite que dans la deuxième et la troisième forme. Il y a oblitération presque complète des vaisseaux sanguins, abolition de presque toute fonction et manifestation vitale; peut-être y a-t-il déjà une véritable dégénérescence de tissu analogue, par exemple, à celle dont les muscles deviennent le siége après un repos absolu et prolongé.

» La mort arrive nécessairement toujours avant que ces points blancs, laiteux, aient envahi toute la substance corticale des reins, car alors probablement qu'aucune goutte d'urine ne serait plus sécrétée.

» La sixième forme de M. Rayer présente les reins ayant plutôt diminué de volume qu'augmenté; mais dans ces cas, rares à la vérité, il paraît que par l'intensité des causes ces organes sont tombés dans un état asthénique sans avoir été préalablement le siége d'une irritation et d'une congestion assez prolongées pour produire une hypertrophie de leur substance corticale.

» D'après ce court exposé, je considère la maladie de Bright comme une asthénie, qui atteint un plus ou moins grand nombre des corpuscules glanduleux de la partie corticale des reins, état qui passe bientôt à une véritable paralysie suivie de dégénérescence, comme c'est le cas de ce que l'on a appelé *granulations ;* ce serait donc une *néphroplégie*.

» D'après les idées que je viens d'émettre sur la nature de la maladie de Bright, il est facile d'établir un traitement rationnel de cette affection. On conçoit qu'au début de la maladie il doive s'agir de rétablir les fonctions de la peau par des diaphorétiques et les maintenir dans tous les cas pendant tout le cours de la maladie, et même après la guérison, pour éviter toute récidive; ce moyen dans les commencements de l'affection agit déjà comme dérivatif, effet que l'on peut aider par des sangsues ou des ventouses scarifiées sur la région des reins; les purgatifs peuvent être employés dans cette période dans le même but; si l'affection présentait une certaine acuité, si l'individu était vigoureux, on devrait faire précéder ces différents moyens par une ou plusieurs saignées générales.

» Les reins par ces différents agents étant débarrassés de leur engorgement et de l'excitation, sous le poids desquels ils sont sur le point de succomber ou ont déjà succombé dans une plus ou moins grande partie de leur substance sécrétante, doivent être réintégrés dans leur fonction, et, si les moyens ci-dessus ne suffisaient pas pour obtenir ce résultat, on viendrait à leur secours au moyen des stimulants propres à ces organes, savoir les diurétiques, mais employés avec précaution pour ne pas produire un effet opposé à celui qu'on en attend. »

C'est d'après ces principes que depuis que j'exerce la médecine je traite les cas de maladie de Bright qui se présentent, et, je puis le dire, avec un succès bien remarquable, pourvu que la maladie n'ait pas fait trop de progrès et que la dégénérescence rénale ne soit pas trop avancée.

Enfin, il me semble que, sans qu'on doive, ainsi que vous le faites, monsieur, considérer la néphrite albumineuse comme le résultat d'une altération du système ganglionnaire pour expliquer les troubles de la vision qu'on observe dans cette maladie, on peut attribuer à l'altération du sang, conséquence du défaut plus ou moins complet de la sécrétion urinaire, non-seulement les infiltrations du tissu cellulaire, les épanchements de sérosité dans les séreuses, les dispositions aux inflammations, etc., mais encore l'*amaurose albuminurique* sur laquelle vous avez le premier attiré l'attention des praticiens.

Agréez, etc. Ch. Guisan, D.-M.

Mézières (canton de Vaud), 24 mai 1856.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Faculté de médecine de Montpellier s'est assemblée le 29 mai pour procéder à l'élection des candidats pour la chaire d'opérations et appareils vacante dans son sein. Les candidats inscrits étaient, par ordre alphabétique : MM. Chrestien, professeur agrégé; Courty, professeur agrégé et chef des travaux anatomiques; Dozous, docteur en médecine; Goffres, professeur agrégé et médecin principal des armées; Pons, docteur en médecine; Quissac, professeur agrégé et conservateur des collections de la Faculté; Serre (d'Uzès), docteur en médecine et membre correspondant de l'Académie.

Le nombre des votants était de quinze. — Au premier tour de scrutin, les voix se sont ainsi réparties : M. Courty, 8; M. Serre, 7. — Au deuxième tour, M. Serre a eu 9 voix, M. Goffres, 5; M. Quissac, 1.

En conséquence, la liste qui sera présentée au ministre sera ainsi composée : 1° M. Courty; 2° M. Serre.

Quant à la chaire de chimie médicale, la Faculté a demandé au ministre l'autorisation de laisser ouverte la liste d'inscription des candidats jusqu'au 16 août ou au 15 novembre prochains. Si nous sommes bien informé, la Faculté, en prenant une semblable décision, a voulu laisser le temps de la réflexion aux médecins chimistes qui avaient hésité à produire leurs candidatures en présence de l'accueil favorable qui avait été fait à celle de M. le professeur Filhol, que des raisons particulières obligent à s'en désister et à rester à Toulouse.

(*Revue thérap. du Midi.*)

— Un de nos confrères du département d'Eure-et-Loir, obligé de faire un voyage d'un mois à partir du 25 juin, désirerait s'entendre avec un jeune médecin pour le remplacer pendant son absence.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De l'emploi des eaux minérales, spécialement de celles de Vichy, dans le traitement de la goutte, par le docteur Constantin James, auteur du Guide aux Eaux minérales. Brochure in-8°. Prix : 1 fr. 50 c. — Chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 67. — SAMEDI 7 JUIN 1856. (29e ANNÉE.) N° 67. — SAMEDI 7 JUIN 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la péritonite sans perforation intestinale dans la fièvre typhoïde.

La péritonite par perforation intestinale, cet accident si redoutable de la fièvre typhoïde sur lequel M. Louis a appelé dans le temps l'attention des médecins et dont il a si bien tracé l'histoire, a donné lieu à une proposition qui a été accueillie sans contestation dans la science et a passé en quelque sorte depuis, dans tous les traités, à l'état de loi. « Si dans une maladie aiguë, et dans des circonstances inattendues, dit le célèbre pathologiste, il survenait tout à coup une violente douleur de ventre, d'abord locale, puis bientôt générale; si cette douleur était exaspérée par la pression, accompagnée de la prompte décomposition des traits, et plus ou moins promptement de nausées et de vomissements, on devrait annoncer qu'il existe une perforation intestinale. » La préoccupation que cette loi, vraie dans son expression générale, a fait naître dans tous les esprits relativement à la signification de tout symptôme de péritonite survenant dans le cours d'une fièvre typhoïde et à l'imminence des dangers qu'il implique, a probablement contribué à faire méconnaître pendant longtemps l'existence de la péritonite sans perforation comme complication ou épiphénomène de cette pyrexie. Malgré les quelques cas de péritonite simple dans le cours de cette affection rapportés dans l'ouvrage de MM. Petit et Serres, malgré la mention explicite que M. le professeur Forget (de Strasbourg) a faite de cette complication dans son *Traité de l'entérite folliculeuse*, le fait n'en restait pas moins à peu près comme non avenu pour la plupart des praticiens. Tout symptôme de péritonite survenant dans ces circonstances éveillait aussitôt l'idée d'une perforation intestinale, lorsque, il y a quelques années, M. le docteur Thirial, dans un intéressant mémoire communiqué à la Société médicale des hôpitaux, fit connaître plusieurs observations recueillies avec beaucoup de soin et qui mettaient hors de doute l'existence de la péritonite simple comme complication de l'affection typhoïde, ou plutôt comme accident pouvant survenir d'une manière intercurrente dans le cours de cette affection, à la manière des érysipèles ou des autres phlegmasies qui viennent si souvent la compliquer. Une circonstance avait pu contribuer à faire méconnaître cette complication, c'est que la péritonite qui se manifeste dans ces conditions simule souvent, par la plupart de ses symptômes, par sa marche et sa terminaison, la péritonite par perforation. On comprend cependant l'importance qu'il y aurait, non-seulement au point de vue du diagnostic et du pronostic, mais surtout pour le traitement et pour l'appréciation exacte de ses résultats, à ne point confondre ces deux états.

C'est sur un nouvel exemple de cette complication que nous voulons appeler en ce moment l'attention de nos lecteurs.

M. Hipp. Bourdon a eu tout récemment l'occasion d'observer dans son service de l'hôpital Lariboisière un fait de péritonite suraiguë survenue au début de l'affection typhoïde, non-seulement sans perforation intestinale, mais encore sans ulcération et sans inflammation de l'intestin, ainsi que M. Thirial en avait déjà observé et rapporté deux exemples dans le mémoire que nous venons de citer.

Voici la relation sommaire de ce fait, que nous empruntons à l'*Union médicale* :

Une jeune fille de dix-neuf ans entre, le 3 décembre 1855, à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Eugénie, n° 26, au troisième jour d'une maladie qui avait débuté par un frisson violent, auquel s'était jointe une douleur abdominale assez vive, et qui avait été précédée par des prodromes d'une durée de plusieurs jours, consistant en de la céphalalgie, quelques épistaxis, du brisement des forces, du dévoiement. L'écoulement menstruel, qui s'était manifesté la veille au terme ordinaire, avait cessé tout à coup le jour de l'invasion.

A son entrée, le 3 décembre, on constate l'état suivant :

Peau chaude et sèche; pouls dur, assez développé, très-fréquent, battant 144 pulsations; langue humide, recouverte d'un enduit blanc, épais; nausées et vomissements de matières verdâtres, porracées; ventre médiocrement tendu et très-douloureux, spontanément et surtout à la pression, dans toute son étendue, mais principalement vers les fosses iliaques; un peu de céphalalgie, mais sans stupeur.

Le lendemain 4, même état du pouls; les vomissements continuent; le ventre, toujours très-douloureux, n'est pas sensiblement plus volumineux, plus météorisé; pas de selles. Rien de particulier à l'auscultation.

Le soir, abattement considérable; peau sèche, mais peu chaude; pouls toujours aussi fréquent, mais moins développé que la veille; les vomissements continuent; respiration fréquente et anxieuse.

Le 5, face pâle et grippée, un peu cyanosée, ainsi que les mains; peau froide, pouls complétement disparu; continuation des vomituritions; ventre dans le même état, pas de selles; anxiété extrême, respiration très-fréquente.

Mort à une heure de l'après-midi.

A l'autopsie, on trouve, avec les lésions de la péritonite : injection, fausses membranes et pus disséminé dans la cavité péritonéale, les signes anatomiques d'une fièvre typhoïde à son début : follicules isolés, développés, sous forme de grains blanchâtres; plaques de Peyer saillantes, tuméfiées, mais aucune ulcération dans toute l'étendue de l'intestin grêle; — bien entendu qu'on s'est assuré, par un examen minutieux, qu'il n'y avait aucune solution de continuité accidentelle dans l'intestin; — légère injection des ganglions mésentériques, etc.

On voit, en résumé, dans ce fait, tous les symptômes, et plus tard les traces cadavériques d'une péritonite suraiguë survenue dès le cinquième jour de la fièvre typhoïde, alors que les lésions intestinales commençaient à peine à se développer, sans inflammation évidente de la muqueuse intestinale, sans qu'aucune cause accidentelle étrangère en puisse expliquer le développement.

Quelques années auparavant, en 1845, M. Hipp. Bourdon avait déjà eu l'occasion d'observer dans le service de M. Fouquier (à la Charité), dont il était alors le chef de clinique, un fait qui offre avec celui-ci quelque analogie, mais dont il n'avait pu apprécier exactement à cette époque la véritable signification.

Il s'agissait d'un jeune homme de dix-huit ans, entré le 15 novembre à l'hôpital avec tous les symptômes évidents d'une fièvre typhoïde qui datait de trois jours, et dont les prodromes remontaient à plus de huit jours au delà. Indépendamment des symptômes caractéristiques de l'affection typhoïde, qu'il est inutile d'énumérer, on constata, dès le jour de son entrée à l'hôpital, que le ventre était développé, tendu, douloureux à la pression dans toute son étendue. La percussion donnait un son mat et la sensation du flot dans les parties déclives; la matité se déplaçait dans les changements de position du malade. Il présentait, en un mot, tous les signes d'un épanchement péritonéal.

Du 15 au 18, même état; l'épanchement péritonéal ne diminue pas. Le 22, le ventre est indolent, mais l'épanchement est encore aussi abondant. Le 4 décembre, le malade sort guéri de tous les symptômes typhoïdes, mais conservant encore un peu d'épanchement péritonéal qui n'avait été qu'incomplétement résorbé.

M. Bourdon, ne connaissant pas encore à cette époque les faits de cette nature, avait été conduit par cette observation à penser que dans la fièvre typhoïde le péritoine pouvait devenir le siége d'une phlegmasie indépendante de toute perforation intestinale; mais il inclinait alors à expliquer cette maladie intercurrente par l'extension de l'inflammation de la muqueuse de l'intestin à la tunique séreuse. En la rapprochant aujourd'hui des faits de M. Thirial et de l'observation précédente, où l'autopsie a démontré l'absence de phlegmasie intestinale, il en conclut, avec cet habile observateur, et avec raison suivant nous, que la péritonite peut survenir intercurremment ou comme complication dans le cours de la fièvre typhoïde au même titre que d'autres phlegmasies, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir, pour en expliquer l'origine, ni une perforation intestinale, ni même une propagation de la phlegmasie intestinale, qui est loin d'exister dans tous les cas.

Du délire consécutif de la fièvre typhoïde.

Au n° 16 de la salle Sainte-Agnès, dans le service de la clinique de M. Trousseau, est couché un malade qui est au trentième jour d'une fièvre typhoïde. Ce malade est en pleine convalescence; il est sans fièvre, le pouls est régulier et normalement développé; il n'a plus de diarrhée, plus de catarrhe péripneumonique, mais il conserve du délire; c'est le seul symptôme qui persiste. A cela près, il n'a plus rien de la fièvre typhoïde. Mais il est à noter que ce délire, qui était modéré pendant toute la durée de l'affection, est beaucoup plus intense en ce moment. Qu'est-ce que ce délire, ce délire apyrétique qui subsiste après la cessation de tous les autres symptômes de la maladie? Quelle est sa valeur séméiotique et pronostique? Est-ce le symptôme d'une méningo-encéphalite, comme l'enseignent quelques pathologistes? Faut-il voir dans ce délire consécutif de la fièvre typhoïde le symptôme d'une phlegmasie superficielle de la pie-mère, analogue à celle que l'on constate dans la paralysie générale, comme le pense M. Piedagnel? Telle n'est pas l'opinion de M. Trousseau. Pour lui, ce délire n'est nullement le symptôme d'une inflammation soit des couches superficielles de l'encéphale, soit des méninges, pas plus dans la période d'état de la fièvre typhoïde que dans la convalescence; il n'y a non plus à ses yeux aucune assimilation à faire de ce symptôme avec le délire de la paralysie générale.

Rien n'indique, en effet, un état inflammatoire chez ce sujet en particulier. Qu'est-ce donc que ce délire? C'est tout simplement une perturbation fonctionnelle des centres nerveux telle qu'on en observe dans le cours de toutes les maladies putrides, septiques dans lesquelles les liquides ont été plus ou moins profondément altérés, ou plutôt un affaiblissement de ces organes, une sorte d'épuisement du système nerveux encéphalique de même nature que celui qui se traduit par l'affaiblissement du système musculaire. On comprend effectivement très-bien cet épuisement, soit par le fait des évacuations sanguines et du traitement débilitant auquel ont été soumis les malades, soit par le fait même des perturbations nerveuses considérables qui ont lieu pendant le cours de la maladie.

Ce fait a une grande importance au point de vue pratique et thérapeutique. La manière dont on envisage ce phénomène conduit, en effet, à des indications très-différentes. Si l'on se guide d'après l'idée que l'on a affaire à une phlegmasie méningo-encéphalique, on est naturellement porté à continuer le régime de la diète, à persister dans le traitement débilitant, à recourir même à la saignée et aux dérivatifs, aux vésicatoires ou aux autres exutoires. Ce serait commettre une grande faute. Il faut, au contraire, si l'on est bien convaincu que ce délire n'est qu'un symptôme d'affaiblissement, nourrir les malades et les tonifier par l'usage modéré d'un peu de vin et de café. Tel est le régime auquel M. Trousseau soumet, dans ce cas, les malades, qui s'en trouvent généralement bien. On peut voir en ce moment, dans la salle Saint-Bernard, une femme qui, à la suite d'une longue et grave fièvre typhoïde, se trouvait à peu près dans les mêmes conditions que l'homme dont nous venons de parler, en proie à un délire persistant et apyrétique, et chez laquelle le retour de l'intelligence et le rétablissement des forces ont eu lieu simultanément sous l'influence d'une bonne alimentation et de quelques toniques.

De l'électro-puncture appliquée au traitement des engorgements ganglionnaires.

Depuis quelques années, un certain nombre de chirurgiens ont cherché à guérir les engorgements des ganglions lymphatiques passés à l'état chronique à l'aide de l'électricité. On comprend que cet agent n'ait point toujours réussi, cette affection étant le plus souvent liée à un état diathésique. Toutefois, les résultats obtenus sont assez intéressants pour fixer l'attention des praticiens.

La manière d'appliquer l'électricité a varié. Tantôt on a eu recours à des procédés très-simples; d'autres fois on a multiplié les appareils sans profit pour les malades et au détriment de la méthode. Nous avons vu M. Demarquay recourir dans ce cas à l'électro-puncture.

Nous avons déjà, l'année dernière, appelé l'attention de nos lecteurs sur ce sujet, et publié quelques observations. Nous allons entrer aujourd'hui dans quelques développements sur l'application de la méthode et sur l'appréciation de ses résultats.

Le nombre des aiguilles à acupuncture que M. Demarquay introduit dans le centre de la tumeur qu'il s'agit de guérir varie suivant le volume de cette dernière. Le nombre ne dépasse pas six; puis se servant d'une pile, soit de M. Duchenne (de Boulogne) ou de M. Breton, il fait passer un courant électrique variable en intensité et en durée, en tenant compte de l'âge du sujet et de la région où siége la maladie. Lorsque l'engorgement est peu considérable, il a suffi souvent de quelques séances faites à deux jours d'intervalle pour obtenir la guérison. Mais comment s'obtient-elle? Voici à cet égard ce que nous avons été à même de constater à la Maison municipale de santé, où M. Demarquay, avec l'assistance de M. Monod, chirurgien en chef de cet établissement, applique fréquemment ce moyen de traitement.

Si l'engorgement ganglionnaire s'est développé sur un sujet d'une bonne constitution, l'électricité, seule ou combinée à la teinture d'iode, avec laquelle ce chirurgien badigeonne tous les trois ou quatre jours la tumeur ganglionnaire, triomphe du mal après un nombre plus ou moins grand de séances, variable toutefois suivant une infinité de circonstances. Dans ce cas, la résolution se fait sans inflammation, et surtout sans formation d'abcès.

Si, au contraire, l'engorgement ganglionnaire que l'on veut combattre est lié à un état diathésique, si en un mot une plus ou moins grande quantité de matière tuberculeuse se trouve au centre du ganglion, l'électricité peut encore guérir, et elle guérit même le plus souvent. Mais voici ce qui arrive : sous l'influence de la galvano-puncture, le ganglion s'échauffe, un peu de suppuration se forme au centre de cet organe. Dès que la chose est constatée, M. Demarquay vide l'abcès à l'aide de ponctions sous-cutanées répétées aussi souvent que cela paraît nécessaire.

Dans ces cas, comme on le voit, l'électricité n'amène pas la résolution du ganglion, mais la fonte purulente; c'est pour prévenir les cicatrices vicieuses que M. Demarquay a recours de bonne heure à la méthode des ponctions sous-cutanées. D'après cette manière de faire, il est facile de comprendre que l'électro-puncture n'agit pas seule, puisque nous voyons M. Demarquay recourir non-seulement à l'électricité, mais encore aux badigeonnages avec la teinture d'iode plus ou moins concentrée, suivant la force des sujets et le siége de l'engorgement ganglionnaire, et aux ponctions multiples suivies de pression pour évacuer la suppuration tuberculeuse. Si on agit seulement sur l'engorgement ganglionnaire d'une manière toute topique, on ne modifie en rien l'état général des sujets qui sont exposés à ces sortes d'engorgements.

Pour arriver à ce résultat si important, MM. Monod et Demarquay ont recours à un traitement général à l'aide de douches et de bains sulfureux, des amers, des préparations iodées, du sirop d'iodure de fer, du régime animalisé, etc., etc. Mais, peut-être se demandera-t-on, quelle est la part qui revient à l'électricité dans ce traitement complexe? Il est encore possible et même jusqu'à un certain point facile de l'apprécier.

Chez les malades traités de la sorte, on voit souvent, en effet, sous l'influence de l'électricité une amélioration notable survenir en peu de jours chez des malades soumis depuis longtemps sans résultat à une médication générale et locale.

Chez aucun malade traité à la Maison de santé par la galvano-puncture et par les ponctions sous-cutanées pour vider les abcès strumeux, nous n'avons vu survenir aucun accident, ni phlegmon, ni érysipèle, ni fistule, etc.

Nous nous sommes déjà demandé l'année dernière si les appareils électriques à courants continus n'étaient point préférables à ceux dont les courants sont interrompus; ces derniers, en effet, n'amènent point seulement la résolution des ganglions, ils excitent, ils provoquent de la douleur, des contractions musculaires, tous phénomènes que les appareils du premier genre donnent à un plus faible degré. Toutefois, nous serons être à même de juger promptement cette question, M. Demarquay devant essayer comparativement les deux appareils sur plusieurs malades qu'il a actuellement en traitement.

De l'autoplastie périostique. Nouvelle méthode pour le traitement des pseudarthroses.

M. le professeur Nélaton a parlé à sa clinique d'une nouvelle manière de traiter les pseudarthroses. M. Jordan, chirurgien des hôpitaux de Manchester, est l'inventeur de cette méthode, et il a profité de son séjour à Paris pour proposer à M. Nélaton l'application de cette heureuse innovation. Déjà M. Jordan a pu en obtenir une guérison dans un cas désespéré et traité en vain par beaucoup d'autres chirurgiens.

Voici en quelques lignes en quoi consiste cette méthode :

Premier temps. — On découvre l'os comme dans les cas où il s'agit de pratiquer la résection des deux fragments non réunis. Quand on est arrivé sur les os, on fait une incision verticale sur le périoste, en commençant plus ou moins haut sur le corps de l'os, et on la termine vers la solution de continuité. On attaque ainsi indifféremment l'un et l'autre fragment; on dissèque le périoste de toute part, c'est-à-dire qu'on le sépare de l'os. Cette dissection doit être pratiquée avec le manche d'un scalpel et par petits coups; elle est un peu longue; mais il ne faut pas employer la lame d'un bistouri, parce qu'alors on coupe infailliblement une partie des vaisseaux du périoste, ou perfore même souvent cette membrane nourricière, et l'on s'expose ainsi à manquer son but. Il ne faut pas oublier que lorsqu'il y a un travail pathologique dans un os comme dans une pseudarthrose, le périoste est épaissi, plus turgide, plus vasculaire et plus facile à séparer de la substance osseuse. Après cette dissection, on a une espèce de manchette périostique, ouverte latéralement comme les manches de nos habits ou de nos chemises. Pour l'autre fragment, on se comporte de même, en ayant soin de pousser la dissection du périoste dans une moins grande étendue.

Deuxième temps. — On résèque les bouts des fragments; et ici l'on emploie les mêmes instruments que pour une résection ordinaire, la scie, la sonde de Blaudin, le davier, etc. On doit, autant que possible, enlever toute la partie de l'os qui est recouverte de stalactites osseuses; et l'on sait que ces stalactites se trouvent précisément au point où le périoste a été détruit ou altéré par la cause vulnérante au moment de la fracture en général. On doit réséquer 1 centimètre et demi à 2 centimètres pour chaque fragment.

Troisième temps. — On invagine un des fragments dans la manchette périostique que lui offre l'autre, et alors on fait un point de suture à l'extrémité libre de la manchette, et on dispose le périoste de telle façon que la solution de continuité de celui-ci ne corresponde pas à la solution de continuité des os. On rapproche ensuite les bords de l'incision des parties molles, on maintient le membre dans un appareil convenable, et le reste se passe comme dans les opérations ordinaires.

Dans le cas où l'on craindrait d'avoir un trop grand raccourcissement, ou bien si l'on ne pouvait se livrer à une dissection complète de tout le périoste, M. Jordan a encore proposé une autre conduite. Dans ce cas, on dénude l'os dans la moitié superficielle de sa circonférence, de sorte que l'on a deux oreillettes périostiques qui rappellent les oreillettes de la peau dans l'amputation de M. Lenoir; on dénude l'autre fragment sur une face opposée à celle du premier fragment, et si l'on éprouve trop de difficulté, on se contente de gratter le périoste dans une étendue en rapport avec la partie dénudée du premier fragment. Dans le deuxième temps on coupe les deux fragments en biseau, on a ainsi deux becs de flûte opposés l'un à l'autre; on les affronte et l'on coud le périoste tout autour. On voit qu'en définitive ce procédé donne le même résultat que le précédent; il doit peut-être donner plus de peine pour maintenir les fragments dans un rapport intime.

Ce procédé ou plutôt cette méthode offre-t-elle quelque chose de nouveau? Les auteurs ont employé le frottement, les aiguilles, le séton, la ligature, la résection, l'abrasion ou le grattage des fragments, et enfin la cautérisation. Nous ne voyons rien là qui rappelle la méthode de M. Jordan. Withe et d'autres chirurgiens ont bien parlé du grattage du périoste, mais ils n'ont pas formulé une idée nette sur ce point. Ont-ils indiqué ce que devenait ce périoste gratté? Non. Aussi nous pensons que M. Jordan a réellement fait une innovation heureuse et qui peut recevoir de nombreuses applications: c'est l'autoplastie appliquée au périoste.

Quand on pense que l'on voit souvent dans les hôpitaux des malades ayant des pseudarthroses subir un grand nombre d'opérations chirurgicales sans en tirer aucun profit, on doit accueillir avec reconnaissance une méthode qui se base sur les saines données de la physiologie et sur un fait clinique suivi de succès. Enfin, nous ne devons pas omettre de dire que M. le professeur Nélaton lui a donné son approbation, et que ce n'est qu'à son grand regret qu'il n'a pu l'employer sur le malade à propos duquel il a exposé à son auditoire la méthode de M. Jordan.

HOTEL-DIEU DE REIMS. — M. Decés.

Obs. I. — **Chute sur la tête. — Tumeur pulsative de la région temporale. — Altération, puis abolition consécutive de la vue. — Ligature de la carotide primitive droite. — Amélioration.**

Laurien (Honorine), manouvrière, âgée de quarante-quatre ans, domiciliée à Vassagne (Aisne), entre à l'Hôtel-Dieu de Reims, salle Sainte-Catherine, n° 4, pour une tumeur de la région temporale, le 17 février 1839. Son mari, qui l'accompagne, nous apprend que sa femme glissa sur la glace et tomba sur la tête il y a un an; que la tempe droite reçut une violente contusion qui, sans lui faire perdre connaissance, produisit cependant de vives douleurs, de l'étourdissement et des vertiges, et qu'à partir de ce moment elle n'a cessé de souffrir; que six semaines après, on pouvait déjà remarquer sur la tempe une petite tumeur pulsative; que vers la neuvième semaine l'œil droit devint saillant, et qu'elle annonçait que les objets qu'elle examinait étaient bossus et courbés en différents sens; que peu après, elle se plaignit que sa vue s'affaiblissait du côté gauche lui-même, bien qu'elle ne ressentît aucune douleur dans l'œil de ce côté; et qu'enfin, vers le neuvième mois, la cécité était devenue complète.

En examinant cette femme, qui est grande, maigre et pâle, parce que sa maladie l'a fort vieillie, dit son mari, je constate la présence d'une tumeur, de la forme et du volume d'un œuf de poule, dans la région temporale droite. Cette tumeur est circonscrite, en bas, par l'arcade zygomatique; en avant, par le bord orbitaire; en haut et en arrière, par la grande ligne courbe du temporal. Elle s'élève notablement au-dessus du niveau des téguments voisins et se termine brusquement par une sorte de bourrelet. La peau qui la couvre paraît saine. Elle est souple, molle, dépressible, irréductible et sans dureté appréciable. Fort sensible au toucher, la pression du doigt y détermine des douleurs très-vives, et elle paraît agitée par un double mouvement d'expansion et de retrait; la main y sent en outre des battements isochrones à ceux du pouls, et l'oreille un léger bruit de souffle. La toux, les cris et les efforts l'accroissent manifestement, même jusqu'au point de doubler son volume; tandis que le calme et une pression modérée la font diminuer sensiblement. Son expansion produit des douleurs lancinantes très-fortes qui arrachent parfois des cris aigus à la malade.

L'œil et l'orbite voisins ont subi eux-mêmes plusieurs changements remarquables qui paraissent dus à sa présence. Ainsi, l'œil droit est un peu plus saillant que le gauche, et, de plus, il est dévié en haut et en dedans; l'iris est immobile et contracté; la pupille noire; les paupières un peu écartées par la conjonctive, soulevée elle-même par un épanchement sous-muqueux très-prononcé près de l'angle externe. L'œil gauche conserve sa direction et ses mouvements, mais sa pupille est un peu resserrée et ne varie pas sous l'action de la lumière la plus vive. La vue est complétement abolie. Son regard est indécis, strabique et hébété; ses traits affaissés, sa physionomie sans expression; ses sensations paraissent obtuses et son intelligence fort affaiblie; sa parole est lente, ses réponses tardives, souvent même inexactes et incohérentes; sa démarche chancelante et mal assurée; elle ne peut faire un pas sans que ses mains se portent en avant, comme pour toucher tout ce qui l'entoure ou s'en garer. Cependant, selon le dire de son mari, elle était, avant sa chute, fort agile, très-intelligente et même douée de beaucoup de perspicacité.

Malgré son peu d'intelligence, cette femme insiste cependant pour être délivrée de sa maladie. On lui a dit qu'une opération pouvait seule la soulager, et elle la réclame incessamment. Malgré mes doutes et mon incertitude sur son résultat, j'arrive toutefois à considérer ce parti comme le seul utile pour enrayer le développement si rapide de cette tumeur. Non que j'aie songé à l'enlever elle-même, son siége, son étendue et ses rapports profonds me paraissaient en exclure la possibilité; mais en observant que la compression de la carotide suspendait ses battements et diminuait son volume, je ne pus me défendre d'espérer qu'en liant le vaisseau qui les alimente elle pourrait diminuer et peut-être s'atrophier. C'est cet espoir qui m'engage à recourir à la ligature de ce vaisseau.

Tout étant prêt, je me décide donc le 25 février 1839, et cède aux sollicitations du mari lui-même, qui me presse d'accéder à la demande de la malade, et pratique la ligature de la carotide primitive au-dessus du muscle omoplat-hyoïdien. Cette opération, simple et facile, n'a offert d'ailleurs que peu de particularités qui méritent d'être signalées. Je noterai seulement la présence d'un filet nerveux qui rampait sur l'artère à laquelle il était immédiatement accolé, et qu'il me fallut isoler et écarter avant de la lier; et, contrairement à l'observation ordinaire, un affaissement remarquable de la jugulaire interne pendant les cris de la malade, bien que cette veine fût découverte et nullement comprimée. Dès que l'opération est achevée, je rapproche les lèvres de la plaie et les maintiens en contact par des bandelettes de diachylon, et la termine en appliquant un bandage qui immobilise la tête dans la flexion du même côté.

La ligature fut à peine serrée que les battements cessèrent dans la tumeur, mais son volume diminua peu. Dès l'après-midi, douleurs dans le pharynx, la tumeur, l'œil et la tête; dysphagie, air inquiet, pouls fréquent et élevé.

La première nuit se passe sans sommeil et est agitée par une toux sèche et fréquente. Cependant le matin, bien que la fièvre soit toujours intense, les douleurs de la tête, de la tumeur, de l'œil et de la gorge ont cessé. Délire pendant la seconde nuit; la malade se lève pour fuir des fantômes qu'elle croit apercevoir. Le lendemain matin, rémission notable; le pouls est plus calme et la journée meilleure. La nuit qui succède est passable; un peu de sommeil. Le troisième jour, la toux diminue et le pouls se ralentit. L'appétit commence à s'éveiller; quelques bouillons sont donnés et passent avec facilité.

Le 1er mars, l'œil est moins saillant; la vue semble revenir. La malade dit avoir aperçu la lumière d'une chandelle pendant la nuit. En tout cas, elle signale assez exactement, de la main, la présence de quelques élèves placés près d'elle au moment de la visite du matin.

Le 2, la tumeur de la tempe paraît un peu augmentée depuis la veille, comme cela avait lieu d'ailleurs de temps en temps avant l'opération. La malade voit plus distinctement; elle signale la main d'un élève qui l'a placée devant elle sans qu'elle s'en doute. La toux a cessé, et l'apyrexie est presque complète.

Le 8, quelques battements reparaissent dans la tumeur, qui cependant reste indolente. L'œil est moins saillant; la physionomie s'anime et reprend quelque expression. La plaie est en partie réunie.

Le 9, contraction évidente de la pupille gauche sous l'action de la lumière.

Le 15, chute de la ligature, qui entraîne avec elle un petit segment du tube artériel.

La malade veut absolument sortir le 23. A cette époque, la plaie est cicatrisée, sauf en un petit point qu'a occupé la ligature. La tumeur a diminué d'un quart, mais quelques légers battements s'y font encore sentir. Les douleurs ont disparu. L'œil droit est à peine plus saillant que l'autre, et la vue a gagné au point de lui permettre de se conduire seule. Son teint est bon, ses traits plus naturels, et sa santé de beaucoup meilleure.

Etat ultérieur. — Huit mois après sa sortie de l'hôpital, j'apprends par M. Flamand, alors étudiant en médecine, et qui l'a examinée avec beaucoup d'attention, que l'amélioration obtenue a continué, que les violentes douleurs n'ont pas reparu depuis l'opération, que la tumeur se soutient, mais sans accroissement appréciable; que la vue n'a pas gagné, mais qu'elle lui suffit le plus souvent pour se diriger seule. Sa santé s'est conservée et paraît satisfaisante.

En résumé, la ligature de la carotide primitive paraît donc avoir eu pour conséquence ici d'enrayer la marche de cette tumeur, de diminuer les accidents qu'elle occasionnait et d'améliorer sensiblement la santé générale, sérieusement compromise au moment où elle a été pratiquée.

Obs. II. — **Anévrisme de la carotide primitive droite. — Ligature. Guérison dix-neuf mois après.**

Louise Dumont, femme Labruyère, bobineuse, âgée de cinquante-quatre ans, domiciliée à Reims, entre à l'Hôtel-Dieu le 21 août 1850, pour une tumeur rouge et douloureuse du côté droit du cou, qu'au premier abord je prends pour un énorme phlegmon. Heureusement cette méprise est de courte durée, car j'apprends bientôt qu'elle date de plus de dix ans et demi. La malade en attribue l'origine à une violente pression exercée par son mari sur le point qu'elle occupe. Emporté un jour par la colère, celui-ci l'aurait saisie à la gorge comme pour l'étrangler, et lui aurait enfoncé profondément les doigts au niveau du larynx, où elle sentit presque aussitôt un petit *durillon*, qui, en se développant peu à peu, finit par former la tumeur qu'on voit aujourd'hui. Ses règles cessèrent peu après cet acte de violence, et le sang s'y porta, dit-elle, en y produisant un *bruit de fontaine* qui était accompagné de battements assez forts pour soulever ses doigts quand elle les appliquait dessus. Depuis ce temps, cette tumeur n'a jamais cessé de s'accroître. Cependant, ajoute-t-elle, son volume a sensiblement varié : il atteint souvent le volume d'une forte noix, parfois même celui d'un petit œuf de poule; mais habituellement il ne dépasse pas celui d'une noix ordinaire.

Depuis cinq semaines, toutefois, cette tumeur s'est accrue dans des

proportions beaucoup plus considérables, et voici, d'après la malade, à quelle occasion :

Une douleur des plus violentes qui s'était fait sentir dans la jambe gauche disparut un jour tout à coup, et fut remplacée au même instant par des souffrances non moins aiguës dans sa tumeur du cou. Bientôt celles-ci envahirent tout le côté droit de la tête, et cette tumeur s'accrut rapidement et arriva en peu de jours à acquérir le volume qu'elle a aujourd'hui. Pendant ce temps, la fièvre s'alluma, le sommeil et l'appétit cessèrent, et cet état devint si pénible que la malade se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu pour y trouver quelque soulagement.

Voici l'état dans lequel je la trouve le 22 au matin :

Tumeur occupant tout le côté droit du cou, où elle forme une saillie assez considérable pour renverser la tête du côté opposé. Son diamètre longitudinal s'étend de la mâchoire inférieure, qu'elle soulève, déborde et surmonte en partie, jusqu'à un travers de doigt de l'articulation sterno-claviculaire; le transversal va de la partie moyenne du cou au delà du bord postérieur du sterno-mastoïdien, qui, soulevé et tendu sur elle, semble le partager en deux portions inégales. De ces deux portions, l'antérieure, plus considérable, comprime le larynx et la trachée et les déjette de plus de 15 millimètres à gauche de la ligne médiane. Sa forme, considérée en masse, est à peu près celle d'une pyramide tronquée dont le sommet serait dirigé en bas. La peau qui la couvre est rouge, chaude, douloureuse et tendue; le tissu cellulaire sous-jacent paraît dur et adhérent. Cette tumeur est manifestement le siége d'un double mouvement d'expansion et de retrait. La main y sent un choc impulsif très-prononcé, des battements isochrones à ceux du pouls et un frémissement fortement accusé; l'oreille nue ou armée du stéthoscope entend un bruit de souffle voisin de celui de râpe, sibilant même à son point culminant situé à 3 centimètres au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure. Les battements des artères qui naissent de la carotide et que le toucher peut atteindre, notamment de l'occipitale, de l'auriculaire, de la temporale et de la faciale, sont manifestement plus faibles que ceux du côté sain. L'audition est moins nette à droite et la vision à gauche. Gêne et difficulté des mouvements de la tête, du cou, du pharynx et du larynx; toux sèche et fréquente, voix rauque et faible, langue blanche; inappétence, dysphagie, digestions pénibles, constipation, insomnie fatigante. Douleurs déchirantes de tout le côté droit du crâne, étourdissements, vertiges, et même évanouissements, selon le dire de la malade, dès qu'elle incline la tête du côté droit. Cependant teint frais et coloré, embonpoint passable, résignation à supporter tout ce qu'on croira utile pour modérer les douleurs atroces qu'elle endure.

En présence des accidents inflammatoires qui compliquent cette tumeur, mon premier soin devait être et fut en effet de les combattre par un traitement antiphlogistique actif; mais dès qu'ils furent tombés, je me décidai à lui proposer la ligature du vaisseau pour remédier d'une manière plus efficace au danger qui la menaçait. Cette malade l'accepta avec confiance, et je la pratiquai dès le 2 septembre suivant en présence et avec l'assistance de mes collègues et confrères Blanchard, Bouchard, Du Val, Desprez, Henrot fils, Landouzy, Panis, Philippe, etc., en découvrant la carotide primitive par une incision faite en avant de l'insertion inférieure du muscle sterno-mastoïdien, et en l'entourant d'un fil à deux travers de doigt seulement au-dessus de la clavicule, point le plus élevé que je pus lier.

Le volume considérable de cet anévrisme et surtout son prolongement inférieur si voisin de la clavicule ont occasionné quelques difficultés qu'il est facile de deviner. Ainsi la saillie qu'elle formait en dehors m'a obligé pour l'atteindre de découvrir un point situé relativement beaucoup plus profondément qu'à l'ordinaire; la déviation en arrière du vaisseau par suite de son refoulement opéré en ce sens par la résistance que lui ont opposée l'os hyoïde, le larynx et la trachée ne m'a permis de la rencontrer qu'à plus de 15 millimètres en dehors du bord interne du sterno-mastoïdien et de la jugulaire interne demeurée en place; enfin, son prolongement en bas ne m'a permis de la lier que sur un point fort inférieur. Malgré ces circonstances, je pus cependant achever l'opération sans trop de difficultés, et elle ne fut pas plutôt terminée que les battements cessèrent de se faire sentir dans la tumeur, que le volume de celle-ci se réduisit; la céphalalgie diminua et que la malade se trouva sensiblement soulagée.

Cependant deux saignées furent promptement pratiquées pour combattre une congestion cérébrale active qui lui succède. Mais ces accidents sont de courte durée, et bientôt l'amélioration se prononce franchement.

Dès le 5, le volume du sac a diminué de plus d'un tiers, et la peau qui le couvre est toute ridée. Toutefois, une stomatite aiguë s'annonce le 8; deux vomissements bilieux ont lieu le même jour, et la malade, fort satisfaite jusque-là, s'en préoccupe vivement. Heureusement ces accidents ont peu de durée, le sommeil revient et la voix reprend de la clarté.

La ligature tombe le dix-huitième jour en entraînant un petit segment de l'artère, et le vingt-cinquième la plaie est presque entièrement cicatrisée.

Le 30 septembre, par conséquent vingt-huit jours après l'opération, le sac anévrismal a perdu les deux tiers de son volume, mais je constate que quelques légers battements y ont reparu.

Le 2 octobre suivant, la malade ne ressentant plus de toux, de dysphagie ni de dyspnée, ayant recouvré de l'appétit, du sommeil et se trouvant bien, demande sa sortie.

Etat ultérieur. — J'ai revu cette malade à diverses reprises depuis sa sortie, et voici les changements que j'ai notés dans sa position :

Le 20 octobre 1850 (trois semaines après), le sac a le volume d'une noix de moyenne grosseur; il est encore le siége de battements distincts, mais aucun bruit de souffle ne s'y fait entendre. Les ramifications artérielles qui partent de la carotide n'offrent aucune pulsation sensible. La malade se trouve bien et a repris ses travaux habituels.

Le 29 mars 1851 (sept mois après), elle vient me trouver à l'Hôtel-Dieu, où je l'examine en présence des élèves qui ont assisté à l'opération. Le sac n'a pas diminué depuis sa sortie; il continue d'offrir des battements isochrones à ceux du pouls et est même le siége d'un léger mouvement d'expansion. Nul battement n'est senti au-dessous du sac, sur le trajet de la carotide ni sur les artères occipitale, auriculaire, temporale et faciale du même côté. Sa santé est excellente, ses forces se sont accrues, et elle travaille avec plaisir et liberté.

Le 26 mars 1852 (dix-neuf mois après), je l'examine de nouveau en présence des élèves à l'Hôtel-Dieu, et je constate :

1° Que le volume du sac est réduit à la grosseur d'un œuf de pigeon, et qu'il est à peine visible;

2° Qu'aucun battement ne s'y fait sentir;

3° Que la santé est excellente et l'état général des plus satisfaisants.

En résumé, la ligature de la carotide primitive a diminué immédiatement les accidents locaux qui semblaient dans la dépendance de la pression du sac anévrismal; elle a amélioré assez rapidement la santé générale, mais il a fallu près de dix-neuf mois pour que l'anévrisme lui-même arrivât à un état qu'on peut considérer comme une véritable guérison.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 mai 1856. — Présidence de M. GOSSELIN.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Salmon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant.

— La Société reçoit les ouvrages suivants :

Des végétations qui se développent sur les parties génitales des femmes pendant la grossesse, par M. le docteur Thibierge;

Du renversement du talon; considéré comme suite de l'amputation médio-tarsienne, par M. le docteur Laujorrois;

Quelques propositions sur les fibromes, ou tumeurs formées par les éléments du tissu cellulaire, avec des remarques sur la nomenclature des tumeurs, par M. le docteur Verneuil;

Compte rendu des travaux de la Société d'agriculture, par M. Payen.

(Des remercîments sont adressés aux auteurs de ces envois.)

— M. Larrey a reçu de M. Tassard, chirurgien militaire, une observation de plaie d'arme à feu à la région poplitée par un biscaïen, compliquée de tétanos. L'emploi du chloroforme a été sans efficacité.

Une observation à peu près semblable a déjà été renvoyée à l'examen de M. Larrey, qui se chargera d'analyser celle-ci en même temps.

— M. le président annonce que la Société ayant malheureusement perdu dans ces deux dernières années trois membres associés étrangers, le professeur Mayor (de Genève), sir G. Ballingall, professeur de chirurgie militaire à l'université d'Edimbourg, et Guthrie, chirurgien de l'hôpital de Westminster, il y a lieu de nommer à ces places vacantes. En conséquence, une commission composée de MM. Danyau, Giraldès, Broca, Bouvier, Larrey, est chargée de faire un rapport et de présenter une liste dressée suivant l'article 7 des statuts.

M. le président déclare ensuite qu'une place de membre titulaire est vacante.

— M. CHASSAIGNAC donne lecture de deux observations de tumeurs fibro-plastiques qu'il a recueillies. Une analyse détaillée de ces deux faits intéressants sera publiée dans les bulletins dans un des numéros suivants.

M. FORGET demande des détails sur le malade que M. Chassaignac a présenté dans la dernière séance, et qui portait plusieurs tumeurs fibro-plastiques. Il voudrait connaître l'époque précise de l'apparition de la première tumeur, puis des tumeurs successives. M. Chassaignac avait annoncé que les deux premières opérations qu'il avait pratiquées avaient amélioré beaucoup l'état général; il a cru remarquer cependant que le malade présenté dans la dernière séance était très-faible et très-anémique; il voudrait savoir aussi si les ganglions lymphatiques sont envahis. Quant aux observations qui viennent d'être lues, elles prouvent que la généralisation du tissu fibro-plastique se fait comme celle du cancer, et que la mort vient également terminer la maladie. Il était donc très-important que ces faits fussent connus, et M. Forget s'applaudit d'en avoir provoqué la publication.

M. CHASSAIGNAC. Tous les détails relatifs au sujet présenté dans la dernière séance se trouveront consignés dans l'observation qu'on est en train de recueillir. Il se contente d'ajouter que ce malade a ordinairement très-bonne mine, et que l'état de ses forces est satisfaisant, mais que l'émotion qu'il ressentit l'autre jour en se trouvant en présence d'une réunion nombreuse l'avait passagèrement rendu très-pâle et très-faible en apparence. M. Chassaignac lui-même en a été désappointé.

En ce qui concerne les deux autres observations, M. Chassaignac n'avait nulle intention de les taire, mais il ne croyait pas très-urgent de les publier; car elles ne renfermaient rien de neuf. La récidive, la généralisation du tissu fibro-plastique sont aujourd'hui admises sans contestation, et la démonstration n'était plus nécessaire. L'observation de M. Larrey était complète sous ce rapport.

M. LARREY. L'envahissement des ganglions par le tissu fibro-plastique est un fait dont la possibilité est bien établie par son observation, mais qui reste très-exceptionnel. M. Lebert regardait ce fait comme portant l'atteinte la plus sérieuse aux principes généraux qu'il avait établis.

M. MOREL-LAVALLÉE rappelle que M. Robin a déjà trouvé l'engorgement fibro-plastique des ganglions au voisinage des tumeurs de même nature. Cette complication est plus commune dans le cancer, mais elle se rencontre dans les deux cas.

M. FORGET rapproche des deux observations lues par M. Chassaignac un fait communiqué par M. Larrey, et qui est relatif à un jeune soldat chez lequel il extirpa une tumeur fibro-plastique volumineuse occupant le creux poplité. L'opéré succomba au bout de trois mois, sans que la plaie résultat de l'opération fût cicatrisée. A l'autopsie, on trouva les ganglions inguino-cruraux envahis par le tissu fibro-plastique; des tumeurs de même nature existaient en grand nombre dans l'épaisseur du poumon et sous la plèvre pariétale.

Sur sept cas de tumeurs fibro-plastiques communiqués à la Société depuis quelques années, c'est le troisième cas de généralisation de la maladie suivie de mort, y compris les deux de M. Chassaignac. Dans les cinq autres cas, la récidive locale a eu lieu constamment. Que sont devenus les malades qui ont offert cette récidive locale? Ils ont été perdus de vue. On ne peut savoir si ultérieurement le mal ne s'est pas aussi généralisé.

Ces faits sont loin d'être d'accord avec ce que nous avons entendu enseigner ici par M. Lebert; à savoir, que les tumeurs fibro-plastiques ne récidiveraient localement que d'une façon exceptionnelle; que la généralisation de ces tumeurs était bien plus exceptionnelle encore; enfin, que jamais les ganglions lymphatiques ne participeraient de la nature de ces tumeurs.

Les observations qui viennent d'être mentionnées démontrent que les caractères donnés comme étant distinctifs du tissu fibro-plastique et du cancer n'auraient pas toute la valeur qu'on leur a prêtée.

M. Forget ajoute que l'état de santé demeurant assez satisfaisant après chacune des opérations de récidive, n'est pas non plus un caractère dont les tumeurs fibro-plastiques auraient le privilége. Il en est de même de tous les produits anormaux, l'économie s'en arrange assez bien pendant longtemps, et ils n'attentent à la santé et à la vie qu'à une époque qu'on ne peut jamais déterminer, et surtout lorsqu'un organe important à la vie en devient le siége.

La preuve de ce que j'avance ici, dit M. Forget en terminant, se trouve dans la première observation de M. Chassaignac, dont le sujet a été donné comme un exemple de guérison à la suite des deux premières opérations, et qui plus tard a succombé à la généralisation de sa maladie.

RAPPORT.

Ligature de l'artère carotide primitive. — Restauration des cicatrices vicieuses. — M. VERNEUIL lit la première partie d'un rapport sur les travaux de M. Decès, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Reims. (Commission : MM. Denonvilliers, Richet et Verneuil, rapporteur.)

M. VERNEUIL. Messieurs, M. le docteur Decès, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims, professeur à l'école secondaire de la même ville, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, vous a adressé, pour obtenir le titre de membre correspondant de la Société de chirurgie, deux mémoires. Le premier a pour titre : *Observations de ligature de l'artère carotide primitive;* le deuxième, beaucoup plus important, est intitulé *De la restauration des cicatrices vicieuses.*

Par une attention bien digne d'éloges et d'imitation, M. Decès n'a pas reculé, pour rendre plus facile la tâche de la commission, devant les embarras et les sacrifices d'une impression préparatoire de ce second travail. S'il en était besoin, je pourrais tirer parti de ce fait pour démontrer que certains chirurgiens de province ambitionnent à un bien haut degré la distinction d'être comptés dans vos rangs, et qu'ils ne mesurent pas parcimonieusement la peine qu'il peut leur en coûter.

Je devais cet éloge aux efforts de notre collègue, et je vais entrer en matière.

Le premier mémoire a pour mérite de fournir à nos annales deux faits intéressants. Les observations de ligature d'artère ont été adressées au moment où la Société de chirurgie agitait incidemment la question de la ligature de l'artère carotide primitive, question pleine d'intérêt, et que nous verrons sans doute plus d'une fois encore à l'ordre du jour.

Voici les deux observations (1). (Voir plus haut.)

— Il est bien fâcheux que l'observation s'arrête là, et que l'issue ultérieure de ce cas remarquable soit ignorée. C'est beaucoup toutefois que d'avoir eu des renseignements huit mois après la ligature, et de savoir que la maladie n'a été que palliée. Les suites immédiates avaient été assez favorables pour qu'une guérison plus complète ait pu être espérée.

Dans les statistiques établies sur les ligatures d'artères et sur leurs résultats, on voit noter surtout, comme le remarque judicieusement notre confrère dans des considérations préliminaires, des morts ou des succès; on ne fait pas la part assez large aux cas de récidives de l'anévrisme ou de la lésion qui a nécessité l'interruption du cours du sang. Alors même qu'elle n'est pas mortelle par elle-même, la ligature est loin d'être aussi efficace qu'on le suppose, et je suis porté à croire que le chiffre des guérisons serait amoindri si les malades étaient tenus en observation pendant un temps plus long.

Pour les lésions vasculaires, comme pour bien d'autres maladies, les chiffres que nous possédons ne traduisent pas fidèlement les résultats définitifs, et ce point de la science lui-même est passible de révision. Mais je dois, avant de passer à l'autre observation, exprimer un regret relativement au diagnostic. L'auteur, qui bien mieux que le lecteur, pouvait trancher la difficulté, s'est contenté d'un exposé symptomatologique, et d'admettre une tumeur douée de pulsations, de souffle et d'expansion, mais il ne nous dit point s'il s'agissait d'une tumeur érectile, d'un sac anévrismal, d'un anévrisme variqueux ou cirsoïde. L'hypothèse d'une production maligne très-vasculaire pourrait même à la rigueur être mise en ligne. Nous ignorons si la tumeur portait sur la temporale superficielle, si elle était immédiatement sous-cutanée, ou bien si, comme quelques détails concis le feraient supposer, elle avait envahi la totalité de la fosse temporale. Même omission sur l'état des artères et des veines ambiantes. L'exophthalmie est à son tour d'une explication embarrassante. Était-elle due à une dilatation consécutive des vaisseaux intra-orbitaires, à un épanchement sanguin, à un œdème dû à la gêne de la circulation dans la veine ophthalmique; la tumeur orbitaire était-elle pulsative? Voici autant de questions importantes sans solution.

Les troubles cérébraux, vertiges, amaurose double, affaiblissement des membres, anéantissement marqué des fonctions intellectuelles et sensorielles, sont, avec la tumeur orbitaire, autant de particularités qui ne s'expliquent point par la seule présence d'une tumeur vasculaire qui serait restée confinée en dehors de la boîte crânienne. Une fracture de la base du crâne, une perforation de la fosse temporale, une tumeur vasculaire à prolongements multiples rendraient mieux compte peut-être de ce cortége de physiologie pathologique si compliqué.

Si notre confrère n'a pas été plus explicite, c'est que sans doute les

(1) La Société a décidé, sur la proposition du rapporteur, que ces deux observations seraient publiées en entier dans les *Bulletins*. La seconde partie du rapport sera lue dans une des séances suivantes.

difficultés étaient grandes; mais c'est précisément ce qu'il eût été bon de dire. L'insuccès, ou pour mieux dire le résultat incomplet de la ligature s'accorde mal avec l'hypothèse d'un anévrisme simple de la temporale, et s'expliquerait mieux par l'existence, soit d'une tumeur érectile, soit d'un anévrisme variqueux, etc., etc.

Le léger reproche que j'adresse à M. Decès est au reste singulièrement atténué par la date à laquelle l'observation a été prise. Riche de matériaux nouveaux, la chirurgie actuelle est exigeante pour le diagnostic. Mais en 1839 il existait bien des lacunes dans l'histoire des tumeurs pulsatiles de la région crânienne; nous n'avions à cette époque ni la thèse de M. Chassaignac, ni l'intéressant travail de M. Robert; l'anévrisme variqueux de cette région n'était pas connu; bien des tumeurs malignes et vasculaires passaient pour des productions érectiles; et ce qui prouve que le champ n'est pas clos, c'est cette observation si remarquable d'anévrisme variqueux de l'artère carotide interne qui a été analysée et décrite avec tant de soin par M. Nélaton et ses élèves. Qui pourrait contester, en dernier lieu, que depuis dix années à peine le diagnostic des tumeurs a acquis un degré de précision inconnu auparavant?

Il s'agit, dans la seconde observation, d'un fait beaucoup plus clair, plus classique, si je puis ainsi dire, d'un *anévrisme simple de l'artère carotide primitive droite.* (Voir plus haut.)

— Tels sont les deux faits qui nous ont été communiqués par M. Decès; ils nous sont fournis sans commentaires par l'auteur, et je devrais peut-être les enregistrer simplement sans y ajouter mes propres réflexions. Permettez-moi cependant d'y annexer quelques remarques. Je ne veux point, à propos du dernier, qui d'ailleurs n'offre rien d'insolite, revenir sur la question générale des anévrismes; un de nos collègues, mon savant ami le docteur Broca nous présentera bientôt une histoire des dilatations artérielles, dans laquelle tous les rapprochements que je pourrais faire seront exposés d'une manière plus complète et plus autorisée. Je veux pourtant faire ressortir ce qui est particulier à la lésion et à la ligature de la carotide primitive, objet spécial du travail que j'examine.

Une des données les plus utiles pour apprécier la valeur des méthodes opératoires réside dans la connaissance exacte des variétés pathologiques auxquelles ces méthodes sont appliquées. On devine que je veux revenir sur le diagnostic. L'anévrisme en question était-il spontané, faux primitif ou faux consécutif? A quoi rapporter son état stationnaire si prolongé; son accroissement si tardif et ensuite si rapide? On est frappé, en lisant l'observation, de la marche singulière de la tumeur. Une pression énergique est exercée sur une artère très-probablement saine; une petite tumeur apparaît presque aussitôt avec les caractères pathognomoniques de l'anévrisme; elle progresse, mais lentement, et met plus de dix ans à acquérir le volume d'une grosse noix; un accroissement si lent ne développe point d'accidents. L'apparition brusque exclut l'idée d'un anévrisme spontané par dilatation progressive des trois tuniques, et aussi celle d'un anévrisme faux consécutif. Le petit volume, le développement lent repousse à son tour l'hypothèse d'un anévrisme faux primitif, c'est-à-dire d'une rupture complète des tuniques, si limitée qu'on la suppose. J'admets donc volontiers que la violence a rompu sur un point circonscrit les tuniques friables, en respectant la tunique externe, qui a été immédiatement soulevée, distendue par un petit caillot; d'où le *petit durillon* accusé par la malade.

Compté de tout temps parmi les causes de l'anévrisme mixte externe, le traumatisme passait autrefois pour affaiblir les parois artérielles. Ce prétendu affaiblissement, qu'on retrouve noté dans l'étiologie des tumeurs érectiles accidentelles, de l'anévrisme cirsoïde, des varices, agit pour l'anévrisme ordinaire au moins en altérant mécaniquement les parois artérielles, comme le démontre un bon nombre d'observations. Dans une discussion qui a eu lieu à la fin de l'an dernier à la Société pathologique de Londres, plusieurs faits de ce genre furent cités, dans lesquels on avait constaté que des pressions, des contusions plus ou moins violentes avaient rompu les tuniques internes des vaisseaux comprimés.

Pour en revenir à notre observation, tout porte à croire que le sac, non-seulement s'était peu dilaté, mais qu'il était resté rempli de sang assez liquide, et non de stratifications fibrineuses résistantes. Tantôt, en effet, il avait le volume d'un œuf de poule, tantôt celui d'une petite noix. Un jour, en même temps que des douleurs très-vives s'y furent montrées brusquement, il s'accrut avec une telle rapidité qu'en quelques jours ses dimensions furent décuplées. Cela n'indique-t-il pas une rupture de la tunique externe, que les couches fibrineuses ne protégeaient pas contre cet accident, et par conséquent l'apparition d'un anévrisme faux enté sur un anévrisme mixte externe. Cet épiphénomène, cette évolution n'est pas très-rare dans les anévrismes, et je crois en voir ici un exemple assez net.

La gravité du mal, l'imminence de la rupture augmentent rapidement, en pareil cas; les accidents deviennent pressants et la temporisation imprudente. Heureusement que le succès de la ligature n'en est pas notablement compromis quand l'inflammation intense du sac, la gangrène de la peau, etc., etc., ne viennent pas ajouter leur part funeste dans la marche de la maladie.

On a vu que sous le rapport des symptômes le cas qui nous occupe était au grand complet; je ne veux revenir que sur le *frémissement très-marqué* que percevait la main appliquée sur la tumeur. On sait que ce signe a passé pour caractéristique de l'anévrisme variqueux : il n'en est rien. Il est plus rare dans les anévrismes ordinaires, à la vérité, mais cependant il peut exister, et j'ai souvenir, pour ma part, de l'avoir bien nettement constaté sur un sac anévrismal de la cuisse.

L'amplitude extrême de la tumeur força M. Decès à gagner la partie inférieure de la carotide primitive; il y arriva en incisant sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, près du sternum; l'artère était de plus déviée en dehors et rendue plus profonde; car le développement de l'anévrisme avait changé ses rapports normaux. Ne serait-il pas préférable, en pareil cas, d'employer le procédé conseillé pour atteindre le point le plus déclive du tronc carotidien; c'est-à-dire de pénétrer entre les deux chefs du sterno-mastoïdien. Vous savez tous, qu'à l'amphithéâtre au moins, ce procédé paraît extrêmement avantageux.

Puisque nous sommes sur le terrain du manuel opératoire, je regrette que M. Decès ne nous ait pas dit explicitement quel procédé de ligature il mettait en usage. On sait que la prééminence des ligatures fines sur celles qui sont plus volumineuses est encore en discussion; il en est de même de l'interposition entre l'agent constricteur et le vaisseau d'un petit corps étranger, pratique à laquelle tenait encore Roux, notre vénéré maître. M. Decès emploierait-il le procédé de Scarpa? On pourrait le croire; car dans ses deux observations il est dit que la ligature tomba au dix-huitième et au vingtième jour, *en entraînant un petit segment de tube artériel.* Le vaisseau n'avait donc pas été coupé par le fil, comme cela arrive dans la méthode ordinaire.

Je ne veux pas quitter ce sujet plein d'intérêt sans parler des suites des opérations de ligature de la carotide primitive; qu'on me pardonne la prédilection avec laquelle je reviens sur ces questions. Rompus à la pratique par des faits innombrables et par la vaste expérience qui en est le fruit, les grands maîtres, dans les écrits desquels nous puisons des enseignements, laissent trop souvent dans l'ombre des particularités qui sont pour les néophytes la source de plus d'une inquiétude et de plus d'un embarras; peut-être oublie-t-on quelquefois qu'il faut écrire au moins autant pour ceux qui ignorent que pour ceux qui savent : c'est ce qui fait qu'au début de la carrière chirurgicale, lorsqu'on a pratiqué quelque opération un peu importante et qu'un accident survient, on est rempli d'incertitude et d'anxiété sur la conduite à suivre, sur le pronostic de la complication. On recourt à ses livres, et bien souvent ils sont muets; c'est alors que, pour ma part, j'ai toujours trouvé trop courts des chapitres de médecine opératoire qui me paraissaient trop prolixes quand je les avais lus pour la préparation d'un concours ou d'un examen. Je ne connais pas de meilleure condamnation des manuels et des abrégés qui nous assaillent, que le dépit que nous inspirent leur concision dans ces moments difficiles.

Lors de la discussion élevée dans le sein de la Société de chirurgie il y a quelques mois, plusieurs accidents de la ligature de la carotide primitive ont été examinés, et l'on a pu se convaincre qu'ils n'étaient pas encore bien connus, au moins dans leurs causes. Dans les deux observations de M. Decès, nous avons sous ce rapport quelques phénomènes à noter. Dans la première, nous trouvons d'abord une particularité physiologique. On pense que, dans les expirations forcées, la veine jugulaire interne est toujours turgescente et gonflée; il n'en était rien; pendant les cris de la malade, ce vaisseau était affaissé en l'absence de toute compression. L'interprétation me paraissant très-incertaine, je passe outre.

La constriction du fil n'amena rien d'immédiat; mais quelques heures après, des douleurs très-vives apparaissent non-seulement dans la tumeur, mais aussi dans l'œil, dans toute la tête et dans le pharynx, où elles s'accompagnent de dysphagie; puis ces douleurs cessent spontanément au bout de vingt-quatre heures. Nous trouvons conjointement une toux sèche et fréquente qui dure environ quarante-huit heures, et qui se dissipe également d'elle-même. Pendant la seconde nuit c'est un délire intense, mais passager, qui survient pendant ces trois jours. La fièvre a été assez vive, l'appétit nul.

L'inflammation ne paraît jouer aucun rôle dans tous ces troubles. On ne saurait rapporter davantage la toux sèche et fréquente, qui a été déjà observée tant de fois en pareil cas, à la constriction d'un filet nerveux, car M. Decès a pris toutes les précautions nécessaires pour ne saisir que l'artère, qui d'ailleurs était facilement isolable. Ne peut-on pas rapporter tous ces phénomènes de nature névralgique soit à l'effort du sang dilatant de vive force les collatérales et les capillaires, soit, comme cela a été déjà supputé dans notre discussion, à l'irritation de voisinage que la plaie et le corps étranger engendrent dans le pneumo-gastrique, le grand sympathique et ses filets cardiaques, alors même que ces nerfs ne sont nullement compris dans l'anse de fil.

Les anatomistes d'ailleurs, et Dieu merci nous le sommes tous ici à divers degrés, n'ignorent pas que les artères, et celles du cou en particulier, sont toujours accompagnées par des filets nerveux presque imperceptibles à la dissection et par conséquent à l'opérateur. Toujours est-il que dans ces cas la peur est plus grande que le mal, et qu'un cortége de symptômes alarmants peut très-bien s'évanouir de lui-même. Si toutefois les troubles s'aggravaient et si la congestion encéphalique se dessinait mieux, il faudrait intervenir : c'est ce que notre confrère a fait dans le second cas. Ici la constriction du fil n'amena au premier moment aucune particularité; mais bientôt deux saignées devinrent nécessaires et dissipèrent rapidement une *congestion cérébrale active.*

Au troisième jour survint une stomatite aiguë, accident qui ne me paraît pas avoir encore été noté, ou qui dans tous les cas est rare. Puis au huitième jour, deux vomissements bilieux, chose assez remarquable, parce que d'ordinaire les vomissements déjà notés plusieurs fois sont beaucoup plus précoces.

Chez cette malade, on n'observa aucun trouble du côté du larynx, du pharynx, de l'œsophage; tout au contraire, la diminution notable que la ligature amena dans le volume du sac amenda promptement la toux sèche, la raucité de la voix, la dysphagie, etc., entretenues par la déviation et la compression de la trachée, du larynx, etc., etc.

Au reste, la cause de l'extrême variation des accidents consécutifs à la ligature de la carotide est et sera probablement encore pendant longtemps assez obscure.

Le secrétaire de la Société, A. Verneuil.

Dans le dernier numéro, quelques incorrections, qui ne sont pas sans importance, ont échappé à la rédaction de la leçon sur les fièvres d'accès de M. Piorry.

D'abord ce n'est pas héliose qui, dans la nomenclature organo-pathologique, désigne le miasme des marais, car héliose signifierait miasme du soleil, mais bien éliose (d'ἕλος, marais, et de ἰός, virus), qui exprime fort bien l'idée de miasme paludéen. Ensuite un point malheureusement placé ferait croire que la rate de l'enfant a, d'après les recherches de M. Conrad, 6 centimètres d'étendue dans la direction de la ligne axillo-iliaque, tandis que cette dimension de 5 à 6 centimètres est la moyenne que ce médecin observateur a reconnue à la rate de l'adulte.

Enfin, et ceci est plus grave, c'est que M. Piorry attribuerait, d'après cet article, les accidents cérébraux qui ont lieu à la suite de l'emploi du sulfate de quinine à l'acide sulfurique, tandis que, les considérant d'ailleurs comme exempts de gravité, il les rapporte à l'action même de la quinine à haute dose. Ce qu'il reproche à l'acide sulfurique, si l'on en ajoute de trop grandes proportions aux potions de quinine, ce sont des phénomènes gastro-entériques, et dans les cas où le sang est couenneux des phénomènes fort graves du côté de l'appareil circulatoire.

C'est le défaut de temps qui a empêché M. Piorry de relire la note que M. Duriau avait bien voulu lui communiquer, qui a été la seule cause des incorrections précédentes qui déparent un article écrit avec talent. P.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 31 mai dernier, l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon est réorganisée de la manière suivante, à partir du 1er janvier 1857:

L'enseignement comprendra :

1° Anatomie et physiologie; — 2° Pathologie externe et médecine opératoire; — 3° Clinique externe; — 4° Pathologie interne; — 5° Clinique interne; — 6° Accouchements, maladies des femmes et des enfants; — 7° Matière médicale et thérapeutique; — 8° Pharmacie et notions de toxicologie.

Ces chaires sont confiées à huit professeurs titulaires.

Le nombre des professeurs adjoints est fixé à trois, qui seront attachés : à la chaire d'anatomie et physiologie; — de clinique externe; — de clinique interne.

Le nombre des professeurs suppléants est de quatre, qui seront attachés : aux chaires de médecine proprement dite; — de chirurgie et d'accouchements; — d'anatomie et physiologie; — de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

Sont également attachés à cette école :

Un chef des travaux anatomiques; — un prosecteur; — un préparateur de chimie et de toxicologie.

— Par arrêté du 30 mai, M. Lévesque, docteur en médecine, professeur suppléant pour les chaires de médecine proprement dite à l'Ecole préparatoire de Rouen, est nommé professeur adjoint de clinique interne à ladite école.

— Le *Courrier de l'Isère* rapporte qu'un de nos honorables confrères, M. le docteur Aragon, du Bourg-d'Oisans, a péri le 29 mai, victime de l'inondation qui ravage une si grande partie de la France. M. Aragon, en revenant la nuit de visiter ses malades dans les montagnes, a été surpris par les eaux d'un torrent, et entraîné par elles. Le 31 mai, son cadavre n'avait pas encore été retrouvé.

— Le *Moniteur de l'Armée* contient dans son dernier numéro une liste de cinquante-deux sous-officiers ou soldats infirmiers appartenant à l'armée d'Orient, qui viennent de recevoir la médaille militaire en récompense de leurs services.

— Le bureau de l'Association de prévoyance et de secours des médecins du Rhône est composé, pour 1856, de MM. Polinière, président; Rougier, vice-président; Diday, secrétaire général; Lacour, secrétaire adjoint; Pétrequin, trésorier.

— Un nouveau journal, l'*Emancipation médicale*, vient de paraître à Madrid.

— Dans l'article que nous avons publié sur la *visite des médicaments chez les médecins*, nous avions dit que la question n'avait pas encore été soulevée. Il paraît que nous nous étions trompé. Nous recevons une lettre de M. le docteur Alex. Mayer, dans laquelle il nous apprend qu'il a traité la même question dans la *Presse médicale* du 14 octobre 1854, et qu'il est arrivé aux mêmes conclusions que nous.

Nous nous empressons de faire droit à sa réclamation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Platanistc, de Cos (Archipel grec); *Essai sur les indications thérapeutiques déduites de la nature, du siége et des symptômes.*

Carrier, de Lyon (Rhône); *Essai sur la stupidité ou mélancolie avec stupeur.*

De Montesquiou; *Essai de zoognosie médicale, ou de la connaissance du règne animal et de ses produits appliqués à la matière médicale, à l'hygiène, à la physiologie et à la pathologie humaines.*

Gaudin, de Rochefort (Charente-Inférieure); *Du cancer de l'utérus.*

Lavessière, de Jussac (Cantal); *Des granulations et ulcérations du col de l'utérus.*

Diribarne, de Mongelos (Basses Pyrénées); *Essai sur l'aménorrhée.*

Nielly (du Havre); *Etude sur l'amputation; méthodes et procédés.*

Drummond de Menezes, de Madère (île portugaise); *De l'étiologie comme source de diagnostic médical.*

Lagardette, d'Avenas (Ardèche); *Considérations sur le tétanos.*

Frénoy, né à Remonville (Ardennes): *De la péritonite.*

Codet, né à Saint-Junien (Haute-Vienne); *Du traitement du varicocèle.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité d'hygiène navale ou de l'influence des conditions physiques et morales dans lesquelles l'homme de mer est appelé à vivre, et des moyens de conserver sa santé; par M. le docteur J.-B. Fonssagrives, chirurgien de première classe de la marine, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest. Un vol. in-8° de 800 pages. Prix: 10 fr. Illustré de 57 planches intercalées dans le texte. Chez J.-B. Baillière.

Lettres sur la rage humaine, par le Dr Bellenger. In-8° de 64 pages. Prix : 1 fr. 50 c. par la poste. — Dans toutes les librairies médicales.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 68. — MARDI 10 JUIN 1856. (29e ANNÉE.) N° 68. — MARDI 10 JUIN 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 ». Un an. 30 ».

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des-postes.

PARIS, LE 9 JUIN 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

Si l'embryogénie n'avait déjà par elle-même un intérêt des plus puissants pour tous ceux qui s'occupent de près ou de loin de la science de l'homme, elle en aurait encore pour les médecins en particulier, par ses rapports nombreux avec l'anatomie, la physiologie et la pathologie de nos organes, dont elle concourt à nous apprendre le rôle, les évolutions et l'importance respective, suivant les âges et les diverses conditions de la vie. Ce qu'elle ne nous apprend pas aujourd'hui d'ailleurs, elle peut nous l'apprendre demain. Nous ne saurions donc, nous médecins, rester étrangers aux progrès de cette branche intéressante de la science.

Dans de précédents mémoires sur les développements primitifs des animaux, M. Serres s'est attaché à procéder de la formation des organes à celle de l'embryon, et il a montré que ni l'embryon ni les organes n'étaient préformés dans l'œuf. Il a établi, au contraire, non-seulement que les animaux se formaient de toutes pièces des éléments constitutifs de l'œuf, mais encore que cette formation était assujettie à des règles fixes. Mais l'œuf lui-même, d'où vient-il, quelle est son origine et quel est son mode propre de formation? Les prémices de ce problème ont bien été posées par les premiers embryologistes, mais la solution en est encore à trouver. On sait, en effet, depuis Graaff, que le follicule qui porte son nom est l'organe formateur de l'œuf. La connaissance de ce fait capital a même jeté une vive lumière sur l'étude de la composition de l'œuf des diverses classes d'animaux, et a permis d'établir l'analogie de composition de l'œuf dans toute la série animale. Mais ce qu'on ne sait pas encore, ou ce qu'on ne sait que très-incomplétement, c'est l'ordre de formation et de succession des parties constituantes de l'œuf à l'époque où il est enclavé dans l'ovaire. C'est là le sujet d'études que s'est proposé M. Serres dans la note qu'il vient de lire à l'Académie.

On trouvera au compte rendu l'énoncé, sous forme de proposition, des résultats auxquels cette nouvelle étude a conduit le savant embryogéniste. Ces résultats, en confirmant leur point de départ, c'est-à-dire le rôle assigné à la follicule de Graaff, ce que M. Serres exprime plus explicitement en appelant celle-ci *vésicule ovigène*, éclairent les divers phénomènes et les diverses phases successives de la constitution des éléments fondamentaux de l'œuf dans les deux grandes divisions de la série animale.

Nous avons déjà publié plusieurs documents sur le typhus de Crimée; on a pu constater qu'ils concordaient entre eux sur la plupart des points, et qu'ils confirmaient la thèse que nous avons soutenue dès le principe sur la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde (1). Ce point, qui est encore l'objet de dissidences à l'École, nous paraît jugé et mis hors de doute par l'unanimité de témoignage des médecins de l'armée d'Orient. On en trouvera une nouvelle démonstration dans l'exposé rapide mais précis que M. Baudens a fait du typhus de Crimée, et dans le parallèle qu'il a tracé entre cette maladie et la fièvre typhoïde, dans la communication qu'il vient de faire sur ce sujet à l'Académie. On y trouvera en même temps un court aperçu sur les méthodes de traitement qui ont pu donner les meilleurs résultats. Ce n'est là du reste qu'un résumé très-sommaire d'un travail plus considérable que l'honorable inspecteur publiera sans doute plus tard.

Il nous reste, pour compléter le compte rendu de cette séance, à signaler une note de M. E. Gintrac fils (de Bordeaux) sur un spécimen curieux de monstruosité exencéphalique d'un genre nouveau. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Des sueurs de sang.

Les archives de la science renferment actuellement un nombre assez considérable d'observations particulières de sueurs de sang, pour qu'on soit autorisé à réunir en corps de doctrine les conséquences qui résultent de cette affection.

Les sueurs de sang, ou les *hématidroses*, sont des hémorrhagies dans lesquelles le sang est exhalé et déposé à la surface de la peau, par des parties plus ou moins étendues du corps, de la même manière que le fluide de la transpiration insensible s'y trouve déposé par gouttelettes, lorsque cette transpiration augmentée constitue la sueur. Les recherches anatomiques de plusieurs savants, et surtout celles de Prochaska, vérifiées et étendues par Breschet et M. Roussel de Vauzème, prouvent que la sueur est sécrétée par des cryptes spéciaux inhérents à la peau, à la surface de laquelle elle est déposée par des canaux excréteurs. Beaucoup de considérations déduites de l'observation clinique et de l'histoire de l'hématidrose elle-même confirment ce fait en établissant que l'exhalation sudorale augmente, décroît et se modifie isolément sans qu'aucune altération analogue survienne dans les autres parties constituantes de la peau, et notamment dans ses vaisseaux capillaires, que l'on considérait comme les organes exhalants.

(1) Nous saisissons cette occasion pour réparer une erreur involontaire que nous avons commise dans le temps. Lorsque nous avons rendu compte des recherches de M. Bally (de Marseille) sur le typhus, nous avons dit à tort que ces recherches avaient été faites dans les salles de l'hôpital militaire de cette ville; c'est sur des matelots ou sur des militaires logés en ville ou cantonnés dans les environs qu'ont porté les observations de M. Bally.

Toutes les observations des hématidroses qui auraient occupé la totalité ou la presque totalité de la surface tégumentaire, à commencer par l'histoire très-contestable de la maladie du roi de France Charles IX, ne sont ni assez précises, ni assez détaillées dans les circonstances qu'elles relatent, pour porter la conviction dans l'esprit. Les faits ont prouvé, relativement au siége de cette maladie, qu'il n'est point de partie du corps sur laquelle on ne l'ait observée, mais qu'elle n'occupe le plus souvent qu'une surface peu étendue de la peau; qu'elle se manifeste quelquefois simultanément sur plusieurs parties du corps, et que très-souvent elle affecte des lieux différents dans chacun de ses accès.

OBS. I. — Un homme de quarante-cinq ans, d'une taille ordinaire, ayant les cheveux blonds, le teint coloré, la peau blanche et fine, avait un tempérament sanguin et un caractère impétueux. Il avait eu de grands chagrins, et s'était livré pendant plusieurs années à des occupations incessantes. Après des veilles causées par un travail important et dans un moment où il éprouvait des affections de l'âme très-pénibles, cet homme s'abandonna sans modération aux plaisirs de l'amour pendant une partie de la nuit. Le lendemain il avait une grande agitation fébrile; il sentait de vives douleurs aux cuisses, aux aines, au pubis et particulièrement à la verge. Toutes ces parties étaient inondées de sang, qui coulait avec abondance des pores du gland.

Cette hémorrhagie se reproduisit tous les quinze à vingt jours au plus tard. En quarante-huit heures elle cédait aux moyens de traitement. La maladie dura ainsi vingt mois; seulement les trois dernières crises furent moins longues et la perte de sang moins considérable. La verge fut toujours la partie la plus affectée.

OBS. II. — Un jeune homme de vingt-huit ans, d'une constitution assez frêle, né de parents bien portants et vivant dans une sobriété habituelle, ne présentant d'ailleurs aucune trace de maladie, avait fait la veille un excès de vin, par suite duquel il avait vomi plusieurs fois, et avait passé presque toute la nuit dans l'ivresse. Le matin, sur les sept heures, il s'abandonna à un violent accès de colère. Quelques instants après il sentit une douleur obtuse avec prurit au côté gauche de la poitrine, vers l'aisselle. Il y porta la main, et fut étonné de la retirer teinte de sang. Il vint immédiatement à la consultation de l'hôpital. Nous constatâmes alors que du sang s'échappait par gouttelettes de la surface de la peau de l'aisselle gauche et du côté gauche externe du thorax, sur une hauteur et une largeur de cinq pouces environ. La peau, détergée par une lotion, était légèrement gonflée, d'un rose rouge, faiblement douloureuse à la pression; la chaleur y paraissait plus élevée que sur le reste des téguments. Les gouttelettes de sang se formaient lentement; elles étaient presque confluentes, et ne tardaient pas à se réunir pour s'écouler sur les parties adjacentes. Cette hémorrhagie dura presque toute la journée, tantôt plus, tantôt moins abondante, mais sans s'interrompre tout à fait. La quantité de sang que ce jeune homme perdit ainsi fut évaluée à 1,500 grammes. Une saignée du bras ne parut avoir que peu d'influence; il en fut de même des bains de pieds sinapisés, qui furent renouvelés plusieurs fois. Nous ne trouvâmes, du reste, aucune plénitude du pouls ni aucun dérangement des fonctions. Nous ne conseillâmes l'application d'aucun topique sur la partie d'où provenait le sang. Le lendemain, à part un sentiment général de faiblesse et une pâleur prononcée, cet homme était rétabli. La peau qui avait été le siége de l'hématidrose ne présentait aucune apparence de maladie.

OBS. III. — Une fille de vingt ans, d'une forte constitution, avait

---

HYGIÈNE PUBLIQUE.

LES CONSOMMATIONS DE PARIS (1).

La question des subsistances et des objets de consommation, comme celle de leur abondance et de leur prix d'achat, intéressent à la fois l'économiste et le médecin qui désirent se rendre compte des besoins de la population et des conditions fondamentales de la santé publique. C'est particulièrement pour le médecin hygiéniste une étude nécessaire sans laquelle il lui est impossible de comprendre le mouvement d'accroissement des populations, et la prolongation de la vie moyenne dans ses rapports avec les progrès réels de la diététique. Aussi le livre de M. Husson *Sur les consommations de Paris* pourra-t-il être consulté avec fruit par tous ceux qui s'occupent d'hygiène. Bien qu'il soit écrit tout particulièrement pour l'administration afin d'en éclairer les actes, la science y pourra trouver son profit, car il renferme sur la matière les plus curieux documents qui aient jamais été publiés. Ce n'est pas la première fois qu'on écrit sur ce sujet, mais c'est la première fois qu'on le fait d'une manière aussi complétement satisfaisante. Ainsi, en 1791, Lavoisier, par ordre de l'Assemblée nationale, a publié un court mémoire sur la population de Paris, sa richesse et ses consommations. Tessier en a fait autant dans un article de l'*Encyclopédie méthodique*, et M. Benoiston (de Châteauneuf) a repris la question dans un travail un peu plus étendu que celui de ses prédécesseurs. Malheureusement tous ces travaux reposent sur des bases étroites faute d'un nombre suffisant de documents officiels, et leurs conclusions s'en ressentent nécessairement. Il fallait, pour arriver à un résultat de quelque importance, réunir des renseignements nombreux et authentiques : c'est ce que M. Husson a pu faire en raison de sa haute position administrative, qui lui a permis de puiser à toutes les sources et dans tous les cartons administratifs.

Ce livre commence par une étude générale de la ville de Paris et du mouvement de sa population; il contient l'indication exacte de la quantité annuelle de chacun des objets principaux de la consommation et de leur prix de vente à diverses époques depuis un siècle.

1° Le pain, 2° la viande de boucherie, 3° la viande de porc, 4° les boissons, 5° la volaille et le gibier, 6° le poisson, 7° le lait et les fromages, 8° les œufs, 9° la pâtisserie, 10° les pâtes alimentaires, le riz, les fécules, 11° le sucre et les produits sucrés, 12° le café, le chocolat, le thé, 13° les fruits, 14° les légumes, 15° les condiments, 16° l'eau et la glace, 17° le tabac, sont passés en revue, et dans un résumé important ces consommations sont évaluées dans leur quantité, dans leur prix pour chacune des grandes villes de France et pour Paris. C'est un ensemble très-complet, surtout pour certains objets de consommation, tels que le pain, la viande de porc et de boucherie, le lait, les boissons, etc., et il semble que là le travail ne laisse plus rien à désirer.

Le chapitre relatif à la population est un des plus intéressants au point de vue de l'hygiène. En effet, dans le mouvement de la population qui résulte du nombre des naissances, des mariages et des décès, on voit que dans la période de 100 ans qui vient de finir à 1850, chaque dénombrement fait de 10 en 10 ans constate une légère diminution du nombre des naissances, tandis qu'au contraire il y a augmentation du nombre des mariages relativement à la population. Il semble que les difficultés de la vie parisienne et l'augmentation du prix des subsistances aient imposé aux chefs de famille la nécessité de limiter leur postérité d'après leurs moyens d'existence.

C'est là un des faits les plus curieux de la statistique des temps modernes, et qui doit être pris en sérieuse considération, car il exprime un malaise profond de la société civile, malaise qui amoindrit la prospérité du pays, et qui se traduira tôt ou tard par une crise sociale.

Toutefois, à côté de cette diminution des naissances, il y a un autre fait qui est plus à l'avantage de la société et qui atteste un progrès réel dans la moralité publique, c'est, d'une part, l'augmentation du nombre des mariages, et, de l'autre, l'augmentation de la proportion du nombre des enfants naturels reconnus par leurs parents. Ainsi, au commencement du siècle, il n'y avait qu'un enfant reconnu sur 11, tandis qu'à présent il y en a en moyenne 1 sur 4. Il y a cent ans, on comptait 1 mariage sur 131,06 habitants, et maintenant il y en a 1 sur 110,40.

Le chiffre de la mortalité seul n'a pas beaucoup changé, il est un peu plus faible aujourd'hui qu'autrefois; mais comme en même temps il y a excédant croissant de la population sur les naissances, il en résulte une augmentation assez notable de la durée moyenne de la vie

(1) Un vol. in-8°. Chez Guillaumin, libraire, rue Richelieu, 14. Prix : 6 fr.

des règles abondantes depuis l'âge de dix-huit ans, lorsqu'elle éprouva une pneumonie intense dont elle fut bien guérie.

A partir de ce moment-là, les époques menstruelles parurent irrégulièrement, et furent tantôt très-abondantes, tantôt presque nulles. S'étant exposée à une vive chaleur, en plein mois de juillet, elle fut prise dans la nuit suivante d'une douleur, avec chaleur vive à la peau, de toute la mamelle gauche et de la partie supérieure du thorax de ce côté jusqu'à la clavicule.

Le matin, nous constatâmes que cette partie des téguments était le siége d'une rougeur peu intense, mais d'une tuméfaction évidente. La pression faisait pâlir la rougeur et produisait plus de souffrance. La malade éprouvait, du reste, un état de malaise général considérable et une grande pesanteur de tête. Une saignée du bras fut immédiatement pratiquée. Les phénomènes morbides disparurent la nuit suivante après une sueur assez abondante, qui succéda à plusieurs heures d'agitation.

Il ne se manifesta aucun accident pendant deux mois; mais alors, après un mouvement de colère éprouvé par cette fille au moment de ses règles, un semblable accident se reproduisit. Ce fut sur la peau de toute la joue droite et du côté gauche du cou que porta le nouvel accès. Nous eûmes recours à une application de sangsues à la vulve, car les règles avaient presque été supprimées. Deux jours après, il ne restait plus de vestige de cet accident.

Après trois mois de bonne santé, la maladie revint par suite des fatigues d'un bal, quoique le flux périodique eût assez abondamment coulé huit jours auparavant. La peau de tout le côté droit de la face, depuis la racine des cheveux jusqu'au bord du menton, était le siége d'une vive rougeur; en outre, elle était tuméfiée et pâlissait sous la pression, pour reprendre immédiatement sa teinte. Cette rougeur s'étendait à la conjonctive de l'œil droit et sur toute la muqueuse nasale apparente de ce côté. La céphalalgie était intense, le pouls large et plein; la malade avait de l'anorexie et beaucoup de malaise. Nous conseillâmes une saignée du pied; mais quelques instants après que nous eûmes quitté cette fille, nous fûmes rappelé en hâte auprès d'elle, parce qu'une épistaxis abondante venait de se manifester. Nous vîmes en effet le sang couler avec une extrême abondance de la narine droite et de la peau qui revêt le bord de l'orifice de la narine sur tout son pourtour, de la peau du lobule droit du nez et du fond du sillon qui sépare ce lobule de la peau de la joue. Cette hémorrhagie persista avec une grande abondance pendant une demi-heure; elle diminua ensuite beaucoup, pour ne cesser qu'au bout de trois heures. A mesure que le sang coulait la face pâlissait. Le soir, tout avait disparu.

Quelques semaines après, un nouvel accident de même nature survint, mais ce fut seulement sur la peau des paupières et sur la conjonctive de l'œil droit qu'il se manifesta. Il ne fut pas nécessaire de pratiquer de saignées, et il n'y eut pas d'hémorrhagie. Cette fille se maria; quelque temps après, elle devint grosse; il fallut lui ouvrir la veine plusieurs fois pendant la gestation; mais elle a été débarrassée de tous ces accidents, qui ne se sont plus du tout reproduits.

La maladie, chez le sujet de cette observation, ne dépassa qu'une seule fois l'état d'hypérémie de la peau, et, cette fois, il y a eu une véritable hématidrose de la peau du nez et de la muqueuse nasale.

Obs. IV. — Une femme de quarante-six ans, très-forte et exempte de maladie, fort bien réglée, reçut, à l'âge de vingt-huit ans, un coup de pied d'un bœuf sur l'épigastre. Elle tomba sans connaissance, et vomit bientôt après une grande quantité de sang. Cette hématémèse se reproduisit par intervalles, et quelques moyens que l'on opposât à sa manifestation, elle dura pendant quinze ans, sans que le flux menstruel se dérangeât. Un médecin administra alors des astringents. Les vomissements de sang se supprimèrent en partie; le sang se fit alors jour par l'exhalation cutanée. Tous les jours il survenait une sueur de sang sur quelques parties du corps; il n'est aucune région des téguments externes qui n'ait été à son tour le siége de cette hémorrhagie: le devant de la poitrine, le dos, les cuisses, les jambes, les pieds, les extrémités des doigts. Les règles n'ont cependant jamais été dérangées. Si ces hémorrhagies cessaient, cette femme perdait l'appétit, elle devenait oppressée, elle avait des malaises, et elle était obligée de garder le lit. Ces symptômes allaient en augmentant d'intensité pendant quelques jours. Mais bientôt le prurit sur une partie quelconque du corps annonçait qu'elle allait devenir le siége de l'hémorrhagie; le sang paraissait, et les accidents cessaient immédiatement. Cette femme avait quarante-six ans quand M. le docteur B... (car c'est de ce confrère que nous tenons l'observation que nous rapportons ici) lui a donné des soins; elle n'était plus réglée depuis deux ans, et cependant la suppression des menstrues n'avait apporté aucun changement à la sueur de sang, qui survenait en même quantité. C'était le cuir chevelu et le dessus du menton, d'un angle de la mâchoire à l'autre, qui fournissaient du sang. Deux fois par jour, à des heures indéterminées, cette femme sentait un prurit et de la chaleur; la peau se gonflait légèrement, le sang sortait par les pores et coulait à grosses gouttes. En promenant un peu le doigt sur la peau tuméfiée, on favorisait et on accélérait la sortie du sang; il avait la couleur vermeille du liquide artériel. Après l'hémorrhagie on lavait la peau, et elle ne différait plus en rien de celle du reste du corps. Cette femme habituellement mangeait peu.

Le fait qui précède est un exemple remarquable d'une hémorrhagie par cause externe qui s'est reproduite pendant plusieurs années, et a enfin introduit dans l'économie une habitude de perte sanguine qui a duré presque toute la vie, et à laquelle se trouvait liée la conservation de la santé du sujet, puisque la suspension de l'hémorrhagie était immédiatement suivie d'un état de maladie, qui ne cessait que par le rétablissement de l'exhalation cutanée. Les hématidroses ont continué à se reproduire par intervalles plus ou moins éloignés, malgré la persistance et la régularité du flux menstruel, et même après la suppression définitive normale de ce flux, sans exercer sur lui aucune influence. La sueur de sang a paru sur différents points de la peau; elle était précédée et accompagnée d'une hypérémie locale, caractérisée par la chaleur, la tuméfaction et même la douleur à la pression de la partie du derme sur laquelle le sang suintait. L'extravasation du sang jugeait cette hypérémie, et il ne restait ensuite aucune trace de maladie.

En général, l'hématidrose se déclare sur les parties dont la peau est très-mince et où la sueur survient très-facilement. Ainsi on l'a souvent observée sur les racines et sur les côtés des ongles, aux aisselles, au cou, aux bords du nez, sur la peau de la surface interne des cuisses ou des bras, etc.

Si du siége et de l'étendue de la maladie nous passons à ses symptômes, nous remarquons que l'hypérémie cutanée précède ordinairement l'hémorrhagie de quelques heures, d'une journée au plus. Le sang commence alors à suinter en gouttelettes plus ou moins serrées, plus ou moins volumineuses sur la partie où se sont fixés les phénomènes indiqués. Tantôt les gouttelettes de sang ne surgissent que très-lentement, et ne sont formées que de sérosité mêlée à une petite quantité de matière colorante; tantôt elles se succèdent rapidement et se réunissent au point que le sang ruisselle sur la peau; il a la densité et l'aspect du sang le plus riche en fibrine et en matière colorante.

A mesure que l'hémorrhagie s'accomplit, les phénomènes d'hypérémie de la peau diminuent, ainsi que les symptômes morbides généraux qui existent souvent aussi dans ces cas. Bientôt il n'en reste plus de trace, et la quantité de sang qui transsude à la surface de la peau devient de moins en moins considérable. Il est rare que tout ne soit pas terminé en quelques heures.

L'hématidrose n'est souvent pas le premier état morbide hémorrhagique qui se manifeste; le plus ordinairement on l'observe après d'autres hémorrhagies ou congestions hémorrhagiques qui ont affecté d'autres parties, et qui se sont renouvelées plusieurs fois à des intervalles plus ou moins fixes.

L'hématidrose termine quelquefois, ou plutôt remplace la production de ces hémorrhagies. D'autres fois la sueur de sang n'est qu'une forme hémorrhagique qui vient se joindre aux autres. Aussi, comme toutes les hémorrhagies qui se lient à une pléthore sanguine qui se reproduit d'autant plus vite qu'elle s'est renouvelée un plus grand nombre de fois, cette maladie revient-elle presque toujours à des intervalles plus ou moins irréguliers et par les causes les plus variables.

La sueur de sang, envisagée dans une seule attaque et dans toutes ses périodes sur une partie de la peau, c'est-à-dire depuis les premiers phénomènes de l'hypérémie jusqu'à la cessation de l'exhalation sanguine, est une maladie aiguë; mais si on la considère, ainsi qu'elle se présente et le plus souvent, comme composée de toutes les attaques d'hémorrhagies qui se renouvellent à des intervalles plus ou moins rapprochés, tantôt sur une partie, tantôt sur une autre, c'est évidemment une maladie chronique dont on ne peut guère exactement assigner la durée, puisqu'elle peut ne pas dépasser quelques années, et qu'elle se prolonge quelquefois durant la vie presque entière. Les modifications qui se produisent naturellement par les progrès de l'âge, ou accidentellement par des causes accessoires, dans l'ensemble des fonctions, et surtout dans les fonctions de la circulation et de l'hématose, limitent et modifient ordinairement cette habitude d'hémorrhagie, comme elles peuvent la faire naître et la laisser persister.

(La fin à un prochain numéro.)

(La fin à un prochain numéro.)

CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE L'UNIVERSITÉ DE PALERME.

Compte rendu des années 1851 à 1855.

A peine fondée en 1837, la clinique obstétricale de Palerme a été d'abord confondue avec les autres enseignements de chirurgie. C'est seulement en 1845 qu'on institua une chaire de clinique d'accouchements. Le professeur Salemi, d'abord chargé de cet enseignement, mourut en 1849, et M. Pantaleo, professeur actuel, passa de la chaire de chirurgie, qu'il occupait déjà, à celle d'obstétrique.

M. Pantaleo, comme le démontre le compte rendu de son adjoint M. le docteur Piazza, et dont nous faisons ici l'analyse, a su tirer parti du nombre encore un peu modeste de ses malades, et a prouvé que ce n'est pas dans le grand nombre des faits, mais dans ceux qu'on observe *bien*, que consiste le véritable enseignement.

La période des années scolaires de 1851 à 1855 compte 447 accouchements, y compris les avortements (24).

Pour ce qui concerne les cas où l'art n'a pas eu à intervenir, nous ne pouvons mieux parler que les chiffres indiqués dans les tableaux suivants :

Fréquence relative des diverses positions.

Extrémité céphalique.	Vertex	Occipito-iliaque gauche	Antérieure.	295	406
			Postérieure.	4	
		Occipito-iliaque droite	Postérieure.	93	
			Antérieure.	11	
	Face	Mento-iliaque droite	Postérieure.	3	
Extrémité pelvienne.	Sacro-iliaque gauche antérieure.			7	12
	Sacro-iliaque droite postérieure.			3	
	Sacro-iliaque droite antérieure.			2	
Tronc.	Epaule droite.	Céphalo-iliaque gauche.		5	11
		Céphalo-iliaque droite.		2	
	Epaule gauche.	Céphalo-iliaque droite.		3	
		Céphalo-iliaque gauche.		1	

DURÉE DU TRAVAIL.	NOMBRE DES FEMMES.		
	TOTAL.	PRIMIPARES.	MÈRES.
De 0 à 4 heures.	125	16	109
De 4 à 8 »	99	21	78
De 8 à 12 »	78	24	54
De 12 à 16 »	47	20	27
De 16 à 20 »	33	14	19
De 20 à 24 »	12	5	7
De 24 à 28 »	3	2	1
De 28 à 32 »	0	0	0
De 32 à 36 »	1	1	0
De 36 à 40 »	0	0	0
De 40 à 44 »	1	1	0
De 44 à 48 »	1	1	0
Totaux.	400	105	295

DEPUIS LA PARTURITION JUSQU'A L'EXTRACTION DES SECONDINES.	NOMBRE DES CAS
De 0 à 5 minutes.	35
De 5 à 10 »	90
De 10 à 15 »	130
De 15 à 20 »	62
De 20 à 25 »	28
De 25 à 30 »	22
De 30 à 40 »	17
De 40 à 50 »	10
De 50 à 1 heure.	5
De 1 h. à 1 » 1/4.	1
	400

Répartition des accouchements pendant les huit mois de l'année scolaire.

De 1851 à 1855, sur un nombre total de 421 accouchements,

humaine. Elle était, de 1817 à 1824, de 34,8; de 1817 à 1832, de 34,2, et de 1845 à 1852, elle a été de 36,7. C'est là un résultat qui ne s'explique que par les améliorations introduites dans l'hygiène et dans le régime alimentaire des populations.

Après avoir étudié la population en général, M. Husson la considère en particulier par catégories d'état civil, d'âge, d'origine, de culte, de profession et d'industrie; dans la portion indigente, hospitalière, relativement aux malades, aux vieillards et aux incurables, aux enfants trouvés et abandonnés, aux aliénés, etc.; dans la portion qui forme le personnel des prisons, des hôtels, des écoles primaires et des établissements d'instruction supérieure; dans la partie militaire, etc.

A ce sujet nous trouvons des faits très-curieux, relatifs au nombre des malades dans les hôpitaux, à la durée de leur séjour et à leur mortalité. Depuis que dans les établissements hospitaliers l'administration a pris un plus grand souci de la dignité humaine, et que, plus dociles aux injonctions de la science, elle a bien voulu améliorer la situation matérielle et morale des malades, il y a eu chez les indigents moins de répugnance pour se présenter à l'hôpital, et ce nom ayant cessé d'être *un effroi*, ils y sont venus en foule. Le nombre des malades a donc augmenté; mais ce qui atteste les progrès de l'hygiène et de la science médicale à Paris, c'est la diminution notable de la durée moyenne du séjour à l'hôpital et de la mortalité. De 1805 à 1814, la durée moyenne du séjour était de 35 jours; elle est aujourd'hui, de 1845 à 1853, tombée à 23. De même pour la mortalité, qui à cette première époque était de 1 sur 5, et qui n'est plus que de 1 sur 9 dans la seconde, où se trouve cependant une double épidémie de choléra et de fièvre typhoïde dans les années 1849 et 1853. A cette occasion, M. Husson parle du traitement des malades à domicile, nouveau système qu'on voudrait généraliser afin de désemplir les hôpitaux, et il ne l'approuve qu'avec certaines réserves. Il a raison. Malheureusement ce n'est pas de cette manière que le projet se présente, c'est sans réserves et d'une façon *systématique*. Or, en tant que système, il n'y en a pas de plus déplorable et de plus ruineux à la fois pour l'administration. Prétendre soigner à domicile les maladies aiguës et les maladies chroniques, c'est ignorer tout ce qu'exigent de soins intelligents les malades auxquels il faut donner souvent à boire et administrer des remèdes, qu'il faut changer de place, de linge et de draps, nettoyer plus ou moins souvent, nourrir au besoin, veiller continuellement pour les secourir à propos et d'une façon éclairée; d'autre part, c'est, comme dépense, une augmentation énorme sans aucune compensation par les résultats obtenus. Qu'on traite exceptionnellement à domicile les maladies chroniques incurables et les vieillards, à la bonne heure; mais des maladies aiguës, la chose est impossible, et il faut être étranger à la science pour y avoir jamais songé. Comment traiter, par exemple, une fièvre typhoïde chez un indigent placé dans une chambre étroite, mal chauffée, mal aérée, sur un mauvais lit, à peine couvert et sans draps? Je l'ai essayé. L'administration fournissait du bois en cotret, mais jamais assez pour faire un feu continuel; une paire de draps, mais il en aurait fallu six par jour et davantage, tant les évacuations étaient abondantes; un gilet de laine, une chemise, mais sans renouvellement possible; de la tisane et des remèdes, dont personne ne surveillait l'usage : de sorte que, insuffisance dans les moyens de secours, inintelligence dans leur emploi, gaspillage des choses prêtées, délaissement des malades éparpillés dans les maisons aux étages les plus élevés, voilà le traitement des maladies aiguës à domicile. C'est la chose la plus déplorable que je connaisse en ce genre, et une dépense énorme relativement aux résultats produits venant couronner cette œuvre stérile, puisque souvent, après un traitement suivi depuis plusieurs jours, les malades finissent par se faire transporter à l'hôpital. L'idée est bonne sans doute, et dictée par un pur sentiment de charité; mais que de bonnes pensées impraticables! Celle-ci est du nombre, on a voulu la mettre en pratique, et elle sera certainement condamnée par elle. Il n'en restera que ce qu'elle renferme de plus facile à exécuter, c'est-à-dire le traitement à domicile des maladies chroniques; mais pour les maladies aiguës, le traitement en commun, dans un hôpital, est ce qu'il y a de moins dispendieux et de plus commode pour soulager le grand nombre de ceux que frappe la maladie.

C'est quelque chose de bien curieux à parcourir que le tableau des consommations de l'habitant de Paris, évaluées dans leur totalité, dans leur quantité moyenne personnelle par an et par jour, et dans la masse d'argent qu'elles mettent en circulation.

La population parisienne, prise collectivement, consomme chaque année en moyenne :

730,504,195 kilogrammes d'aliments solides;

dont 413 simples et 8 gémellaires, il y en a eu 24 en novembre, 38 en décembre, 64 en janvier, 57 en février, 62 en mars, 75 en avril, 58 en mai et 43 en juin.

Répartition des naissances par sexes et celle des présentations pour les mêmes années.

Sur un total de 429 naissances, 408 enfants sont venus au monde vivants, dont 206 garçons et 202 filles; 21 sont venus morts, dont 15 garçons et 6 filles.

Quant à la présentation, ces 429 accouchements se répartissent comme il suit :

Extrémité céphalique, 406, dont 217 par le vertex; 3 par la face; extrémité pelvienne, 12; tronc, 11.

Une des choses qui nous frappe à la vue de ces tableaux, c'est que, de 400 accouchements à terme, plus d'un quart (125) aient offert au maximum quatre heures de travail. Nous voyons aussi dans 400 cas la présentation du sommet, c'est-à-dire que dans l'immense majorité l'accouchement a été prompt, peu douloureux et sans accidents. Pour tout dire, en un mot, il a été physiologique pour la mère et pour l'enfant.

M. Piazza décrit en détail les cas qui ont offert quelque chose de particulier. Ainsi, il y a eu 11 présentations du tronc, ce qui ferait 1 sur 39. Cette proportion est énorme; et, comme toutes choses égales d'ailleurs, les présentations du tronc sont plus fréquentes dans les bassins viciés que dans ceux qui sont bien conformés, il y aurait un trop grand contraste avec la fréquence des accouchements physiologiques que nous venons de constater. Autant que la vraisemblance paraît nous le démontrer, il est probable que les accouchements très-laborieux ont été relativement plus fréquents parce qu'on n'a eu recours qu'en dernier lieu à l'habileté de M. Pantaleo. Dans un de ces cas il y a eu évolution spontanée du fœtus; en voici le résumé :

Obs. — Anne V..., primipare, âgée de dix-sept ans, d'une bonne constitution, touchait au septième mois de sa grossesse lorsque le travail commença à se déclarer. Après la rupture des membranes, il y eut sortie du bras. Trois jours s'écoulèrent sans qu'on appelât de chirurgien. Lorsque celui-ci arriva auprès de la malade, il tenta en vain de faire la version. Conduite à la clinique, elle fut examinée par M. Pantaleo, qui reconnut une présentation de l'épaule droite en position occipito-iliaque gauche; mais la matrice, contractée d'une manière permanente sur le fœtus, rendait la version impossible. Dans l'intention de faciliter l'opération, le professeur ordonna un bain prolongé et une potion calmante, et au bout d'une heure les contractions, qui étaient suspendues, reprennent avec force. Il y a alors engagement de la jambe droite, puis de la hanche du même côté, de sorte que l'accouchement s'achève comme dans une présentation de siége.

M. Piazza fait remarquer avec raison que la bonne conformation de la femme, quoique primipare, la mort et le ramollissement d'un fœtus de sept mois devaient favoriser l'évolution, et cependant la nature ne l'a opéré qu'après trois jours d'efforts considérables. Tirant de ce fait beaucoup de sages conclusions, M. Pantaleo est arrivé entre autres à ce principe, qu'on ne saurait trop vulgariser : « Il est intéressant de chercher à reconnaître la présentation avant la rupture des membranes pour tenter la version céphalique, etc. »

Dans tous les autres cas de présentation du tronc, la version a été opérée avec succès. Un seul enfant est né mort, un autre est mort vingt-six heures après la naissance. Des femmes opérées, deux seulement sont mortes de la métro-péritonite puerpérale qui régnait alors dans les salles.

Il y a eu trois accouchements avec présentation de la face, et ils ont été heureux pour la mère et pour l'enfant.

Le professeur Pantaleo ayant eu dans son service deux vices de conformation du bassin, en a fait l'étude la plus approfondie. Il a mis à contribution les moyens de mensuration les plus précis que possède la science, et a porté un jugement judicieux sur l'importance un peu exagérée qu'on a donnée à l'instrument de Van Huevel. Cet examen lui a permis de reconnaître à un bassin oblique les dimensions suffisantes pour permettre l'accouchement spontané, ce qui a eu lieu. Dans un autre cas de bassin oblique, la femme, du reste, étant arrivée moribonde, il n'a pas cru devoir intervenir. La mensuration du bassin, dont le compte rendu porte la figure, portait 7 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur et 11 dans le plus grand diamètre oblique.

Le compte rendu rapporte deux cas de dystocie par cause d'hydrocéphalie, avec présentation de l'extrémité pelvienne. Dans un de ces cas, des tractions sur le tronc et une application de forceps avaient été déjà pratiquées sans succès. M. Pantaleo, après avoir introduit la main droite dans la concavité du sacrum pour la cramponner sur les anfractuosités de la face et avoir poussé l'occiput en haut avec la main gauche, a imprimé à la tête un mouvement de flexion qui a permis de l'extraire sans avoir besoin de pratiquer la ponction. Dans le second cas, le professeur s'étant assuré du diagnostic par l'introduction de la main dans l'utérus, a pratiqué la ponction avec un trocart; mais le liquide ne sortant pas, malgré les tractions, il a dû s'aider d'une branche de forceps en guise de compresseur et de levier, ce qui a été couronné de succès.

Dans un cas assez curieux de tumeur développée sur la région fessière du fœtus, on a cru un instant à l'impossibilité de l'accouchement, malgré la sortie complète du tronc; lorsque M. Pantaleo a introduit la main dans l'utérus, et, ayant poussé la tumeur d'arrière en avant, a pu la faire sortir au dehors. Il s'agissait d'un kyste ayant 23 centimètres 1/2 dans son grand diamètre et 18 dans le petit, et qui ne communiquait ni avec le canal vertébral, ni avec l'abdomen, ni avec le rectum.

Ce compte rendu rapporte deux cas d'inertie utérine ou plutôt de suspension des contractions, treize heures après la rupture des membranes dans un cas et quarante-huit heures après un travail pénible dans l'autre. L'administration du seigle a suffi pour faire effectuer l'accouchement dans le premier cas, et il a été insuffisant chez l'autre, de sorte qu'il a fallu en venir à une application de forceps.

L'hémorrhagie a été observée 24 fois dans les six premiers mois de la grossesse, et toujours pour des avortements opérés ou menaçants. Dans trois cas cependant, on a pu arrêter cet écoulement et conjurer l'avortement. Une seule des 24 femmes est morte avec des symptômes de *fièvre putride*. L'hémorrhagie, dans les trois derniers mois de la grossesse, s'est montrée trois fois d'une manière imminente. Le professeur a décollé le placenta lorsqu'il était inséré sur le col, et, après avoir rompu les membranes, il a arrêté l'hémorrhagie en opérant aussitôt la version. Trois cas d'hémorrhagie ont eu lieu entre la sortie du fœtus et la délivrance, et l'écoulement a été arrêté par l'extraction du placenta.

Un cas assez intéressant de séjour prolongé de délivre dans l'utérus s'est présenté à M. Pantaleo.

Obs. — Il s'agit d'une femme dont l'utérus était resté si gros après l'accouchement, que l'accoucheuse qui l'assistait ne crut pas devoir tirer sur le cordon dans la crainte qu'il n'y eût un second enfant. Huit jours s'étaient déjà écoulés lorsque la femme entra à la clinique, et M. Pantaleo introduisant la main dans l'utérus, fit l'extraction d'un placenta à moitié putréfié.

Le dernier article de ce compte rendu est consacré à la métro-péritonite puerpérale; non à celle qui se manifeste d'une manière franche et dont on se rend maître par les antiphlogistiques, comme l'a fait deux fois M. Pantaleo, mais de la métro-péritonite puerpérale à forme épidémique.

Cet *état typhoïque* des femmes en couches dont les lésions anatomiques sont secondaires ou peu proportionnées à l'état général, et qui a été connu dans la science sous les noms de métastase laiteuse ou lochiale, de fièvre puerpérale, de fièvre putride ou maligne des femmes en couches, de phlébite, de métro-péritonite, etc., mais qui en réalité *n'est qu'un empoisonnement résultat de l'absorption de matières délétères provenant autant de l'air environnant que des substances contenues dans la cavité utérine ou d'une autre partie qui est en voie de suppuration.* Cette maladie est l'accident le plus grave des femmes en couches, soit parce qu'*elle peut prendre le caractère infectieux et agir à distance par ses émanations délétères, comme les maladies dites épidémiques*, soit parce qu'une fois bien déclarée chez une femme, il est difficile de l'en guérir.

Nous félicitons M. Pantaleo de s'être arrêté sérieusement aux deux épidémies qu'il a eues dans sa clinique, et son compte rendu mérite de figurer au nombre des documents qui peuvent servir à faire l'histoire générale de cette terrible maladie.

Les premiers cas de métro-péritonite se sont manifestés le 15 janvier, et les derniers le 26 mars 1854. Pendant ce temps il y a eu 63 accouchements, dont 25 furent suivis de la maladie. Sur ce nombre, il y a eu 8 cas de mort et 17 de guérison. Dans deux de ces cas seulement on avait opéré la version; les autres avaient été des accouchements spontanés.

L'invasion de la maladie avait lieu du deuxième au quatrième jour après l'accouchement, par des horripilations; sensibilité plus ou moins marquée à l'hypogastre, approchant quelquefois de la sensibilité qui accompagne la péritonite inflammatoire; nausées, vomissements, constipation ou diarrhée; langue d'abord pâteuse, puis allant presque jusqu'à la couleur noire; soif excessive, pouls petit et concentré, ventre météorisé; physionomie d'abord animée ou contractée, puis stupide; les yeux hagards, les pupilles dilatées; prostration ou agitation variloques, etc. La mort arrivait dans le coma, oscillant entre les extrêmes de quatre à vingt-huit jours après l'invasion. Les cas heureux ont commencé à s'améliorer après le septième jour.

L'autopsie a révélé les traces d'une inflammation utéro-péritonéale, mais qui n'était pas en rapport avec les symptômes, ni en rapport surtout avec la mort.

Les antiphlogistiques au début, puis les antimoniaux, les mercuriaux, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, et enfin les toniques et les *nervins* furent les médicaments qui donnèrent les meilleurs résultats.

Après avoir cherché la cause de cette maladie dans les conditions hygiéniques où se trouvaient les femmes avant et pendant l'épidémie, M. Pantaleo s'est sagement entouré de l'avis de tous les professeurs de l'Université et des médecins de l'hôpital, et d'un commun accord on a pris toutes les dispositions hygiéniques qu'on a cru nécessaires pour arrêter le fléau. La maladie s'est arrêtée, en effet; mais l'année suivante, aux mêmes époques, la métro-péritonite puerpérale a reparu, et malgré les soins hygiéniques les plus sagement employés il y a eu huit femmes atteintes, dont trois ont succombé. M. Pantaleo, du reste, se propose de faire de nouvelles recherches à cet égard.

L'analyse succincte que nous venons de faire du compte rendu de la clinique de Palerme démontre qu'il y a dans le professeur qui la dirige beaucoup de savoir, de jugement et de zèle; toutes les qualités, en un mot, qui peuvent donner à cette chaire les plus belles espérances. On ne saura jamais trop encourager cette clinique et celui qui la dirige, car tout ce qu'on fera sera largement justifié, nous en sommes sûr, par les progrès que nous serons heureux de signaler dans des rapports ultérieurs.

L'exécution des nouveaux statuts de cette clinique, qui sont publiés dans ce compte rendu, prouve l'impulsion qui a été donnée par le professeur actuel, et promettent des résultats de plus en plus encourageants. Les personnes éclairées dont ce professeur est entouré, et desquelles il ne faut pas exclure M. le docteur Piazza, ne laisseront pas passer sans l'enregistrer tout ce qui peut être de quelque instruction pour les élèves et pour la science elle-même.

A. Mattei, D.-M.-P.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 juin 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy St-Hilaire.

Embryogénie. — M. Serres lit un travail intitulé *Note sur les développements primitifs. Formation de l'œuf. Vésicule ovigène et germinative. Condition primordiale de la duplicité monstrueuse.*

Voici en quels termes l'auteur résume les résultats de ses recherches sur ces divers points :

1° L'œuf est le produit de la vésicule ovigène;

263,977,738 litres d'aliments liquides;
32,484,970 hectolitres d'eau pour les usages domestiques;
1,604,601 kilogrammes de tabacs de toute espèce.

La ration moyenne de chaque habitant est :

En substances solides.	702 kil. 825 par an;	1 kil. 925 par jour;
En substances liquides.	25 litres 45 —	0 litr. 688 —
En eau.	3,055 litres —	8 litr. 370 —
En tabac.	3 kil. 820 —	0 kil. 010 —

Dans cette quantité, la consommation de pain est en moyenne de 180 kilogr. 168 gr. par tête et par an, soit 494 grammes par tête et par jour. Celle de la viande de boucherie est de 62 kilogr. et demi par an, soit 171 grammes par jour, et ainsi de suite pour tous les objets de consommation.

Malheureusement, il y a là un petit abus de la statistique, qu'il ne faut pas attribuer à M. Husson, mais à la méthode elle-même. Il n'y a qu'un seul procédé à employer pour savoir ce qu'un habitant de Paris mange et dépense annuellement et par jour, c'est, comme l'a fait M. Husson, de prendre la masse consommée et dépensée, de la diviser par le nombre de têtes qui mangent et qui payent, pour savoir la part de chacun. Mais si les résultats sont mathématiquement vrais, et conduisent à une moyenne exacte, cette moyenne est fausse comme toutes les moyennes, et elle ne peut ou ne doit conduire à rien; il n'y a pas un habitant qui mange la moyenne de pain, de viande et de confitures que lui attribue la statistique nouvelle, et il serait trop heureux pour tout le monde que la moyenne du prix de dépense de chacun dise vrai, car on se ferait un beau revenu sur les économies de sa table. En effet, la statistique dit que chaque habitant dépense en moyenne 62 fr. 5 c. de pain par an, ce qui fait 17 centimes par jour; 59 fr. 53 c. de viande par an, et 16 centimes quotidiennement; 139 fr. 27 c. de vin par an, ou 37 centimes par jour, et ainsi de suite pour tous les objets de consommation. C'est là un maigre régime, dont s'accommoderaient bien peu d'estomacs.

Décidément, l'on a bien raison de dire que les chiffres sont des menteurs. Je connais plus d'une bourse qui donnera un fameux démenti à la statistique que je viens de citer. Et cependant son exactitude ne saurait être mise en doute. Pourquoi, en sa qualité d'administrateur, M. Husson ne peut-il donner à ses chiffres, très-vrais, *force de loi*, et faire que chacun puisse vivre à si peu de frais? Quelle ovation, ou plutôt quel triomphe ne mériterait pas son auteur!

Nous n'en sommes malheureusement pas là, et M. Husson n'aura que la gloire d'avoir fait connaître en 1856, pour notre temps, ce que Lavoisier a indiqué pour 1788. Aujourd'hui, notre consommation moyenne coûte 480 fr. 57 c. par an, et 1 fr. 32 c. par jour, tandis qu'elle était de 416 fr. 65 c. pour l'année en 1788. Malheureusement Lavoisier, qui a donné ce dernier chiffre, y a introduit quelques éléments erronés, et, en reprenant cette comparaison pour les objets suivants de la consommation habituelle, on verra la différence qui sépare les deux époques.

	1788	1854
Pain.	34,33	62,05
Viande de boucherie et porc.	67,50	77,22
Vin.	54,17	78,63
Bière et cidre.	2,20	4,35
Eau-de-vie.	4 »	14,28
Poisson.	10,17	14 »
Beurre.	8,83	25,53
Fromage.	4 »	6,95
Œufs.	5,83	8,61
Fruits et légumes.	20,83	86,71
Vinaigre.	67	63
	204,53	378,96

Je n'étendrai pas davantage cette analyse, consacrée à faire connaître un ouvrage dont l'intérêt est commandé par le titre et par la manière dont il a été exécuté. Attrayant malgré l'aridité des chiffres qu'il renferme, il se fait lire avec plaisir, et c'est un grand avantage pour un livre que de charmer ceux qu'il instruit. L'administration surtout, trouvera dans cet ouvrage des documents authentiques qui pourront lui être fort utiles, et qui serviront de point de départ et de base à des recherches ultérieures et aux améliorations de bien-être qu'on voudra tenter en faveur des populations laborieuses.

E. Bouchut.

2° La vésicule germinative es la première partie de l'œuf qui se développe ;

3° Puis, autour de la vésicule germinative, apparaissent, en premier lieu, le cumulus prolifère, et, en second lieu, le vitellus et sa membrane propre ;

4° Chez les vertébrés, l'œuf se détache de la vésicule ovigène, et il se développe, ainsi que l'embryon, en dehors de l'influence de cette vésicule ;

5° Chez les invertébrés, au contraire, la vésicule ovigène reste inhérente à l'œuf, et elle prend part à son développement ainsi qu'à celui de l'embryon ;

6° De la présence ou de l'absence de la vésicule ovigène dans la composition de l'œuf des deux embranchements du règne animal résultent des différences notables dans leur embryogénie comparée, différences que nous chercherons à apprécier plus tard ;

7° La vésicule germinative est chez les vertébrés l'élément fondamental de l'œuf et le radical de leur embryon : le cumulus prolifère et le vitellus sont les satellites de cette vésicule primordiale ;

8° De l'unité ordinaire de la vésicule germinative dans la vésicule ovigène résultent l'unité du cumulus, l'unité du jaune et l'unité de l'embryon ;

9° De la pluralité des vésicules germinatives dans l'intérieur d'une même vésicule ovigène résulte à son tour la pluralité des cumulus et des vitellus : il y a toujours autant de vitellus et de cumulus qu'il y a de vésicules germinatives ;

10° Qu'il y ait une ou plusieurs vésicules germinatives dans la même vésicule ovigène, les développements de l'œuf et de l'embryon s'opèrent toujours de la même manière et d'après les mêmes règles ; seulement, dans les cas de pluralité d'ovules dans une vésicule ovigène unique, l'étroitesse du champ des développements fait que les ovules s'associent pour accomplir leurs évolutions ;

11° Enfin, dans ces derniers cas encore, la condition primordiale de l'association des ovules et des embryons a lieu tantôt par la réunion homœozygique des deux vitellus, tantôt par celle des deux allantoïdes, selon que la réunion s'opère par le plan supérieur au diaphragme ou qu'elle s'effectue par le plan inférieur à cette cloison.

Typhus de Crimée. — M. Baudens adresse sur ce sujet au président de l'Académie la lettre suivante, datée de Constantinople du 5 mai 1856. Nous la reproduisons textuellement :

« Les nombreux documents que j'ai recueillis en Crimée et à Constantinople me permettraient de traiter *in extenso* l'importante question du typhus des armées. Pour le moment, je demande à l'Académie des sciences la permission de me borner à l'examen sommaire de l'identité et de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde. Ce point de vue divise encore la science ; mais à l'armée d'Orient on peut dire que tous les médecins sont aujourd'hui convaincus de la non-identité.

» *Etiologie.* — On s'accorde généralement à reconnaître que la fièvre typhoïde et le typhus ont pour cause le miasme organique. C'est incontestable, au moins pour le typhus : il est engendré par la misère, par l'accumulation, par l'encombrement dans les prisons, dans les navires, dans les camps, dans les hôpitaux ; on pourrait le faire naître et mourir à volonté. Il n'en est pas de même de la fièvre typhoïde ni des maladies épidémiques, telles que le choléra, qui, quoi qu'on fasse, apparaissent fatalement et disparaissent sans qu'on sache pourquoi. Une fois né spontanément sous l'empire des causes précitées, le typhus se propage ensuite par infection. La contagion, encore mise en doute pour la fièvre typhoïde, n'est pas contestable pour le typhus. A l'ambulance de la première division du troisième corps, presque tout le personnel hospitalier, presque tous les soldats entrés pour d'autres maladies et quinze médecins sur seize ont eu le typhus. Entre la Crimée et Constantinople, trente-sept médecins, vingt sœurs de charité, huit aumôniers, des centaines d'infirmiers, tous pleins de santé, sont morts empoisonnés au souffle des malades typhiques.

» Qu'il y ait infection ou contagion, vraisemblablement les deux à la fois, n'importe, le résultat est le même : l'infection, qui bien certainement a la plus grande part, est bien plus redoutable que la contagion, puisqu'il suffit de respirer l'air contaminé par les typhiques, dans le premier cas, tandis qu'il n'y aurait qu'à ne pas les toucher pour être préservé dans le second. C'est par ces propriétés contagieuses que le miasme du typhus se révèle ; il est attesté par la propagation du fléau et une grande mortalité partout où il a été apporté. Nos hôpitaux de Constantinople l'ont reçu de la Crimée.

» La différence qu'il y a entre le typhus et les maladies épidémiques ordinaires, c'est que celles-ci n'ont qu'une durée passagère dépendante de l'action et de l'état atmosphérique, tandis que le typhus dure tant qu'on ne s'est pas rendu maître de l'infection. Aussi, tandis que le médecin d'hôpital se borne à traiter les typhiques, le médecin en chef d'armée doit arrêter le fléau par des mesures de haute prophylaxie. L'incubation du miasme organique paraît être, en moyenne, de six jours. Mon secrétaire a contracté le typhus sept jours après avoir visité avec moi l'hôpital russe de la Balbec où il régnait. L'empoisonnement miasmatique a marché quelquefois lentement en Crimée, quand il rencontrait une très-grande puissance de réaction, et pendant le temps qui précède son apparition complète, on peut suivre sur la physionomie des médecins, où la stupeur a laissé sa trace visible, les progrès du mal. Ces cas d'infection lente et progressive ont été presque toujours mortels.

» *Marche.* — Le typhus de Crimée a offert une marche moins uniforme et moins régulière que celui qui a été si bien décrit par Hildenbrand. L'irrégularité du typhus de Crimée tient à diverses causes, parmi lesquelles il faut noter en première ligne le scorbut, la dysenterie, les fièvres intermittentes dues surtout aux marais de la vallée de la Tchernaïa. C'est à partir du 1er janvier 1856 que le typhus, qui l'année précédente avait commencé à poindre, a pris de grands développements ; mais dans les derniers temps du siége de Sébastopol, la pourriture d'hôpital, ce typhus des plaies, avait fait de grands ravages. Pour éclater, le typhus contagieux n'attendait plus que la concentration et l'accumulation, que la rigueur de l'hiver a amenées naturellement. Les soldats, blottis dans leurs tentes hermétiquement fermées, dont le sol était humide et imprégné d'impuretés, ont subi l'empoisonnement du miasme organique.

» Le typhus régulier de Hildenbrand aurait pu se montrer sur les médecins, sur les aumôniers et sur le personnel hospitalier de Constantinople dont la constitution n'était pas altérée. Ici encore l'irrégularité a été la règle ; aussi les huit périodes décrites par Hildenbrand n'ont-elles peut-être pas été observées une seule fois.

» L'état prodromal (lassitude, sommeil non réparateur, douleurs lombaires, horripilations, tension douloureuse de la tête, vertiges), si commun dans la fièvre typhoïde, a souvent manqué. Le typhus, assez souvent, débute d'emblée par un frisson initial et par la période inflammatoire, marquée par un état catarrhal plus ou moins prononcé des yeux, des fosses nasales et des bronches ; par une forte céphalalgie frontale, vertigineuse, comme dans l'ivresse ; par la stupeur, qui est le cachet du typhus ; par un délire calme ou furieux ; par une grande prostration des forces ; par une soif intense, et souvent par un état saburral des voies digestives. La peau brûlante se couvre, après deux ou trois jours, d'une éruption exanthémateuse qui n'a manqué que chez les sujets déjà épuisés par d'autres maladies, et qui diffère essentiellement de celle de la fièvre typhoïde. Elle se montre au tronc et aux membres par groupes irréguliers de taches arrondies d'un rouge foncé sans relief, moins grandes qu'une lentille, ne disparaissant pas par la pression ; sans pétéchies, sans sudamina, que je n'ai vus que trois ou quatre fois sur des milliers de malades.

» La continuité de la fièvre avec pouls de 100 à 130 pulsations, plus ou moins développé ou déprimé même, soit par une débilité antérieure, soit par une oppression réelle des forces vitales, a été souvent interrompue par un et plus rarement par deux paroxysmes réguliers en vingt-quatre heures, assez semblables à des accès de fièvre rémittente, qui ont donné au typhus de Crimée un caractère particulier. Le ventre est souple, sans douleur, sans météorisme, sans ce gargouillement dans la fosse iliaque droite, si caractéristique de la fièvre typhoïde. La constipation a toujours remplacé le flux intestinal de la fièvre typhoïde quand la dyssenterie n'existait pas déjà avant l'invasion du typhus. Après la période inflammatoire, qui dure cinq à six jours, survient la période nerveuse, marquée par les phénomènes ataxiques ou adynamiques, et souvent par un mélange des deux à la fois ; elle ne dure que de quatre à cinq jours, et est peu prononcée quand la convalescence doit être franche.

» La durée du typhus a présenté des caractères bien tranchés avec ceux de la fièvre typhoïde. La mort est survenue souvent le troisième jour, le deuxième et quelquefois le premier. Il était alors foudroyant, dans la force du mot. Rarement il a persisté au delà de douze à quinze jours, à moins de complications, telles que des congestions organiques de l'une des trois cavités splanchniques.

» Le retour à la santé a presque toujours eu lieu dans les dix premiers jours. Le malade passait tout à coup du trépas à la vie ; le délire, la stupeur tombaient tout d'un coup comme par magie, mais le malade conserve encore des cauchemars très-pénibles, de la surdité, un affaiblissement de la vue et une perte plus ou moins complète de la mémoire. Toutefois on ne remarque pas, comme dans la fièvre typhoïde, la chute des cheveux. Ces heureux changements sont souvent précédés d'épistaxis, de sueurs, d'urines critiques et quelquefois de parotidites.

» La convalescence, si lente dans la fièvre typhoïde, marche rapidement dans le typhus, et les écarts de régime sont peu redoutables ; ce qui s'explique par l'absence de plaques de lésion des follicules intestinaux et d'engorgement des glandes mésentériques, dont la constance est l'un des principaux caractères de la fièvre typhoïde. Des centaines d'autopsies ont constamment donné des résultats négatifs de ce côté, sauf des granulations miliaires et quelques plaques pointillées de noir, comme les grains d'une barbe fraîche, à la fin de l'intestin grêle.

» On trouve la rate et le foie souvent gorgés de sang et ramollis. Les poumons, quand il y a eu vers eux une congestion locale, sont engoués ou hépatisés, surtout à la partie déclive, et quelquefois le siége de petits noyaux apoplectiques. Les lésions les plus constantes sont du côté du cerveau : forte injection sanguine des méninges, épanchement séreux, teinte opaline de l'arachnoïde, et quelquefois avec plaques pseudo-membraneuses ; substance cérébrale piquetée, ou ramollie, ou suppurée à la surface. Les auteurs s'accordent sur la non-récidive de la fièvre typhoïde. Deux médecins, MM. Lardy et Laval, ont succombé au typhus, bien qu'ils eussent eu quatre ou cinq ans auparavant la fièvre typhoïde, dont on a pu retrouver les traces dans la cicatrice d'ulcères intestinaux. C'est encore là une preuve de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde.

» *Traitement.* — Avant tout, de l'air pur sans cesse renouvelé ; respecter la période inflammatoire comme un effort suprême de la nature pour chasser au dehors le poison miasmatique par une poussée exanthématique à la peau ; ne saigner que si le sujet est très-fort, s'il y a menace d'apoplexie cérébrale ; préférer le plus souvent à une saignée générale, dont il faut être très-sobre, quelques sangsues aux apophyses mastoïdes ou quelques ventouses entre les épaules ; recourir aux mêmes moyens quand la petitesse du pouls trahit l'oppression des forces vitales, qui se relèvent après une déplétion sanguine modérée. Quand, dès le début, comme dans le typhus de Crimée, il y a des paroxysmes rémittents, les couper par quelques doses de sulfate de quinine pour rétablir la continuité de la fièvre, qui tombe alors d'elle-même après quelques jours, quand elle n'est pas entretenue par une lésion organique accidentelle. Cette complication a fréquemment lieu quand on ne prend pas soin d'anéantir tout d'abord les paroxysmes. Au début du typhus, un éméto-cathartique est avantageux, quand surtout il existe de l'embarras gastro-intestinal ; boissons mucilagineuses ou acidulées, et même eau vineuse. Dans la période nerveuse, recourir aux remèdes usités contre l'ataxie et l'adynamie. Dans ce dernier cas, les toniques, tels que les vins de Malaga et de Porto, ont un grand succès.

» Tel est le traitement qui a donné les résultats les plus avantageux à l'armée d'Orient, et auquel se sont ralliés les praticiens les plus expérimentés, tels que M. le médecin principal Cazalas, qui a préconisé l'un des premiers le sulfate de quinine pour régulariser la période inflammatoire et la débarrasser de l'élément palustre, qui a eu une grande influence sur les maladies de la Crimée. » (Commissaires : MM. Velpeau et Cloquet.)

Monstre exencéphalien. — M. E. Gintrac adresse la note suivante relative à un monstre exencéphalien.

Le fœtus qui fait le sujet de cette note était du sexe masculin et né à terme, à l'hôpital de la Maternité de Bordeaux, à la suite d'un accouchement laborieux. Il présentait une dépression considérable de la voûte du crâne et une tumeur volumineuse, aplatie et allongée, sur le côté droit du cou, s'étendant sur le même côté du thorax en soulevant le scapulum.

L'examen anatomique de cette éminence anormale a fait reconnaître qu'elle était due à la présence d'une partie du cerveau, dont les circonvolutions et la texture étaient parfaitement reconnaissables. Les côtes, les muscles intercostaux étaient recouverts par cette couche épaisse de substance cérébrale qui s'enfonçait profondément dans la région cervicale. Là un intervalle de 1 à 2 centimètres séparait la troisième vertèbre de la quatrième ; les deux artères vertébrales étaient conservées. La droite marchait au milieu de la matière cérébrale. Les nerfs cervicaux qui concouraient à la formation du plexus brachial étaient très-distincts.

Dans l'intervalle des troisième et quatrième vertèbres du cou se voyaient la moelle épinière et à son extrémité supérieure un renflement manifeste où il était possible de distinguer le bulbe, le mésocéphale et les rudiments du cervelet.

Le crâne et les trois premières vertèbres cervicales ayant été divisés sur la ligne médiane, il devint évident qu'une portion de l'encéphale avait conservé sa position normale : c'était l'hémisphère gauche du cerveau. Le déplacement d'une portion considérable de cet organe mentionné dans cette note n'a pu être attribué à des violences extérieures. Les téguments et le tissu cellulaire ne portaient l'empreinte d'aucune lésion. La conservation des vaisseaux du cou, l'absence de tout épanchement sanguin profond prouvent bien qu'il ne s'agissait que d'une aberration congénitale. J'ai donné à ce monstre le nom de pleurencéphale (πλευρα, côté ; πλευρας, de côté). C'est un genre nouveau dont ce fait donne le premier exemple. (Commissaires : MM. Serres, Is. Geoffroy Saint-Hilaire, Rayer.)

— MM. Follin et Goubaux, auteurs d'un mémoire sur la cryptorchidie présenté au concours pour les prix de médecine et de chirurgie, adressent, pour se conformer à une condition imposée aux concurrents, une indication de ce qu'ils considèrent comme neuf dans leur travail. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. Jobard (de Bruxelles) rappelle, à l'occasion d'une communication récente de M. Rouget sur l'appareil d'adaption de l'œil des vertébrés, qu'il a lui-même, dans une note lue à l'Académie le 18 juin 1855, fait pressentir la nécessité d'appareils servant à produire ce qu'il désignait sous le nom de la *mise au point de l'œil*. M. Jobard soupçonne que l'œil est muni de divers appareils qui le rendent propre à la vision distincte de loin comme de près. Depuis longtemps même il a émis l'idée que les muscles moteurs de l'œil pouvaient contribuer à produire cet effet, n'ayant pas seulement pour fonction de changer la direction de l'organe, mais agissant aussi de manière à le modifier dans sa forme.

— M. Castorani adresse la description et la figure d'un ophthalmoscope, instrument construit d'après ses indications par M. Soleil fils.

M. Babinet est invité à prendre connaissance de cette note.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur F. Quesnoy communique les nouvelles suivantes à la *Gazette médicale* :

« L'état sanitaire général s'améliore beaucoup en Crimée. M. l'inspecteur Baudens, dans le dernier mois qu'il vient d'y passer, a présenté comme indispensablement nécessaire le changement général des campements infectés par le séjour prolongé dans le même lieu. Ces mesures, que M. le maréchal fait exécuter rigoureusement, ont déjà eu un bon résultat. Le nombre des typhiques fournis par les régiments a diminué, et il n'est pas douteux que quand, avec la fixité du beau temps, les mêmes mesures pourront être généralement appliquées, on n'obtienne promptement la cessation de l'épidémie.

» A Constantinople, la dissémination des malades dans de nouveaux hôpitaux tous baraqués, l'isolement des typhiques dans des salles spéciales avec deux lits pour chacun d'eux, les moyens de désinfection incessamment employés tant dans les salles que dans les literies ont déjà produit l'effet désiré ; les nouveaux cas diminuent chaque jour ; il ne s'en développe presque plus sur des malades entrés à l'hôpital pour d'autres maladies, et les cas ont perdu de leur gravité. Cette situation est de nature à nous faire espérer la fin prochaine de toutes nos misères. »

— Il y a huit jours, nous avons enregistré avec bonheur les récompenses décernées à nos braves confrères de l'armée ; aujourd'hui, par un triste retour sur le passé, nous allons donner la liste complète des pertes qu'a éprouvées le corps de santé militaire pendant la campagne qui vient de finir. Ce sont :

MM. Volage médecin principal.		MM. Lardy, médecin aide-major.	
Brunweld, médecin-major.		Dartigau,	id.
Girard,	id.	Dulac,	id.
Pégat,	id.	Savaëte,	id.
Rampont,	id.	Gueury,	id.
Félix,	id.	Mit emberger,	id.
Peyrusset,	id.	Bougueraux,	id.
Goutt,	id.	Forget,	id.
Fournier,	id.	Leker,	id.
Puel,	id.	Servy,	id.
Demicourt,	id.	Precy,	id.
Moulinier,	id.	Gillin,	id.
Leclerq,	id.	Sagne,	id.
Ragu, médecin aide-major.		Perrin,	id.
Boussan,	id.	Laval,	id.
Masson,	id.	Jacob, médecin sous-aide.	
Leclerc,	id.	Daraignes, ancien élève de l'hôp. S-André de Bordeaux.	
Cordeau,	id.		

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL SAINT-ANTOINE (M. Aran). Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus. — Du bichromate de potasse comme anti-syphilitique. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 10 juin. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Histoire d'un coup de pistolet intéressant la médecine.

PARIS, LE 11 JUIN 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'événement de la séance a été la nomination d'un membre dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. L'imposante majorité donnée à M. Trousseau, porté le second sur la liste, est une éloquente consécration du principe d'omnipotence des académies, que nous soutenions dans l'un de nos derniers numéros. La nomination de M. Trousseau est du reste plus qu'un acte de justice, c'est une réparation. Cela soit dit sans préjudice de l'estime très-sincère que nous faisons des titres de ses compétiteurs.

Avant et après l'élection, l'Académie a entendu plusieurs rapports d'eaux minérales et une lecture de M. Leblanc sur la question de l'identité prétendue de la vaccine et du virus des eaux aux jambes du cheval. L'honorable académicien conteste cette identité en se fondant sur l'insuccès des inoculations directes, et sur ce fait d'observation que les sujets qui se trouvent en contact avec des chevaux atteints des eaux aux jambes ne contractent jamais cette maladie, du moins à sa connaissance. S'il en était ainsi, M. Leblanc aurait raison sans doute dans ses conclusions; mais le fait de MM. Pichot et Maunoury tend justement à démontrer ce qu'il conteste.

Toute la question roule donc sur la réalité de ce fait, car de sa rareté il n'y aurait rien à conclure, la plupart des sujets exposés au contact des chevaux atteints d'eaux aux jambes ayant été ou vaccinés ou variolés. D'un autre côté, M. Bouley a fait remarquer avec beaucoup de raison que la transmissibilité des maladies n'impliquait pas leur inoculabilité, et qu'on ne serait par conséquent nullement fondé, d'une manière générale du moins, à conclure de l'insuccès des inoculations à la non-contagionabilité.

Nous persistons, du reste, sur le fait en question, à rester dans le doute jusqu'à ce qu'il soit démontré que l'éruption du maréchal-ferrant de Chartres n'a pu avoir une autre source que l'origine présumée, c'est-à-dire la transmission des eaux aux jambes du cheval avec lequel il s'est trouvé en contact.

Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. ARAN.

Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus.

(Recueillies par M. RABAUD, interne du service.)

DE L'AMÉNORRHÉE ET DE LA DYSMÉNORRHÉE.

Deux malades nous ont fourni l'occasion de vous parler des troubles de la menstruation et des conséquences fâcheuses qu'ils peuvent avoir.

La première malade, couchée au n° 30 de la salle Sainte-Thérèse, est âgée de dix-neuf ans ; elle a été réglée à seize ans, mais depuis ses règles n'ont reparu qu'une seule fois. Depuis 1853 elle souffre dans les reins, dans les cuisses de douleurs qui augmentent pendant la marche.

Le 24 juillet 1854 elle fut apportée à l'hôpital, en proie à de vives douleurs dans les lombes, coïncidant avec la deuxième apparition des règles, interrompues tout à coup à la suite d'un bain froid.

A cette époque, elle présenta des signes de métrite et de catarrhe utérin; ces accidents furent combattus par des moyens variés, au nombre desquels nous mentionnerons une injection intra-utérine. Elle sortit de l'hôpital sans que les règles eussent reparu ; et dans tout ce long intervalle, elle n'a pas vu ses règles. Depuis lors, elle est sujette à des étourdissements, à des bourdonnements d'oreilles, à des douleurs dans les reins, dans le bas-ventre et dans les cuisses. A ces accidents, qui dans ces derniers temps ont augmenté, au point de devenir presque continuels, sont venus s'ajouter de nouveaux symptômes : troubles dans les digestions, gonflement de l'estomac, vomissements des matières alimentaires quelques minutes après leur ingestion, etc. Du reste, à aucune époque elle n'a eu de leucorrhée.

L'examen de la malade lors de son entrée à l'hôpital n'a rien appris de plus en fait de phénomènes généraux.

Au toucher et au spéculum, on trouve l'utérus très-abaissé, le col allongé, mobile, mais sensible dans les mouvements ; l'orifice, inégal et entr'ouvert, présentant à son pourtour un peu de rougeur.

Le traitement a consisté dans une saignée pratiquée pour combattre les accidents de congestion vers la tête, occasionnés sans doute par l'absence des règles, et on lui a pratiqué tous les deux jours le cathétérisme utérin. Cette méthode a réussi. En effet, après la troisième application de la sonde utérine, les règles ont reparu ; elles ont été assez abondantes, mais n'ont duré que deux jours. Cependant la malade conserve encore des étourdissements et des troubles du côté de la digestion, ainsi que des douleurs dans le ventre.

— La deuxième malade, âgée de vingt ans, entrée pour la première fois dans le service en 1854, et pour la seconde fois au mois de décembre dernier, avait toujours eu une menstruation très-difficile. A chaque époque, elle rendait des caillots dont l'expulsion avait pour résultat de calmer les douleurs.

A son entrée, elle présentait un peu d'abaissement de l'utérus avec antéflexion et des traces de catarrhe utérin. L'état général était assez satisfaisant.

Dans le but de calmer l'état hyperesthésique de l'utérus, on lui a pratiqué quelques injections intra-utérines avec du chloroforme ou bien avec de l'eau tenant en suspension du sous-nitrate de bismuth, on lui a fait de même quelques applications de glace; sangsues sur le col; affusions froides.

Tous les accidents étaient calmés, les fonctions semblaient reprendre leurs cours régulier, lorsque tout à coup, sur la fin de février, à l'époque des règles, elle fut prise de douleurs vives dans le ventre, accompagnées de coliques et d'une sensibilité telle, qu'elle ne pouvait supporter le poids des couvertures. Alors apparut à l'hypogastre une tumeur dure et douloureuse sur la nature de laquelle je n'osai d'abord me prononcer. Cependant, en touchant l'utérus, je vis qu'il n'avait pas augmenté de volume, et mon opinion fut qu'on avait affaire à une tumeur sanguine formée autour de l'utérus, et reconnaissant probablement pour cause la difficulté de la menstruation.

La tumeur diminua de jour en jour. Le 4 avril je pus commencer un traitement. J'introduisis l'instrument de Simpson d'abord avec prudence et réserve; la malade le porta quatre heures le premier jour, puis neuf heures. A partir de ce moment nous laissâmes l'appareil en place jusqu'au 3 mai, quand l'apparition des règles, qui se fit cette fois sans aucune douleur, nous força à l'enlever ; il n'a plus été remis depuis.

A partir de ce moment, les règles se régularisèrent, et restèrent indolentes pendant trois mois consécutifs. Mais peu à peu la malade, qui était sortie de l'hôpital et qui avait repris ses occupations, éprouva quelques douleurs dans l'intervalle des règles, et les vit perdre de leur fréquence et de leur régularité. Le 13 décembre dernier, elle rentra à l'hôpital, avec quelques accidents chloro-anémiques, de la pâleur de la face, quelques palpitations, etc., et de la dysménorrhée. — Elle fut mise à l'usage des préparations ferrugineuses, douches froides, cathétérisme utérin.

L'amélioration fut rapide, et depuis la santé de cette malade est restée bonne. Je l'ai rencontrée bien portante il y a quelque temps.

Avant de commencer l'histoire des troubles de la menstruation, c'est-à-dire de l'aménorrhée et de la dysménorrhée, disons ce qu'est la menstruation elle-même. Ce n'est pas une simple hémorrhagie qui se fait régulièrement chez la femme, et qui est provoquée par une congestion pure et simple de l'utérus. Cette congestion est plus générale et plus étendue; elle se lie à un état particulier de l'ovaire, à l'évolution de l'ovule, travail analogue à celui de la ponte des animaux. L'existence de ce fait n'est plus douteuse aujourd'hui, depuis les travaux de MM. Pouchet, Bischoff, Raciborski, Négrier, Gendrin, etc.

On ne s'explique pas pourquoi la femme présente seule cette excrétion sanguine d'une certaine durée. Chez les singes, on observe bien un commencement de menstruation; chez les juments on trouve parfois de légères teintes de sang ; mais l'espèce humaine est néanmoins la seule qui présente ce phénomène bien marqué, et qui voie des accidents de toute espèce survenir à la suite du trouble de cette fonction.

Dans un travail plein d'intérêt et d'originalité qu'il a publié dans ces derniers temps sur la menstruation, M. Raciborski, en s'efforçant de faire ressortir l'importance de l'ovulation, nous paraît avoir beaucoup trop réduit le rôle de l'hémorrhagie menstruelle. Lors même, en effet, que cette hémorrhagie ne constituerait pour les femmes qu'une habitude, elle pourrait entraîner par sa suppression des troubles nombreux dans l'économie. Mais l'écoulement menstruel est plus qu'une habitude, c'est une nécessité, et c'est ce dont on peut se convaincre en voyant les accidents si variés qui se mon-

---

HISTOIRE D'UN COUP DE PISTOLET INTÉRESSANT LA MÉDECINE.

Les événements se succèdent dans la vie avec une si prodigieuse rapidité que nous conservons à peine le souvenir des choses de la veille, et que bientôt nous n'avons nulle conscience des faits écoulés depuis peu de temps, quoiqu'ils nous aient alors vivement impressionnés.

Rappeler aujourd'hui les circonstances de l'attentat commis sur la personne du général de Rostolan serait une exhumation historique sans intérêt; mais dérouler devant les yeux du lecteur les particularités d'un procès où la question très-ardue du libre arbitre a été débattue avec une si chaleureuse conviction par un praticien de la province, ne nous paraît point un hors-d'œuvre déplacé; celui qui exerce notre art n'est pas seulement médecin, chirurgien ou accoucheur, il est aussi l'homme des tribunaux, accusateur terrible quelquefois, mais souvent aussi défenseur ardent de l'innocence, et c'est ce dernier point que nous allons mettre en relief dans cette narration.

Le 23 décembre 1854, vers deux heures de l'après-midi, le général de Rostolan, accompagné du colonel Fornier de Saint-Lory, d'un aide-de-camp et d'une escorte de dragons, sort à cheval de son hôtel, à Marseille, par le boulevard du Muy, dans l'intention d'aller visiter au port de la Joliette les bâtiments de transport et les troupes d'embarquement. Du boulevard, il entre dans la rue du Presbytère située à 50 mètres environ de l'hôtel, et quelques instants après on entend une détonation partie d'un point très-rapproché de l'escorte. Le colonel de Saint-Lory venait de recevoir une balle à la jambe. On aperçoit aussitôt un individu placé tout à côté, ayant les bras tendus et tenant un petit pistolet de poche à la main ; il s'écriait : *Tuez-moi, tuez-moi ! A mort le roi des Français ! Je suis immortel ! mort au roi ! je meurs pour la patrie et la liberté, faites de moi ce que vous voudrez. A bas les rois ! vive l'Orient !* Outre ces paroles recueillies par plusieurs témoins, le général de Rostolan a entendu cet homme, marchant à côté de l'escorte, prononcer des mots dont il n'a pu saisir le sens, mais il a compris distinctement ceux d'*immortalité* et de *christianisme*. Les dragons se sont immédiatement emparés de l'individu, et l'ont conduit au poste de la place Saint-Ferréol, où a commencé l'instruction.

En vertu d'une ordonnance de M. le juge d'instruction, M. le docteur Aubanel, médecin en chef de l'asile des aliénés de Marseille, reçut la mission d'examiner l'inculpé et de constater son état mental. Il résulte pour lui de l'étude attentive des nombreuses pièces du dossier soumises à son observation les faits et les particularités qui suivent :

Jean-Baptiste Wiard, né en 1818, dans le département du Pas-de-Calais, dans une sorte d'état de misère, a mené pendant son enfance et sa première jeunesse une existence assez malheureuse, mais honnête. Soldat de la classe de 1838, il a servi jusqu'en 1846, se faisant remarquer par sa bonne conduite et n'ayant jamais subi dans l'armée de graves punitions. On trouve dans une note de renseignements fournie par le tribunal de Béthune que le nommé Wiard a été réformé pour *avoir reçu au front un coup de pied de cheval*, et que depuis lors il n'avait plus *tous ses moments lucides*. Le frère de l'inculpé a déclaré que, *sans être fou*, il avait parfois la tête un peu *dérangée* depuis une maladie qu'il avait faite à la suite de son retour d'Afrique. Ce même frère a ajouté qu'on ne s'apercevait de rien quand la conversation ne se prolonge pas bien longtemps, mais que son état mental l'a empêché de reprendre du service, quelque grand que fût son désir de rentrer à l'armée; c'est dans cette intention qu'il avait entrepris de nombreux voyages.

Ayant perdu ses papiers à Lille ou à Arras, où il avait voulu s'engager comme remplaçant, il avait toujours été très-préoccupé de cette perte; il ne s'en était jamais consolé, et avait fait beaucoup de démarches pour se procurer d'autres certificats; il était retourné en Afrique à cet effet, et dans ces derniers temps il fréquentait souvent, dit-on, les ports de mer, dans l'idée de s'embarquer de nouveau pour ce pays.

Le 5 octobre 1846, il adresse une lettre au ministre de la guerre, où l'on trouve le passage suivant :

« Le nommé Wiard a l'honneur de vous exposer que ses convic-
» tions, ainsi que son antipathie naturelle contre la famille royale,
» ainsi que celle qu'il a contre le roi, lui a fait proférer des paroles
» séditieuses contre sa personne ; il ne s'en repent pas, et s'en rap-
» porte entièrement à votre sagesse pour fixer son sort ; ce n'est pas
» la captivité qu'il demande, mais bien un terme à ses peines. »

Recherché par la police à cause de cette lettre, l'inculpé quitte Paris, est arrêté à Châteaudun pour cause de vagabondage, et est mis en liberté le 13 novembre 1846.

De cette époque à l'année 1849, on ne sait pas ce que Wiard a pu faire, ni ce qu'il est devenu dans cet espace de temps; mais du 11 février 1849 jusqu'au jour de l'attentat commis sur le général de Rostolan et son escorte, on sait qu'il a séjourné quelque temps comme *aliéné* à l'hospice de Bicêtre et à l'hospice d'Arras, et qu'il a ensuite été frappé par les tribunaux de Cahors, de la Seine, d'Amiens, de Beauvais et de Draguignan, de huit condamnations pour vagabondage, mendicité, rupture de ban, destruction de choses d'utilité publique et injures contre des agents de police.

trent chez les femmes aménorrhéiques à leur première époque, lorsqu'elles ont, comme on dit, de la peine à se former. Ces accidents indiquent les efforts que fait la nature pour produire cette évacuation.

Du reste, il faut bien le reconnaître, la présence des ovaires est d'une importance majeure dans la production des menstrues. Des expériences prouvent que lorsque les ovaires ont été amputés ou qu'ils ne fonctionnent pas, l'hémorrhagie cesse immédiatement; tout le monde connaît le fait de Pott, et M. Robertson dit avoir appris dans l'Inde que la menstruation ne s'établit pas chez les femmes qui ont subi la castration.

Il suit de là que chez une jeune femme, toutes les fois que les règles ne s'établissent pas à l'époque voulue, s'il ne survient d'accidents d'aucune espèce, il n'y a pas lieu de s'en préoccuper, car il peut se faire qu'il n'y ait pas d'ovaires. S'il survient, au contraire, des troubles à l'époque de la menstruation, le médecin doit intervenir et provoquer les règles autant que la chose est possible.

Il peut, en effet, se présenter des difficultés sérieuses. Sans parler des vices de conformation du vagin, de son imperforation, etc., il peut y avoir une absence complète d'utérus, les ovaires étant parfaitement normaux.

Du reste, ces obstacles situés à l'orifice de l'utérus, au vagin, à la vulve, ne constituent pas, à proprement parler, des aménorrhées; ce qui constitue véritablement l'aménorrhée, c'est l'absence de congestion menstruelle et d'excrétion sanguine.

A quelle époque se fait l'établissement de la menstruation ? Cette époque varie avec les races humaines et les individus.

Robertson, dans ses *Recherches sur la menstruation dans l'Inde*, a prouvé que la menstruation était sous l'influence non du climat, mais bien des races; nouvelle raison pour ne se préoccuper, chez les jeunes filles, de l'aménorrhée ou plutôt du retard de la menstruation, que lorsqu'il survient des accidents.

Chez les femmes qui ont été réglées, il peut se faire que les règles se suppriment tout à coup sous l'influence d'une cause morale ou physique, parmi lesquelles le refroidissement joue le rôle principal. Cette aménorrhée par suppression n'entraîne pas toujours d'accidents sérieux; tout peut se borner à des céphalalgies, du malaise pendant quelques jours ou pendant tout le mois jusqu'au rétablissement des menstrues.

Chez d'autres femmes, cette suppression devient le point de départ de violentes douleurs dans les lombes, de coliques utérines, véritables accidents inflammatoires, qui s'accompagnent souvent de nausées, de vomissements.

Cette suppression des menstrues peut encore avoir d'autres conséquences relativement à leur apparition ultérieure. Il peut se faire qu'à partir de ce moment elles ne soient plus régulières, ou disparaissent même pendant plusieurs mois, et alors il survient des accidents locaux qui s'aggravent à chaque époque menstruelle, quoique l'écoulement n'ait pas lieu; ou bien ce sont des phénomènes généraux, des étourdissements, des congestions vers la tête dès que la malade se penche, de la rougeur de la face avec alternation de décoloration, des syncopes fréquentes, de la dyspepsie avec gonflement de l'estomac et constipation; d'autres fois encore, des phénomènes de chloro-anémie qui viennent par une bizarrerie étrange assaillir la malade à la suite de la suppression de l'hémorrhagie.

Si les congestions persistent, c'est alors que l'on voit survenir les hémorrhagies supplémentaires de l'estomac, de la vessie, du poumon, symptômes alarmants et pourtant naturels.

Il est important de savoir que la première apparition des menstrues n'est pas toujours suivie d'une deuxième apparition le mois suivant. On voit des jeunes filles réglées à neuf, dix ans, qui restent plusieurs mois, plusieurs années sans être réglées de nouveau.

D'autres, au contraire, sans avoir d'hémorrhagie, présentent à chaque époque des douleurs dans les reins, dans les cuisses, des congestions céphaliques. Il est probable qu'il se fait dans ce cas une ovulation, qu'il y a congestion de l'utérus, mais que cette congestion est trop peu intense pour produire l'hémorrhagie.

Il faut en général, chez les jeunes filles, se borner pour combattre ces accidents à des moyens extérieurs, tels que l'application de quelques sangsues aux aines ou aux cuisses, des bains de siége chauds, des ventouses sèches sur les mamelles, moyen employé par Hippocrate et repris dans ces derniers temps en Amérique.

Si les règles ne reviennent pas, l'exploration des organes génitaux devient indispensable. Il peut se faire, en effet, qu'on ait affaire à une imperforation de la vulve, du vagin, du col même, vices de conformation qu'il est utile de connaître.

Le premier moyen à employer dans ces cas est la sonde utérine, qui à elle seule est souvent un traitement. L'électricité appliquée topiquement dans le vagin pendant plusieurs jours pourra rendre des services marqués; de même les injections dans le vagin de lait contenant quelques gouttes d'ammoniaque.

Que faire s'il s'agit d'une femme déjà réglée et dont le flux menstruel a été supprimé? Si les règles ne sont supprimées que depuis quelques instants, il suffit souvent à la malade de se placer dans des conditions opposées à celles qui ont arrêté le flux menstruel, ce qui se fera en gardant le repos au lit avec des cataplasmes sur le ventre et en prenant des bains de siége chauds.

Si le flux est déjà supprimé depuis plusieurs heures, c'est en vain le plus ordinairement que l'on cherchera à rappeler les règles. En stimulant l'utérus, on ne fera que hâter le plus souvent les phénomènes inflammatoires vers cet organe.

Le meilleur remède dans ce cas est le repos; l'époque suivante réparera le mal. S'il survient des phénomènes inflammatoires, on doit les combattre; mais, alors même qu'on en triomphe, la malade reste fatiguée, mal à son aise pendant tout le mois.

Si les règles sont interrompues pendant quelques mois, et si l'aménorrhée se lie à un état dyspeptique, chloro-anémique, c'est cet état général qu'il faudra combattre.

Lorsque les moyens locaux indiqués plus haut échoueront, il reste encore une autre ressource, l'introduction dans l'intérieur de l'utérus des tiges à demeure de Simpson. Mais on devra d'abord insister sur le cathétérisme utérin, qui a suffi, comme nous l'avons vu, chez une de nos malades.

L'aménorrhée est quelquefois symptomatique d'une maladie chronique. Dans ce cas, il ne faut pas chercher à rappeler les règles. Cependant, si une malade atteinte d'affection pulmonaire chronique, par exemple, se trouve plus fatiguée de la poitrine à l'époque des règles et que le molimen hémorrhagique soit assez prononcé, on se demande si l'on ne pourrait pas tenter de rappeler ce flux. Je dois dire que j'ai essayé sans succès dans ces cas les injections stimulantes et l'introduction des sondes à demeure.

En regard de l'affection que nous venons de décrire se place naturellement la dysménorrhée, dans laquelle l'excrétion menstruelle a lieu, mais accompagnée de douleurs, incomplète, vicieuse, et pouvant être remplacée en partie par des produits d'une nature particulière.

Il ne faut pas prendre pour des dysménorrhées ces douleurs qui précèdent les règles quelquefois de vingt-quatre heures et qui disparaissent avec l'établissement de l'hémorrhagie.

C'est le fait de la douleur, même pendant les règles, à partir de leur apparition, ce sont les coliques utérines avec déchirements dans les lombes et les cuisses, avec accablement, prostration, quelquefois nausées et vomissements semblables à ceux de la péritonite qui constituent la dysménorrhée.

Tantôt les douleurs, très-vives avant l'hémorrhagie utérine, diminuent à son apparition, sans disparaître néanmoins; tantôt c'est au moment où commencent les règles que commencent les douleurs.

Il y a plusieurs espèces de dysménorrhées. Les unes semblent se lier à une congestion trop vive de l'utérus; du sang venant à s'accumuler dans la trame même de l'organe produit des accidents très-violents, qui cessent dès que la matrice peut se dégorger.

Une deuxième espèce est la dysménorrhée mécanique, tenant à ce que la voie par laquelle doit se faire l'écoulement du sang est peu perméable. Il y a une espèce de spasme de l'orifice interne ou externe de l'utérus, tel que le sang s'accumule au delà et forme, en distendant la cavité, un caillot dont la malade accouche pour ainsi dire, et qui se reforme plusieurs fois de suite pendant la durée des règles. Que si, par suite de la persistance des accidents, le sang s'accumule dans la cavité utérine, il peut n'en être pas expulsé et donner lieu à des hématocèles d'une nature particulière, par reflux du sang dans le péritoine, maladie si bien décrite dans ces derniers temps par M. Bernutz.

La troisième espèce de dysménorrhée est due à ce que la membrane muqueuse elle-même de l'utérus se détache, tantôt par une exfoliation insensible, tantôt par vastes lambeaux. Il y a même des cas où la membrane utérine se détache complétement, et est rejetée sous forme d'un sac triangulaire, tomenteux à l'extérieur et coloré par du sang rouge, lisse, blanc à l'intérieur et contenant des mucosités, percé de trois trous correspondant aux orifices utérins. Cette troisième espèce est la dysménorrhée membraneuse ou par exfoliation de la membrane interne de l'utérus.

Dans la dysménorrhée congestive ou du premier genre, les douleurs et la prostration sont surtout marquées dans les jours ou les heures qui précèdent l'apparition des règles.

Dans la dysménorrhée mécanique, les douleurs précèdent moins souvent les règles, mais elles sont atroces pendant tout leur cours.

Dans la troisième espèce, les règles peuvent couler d'abord sans douleur ou sans grandes douleurs; bientôt surviennent des douleurs atroces qui marquent l'expulsion, passez-moi le mot, l'accouchement des fausses membranes.

Le traitement est variable suivant les cas. Dans la forme congestive, si fréquente chez les femmes atteintes de métrite chronique, la malade se trouve soulagée par une saignée générale ou des sangsues sur le col de la matrice.

L'examen minutieux des malades et du liquide des règles peut seul apprendre à reconnaître les deux autres formes.

Dans la dysménorrhée mécanique, le cathétérisme doit être pratiqué, et cette opération est souvent difficile à cause de l'étroitesse des orifices; à lui seul il peut ramener le flux menstruel. Mais souvent le médecin n'est appelé qu'au milieu des souffrances; dans ce cas, M. Bennet s'est bien trouvé des inhalations de chloroforme. Je préfère employer ce médicament à l'intérieur à la dose de 30 à 50 gouttes, ou en lavements à la même dose.

Le chloroforme a sur les opiacés cet avantage, que le calme qu'il produit est instantané; mais, en revanche, son action dure peu, et l'on doit lui associer l'opium à la dose de 4, 6, 8 grains dans les vingt-quatre heures, suivant l'intensité des accidents, en ayant soin de s'arrêter dès que cessent les douleurs.

Dans certains cas, on introduira dans le vagin des tampons d'extrait de belladone, de la charpie imbibée de laudanum, etc. De même, si les coliques sont trop vives, une compresse sur laquelle on a versé de 30 à 50 gouttes de chloroforme, appliquée sur l'hypogastre, permettra à la malade d'attendre l'effet des autres médicaments.

Ce n'est pas tout. Dans l'intervalle des règles, il faut dilater la cavité utérine, appliquer la sonde en la laissant en place quelques minutes, ou même les tiges de Simpson, moyen extrême auquel on est quelquefois obligé de recourir. On doit revenir au cathétérisme à certains intervalles, même après la guérison. Chez une de nos malades, nous avons vu en effet les règles disparaître quelques mois après l'interruption du traitement.

Simpson a donné le conseil de débrider l'orifice interne, Oldham l'orifice externe dans les deux dernières espèces de dysménorrhée. Mais est-on sûr de pouvoir toujours arrêter l'hémorrhagie?

Sa peine, pour la dernière condamnation, étant expirée, Wiard quitte la prison de Marseille le 23 décembre 1854, à neuf heures du matin, sans que le directeur ait observé en lui, au moment de la sortie, le moindre symptôme d'aliénation mentale. Aussitôt libre, il se rend à la préfecture et demande à être dirigé sur l'Afrique; on le lui refuse. Pendant qu'on lui dresse un passe-port pour l'intérieur de la France, il va déjeuner à une auberge du cours Bonaparte, boit une bouteille et demie de vin, lie conversation avec son voisin de table, et lui apprend qu'il est cordonnier, mais *philosophe avant tout*. Peu de temps après, il se présente chez un armurier de la place Royale pour acheter des pistolets. Il en achète effectivement une paire de 5 francs, ainsi qu'un hectogramme de poudre, une boîte de capsules et vingt balles. Allant partir pour l'Afrique, il a besoin, dit-il, de ces munitions.

On ne sait pas où il est allé après être sorti de chez l'armurier; mais entre midi et une heure, après avoir déjà pris chemin faisant un petit verre d'eau-de-vie, il entre dans une auberge du boulevard du Muy, où il mange de la morue et boit une bouteille de vin. Là, il tient les propos les plus incohérents; il a des yeux hagards, parle avec volubilité de *bêtes féroces qui ont eu peur de lui* en Algérie, sort un pistolet de sa poche, y verse de la poudre, l'arme et le désarme, et finit par être jeté dehors pour avoir uriné dans le vestibule. Quelques minutes après on entend la détonation de l'arme, qu'il venait de diriger sur l'escorte du général de Rostolan.

M. le docteur Aubanel, dont la réputation d'aliéniste distingué est si justement méritée, constate, à la première visite qu'il fait à la prison, que Wiard est de taille moyenne, d'une faible constitution; qu'il est pâle, amaigri, paraissant ne pas jouir d'une forte santé. Sa physionomie porte l'empreinte d'une sorte d'hébétude; elle annonce une intelligence peu active, altérée soit par la maladie, soit par les excès. Son regard est ordinairement éteint; il est fixe quelquefois, et il annonce une préoccupation triste; il est niais d'autres fois, et il indique, avec un sourire sans motif qui l'accompagne, une sorte d'imbécillité. A toutes les questions du médecin il oppose un mutisme obstiné, et ce n'est que quelques jours après qu'il consent à parler; ses réponses sont du reste invariablement les mêmes : *Je ne me souviens de rien; je ne sais pas si j'ai fait ce que vous dites; je n'ai aucun souvenir d'avoir acheté des pistolets, d'avoir bu dans un cabaret, d'avoir tiré sur un général; je ne sais pas ce que j'ai fait ce jour-là; que l'on me punisse si j'ai fait du mal à quelqu'un*. En outre, l'inculpé écoutait M. Aubanel avec une expression d'étonnement réel, et il lui répondait avec un accent de bonhomie excluant la simulation.

A part le mutisme et son expression de physionomie, on n'observe chez Wiard, à la prison, aucun autre signe certain d'aliénation mentale : ni agitation, ni insomnie, ni incohérence, ni volubilité, ni actions déraisonnables; on le voit toujours, au contraire, très-docile, très-soumis, conversant logiquement avec les gardiens et les prisonniers, et comprenant parfaitement toutes les paroles qu'on lui adresse.

M. le docteur Aubanel ayant mission d'éclairer la justice, envoie, après mûr examen, un rapport extrêmement remarquable au parquet de Marseille, dans lequel il se pose et discute trois questions.

A. *Wiard est-il en ce moment aliéné?* — Il ne l'est pas, si l'on considère seulement comme tel celui qui est agité, qui parle constamment avec incohérence, qui brise, crie et vocifère; qui se livre à des extravagances de toute nature. Mais les formes de folie sont variées. Il en est qui ne se traduisent, quoique altérant le libre arbitre, par aucun signe extérieur, et d'autres qui, ne se montrant que par intervalles et par accès, n'en sont pas moins réelles et même dangereuses au moment où les crises se produisent. Ces dernières sont quelquefois franchement intermittentes, et, durant l'intermittence, l'intelligence reprend toute sa lucidité. Mais d'autres fois, comme cela a lieu fréquemment dans les folies venues à la suite de l'ivrognerie ou entretenues par l'habitude de la boisson, les accès laissent des traces plus ou moins profondes dans les facultés, et la physionomie porte constamment l'empreinte d'une certaine altération dans les fonctions cérébrales.

L'examen direct de Wiard oblige à le considérer comme ayant actuellement ses facultés intellectuelles plus ou moins altérées; comme atteint, non pas d'un délire maniaque, mais d'une altération cérébrale, qui, tout en lui permettant encore de converser avec raison, et de se conduire souvent, dans les choses ordinaires de la vie, en homme sensé, empêche plus ou moins l'exercice normal de sa conscience et de sa volonté, indique que son cerveau a été en proie à des perturbations plus graves, et signale d'une manière irrécusable que d'autres crises arriveront un jour, soit spontanément, soit sous l'influence de nouvelles excitations.

B. *Wiard était-il aliéné le 23 décembre 1854 et au moment de la perpétration du crime?* — A sa sortie de prison, à neuf heures du matin, le directeur a trouvé l'inculpé parfaitement sain d'esprit; ce témoignage a sa valeur, mais que de choses la scène qui s'est passée dans l'auberge du boulevard du Muy ne nous révèle-t-elle pas? Ces propos incohérents, cet égarement dans les yeux, cette volubilité dans le langage, cette absence d'*embarras de la prononciation et de titubance des jambes* (ainsi que cela a été constaté par les témoins), qui accompagnent ordinairement l'intoxication alcoolique, ne sont-ils pas autant de signes qui démontrent l'explosion du délire?

L'inculpé ne connaissait ni le général de Rostolan ni son colonel d'état-major; il n'avait jamais eu le moindre rapport avec ces officiers. Rien ne prouve que l'attentat ait été prémédité, que Wiard ait acheté

La dysménorrhée mécanique est calmée par le cathétérisme. En est-il de même dans les cas où il y a exfoliation de la muqueuse? Disons que cette dernière affection est très-rebelle, et pour ainsi dire au-dessus des ressources de l'art; au moins n'a-t-on pas de traitement bien arrêté et bien efficace. Ne serait-il pas utile de faire dans la cavité utérine des injections de nature à modifier l'état de la cavité? Ne pourrait-on pas chercher à diminuer la congestion trop intense de l'organe.

Une circonstance signalée par Oldham, et que je crois vraie, c'est la production fréquente de la rétroflexion de l'utérus à la suite de ces dysménorrhées. Ces difficultés de la menstruation entraînent des inflammations chroniques occasionnant elles-mêmes des adhérences et des rétroflexions. Si ces faits sont communs comme cet auteur le dit et comme je le pense, ce serait une nouvelle raison pour la médecine d'intervenir activement dans les cas de ce genre.

DU BICHROMATE DE POTASSE COMME ANTI-SYPHILITIQUE,

Par le docteur DE ARRASTIA.

Une dissertation inaugurale vient d'être soutenue à la Faculté il y a quelques jours par un jeune médecin havanais fort distingué, M. de Arrastia, sur le pouvoir anti-syphilitique du bichromate de potasse. Nous allons, en peu de mots, donner un résumé des idées principales de ce travail, et des faits qui y sont consignés.

Il y a quelques années, dit l'auteur, M. Edouard Robin fut conduit par ses recherches de chimie médicale à considérer le virus syphilitique comme jouant dans l'économie le rôle d'un ferment; d'autre part, il existe des substances qui, par leur combinaison avec les matières organisées ou par la décomposition partielle qu'elles leur font subir, produisent avec elles des composés imputrescibles incapables d'agir comme ferments; *à priori*, disait-il alors, de telles substances paraissent éminemment propres à neutraliser le virus syphilitique, à paralyser son influence et à guérir les affections qu'il produit.

Des faits nombreux confirment cette manière de voir: si, d'un côté, on n'a pas reconnu avec une rigueur suffisante que, par le contact avec ces substances effectué hors de l'économie, le virus devient inerte, et peut ensuite être impunément inoculé; d'un autre côté, il est nettement constaté que toutes celles qui ont été employées comme médicament pendant assez longtemps pour qu'il ne reste aucun doute sur leur vertu, ont présenté un pouvoir anti-syphilitique plus ou moins prononcé.

Voilà ce que nous montrent les mercuriaux, les arsenicaux, les composés de cuivre, d'or, etc. A l'état de dissolution, tous ces agents se combinent avec les matières organisées, les rendent imputrescibles et inertes comme ferments; tous, mis en usage dans les maladies syphilitiques, se sont montrés capables de neutraliser la cause qui les produit, et ont paru manifester une énergie en rapport avec l'activité de leur pouvoir anti-putride et la facilité de leur absorption.

Lorsque les mercuriaux, si généralement employés de nos jours comme anti-syphilitiques, offrent pourtant de graves inconvénients, n'est-il pas rationnel d'expérimenter si, dans la classe des agents conservateurs, soit par combinaison, soit par décomposition, on ne pourrait trouver d'autres substances offrant leurs avantages sans avoir leurs inconvénients.

La théorie était séduisante. MM. Ed. Robin et le docteur Vicente, l'un des amis de l'auteur, cherchèrent une substance dans laquelle ils eussent l'espoir de trouver ce succédané du mercure.

Les inconvénients des mercuriaux paraissent provenir tantôt d'une faible solubilité, qui nuit à l'absorption; tantôt d'une facile réduction, qui permet à leur métal d'être parfois rendu libre dans l'économie animale; tantôt de la fluidité qu'ils entraînent dans les éléments du sang; tantôt enfin de la lenteur avec laquelle ils réagissent sur les matières organisées. Le bichromate de potasse énergiquement anti-putride et anti-fermentescible par son acide; bien soluble dans l'eau, facilement absorbable, d'une action prompte sur les tissus, incapable d'être réduit à l'état métallique dans l'économie animale; offrant une composition qui permet de présumer qu'à la manière des composés oxydés de fer, il peut, par une désoxydation et une oxydation partielles, concourir aux métamorphoses qui s'opèrent dans le sang, ainsi qu'à l'entretien de la plasticité et de la chaleur de ce fluide, parut à M. Ed. Robin mériter d'être le sujet de recherches. Cette manière de voir fut acceptée par le docteur Vicente, qui, sentant combien les mercuriaux étaient loin de satisfaire à toutes les exigences, se chargea avec confiance des expériences à entreprendre.

Dans une première série d'expériences, nous trouvons plusieurs faits dans les détails desquels il serait trop long d'entrer ici, mais dont nous pouvons en deux mots donner une idée. C'est d'abord un malade de vingt-huit ans qui, atteint d'un chancre induré, fut traité par la cautérisation et par l'iodure de mercure à l'intérieur. Six mois après ce premier traitement, ce malade présenta une plaque syphilitique sèche, et l'on reconnut alors chez lui tous les signes d'une infection constitutionnelle: engorgement des ganglions cervicaux, etc. Cent-cinquante pilules de proto-iodure de mercure firent disparaître les accidents.

Au bout d'un an, nouvelle syphilide, mais plus étendue que la première. Troisième traitement mercuriel. Mais au bout de huit autres mois, retour des accidents avec plus de violence; ulcères de la voûte palatine, altération du timbre de la voix; enfin, symptômes de la période de transition entre les phénomènes secondaires et tertiaires. C'est alors que M. Vicente commença l'administration du bichromate de potasse à la dose de 1 centigramme par pilule. On commença par une, et tous les trois jours on augmentait d'une pilule. On s'arrêta à cinq par jour, et le malade en prit en tout cent quatre-vingts. Voilà deux ans aujourd'hui que le sujet est guéri, et il n'y a pas encore eu de récidive. M. Vicente espère qu'il n'y en aura pas, et conclut par les réflexions suivantes:

En résumé, notre malade a mieux supporté le bichromate de potasse que les préparations mercurielles; lorsqu'il était sous l'influence du mercure, il était sans appétit, triste, pâle et maigre; au lieu que pendant et après l'usage du bichromate de potasse, l'appétit est revenu, et avec lui la gaieté, les couleurs et l'embonpoint. Les plaques syphilitiques de la bouche, profondément ulcérées, ont disparu plus vite cette fois que lorsqu'il a été soumis au traitement mercuriel. Enfin, si des expériences ultérieures venaient confirmer ou prouver l'action anti-syphilitique du bichromate de potasse, son emploi serait facile chez beaucoup de personnes qui, ayant horreur du mercure, se refusent à le prendre, préférant ne rien faire, et se laissant ainsi miner par le virus syphilitique.

Un second fait plus concluant encore a été publié dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences* (1); aussi nous contenterons-nous de rappeler que le sujet, atteint d'une iritis syphilitique très-violente, de céphalée frontale, d'alopécie, d'un commencement de marasme, le tout survenu deux mois après la guérison d'un chancre induré, n'ayant jamais pris de préparations mercurielles, fut rétabli au bout de trente-deux jours de traitement. Il avait pris 160 pilules contenant ensemble 4 grammes et demi de bichromate de potasse, et était assez bien pour faire un voyage qui dura vingt-cinq jours et interrompre momentanément tout traitement. Au bout d'un mois d'interruption, il reprit encore 1 gramme de bichromate en 80 pilules, et depuis cinq ans il n'a éprouvé aucun accident.

A l'occasion de ce malade, M. Vicente fait remarquer que le sujet n'avait jamais pris de mercure; que l'infection syphilitique était bien évidente; que la vue était perdue quand il vint le consulter, et qu'au bout de huit jours la vision s'est peu à peu rétablie pour être complète au bout d'un mois; que la céphalée a disparu. Ces résultats, ajoute-t-il, ne doivent pas être attribués à la belladone, d'abord parce que, sortant tous les jours, le malade gardait à peine l'emplâtre du front et négligeait les frictions, ensuite, parce que la vision a commencé à reparaître lorsque la contraction de la pupille était aussi considérable qu'au premier jour. D'ailleurs la belladone pourrait-elle guérir par elle-même une iritis syphilitique?

(1) Novembre 1851.

Donc, si ce n'est pas le bichromate de potasse qui a produit cette guérison, il ne nous reste plus qu'à l'attribuer aux efforts de la nature. Mais l'iritis syphilitique peut-elle se guérir spontanément sans les ressources de la médecine? Pour ma part, je n'ai encore observé aucune guérison de cette maladie sans un traitement anti-syphilitique. Je possède plusieurs observations d'iritis qui ont nécessité un traitement mercuriel de deux à trois mois de durée, sans qu'on eût obtenu avant ce terme le moindre signe de vision. Sous l'influence du bichromate de potasse, l'iritis qui nous occupe a d'ailleurs été guérie bien plus rapidement que toutes celles que j'ai vu traiter à l'hôpital au moyen du proto-iodure de mercure.

Les conclusions générales auxquelles M. Vicente s'est trouvé conduit par les faits, au nombre de seize, qui lui sont propres sont les suivantes, que nous reproduisons textuellement:

1° Il semble hors de doute que le bichromate de potasse est anti-syphilitique, et qu'il agit avec plus d'énergie et de rapidité que les préparations mercurielles.

2° Dans les trois cas où j'ai administré ce nouvel agent thérapeutique, aucun des malades n'a éprouvé le moindre accident, si ce ne sont quelques nausées au commencement, surtout quand ils négligeaient de boire de l'eau après la pilule pour en éviter l'effet local légèrement caustique; mais avec cette précaution et l'addition d'opium comme correctif, l'estomac a bientôt toléré le bichromate de potasse, dont la parfaite solubilité dans l'eau permet l'administration en potion et en pilules.

3° Les pilules que les malades ont prises après une première digestion n'ont jamais provoqué de nausées ni de vomissements, sans doute parce que l'estomac est alors bien moins irritable qu'à l'état de jeûne.

4° Le bichromate de potasse étant bien soluble, son absorption dans l'économie est complète presque instantanément; de là vient la rapidité de son action thérapeutique à la dose d'un quart de grain.

5° Le bichromate de potasse ne m'a pas semblé anti-plastique comme le mercure; il n'a produit ni salivation, ni diarrhée, ni aucun phénomène particulier.

Mode d'administration. — Il est des plus simples; cependant il mérite d'être exposé en détail, car, donné sans prudence, le bichromate de potasse peut occasionner quelques malaises qu'il est bon d'éviter au malade.

Un gramme de bichromate de potasse est mélangé à une quantité d'extrait de gentiane suffisante pour faire 80 pilules. Le malade, qui doit observer une diète sévère, prend d'abord tous les soirs une pilule, puis un verre d'eau sucrée. A partir du quatrième jour, il prend 2 pilules, une le matin et une le soir. Si la pilule du matin occasionne du dégoût et des vomissements, un peu d'extrait d'opium est administré. Sont ensuite données chaque jour: du dixième au treizième jour, 3 pilules; à partir du seizième, 4 pilules; à partir du vingtième, 5 pilules, et à partir du vingt-quatrième, 6 pilules. De cette manière, un malade prend en trente jours 160 pilules.

Depuis cette époque, d'autres expérimentateurs ont répété les essais de MM. Vicente et Ed. Robin. Parmi eux, nous citerons le professeur Heyfelder, d'Erlangen (Bavière), qui a mis en usage le bichromate de potasse dans seize cas d'accidents secondaires de la syphilis constitutionnelle, et toujours avec succès; le docteur Philippe Trullet, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Lerida (Espagne), qui en a fait usage chez onze malades, sur lesquels

---

des pistolets à cet effet et qu'il soit allé sur le boulevard du Muy pour attendre la sortie du général. Tout porte à croire, au contraire, que les pistolets, la poudre, les capsules et les balles ont été achetés dans un autre but, et que l'idée de l'attentat n'a surgi qu'à l'instant même, à la vue de l'escorte du général, et sous l'influence d'un désordre cérébral ayant éclaté dans la matinée, se traduisant avant le meurtre par des signes d'une grande excitation nerveuse. Il y a eu évidemment chez l'inculpé, dans la journée du 23 décembre, un délire maniaque des mieux caractérisés, et que l'on doit considérer comme cause de l'attentat. Quoi d'étonnant que cet homme, déjà malade depuis longues années, ait été surexcité en premier lieu par sa mise en liberté et cette contrariété que lui a fait éprouver le refus d'être dirigé sur l'Afrique; en second lieu, par un excès de boissons alcooliques, dont l'effet a dû être d'autant plus rapide que l'habitude du vin avait été suspendue par suite de sa détention?

C. *Wiard était-il aliéné antérieurement au 23 décembre 1854?* — Le doute est-il permis en appréciant, en véritable psychologue, son existence errante et vagabonde depuis sa libération du service jusqu'à nos jours, c'est-à-dire depuis 1846 jusqu'en 1854? Peut-on hésiter à le considérer comme frappé d'aliénation mentale, pendant tout cet espace de temps, en présence de ses actes, de ses pérégrinations, de ses délits incessants de vagabondage et de mendicité, et de ses condamnations successives; en présence surtout du placement de l'inculpé dans deux hospices d'aliénés?

Comment l'affection mentale s'est-elle déclarée? On ne le sait pas; mais que ce soit à la suite d'un coup de pied de cheval, ou, comme le dit son frère, qu'elle soit survenue après une maladie, ou enfin que l'ivrognerie en ait favorisé le développement, il n'en est pas moins réel qu'elle existait déjà à un certain degré dans l'année 1846, lorsqu'il écrivait au ministre de la guerre cette lettre si étrange dont nous avons cité un extrait. La maladie, marquée probablement par des rémissions ou des intermittences plus ou moins longues, s'est maintenue la même pendant plusieurs années; elle a été cause de tous ses délits.

A propos de tous ces faits, que nous n'avons indiqués que sommairement, M. le docteur Aubanel, avec cette profondeur d'esprit et ce judicieux talent d'observation qu'on lui connaît, fait découler de la discussion médico-légale très-étendue à laquelle il se livre (1) des conclusions nettement formulées et qui tendent à prouver que Wiard ne jouissant pas de son libre arbitre dans la journée du 23 décembre, doit être considéré comme irresponsable de ses actes.

En vertu d'une ordonnance de non-lieu, il a été mis hors de cause; c'est une sage détermination de la justice, qu'il serait désirable d'obtenir dans tous les cas où la folie existe réellement.

Wiard est aujourd'hui à l'asile des aliénés de Marseille; on l'utilise dans un atelier. Il est calme, soumis, mais bizarre, taciturne, peu communicatif, refusant souvent de parler, n'ayant aucune conscience de l'événement ni de la gravité de la peine qu'il pouvait encourir. De plus, des symptômes irrécusables de démence avec paralysie générale ont commencé à se déclarer chez lui.

Que pensez-vous de mon histoire, cher lecteur? Ne trouvez-vous pas, comme moi, que la tâche qui incombe au médecin est quelquefois bien lourde et bien épineuse, et que lorsqu'il a à statuer sur le sort d'individus à raison dévoyée ou douteuse, il lui faut une grande perspicacité pour débrouiller du chaos le vrai du faux, le sensé du déraisonnable? Se faire une opinion en semblable occurrence n'est pas le plus malaisé, mais il faut la faire accepter aux autres, à des magistrats peu éclairés en général sur tout ce qui touche aux manifestations du délire, à des confrères peu bienveillants, à un public ignorant et toujours prêt à crier à l'injustice. Dans le cas particulier qui vient de nous occuper, M. Aubanel a obtenu un beau succès, et il a bien fait de demander le placement de Wiard *à tout jamais* dans un asile d'aliénés. Cet arrêt semble avoir, il est vrai, quelque chose de grave, de contraire à notre législation, de pénible en quelque sorte à la conscience, car l'incurabilité n'est jamais absolue. Un aliéné peut guérir en dépit de toute prévision, le meurtre peut être commis dans un accès de manie qui ne se reproduira plus, faut-il néanmoins condamner à un isolement perpétuel les pauvres malades dont le rétablissement est possible? J'admets toute la dureté d'une décision de cette nature; mais devons-nous oublier les intérêts de la société, compromettre la sécurité publique par notre imprévoyance et notre témérité? Il n'y a pas à hésiter un seul moment; le médecin légiste doit signaler le danger, communiquer ses craintes, et indiquer les précautions que la sagesse commande.

H. LEGRAND DU SAULLE.

(1) *Annales médico-psychologiques*, 3e série, tome II.

M. de Quatrefages, professeur, membre de l'Institut, commencera son cours d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme ou d'anthropologie, le mardi 17 juin 1856, à trois heures et demie, et le continuera les mardis et samedis à la même heure.

Après avoir examiné les principales questions de zoologie générale qui se rattachent à l'étude de l'homme, le professeur fera l'histoire des races humaines. Il exposera avec détail leurs caractères extérieurs et anatomiques; il indiquera les particularités de mœurs, de croyances religieuses qui les distinguent, et insistera sur leur distribution géographique.

neuf présentaient des phénomènes tertiaires; enfin, M. Desmarres, l'habile ophthalmologiste, qui s'exprime ainsi au sujet de ce médicament :

« J'ai obtenu bien souvent, depuis quelques années, d'excellents résultats de l'emploi du bichromate de potasse; j'ai guéri bon nombre d'iritis syphilitiques et des accidents constitutionnels fort graves à l'aide de ce médicament, qui m'a paru, dans beaucoup de cas, posséder les avantages du mercure sans en avoir les inconvénients. Je l'ai surtout employé contre les accidents secondaires; mais, quoique nombreuses, je ne crois pas que mes observations le soient encore assez pour fixer mon esprit définitivement sur ce sujet. C'est un médicament à expérimenter encore. Je le prescris suivant cette formule de M. Vicente :

» Bichromate de potasse. } ãã. . 1 gramme.
» Extrait thébaïque. . . }
» Sirop simple. . . . . q. s.
» Diviser s. a. en 100 pilules.

» Une matin et soir, trois heures et demie à quatre heures après le déjeuner et le dîner (on évite ainsi les vomissements).

» Tous les trois jours on augmente d'une pilule jusqu'à cinq ou six par jour. »

De tout ce que nous venons de dire, il ne s'ensuit certes pas que le bichromate de potasse doive être admis dans tous les cas comme remplaçant avec avantage les préparations mercurielles dans les affections syphilitiques; ce n'est pas une expérience de cinq ou six ans seulement qui suffit pour démontrer une pareille efficacité; mais les succès déjà obtenus, les noms bien connus des auteurs qui ont répété ces expériences doivent encourager les praticiens à continuer ces essais, principalement chez les malades qui, comme cela n'arrive que trop souvent, se montrent réfractaires à l'action du mercure. N'eût-on de résultat bien complet que dans ces conditions, et dût-on borner là l'usage du bichromate de potasse, sa part serait encore assez belle pour qu'il n'eût rien à envier aux autres *spécifiques*, malheureusement trop peu connus encore, que possède la matière médicale.

M. de Arrastia a rendu un véritable service en rassemblant tous ces documents et en les exposant avec un clarté et une impartialité dignes d'éloges. Il aura bien mérité de la science et de l'art si la nouvelle médication, comme il est permis de l'espérer, rend les services qu'elle paraît promettre.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 juin 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des épidémies qui ont régné dans les départements de l'Ardèche, de la Mayenne, de la Moselle, de la Marne, de Lot-et-Garonne et des Hautes-Alpes en 1855.

2° Un rapport final de M. le docteur Dehée, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Arras, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune d'Arvincourt en 1855-56.

3° Deux rapports du même médecin sur une épidémie de rougeole qui a régné au commencement de l'année 1856 dans les communes de Soinencourt et de Warluz.

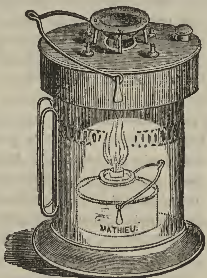
4° Un rapport de M. le docteur Dauvin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Pol, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1855-56 dans la commune de Leparcq. (Commission des épidémies.)

5° Les rapports de MM. les docteurs Auzouy, Buissard, Chevallier, Biémont, Cavarroé, Tailhade, Loubies, Lafond, Marbotin, Bailly, Cornil-Boirot, Batbédat, Arrat-Balous et Massie, sur le service médical des eaux minérales de Cransac, Lamothe-les-Bains, Chaudes-Aigues, Vic-sur-Lève, Capberle, Propiac, Trébas, Saint-Amans, Bains, Cusset, Prébacq, Gamarde, Saint-Loubouer et Esperon de Saint-Pierre, Bibi, Bagnols, La Bagnère et Joannin. (Commission des eaux minérales.)

6° Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de l'Orne et de la Gironde, et le rapport sur le concours de vaccine de l'année 1855 dans le département de la Gironde. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Appareil fumigatoire.—M. L. Mathieu présente un appareil fumigatoire qu'il a construit d'après les indications de M. le Dr E. Langlebert. Cet appareil, destiné à simplifier et à vulgariser l'emploi des fumigations de cinabre dans le traitement des syphilides et autres maladies de la peau, se compose d'une chaudière à vapeur en cuivre, de forme annulaire, reposant sur un cylindre en fer-blanc, au fond duquel est une forte lampe à alcool. La face de la chaudière porte quatre petits tubes pour le dégagement de la vapeur. Au-dessus de son ouverture centrale est une petite capsule en tôle dans laquelle on place le cinabre, et que vient frapper directement la flamme alcoolique.



Pour faire usage de cet appareil, on verse de l'eau dans la chaudière et on allume la lampe. Lorsque la vapeur commence à se dégager par les tubes, on met dans la capsule 8 à 10 grammes de cinabre, et on place le tout entre les jambes du malade assis sur le bord d'une chaise et entouré d'une couverture de laine fixée autour du cou.

Ce procédé remplit exactement toutes les conditions que réalisent les grands appareils fumigatoires ordinaires, et il a sur ces derniers l'avantage de permettre aux malades de faire chez eux les fumigations qu'ils étaient obligés d'aller prendre dans les établissements publics.

M. le docteur Montecelli (de Naples) adresse un mémoire intitulé *Recherches théorico-pratiques sur le traitement des anévrismes par l'injection de perchlorure de fer.* (Commission déjà nommée.)

— M. Chauveau, chef des travaux anatomiques à l'École vétérinaire de Lyon, adresse un mémoire sur la question de la glycogénie. (Commissaires : MM. Longet, Bussy, H. Bouley.)

— M. le docteur Smith (de New-York) soumet à l'examen de l'Académie plusieurs appareils électriques destinés à des applications médicales. (Commissaires : MM. Poiseuille, Soubeiran et Bouvier.)

— M. Adolphe Langlebert, officier de santé, écrit une lettre dans laquelle il s'efforce de justifier la démarche qu'il a faite auprès du ministre au sujet de son prétendu spécifique anti-cholérique, laquelle démarche a été l'objet d'un blâme de la part de l'Académie, et qui a donné lieu à une réclamation de la part de M. le docteur Edmond Langlebert.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. Henry lit au nom de la commission des eaux minérales les rapports officiels suivants :

1° Sur deux sources d'Usson (Ariége), toutes deux sulfureuses, et ayant beaucoup d'analogie avec les eaux voisines de Carcanières et d'Escouloubres. Comme dans celles de la chaîne des Pyrénées, c'est le sulfure de sodium qui en est la base, associé au chlorure de sodium aux silicates, carbonates et silicates alcalins et terreux, et quelques autres principes. La proportion de l'élément sulfureux s'est montrée invariable, ce qu'il faut attribuer sans doute à un mode vicieux d'embouteillage et à l'altérabilité connue des eaux sulfureuses. La commission propose de répondre au ministre qu'une analyse de ces eaux devra être faite aux sources même. (Adopté.)

2° Sur une eau de Vrécourt (Vosges), fournie par un puits artésien. Cette eau est froide, limpide, sans odeur; sa saveur est à peine sensible, un peu alcalescente, toutefois sans action marquée sur le papier reactif. Elle contient du sulfate de soude, du chlorure de sodium, du bicarbonate de soude, des bicarbonates de chaux et de magnésie, de l'arsenic en quantité appréciable, etc. Il y a entre cette eau et celle de Plombières une certaine analogie de composition. La commission est d'avis qu'avant d'accorder l'autorisation d'exploiter cette eau, il faut qu'un captage définitif en ait assuré l'aménagement, et que des observations sérieuses aient établi nettement les propriétés médicales qu'on lui attribue. (Adopté.)

3° Sur l'eau de la fontaine de Marina, près Saint-Dizier (Haute-Marne). Cette eau est essentiellement riche en fer; mais l'analyse qui en a été faite dans le laboratoire de l'Académie n'a pu y faire découvrir le poids de 0,11 par litre annoncé dans l'analyse envoyée avec la lettre ministérielle. On y trouve aussi des carbonates de chaux et de magnésie, des sulfates de soude, de chaux, de magnésie et de potasse; des traces de manganèse, de silice, de brome, d'iode et de cuivre.

Avant d'accorder la concession demandée, la source devra être débarrassée de toutes matières étrangères. La commission propose de répondre qu'il y a lieu de surseoir à la demande de concession. (Adopté.)

4° Sur les eaux d'Aurensan (Gers). Il résulte des premiers essais faits dans le laboratoire de l'Académie que l'eau des sources d'Aurensan a quelque analogie avec celle des sources voisines d'Aulus, de Capvern, d'Encausse. Elle est limpide, sans odeur ni saveur sensibles. La température est de 17 degrés centigr. En raison de ses propriétés médicales reconnues et de la création de l'établissement thermal qui s'y trouve, la commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée. (Adopté.)

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

La liste de présentation porte :

En première ligne, M. Bayle; en deuxième ligne, M. Trousseau; en troisième ligne, et *ex æquo*, MM. Durand-Fardel et Pidoux.

Le nombre des votants est de 74; majorité, 38.

Au premier tour de scrutin :

M. Trousseau obtient. . . .	54	suffrages.
M. Bayle.	18	—
M. Durand-Fardel.	1	—
Billet blanc.	1	

M. Trousseau ayant obtenu la majorité, est proclamé élu. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

LECTURES.

Vaccine et eaux aux jambes. — M. Leblanc lit un travail dans lequel il présente plusieurs objections aux opinions exprimées par M. Bousquet dans l'avant-dernière séance, relativement à la communication de MM. les docteurs Maunoury et Pichot sur un cas de vaccine produit par le contact du liquide des eaux aux jambes d'un cheval.

Ce fait, dit M. Leblanc, est si insolite qu'il ne faut négliger aucune des circonstances qui le constituent. M. Moreau a proposé de s'informer si le cheval ferré par le sujet inoculé (le nommé Brissot) était bien atteint d'eaux aux jambes. Il serait plus intéressant de connaître dans quel état se trouvait cette affection au moment où le maréchal a été en rapport avec le cheval. En effet, cette maladie présente des phases nombreuses. Y en aurait-il une dans laquelle existerait la propriété de produire la vaccine? Est-ce ainsi qu'on devra expliquer la rareté de cette transmission? A la première question, je réponds négativement.

A aucune période de leur évolution les eaux aux jambes n'ont, selon moi, la propriété de produire la vaccine. Les expériences faites par M. Bousquet en ma présence en sont la preuve. Le liquide pris sur des chevaux dont la maladie était récente n'a dans aucun cas produit d'éruption spéciale ni chez les enfants ni chez les génisses auxquels M. Bousquet a essayé de les inoculer. Un infirmier qui pansait l'un des animaux malades eut au nez quelques boutons nullement spécifiques, et tels que les palfreniers en ont souvent pour avoir soigné des chevaux atteints d'une maladie cutanée quelconque.

Ce sont là les seules expériences d'inoculation. Mais il existe des faits de contagion accidentelle du cheval à l'homme.

L'inoculation du cheval à la vache et au mouton a donné des résultats contradictoires; insuccès d'une part, et d'une autre résultats qui semblent confirmatifs de l'opinion de Jenner, à savoir que la vaccine se produit par inoculation des eaux aux jambes sur la vache.

Hurtel d'Arboval a rappelé un fait analogue à celui de MM. Maunoury et Pichot; mais il se demande si la vaccine ne provenait pas d'une autre source que des eaux aux jambes du cheval soigné par le cocher. Je ferai la même objection à l'occasion du fait de Brissot. Je remarque que les pustules n'ont commencé à se développer sur les deux mains de Brissot que douze jours après le contact, et cette incubation serait toute différente de celle de la vaccine. Puis Brissot a seulement ferré le cheval; la personne qui maintenait le pied pendant le ferrage était bien plus exposée. Que de fois ai-je vu des teneurs du pied avoir les mains, les poignets et les bras couverts du liquide d'eaux aux jambes, et cependant jamais je n'ai constaté des cas de contagion chez ces hommes, qui n'avaient probablement pas été tous vaccinés ou variolés.

A ces faits de non-contagion, j'ajouterai comme preuve auxiliaire le raisonnement. Rien de plus dissemblable que les lésions, les symptômes, la marche et les causes des eaux aux jambes d'une part, de la vaccine d'une autre part. Les eaux aux jambes ne sont pas contagieuses du cheval au cheval, comment le seraient-elles du cheval à la vache et à l'homme?

Je ne peux donc partager l'opinion de M. Bousquet sur la portée du fait communiqué par MM. Maunoury et Pichot. L'inoculation directe est évidemment le seul moyen de résoudre la question en litige. Que l'on produise les eaux aux jambes chez un cheval en lui inoculant la vaccine, et je croirai à la production de la vaccine par les eaux aux jambes. Or, on sait que jusqu'à présent l'inoculation de la vaccine au cheval n'a même pas produit la vaccine.

M. Bousquet rappelle à cette occasion à l'Académie l'opinion de Jenner, qui croyait à l'inoculation des eaux aux jambes, mais seulement à l'état aigu et non pas à l'état chronique. Vers la fin de sa vie, son opinion à cet égard s'était modifiée : il avait fini par croire que la vache recevait la vaccine par l'inoculation des eaux aux jambes, et que ce n'était qu'ainsi que ce dernier virus pouvait être transmis à l'homme, mais jamais d'une manière directe. Vodwille, qui a importé la vaccine en Europe, partageait la même opinion. Plusieurs vaccinateurs ont essayé depuis d'inoculer directement les eaux aux jambes du cheval à l'homme, ils n'ont pas réussi; j'ai essayé moi-même sans plus de succès. Cependant le fait d'un palefrenier qui avait reçu le vaccin d'un cheval atteint d'eaux aux jambes, observé par Sasko, a commencé à modifier nos opinions sur ce point, et le fait de MM. Pichot et Maunoury semble venir nous donner une nouvelle preuve à l'appui de la transmissibilité directe des eaux aux jambes du cheval à l'homme.

Dans ce dernier cas, les pustules avaient toutes les apparences du vaccin. Il y avait du reste un moyen de le vérifier, c'était l'inoculation. Elle a réussi. Mais, pouvait-on objecter, n'était-ce pas la variole? D'après l'aspect seul des pustules, il était difficile de se prononcer. Mais, si l'on considère que chez aucun des inoculés il n'y a eu d'éruption générale, que chez tous elle est restée locale, il est difficile de ne pas conclure que c'est bien la vaccine. Il me semble qu'on ne peut sortir de ce dilemme : ou cet homme s'est inoculé volontairement la vaccine sur les mains pour tromper les médecins, ou il a reçu effectivement le virus des eaux aux jambes.

M. Leblanc. Ce fait, à mes yeux, n'est pas absolument concluant : il s'est passé un temps assez long entre le moment où Brissot a été en contact avec le cheval et l'époque où s'est manifestée l'éruption. Or sait-on si dans l'intervalle il n'a pas été en rapport avec des vaches?

M. Gibert. M. Bousquet va trop loin lorsqu'il conclut de l'absence d'éruption générale que ce n'était point la variole. On sait très-bien que la variole inoculée n'a donné lieu quelquefois qu'à une éruption locale.

M. Bousquet. Ce que dit M. Gibert peut être vrai pour la varioloïde, mais non pour la variole. Or on ne pourrait confondre ces deux éruptions, la durée de la pustulation étant beaucoup plus longue dans la variole que dans la varioloïde. Or la varioloïde n'a jamais donné la variole.

M. Bouley ne voit nullement dans ce que vient de dire M. Leblanc la preuve négative que les eaux aux jambes ne peuvent se transmettre et donner lieu à la vaccine. Il y a beaucoup de maladies qui sont contagieuses et non inoculables. La morve chronique est dans ce cas. Il en est de même de la péripneumonie des bêtes à cornes, maladie essentiellement contagieuse et non inoculable. Toutes les fois qu'on s'expose au contact de matières morbides ou des parties lésées, il en résulte une affection cutanée particulière, mais qui n'est plus la péripneumonie.

M. Bousquet apprécie le raisonnement de M. Bouley. Il en voit une nouvelle preuve dans les modifications que subit le cowpox en passant de la vache à l'homme. Chez ce dernier, l'éruption ne ressemble en rien à la maladie primitive de la vache, et il serait difficile de reconnaître là deux affections identiques.

M. Leblanc reconnaît en effet que les expériences d'inoculation ne sont pas absolument concluantes; il se rétracte à cet égard. Mais ce qui a plus de valeur à ses yeux, c'est la communication par contact. Or il est presque sans exemple que des hommes ayant eu pendant un temps plus ou moins long leurs bras nus en contact avec le liquide des eaux aux jambes aient contracté la maladie.

MM. Bousquet et Bouley objectent que ces individus avaient eu probablement la vaccine ou la variole.

— Il est quatre heures et demie. L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

S. M. le roi de Danemarck vient d'envoyer à M. le docteur Vleminckx, inspecteur du service de santé de l'armée belge, la croix de commandeur de l'ordre de Danebrog; c'est la récompense des services importants rendus par M. Vleminckx à l'armée du Danemarck, à l'occasion d'une épidémie d'ophthalmie.

— M. Gourard-Rœlens, docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements à Lichtervelde (Bohême), est mort récemment à l'âge de quatre-vingt-huit ans. Par son testament olographe il lègue tous ses biens à cette commune pour l'érection d'un refuge destiné aux orphelins des deux sexes.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 70. — SAMEDI 14 JUIN 1856. (29e ANNÉE.) N° 70. — SAMEDI 14 JUIN 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des-postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Contracture rhumatismale ayant offert des caractères insolites. Diagnostic confirmé par la provocation artificielle d'un accès au moyen de la compression.

Depuis l'ouverture de la clinique (semestre d'été), il s'est présenté dans le service de M. Trousseau plusieurs exemples de contracture rhumatismale qui ont fourni à ce professeur l'occasion d'esquisser le tableau historique de cette singulière affection, qu'il a tant contribué lui-même à faire connaître par ses nombreuses et judicieuses observations. Nous laissons à celui de nos collaborateurs, chargé de la rédaction des leçons cliniques de M. Trousseau, le soin de reproduire cette esquisse ; nous nous bornerons, pour l'instant, à signaler à l'attention des lecteurs de la *Revue* un cas de contracture qui a présenté des particularités insolites et qui a fourni à M. Trousseau l'occasion de faire ressortir la valeur d'un signe diagnostique différentiel important de cette affection.

Une femme âgée de trente ans est entrée à l'Hôtel-Dieu vers la fin du mois dernier, en proie à un accès de contracture rhumatismale. C'est le douzième accès de ce genre que cette femme éprouve depuis six ans, sans que jamais aucun d'eux ait été précédé d'un trouble appréciable dans sa santé ni dans aucune de ses habitudes. Rien ne semble l'avoir pu prédisposer à cette affection ; ni accouchement récent, ni allaitement, ni diarrhée, contrairement à ce que l'on observe le plus habituellement en pareil cas. Ses membres supérieurs sont dans un état de roideur telle qu'il lui est impossible d'ouvrir le poignet, qui tantôt est fermé comme pour asséner un coup de poing, ou d'autres fois étendu, les doigts rapprochés et opposés les uns aux autres en manière de cône. Ce qui est le plus remarquable chez elle, c'est que tandis que ces sortes de contractures sont habituellement intermittentes, comme on a pu le voir chez plusieurs des sujets qui ont été récemment dans les salles pour la même affection, la contracture est au contraire permanente et continue ; c'est une vraie contraction tonique qui persiste pendant toute la durée de l'accès, sans un seul moment de relâchement. Mais, chose non moins singulière, tandis que la contracture des membres supérieurs présentait ce caractère continu insolite, les membres inférieurs, atteints de la même affection, présentaient dans leur contracture cette intermittence, qui est l'un des caractères habituels de la contracture rhumatismale.

Cette dernière circonstance ne laissait pas de doute sur la nature de l'affection. Mais si l'on faisait un instant abstraction de l'état des membres inférieurs et que l'on ne tînt compte que des membres supérieurs seulement, il devenait assez difficile de distinguer cet état d'avec le tétanos, à raison de la persistance de la contracture. On pouvait même, à la rigueur, se demander si l'affection des membres supérieurs était bien de la même nature que celle des membres inférieurs, si c'était la même forme de contracture.

On connaît l'influence de la compression sur cette affection. Cette influence, signalée par M. Trousseau et fréquemment constatée dans son service, consiste à accroître l'intensité de la contracture, si elle existe encore, ou à en produire à volonté le retour, si elle est dissipée. C'était là un caractère qui pouvait utilement servir, dans cette circonstance, à éclairer le diagnostic et à dissiper les doutes que les conditions insolites de ce fait avaient pu faire naître dans l'esprit. La compression a eu, en effet, ici son résultat ordinaire. Dès lors, il n'y avait plus de doute que la contracture des membres supérieurs et celle des membres inférieurs étaient de la même nature. La question d'identité était résolue.

La saignée, qui produit habituellement du soulagement, n'a eu aucun effet sensible chez cette malade ; on l'a mise à l'usage du sulfate de quinine, qui s'est montré jusqu'ici l'un des moyens les plus efficaces contre la contracture rhumatismale chronique. Mais l'époque tardive où l'on a commencé l'administration de cet agent, et qui coïncidait avec le terme habituel des accès chez cette femme, n'a pas permis de faire la part qui appartenait à ce médicament dans la guérison de la maladie.

Quelques exemples des bons effets de l'usage externe du quinquina ou du sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes pernicieuses, où l'administration interne de ces médicaments était impossible.

Dans l'une de nos dernières *Revues cliniques*, nous avons entretenu nos lecteurs de quelques exemples de fièvres intermittentes pernicieuses, et nous avons insisté à ce sujet sur la nécessité de ne tenir compte, avant toute autre indication, que de l'indication de la médication anti-périodique, quelles que soient d'ailleurs les complications et la nature des accidents concomitants. Il n'est en effet aucun état morbide, fût-ce un état phlegmasique des plus intenses, et eût-il pour siége le tube digestif, qui puisse dispenser de remplir cette indication. C'est au praticien de s'ingénier, dans le cas où l'administration des préparations de quinquina par la voie gastrique serait tout à fait impossible, pour y suppléer par tel mode d'administration qui lui paraîtra plus facile ou mieux approprié aux conditions actuelles du malade.

Un honorable praticien, M. le docteur Chevrey, qui a longtemps exercé la médecine à Sèvres et dans le Bas-Meudon, où règnent assez souvent des fièvres intermittentes de mauvais caractère, vient de nous communiquer à cette occasion quelques faits intéressants sous ce point de vue, qu'il a recueillis il y a déjà longtemps dans cette contrée, et qui viennent parfaitement à l'appui des principes que nous venons de rappeler. La date déjà très-ancienne de ces faits, loin d'en diminuer l'intérêt, ne fait que l'accroître, au contraire, à nos yeux, car ils sont d'autant plus significatifs qu'ils se sont passés à une époque où, comme le rappelle notre confrère, le monde médical était sous la pression de la doctrine physiologique.

Voici ces faits, que nous laissons raconter à M. Chevrey :

En juillet 1820, deux enfants, âgés de huit et dix ans, frère et sœur, bien constitués, issus de parents aisés et occupant une habitation saine, sont atteints d'une fièvre scarlatine miliaire des plus aiguës. Soumise à un traitement anti-phlogistique convenable, la maladie marche régulièrement les quatre premiers jours. Le soir du cinquième, tous deux à la même heure sont saisis par un frisson qui dure une demi-heure, auquel succède une fièvre très-vive (120 pulsations), avec agitation, délire, désir de mordre, de déchirer, au point qu'il fallut leur appliquer la camisole pour les maintenir au lit. A cet état, qui dura huit heures, succéda une prostration générale, une flaccidité des muscles et de la peau, une sorte d'hébétude et d'accablement. La phlegmasie continuait sa marche. Croyant déjà reconnaître le caractère insidieux du mal que j'allais avoir à combattre, j'attendis et j'observai. Le septième jour (troisième de l'accès) nouvel accès, plus violent encore que le premier, car à la fin je crus un instant que mes deux malades allaient succomber.

Il n'y avait donc pas à hésiter dans le choix d'une pressante médication. Mais ce n'était pas là qu'était la difficulté. Il était impossible de faire avaler à ces petits malades aucun liquide amer, et encore moins du quinquina (le sulfate de quinine ne m'était encore connu que de nom). La poudre péruvienne, injectée dans le rectum, en était immédiatement rejetée. N'ayant alors d'autre voie que la peau pour faire pénétrer le médicament dans l'organisme, je fis préparer une très-forte décoction de quinquina, à laquelle on ajoutait quelques gouttes d'acide sulfurique. J'en fis imprégner de grands morceaux de molleton en laine, dans lesquels on enveloppa de la tête aux pieds ces enfants. Toutes les deux heures on arrosait ces lainages avec le liquide bien chaud. Durant cette opération, qui fut continuée pendant soixante-douze heures, ces enfants ne burent que de l'eau rougie. La pyrexie pernicieuse ne reparut plus; la phlegmasie de la peau et des muqueuses s'éteignit assez vite, ne laissant chez ces enfants qu'un état de faiblesse qui prolongea leur convalescence au delà de sa durée ordinaire.

— A la fin de septembre 1821, une célèbre actrice, en convalescence d'une syphilis des plus graves, occupait au Bas-Meudon une maison de campagne sur le bord de la Seine. Le fleuve étant resserré sur ce point par la grande île, beaucoup de hautes herbes s'élevaient de son fond, y arrêtaient de la vase, et en formaient une espèce de marais d'où sortaient constamment des émanations fétides. Malgré les observations que je lui avais faites plusieurs fois, cette personne aimait à se promener fort tard en bateau sur cette partie de la rivière. Cette année, l'été était très-chaud; un dixième de la population de Sèvres et des environs était atteint de la fièvre intermittente tierce; des cas nombreux et très-graves de pyrexie pernicieuse s'y faisaient remarquer.

Le 20 septembre, Mme X... fut atteinte au milieu de la nuit de douleurs violentes dans toute la région gastro-abdominale, qui, chose étrange, supportait très-facilement les fortes pressions de la main. La soif était vive; le pouls petit, serré, fréquent. — Boissons acidulées ; fomentations et lavements émollients.

Le 21, langue rouge, soif ardente, pouls toujours serré, plus fréquent que la veille (96); flux dyssentérique fréquent, abondant, douloureux, moins de douleur dans l'abdomen. (Décoction blanche; fomentations et lavements émollients.) A dix heures, refroidissement général; horrible frisson qui, malgré tous les soins, dura plus d'une heure. A la suite, fièvre vive (110 pulsations) ; agitation, délire furieux, refus obstiné de toutes boissons, de tous soins. La langue est sèche, les évacuations dyssentériques toujours aussi abondantes et fréquentes ; l'abdomen est douloureux à la pression. A cet état, qui dura cinq heures, succéda un affaissement général de tout l'organisme, avec hébétude et perte de connaissance. La dyssenterie est moins abondante ; le ventre toujours douloureux, la peau sèche, la langue rouge, le pouls petit, toujours dur, est à 92.

Je ne doutai pas un instant que j'avais affaire à une fièvre pernicieuse des plus graves. Bien que déjà je fusse familiarisé avec le sulfate de quinine, comme jusqu'alors, indépendamment de sa vertu anti-périodique, on le considérait encore comme tonique ; et soumis, ainsi que tout le monde médical d'alors, à la pression de la doctrine physiologique, il me fut impossible de me résoudre à l'administrer à ma malade, dont tout le tube gastro-intestinal paraissait le siége d'une inflammation assez intense.

Ici encore je recourus donc à l'absorption du quinquina par la peau.

En conséquence, je fis jeter la décoction de 4 kilogrammes de quinquina dans l'eau d'un bain que l'on acidula avec l'acide sulfurique. J'y fis placer la malade commodément, de manière à pouvoir l'y maintenir longtemps. Je faisais entretenir la température du bain en y versant toutes les demi-heures quelques litres bouillants de la décoction de quinquina, qui, de cette manière, conservait toute sa force pendant ce temps. On nourrissait la malade avec du bouillon de poulet et de l'eau rougie sucrée ; elle y resta huit heures, après lesquelles la série de symptômes si alarmants exposés plus haut disparut complétement. Plus de dyssenterie, plus de douleur, plus de fièvre ; seulement une faiblesse extrême. Elle prit encore deux bains de quinquina de deux heures chaque. La convalescence marcha vite, sous l'influence du vin de quinquina au madère continué pendant un mois et soutenu par une bonne alimentation.

La troisième et dernière observation que nous communique M. Chevrey offre une grande analogie avec celle que nous avons rapportée du service de M. Gendrin, et prouve comme elle que, loin de nuire à la phlegmasie pulmonaire, le sulfate de quinine n'entrave nullement la résolution de la pneumonie, surtout lorsqu'elle est liée à une fièvre intermittente.

Dans le mois d'avril 1822, qui fut très-chaud, un jeune bûcheron (vingt-cinq ans), bien constitué et très-robuste, était occupé au défrichement d'une portion de bois qui bordait une mare dans la forêt de Meudon, lorsqu'il fut atteint d'une pneumonie double.

Appelé le lendemain, l'auscultation et la percussion me firent reconnaître que l'inflammation avait envahi les deux poumons. Une saignée fut immédiatement pratiquée et donna 4 palettes de sang. — Diète, boisson gommeuse, looch gommeux.

Le soir, nouvelle saignée avec 5 palettes de sang.

Le 3, aggravation de tous les symptômes ; fièvre vive, pouls à 105 pulsations par minute ; respiration douloureuse, difficile ; matité de tout le thorax. L'auscultation faisait entendre l'introduction de quelques bulles dans les poumons avec un râle sibilant. L'hépatisation des poumons me paraissait imminente. — Potion stibiée à 60 centigrammes; larges vésicatoires autour du thorax.

Le soir, même état; continuation des loochs et tisane gommeuse. Nouvelle potion stibiée à 15 grains.

A minuit, un homme vient me prier de me rendre auprès de mon malade, qui s'était enfui de la maison en état de folie. A mon arrivée, je le trouvai en effet en proie au plus violent délire. J'appris qu'une heure après ma visite du soir, un froid accompagné de tremblement général l'avait saisi, que la chaleur avec le délire et ses suites étaient arrivés une heure après. La potion stibiée n'avait pas été tolérée, les vésicatoires n'avaient point agi, et cependant, quoique la peau fût sèche et brûlante, le pouls plein, dur et à 110 pulsations, le malade respirait et toussait plus facilement, l'expectoration était abondante et les crachats contenaient moins de sang.

Le 4, cessation de tout ce désordre, prostration générale, pouls petit et lent; facies hébété, triste; yeux sans expression, langue froide et humide ; respiration pénible et douloureuse, râle gar-

gouillant; peau flasque avec humidité algide; peu d'expectoration sanguinolente.

Tant de bizarrerie et d'anormalité me paraissant bien constituer une affection pernicieuse, je prescrivis immédiatement 20 grammes de sulfate de quinine dans 120 gram. d'eau, à prendre par cuiller à demi-heure d'intervalle. La même dose fut encore prise pendant la nuit, et une troisième le lendemain. Aucun des symptômes pernicieux ne reparut, et la résolution de la pneumonie marcha si rapidement, que le onzième jour le malade était en pleine convalescence. Néanmoins le mal avait pénétré si profondément dans la vie qu'elle fut très-pénible et très-longue, même avec le meilleur régime et l'usage des toniques.

Staphyloraphie. — Procédé de l'avivement et de la suture avec incisions latérales. Guérison.

La staphyloraphie, l'une des conquêtes chirurgicales de notre époque, due à l'initiative de deux chirurgiens également célèbres, Graeffe et Roux, est arrivée par des modifications successives et des perfectionnements graduels, à donner des résultats de plus en plus nombreux et complets. Parmi ceux de ces perfectionnements qui ont le plus contribué à assurer le succès de cette opération, il faut surtout placer les incisions latérales pratiquées dans le but de relâcher le voile ou palais et de faciliter ainsi l'exact affrontement des parties en diminuant la tension de la suture. Ces incisions, dont M. Roux avait senti la nécessité, bien qu'il n'en ait fait que rarement usage, et qui ont été conseillées et pratiquées depuis par Dieffenbach, et avec diverses modifications par MM. Warren et Fergusson, rentraient trop naturellement dans le système des débridements que M. Jobert applique d'une manière générale aux opérations de ce genre; pour que ce chirurgien n'en adoptât pas l'usage; aussi les a-t-il mises en pratique dès les premières opérations de staphyloraphie qu'il a faites. Mais c'est surtout à M. Sédillot que revient l'honneur d'avoir généralisé et systématisé le débridement dans la staphyloraphie, en démontrant l'utilité d'incisions larges et profondes comprenant toute l'épaisseur du voile du palais, et en particulier les muscles de cette région. Nous avons déjà publié plusieurs faits à l'appui de cette importante modification. Le fait suivant, dont nous venons d'être témoin dans le service de M. Jobert, vient grossir encore le nombre des succès dus à l'application de cette méthode.

La nommée Chaussier, âgée de vingt-huit ans, d'une constitution faible, d'une santé délicate et languissante, est entrée le 25 avril à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Maurice, n° 28), pour y être opérée d'une division du voile du palais.

La difformité présente les caractères suivants :

Au premier abord, on aperçoit un trou d'une ouverture suffisante pour permettre l'introduction de deux sondes ordinaires de trousse. Ce trou est allongé d'avant en arrière; il est situé en avant de la luette, sur laquelle il se continue par un sillon assez profond. Celle-ci, moins volumineuse qu'à l'état normal, marque le milieu du bord postérieur du voile, qui, au lieu de présenter un double cintre, ne forme qu'un seul arc. Le voile du palais paraît moins vaste que d'habitude, il est aussi plus pâle; mais ce qu'il offre de plus remarquable, c'est un raphé transparent qui s'étend depuis la division jusqu'au point de réunion des os du palais; il passe sur la face inférieure des os palatins, qui sont écartés sous un angle très-aigu, à sommet antérieur. On peut constater ce raphé par son aspect bleuâtre. M. Jobert en a fort ingénieusement déterminé le trajet par le moyen suivant: Il a pris une sonde cannelée d'argent, l'a recourbée dans une assez grande étendue; puis, l'ayant introduite par la division sur la face postérieure du raphé, il a montré que la sonde pouvait être facilement reconnue, grâce à la transparence du trajet.

Cette difformité est bien réellement congéniale; elle consiste en un véritable arrêt de développement, facile à reconnaître aux dimensions du voile tout entier, mais surtout le long du raphé, qui n'est autre chose qu'une muqueuse, de telle sorte qu'on peut conclure à l'absence d'aponévrose en ce point et en même temps du muscle palato-staphylin.

Par suite de cette difformité, la voix est nasonnante, pénible, presque inintelligible; la mastication et la déglutition se font mal, des parcelles d'aliments pénètrent fréquemment dans les fosses nasales. En présence de ces troubles fonctionnels, une opération se trouve nettement indiquée; du reste, la malade est entrée à l'hôpital avec le désir d'être opérée.

L'opération est pratiquée le 16 mai.

1° Les fils sont passés d'arrière en avant à l'aide d'un long porte-aiguille.

2° L'avivement des bords est pratiqué, les fils noués et la suture achevée.

3° Deux longues incisions sont pratiquées d'arrière en avant en demi-cercle jusqu'au palais. A l'instant on voit la suture se relâcher, et le voile du palais cesse d'être distendu.

4° Les fils sont coupés près de leur nœud.

La malade est portée dans son lit, et il lui est fortement recommandé non-seulement de ne pas parler, mais même de ne pas boire, le moindre effort de contraction du voile du palais pouvant entraver la réunion. Un linge mouillé est maintenu à demeure entre les lèvres pour calmer l'ardeur de la soif.

Malgré toutes ces recommandations, la malade a parlé dans la journée et avalé un peu de liquide; heureusement la suture paraît ne pas en avoir souffert.

Le 17, il n'y a rien de nouveau. La malade se plaint par gestes; mais son inquiétude est due à l'immobilité qu'elle est obligée de garder et à la privation des boissons.

Le 18, M. Jobert examine l'état de la suture, la réunion paraît avoir réussi; la section de l'un des fils est pratiquée.

Le 19, on retire les deux fils qui restaient. La réunion est complète; mais il est prescrit à la malade de conserver la plus grande immobilité et de s'abstenir encore de boire et de parler, afin de ne pas tirailler sur la lymphe plastique qui réunit les deux lèvres de la solution de continuité.

Le 21, la malade tousse un peu, elle crache et respire difficilement; le pouls est un peu fébrile. M. Jobert constate un peu d'épanchement dans la plèvre du côté droit, et fait placer quatre ventouses.

Le 22, la réunion du voile du palais est complète. Sur les parties latérales, on aperçoit deux lignes courbes régulièrement disposées qui indiquent la place du débridement. Déjà la voix est moins nasonnée, et l'articulation des sons est plus nette qu'avant.

A dater du 3 juin, le voile du palais ne présente plus aucune division, et n'était son atrophie congéniale et son étroitesse, on ne reconnaîtrait pas maintenant qu'il a subi une opération.

Polype utérin. — Hémorrhagies. — Des accidents congestifs dus à la cessation brusque des hémorrhagies habituelles chez les sujets anémiques.

Dans une de ses dernières leçons cliniques, M. Nélaton a appelé l'attention de son auditoire sur une circonstance particulière aux sujets qui sont en proie à des hémorrhagies répétées, et qu'il importe que les praticiens ne perdent pas de vue sous peine de s'exposer à des méprises fâcheuses et à des erreurs de pratique graves. Il s'agit de la pléthore relative qui suit la cessation brusque d'hémorrhagies habituelles et durant depuis longtemps. Voici à quelle occasion M. Nélaton a rappelé ce fait.

Une femme âgée de cinquante-deux ans est entrée récemment à la Clinique pour s'y faire traiter d'une affection utérine dont elle a éprouvé les premiers symptômes il y a environ deux ans. Elle éprouvait à cette époque des pertes utérines abondantes et des douleurs dans les reins. Elle alla consulter un chirurgien d'Auxerre, qui, ayant reconnu l'existence d'un polype très-volumineux, lui proposa d'en faire l'extraction, ce qui fut fait. Au dire de la malade, la tumeur extraite pesait plus de 2 livres, ce qui est probablement exagéré. Il est certain que le volume du polype devait être très-considérable, car le chirurgien fut obligé de le diviser en deux parties pour lui faire franchir l'orifice vulvaire. Après l'extraction de ce polype, la malade n'en continua pas moins à avoir encore de temps en temps des pertes; seulement elles étaient moins abondantes et à des intervalles un peu plus éloignés. C'est dans cet état qu'elle est entrée à la Clinique.

L'une des premières questions que lui adressa M. Nélaton fut celle-ci : « Avez-vous des étourdissements et des pertes de connaissance ? » La portée de cette question est tout entière dans la connaissance de ce fait, que l'on voit souvent chez les sujets qui ont eu de nombreuses et abondantes hémorrhagies, et alors même qu'ils sont jetés dans un état d'anémie profonde, se manifester des accidents congestifs, le plus habituellement du côté du cerveau, lorsque ces hémorrhagies viennent à cesser d'une manière brusque et complète, accidents qui dans quelques cas ont été assez graves pour entraîner la mort. Nous en pourrions citer plusieurs exemples; nous nous bornerons au suivant, que nous a cité M. Nélaton à cette occasion.

Il y a quatre ans environ, ce professeur fut appelé en consultation à Versailles auprès d'une femme portant un polype intra-utérin, et qui était depuis longtemps en proie à des hémorrhagies répétées qui l'avaient jetée dans une profonde anémie. Son état de faiblesse était tel que sa vie semblait être immédiatement menacée, et qu'on jugea utile d'agir sur-le-champ. A l'aide des pinces de Museux, on put saisir, et extraire avec assez de facilité un polype beaucoup plus volumineux qu'un œuf de poule, et qui adhérait par un pédicule rétréci au fond de l'utérus. Mais à peine ce polype venait-il d'être extrait, que l'on constata la présence d'une seconde tumeur semblable. Espérant que l'ablation du premier polype suffirait pour diminuer au moins les hémorrhagies, sinon pour y mettre un terme, et pour soustraire par conséquent la malade à un danger imminent, M. Nélaton se proposait d'en rester là; mais sur les instances des médecins assistants, il se décida, quoique à regret, à enlever la deuxième tumeur. Cette seconde opération présenta beaucoup plus de difficultés que la première. On reconnut plus tard qu'on avait eu affaire à un utérus bicorne, et que chacune des deux divisions de cet organe renfermait un polype. Néanmoins aucun accident immédiat ne suivit cette opération laborieuse; mais la malade succomba plus tard à tous les symptômes d'une congestion cérébrale, malgré, ou plutôt à cause de l'extrême degré d'anémie où elle avait été plongée par les hémorrhagies répétées qu'elle avait essuyées.

Quant à la malade de la Clinique qui a fait le sujet de cet épisode, elle a eu quelques étourdissements et un peu de céphalalgie, mais à un léger degré. Le peu d'intensité de ces accidents s'explique dans ce cas par la raison que cette femme n'est pas encore complétement soustraite aux pertes sanguines, et que les hémorrhagies, bien que beaucoup plus modérées, continuent encore. Quant à la cause de la persistance de ces hémorrhagies, elle n'est autre que l'existence d'un nouveau polype que l'on peut constater très-manifestement à travers les parois abdominales (plus facilement que par le toucher, à cause de l'élévation de l'utérus et de l'extrême étroitesse de l'orifice du col).

Autant qu'il est possible de s'en assurer dans ces conditions, il paraît s'agir ici d'un de ces corps fibreux qui, au lieu de s'engager dans la cavité utérine, tendent à se développer dans l'épaisseur même des parois de l'organe, et à faire saillie extérieurement à ces parois. Il n'y a, en conséquence, aucune opération à tenter en ce moment chez cette femme; toute indication se borne à modérer les pertes et à surveiller les accidents qui pourraient en dépendre, jusqu'à ce que l'époque de la cessation de la ménopause arrivant, ces hémorrhagies cesseront d'elles-mêmes, et la tumeur se flétrira, ainsi que cela arrive dans le plus grand nombre des cas.

NOUVEAU TRAITEMENT CURATIF DES HERNIES.

Par M. le professeur Piorry.

En s'appuyant sur l'observation de certains cas dans lesquels des sujets ayant primitivement la peau mince furent guéris de hernies en portant un bandage et *surtout en prenant de l'embonpoint*, M. Piorry a pensé qu'il ne serait pas impossible d'obtenir la guérison radicale des hernies en enlevant une portion de peau aux dépens des téguments abdominaux. De cette manière, on déterminerait une réunion très-prononcée de cette membrane au niveau de la hernie. Avant de songer à proposer cette opération, M. Piorry s'est assuré de l'efficacité de ce moyen par une manœuvre qui conduit au même résultat. Il a fortement saisi les téguments de l'abdomen à quelques centimètres en dedans de l'anneau inguinal qui donnait passage à la hernie; il a ensuite tiraillé la peau en dedans, de façon à établir au-devant de l'anneau une tension assez forte. Or, dans ces cas, et au moment où l'on venait de pratiquer cette manœuvre, il est constamment arrivé que la hernie sortait avec moins de facilité, et quand celle-ci était peu considérable, le malade pouvait tousser ou se moucher impunément sans déterminer de nouveau la sortie des anses intestinales.

Un fait de ce genre vient de se présenter à la Charité, salle St-Charles, n° 13. Il s'agissait d'une hernie assez volumineuse renfermant évidemment des anses d'intestin; les téguments étaient amincis, ridés, flasques et sans aucune espèce de résistance. Le moindre effort de la respiration expulsait de l'abdomen une tumeur plus grosse qu'un œuf. La peau ayant été saisie comme il a été dit plus haut, M. Piorry la porta vers la ligne blanche en la tiraillant, et obtint ainsi une certaine tension au niveau de l'anneau. On fit tousser et respirer le malade; la hernie sortit à peine, et quand la tension de la peau fut portée à son plus haut point, il n'y eut plus d'apparence extérieure de hernie. L'anneau inguinal dilaté permettait pourtant l'introduction de trois doigts.

M. Piorry pense que ce fait pourrait conduire à des applications d'une certaine importance. Il en a conçu, en particulier, l'idée que nous venons d'énoncer, de recourir à des moyens de ce genre pour maintenir les hernies, ou du moins pour favoriser l'action des moyens contentifs. Dans une opération de hernie étranglée, on ferait la section de la peau en dehors de la hernie de façon à tendre le tégument en y rapportant le lambeau de peau, et de même on enlèverait une portion de peau lorsqu'on ne cherchera qu'à en augmenter la tension.

Ce n'est pas, du reste, le seul cas pour lequel M. Piorry considère l'excision d'une portion du tégument comme pouvant être d'une grande utilité pour remédier à certaines affections des parties sous-jacentes : dans les varices, par exemple, où la peau est flasque, il suffirait aussi, suivant ce professeur, de faire un pli à la peau pour que la tension de celle-ci vienne s'opposer à la distension des vaisseaux.

DE L'ALBUMINURIE

dans ses rapports avec les affections oculaires.

Par M. le docteur Guépin (de Nantes).

L'albuminurie est un phénomène si important dans la pathologie humaine, que l'on ne saurait trop l'étudier dans ses rapports avec la pathologie spéciale de nos divers organismes. Voici ce que nous avons vu dans la partie de la France que nous habitons :

Les albuminuriques, pour nous, se divisent en deux classes :

Les uns *sont* ou *paraissent* atteints d'albuminurie symptomatique, et chez eux l'albuminurie disparaît avec l'affection dont elle semblait une dépendance.

Les autres sont fréquemment albuminuriques sans que l'on en sache rien, sans qu'aucun symptôme même oculaire ait révélé leur état; cependant il est vrai de reconnaître que les affections oculaires, et surtout la réduction de la faculté visuelle (l'amaurose), nous révèlent l'albuminurie très-fréquemment, alors qu'elle pourrait rester encore un certain temps ignorée.

Nous avons rencontré chez des albuminuriques :

1° La kératite ulcéreuse avec photophobie chez des enfants;

2° La kératite postérieure avec ou sans complication du côté de l'iris et du corps ciliaire, chez de jeunes filles de quatorze à dix-huit ans;

3° L'iritis, que nous eussions cru chlorotique sans l'essai des urines;

4° Chez les personnes de plus de trente ans, nous avons trouvé

des altérations dans l'appareil cristalloïdien, sans amaurose rétinienne ou cérébrale.

5° Quant aux amauroses, elles sont le fait le plus commun.

Que d'autres fassent comme nous deux ou trois essais d'urines par jour, et ils arriveront, je pense, aux mêmes résultats; ils trouveront l'albuminurie chez des personnes chez lesquelles ils ne l'eussent pas soupçonné.

Ces faits établis, passons à des faits d'un autre ordre.

Constamment nous avons remarqué que les malades amaurotiques et albuminuriques chez lesquels il existait en même temps des douleurs encéphaliques ne tardaient pas à succomber; de tous les malades de cette classe que nous avons vus, *un seul a survécu*.

En avril, nous en avions trois en traitement; deux sont morts. Chez le troisième, l'albuminurie a diminué de moitié. Celui-ci s'appelle Arnaud (Louis), il demeure à la Garotterie en Saint-Philbert; il se croit guéri; il a repris ses travaux, et m'apporte toutes les semaines ses urines à examiner. Mais puis-je regarder ce malade comme guéri? Il y avait chez lui des symptômes du côté de l'iris qui ont cédé, des symptômes du côté du cristallin qui se sont améliorés, et des symptômes que j'ai attribués à la rétine. Un mot sur cette dernière expression: Je crois qu'il faut, en général, attribuer au cerveau les vices de jugement pour les formes, les grandeurs, les couleurs et les distances; à la rétine, la réduction visuelle.

Je soigne en ce moment, pour des *récidives*, deux jeunes filles albuminuriques. Chez l'une, il y a une kératite postérieure qui était beaucoup plus grave l'année dernière (d'après ce qui m'a été dit), et que j'ai vue plus grave encore en février 1856. Chez l'autre, la face antérieure, la face postérieure de la cornée, l'iris et le corps ciliaire sont atteints. C'est aussi la deuxième récidive et la troisième manifestation de la maladie. Que faire? Quel traitement interne employer?

Il m'a semblé que les diabétiques étaient *ici* dix fois plus rares que les albuminuriques. Chez un d'ailleurs j'ai vu la nourriture animalisée et les alcalins (Mialhe et Bouchardat) associés, produire d'excellents résultats. Mais où trouver les indications chimiques de l'albuminurie?

Les albuminuriques dont la maladie ne se lie pas à une affection de l'encéphale, généralement guérissent très-bien de leurs affections, mais pas de l'albuminurie, que l'on peut retrouver deux, trois, cinq ans plus tard la même que le premier jour dans un grand nombre de cas.

En somme, je constate que pour moi je ne sais encore rien de certain du traitement de l'albuminurie; que cet état se lie fréquemment à des affections oculaires plus qu'à toutes autres, et plus souvent aux amauroses, et que la complication des symptômes encéphaliques est généralement ce qu'il y a de plus grave.

Lorsque pour la première fois la chimie, se guidant sur les données de l'analyse exacte, parvint à composer des eaux minérales artificielles analogues, nous pourrions dire identiques, quant à la nature et à la proportion de leurs principes actifs, aux eaux minérales naturelles, on put croire, on crut qu'elles pourraient remplacer ces dernières dans tous les cas, en bains comme en boissons. Il ne fallut pas longtemps pour s'apercevoir que l'on était à cet égard tombé dans la plus profonde erreur, et qu'aucune préparation, quelque bien faite, quelque conforme qu'elle fût aux eaux minérales naturelles ou à l'eau de mer, ne pouvait les remplacer complétement, principalement en bains.

Quant à la cause de cette infidélité d'agents médicamenteux si scrupuleusement préparés, et sur lesquels on croyait pouvoir compter, on n'avait pu jusqu'ici s'en rendre compte. Une découverte récente de M. Becquerel, membre de l'Académie des sciences, communiquée par le savant physicien à la Compagnie dont il fait partie, a donné la clef de ce phénomène singulier.

D'après ses observations, l'eau dégage à ses points de contact avec la terre une électricité douce mais continue, et en faisant usage des eaux minérales naturelles ou de l'eau de mer, les malades se trouvent avoir pris en même temps et un bain médicamenteux, et en quelque sorte un bain électrique.

Mais il est nombre de malades qui, par une raison quelconque, ne peuvent se déplacer, abandonner leurs occupations et prendre les bains d'eaux minérales sur les lieux mêmes où jaillit la source; ceux-là sont forcément contraints de recourir aux eaux artificielles, et dès lors ne peuvent profiter d'une des plus précieuses propriétés du médicament qui leur rendrait la santé. A ces malades, quelques médecins ont eu l'idée, pour compenser le manque d'électrisation naturelle dont nous parlons, de conseiller l'usage des chaînes électriques Pulvermacher, dont les heureux résultats ont été déjà constatés dans mille circonstances. Le succès a répondu à leur attente; les malades ont augmenté par cet artifice l'effet électrique de leur bain, et ont pu se maintenir jusqu'au bain suivant dans un état électrique favorable à la guérison.

Ici la pratique a donné raison à la théorie; les courants électriques ont secondé l'action thérapeutique des sels et des principes médicamenteux, base des eaux minérales, et dans la plupart des cas l'effet de ces dernières s'est trouvé plus que doublé par cette utile association. Nous ne saurions mieux faire que d'engager nos confrères des grandes villes à répéter ces expériences sur ceux de leurs malades qui se trouveraient dans les circonstances que nous venons d'indiquer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 juin 1856. — Présidence de M. GOSSELIN.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Amputation de Chopart chez un jeune enfant. — M. MARJOLIN. L'attention que la Société de chirurgie a apportée depuis quelque temps à constater les résultats des diverses amputations des extrémités inférieures m'a engagé à lui présenter ce jeune enfant, qui a dû subir l'amputation de Chopart pour une carie des os du métatarse et du tarse. La cicatrisation a été assez longue; elle a été entravée par l'apparition sur les bords du lambeau de la pourriture d'hôpital, combattue avec succès par l'emploi de l'appareil de M. J. Guyot. Malgré cette complication, vous pouvez remarquer que le lambeau plantaire est bien nourri; il est épais, et il faut espérer qu'il n'y aura pas entraînement du talon en arrière. L'enfant est muni d'un brodequin avec un plan incliné. J'aurai soin de suivre ce petit malade, et de tenir la Société au courant de ce qui adviendra.

M. LENOIR conseille, pour corriger le renversement du talon, de faire porter à l'enfant un soulier dont l'intérieur présente un plan oblique destiné à relever la partie antérieure du calcanéum.

M. LARREY craint que la déviation ne soit incurable; il proposerait, dans ce cas, la section du tendon d'Achille.

M. MICHON croit que la difformité, au lieu de s'amender, ne fera que s'accroître, en raison de l'âge de l'opéré; en effet, l'atrophie des muscles de la jambe est constante soit à la suite des amputations du pied, soit à la suite des amputations sus-malléolaires. Chez les jeunes enfants l'atrophie, que plusieurs fois déjà il a eu l'occasion d'observer dans des circonstances pareilles, tient à deux cas:

1° A l'absence d'usage de ces muscles;

2° A leur développement rudimentaire, qui ne suit pas celui des autres muscles.

Les amputations dans le jeune âge sont donc, sous ce rapport, plus défavorables que chez l'adulte.

M. VERNEUIL ne croit pas que la section du tendon d'Achille soit indiquée; ce tendon, en effet, loin d'être rétracté, est dans le relâchement, comme l'atteste la concavité postérieure très-prononcée qu'il présente. Cette rétraction existe sans doute quelquefois, mais M. Verneuil ne l'a jamais vue, et dans tous les cas de ce genre qu'il a examinés le tendon était toujours dans le relâchement.

Il y a encore une remarque importante à faire relativement à l'étiologie de la déviation du talon. La plaie qui a succédé à l'amputation a été atteinte d'accidents graves, de pourriture d'hôpital; la cicatrisation en a été longue et pénible. Or, quand pareilles complications surviennent, l'ascension du talon est la règle, et peut en quelque sorte être prévue d'avance. Dans les quelques observations d'amputation de Chopart qui ont fourni un résultat ultérieur satisfaisant, on peut constater que les suites ont été fort bénignes, que la réunion s'est faite rapidement, sans accidents inflammatoires violents ni prolongés. Lorsque l'opération est faite, il faut donc mettre tous ses soins à prévenir et à écarter les complications.

M. CHASSAIGNAC pense également que la section du tendon d'Achille n'est pas nécessaire, actuellement du moins. La rétraction de ce tendon ne constitue pas un fait général, elle manque ici; il faut attendre qu'elle se manifeste pour faire la ténotomie.

— M. LARREY, la question des tumeurs fibro-plastiques ayant été remise à l'ordre du jour, croit opportun de représenter l'ancien gendarme qui a été montré déjà à la Société vers la fin de 1852, et qui avait été opéré déjà trois fois pour une tumeur fibro-plastique de la hanche, causée probablement par le frottement du ceinturon. Après avoir récidivé deux fois sur place après la première opération, la maladie paraît avoir cédé; on voit aujourd'hui une cicatrice tout à fait saine. Ce cas justifie pleinement les assertions de M. Lebert. Au reste, M. Larrey ayant remarqué que le mal non-seulement avait pris naissance par une cause externe, mais encore que chaque récidive paraissait due à de nouvelles pressions, à des chocs, à des frottements, s'est attaché soigneusement à protéger la cicatrice à l'aide d'une plaque qui la soustrait aux contacts irritants; c'est à cette précaution qu'il attribue la persistance de la guérison.

L'opéré a quitté le service, mais néanmoins il continue des fonctions très-actives; sa place de garde-champêtre l'oblige à faire des courses très-étendues. L'état général est aussi satisfaisant que possible.

— M. DENONVILLIERS représente une dernière fois la jeune fille atteinte d'ectropion double dont il a entrepris et mené à bien la cure difficile. Il rappelle brièvement l'histoire de cette opérée, qui du reste est consignée déjà dans les *Bulletins*. Lors de la dernière présentation, les deux paupières restaurées par l'autoplastie étaient encore réunies, il y a de cela quatre mois; M. Denonvilliers désirait attendre encore le même laps de temps avant de détruire l'occlusion artificielle, pour que le tissu cicatriciel ambiant et les lambeaux aient terminé leur travail de rétraction.

Cependant, cédant enfin aux instances réitérées de la jeune fille, il a encore pratiqué deux opérations complémentaires, savoir, la désunion des paupières et la restauration du petit angle de l'œil. Il vient montrer aujourd'hui le résultat définitif.

Dans les premiers moments qui ont suivi la séparation des paupières, ces deux plans membraneux étaient peu mobiles; ils restaient presque en contact, et recouvraient presque complétement le globe oculaire; mais au bout de huit jours ils se sont écartés, et l'entropion léger qui existait s'est transformé en un petit ectropion externe, double, par suite du chémosis de la conjonctive et de la rétraction du tissu cicatriciel. De plus, l'angle externe était difforme, parce que les deux paupières, ne se rencontrant pas à angle aigu, formaient une commissure arrondie assez disgracieuse. C'est ce qui a motivé la quatrième opération, qui fut exécutée de la manière suivante: En dehors de la commissure externe a été taillé, puis enlevé un petit lambeau triangulaire, horizontal, à sommet tourné vers la tempe, à base tournée vers l'œil et comprenant la portion concave de la commissure elle-même. La portion voisine des deux paupières, faisant suite aux deux côtés du triangle, a été avivée dans l'étendue de quelques millimètres; puis on a réuni par la suture les deux lèvres de cette plaie. Mais préalablement les bourrelets muqueux formant le chémosis avaient été excisés, et une incision de deux centimètres, parallèle au bord de la paupière supérieure et située à un centimètre de ce bord, avait été pratiquée au-dessus de l'ectropion supérieur pour permettre une dissection qui favorisât le glissement de la partie externe de la paupière supérieure et son affrontement avec l'inférieure.

Le résultat définitif de toutes ces opérations est vraiment remarquable: non-seulement l'horrible difformité causée par ce double ectropion, un des plus grands qu'on puisse rencontrer (la surface bourgeonnante étendue entre les deux bords palpébraux renversés n'avait pas moins de 7 centimètres, tandis que dans les plus grands ectropions que M. Denonvilliers ait vus il n'y avait que 3 centimètres à peine), la difformité donc a disparu, mais, de plus, les lambeaux palpébraux sont lisses, pâles et ne font aucune saillie, ne figurent aucun bourrelet. On a beaucoup discuté pour savoir s'il fallait, dans les restaurations de la face, se servir du tissu cicatriciel; ce fait éclaire la question, car la paupière inférieure ici a été exclusivement refaite avec un tégument recouvert de cicatrice, et on peut remarquer que non-seulement il a très-bien repris, mais qu'il n'est même nullement difforme.

Pour revenir à l'opérée, les paupières aujourd'hui ne peuvent pas arriver partout au contact immédiat l'une avec l'autre; il existe encore un petit point où la muqueuse montre par conséquent un très-léger ectropion à la paupière inférieure. Cependant, M. Denonvilliers ne fera probablement plus de nouvelle opération. La cornée est bien recouverte, et la surface du globe de l'œil, autrefois menacée d'ulcérations graves, est aujourd'hui tout à fait saine; la vision jouit de toute son intégrité.

M. Denonvilliers termine sa communication en montrant des portraits photographiques représentant l'opérée aux diverses phases de sa maladie.

M. CHASSAIGNAC. Malgré l'heureuse issue des opérations dont on vient de parler, il n'en est pas moins vrai qu'il faut généralement s'abstenir de former des lambeaux avec le tissu cicatriciel. Si M. Denonvilliers a obtenu un beau succès, malgré cette circonstance défavorable, il faut en rendre grâce à son habileté et au soin extrême qu'il a apporté dans toute cette cure, et ne point en déduire de principes généraux. Peut-être à la face il y a une restriction à faire; mais aux membres le tissu de cicatrice ne se prête point à des emplois semblables. Il manque de souplesse, de vitalité, et se raccornit toujours consécutivement, quoi qu'on fasse. M. Chassaignac en a fait la triste expérience dans le cas suivant:

Un jeune garçon, à la suite d'une brûlure, avait le bras collé contre la poitrine et l'avant-bras plié sur le bras. Dans ce dernier point existait une bride large, épaisse, bien nourrie en apparence. Il eut l'idée de la détacher, puis de la dédoubler pour l'aplatir et recouvrir une partie de la plaie qui résultait de la dissection. L'opération n'eut point de succès en cela que le lambeau ne servit presque à rien, et qu'une large cicatrice de nouvelle formation dut être obtenue; mais elle fut utile en cela que le bras a été redressé et est resté droit, de plié angulairement qu'il était auparavant.

L'opérée de M. Denonvilliers, au jour actuel, a encore la paupière trop courte pour que le globe de l'œil soit complétement recouvert, si ce n'est lorsque la volonté intervient, pour rapprocher fortement la paupière. Il est probable que pendant le sommeil les paupières ne sont pas closes, et cependant la conjonctive ni la cornée ne sont point malades.

M. Chassaignac a vu un malade atteint d'un double ectropion; le globe de l'œil n'était pas recouvert pendant le sommeil, mais cependant il pouvait l'être de temps en temps, grâce à un clignement volontaire. Cela avait suffi néanmoins pour que le globe de l'œil ne s'enflammât point. Il est important de savoir que lorsqu'après une opération d'ectropion le résultat a été incomplet, il suffit que le clignement puisse s'effectuer de temps en temps pour que les ulcérations cornéales et la conjonctivite cessent de faire des progrès.

M. VERNEUIL. Un des résultats les plus directs des recherches de Delpech sur les propriétés du tissu inodulaire, a été la proscription de l'emploi de ce tissu dans la cure des cicatrices vicieuses. On a avancé que les lambeaux qu'on y prenait étaient exposés à se gangrener, à s'enflammer, à se rétracter sans cesse. On les a crus incapables de se réunir entre eux ou aux parties saines. Il y a là certainement une exagération dont on revient un peu de nos jours. Déjà M. Decès (de Reims), dans un mémoire inédit dont j'aurai prochainement à vous rendre compte, en a appelé de ces règles trop absolues, et a montré qu'on pouvait le plus souvent se servir de ce tissu inodulaire, y pratiquer des incisions, en faire des lambeaux, etc., etc. Nous savons aussi que le même tissu est parfaitement capable de contracter l'inflammation adhésive, de soutenir les sutures, etc., etc. Plusieurs communications récentes dues à divers chirurgiens plaident dans le même sens. Au reste, si l'on en doutait encore, les diverses présentations de M. Denonvilliers viendraient démontrer que la peau cicatricielle s'utilise parfaitement.

Cependant les dissidences ne doivent pas conduire à l'exclusion, mais bien plutôt à un triage, à une distinction entre les faits. Certainement, lorsque le tégument cicatriciel est mince, tendu, luisant, très-sec, peu vasculaire, entièrement fibreux, adhérent aux couches sous-jacentes ou séparé d'elles par un tissu cellulaire très-lâche et comme séreux, lorsque, dis-je, toutes ces conditions existent, il ne faut guère compter sur l'emploi utile de la cicatrice. Cela se rencontre en particulier au front, à la paume de la main et aux membres dans le sens du pli de flexion.

Mais si, au contraire, la cicatrice n'occupe que les couches les plus superficielles d'un derme épais, si elle est doublée d'une couche suffisante de pannicule adipeux bien nourri, bien vivant, sans adhérence sous-jacente, on peut sans crainte y découper des lambeaux; c'est ce qui s'observe en particulier aux joues, à la face, et, en un mot, dans les points où persistent les conditions anatomiques précitées. C'est donc l'état du tissu cicatriciel lui-même, ses rapports, son épaisseur, qui dominent les indications et qui doivent guider le chirurgien.

Un certain nombre de faits déjà anciens démontrent que l'on peut faire des lambeaux dans le tissu cicatriciel; je fais allusion à une série de procédés applicables aux brides plus longues que larges, et qui, par leur réunion, mériteraient de constituer une méthode. Je prendrai pour type, si l'on veut, le procédé de M. Wharton Jones pour l'ectropion (1).

On sait qu'il consiste à comprendre la bride cicatricielle entre deux incisions réunies, de manière à former un angle et à constituer, par conséquent, un lambeau triangulaire qui renferme la cica-

(1) Bon nombre d'auteurs passent ce procédé sous silence, ou l'attribuent à d'autres. Il est bien décrit dans Mackensie, *Traité des maladies des yeux*, traduction française, 1844, page 154.

trice. Ce lambeau est ensuite détaché par sa face profonde; puis la paupière déviée étant remise en place, le lambeau remonte et laisse à nu une surface saignante qu'on réunit par la suture. Lorsque l'opération est terminée, les deux incisions qui figuraient un V sont transformées en une plaie en Y, dont le lambeau remplit l'ouverture, et dont les trois branches sont réunies par la suture.

Le même procédé est applicable à d'autres régions; ainsi déjà Earle, qui, soit dit en passant, connaissait très-bien les propriétés du tissu cicatriciel, Earle avait pratiqué une opération analogue pour une bride maintenant l'avant-bras fléchi contre le bras. Plusieurs chirurgiens ont réussi à remédier à des déviations des doigts en agissant de la même manière, et je citerai, entre autres, MM. Jobert et Nélaton. J'ai vu moi-même un cas de ce genre qui présente quelque intérêt.

Il y a quelques mois, j'observai dans le service de M. Philippe Boyer, à l'Hôtel-Dieu, un jeune chimiste qui avait été violemment brûlé à la face et à la main. Dans la première région, il y avait une cicatrice exubérante; à la main, la brûlure, ayant porté surtout sur la face dorsale et sur le bord radial, avait engendré une cicatrice étendue sur la face dorsale de la région métacarpienne du pouce, depuis le milieu de la première phalange environ jusqu'à quelques centimètres au-dessus de l'articulation radio-carpienne. La rétraction consécutive avait eu pour effet d'entraîner le pouce dans une abduction et dans une extension forcées, de telle façon que le mouvement d'opposition était impossible et qu'il y avait même une sorte de subluxation de la première phalange sur le métacarpien.

Le chirurgien était disposé à ne rien faire. Je fis voir aux internes du service, qui m'avaient par hasard appelé pour examiner ce jeune homme, la possibilité d'améliorer sa position en taillant à la face dorsale, en plein tissu cicatriciel, un lambeau triangulaire à base inférieure, répondant au pli palmaire métacarpo-phalangien, et à sommet supérieur atteignant à l'avant-bras le sommet de la bride.

Sur le conseil de ses internes, M. Boyer opéra. Il fit les deux incisions, détacha le lambeau et redressa le doigt, après avoir fait toutefois la section des tendons extenseurs du pouce qui empêchaient cet organe de reprendre sa mobilité; la plaie surmontant le lambeau fut réunie. J'ai revu le malade quelque temps après, et j'appris qu'il avait été opéré. Le succès n'était pas complet, c'est-à-dire que le doigt n'avait pas l'intégrité complète de ses mouvements, mais néanmoins il y avait une très-grande amélioration; les articulations étaient redevenues libres, et le pouce avait reconquis une grande partie de ses mouvements.

J'ai cité ce fait, parce qu'il démontre qu'on peut tailler un lambeau en plein tissu inodulaire, faire des sutures heureuses sur ce même tissu, et le tout sans voir survenir les fâcheux accidents dont nous menacent les principes actuellement dogmatiques de la chirurgie.

M. Denonvilliers. Tout en admettant l'utilité qui découle de la généralisation, il faut savoir aussi que le progrès consiste souvent à distinguer par l'analyse les faits d'ordre différent. Ce dernier travail est indispensable dans la question actuelle. Depuis longtemps on discute sans s'entendre sur la conservation ou la proscription du tissu cicatriciel dans les lambeaux. Il y a aujourd'hui un retour manifeste des esprits dans le sens de la conservation. Déjà, il y a quatre mois, il a démontré qu'on pouvait, à la face du moins, utiliser la peau autrefois mutilée. Il avait dit également que, toutes choses égales d'ailleurs, les téguments des joues valaient mieux que ceux du front et des tempes, quoique la constitution anatomique de ces derniers paraisse si propre à la formation des lambeaux.

Les téguments des joues sont épais; on peut mieux donner à la pièce autoplastique l'épaisseur désirable; ils sont ensuite beaucoup plus vasculaires, et l'on pourrait même admettre que les vaisseaux y jouissent d'une vitalité plus grande, à en juger par la rapidité avec laquelle le système capillaire de cette région se vide et se remplit.

Mais ce n'est pas tout: il faut distinguer soigneusement à quelle profondeur est arrivée la perte de substance, ou, en d'autres termes, quelle épaisseur conserve le tégument cicatriciel. Si les couches superficielles du derme ont été seules détruites, on peut agir sans crainte comme sur des tissus sains; si, au contraire, la brûlure a atteint le quatrième degré, si les parties molles ont été presque complétement détruites et qu'il ne reste qu'un tissu fibreux, dense, formé par l'ancienne membrane granuleuse, on ne saurait agir avec autant de hardiesse, et il convient de chercher ailleurs des téguments mieux organisés. On conçoit d'ailleurs qu'il se rencontre des cas intermédiaires. Il y a des circonstances dans lesquelles il est même plus avantageux, au point de vue de la beauté, de restaurer une cicatrice avec du tissu analogue à elle: c'est lorsque l'on doit implanter un lambeau au milieu d'une surface cicatricielle. Si ce lambeau est formé de tissu sain, il y a au niveau de la réunion un contraste assez choquant.

1° Chez la jeune fille qu'on vient de voir, toute la joue avait été brûlée; le lambeau était lisse et luisant à sa surface; il ne tranche donc nullement avec les parties auxquelles il est réuni.

2° Même fait s'est présenté chez M. B... (de Lille), opéré d'ectropion; le lambeau est très-beau, il est plat, et se distingue à peine des parties ambiantes.

3° Chez un autre malade actuellement en traitement, car les paupières sont encore soudées, le lambeau implanté au milieu de la cicatrice est constitué par de la peau tout à fait saine; il est moins beau que les précédents; il tranche par son aspect, par sa couleur, par une certaine saillie au-dessus des parties voisines.

4° Enfin, chez une dame de Montargis, opérée d'ectropion suite de pustule maligne, le lambeau constitué par des tissus sains est inférieur encore aux deux premiers.

M. Denonvilliers incline à croire que les lambeaux cicatriciels sont exempts de divers inconvénients communs dans les lambeaux taillés dans les parties molles indemnes; aussi ils restent plats, ne chevauchent pas sur les parties ambiantes, et ne sont point exposés, comme les derniers, à se boursoufler et à faire des boudins, des bourrelets cylindriques assez désagréables.

M. Michon, qui s'est beaucoup occupé de cette question, émet les propositions suivantes:

1° Lorsqu'on taille des lambeaux dans le tissu cicatriciel, il faut toujours tenir compte de la profondeur de la perte de substance, de l'épaisseur de la cicatrice. En effet, lorsque ce lambeau est détaché, les parties molles voisines saines s'écartent considérablement et laissent une brèche très-étendue.

2° Quand on veut utiliser le tissu cicatriciel, il ne faut le faire que pour de très-petites choses et n'en prendre que des lambeaux très-restreints, car la condition essentielle de ceux-ci, c'est de vivre, et, s'ils sont larges, ils se gangrènent. La chose lui est plusieurs fois arrivée: aussi ne fait-il à ce tissu que des emprunts très-minimes.

3° Le tissu cicatriciel se réunit très-bien par première intention au tissu analogue et au tissu sain, sans quoi la cure de l'ectropion ne serait pas possible.

4° M. Denonvilliers a parlé de la beauté de tel ou tel lambeau. Il n'est pas encore autorisé à juger du résultat définitif, ses opérations étant pour la plupart trop récentes. Les cicatrices, comme chacun le sait, travaillent fort longtemps, mais plus longtemps encore les lambeaux, de telle façon que tels d'entre ces derniers qui sont très-satisfaisants au premier moment deviennent difformes plus tard, et réciproquement les tissus sains rapportés qui font d'abord saillie et tranchent par leur couleur finissent par s'affaisser, pâlir et prendre presque complétement l'aspect de la région nouvelle par une modification qui survient dans leur nutrition. Ce n'est pas au bout de quelques mois, mais bien de quelques années que la question peut se juger.

5° La conservation du tissu cicatriciel dans les lambeaux en V, dont M. Verneuil vient de parler, n'est pas comparable aux autres cas, parce qu'en général on ne détache pas ces lambeaux par leur face profonde, et qu'on se contente de les faire glisser après les avoir isolés par les deux incisions angulaires. Ce fait ne prouve donc pas en faveur de l'emploi du tissu cicatriciel.

6° S'il faut tenir grand compte de la composition anatomique des tissus dont on se sert pour faire les lambeaux, il faut se préoccuper au moins autant de l'état des surfaces sur lesquelles on les réapplique pour en obtenir l'adhésion. Les blépharoplasties pour ectropions réussissent fort bien en effet, parce que les lambeaux sont appliqués par leur face saignante sur une autre surface saignante bien nourrie et très-apte à la réunion immédiate. Il en serait tout autrement si la surface avivée était peu vasculaire et recouverte d'un tissu fibreux dense.

M. Denonvilliers ne partage pas les craintes de M. Michon quant à l'étendue qu'on peut donner aux lambeaux taillés dans le tissu cicatriciel; il a fait à ce dernier des emprunts aussi larges qu'on peut le concevoir, et les résultats n'en ont pas été compromis.

Il accorde que l'état de la surface qui doit supporter les lambeaux est très-important, et qu'il y a de grandes différences entre l'autoplastie en pont et celle où l'affrontement se fait partout entre des surfaces saignantes.

Quant à la question de temps, il reconnaît la valeur de l'objection, mais n'est pas à même d'y répondre, car il ne dépend pas de lui de montrer des malades plus anciennement guéris. Du reste, au lieu de voir les lambeaux formés par des tissus sains s'améliorer avec le temps, M. Denonvilliers a plusieurs fois remarqué que leur saillie, leur boursouflement ne faisaient que s'accroître par suite du rétrécissement progressif du sillon qui répond à leur réunion avec les parties voisines. Loin de diminuer alors, la différence s'exagère de jour en jour.

— M. Marjolin présente un enfant à propos duquel il lit l'observation suivante:

Cataracte congénitale double compliquée de mydriase ou d'absence de l'iris. Conservation de la vue.

Ce petit malade est digne de votre attention par la singularité et la rareté de l'affection qu'il présente; il a une double cataracte compliquée ou de mydriase ou d'absence de l'iris, comme M. Velpeau et notre collègue M. Giraldès en ont observé un cas.

D'après les renseignements que j'ai pu avoir, cet enfant, qui a six à sept ans, serait venu au monde avec cette lésion, ou du moins, si celle-ci n'est pas réellement congénitale, elle daterait des premiers temps de son enfance.

Lorsqu'on observe cet enfant, qui présente cette sorte de gaieté propre à quelques idiots, et cependant ne manque pas d'une certaine intelligence, on voit que la pupille est aussi dilatée que possible; dans le centre existe une petite tache blanche irrégulière, à bords frangés, nettement limitée par une zone noirâtre signalée dans quelques cas de cataracte centrale. Cette bande noire est tellement nette qu'au premier abord elle ressemble à l'ombre projetée par l'iris sur le cristallin.

Mais il suffisait d'un simple examen au grand jour ou à la lumière pour voir que cette prétendue ouverture n'était pas la pupille. Comment, en effet, expliquer une ouverture pupillaire aussi étroite occupée par un milieu opaque, et cela avec l'intégrité la plus complète de la vision? Y avait-il là, outre la cataracte simple, paralysie ou absence de l'iris? J'hésitai, avant d'avoir eu recours à l'examen de l'œil à l'aide de l'ophthalmoscope, et je priai M. Follin de vouloir bien l'examiner.

Un autre fait que je crois devoir signaler à votre attention, c'est le rapprochement réel ou apparent entre le cristallin et la cornée transparente. La lésion est exactement la même pour les deux yeux; seulement le cristallin du côté droit présente une ou deux petites taches visibles à l'œil nu, et un peu éloignées du centre.

Comme phénomène physiologique, aucune altération dans la vue en plein soleil; l'enfant peut distinguer et ramasser un cheveu sur une surface brillante. Si on l'oblige à fixer la lumière du soleil, il n'éprouve que la gêne que nous éprouvons tous.

On n'observe pas chez lui ce mouvement continuel des paupières ou du globe de l'œil, comme chez la plupart des individus atteints de cataractes congénitales; et si parfois la démarche a quelque chose d'incertain, cela dépend moins de l'affection que de l'intelligence.

M. Follin a examiné cet enfant à l'ophthalmoscope; il a constaté:

1° Une absence à peu près complète de l'iris. Il reste à peine à la partie inférieure une étroite bandelette de cette membrane;

2° Des opacités sur le cristallin, qui paraissent surtout dues à des dépôts sur la capsule antérieure;

3° Des taches noires au voisinage de la rétine, sans qu'on puisse savoir si ces taches siégent au-dessus, au-dessous ou dans l'épaisseur même de cette membrane.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. A. Guérin demande la parole à propos du procès-verbal.

Ayant dit, dans un rapport sur un instrument présenté par M. Dupierris, qu'avant M. Maisonneuve M. Charrière avait vissé une longue bougie au bout d'un urétrotome, il tient à rectifier une erreur bien involontaire contenue dans ce passage de son rapport. Il résulte de renseignements qui lui ont été communiqués, que la bougie vissée par M. Charrière n'avait que 6 centimètres de long, tandis que celle dont se sert M. Maisonneuve a la longueur d'une bougie ordinaire.

M. Guérin a cru devoir demander cette rectification, pour satisfaire certaine susceptibilité.

CORRESPONDANCE.

M. Dujardin, chirurgien de l'hospice général de Lille, adresse une observation de *trachéotomie faite en deux temps avec l'emploi des caustiques*. (Commissaires: MM. Guersant, Morel-Lavallée, Chassaignac.)

— M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Costantini, doyen des chirurgiens de l'hôpital du Saint-Esprit, et professeur de clinique chirurgicale à Rome, le recueil des *Observations recueillies à la clinique pendant les années* 1853, 1854, 1855. Cet ouvrage est adressé pour obtenir le titre de membre correspondant. (Commissaires: MM. Lenoir, Michon, Larrey.)

— La Société reçoit les ouvrages suivants: *De la lithotritie considérée au point de vue de son application*, par M. Ségalas; *Rapport sur l'électricité médicale*, par M. Bouvier.

— M. le docteur Bauchet lit la première partie d'un mémoire étendu sur les hypertrophies de la glande parotide.

— M. le secrétaire lit, au nom de M. le docteur Plouviez (de Lille), une observation de fissure à l'anus guérie par l'emploi prolongé de pilules écossaises, dont la formule a été légèrement modifiée.

Quelques membres font remarquer que le traitement de la fissure à l'anus par les purgatifs répétés a déjà été plusieurs fois préconisé. Gerdy, entre autres, y insistait beaucoup. Ce traitement a l'inconvénient d'être fort long, et le plus souvent inefficace.

M. Chassaignac montre un col utérin qu'il a enlevé, en présence de M. J. Cloquet, au moyen de l'écrasement linéaire. L'opération a duré vingt-cinq minutes. Elle n'a pas été douloureuse en elle-même, mais la malade a souffert des manœuvres nécessaires à l'abaissement de la matrice. La tumeur avait l'aspect papillaire à un haut degré; elle était bien pédiculée d'un côté, mais à gauche elle n'avait pas d'autres limites que le cul-de-sac vaginal.

Il est donc probable que l'extirpation n'a pas été radicale. Au reste, M. Chassaignac n'a pas opéré dans l'espoir de guérir, mais seulement pour arrêter des hémorrhagies rebelles contre lesquelles les caustiques étaient restés impuissants.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire: Dr A. Verneuil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

A l'occasion de la solennité du baptême de S. A. le Prince impérial, les cours des établissements d'enseignement supérieur vaquent aujourd'hui samedi.

Les cours du Collége de France, du Muséum d'histoire naturelle, de l'Ecole des langues orientales et de l'Ecole des chartes sont également fermés, ainsi que les bibliothèques publiques.

— L'Académie de médecine a voté dans sa dernière séance une somme de 500 fr. pour les victimes des inondations.

— Nous pensions avoir donné dans notre avant-dernier numéro la liste complète des médecins militaires qui ont succombé en Orient. Le *Journal de Constantinople* vient nous donner aujourd'hui un cruel démenti. Il annonce la mort de trois autres confrères: MM. Sautier, Molinard et Desblancs. M. l'inspecteur Baudens, qui est revenu depuis peu de jours de Crimée à Constantinople, a prononcé sur la tombe de M. Desblancs quelques paroles empreintes de cette cordialité et de cette énergie qui forment le fond de son caractère:

« L'histoire de notre digne et si regretté camarade, a-t-il dit en terminant, est celle des cinquante-neuf médecins *morts du typhus* et qui l'ont précédé de quelques jours dans la tombe.

» L'armée leur conserve à tous un souvenir d'estime et de reconnaissance. Elle les a vus sous le feu de l'ennemi; elle les a suivis avec admiration auprès des soldats atteints de la cruelle maladie; elle sait que pas un médecin, dans cette solennelle épreuve, n'a failli.

» Jamais la médecine militaire n'a brillé d'un plus vif éclat; elle doit être fière, messieurs, du rôle que sa destinée lui a fait.

» Monsieur Desblancs, votre nom va être inscrit le soixante-dix-neuvième sur cette pierre tumulaire. Il fermera, si Dieu le veut, le douloureux martyrologe des médecins de l'armée d'Orient. Mais cette pierre sera usée par le temps, que votre exemple et celui des amis que nous pleurons guidera encore les générations médicales dans la voie du devoir et de l'abnégation. »

— En citant, dans notre numéro du 31 mai, les noms des médecins militaires qui ont été successivement attachés à l'hôpital de Péra, nous avons oublié celui d'un de nos honorables confrères, M. le médecin-major Cornac. Nous saisissons l'occasion qui se présente ici de réparer une omission involontaire.

— Sous le nom de *pinghwar-harjambi* on a introduit dans le commerce le rhizome d'une plante originaire probablement de l'Abyssinie, et appartenant à la famille des filicées. Le docteur Gaupp (de Schorndorf) l'a employé avec les meilleurs résultats, comme moyen hémostatique, contre les hémorrhagies internes, contre celles de nature traumatique et même dans les cas où tous les autres styptiques avaient d'abord été mis en usage sans succès. Pour l'usage externe, on fait avec le chevelu du pinghwar un tampon que l'on introduit dans la plaie ou dans la cavité qui fournit le sang. Pour l'usage interne, on l'emploie en décoction; celle-ci se fait avec 1 once de pinghwar pour 6 onces de colature, que l'on fait prendre en deux heures de temps.

(*Journ. de méd. de Bruxelles.*)

— M. J. Béclard, agrégé à la Faculté de médecine, commencera son cours de physiologie le lundi 16 juin 1856, à deux heures, amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants.

Le Sous...

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 71. — MARDI 17 JUIN 1856. (29e ANNÉE.) N° 71. — MARDI 17 JUIN 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 JUIN 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans une deuxième note sur la formation de l'œuf, M. Serres a présenté à l'Académie le résultat de ses recherches sur l'ordre de formation de la vésicule ovigène de la vésicule germinative. Après avoir démontré que l'œuf est le produit d'un organisme qui le précède, le follicule de Graaf, qu'il désigne lui-même sous le nom de vésicule ovigène, et que la vésicule germinative prend naissance dans le fluide que renferme ce follicule, le savant embryologiste a terminé sa note par quelques considérations sur l'étiologie de la duplicité monstrueuse consécutive à la duplicité de la vésicule germinative et du vitellus dans une vésicule ovigène unique. On trouvera ces considérations dans le compte rendu de la séance.

Une opinion un peu différente à quelques égards, si nous en avons bien saisi le sens, a été soutenue dans la même séance par M. Schultze, dans une note sur l'origine des monstres doubles. D'après cet auteur, la vésicule germinative serait la première formation de l'œuf et précéderait par conséquent la vésicule ovigène. Nous ne nous chargerons pas d'expliquer les motifs de cette dissidence, que nous nous bornons à constater. Le travail de M. Schultze étant d'ailleurs *destiné* au concours pour le prix de médecine et de chirurgie, le rapport dont il devra être l'objet nous éclairera sans doute sur ce point.

Nous signalerons à l'attention de nos lecteurs un remarquable travail de M. le docteur Jacquart sur l'appareil circulatoire sanguin chez le serpent python. L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de fournir une nouvelle preuve de l'unité de plan de composition, en ramenant le cœur des ophidiens à celui des mammifères, malgré les notables différences qui les distinguent, et qui seraient plus apparentes que réelles, d'après la description qu'il en donne. On trouvera en outre dans ce travail des détails non moins intéressants sur le mode de distribution et sur la disposition respective des deux systèmes artériel et veineux, et sur la division des ramifications du pneumo-gastrique, dont il démontre également l'analogie avec la disposition des systèmes correspondants des mammifères, au milieu même de leurs différences.

M. Bérigny, dont nous avons eu déjà l'occasion de mentionner quelques travaux sur l'ozone et son influence sur la santé, a communiqué à l'Académie de nouvelles observations ozonométriques faites autour de la caserne de Saint-Cloud. L'auteur a constaté, entre autres résultats, que là où il y a plus d'ozone il y a moins de malades, et réciproquement, plus de malades là où l'ozone est en moins grande proportion. Ce rapport confirme les résultats déjà constatés dans ses précédentes recherches.

— Nous avons annoncé dernièrement la création à Constantinople d'une Société de médecine composée de médecins nationaux et d'une grande partie des médecins des armées alliées. Nous publions aujourd'hui le compte rendu de la première séance de cette Société et une courte notice sur sa constitution. — Dr Brochin.

LES INONDATIONS.

D'inexprimables dommages sont résultés de la submersion qui vient de couvrir une partie de la France. Mais l'inondation n'est que la forme présente, un des aspects de cet immense désastre. Grâce aux libéralités d'une sympathie universelle, les ruines seront bientôt relevées et toutes les misères adoucies. Néanmoins deux choses encore sont à faire pour compléter cette première œuvre de réparation : prévenir les émanations pestilentielles, et empêcher le retour de semblables débordements.

Partout où les eaux ont déjà opéré leur retraite, le sol reste couvert de fumier, d'immondices domestiques, de débris végétaux amalgamés à une vase infecte : des plaines tout entières se trouvent ainsi converties en un vaste marécage. Il y a lieu de craindre que le soleil, dardant ses rayons sur ces amas de matières organiques, n'en dégage tout à l'heure des torrents de miasmes capables d'étendre au loin leur action maléficiante. Il est évident que contre de pareilles masses d'effluves l'art des purifications devient impuissant ; car, s'il est donné à l'homme de modifier les qualités de la terre, l'atmosphère générale est d'un autre domaine que le sien. Pour se prémunir contre la fièvre intermittente et la dyssenterie dont ils sont menacés, les habitants des régions inondées n'ont véritablement d'autre ressource que de retourner au plus vite le limon par une nouvelle culture, et d'enfouir de la sorte, pour l'étouffer, le germe de l'infection. De nouvelles semailles, dussent-elles ne fournir que des fourrages verts, aideraient puissamment à la dessiccation du sol et à l'assainissement de l'air.

L'humus des forêts est éminemment spongieux ; il doit cette qualité aux stratifications annuelles des feuilles mortes, aux herbes et aux mousses qui s'étalent à sa surface. Lorsque ce terrain vient à être trempé par une averse ou la fonte des neiges, une partie de l'eau s'en écoule lentement comme à travers un filtre ; une autre partie, absorbée par les racines, s'incorpore à la séve, se fixe dans les tissus végétaux ou s'exhale à l'état de vapeur par la face inférieure des feuilles, comme la sueur s'échappe de la peau. Sous ce rapport, une forêt peut donc être considérée comme un immense appareil d'évaporation et de dessiccation.

Dans les pays forestiers, comme le furent autrefois l'Alsace et la Lorraine, les saisons étaient nettement tranchées ; il n'est pas nécessaire de dater du temps de Charlemagne pour s'en souvenir. Aujourd'hui que ces provinces sont en partie déboisées, les fluctuations thermométriques et météorologiques y sont devenues presque continuelles ; l'hiver empiète sur l'été, et les vignes gèlent au mois de mai.

L'homme devient souvent l'artisan de ses propres infortunes ; dès qu'il se met à déraciner les forêts, il abat du même coup ses abris naturels et reste exposé aux intempéries saisonnières. La fonte subite des neiges, les pluies qui tombent sur les montagnes découronnées entraînent tumultueusement avec elles le terreau végétal, dont les dépôts successifs exhaussent chaque année davantage le lit des fleuves et des rivières, et rendent par là inutile, dangereuse même, l'opération des endiguements. Gonflés tout à coup pendant l'hiver et au printemps, les cours d'eau demeurent à sec pendant l'été ; et, ce qui est plus grave, les sources d'eau potable tarissent pendant une partie de l'année au pied des *chaumonts*. Si bien que la spéculation, qui comptait mettre en valeur au profit de l'agriculture les terrains forestiers par un agrandissement donné aux productions céréales, en est souvent réduite à semer sur le roc ; tant il est vrai que l'industrie ne trouble pas toujours impunément les plans de la nature.

Pour prévenir les inondations, pour opposer un remède efficace à leurs désastreuses conséquences, il faut de toute nécessité ou reboiser les collines, ou sillonner les régions fluviales de nombreux récipients sous forme de canaux, dont l'eau pourrait être utilement employée à l'irrigation des prairies. C'est à ce dernier système de préservation que la Hollande doit aujourd'hui sa sécurité, sa salubrité et l'abondance de ses récoltes.

Jusqu'ici le drainage nous est apparu sous le seul point de vue de ses avantages en agriculture et en hygiène. Il est certain que partout où elle a été mise en pratique, cette méthode d'assèchement a été suivie d'améliorations hygiéniques de la plus haute importance. Les données fournies par la statistique médicale et météorologique démontrent que dans les pays drainés les brouillards sont moins intenses et moins fréquents, que les maladies par infection y sont devenues plus rares et que les épizooties y sont moins meurtrières.

Le drainage améliore, en outre, les conditions climatériques des régions septentrionales : le sol, débarrassé par les drains de l'excès d'humidité que lui apporte l'hiver, s'échauffe au printemps dès qu'il reçoit les premiers rayons du soleil, en sorte que la moisson y est avancée de quinze jours ou trois semaines. De plus, on peut cultiver le froment là où il fallait se contenter de l'orge ou du seigle.

Ainsi le drainage a deux effets précieux : l'assainissement et la fertilité ; mais il est hors de doute que, dans un moment donné, il contribue pour sa part aux inondations fluviales.

En effet, toute couche arable se compose de particules poreuses qui, par leur entassement, forment des interstices également poreux. Qu'une plaine vienne à être noyée par des pluies abondantes, le sol, par sa perméabilité, livrera un passage lent et graduel au liquide qui le recouvre. Mais là où la terre est drainée, l'eau qui s'insinue dans les pores interstitiels filtre et s'écoule rapidement par la voie des drains, qui fournissent ainsi chacun un apport assez considérable pour enfler les ruisseaux qui débouchent dans les fleuves ou les rivières. Il est donc plus que probable que partout où le drainage sera appliqué en grand il contribuera aux incontinences fluviales si l'on ne donne aux eaux le moyen de se perdre au lieu de se réunir. C'est affaire aux ingénieurs d'y pourvoir.

Champouillon.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Des sueurs de sang (1).

Presque toutes les observations qui ont été publiées sur des hématidroses idiopathiques ont été recueillies sur des personnes arrivées à la fin de l'accroissement, et n'ayant pas dépassé l'âge mûr. Tous les individus, déjà d'un âge avancé, sur lesquels cette maladie s'est présentée en avaient été affectés avant la vieillesse ou même dans leur jeune âge ; la sueur de sang ne s'est montrée chez eux que par récidive ou par la continuation d'une habitude acquise.

L'âge peu avancé de la vie, et surtout l'âge de la puberté et celui qui succède immédiatement à l'accroissement achevé, peuvent donc être considérés comme favorables au développement de cette maladie. L'hématidrose a cependant été observée sur des enfants très-jeunes ; en voici un exemple publié par Eggerdes :

Un enfant bien portant, âgé de trois semaines, tomba dans un état de maigreur qui inspira des inquiétudes pour sa vie. Un jour, en le changeant de linges, on trouva la manche de sa chemise tachée de sang, sans qu'on pût découvrir d'où provenait ce sang. L'enfant avait plus de force et de vie ; il teta mieux sa mère et prit une plus grande quantité de nourriture. Le lendemain, le bras droit fut trouvé encore plein de sang. Cette exhalation continua pendant cinq à six jours, et chaque fois l'état du malade s'améliorait. Le bras gauche devint ensuite le siége d'une semblable hémorrhagie, puis l'enfant reprit ses forces et fut hors de tout danger.

Nous ne connaissons aucune cause prédisposante qui puisse être considérée comme appartenant spécialement à l'hématidrose, si ce n'est l'hématidrose elle-même, puisque l'observation démontre que l'on n'a presque jamais cette maladie qu'une seule fois. La facilité avec laquelle elle se reproduit comme périodiquement chez la plupart de ceux qui en ont déjà été affectés, autorise à penser qu'elle laisse dans les organes sudoripares une susceptibilité toute spéciale à devenir, par la moindre cause, le siége de la congestion et de l'exhalation sanguine.

Comme causes occasionnelles, nous citerons l'action d'une vive chaleur. Sous cette influence, en effet, l'exhalation cutanée peut être stimulée, et cette stimulation peut aller jusqu'au remplacement de la sueur par du sang. C'est ainsi qu'un homme, employé à la manufacture de porcelaine de Sèvres, avait des sueurs sanguinolentes toutes les fois qu'il s'exposait à la grande chaleur du four à cuire.

Un exercice musculaire violent augmente la transpiration ; il peut l'exagérer au point que le sang sorte au lieu de la sueur par les bouches sudorales de la peau. Un Américain se livrait avec activité à l'exercice de l'escrime. Il s'animait tellement dans chaque combat, qu'il suait d'abord abondamment ; les sueurs devenaient ensuite sanguinolentes au point de teindre sa chemise. Après l'assaut, il prenait du repos, et une rosée de sang s'exhalait de son corps pendant une heure. On peut rapprocher ce fait de celui d'une jeune fille qui, s'étant livrée avec excès à la danse, eut une sueur de sang très-copieuse qui continua pendant la nuit. Le lendemain matin elle expira, non-seulement par suite de l'hématidrose, mais aussi par l'hémorrhagie menstruelle qui s'était jointe à celle qui se faisait à la surface de la peau.

Une vive commotion morale, telle que la terreur, peut déterminer subitement une hématidrose des plus graves. Une religieuse, devenue par hasard le témoin d'un combat singulier à mort, fut si effrayée, que le sang s'écoula immédiatement de tous les orifices exhalants de la peau et qu'elle resta sans connaissance. Un fait semblable a été recueilli aussi sur une religieuse qui, dans une ville prise d'assaut, tomba livrée à la fureur des soldats. Elle mourut subitement baignée d'une sueur de sang.

De vives douleurs déterminées par des maladies qui ne sont

(1) Fin. — Voir le numéro du 10 juin.

point de nature à causer comme symptôme la sueur de sang produisent quelquefois l'hématidrose chez des sujets qui s'y trouvent d'ailleurs prédisposés. Témoin l'exemple suivant :

Une dame, d'un tempérament sanguin, très-irritable et abondamment réglée, née d'un père goutteux, eut à vingt-cinq ans des convulsions qui se renouvelaient chaque fois qu'elle avait un vif chagrin; quelquefois c'était une hémoptysie avec une toux presque convulsive qui se manifestait.

A vingt-sept ans, elle eut une colique néphrétique avec issue de gravier, qui revint à plusieurs reprises pendant deux ans, toujours sous l'influence de vives passions. Il survint alors une attaque beaucoup plus longue et plus douloureuse que les précédentes, et qui fut accompagnée d'un prurit fort incommode. La malade fut effrayée en voyant de grandes taches de sang sur le mouchoir avec lequel elle venait de s'essuyer le visage.

Un médecin, appelé aussitôt, vit des gouttelettes de sang transsuder à travers toutes les parties de la peau. Cette hémorrhagie se manifesta vers le milieu de l'attaque, et lorsque la malade éprouvait les plus vives douleurs et les vomissements les plus violents. L'extrait gommeux d'opium à la dose de 5 centigrammes toutes les heures fit cesser les douleurs et la sueur de sang. La peau ne présenta plus que de petites taches d'un jaune clair, qui disparurent bientôt.

Pendant les deux années suivantes, les douleurs néphrétiques se renouvelèrent encore trois fois.

Dans une des attaques, elles furent si violentes qu'une saignée du bras fut jugée utile et fournit un caillot très-consistant. Dans la dernière attaque, qui survint sans cause bien manifeste, la sueur de sang se borna à la face, au cou, aux aisselles, et à la partie antérieure du thorax et de l'abdomen.

Dans le plus grand nombre des faits d'hématidrose qui ont été observés, la maladie dépendait d'une déviation menstruelle. Dans ces cas, dont on pourrait rassembler bien des exemples consignés dans les auteurs, on a presque toujours vu la sueur de sang se reproduire à des intervalles plus ou moins éloignés, et souvent réguliers, pour remplacer l'hémorrhagie menstruelle, et cesser de se montrer dès que cette dernière hémorrhagie était ramenée régulièrement vers ses voies naturelles.

Les sueurs de sang se sont montrées quelquefois chez des sujets atteints de scorbut, et comme symptôme de cette cachexie. Cette forme d'hémorrhagie par exhalation cutanée est cependant beaucoup plus rare chez les scorbutiques que celle qui se produit à la surface des membranes muqueuses, et surtout des muqueuses buccales et pharyngiennes.

Certaines conditions anormales, telles que les nævi et les cicatrices, peuvent être considérées comme causes prédisposantes.

Une dame portait depuis quinze ans au pouce de la main gauche une tache d'un rouge brun, au milieu de laquelle survenait une hémorrhagie. Le sang jaillissait jusqu'à la hauteur de plusieurs coudées; elle en perdait quelquefois jusqu'à tomber en défaillance; l'hémorrhagie s'arrêtait ensuite, et il ne restait sur la tache aucune trace d'ouverture.

Une servante, fuyant devant une personne qui voulait la frapper, sauta dans un bassin où l'on éteignait de la chaux vive. La brûlure qui en résulta fut guérie en moins de deux mois. Quand cet accident arriva, cette fille attendait ses règles dans la semaine; elles ne vinrent pas, et restèrent supprimées pendant trois mois. Il se manifesta des douleurs de tête et de l'oppression, et à l'époque menstruelle suivante un sang vermeil transsuda des cicatrices de la brûlure. Cette hémorrhagie revenait à chaque époque, et s'annonçait chaque fois par des boutons au visage et un état douloureux des jambes. Les menstrues furent rappelées, et la santé se rétablit parfaitement.

De toutes les hémorrhagies, les hématidroses sont celles qui se reproduisent le plus fréquemment, et qui sont les plus disposées à soumettre leur retour à des périodes régulières, même chez les hommes, et, quand elles sont devenues ainsi des maladies habituelles, leur suppression ou leur manifestation entraîne des inconvénients, tant elles sont étroitement liées à une disposition générale.

Un domestique était affecté tous les mois au pouce de la main droite d'une hémorrhagie qui survenait au côté droit de l'ongle, sans mal de tête, ni difficulté de respirer, ni autre signe de pléthore; il se manifestait une légère roideur dans la dernière articulation de ce doigt; immédiatement après, le sang sortait du lieu indiqué avec force et en différents jets. Ce jeune homme en perdait ainsi 120 grammes, et ensuite 250 grammes lorsqu'il eut atteint l'âge de seize ans. Loin d'être affaibli par cette perte de sang, il conservait toutes ses forces. Il se porta très-bien, et jouit d'une santé florissante jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans.

C'est alors qu'il se cautérisa lui-même avec un fer rouge. L'hémorrhagie fut supprimée; mais trois mois après il survint une hémoptysie énorme accompagnée de toux, de diminution des forces, au point qu'il parut menacé de phthisie. De fréquentes saignées firent cesser cet état. Peu après, il fut pris d'une colique atroce, qui céda à l'administration des purgatifs, mais qui récidivait chaque fois que l'hémoptysie par la moindre impression du froid ou par des mouvements trop considérables.

Dès que l'hémorrhagie fut supprimée, ce jeune homme tomba dans un état de langueur; la face devint pâle, et il fut sujet à diverses maladies.

Dans la sueur de sang, les gouttelettes suintent avec une rapidité variable, et sont ou bien disséminées, formées d'un sang rouge, séreux, ou bien elles se confondent les unes avec les autres et se succèdent rapidement, de manière à faire ruisseler le sang sur la peau.

Les hématidroses peuvent être facilement confondues à leur début avec les érythèmes légers. La congestion sanguine dont la peau est le siége avant que le suintement de sang paraisse, et même après qu'il s'est montré, la sensation de chaleur et de prurit que les malades éprouvent le plus souvent sur cette partie, sont des phénomènes communs à cette maladie et aux phlogoses superficielles du derme. La congestion de la peau est quelquefois si considérable au début d'une sueur de sang, qu'il en résulte une véritable tuméfaction du derme et de la couche du tissu cellulaire qui lui adhère immédiatement. Dans ces cas, il serait difficile de reconnaître si c'est une hématidrose ou une phlegmasie qui va se manifester; mais l'incertitude du diagnostic cesse si l'on considère que cette partie de la peau n'est qu'à peine sensible sous la pression et ne fait guère éprouver au malade qu'un sentiment de chaleur avec une douleur gravative très-obtuse. Il n'existe réellement alors qu'une hypérémie de la peau; mais si l'inflammation superficielle vient à se montrer, une douleur plus ou moins aiguë et brûlante, souvent prurigineuse, ne permet plus de considérer la maladie comme la première période d'une hémorrhagie.

Dans presque tous les cas d'hématidroses qui ont été observés, la maladie s'est heureusement terminée, mais le plus souvent elle s'est prolongée ou reproduite par attaques à des intervalles plus ou moins réguliers pendant un grand nombre d'années. Elle ne cesse ordinairement que par la succession des années, et vers les âges auxquels l'expérience montre qu'il s'opère d'importantes modifications dans la constitution des individus, comme l'âge de la puberté, la fin de l'âge mûr, l'âge critique ou l'âge du décroissement commençant. Sa suppression inconsidérée peut entraîner de graves accidents.

J... S..., robuste, d'un tempérament sanguin, âgé de vingt-cinq ans, fut sujet depuis sa quinzième année à un suintement de sang qui revenait tous les mois par le bout du petit doigt de la main droite. Le sang coulait chaque fois goutte à goutte pendant deux jours. On ne voyait aucune ouverture. Un mal de tête et un engourdissement du bras droit annonçaient l'hémorrhagie. Ces accidents devenaient plus intenses si le sang coulait en moindre quantité. Ce jeune homme s'étant mouillé les pieds dans un ruisseau par un temps très-froid, l'effusion sanguine périodique manqua, et aussitôt une pneumonie et une dyssenterie la remplacèrent. La pneumonie céda facilement aux remèdes ordinaires, mais la dyssenterie fut opiniâtre. Le bain de bras put seul rappeler l'hémorrhagie périodique du petit doigt. S'étant supprimée de nouveau, le malade cracha du sang pendant trois mois. Le bain de bras, en le rétablissant encore, mit fin à l'hémoptysie, qui ne revint plus. Cet homme a constamment joui d'une bonne santé pendant les seize années suivantes, parce qu'il n'a cessé d'avoir son hémorrhagie périodique.

Quand on a analysé avec soin l'état de toutes les fonctions d'un malade affecté d'hématidrose, et que l'on a satisfait aux indications qui résultent de la pléthore, si ordinaire dans ces hémorrhagies, ou de la congestion sanguine qui se remarque souvent dans toutes les parties du corps sur les téguments desquelles la sueur de sang se manifeste, on a souvent fait tout ce qui est nécessaire pour la curation de la maladie. Ce serait méconnaître tous les principes rationnels du traitement des hémorrhagies que de tenter de réprimer et de suspendre l'exhalation sanguine avant d'avoir combattu et fait cesser la pléthore et la congestion locale lorsqu'elles précèdent et accompagnent la perte de sang. Dès qu'on a remédié à ces premiers états morbides, dont l'hématidrose n'est que la conséquence, cette hémorrhagie cesse, ou au moins diminue, et persiste sans inconvénient pendant quelques jours au plus, en s'affaiblissant progressivement, pour se suspendre enfin d'elle-même.

S'il est rarement nécessaire de joindre aux moyens de traitement qui s'appliquent à la pléthore générale et à l'hyperémie locale des topiques propres à agir sur le siége extérieur de la maladie, les cas de perte de sang abondante exigent néanmoins quelquefois qu'on en vienne à ces moyens, et même qu'on y ait recours avec promptitude. Il faut alors appliquer des topiques froids et astringents sur la partie malade, il faut la soumettre à une compression immédiate et continue, pour suspendre l'écoulement et favoriser en même temps la résolution de l'hyperémie locale.

L'habitude des sueurs de sang est d'autant plus difficile à guérir sans inconvénient qu'elle existe depuis un temps plus long. On ne parvient à la faire cesser qu'en substituant à l'hématidrose habituelle une autre hémorrhagie produite à dessein, et aussi renouvelée aux mêmes intervalles. Ainsi l'on conseille des saignées du bras, des saignées locales à l'anus, à la vulve, renouvelées d'abord à toutes les époques auxquelles les hématidroses ont l'habitude de se manifester, et éloignées ensuite de plus en plus à mesure qu'un temps plus long s'est écoulé depuis que la sueur de sang s'est suspendue. La quantité de sang ainsi extraite est d'abord plus considérable que celle que le malade perdait habituellement; elle est ensuite progressivement diminuée à chaque émission sanguine.

Si l'hématidrose s'est établie après une suppression d'hémorrhagie habituelle, ou après la suppression d'une diacrise également habituelle depuis un temps plus ou moins long, c'est en rétablissant ces excrétions anormales que l'on pourra faire cesser la sueur de sang. Dans ces cas, il faut recourir aux moyens propres à déterminer des hyperémies et des émissions sanguines locales, ou bien aux remèdes propres à provoquer des sueurs locales, des leucorrhées, des diarrhées, etc., si c'était à la suppression de flux anormaux de cette espèce que l'établissement des hématidroses périodiques pût être attribué.

Les habitudes de maladie ou les états morbides chroniques n'ont dans l'économie qu'une durée limitée, quelque longue qu'elle soit d'ailleurs; leur cessation fait souvent place à un autre état anormal, aussi chronique, qui se produit moins par déviation ou métastase de la première affection habituelle, que par une véritable substitution. C'est aux médecins à tirer parti de cette observation générale, qui forme pour eux le principe capital de la thérapeutique des maladies chroniques. Ainsi, si une hématidrose se substituait à une leucorrhée ancienne, à une diaphorèse locale ou à un flux hémorrhoïdal existant depuis un grand nombre d'années, on n'obtiendrait le plus souvent aucun avantage des efforts tentés pour rétablir les maladies chroniques. Il en serait de même si l'on voulait combattre par des moyens temporaires une hématidrose déjà ancienne, et qui constitue pour ainsi dire une sorte de fonction supplémentaire dans l'économie. Dans ces cas, il faut procéder comme la nature elle-même; il faut substituer à la maladie habituelle une autre maladie aussi chronique et habituelle. C'est ainsi que l'on a recours avec avantage à l'établissement d'un exutoire à demeure, à la production continue d'une sueur locale ou d'une excitation générale de toute la peau par des bains alcalins, des frictions sèches ou stimulantes, des douches de vapeur, etc., etc. Mais si l'hémorrhagie cutanée était peu considérable, si elle se renouvelait sans causer au malade beaucoup de gêne et sur une partie qui ne fût pas trop incommode, il faudrait l'abandonner à elle-même, pa ce qu'il est toujours à craindre que sa suppression ne soit suivie de l'explosion d'une autre maladie plus grave. Il faut surtout prendre ce dernier parti si la santé du malade, ordinairement faible, ou même altérée avant la manifestation de la sueur de sang habituelle, s'est consolidée depuis l'établissement de l'hémorrhagie.

ABCÈS PAR CONGESTION; INJECTIONS IODÉES.

Par M. le docteur FLOCHON, de Sennecey-le-Grand (Saône-et-Loire).

Prosper J..., âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament scrofuleux, ressentit en 1848, à l'âge de quatorze ans, dans la partie gauche des reins, des douleurs auxquelles on opposa d'abord des vésicatoires. Plus tard, tout en constatant une légère déviation de la colonne vertébrale, on put apprécier en ce point une tumeur profonde : on eut successivement recours aux pommades fondantes, aux cautères, aux pilules de Blancard, à l'iodure de potassium, à l'huile de foie de morue. Bien que ce traitement fût prolongé, la tumeur prit un caractère plus déterminé dans la fosse iliaque gauche, qu'elle remplit, et au printemps 1853 elle fit irruption dans l'aine par une saillie molle, fluctuante, mal circonscrite, dont le diagnostic ne pouvait être douteux : il s'agissait d'un abcès par congestion symptomatique d'une altération organique de la colonne vertébrale.

Le 12 août, nous nous réunissons, MM. Canard et moi, pour l'opération. M. Canard père fait la ponction avec la lancette; le pus s'écoule en abondance, n'offrant rien de particulier; du sparadrap bouche ensuite l'ouverture.

Les premières journées après l'opération se passent assez tranquilles; à trois reprises successives, j'évacue le pus sans voir survenir de symptômes généraux; mais du sixième au huitième jour, la scène change : avec la fétidité du pus survient une fièvre des plus graves. C'est en ce moment, après avoir pris l'avis de mes confrères, que l'injection iodée fut prescrite; le lendemain, j'y procède de la manière suivante :

Un matelas plié en deux et placé sous les fesses soulève le bassin, tandis que le reste du tronc, à partir des reins, se trouve sur un plan inférieur. Je remplis d'abord toute la poche d'une décoction émolliente, puis le malade se lève un instant; après la sortie complète du liquide, il reprend sa première position, et j'injecte un tiers de litre d'un mélange, à parties égales, d'eau et de teinture d'iode, qui séjourne pendant quinze minutes dans le sac sans occasionner de douleur bien prononcée; des cataplasmes émollients recouvrent ensuite le haut de la cuisse et la fosse iliaque.

Le lendemain, la fièvre a cessé complétement; le pus s'écoule roussâtre, sans fétidité, chargé de grumeaux et de débris filamenteux colorés par l'iode; le surlendemain, il reparaît blanc et épais; l'amélioration générale est pour ainsi dire immédiate.

A partir de ce moment, bien que la quantité de pus fourni journellement soit encore assez abondante, les injections iodées sont renouvelées de huit à quinze jours d'intervalle, et chaque fois je ne puis faire pénétrer qu'une quantité de liquide de plus en plus minime.

Deux mois après l'opération, il n'y avait plus à la partie supérieure de la cuisse qu'une fistule légère, qui s'est fermée seule à mesure que les forces sont revenues. J'ajouterai que peu après la disparition des accidents généraux, le malade fut soumis à un régime reconstituant et à la médication antérieure (vin de quina, iodure de fer, huile de foie de morue), dont l'usage fut continué pendant longtemps.

Tout allait pour le mieux; la guérison de ce jeune homme paraissait complète, quand, sans cause connue ni appréciable, dans l'été de 1854, des douleurs assez vives se firent sentir à la partie droite des reins. Des cautères plusieurs fois renouvelés ne conjurèrent pas l'orage, et après un temps assez court on sentit une tumeur large, profonde, partant des lombes et plongeant dans la partie supérieure de la fosse iliaque, occasionnant une gêne extrême pour les mouvements du membre pelvien correspondant. Nous avions à droite ce qui avait précédemment existé au côté gauche.

Le 5 février, je fis avec la lancette l'ouverture de la tumeur lombaire; un demi-litre environ de pus s'écoula; la saillie épitrochantérienne ainsi que le gonflement ilio-lombaire disparurent. Le lendemain, sans attendre la putridité du pus et la fièvre, j'injectai dans le cloaque la teinture d'iode mélangée de moitié d'eau; quand 250 grammes du liquide eurent pénétré, la tumeur reparut sur la hanche, et je m'arrêtai. Au moment où je retirais la canule de l'instrument, le malade fit un mouvement; le parallélisme des bords de l'ouverture, du reste assez profonde, fut détruit, et je ne pus faire sortir qu'une faible partie de l'injection. Je m'en préoccupai fort peu, et le malade en fut quitte pour un malaise qui n'était qu'une légère ébriété résultant de l'absorption alcoolique.

De quinze en quinze jours je revins trois fois aux injections sans pouvoir obtenir l'adhésion des parois du fond du foyer sur la hanche. Pour en finir, je pratiquai une contre-ouverture sur ce dernier point, et depuis ce moment tout fut dit. Une seule et dernière injection pénétrant par les reins, sortant après quinze minutes de séjour par l'ouverture inférieure, détermina promptement une guérison complète.

Depuis ce moment, ce jeune homme vaque aux occupations les plus légères de l'agriculture, se livre, malgré les recommandations qu'exige la prudence, à tous les divertissements de son âge; il ne conserve pas de déviation sensible de la colonne vertébrale.

Faut-il admettre, pour la formation de ce dernier abcès, que les premières injections iodées ont déterminé l'oblitération du canal purulent du côté gauche avant la guérison complète de la carie vertébrale, et que le pus, rencontrant des adhérences solides, a été forcé de se jeter à droite? Ou bien, ce qui est plus probable, que les deux abcès étaient distincts, le second offrant plus spécialement les caractères propres aux collections par carie des parties latérales des vertèbres ou de leurs apophyses transverses? Je m'abstiens de toute discussion cet égard. Je n'ai voulu que faire connaître brièvement le cas de guérison d'une maladie dont les suites sont le plus souvent funestes, et enregistrer un, ou mieux deux succès par l'emploi des injections iodées.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 juin 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy St.-Hilaire.

Embryogénie. — Etiologie de la duplicité monstrueuse. — M. Serres lit sur ce sujet une note qui fait suite au mémoire qu'il a lu dans la précédente séance. Cette note est relative à l'ordre de formation de la vésicule ovigène et de la vésicule germinative, et à l'étiologie de la duplicité monstrueuse. L'auteur résume cette dernière partie de son travail par les corollaires suivants extraits de la théorie des formations et des déformations organiques appliquée à l'anatomie de Ritta-Christina et de la duplicité monstrueuse (1832), et qui sont relatifs à l'influence qu'exercent sur la duplicité monstrueuse la veine ombilicale qui représente le vitellus, et les artères du même nom qui représentent l'allantoïde.

« On voit la duplicité de la veine ombilicale produire la duplicité de tous les organismes du plan supérieur à l'ombilic, et l'unité des artères ne donne naissance qu'aux développements ordinaires dans le plan inférieur.

» On voit, par contre, la duplicité des artères ombilicales doubler le plan inférieur, tandis que le supérieur reste simple, si simple est la veine ombilicale.

» On voit encore, dans la duplicité des veines ombilicales, l'une d'elles, l'antérieure, presque toujours plus volumineuse que la postérieure; d'où résultera la prédominance du foie, du cœur, des poumons, du thorax, du col, de la tête situés en avant, et l'avortement plus ou moins marqué des mêmes parties situées en arrière.

» On voit enfin, dans la duplicité des artères ombilicales, les antérieures plus prononcées ordinairement que les postérieures; d'où résultera, si les bassins sont coalescents, la prédominance de l'antérieur sur le postérieur, la prédominance de la vessie et de l'utérus situés en avant sur l'utérus et la vessie placés en arrière. Tous ces rapports se suivent.

» Or tous ces rapports ont une condition générale et commune dans la disposition primitive des placentas.

» Si les placentas sont libres, les deux embryons, indépendants l'un de l'autre, peuvent parcourir leurs évolutions respectives, et venir à terme bien conformés. C'est le cas des jumeaux ordinaires.

» Ou bien, des deux embryons, le plus fort peut se développer aux dépens du plus faible; c'est le cas si fréquent d'un enfant bien conformé, coexistant dans le même utérus avec un acéphale, et toujours avec un acéphale libre. Si, au contraire, les deux placentas sont confondus et coalescents, de cette coalescence résulte d'abord une communauté d'enveloppes, puis une communauté des deux cordons ombilicaux. Les deux embryons, isolés dans le principe, sont ainsi suspendus à une tige commune.

» Or, ainsi suspendus, on conçoit qu'il est encore possible que les deux enfants se développent régulièrement, et que de ces enveloppes communes sortent des jumeaux bien conformés; mais ils n'en sortent et ne peuvent en sortir qu'à une condition, celle d'être unis par leur ombilic.

» C'est le cas des jumeaux coalescents comme les deux siamois (omphalo-dymes).

» On conçoit encore que de deux embryons si voisins, le plus fort atrophie le plus faible, d'où résulte un enfant ordinaire et un acéphale, unis par l'ombilic, par l'intestin et des vaisseaux. C'est l'acéphalite parasite constituant les hétéradelphes.

» On conçoit enfin que cet acéphale resté parasite par privation de veine ombilicale, et venant à acquérir cette veine, rentre dans ses droits par cette acquisition; il devient alors l'égal de son frère, et fournit la moitié de son contingent pour les organismes communs qui doivent les unir. Les deux enfants n'en forment plus qu'un seul. Ce sont les monstres doubles ou les hépato-dymes. Mais, d'après ce qui précède, ces deux enfants sont rarement complets; le plus souvent il manque quelques parties à l'un et à l'autre; l'un et l'autre, considérés à part, sont des monstres par défaut, dont l'association donne naissance aux organismes communs qui les unissent et les confondent en ramenant leur dualité à l'unité. »

Observations ozonométriques faites autour de la caserne de Saint-Cloud. — M. Bérigny (de Versailles) lit un travail dans lequel il rend compte à l'Académie des observations ozonométriques qu'il a faites avec le papier Schœnbein autour de la caserne de Saint-Cloud (du 6 octobre au 5 novembre 1855.)

Les observations ont été faites au premier et au troisième étage de la caserne, sur la cour et sur la façade regardant la Seine. Ce lieu d'expérimentation a été choisi parce que ce bâtiment présentait intérieurement et extérieurement des conditions d'un grand intérêt scientifique, à cause des différents états météorologiques qu'il offrait par ses expositions diverses, par l'état hygrométrique dépendant du cours de la Seine, et par l'agglomération d'hommes logés dans ce bâtiment.

Il résulte de ces observations :

1° Qu'il y a plus d'ozone le jour que la nuit, lorsque l'on opère sans tenir compte de l'exposition des papiers ozonométriques;

2° Que l'on trouve, au contraire, plus d'ozone la nuit que le jour du côté de la Seine;

3° Qu'il y a, comme dans le premier cas, plus d'ozone le jour que la nuit du côté de la cour.

Si l'on examine les résultats que fournissent les expériences par rapport aux deux altitudes auxquelles les appareils étaient situés, on constate les suivants :

1° Qu'il y a moins d'ozone au premier qu'au troisième étage, lorsque l'on opère sans tenir compte de l'exposition des papiers ozonométriques;

2° Que si, au contraire, on recherche les résultats fournis séparément du côté de la cour et du côté de la rivière au premier et au troisième étage, on trouve :

3° Qu'il y a dans les deux cas plus d'ozone au troisième qu'au premier étage.

Ici, comme dans tous les cas qui concernent l'altitude, on retrouve la même loi qui démontre que plus on s'élève, plus on rencontre d'ozone.

Une preuve qui vient à l'appui de l'influence que l'ozone exerce sur la santé se trouve dans l'examen d'un état indiquant le nombre des malades survenus depuis le 12 septembre jusqu'au 31 octobre dernier. Cet état, établi de telle sorte qu'il indique la situation des malades par étage, fournit les résultats suivants sur 49 malades :

Pour le premier étage. . . .	21	Total. . . 49
Pour le deuxième étage. . . .	12	
Pour le troisième étage. . . .	12	
Pour le quatrième étage. . . .	4	

D'où il suit que le nombre de ces malades a été beaucoup plus fort au premier étage qu'au troisième.

L'auteur a voulu s'assurer si la marche de l'ozone, à Saint-Cloud, était la même que celle de Versailles. Il résulte de ce rapprochement que la marche de l'ozone, à très-peu d'exceptions près, est exactement la même à Saint-Cloud qu'à Versailles. Ce fait est important, parce qu'il prouve que la présence de l'ozone subit la même loi que les autres phénomènes météorologiques, en s'exerçant également dans un certain rayon. (Commissaires : MM. Becquerel, Cl. Bernard et Jules Cloquet.)

Anatomie comparée. — M. de Quatrefages présente à l'Académie, au nom de M. Jacquart, un mémoire sur l'appareil circulatoire sanguin chez le serpent python.

Dans la description du cœur, qu'il a éclaircie par huit figures, M. Jacquart signale dans le ventricule droit une disposition valvulaire qu'il croit avoir découverte le premier. C'est celle de la valvule qui ferme l'entrée du sinus formé par la veine cave postérieure et la jugulaire droite, qui réserve un tiers environ de son étendue pour abriter et fermer aussi la jugulaire gauche, dont l'orifice est adossé à celui du sinus veineux précédemment indiqué. Ainsi trois orifices veineux fermés par une seule valvule!

Le ventricule droit a fixé surtout l'attention de l'auteur. Une colonne charnue s'étendant de la pointe du cœur vers sa base, soudée par son côté supérieur, libre par l'inférieur, la divise en deux loges : une supérieure, où prennent naissance les deux aortes; l'autre inférieure, d'où part l'artère pulmonaire. La loge inférieure est beaucoup plus grande que l'autre, et sillonnée par des colonnes charnues peu marquées. L'autre, au contraire, à parois très-épaisses, est rétrécie par des piliers musculeux très-forts. Puis ensuite se présente un ventricule gauche qui communique avec l'oreillette pulmonaire; mais il n'en part aucun vaisseau.

M. Jacquart a cherché à décrire avec soin et à bien faire connaître les valvules auriculo-ventriculaire droite et gauche, ainsi que le passage qui fait communiquer les deux ventricules. Mais ces détails ne sauraient trouver place ici. L'épaisseur des parois du ventricule gauche produit un effet qui n'a pas été suffisamment apprécié. Il est bien vrai qu'au moment où la communication interventriculaire s'ouvre, les deux ventricules en train de se contracter sont également pleins, l'un de sang artérialisé venant des poumons, l'autre de sang veineux. Si les deux ventricules étaient aussi épais, ils auraient la même force d'impulsion, et le sang ne tendrait pas plus à passer du ventricule gauche dans le droit que de celui-ci dans le gauche. Mais ce dernier, beaucoup plus épais, lance par l'ouverture interventriculaire, dans la loge supérieure du ventricule droit, le sang artérialisé, qui balaye en quelque sorte le sang veineux qui s'y trouve, le chasse de cette loge vers celle de l'artère pulmonaire, d'où l'utilité d'une communication entre elles, et s'engage dans les deux aortes qui sont situées tout près de l'ouverture interventriculaire. Il y a cependant mélange partiel des deux sangs. Ainsi chez les ophidiens et les mammifères, les oreillettes, à part quelques détails de minime importance, sont calquées sur le même modèle. Même structure de parois, mêmes rapports de formes et de dimensions, mêmes vaisseaux qui viennent s'y aboucher, mêmes communications avec les ventricules. Puis quand il s'agit de ceux-ci, qui ont conservé cependant avec les oreillettes leur position et leur épaisseur respectives, toute analogie semble rompue.

Le ventricule gauche ne fournit aucun vaisseau; les deux aortes qui devraient en provenir prennent leur origine dans le ventricule droit, et celui-ci, par contre, donne naissance en même temps à l'artère pulmonaire.

Toutefois cette infraction à la loi d'unité de plan n'est qu'apparente. Supposant pour un instant que la cloison incomplète du ventricule droit des ophidiens représente la paroi interventriculaire complète des mammifères, ainsi modifiée pour des raisons que M. Jacquart a déjà fait pressentir, alors tout s'explique. L'unité de plan n'est plus détruite : il y a seulement variété dans l'unité, et la loi des connexions vient nous aider à ressaisir les analogies qui nous échappaient.

En résumé, pour M. Jacquart, le cœur des ophidiens peut être ramené à celui des mammifères, dont la cloison interventriculaire ne se serait pas soudée par son bord inférieur aux parois du cœur, et dont le ventricule gauche serait divisé en deux loges communiquant ensemble par un passage rétréci.

L'auteur termine en esquissant quelques-uns des faits les plus saillants sur le reste du système circulatoire, en montrant toutes les artères de la tête fournies par un seul tronc, la carotide commune; en faisant voir comment cette artère, arrivée à la tête, se divise en deux troncs, dont l'un continue son trajet, et l'autre, passant de l'autre côté, s'y distribue en maintenant ainsi la loi de symétrie; les anastomoses entre les veines portes rénales et la veine porte hépatique, si nombreuses et si volumineuses, qu'on peut dire qu'il n'y a pas seulement anastomose, mais presque fusion des deux systèmes avec mélange partiel du sang qu'ils charrient; le défaut de parallélisme des ramifications des nerfs pneumogastriques, avec les vaisseaux pulmonaires, etc. (Commissaires : MM. Duméril, Serres, de Quatrefages.)

Anesthésie du sens du goût. — M. Guyot adresse une note sur ce sujet, dont voici un extrait :

« La chirurgie fait un fréquent usage de la glace, de mélanges réfrigérants employés comme anesthésique local. Ces réfrigérants, qui abolissent la sensibilité à la douleur, sont-ils aussi propres à éteindre la sensibilité spéciale, celle du goût, par exemple? *A priori*, on est porté à le croire ainsi; mais aucune expérience, à notre connaissance du moins, ne l'a encore démontré. C'est le hasard qui nous a fait reconnaître qu'un morceau de glace, conservé dans la bouche, enlève presque complétement aux muqueuses linguale et buccale leur aptitude à percevoir les saveurs. C'est là un résultat qui peut, si nous ne nous trompons, avoir son application pratique.

» Ainsi, chacun sait que le colombo est doué d'une grande amertume. Or, au moyen de la glace conservée dans la bouche avant de prendre ce médicament et pendant qu'on en fait la déglutition, on ne sent que très-peu son amertume, et il est probable qu'on ne la sentirait pas du tout si, au lieu de glace commune, on employait quelque mélange d'une température plus basse. »

— M. Bouniceau soumet au jugement de l'Académie la huitième partie de ses *Recherches sur le mode de propagation de la sangsue médicinale*. (Commission nommée.)

— M. Cadet envoie de Rome une nouvelle série de corrections relatives à ses précédentes communications sur le choléra-morbus et sur les entozoaires observés dans les déjections cholériques. (Commission du prix Bréant.)

— M. Piorry prie l'Académie d'admettre au concours pour les prix de médecine et de chirurgie son mémoire *sur l'organographisme*.

— M. Joire adresse pour le même concours un opuscule intitulé *Etudes sur la circulation*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE CONSTANTINOPLE.

M. Pincoffs (de Dresde), médecin attaché aux hôpitaux anglais de Constantinople, a eu la pensée d'y former une Société de médecine. Il s'est adressé à cet effet aux médecins des armées alliées et aux médecins civils. Son appel a été entendu, et le 15 février 1856, une réunion nombreuse de médecins constituait la Société sous la présidence de M. l'inspecteur général Baudens. Cette première réunion a été employée à l'exposé du but de la Société et aux actes nécessaires à son installation. Une commission fut désignée pour préparer le projet de règlement qui la devait régir, et la question des affections typhiques fut mise à l'ordre du jour.

Dans sa seconde réunion, qui eut lieu le 1er mars, le projet de la commission fut discuté, et, après son adoption, la Société procéda à la nomination de son bureau définitif, qui fut formé de M. l'inspecteur général Baudens, président; de M. Linton, médecin en chef des hôpitaux militaires anglais, et de M. Fauvel, médecin sanitaire français, membre du conseil de santé, professeur à l'Ecole de médecine de Constantinople, vice-présidents; de M. Pincoffs, secrétaire général; de M. Leval, membre du conseil de santé, secrétaire spécial, et de M. Morris, médecin de la légation de Prusse.

Le nombre des sociétaires s'accroît journellement. La Société compte aujourd'hui plus de quatre-vingts membres. Elle a demandé le patronage du gouvernement du Sultan et l'autorisation de prendre la qualification d'impériale.

La demande, adressée au ministre des affaires étrangères Fuad-Pacha, vient d'être accordée.

Séance du 15 mars 1856. — Présidence de M. Fauvel, vice-président.

Après la lecture du procès-verbal, qui est adopté, le président accorde la parole à M. Cazalas, le premier inscrit pour traiter la question des affections typhiques.

DISCUSSION SUR LE TYPHUS.

M. Cazalas, en reconnaissant que tous les hôpitaux militaires de Constantinople doivent recevoir de la Crimée des maladies de même nature, admet cependant que chaque établissement particulier doit exercer une influence spéciale sur ceux qui y séjournent. Il se propose de raconter ce qu'il a vu dans l'hôpital qu'il dirige, sans se préoccuper de ce qui s'est passé ailleurs.

Sans contester l'existence du typhus soit en Crimée, soit dans les hôpitaux, il affirme que, pour son compte, il ne l'a pas rencontré d'une manière générale. Les maladies actuelles ne sont généralement que des états typhiques ou typhoïdes greffés sur d'autres maladies, ou des affections typhoïdes se manifestant chez les individus préposés au service des malades.

M. Cazalas admet que le typhus est dû à une intoxication miasmatique animale, résultant soit de la réunion d'individus sains ou malades dans un espace trop étroit, soit de la décomposition putride des détritus animaux. Il admet aussi la contagion. Pour lui, toutefois, la maladie ne se reproduit pas par le contact immédiat, mais par infection, c'est-à-dire par l'intermédiaire de l'air. Et encore ne croit-il pas que l'absorption de l'air infecté donne lieu directement à cet effet; les typhiques transmettent aux individus sains le germe qui les infecte peu à peu et les prépare à l'invasion de la maladie. Celle-ci ne se déclare

pas toujours après l'infection, et dans les cas où elle se déclare, c'est par suite d'une cause déterminante. La cause déterminante la plus commune est une excitation trop forte ou la brusque et profonde altération de l'atmosphère.

En ce qui concerne les caractères anatomiques du typhus, dont on a conclu alternativement à l'identité ou à la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde, M. Cazalas ne croit pas que le problème doive être circonscrit dans un seul phénomène d'anatomie pathologique. Il veut qu'on tienne compte simultanément des symptômes et des lésions. Appelant l'attention sur cette circonstance que dans les épidémies de fièvre typhoïde un certain nombre de cas affectent la forme du typhus et *vice versâ*: qu'une fièvre typhoïde peut ne pas laisser de traces après la mort; que la lésion intestinale existe assez souvent à la suite du typhus; que les deux maladies se déclarent quelquefois après que la lésion a parcouru toutes ses phases; que d'autres fois elle existe sans produire ni le typhus, ni la fièvre typhoïde; enfin que dans les diverses épidémies de ces deux affections elle n'a pas été toujours constante, il admet que fièvre typhoïde et typhus sont dus à une même cause; qu'au fond les symptômes et la marche des deux maladies sont identiques; que dans toutes les deux l'incubation est plus ou moins longue, suivant l'activité de la cause morbifique et le degré de résistance de l'organisme. L'altération des solides et des fluides et l'éruption de l'iléon sont les premiers effets de l'intoxication. Celle-ci, pour une cause quelconque, se fait-elle lentement, l'éruption se fait avant l'invasion de la maladie, qui prend la forme typhoïde. Le contraire arrive-t-il, la maladie se déclare dès le début de l'infection, avant l'éruption intestinale; l'invasion est brusque, la marche rapide : on a le typhus. En conclusion, il croit que typhus et fièvre typhoïde sont une seule et même maladie; et, s'il y a différence, celle-ci tient moins au fond qu'aux formes de l'affection.

M. Cazalas divise en deux catégories les malades objet de ses observations : ceux, de beaucoup les plus nombreux, qui viennent de la Crimée ; ceux qui, appartenant à l'hôpital, y ont contracté la maladie.

En Crimée, il existe une série de causes débilitantes, d'où des diarrhées, des dysseuteries, des fièvres intermittentes, et le scorbut qui domine surtout et imprime presque partout son cachet. A ces causes se joint le froid et le dégagement de miasmes morbifiques provenant de la décomposition de matières animales et végétales, dégagement insuffisant sans doute pour produire une épidémie de fièvre typhoïde ou de fièvres intermittentes, mais qui fait entrer cependant l'élément intermittent et typhoïde dans la composition des autres maladies. Quant au froid, il agit soit directement sur les organes déjà débilités, soit indirectement en empêchant les hommes de respirer l'air plus pur du dehors, si nécessaire pourtant à l'hématose déjà compromise par le scorbut. Avant donc d'être réellement malades, ils sont atteints de cachexie scorbutique, à laquelle se joignent l'élément intermittent et l'élément typhoïde. La maladie survient-elle enfin? En raison des nécessités de la guerre, ils sont entassés dans des baraques déjà encombrées ou dans des tentes malsaines et imparfaitement chauffées; dans cet état forcé des choses, il n'y a plus à s'étonner si le typhus se déclare ou s'il vient aggraver toutes les autres affections. En arrivant à Constantinople, les malades changent de conditions, qui sont relativement bien plus convenables.

Enonçant le chiffre des attaques dans les diverses parties de l'établissement, il tire la conclusion que l'encombrement et le défaut d'aération n'ont été pour rien dans la généralisation des états typhoïdes, puisque, malgré la diversité de conditions des différentes localités, les cas ont été plus nombreux dans les baraques en bois, où l'aération est même trop considérable. En remarquant, en outre, que la maladie ne s'est pas manifestée de proche en proche sur la ligne des lits, il trouve que la contagion directe n'a pas joué de rôle dans la propagation de l'affection. Il n'en a pas été de même des variations brusques et profondes de l'atmosphère, qui ont eu une influence très-marquée.

Les lésions anatomiques ont été très-variées. Les lésions des méninges ont été les seules à peu près constantes. L'injection de la pie-mère n'a peut-être jamais manqué. La cavité arachnoïdienne a toujours offert un liquide plus ou moins abondant, et les lésions indépendantes des phénomènes typhiques que le scalpel a pu faire découvrir étaient l'effet de la maladie qui avait précédé l'invasion de ces phénomènes.

M. Cazalas admet cinq formes différentes. Tantôt le début est lent, mais continu : pesanteur de tête, céphalalgie, faiblesse, courbature, avec un mouvement fébrile sans intermittence. Bien plus souvent ces symptômes offrent une intermittence véritable sans gravité apparente, mais après trois ou quatre accès les symptômes acquièrent une grande intensité. D'autres fois, mais plus rarement, le convalescent est pris soudainement de tous les symptômes d'un typhus grave. Parfois on observe une céphalalgie violente, des douleurs cervicales ou lombaires, des mouvements spasmodiques, la contraction des pupilles, le délire, avec mouvement fébrile continu. Quelquefois enfin la maladie se caractérise du jour au lendemain par un commencement de paralysie dans les mouvements, le sentiment, l'intelligence; de l'hébétude, de la pesanteur de tête sans céphalalgie, ou par une douleur très-faible à la tête et par une dilatation des pupilles. La première forme s'observe chez les sujets dont la constitution est encore peu altérée et qui ont peu séjourné en Crimée. La marche est analogue à celle des fièvres gastriques et typhoïdes. Dans la seconde forme, qu'on trouve chez les sujets affectés de cachexie scorbutique, il y a des accès peu sérieux en apparence. Mais bientôt la maladie s'aggrave, et le malade meurt en quarante-huit et même vingt-quatre heures. Tantôt l'aggravation est continue jusqu'à la mort; tantôt il y a une rémission, et si l'on parvient à prévenir un nouveau paroxysme, les phénomènes typhiques les plus graves se dissipent en peu de temps. Cet état n'est, pour l'auteur du mémoire, qu'une fièvre paludéenne à forme typhique, qui a pris le caractère pernicieux à cause de l'état cachectique du malade. Comme dans les congestions apoplectiques, dans la troisième forme on ne remarque pas de prodromes, et la marche est analogue à celle des maladies de ce genre. Tantôt le malade meurt rapidement, tantôt les symptômes se dissipent, et tantôt enfin les congestions actives se transforment en une phlegmasie avec laquelle apparaissent les symptômes du typhus. C'est chez les scorbutiques dont l'état n'est pas encore très-avancé que cette forme apparaît. Dans la quatrième forme, qu'on trouve chez les hommes vigoureux, la période initiale et les symptômes sont ceux des méningites cérébrales ou cérébro-spinales continues ou rémittentes. Dans la dernière, enfin, l'invasion est celle de l'apoplexie séreuse ou sanguine des méninges, et elle se présente chez les sujets cachectiques et très-épuisés.

Les personnes préposées au service des hôpitaux fournissent en ce moment un grand nombre de malades et un chiffre élevé de décès ; ce qui ne suffit pas, suivant M. Cazalas, pour démontrer l'existence d'une épidémie de typhus. Dans son hôpital, tous les médecins et l'aumônier ont été plus ou moins indisposés.

Les symptômes de l'embarras gastrique, avec céphalalgie rémittente ou intermittente, ont caractérisé cette maladie. Toutes les sœurs de charité ont aussi été malades, une a succombé. Chez elles, les symptômes ont été ceux de la fièvre typhoïde ou de la fièvre gastrique rémittente ou intermittente. Quarante parmi les infirmiers ont été également atteints, trois sont morts. La maladie qui a indistinctement frappé et ceux qui sont attachés au service direct des malades et ceux qui appartiennent aux services détachés, a été caractérisée chez eux tantôt par les symptômes de la fièvre typhoïde grave, du typhus ou de la méningite, tantôt par ceux de la fièvre ou de l'embarras gastrique. Dans tous, la rémittence ou l'intermittence s'est montrée comme l'élément important de l'affection. Un travail excessif, l'encombrement dans leur casernement, l'inspiration des miasmes des malades, sont les causes auxquelles M. Cazalas attribue la maladie des infirmiers. Il rappelle que des effets analogues à ceux qu'on remarque actuellement s'observent toutes les fois que des conditions semblables se présentent, quelle que soit d'ailleurs la nature de la maladie régnante.

Le traitement adopté par M. Cazalas varie naturellement suivant les circonstances et la nature de la maladie qu'il doit combattre. S'agit-il de symptômes de fièvre gastrique ou de fièvre typhoïde, il met en usage les moyens habituellement dirigés contre ce genre d'affections. Est-ce une congestion cérébrale, il a recours aux émissions sanguines, etc. Quand les états morbides sont précédés ou accompagnés d'intermittence ou de rémittence, il croit indispensable la médication quinique. Dès qu'un accès se déclare, il administre un vomitif, et, quand le remède a opéré, il passe à une forte dose de sulfate de quinine. En se louant beaucoup de cette pratique, M. Cazalas insiste sur l'avantage du vomitif, lorsqu'on a le temps de le mettre en usage. Si cependant le temps fait défaut, il commence par l'anti-périodique, et ne vient au vomitif que quand le sulfate de quinine a été absorbé. Un ou deux purgatifs complètent le traitement, sans préjudice des autres moyens que les symptômes continus peuvent réclamer.

M. Cazalas résume la dernière partie de son travail par les conclusions suivantes :

1° Identiques au fond, le typhus et la fièvre typhoïde ne diffèrent que par la forme.

2° Le typhus proprement dit, commun en Crimée et dans quelques hôpitaux de Constantinople, n'existe à l'hôpital de l'Ecole que par cas isolés, qui ne diffèrent généralement pas de la fièvre typhoïde ordinaire.

3° Les maladies qui se déclarent chez les convalescents de la Crimée sont tantôt des fièvres gastriques, des fièvres typhoïdes ou typhus ; tantôt une congestion cérébrale, une méningite, une hydrocéphale active ou passive; tantôt une affection rémittente ou intermittente.

4° Ces maladies sont toutes compliquées de scorbut et très-souvent de diarrhées chroniques.

5° Ces diverses affections parcourent rarement leurs périodes sans complication de rémittence ou d'intermittence, et celles qui ont le caractère intermittent ou rémittent ont une grande tendance à la continuité.

6° Toutes ces affections tendent également à prendre un caractère typhique ou typhoïde.

7° Les états pathologiques résultant du mélange de tant d'éléments sont très-complexes. Le scorbut est presque toujours le fond, et les éléments gastrique, intermittent et typhique entrent le plus souvent dans leur composition. Les éléments gastrique et intermittent sont les plus importants au point de vue thérapeutique ; s'ils sont combattus efficacement, l'élément typhique se dissipe promptement. Le scorbut, qui s'efface devant les accidents aigus et immédiatement plus graves, reparaît et persiste après leur disparition.

8° Ces états morbides ne sont, pour la plupart, ni le typhus ni la fièvre typhoïde; ce sont des accidents complexes dans lesquels le typhus n'a qu'un rôle secondaire, et déterminés chez les hommes cachectiques ou malades par des accès de fièvre ou des réactions trop violentes pour des organes affaiblis par le scorbut et une infection miasmatique animale ou végétale.

9° Ces états n'ont qu'exceptionnellement un cours réglé et un symptôme constant, stupeur avec délire, comme le typhus ; alors ils offrent, en général, la forme et la marche de la fièvre typhoïde, et, à l'autopsie, la lésion qui caractérise cette maladie.

10° Les causes prédisposantes pour la généralisation de ces états sont la cachexie scorbutique, l'infection miasmatique végéto-animale et le froid rigoureux. Les altérations de l'atmosphère, et surtout le passage subit d'un froid vif à une chaleur élevée, notamment chez des hommes soumis à une alimentation trop copieuse ou trop réparatrice, est la cause déterminante la plus ordinaire des réactions qui les précèdent ou les produisent.

11° Les symptômes sont ceux de la fièvre gastrique, de la fièvre typhoïde, de la méningite, de la congestion cérébrale, de l'hydropisie des méninges, d'une fièvre pernicieuse ou de plusieurs de ces affections, mais le signe du typhus, stupeur avec délire, manque dans la plupart des cas.

12° La marche est aussi variable que les symptômes.

13° Les lésions anatomiques varient comme les symptômes et la marche; la lésion de la fièvre typhoïde manque quand l'invasion a été brusque et la mort rapide. On la rencontre, au contraire, quand le cours a été celui de la fièvre typhoïde ou du typhus de Hildenbrand.

14° Le traitement doit varier suivant la nature, la variété et la prédominance des éléments morbides, mais d'une manière générale, les évacuants, le sulfate de quinine et les calmants doivent en constituer la base.

15° Les maladies dont sont frappées les personnes composant le personnel de l'établissement ont la même nature que celles qui atteignent, dans des circonstances semblables, et abstraction faite des maladies régnantes, les médecins et les infirmiers, affaiblis par la continuité d'un service pénible et infectés d'exhalaisons végéto-animales de toute espèce.

La discussion est inscrite pour la séance suivante.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 12 juin, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Commandeur : M. Amic, premier médecin en chef de la marine, à la Martinique.

Officiers : MM. Bonnafont, médecin principal à l'hôpital militaire du Roule; Godard, médecin principal à l'hôpital militaire de Versailles; Barallier, 2e médecin en chef de la marine.

Chevaliers : MM. Marit, Ducreux, Blot, Leclerc, Lassaigne, du Bodon, Cordier, Prudhomme, médecins-majors ;

M. Reboud, médecin aide-major ;

M. Drouet, chirurgien professeur de la marine ;

M. Legaudin, chirurgien principal de la marine ;

MM. Olivier, Richer-Desforges, Isnard, Bourdel, Gouin, Ballot, chirurgiens de la marine ;

M. Martin, chirurgien orthopédiste des maisons impériales Napoléon.

— La section d'anatomie pathologique s'est réunie pour arrêter la liste des candidats à la place vacante dans son sein à l'Académie de médecine. Le secret de ses délibérations n'a pas été si strictement gardé qu'il n'en ait percé quelque chose au dehors. Si nos informations sont exactes, voici dans quel ordre elle aurait classé les six candidats qu'elle présente :

En 1re ligne.	MM. Beau.
En 2e —	Sestier.
En 3e —	Robin.
En 4e —	Ménière.
En 5e —	Barthez.
En 6e —	Roger.

Nous donnons ces renseignements sous toutes réserves.

— La Société médicale du 12e arrondissement a entendu, dans la séance du mercredi 11 juin, les communications suivantes :

1° *De l'accouchement physiologique et du diagnostic de la grossesse par le palper abdominal*, par M. Mattei ;

2° *De la possibilité d'établir des pupilles artificielles dans les cas reconnus jusqu'à ce jour comme étant au-dessus des ressources de l'art*, par M. Coursserant.

Il sera donné lecture de ces communications par celle du procès-verbal dans la séance du 9 juillet prochain.

— M. de Renneville, agriculteur distingué, ayant remarqué que les enfants qu'il occupait à la récolte des topinambours en suçaient continuellement les tiges, auxquelles ils trouvaient une saveur sucrée, a pensé qu'on pourrait en obtenir une liqueur vineuse, et à cet effet il a remis 300 grammes environ de tiges d'hélianthe à un pharmacien d'Amiens, M. Bénard, qui a opéré de la manière suivante :

Les tiges, après avoir été coupées avec un couteau à racines et divisées dans un mortier de marbre, ont été abandonnées à la macération avec 400 grammes d'eau froide. Au bout de douze heures, le tout a été exprimé à travers une toile. On a obtenu 300 grammes d'une liqueur sucrée qui marquait 9 degrés au pèse-sirop (densité = 1,065). On a versé ensuite 300 grammes d'eau froide sur la pulpe, et après douze heures de macération on a exprimé de nouveau et obtenu 300 grammes d'une seconde liqueur sucrée marquant encore 5 degrés. On aurait pu obtenir une troisième liqueur, car la pulpe n'était pas épuisée.

Ces deux liqueurs, additionnées séparément d'un peu de levure, ont éprouvé bientôt la fermentation alcoolique, qui a duré plus de quarante-huit heures. Alors les liqueurs ont été filtrées : la première, qui portait 9 degrés au pèse-sirop avant la fermentation, n'en marquait plus que 5, et la seconde était descendue de 5 à 2 degrés. Ces liqueurs, surtout la première, possèdent une saveur vineuse légèrement sucrée et agréable. La seconde a la couleur du vin de Madère; l'autre a une teinte un peu rougeâtre.

Il résulte de cette petite expérience qu'avec 50 kilogrammes de tiges de topinambour, on peut obtenir 1 hectolitre de liqueur aussi spiritueuse que le cidre le plus fort. Ajoutons que la pulpe peut être donnée aux bestiaux, qui la mangent avec autant d'avidité que celle de betteraves qui a servi à faire du sucre.

Il est à remarquer que l'hélianthe vient bien dans un sol de mauvaise qualité, et que ses tiges n'avaient été jusqu'ici d'aucun usage.

(*Répert. de pharm.*)

— M. Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses leçons sur la scrofule le mardi 17 juin à neuf heures précises du matin, et les continuera tous les mardis à la même heure.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Maltête, né à Jours (Côte-d'Or) ; *Réflexions sur quelques cas d'amaurose dans la maladie de Bright.*

Farcy, né à Bailleul (Somme) ; *Des tumeurs phlegmoneuses dans la fosse iliaque.*

Arrachart, né à Bapaume (Pas-de-Calais) ; *De l'emploi de l'appareil à pointe métallique dans les fractures de la jambe.*

Rougedemontant, né à Chabril (Indre); *Considérations sur la bronchite; l'emphysème pulmonaire et l'hypertrophie du cœur.*

Juillard, né à Apchon (Cantal) ; *Indications que présentent à remplir les rétrécissements du bassin pendant la grossesse et au moment du travail de l'accouchement.*

Jaquelot, né à Dinan (Côtes-du-Nord); *Considérations sur les pansements rares.*

LE GÉRANT.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 JUIN 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

On s'attendait à une séance courte et de peu d'intérêt, sachant que l'Académie devait se former de bonne heure en comité secret pour entendre le rapport de la section d'anatomie pathologique sur le classement des candidats. On a eu, au contraire, une séance longue, variée, bien remplie, et qui nous met presque dans l'embarras sur le choix du sujet ou de la question qui mériterait plus particulièrement d'être signalée ici à l'attention de nos lecteurs. C'est d'abord, dans la correspondance, une lettre de MM. Pichot et Maunoury, qui fournit de nouveaux renseignements sur le fait intéressant d'éruption vaccinale communiquée du cheval à l'homme, dont l'Académie a été récemment entretenue. C'est ensuite une lecture de M. le docteur Émile Chauffard (d'Avignon) sur le typhus, autre question qui tient en ce moment l'attention du monde médical en éveil. Puis un court et substantiel mémoire de M. Ménière sur un point d'anatomie pathologique très-peu connu, sinon entièrement nouveau : la rétraction des intestins consécutivement à la péritonite. Enfin une présentation de M. Depaul, qui a eu la singulière fortune de rencontrer à quelques mois de distance deux exemples d'une monstruosité extrêmement rare, dont le rapprochement ne peut manquer de lui fournir l'occasion d'une étude intéressante.

L'heure du comité secret était venue, et l'Académie, comme on peut le voir, n'avait pas perdu son temps, lorsque l'absence du rapporteur de la section d'anatomie pathologique a obligé de reprendre le cours de la séance publique.

M. Bousquet a occupé ce qui restait de temps disponible par la lecture du rapport annuel sur les vaccinations, et ce n'a pas été la partie la moins intéressante de cette séance.

On sait, en effet, que M. Bousquet ne manque jamais cette occasion d'entrer dans des développements sur l'un des points de l'histoire expérimentale de la vaccine; chacun de ses rapports peut être considéré comme un chapitre d'une vaste monographie de la vaccine, dont on retrouvera un jour les éléments dans les archives du ministère de l'agriculture et du commerce. Les points qu'il a traités dans le rapport d'aujourd'hui sont relatifs à la question de la prétendue solidarité entre la vaccine et la fièvre typhoïde, et à l'utilité des revaccinations. Nous publierons prochainement un extrait de ce travail.

Nous devons signaler encore plusieurs communications qui nous ont été envoyées directement, mais qui se rattachent en réalité, par leur sujet autant que par les circonstances qui les ont dictées, au compte rendu de cette séance. L'une est une relation d'un cas d'éruption vaccinale communiquée du cheval à l'homme, que M. le docteur Letenneur (de Nantes) nous a adressée à l'occasion de la communication de MM. Pichot et Maunoury, et qui tend, comme l'observation de ces honorables confrères, à établir la transmission du virus des eaux aux jambes du cheval à l'homme, et l'identité de ce virus avec le vaccin. On lira avec intérêt les quelques réflexions et considérations historiques dont M. Letenneur a fait précéder sa relation.

La seconde communication est de M. le docteur Bayard (de Cirey-sur-Blaise) ; elle est relative à une question collatérale incidemment soulevée dans la courte discussion qui a eu lieu à ce sujet ; savoir, jusqu'à quel point on peut conclure de l'absence d'éruption générale à la non-existence de la variole ; ou, en d'autres termes, si une variole inoculée ne peut pas quelquefois donner lieu à une éruption simplement locale, bien qu'ayant virtuellement la même propriété préservatrice pour l'avenir que si l'éruption eût été générale. M. Bayard développe cette proposition, qui n'est, que nous sachions, contestée par personne, et qu'il oppose à une opinion différente, prêtée à tort, dans cette circonstance, à M. Bousquet, d'après un compte rendu inexact de la séance.

Nous avons reçu enfin, à l'occasion de la question du typhus de l'armée d'Orient portée à la fois devant l'Académie de médecine et devant la Société médicale de Constantinople, une réclamation d'antériorité relative aux opinions et aux idées émises devant cette dernière Société par M. le docteur Cazalas sur la nature et les rapports de la fièvre typhoïde et du typhus. Nous publierons prochainement quelques extraits d'une thèse publiée en 1852, sur laquelle se fonde cette réclamation, et qui d'ailleurs emprunte des circonstances actuelles un intérêt particulier. — Dr Brochin.

Nous recevons d'un honorable praticien de Paris, M. le docteur Maheux, la lettre suivante, que nous nous empressons de publier. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que nous nous associons pleinement au projet qu'elle énonce et aux marques de sympathie et d'admiration qu'elle exprime pour le dévouement et la courageuse abnégation de nos confrères de l'armée et de la flotte. Nous ne doutons pas non plus de l'accueil qu'elle trouvera auprès des médecins de Paris, comme auprès de ceux des départements. Cependant, comme la mise en œuvre d'un pareil projet ne saurait être improvisée, nous croyons devoir nous borner pour l'instant à en appuyer l'idée et à faire un appel à l'adhésion de nos confrères. Nous pensons qu'il y aura lieu à procéder ensuite au choix d'une commission qui aurait à s'occuper des moyens d'exécution.

Monsieur le Rédacteur,

Je viens de lire dans votre journal les paroles pleines de généreuse énergie que M. le docteur Baudens a prononcées récemment sur la tombe du docteur Desblancs, mort du typhus à Constantinople. Je suis encore ému lorsque, après cette lecture, je songe aux fatigues inouïes et aux dangers de toute espèce auxquels nos confrères ont été si constamment exposés pendant la guerre qui vient de finir. Je ne puis surtout me défendre d'un profond sentiment de tristesse en pensant au nombre considérable de ceux que le fer de l'ennemi, que le climat, que les maladies plus terribles encore ont moissonnés depuis trois ans.

Une chose cependant apporte quelque adoucissement à ma peine, c'est que là-bas chacun a fait son devoir et s'est couvert d'une gloire immortelle. Aussi répéterai-je bien haut avec M. l'inspecteur Baudens : Jamais la médecine militaire n'a brillé d'un plus vif éclat; à juste titre elle doit être heureuse du rôle que la destinée lui a fait.

Pour nous, praticiens de Paris, praticiens des départements qui représentons la médecine civile, nous devons être fiers de nos confrères de l'armée. En toute circonstance ils ont bien mérité de la profession. Ils ont montré une fois encore que malgré l'injustice des hommes et celle de la société, chez le riche comme chez le pauvre, aussi bien dans la clientèle privée que sur les champs de bataille, le médecin reste toujours la plus haute personnification de la probité et du dévouement, et que jamais il ne reconnaît pour règle de sa conduite que ces trois nobles mots : *Honneur, patrie, humanité.*

Transporté d'enthousiasme pour tant d'actes éclatants d'abnégation et de courage, j'ai cru qu'il était de notre devoir à nous, médecins civils, de témoigner notre reconnaissance à nos confrères de l'armée.

Voici donc ce que je propose à cet effet :

C'est qu'au nom de la famille médicale française, les praticiens civils offrent un banquet à leurs confrères de Crimée aussitôt que ceux-ci seront de retour en France.

Je pense, monsieur le rédacteur, que vous accueillerez favorablement cette idée, et qu'en conséquence vous voudrez bien faire imprimer ma lettre dans un des plus prochains numéros de votre journal. Je ne doute pas non plus que chacun de vos abonnés n'approuve avec satisfaction cette manière d'honorer ceux qui ont porté si haut la gloire de la médecine française.

Je propose, en outre, qu'en souvenir de ce banquet une médaille soit offerte à chacun de nos dignes invités avec cette inscription :

Témoignage d'estime et de sympathie offert par la médecine civile aux médecins de l'armée d'Orient.

Veuillez agréer, etc. Dr MAHEUX.

Paris, le 16 juin 1856.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la contracture rhumatismale intermittente.

Il y a peu d'années que la maladie dont nous allons faire l'histoire a spécialement fixé l'attention des médecins. Naguère encore, M. le docteur Aran en observait trois cas, et moi-même j'en voyais deux la semaine dernière. Je ne veux pas dire que la contracture rhumatismale intermittente n'existait point du temps de nos pères, mais elle était du moins à peu près inconnue, et c'est à des travaux très-modernes que nous en devons la description. Les archives de la science possédaient bien çà et là quelques observations recueillies par Dance (*Du tétanos intermittent*), par de Laberge et Murdoch, et M. le docteur Imbert-Gourbeyre, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine de Clermont, avait bien essayé, dans sa thèse inaugurale, en 1844, de rassembler les fragments épars écrits à cette époque sur l'étrange affection que je vais vous dépeindre; mais toutes ces données assez vagues n'étaient point reliées alors par un corps de doctrine complet et bien établi, lorsque l'un de mes internes, M. Delpech, aujourd'hui agrégé de la Faculté et médecin des hôpitaux, publia en 1845 un mémoire sur les *spasmes musculaires idiopathiques*, contenant un assez grand nombre d'observations soigneusement prises. Enfin, en 1852, M. le docteur Lucien Corvisart soutint sa thèse sur *la tétanille*. Cette rapide esquisse bibliographique vous fera voir combien il y a peu de temps que cette maladie a réellement pris place dans le cadre nosologique.

Pendant les années 1840, 1841 et 1842, dans le service considérable qui m'était confié à l'hôpital Necker, j'observai au moins trente fois des contractures chez les nourrices. Je me crus alors en droit de donner à cette affection le nom de *contractures rhumatismales des nourrices.* Mais depuis, et précisément pendant l'internat de M. Delpech, je retrouvai la maladie chez des hommes, des enfants et des femmes hors de l'état puerpéral.

Pour bien vous faire saisir les caractères diagnostiques de la contracture rhumatismale, j'admettrai qu'elle revêt trois formes (ces divisions sont du reste purement arbitraires) : 1° une forme bénigne; 2° une forme moyenne ; 3° une forme grave.

1° *Forme bénigne.* — La malade (car cette forme atteint presque toujours des femmes) éprouve des fourmillements dans les mains et dans les pieds, de l'hésitation dans les mouvements des doigts et des orteils, puis les doigts deviennent roides, se rapprochent les uns des autres et se serrent énergiquement. Le pouce est fortement placé dans l'adduction, et les doigts se replient un peu sur le pouce, ce qui fait alors ressembler la main à un cône, à la main d'une personne qui tient une plume, ou mieux encore à la main de l'accoucheur. La paume de la main devient concave par suite de l'action des adducteurs et des opposants, et le diamètre transversal de la portion métacarpienne de la main est diminué. La manière toute bizarre dont se placent les doigts suffit quelquefois pour reconnaître la maladie. Le spasme que je viens d'indiquer s'accompagne de dureté dans les muscles de l'avant-bras et du bras; il cesse et reparaît bientôt. Les fourmillements et la contracture s'étendent tantôt à l'un des membres supérieurs, tantôt à l'un des membres inférieurs, tantôt aux membres supérieurs seulement ou aux membres inférieurs; tantôt, et simultanément, aux deux côtés et sur tous les membres en même temps. Mais tout cela est si peu douloureux, si peu grave, que les malades y font à peine attention, et cela d'autant moins que dans cette forme bénigne il n'existe point d'accidents généraux.

2° *Forme moyenne.* — Outre les désordres locaux que nous venons d'énumérer, on observe ici un mouvement fébrile léger, dont la durée est à peu près de sept à huit jours, et qui en général ne persiste qu'autant que les spasmes eux-mêmes se renouvellent. L'appétit est diminué, il y a un certain état de malaise; mais ces troubles généraux ne présentent rien de sérieux. Quant aux contractures, elles causent plus de souffrances et se montrent plus souvent; elles envahissent les muscles de la face, les muscles moteurs du globe oculaire et les muscles du pharynx. Quelquefois les muscles de la langue se prennent, et les malades ne peuvent plus parler; mais habituellement ce n'est pas pendant que les mains ou les pieds sont le siége de la contracture. Les doigts sont toujours recroquevillés. Déjà les familles sont dans l'épouvante.

Forme grave. — Le 6 décembre dernier, mon honorable collègue et ami M. le docteur Lasègue était à la préfecture de police, où l'appelle chaque jour le service des aliénés, lorsqu'on lui apporta un jeune garçon de dix-huit ans, atteint, disait-on, d'épilepsie. Le malade était roide comme une barre de fer, avait les mâchoires fortement serrées l'une contre l'autre et la main transformée en main d'accoucheur. Après avoir causé avec lui et s'être assuré que le mal comitial devait être exclu du diagnostic, M. Lasègue envoya ce jeune garçon à l'Hôtel-Dieu, où il fut reçu dans mon service. Voici les phénomènes curieux qu'il nous fut permis de constater : le malade, soudainement frappé, tombait à terre dans un

état de rigidité tétanique; les muscles du cou, de la poitrine et de l'abdomen se roidissaient convulsivement et incurvaient le tronc en avant. Au bout de quelques instants il survenait une gêne extrême de la respiration, un véritable accès d'orthopnée d'une durée heureusement très-courte, et ne pouvant s'expliquer que par la suspension du fonctionnement des muscles laryngés. La face était rouge, animée, les lèvres violettes, les jugulaires gonflées.

J'ai été témoin d'un grand nombre d'accès de ce genre, tous d'une véhémence horrible, accompagnés d'engouement pulmonaire, et ressemblant sous tous les rapports à une attaque de tétanos. Aussitôt après que la contracture était passée, ce jeune homme causait avec une certaine gaieté, quoique s'exprimant avec assez de difficulté. Il se levait, rendait de petits services aux camarades de la salle, et passait son temps à balayer et à faire des lits; il vivait, en un mot, de la vie commune des infirmiers. Dans les intervalles de ses crises, il était tout à fait reveau à la santé et mangeait avec appétit. S'il n'avait point eu deux accès périodiques dans la matinée, il se fût admirablement bien porté.

En général, au moment où l'accident commence, le malade sent des fourmillements dans le bras; il peut encore remuer la main, mais bientôt elle se creuse comme se creuse la main du mendiant, elle se fléchit, le bras se roidit, et il apparaît une vive douleur que l'on a comparée à une crampe. L'engourdissement, le fourmillement et la crampe sont donc les premiers phénomènes caractérisant l'accès, lequel n'arrive à son summum d'intensité qu'au bout de dix minutes ou d'un quart d'heure, et alors que les contractures gagnent les membres supérieurs et inférieurs, la face, les mâchoires et la langue. Ainsi donc, le roidissement se distingue par sa migration, sa courte durée et par un léger mouvement fébrile (forme moyenne), ou par une pyrexie très-violente (forme grave).

Quand bien même un malade n'aurait point éprouvé d'accidents depuis vingt-quatre, quarante-huit, soixante-douze et cent heures, il est toujours possible de les faire revenir. En effet, le hasard m'a fait naître sous la main l'occasion de produire à volonté ces accès de contracture. Un jour que je donnais des soins à l'un des premiers sujets atteints de cette affection que j'aie eu à observer, j'eus la pensée — et c'est encore la mienne actuellement — que cette contracture était de nature rhumatismale. Je me mis en devoir de pratiquer une saignée; mais je n'avais pas plutôt appliqué la bande autour du bras, qu'il survint immédiatement un accès. La ligature, enlevée et posée à l'autre bras, produisit un effet analogue; et sur les membres inférieurs il en fut identiquement de même. Toutes les fois que j'ai voulu depuis répéter cette expérience, j'ai constamment observé le même phénomène. Je crus trouver l'interprétation de ce fait en pensant que c'était à la congestion veineuse momentanée qu'était due cette contracture artificielle; mais en comprimant l'artère de manière qu'il n'y eût plus de sang dans le bras, j'obtins un effet semblable. La cause en est alors, allez-vous me dire, à l'interruption transitoire de la circulation artérielle: pas davantage; l'action se passe uniquement dans les cordons nerveux.

La malade de notre salle Saint-Bernard, qui est entrée à l'hôpital pour une contracture rhumatismale intermittente, et à l'occasion de laquelle j'ai pris cette affection pour sujet d'étude dans la conférence d'aujourd'hui, n'a plus d'accidents spontanés; mais il suffit d'établir la compression au-dessus de la clavicule, sur une partie des nerfs du plexus brachial, et le spasme se produit. Il sera donc possible de reconnaître la maladie toutes les fois qu'en allant comprimer l'origine des nerfs qui se rendent à un membre on déterminera à son gré la contracture; vous voyez de quelle importance est ce moyen de diagnostic.

La contracture rhumatismale naît d'une manière soudaine; elle acquiert rapidement une assez grande vivacité, arrive de suite à son summum, puis se met à décroître. La durée de la maladie, dans sa période explicite, varie depuis huit à dix jours jusqu'à deux à trois mois; mais dans ce dernier cas elle est à l'état *latent*, c'est-à-dire qu'elle peut reparaître à volonté sous l'influence de la pression.

Parmi les causes que nous avons à mentionner, disons qu'une violente diarrhée a paru prédisposer à la contracture; c'est ainsi que pendant l'épidémie de choléra de 1854 on a pu en observer un assez grand nombre de cas. Cette donnée m'avait, je l'avoue, tout à fait échappé, mais MM. Lassègue et Aran ont fixé très-sérieusement l'attention des médecins sur la condition de diarrhée préalable. La confirmation clinique de ce fait est sous nos yeux, car la femme actuellement couchée au n° 17 de la salle Saint-Bernard et celle que vous avez pu voir il y a quelques jours au n° 2 étaient affectées, avant leur entrée à l'Hôtel-Dieu, de flux intestinal.

Le jeune garçon qui a été transporté à la préfecture de police dans l'état que je vous ai décrit n'avait point eu antérieurement de diarrhée, mais il s'était trouvé exposé au froid et à la pluie; j'avais déjà noté les impressions atmosphériques comme cause assez fréquente. L'an dernier, nous avons eu au n° 23 de la salle Sainte-Agnès un cordonnier qui, au sortir du cabaret où il s'était enivré, était allé passer la nuit à la belle étoile. Le refroidissement amena chez lui la contracture rhumatismale. La fièvre putride, le choléra, la cholérine, l'action des agents extérieurs ne sont rien encore, car la cause la plus active et la plus fréquente, c'est sans contredit l'état puerpéral et la condition d'allaitement. J'ai ici douze lits réservés aux nourrices, j'y rencontre un nombre infiniment plus considérable de contractures que dans les cinquante autres. A l'hôpital Necker, où mon service de femmes se composait de trente-six lits de nourrices et de quarante lits d'adultes non nourrices, j'ai observé quarante cas de contracture rhumatismale chez les nourrices et un seul cas chez les autres malades. Je suis donc bien en droit de vous dire que la lactation est une condition d'une grande importance. Pourquoi en est-il ainsi? Oh! ne me le demandez pas; je n'en sais rien, absolument rien.

La maladie, abandonnée à elle-même, paraît dépourvue de toute gravité. La vie organique n'en reçoit aucune atteinte et ne paraît nullement troublée, sauf le mouvement fébrile. Il n'y a donc aucune inquiétude à concevoir pour l'avenir des malades. Cependant, dans quelques cas exceptionnels, et dans la forme grave, la contracture se présente avec un tel degré d'intensité qu'on se trouve dans la nécessité d'y opposer des moyens très-actifs. C'est ainsi qu'il y a deux ans j'ai conservé pendant quatre mois, dans la petite salle des nourrices, une femme dont je n'obtins la guérison qu'à l'aide de la médication la plus énergique.

Si l'on n'était pas prévenu de l'existence des faits que je viens de rapporter, il serait très-facile de s'en laisser imposer par la sévérité apparente de ces accidents et de les prendre pour des symptômes accusant quelque désordre pathologique très-grave; mais il est aisé de voir par la mobilité et la fugacité de ces phénomènes qu'ils ne sauraient dépendre d'une lésion organique profonde et permanente. Depuis quinze ans que mon attention est fixée sur cette maladie, je n'ai jamais observé un seul cas suivi de mort. Cependant, j'ai appris que le jeune garçon qui fut présenté à M. Lasègue comme épileptique était venu tristement finir à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Rostan. Six semaines après avoir quitté mes salles, il paraît qu'il a été pris de contractures nouvelles, de toux, de dyspnée, de sueurs, et que dans les derniers jours de sa vie l'affaiblissement des jambes était très-prononcé et l'orthopnée considérable.

L'autopsie a démontré un ramollissement de la portion supérieure de la moelle épinière et les lésions ordinaires de la phthisie pulmonaire. Il est évident que dans cette observation les tubercules ont beaucoup aidé à un dénoûment fatal.

Quelle est la nature de la maladie? C'est une névrose, personne n'en saurait douter, et une névrose qui doit être rangée à côté de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'éclampsie et de la catalepsie. Évidemment les lésions organiques doivent être bien légères, bien superficielles, puisque la motilité n'est suspendue que pendant la durée de la contraction, que les malades conservent l'intégrité parfaite de leur intelligence, qu'ils sont gais, qu'ils causent comme à l'ordinaire, que toutes leurs fonctions s'exécutent bien, et que dans l'intervalle des accès ils jouissent des apparences de la meilleure santé. Il n'y a donc pas, et je le répète à dessein, de lésions sérieuses du cerveau et de la moelle.

Cette névrose est, selon moi, rhumatismale; son extrême fugacité, la rapidité de l'attaque, la superficialité des accidents me l'ont fait considérer comme telle. D'ailleurs le sang retiré de la veine est couenneux comme dans le rhumatisme articulaire, et dans plusieurs cas, ainsi que l'a remarqué M. Delpech, il y a alternance du rhumatisme et de la contracture.

Lorsque j'ai commencé à observer des cas de contracture, j'ai été saisi d'épouvante, et j'ai réellement cru à une affection grave du cerveau ou de la moelle épinière.

Les saignées du bras, les ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale m'ont rendu, je dois l'avouer, de très-grands services, et je n'hésite pas à déclarer les émissions sanguines comme un moyen d'une incontestable puissance en pareil cas, toutes les fois qu'il n'y a pas contre-indication dans l'état général. Je suis peu suspect quand je parle de l'efficacité de la saignée, car vous savez que je n'abuse pas de la lancette; il faut donc que je sois bien convaincu que l'ouverture de la veine est un bon moyen thérapeutique pour que vous m'entendiez le préconiser.

L'idée que je me suis faite de l'intermittence de la contracture rhumatismale m'a fait recourir au sulfate de quinine; je m'en suis bien trouvé, mais j'ai vu néanmoins les malades guérir moins sûrement que par la saignée du bras. Je donne en ce moment des soins à une femme qui allaite deux jumeaux et qui à la suite d'une diarrhée persistante a été prise de contracture; je traite d'abord le flux intestinal, et plus tard j'attaquerai la névrose par le sulfate de quinine, car, ainsi que vous pouvez bien le supposer, je récuse dans ce cas toute émission sanguine.

Pendant l'accès, les inhalations de chloroforme sont parfois de quelque utilité; les roideurs, par l'intervention de cet agent anesthésique, ne cessent, il est vrai, que pour revenir peu après, mais enfin il y a un peu de soulagement d'obtenu. L'opium et la belladone à doses modérées sont des médicaments dont il faut que je cite encore les bons effets; mais ils ne sauraient en rien ternir l'éclat de la saignée du bras et du sulfate de quinine, ni les déposséder de la première place. H. L. DU S.

HOPITAL St-ANDRÉ DE BORDEAUX. — M. H. GINTRAC.

Bronchite chronique traitée par le tartre stibié à haute dose.

L'émétique à haute dose trouve un emploi très-efficace et exempt d'inconvénients dans les cas de bronchite chronique avec expectoration abondante et puriforme, à condition toutefois que le parenchyme pulmonaire n'offre aucune lésion grave, et que les organes digestifs ne soient point le siége de phlegmasie. Des faits recueillis à la clinique attestent cette vérité thérapeutique, et il serait facile d'en citer un grand nombre. En voici un exemple:

Pierre E..., de Bordeaux, âgé de cinquante ans, d'une constitution moyenne, a depuis plusieurs mois une bronchite qui offre une grande ténacité.

Le 10 avril il entre à l'hôpital. Sa santé ne paraît pas altérée; la peau a une température normale; le pouls donne 64-70 pulsations; la toux est fréquente, suivie d'une expectoration très-abondante, épaisse, jaunâtre, puriforme. Aucune douleur, même lors des grandes inspirations, ne se fait sentir dans la poitrine. La respiration n'est nullement gênée; la poitrine résonne bien dans toute son étendue; le bruit respiratoire, normal au sommet de chaque poumon, est masqué vers la base par des râles sibilants et muqueux; les organes digestifs ne présentent pas de trace d'irritation. Une infusion pectorale, un looch avec l'extrait thébaïque et le kermès minéral, ne produisent aucun effet avantageux.

Le 16, tartre stibié, 0,30, dans un véhicule de 120,0; tisane; soupe.

Le 17, vomissements et diarrhée; nul amendement des symptômes. — Même potion.

Le 18, point de vomissements, mais plusieurs selles; toux moindre; expectoration non modifiée.

Les 19 et 20, potion avec tartre stibié, 0,40. Tolérance du médicament, lequel ne détermine aucune sensation pénible, ni chatouillement à la gorge ni chaleur à l'épigastre; absence de fièvre, toux moins fréquente, expectoration moins abondante et moins épaisse.

Les 21, 22 et 23, tartre stibié, 0,50 chaque jour. Il est parfaitement supporté. Sous son influence, les crachats diminuent beaucoup de quantité, ils perdent leur consistance, deviennent muqueux.

Le 27, ils sont rares et aqueux.

Le 2 mars, la guérison est confirmée.

Est-ce comme contre-stimulant, est-ce comme combattant une diathèse que le tartre stibié a agi? ou bien n'est-ce tout simplement qu'en opérant une révulsion active, spéciale, profonde, sur une surface large et animée d'une vitalité énergique? Quelle que soit la théorie que l'on adopte, on ne peut s'empêcher de reconnaître les effets remarquables du tartre stibié à haute dose dans la bronchite chronique. Dès le troisième jour de son administration, la toux est amoindrie, l'expectoration diminue d'abord de quantité, puis elle change de nature et cesse complétement pour ne pas reparaître.

L'association de l'opium n'est ni nécessaire ni même utile. Avec ou sans cette addition, le tartre stibié provoque dès les premières doses des vomissements et de la diarrhée; mais la tolérance s'établit, et les fonctions digestives ne sont plus troublées. Les malades peuvent même sans en être incommodés prendre une certaine quantité d'aliments pendant qu'ils sont soumis à la médication stibiée. Enfin, il est à noter que le tartre stibié est aussi bien toléré quand la maladie contre laquelle il est dirigé est dissipée, que quand elle est dans toute sa vigueur. Cette remarque ne diminue-t-elle pas la valeur de l'explication donnée par Rasori relativement à l'action de l'émétique dans la pneumonie?

(*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

RELATION D'UN CAS D'ÉRUPTION VACCINALE communiquée du cheval à l'homme.

Par M. le docteur LETENNEUR (de Nantes).

L'importance de la question soulevée à l'Académie de médecine et dans la presse médicale, au sujet de l'intéressante observation de MM. Maunoury et Pichot relative à une éruption vaccinale communiquée du cheval à l'homme, m'engage à vous adresser la relation d'un cas analogue observé par moi en 1837 pendant mon internat à l'hôpital Saint-Louis. Cette observation, qui n'a point encore été publiée, est sans doute moins concluante que celle de nos confrères d'Eure-et-Loir, mais elle pourra cependant être lue avec intérêt, et d'ailleurs elle aura le mérite de faire connaître l'opinion de Biett sur une question qui dès l'origine a soulevé, comme aujourd'hui, des débats contradictoires.

Non-seulement on a considéré le liquide des *eaux aux jambes* (*grease* des Anglais) comme produisant, lorsqu'il était inoculé directement à l'homme, une éruption de même nature que celle produite par le cowpox, mais encore on a été conduit par des expériences à dire que le *grease* était la cause première et nécessaire du cowpox; telle a été l'opinion émise par Jenner et par Loy de Pickering.

Sacco, en Italie, et Husson, en France, n'adoptèrent pas d'une manière absolue l'opinion des médecins anglais, et pensèrent que le *grease* n'était pas la cause *exclusive* du cowpox.

Quoi qu'il en soit, il parut dès lors parfaitement démontré que l'inoculation ne peut avoir lieu qu'avec le liquide fourni par le *grease* constitutionnel, liquide non purulent, transparent ou brun bleuâtre, d'une odeur très-désagréable, mais particulière à cette maladie. C'est pour n'avoir point employé ce liquide à l'état de *crudité* que Woodville, Pearson, Coleman et Simmons sont arrivés dans leurs expériences à des résultats négatifs.

Malgré les expériences de Jenner et de Loy, quelques médecins pensaient encore en France, en 1812, que la vache était un intermédiaire nécessaire entre le cheval et l'homme pour que le *grease* donnât lieu à la vaccine; mais à cette époque, un fait qui laisse peu à désirer fut observé par les médecins d'un des dispensaires de Paris. Ce fait a été rapporté par M. Husson dans le *Dictionnaire des sciences médicales*.

Depuis 1812, quelques faits isolés se sont présentés aux observateurs, mais ils ont eu peu de retentissement. Biett, dans sa pratique si étendue, avait eu occasion d'en rencontrer plusieurs.

Voici, du reste, l'observation recueillie dans le service de cet illustre maître.

Rolland, âgé de vingt-deux ans, né dans un village du département de Lot-et-Garonne, d'une assez bonne constitution, se présenta à la consultation de l'hôpital Saint-Louis le 3 avril 1837.

Il avait aux deux mains une éruption sur la nature de laquelle Biett interrogea successivement tous les médecins présents sans qu'aucun d'eux pût poser un diagnostic positif.

Alors Biett, sans faire de questions au malade, nous dit que cet homme devait être maréchal-ferrant; qu'il avait ferré une dizaine de jours auparavant des chevaux atteints d'eaux aux jambes, et qu'alors il avait probablement des gerçures aux mains.

Le rapport du malade confirma pleinement toutes les assertions de Biett. Voici quels avaient été ses antécédents :

Il dit avoir été vacciné, et avoir eu à douze ans la petite vérole. Mais, d'une part, il est impossible de reconnaître les cicatrices de la vaccine ou de la variole, et, d'autre part, la maladie à laquelle il donne ce nom n'a duré que quelques jours, et n'était probablement qu'une varicelle.

Depuis le 2 mars 1837 jusqu'au 26 du même mois, Rolland travailla au Mans chez un maréchal-ferrant. Il se rappelle très-bien que le 23 il avait des crevasses aux mains, et que ce jour-là il ferra un cheval qui avait les *eaux*.

Depuis le 23 jusqu'au 26, il ne ressentit rien dans ses mains; mais dans la nuit du 26 au 27, il eut sur la main gauche des démangeaisons qui l'empêchèrent de dormir; il s'aperçut, en se levant, que cette main était rouge et gonflée jusqu'au-dessus du poignet, et dans la journée il sentit une glande douloureuse dans l'aisselle.

Le 27 au soir, il y avait sur la partie gonflée de la main gauche et vers l'extrémité inférieure du cubitus droit de petits boutons contenant un liquide clair.

Le 28, les boutons avaient pris de l'accroissement; le ganglion axillaire était volumineux, le gonflement de la main est également plus considérable.

Le mal continua de croître le 29.

Le 30, apparurent sur le dos de la main droite six boutons semblables à celui du poignet.

Pendant ce temps le malade était en route pour Paris, il voyageait à pied et faisait huit à dix lieues par jour; cependant il avait perdu l'appétit et avait de la fièvre tous les soirs.

Il arriva à Paris le 30 mars au soir.

Le 31, le mal croissait toujours; c'est alors que le gonflement de la main et les douleurs atteignirent leur summum d'intensité.

Le 1er avril, même état que la veille, mais le malade remarqua que les boutons devenaient plus blancs et semblaient contenir du pus.

Le 2 avril, le gonflement et la douleur diminuent, et c'est le 3 seulement que le malade vint à la consultation de l'hôpital Saint-Louis; nous observâmes alors l'état suivant :

Le dos de la main gauche est tuméfié, un peu rouge, et présente vingt-sept pustules isolées dans quelques points, confluentes dans d'autres.

Ces pustules sont régulières, ont environ trois lignes de diamètre; elles sont entourées d'une auréole inflammatoire bien marquée, leur centre est déprimé, et dans quelques-unes la dessiccation est déjà commencée. Trois de ces pustules sont argentées à leur circonférence, et le liquide qu'elles contiennent paraît encore transparent; ces pustules sont entièrement semblables à celles du bon vaccin.

A la région palmaire, la main gauche est le siége d'un grand nombre de crevasses en voie de cicatrisation.

A la main droite il y a peu de crevasses, et on n'y remarque que sept pustules; ces pustules ont les mêmes caractères que celles du côté opposé, mais leur base est moins enflammée. On constate un engorgement des ganglions axillaires. Chose remarquable! la dessiccation est plus avancée à droite qu'à gauche, bien que l'éruption ait commencé plus tard.

L'état général est excellent, absence complète de fièvre.

Le malade est admis à l'hôpital, où il reste jusqu'au 16.

La dessiccation des pustules a marché régulièrement.

Du 8 au 12, les croûtes se détachent et laissent au-dessous d'elles une surface rosée légèrement déprimée.

Le jour de l'entrée du malade à l'hôpital, on recueillit sur des verres le liquide contenu dans les pustules les moins avancées, mais ce liquide était déjà purulent; aussi Biett nous déclara qu'il comptait peu sur le succès des inoculations qu'il se proposait de faire.

Nous vaccinâmes, en effet, sans aucun résultat quatre jeunes gens sur lesquels nous n'avions trouvé aucune trace de cicatrice vaccinale.

M. Schedel, qui partait le lendemain pour Rambouillet, emporta plusieurs verres chargés du liquide recueilli chez notre malade; il pratiqua l'inoculation sur plusieurs vaches, mais le résultat fut également négatif.

CONSIDÉRATIONS SUR LES CALCULS BILIAIRES
et leur traitement.

Par M. le docteur Corlieu (de Charly).

Le 8 avril 1855, Mme Houpeaux (de Villiers), âgée de quarante-deux ans, de constitution sèche, occupée continuellement aux travaux des champs, me fit appeler pour des coliques qui la faisaient horriblement souffrir. Ces coliques, sourdes depuis quelques jours, avaient pris une grande intensité.

La malade me raconta qu'il y avait déjà longtemps (dix à douze ans) qu'elle éprouvait momentanément ces douleurs, mais qu'elles étaient tolérables : elle les calmait à l'aide de bains de siége et de cataplasmes. C'est parce que ces moyens avaient été employés sans résultat qu'elle m'avait fait demander.

Je constatai l'état suivant :

Langue blanchâtre à sa base, inappétence, altération, pas de vomissements (elle en eut à d'autres accès); quelques selles provoquées par des lavements, urines normales (elles eurent, dans d'autres attaques, une couleur foncée); pouls sec (76-80); respiration régulière. Toutes les autres fonctions sont bonnes.

Les coliques avaient leur point de départ au-dessous des fausses côtes du côté droit et s'irradiaient dans la poitrine, l'épaule droite et parfois dans l'hypocondre gauche. En palpant l'abdomen, on sentait sous la dernière fausse côte droite une tumeur ayant à peu près le volume d'un œuf de dinde. Cette tumeur était très-sensible à la pression, plus sensible au moment des crises, où elle paraissait augmenter de volume. Ni crépitation dans la tumeur ni ictère; les sclérotiques n'étaient point jaunâtres.

Le diagnostic me parut évident. Cette tumeur, son siége, la nature des douleurs, l'absence de fièvre, etc., m'indiquaient clairement qu'un obstacle au cours de la bile était la cause de tous ces phénomènes. Je crus que des calculs obstruaient les canaux biliaires. L'absence d'ictère me fit supposer que le cours de la bile n'était pas complétement intercepté, et que les calculs siégeaient dans la vésicule et dans le canal cystique. Quoique Mme Houpeaux fût maigre, je n'ai point senti, ainsi que je l'ai dit plus haut, la crépitation indiquée par J.-L. Petit.

Sous l'influence du traitement employé ci-dessous, la malade rendit quelques calculs et fut soulagée.

Depuis cette époque jusqu'au mois de septembre, la malade eut une quinzaine de crises plus ou moins violentes, à la suite desquelles elle rendit, dans les vingt-quatre heures environ, depuis un jusqu'à dix ou douze calculs, pesant de 20 à 60 centigrammes, jaunâtres, le plus souvent hexaèdres, à facettes tachetées de brun. La malade dit qu'elle éprouvait à la suite des crises un sentiment particulier, une sorte de détente qui était l'indice du passage des calculs dans le duodénum. Elle ne s'y trompait pas, et peu après on retrouvait les calculs dans les selles.

J'ai parlé de l'absence d'ictère dans la crise du 8 avril; j'ai pensé qu'alors les calculs étaient dans le canal cystique. Deux autres fois, il y eut ictère, peu prononcé, il est vrai; alors la tumeur était plus volumineuse; j'en concluais que les calculs devaient séjourner dans le canal cholédoque. La terminaison était toujours la même.

Quel est le traitement réclamé en pareil cas? Il y a quatre indications principales :

A. Calmer les douleurs;

B. Dégager les calculs;

C. Dissoudre ceux qui existent;

D. Empêcher la formation de nouveaux calculs.

A. J'eus recours aux bains de siége, aux embrocations narcotiques. Deux fois, dans de violentes crises, une application de huit à dix sangsues à l'endroit douloureux amena un soulagement momentané. On sait combien sont incertains les moyens généralement employés. Ici les opiacés réussissent, là ils échouent; Haller les préconisait, Durande les blâmait. Dans un cas d'insuccès avec l'opium, on peut employer la teinture de castoréum, l'extrait de belladone en pilules (0,02 toutes les heures), les vessies de glace sur la tumeur (Bricheteau). Le docteur Fauconneau-Dufresne (*Maladies du foie*) rapporte que le général Tiburce Sébastiani, auquel il donnait des soins en 1838, fut soulagé en moins de cinq minutes par l'administration d'un bain de vapeur, d'après le conseil de M. Louis, appelé en consultation.

Une fois, j'essayai avec succès de calmer une crise, en faisant prendre à la malade un peu de chloroforme que j'avais sur moi par hasard, mêlé par agitation à du sirop. Je reviendrai plus tard sur ce fait.

B. Pour dégager les calculs, il faut autant que possible amener une évacuation de bile par le bas. J'ai eu recours aux moyens suivants : lavements purgatifs (graine de lin, huile, sel marin, etc.) matin et soir; calomel, 0,25, matin et soir.

Sous l'influence de cette médication bien simple, il y avait évacuation assez abondante; les calculs cheminaient dans le canal cholédoque, et arrivaient dans le duodénum. Ce déplacement était sensible pour la malade, ainsi que je l'ai dit plus haut.

Le calomel est-il préférable aux autres purgatifs?

On sait l'action spéciale de ce médicament sur le foie, dont il excite la sécrétion. Employé à petites doses (25 à 50 centigr.), il n'a jamais, chez ma malade, amené la stomatite mercurielle. Mon parent, M. Garot, pharmacien à Paris, a composé dans ce but, d'après les indications de M. Fauconneau, un sirop dont le jalap, la rhubarbe et le sous-carbonate de soude font la base. Je pense que le genre de purgatif a peu d'importance dans ces cas, pourvu qu'il y ait des selles faciles et assez abondantes. L'avantage du calomel est d'être peu volumineux.

C. Nous arrivons ici à une question plus délicate : la dissolution des calculs.

Je dois dire qu'au début du traitement j'ai employé empiriquement pendant assez longtemps la médecine de Durande, et que je n'ai pas été mis en demeure d'en constater l'efficacité; quoique ma malade la prît à la dose de 4 à 5 grammes régulièrement tous les matins, selon la méthode de son inventeur. J'ai dû la cesser parce que madame H... s'en fatigua.

J'ai voulu vérifier par moi-même le degré de solubilité des calculs. J'ai pris plusieurs calculs à peu près de même volume rendus par la malade, et les ai mis dans les liquides ci-dessous.

	Densité relative des calculs.	Temps de la solution et résultat.
Chloroforme. . .	—	1 h. 1/4; résidu pulvérulent blanc jaunâtre.
Éther.	+	2 h. 1/2; id.
Térébenthine. . .	+	9 h.; id.
Médecine Durande.	+	5 h.; id.
Solution alcaline. .	—	Insoluble à froid ou à chaud, que la solution de bicarbonate de soude soit pure ou aiguisée d'acide chlorhydrique.

Si donc les calculs biliaires *pouvaient être dissous* dans la vésicule, le chloroforme serait, d'après mes recherches, le meilleur remède à employer. Je l'ai employé une seule fois avec succès; mais il n'a triomphé que de l'élément douleur.

Voyons comment les choses se passent chez l'homme.

Durande, dans son mémoire, s'appesantit beaucoup sur les bons effets de son remède, qu'il donne à la dose de 4 grammes tous les matins, en faisant prendre par-dessus une écuelle de petit-lait ou d'eau de veau, etc. Il y joint un traitement modifié selon certains symptômes. Ce traitement dure jusqu'à ce que le malade ait pris 500 grammes de son remède.

Strack, Sœmmering, Richter, Borda, ont eu à se louer de cette médecine. Mais du calme qu'il procure à la dissolution du calcul y a loin. Pour moi, je crois à la propriété dissolvante de la médecine de Durande *dans mon éprouvette*; mais je doute fort que cette action soit aussi sûre dans le corps humain. S'il faut cinq heures dans le premier cas pour que l'éther dissolve le calcul, combien en faudrait-il dans le second? Le corps serait infesté, et la solution se ferait encore attendre.

Peu d'auteurs, à ma connaissance, partagent l'opinion de Durande sur son remède. Sa vertu dissolvante, vantée jadis par Thénard, Gardanne, Guyton de Morveau, Fourcroy, se réduit aujourd'hui à un effet anti-spasmodique. Giacomini (*Thérapeutique*, page 59) pense que la potion éthérée agit heureusement en distendant l'estomac et le duodénum par sa gazification, et en favorisant de la sorte la chute du calcul. Pour M. le professeur Trousseau, c'est comme anti-spasmodique qu'agit l'éther.

E. Pour empêcher la formation de nouveaux calculs, il faut en rechercher les causes si bien détaillées dans Morgagni (Ep. XXXVII). On a parlé de la vie sédentaire, de la nourriture échauffante, du chagrin, etc. Chez la malade qui fait le sujet de cette observation, il y a une autre cause. La mère de Mme H... est morte à cinquante-deux ans. Je n'ai pu savoir si elle avait eu un ictère; mais j'ai appris qu'elle avait eu de fréquentes coliques : jamais on ne s'est aperçu qu'elle eût rendu de calculs. Mais je donne des soins aux deux sœurs de la malade. Toutes deux ont les mêmes coliques; et chez l'une surtout la vésicule biliaire forme une tumeur bien sensible. Ni l'une ni l'autre n'ont rendu de calculs par les selles; mais l'une rend la matière sablonneuse indiquée par Morgagni : *mucosam arenosamque materiam*. C'est donc ici une maladie de famille.

Pour la prophylaxie, je n'ai rien à ajouter à ce que dit Sydenham (*De concrementis biliariis corporis humani*). « Ce qui est utile, ce qui empêche le retour du mal, c'est l'exercice, un régime animal doux, les saignées faites à temps. Je suis convaincu qu'en prenant un exercice suffisant, on peut prévenir la formation des concrétions biliaires. »

Je termine en disant que la complète insolubilité des calculs dans l'eau alcaline pure ou aiguisée d'acide chlorhydrique, à froid ou à chaud, me donne peu de confiance dans l'usage des eaux de Vichy, à moins qu'elles ne soient prises comme digestives.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 juin 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Les rapports de MM. les docteurs Lenfant et Lebret sur les eaux minérales de Sail-sous-Couran (Loire) et de Balaruc (Hérault), sur le service médical de ces établissements pendant l'année 1854 (commission des eaux minérales);

2° Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de la Haute-Marne, de la Vendée et de la Loire-Inférieure (commission de vaccine);

3° Plusieurs notes relatives à des remèdes secrets.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Parchappe informe l'Académie qu'il se désiste de sa candidature à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

— M. le docteur Léon Dufour, membre correspondant, adresse une note sur un cas de dysurie intermittente guérie par la quinine. (Commissaires, MM. Bégin et Civiale.)

— M. le docteur Lamare Picquot adresse un mémoire sur l'acide arsénieux dans les congestions encéphaliques. (Commissaire, M. Piorry.)

— M. Hoffmann, pharmacien à Paris, adresse une note sur la teinture éthérée d'acétate de fer. (Commissaire, M. Chevallier.)

— M. Bouffiès, chirurgien de la marine, adresse un travail sur la cause du sexe des enfants, qu'il attribue à l'alternance du sexe des germes à chaque menstruation. (Commissaire, M. Bousquet.)

— M. Larrey présente un travail de M. le docteur Gaëtano Barracano (de Naples), intitulé *Observations sur le choléra*.

Inoculation des eaux aux jambes du cheval à l'homme. — MM. Pichot et Maunoury adressent la lettre suivante relative au rapport de M. Bousquet et à la discussion sur l'inoculation des eaux aux jambes du cheval à l'homme :

« Que l'Académie veuille bien nous permettre quelques observations en réponse au rapport si judicieux de M. Bousquet et à la discussion qui a suivi ce rapport.

» Nous avons eu l'honneur de vous adresser sans commentaire aucun le fait du maréchal-ferrant Brissot et les expériences auxquelles il a donné lieu; nous nous sommes bien gardés de toutes réflexions théoriques pour ne pas atténuer les observations elles-mêmes.

» Ce que nous pouvons affirmer, c'est que Brissot n'a voulu tromper personne, et nous qui le connaissons, qui avons pris tous les renseignements sur son caractère, nous n'avons pas douté un instant de sa sincérité.

» Quelle est la cause de l'éruption des pustules survenues sur la main de Brissot?

» Cette éruption est-elle spontanée? Est-elle le résultat du contact de la main de Brissot avec le pied du cheval atteint d'eaux aux jambes? Est-elle due à d'autres causes qui échappent encore à la science? Nous ne pouvons rien affirmer d'une manière absolue; mais ce qui est évident pour nous :

» 1° C'est que Brissot n'a jamais été vacciné et ne porte pas de traces de vaccination sur les bras;

» 2° C'est qu'il n'a pas touché à des vaches;

» 3° C'est qu'il a ferré, le 11 février 1856, un cheval atteint d'eaux aux jambes; c'est que le pus pris le 5 mars sur une des pustules de la main de Brissot, enfermé entre deux plaques de verre et transmis après dilution avec un peu d'eau sur les bras d'un enfant, a produit sur cinq piqûres une seule pustule vaccinale, qui a été la source du virus pour des inoculations successives.

» Nous avons pensé, d'après toutes ces circonstances, que ce fait venait à l'appui des idées et des observations de Jenner sur l'origine du cowpox, et nous l'avons soumis à l'appréciation de l'Académie.

» Maintenant qui peut expliquer complétement les conditions essentielles nécessaires à l'inoculation des virus, tels que le virus vaccin, le virus charbonneux, le virus syphilitique, et à leur transmission d'un individu à un autre individu de même espèce ou d'espèce différente?

» Par exemple, pourquoi le vrai cowpox est-il si rare et si difficile à transmettre de la vache à l'homme? Quels sont ses caractères essentiels?

» Pourquoi le sang de rate, cette maladie charbonneuse du mouton, produit-elle chez l'homme la pustule maligne par simple contact et par inoculation?

» Pourquoi, au contraire, la sérosité d'une pustule maligne de l'homme, inoculée au mouton, paraît-elle ne produire aucun effet nuisible; tandis que cette pustule maligne, excisée en totalité ou en partie et introduite dans le tissu cellulaire d'un mouton, détermine la mort de ce mouton en cinquante ou soixante heures?

» Pourquoi l'inoculation du pus du chancre de l'homme aux animaux est-elle sans effet; tandis que l'introduction d'un chancre récent, excisé dans sa totalité et introduit dans le tissu cellulaire d'un lapin, paraît produire des accidents syphilitiques chez ce lapin?

» Pourquoi le sperme pur des salamandres ne féconde-t-il aucun œuf; tandis que, mêlé avec des parties d'eau, il produit une fécondation complète, etc., etc.?

» Autant de questions à résoudre et pour lesquelles nous invoquons le concours éclairé de MM. les vétérinaires de l'Académie.

» Les conditions essentielles, dynamiques de la transmission des virus, de même que celles de la fécondation, sont tellement soustraites à nos moyens de recherches expérimentales qu'il est impossible dans l'état actuel de la science de nier les idées de Jenner sur l'origine et l'inoculation de la vaccine, pas plus que les expériences de Spallanzani sur la fécondation.

» Du reste, la question de l'inoculation des virus des espèces animales à l'homme et de l'homme aux espèces animales, est tellement importante et tient si intimement à la grande question de la *contagion*, qu'elle est bien digne de fixer toute l'attention de l'Académie. »

— M. le président informe l'Académie qu'elle se formera en comité secret à quatre heures moins un quart pour entendre le rapport de la section d'anatomie pathologique sur les candidats.

LECTURES.

Typhus. — M. Chauffard (d'Avignon) lit le résumé suivant d'un mémoire sur le typhus qui a régné dans l'hôpital de cette ville.

1° Le typhus contagieux a été importé directement des hôpitaux de Constantinople dans l'hôpital d'Avignon, et il s'est propagé dans ce dernier hôpital ou par contagion proprement dite, contagion par le contact, ou plutôt par la formation d'une atmosphère d'infection dans l'intérieur même de l'hôpital.

La maladie ne s'est pas propagée au dehors de l'établissement où elle a été primitivement importée.

2° Les prodromes du typhus contagieux doivent se diviser en prodromes communs au typhus et aux fièvres graves, avec un cachet pourtant qui les spécialise en quelque sorte dans le typhus; en prodromes spéciaux, embarras de la parole, hésitation ou tremblottement de la voix, tremblement des mains et des bras; et enfin au prodrome pathognomonique et tout à fait initial, bourdonnement ou tintement d'oreille.

3° La marche symptomatique du typhus contagieux est dès le début entièrement spéciale, et ne permet pas de confondre le typhus avec aucune autre fièvre grave, continue ou rémittente.

4° Le typhus offre une éruption caractéristique et qui n'appartient qu'à lui, l'exanthème pétéchial; cet exanthème apparaît vers le quatrième ou cinquième jour de la maladie, et dure presque sans s'affaiblir pendant un septénaire; il diminue ensuite peu à peu.

5° Cet exanthème est primitif et essentiel, et non critique et symptomatique, ainsi que cela est démontré par son apparition précoce, par sa constance, par sa durée et par les funestes effets de sa rétrocession.

6° Le typhus doit être rangé dans la classe des maladies fébriles exanthématiques, ainsi que l'avaient fait la plupart des observateurs du siècle passé sous le nom de fièvre pétéchiale.

7° Le typhus présente pendant presque toute sa durée une remarquable fixité dans l'énergie des symptômes. La période d'état de la maladie se prolonge presque sans adoucissement jusqu'au moment où apparaît la rémission.

8° Cette rémission survient toujours brusquement, et à un état éminemment grave la veille succède tout à coup un état relativement modéré et offrant tous les signes d'une issue favorable. C'est comme un réveil instantané de l'intelligence, des sens et du sentiment, après une prostration générale et extrême. C'est la crise de la maladie.

9° Cette crise succède ordinairement à une aggravation momentanée de tous les symptômes, et s'opère le plus souvent sans évacuation sensible.

10° La période de rémission se déclare, en général, vers le quatorzième jour de la maladie, très-rarement plutôt, quelquefois entre le quatorzième et le vingt et unième jour. Elle dure de cinq à sept jours.

11° Le typhus ne nous a offert aucune lésion des organes vraiment caractéristique et appréciable. La muqueuse intestinale, et en particulier celle de l'intestin grêle, nous a paru tout à fait à l'état d'intégrité.

12° Le typhus déclaré ne peut être enrayé dans son développement.

13° Les indications thérapeutiques propres au typhus contagieux se doivent déduire des symptômes généraux et locaux, de la nature propre de la maladie que ces symptômes révèlent, et du travail éruptif que la nature accomplit. Combattre les uns lorsqu'ils témoignent d'un danger réel, et seconder ce dernier qui est dans les vrais besoins de la nature est la tâche du praticien dans le traitement du typhus.

14° Les médications, pour être convenables, doivent isolément remplir ces diverses indications, ou, simultanément employées, y aider et concourir chacune. (Commission déjà nommée, dont M. Michel Lévy est rapporteur.)

Anatomie pathologique du tube digestif. — M. Ménière lit un travail sur un point de l'anatomie pathologique du tube digestif.

Dès 1825, l'auteur a remarqué que dans certaines autopsies on voyait l'intestin réuni en boule au-devant du rachis, ne dépassant pas l'angle sacro-vertébral en bas et latéralement n'atteignant pas les flancs. Dans ces cas, il y a diminution de longueur du mésentère. Mais quelle est la cause du phénomène? Des signes non équivoques de péritonite permettaient d'attribuer ce retrait à l'inflammation. Mais, de plus, l'iléon est raccourci.

Sur 164 nécropsies, M. Ménière a trouvé 88 fois l'intestin comparé à la taille du sujet dans le rapport de 4 à 1; 46 fois dans le rapport de 3 à 1; 30 fois au-dessous de cette dernière proportion. Or, dans les cas de péritonite, l'intestin n'a pas offert plus de deux fois, deux fois et demie la longueur du corps. Il suit de là que le raccourcissement ne porte pas seulement sur le mésentère, mais encore sur le feuillet qui enveloppe l'iléon. Il existe en même temps un épaississement de toutes les tuniques intestinales, et une augmentation en nombre des valvules conniventes, qui s'étendent jusque vers la fin de l'iléon. On peut se convaincre que non-seulement le péritoine est friable, mais que le tissu sous-jacent est profondément altéré, et c'est cette dernière altération qui paraît être la principale cause de la rétraction des replis péritonéaux; c'est la seule que l'on rencontre dans certains cas de péritonite très-récente, où les signes de la phlegmasie séreuse sont peu marqués. La rétraction qui en résulte est quelquefois assez forte pour faire rentrer des hernies irréductibles.

Toutes ces considérations se rapportent à la fois à la forme aiguë et chronique de l'inflammation séreuse. On peut rapprocher cet effet de le péritonite de ceux qu'on observe à la suite de phlegmasies de la plèvre, de l'arachnoïde, etc. (Commissaires : MM. Grisolle et Barth.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Fœtus cyclope. — M. Depaul présente à l'Académie un fœtus qui vient de lui être remis à l'instant, et qui présente un cas de monstruosité semblable à celui qu'il a présenté il y a quelque temps; c'est un nouveau cas de cyclopie. La seule différence qui s'offre au premier aspect, entre ce sujet et le précédent, c'est que chez celui-là il y avait absence complète de nez, tandis que chez celui-ci, au contraire, cet organe est développé outre mesure, et représente une véritable trompe. Il sera fait, d'ailleurs, un examen plus minutieux de ce sujet ainsi que du précédent, et le résultat de cet examen sera communiqué à l'Académie.

— M. le président annonce que l'Académie va se former en comité secret. Les personnes étrangères à l'Académie évacuent la salle; mais le rapporteur de la section étant absent, la séance publique est reprise immédiatement.

RAPPORT.

Vaccine. — M. Bousquet, au nom de la commission de vaccine, lit le rapport annuel sur les vaccinations et les revaccinations pratiquées en France pendant l'année 1855. Nous reproduirons quelques extraits de ce travail.

— La séance est levée à cinq heures.

La Société médicale des hôpitaux a proposé, sur le rapport de M. Monneret, organe d'une commission composée de MM. Barth, Becquerel, H. Bourdon, Dechambre, Legendre et Marrotte, un prix d'une valeur de 1200 fr. sur cette question : *Des congestions sanguines dans les fièvres.* Ce prix sera décerné en 1858.

Pour ne laisser aucun doute dans les esprits, et quoique les termes dans lesquels la question est énoncée ait aujourd'hui un sens rigoureux et le même pour tout le monde, la Société croit devoir en déterminer plus nettement les limites par quelques développements.

La congestion sanguine ne désigne pas autre chose que l'accroissement de quantité du sang dans une partie. Elle peut tenir à des causes très-différentes, à l'inflammation, à la gêne mécanique que le sang éprouve dans son trajet à travers les capillaires, à l'altération de composition de ce fluide, à l'adynamie ou à tout autre trouble du solide. C'est aux compétiteurs qui entreront dans la lice à dire à quelles causes ils prétendent rapporter les congestions des pyrexies. Ils ne peuvent se dispenser d'étudier complétement la nature et la forme des lésions, les symptômes qui en révèlent l'existence, la part qu'y prennent les altérations générales du solide et des liquides, enfin les indications utiles que peut en tirer la thérapeutique.

Le mot fièvre représente une classe bien distincte de maladies générales qui se composent, pour le monde, des mêmes entités pathologiques. Les congestions sanguines doivent donc être exclusivement étudiées dans les fièvres intermittentes de tous les types, dans les exanthèmes tels que la variole, la rougeole, la scarlatine, et enfin dans le groupe des fièvres continues. Il nous suffit de mentionner le typhus, la fièvre typhoïde, les fièvres bilieuse, puerpérale, jaune, la peste.

Il n'entre pas dans la pensée des membres de la commission d'empêcher les compétiteurs d'aller chercher les documents qui leur seront nécessaires dans d'autres parties de la médecine. Ils conseillent même de tenir compte de l'analogie rigoureuse qui existe, à certains points de vue, entre les fièvres et les maladies virulentes telles que la morve, le charbon, les empoisonnements septiques, les affections hémorrhagiques et d'autres encore. Enfin, la pathologie comparée et les vivisections offriront aussi de précieuses ressources à celui qui saura les explorer.

L'histoire de la congestion des fièvres touche à la fois aux questions les plus usuelles, les plus pratiques, et à ce que la pathologie générale présente de plus difficile et de plus élevé. En effet, le médecin est à chaque instant mis en demeure de se prononcer sur la nature des congestions pulmonaires, hépatiques, cérébrales, etc., qu'il rencontre dans la fièvre typhoïde, les formes graves des exanthèmes, et dans la période ultime d'un très-grand nombre d'affections pyrétiques. Il faut qu'il en ait une idée suffisamment exacte pour instituer convenablement la thérapeutique. Cependant, malgré la fréquence de ces congestions et les recherches dont elles ont été le sujet, il hésite dans un grand nombre de cas; il ne saurait affirmer que la congestion qu'il observe appartient plutôt à l'inflammation qu'à l'hémorrhagie, aux hyperémies mécanique, adynamique ou d'une autre nature. Les compétiteurs s'attacheront à éclairer ces points obscurs, et devront s'appuyer surtout sur la connaissance approfondie des altérations anatomiques et des causes locales et générales au sein desquelles ils auront vu se former de pareilles congestions. Leur travail, enfin, aura produit le résultat le plus heureux qu'on puisse en attendre, si de l'examen des faits particuliers ressort une description synthétique de la congestion, et partant quelques déductions importantes pour l'histoire de l'hyperémie en général.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 16 juin, a été nommé dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, M. Montier, médecin-major au 92e de ligne.

— M. le docteur Mérier, directeur de l'asile départemental des aliénés de la Haute-Marne, à Saint-Dizier, vient d'être nommé médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Maréville (Meurthe), en remplacement de M. le docteur Morel, dont nous avons annoncé la nomination à Rouen.

— MM. les professeurs et médecins du Val-de-Grâce ont souscrit au profit des inondés pour la somme de 557 fr.

— L'amélioration progressive dans la santé des troupes, et le petit nombre de malades arrivés de l'armée d'Orient, ont permis d'évacuer entièrement les hôpitaux provisoires qui avaient été établis à Montpellier. Les quelques malades qui restaient encore à la Citadelle viennent d'être transportés à l'Hôtel-Dieu St-Eloi.

— On lit dans la *Gazette médicale de Lyon* :

« Nous voyons depuis quelques jours se développer dans les salles de l'Hôtel-Dieu ou arriver du dehors des affections gastro-intestinales de divers degrés et souvent indéterminées, embarras gastriques, états bilieux et saburraux, diarrhées subites et coliques, etc. En ville aussi ces cas se multiplient. On attribue assez généralement ces malaises à la corruption des eaux que l'on boit. Cette idée ne nous paraît pas justifiée, bien que l'abus des boissons aqueuses puisse, chez quelques personnes, être la cause occasionnelle de désordres abdominaux. Nous aimerions mieux chercher l'origine du nombre croissant de ces indispositions dans l'élévation subite de la température, au milieu d'une atmosphère profondément humide et dont l'état hygrométrique persiste depuis si longtemps. Ces diverses influences et d'autres que nous ne pouvons apprécier concourent sans doute à produire les affections abdominales que nous observons à présent, et qui se voient d'ordinaire dans les premières chaleurs de chaque année.

» Quoi qu'il en soit, la plupart de ces affections sont encore légères. Il en est pourtant un petit nombre qui se rapprochent des fièvres graves et qui font craindre l'apparition prochaine de ces fâcheuses maladies. »

— Le *Times* rend compte d'un banquet dans lequel ont eu lieu les manifestations les plus cordiales et les plus honorables pour la chirurgie française. M. Civiale avait été appelé à Londres pour un cas des plus difficiles et des plus graves, auprès d'un israélite, ami du lord-maire. L'intervention du célèbre chirurgien français a eu tout le succès qu'on pouvait espérer de son habileté, et le lendemain un grand dîner, où se trouvait l'élite des savants anglais, lui a été offert à Mansion-House sous la présidence du premier magistrat de la cité.

— Le banquet annuel des internes des hôpitaux a eu lieu jeudi dernier. Un grand nombre d'anciens internes, maintenant établis dans diverses parties de la France, assistaient à cette fête de famille, que présidait M. le professeur Serres. La plus franche cordialité a régné dans ce banquet, où les maîtres étaient venus s'asseoir à côté des élèves. De joyeux toasts, suivis de chansons plus joyeuses encore, ont prouvé que les bonnes traditions de l'internat ne sont pas encore perdues.

— Voici l'état des souscriptions pour l'exécution en marbre du buste de Pinel :

MM. Pinel neveu. . .	200 fr.	MM. Delaye, à Toulouse.	50 fr.
Pinel (Scipion). .	45	Brierre de Boismont	50
Pinel (Charles). .	100	Moreau (de Tours).	50
Pinel petit-fils. .	50	Mitivié.	50
Rostan.	100	Larrey.	15
Falret.	100	Baillargor. . . .	50
Voisin.	100	Calmeil.	20
Semelaigne . . .	20	Bédor.	5

La souscription ayant atteint le chiffre de 1,000 fr. peut être considérée comme close. A l'exception des versements que doivent faire MM. Ferrus et Bricheteau, il ne sera plus reçu d'autres fonds.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 73. — SAMEDI 21 JUIN 1856. (29e ANNÉE.) N° 73. — SAMEDI 21 JUIN 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Kyste sus-hépatique. — Un mot sur les grands kystes de la surface convexe du foie.

Un malade est entré dans la salle Sainte-Agnès de l'Hôtel-Dieu (service de la clinique), portant une tumeur globuleuse parfaitement localisée et nettement circonscrite dans l'hypocondre droit, sous les dernières côtes. Le siége et la forme de cette tumeur, l'absence de tout phénomène morbide du côté de la poitrine et le bon état général de santé de cet homme — soldat libéré de l'armée de Crimée, qui, malgré l'existence de cette tumeur remontant à près de deux ans, a pu faire sans interruption, pendant toute la campagne, le service que l'on sait —, tout portait à penser qu'on avait affaire à un de ces kystes hydatiques qui se développent si fréquemment sur la face convexe du foie. Le diagnostic ne paraissait pas douteux ; une ponction exploratrice en a démontré immédiatement l'exactitude, en amenant une petite quantité de liquide clair, parfaitement caractéristique. Comme ce kyste offre déjà un volume assez considérable et que son développement ultérieur pourrait finir par exposer sérieusement la vie de cet homme dont la santé jusqu'à présent n'a pas été encore notablement altérée, M. Trousseau se propose de l'opérer prochainement, en pratiquant une ponction évacuatrice et une injection iodée dans le foyer. Nous aurons donc à revenir sur ce cas. Mais nous ne voulons pas laisser échapper l'occasion de faire connaître à nos lecteurs le résultat des recherches intéressantes dont ces sortes de kystes ont été l'objet de la part de deux anciens internes distingués des hôpitaux, MM. Dolbeau et Ernest Cadet de Gassicourt, qui en ont fait tous deux le sujet de leur dissertation inaugurale. On trouvera surtout dans le travail de M. Dolbeau une étude sur le mécanisme et les conditions physiques du développement de ces tumeurs, qui devra certainement contribuer à en faciliter le diagnostic.

Les grands kystes du foie, M. Dolbeau désigne ainsi ceux qui sont assez volumineux pour gêner les fonctions, apporter le trouble dans la santé générale et nécessiter l'intervention de l'art ; les grands kystes du foie, disons-nous, qui se développent à la surface convexe de cet organe, ont une marche régulière, à peu près constamment la même, et qui est subordonnée à des conditions anatomiques et physiologiques qu'il est utile de rappeler pour en bien saisir le mécanisme. Voici la description qu'en donne notre confrère :

Le kyste de la face convexe répond en bas au foie, organe volumineux et dont les moyens de fixité sont très-développés ; en haut, les limites de la tumeur sont formées par le diaphragme, organe mou, élastique et extensible. De plus, le kyste se trouve situé à la limite de deux cavités dont les conditions de pression sont bien différentes. En effet, ainsi que l'a très-bien indiqué M. le professeur Bérard, le thorax et l'abdomen sont dans des conditions tout opposées : dans la cavité du ventre, il y a en quelque sorte un trop plein ; les organes sont sollicités dans tous les sens ; au contraire, dans le thorax il y a un vide virtuel, et dans le moment de l'expiration tous les organes tendent vers cette cavité ; le ventre, qui s'étend pendant l'inspiration, devient mou pendant l'expiration.

Il résulte de là qu'un kyste situé à la surface convexe du foie, et dont le développement continue à se faire, a de la tendance à gagner la cavité thoracique. Du côté du ventre, il rencontre la pression générale et la résistance propre du foie, qui l'empêche de descendre. Du côté des plèvres, au contraire, le diaphragme seul lui fait obstacle ; ce muscle se laisse refouler, le poumon fait place, et le kyste remonte ainsi coiffé d'une couche musculaire qui va sans cesse s'amincissant, et qui peut finir même quelquefois par se rompre. (Cette rupture, toutefois, paraît être l'exception, car sur huit observations réunies dans cette thèse, on trouve six fois le diaphragme intact, quoique le kyste remontât jusqu'à la deuxième ou troisième côte.) De là l'explication de la tendance qu'ont tous ces kystes à se développer plutôt du côté du thorax que du côté de l'abdomen, et à saillir extérieurement au niveau des côtes, et quelquefois même à une hauteur assez considérable de la cage thoracique.

Cette propagation des kystes du foie dans la cavité thoracique a naturellement pour résultat immédiat le refoulement du poumon droit et un déplacement plus ou moins notable du cœur.

Cependant cette marche n'est pas si constante et si invariable qu'on n'observe quelquefois un abaissement notable du foie, déterminé par le développement de ces kystes de la surface supérieure ; dans les cas même où le développement de la tumeur se fait tout entier dans la cage thoracique, il y a toujours un certain degré d'abaissement de cet organe, et c'est là justement un des signes qui peuvent aider, dans certains cas difficiles, à distinguer les kystes de la surface convexe du foie des kystes développés dans la cage thoracique même.

D'après ce qui précède, une voussure plus ou moins nettement circonscrite sur l'hypocondre et le flanc droit, en même temps que sur la base du thorax et sur la région épigastrique, devra être considérée comme un signe d'une grande valeur, et qui doit immédiatement porter le praticien à diagnostiquer un kyste du foie, surtout si l'on y joint les signes tant positifs que négatifs fournis en pareil cas par la percussion et l'auscultation. C'est, ainsi qu'on vient de le voir, sur l'ensemble de ces signes que M. Trousseau s'est fondé pour porter son diagnostic dans le cas qui nous a donné l'occasion de ces quelques considérations. Nous réservons ce qui concerne le traitement pour l'époque où nous aurons à entretenir nos lecteurs du résultat qu'aura eu l'opération projetée chez ce malade.

Traitement du rhumatisme musculaire par l'acupuncture.

Nous avons déjà eu l'occasion de dire dans le temps notre opinion sur l'acupuncture comme moyen de traitement dynamique ou médical appliqué à certains états de perturbations nerveuses fonctionnelles douloureuses. Egalement éloigné de l'engouement avec lequel quelques médecins accueillirent la méthode japonaise lors de son importation en France et du sentiment d'incrédulité de ceux qui l'ont condamnée à un oubli immérité, nous avons toujours pensé que ce moyen pouvait offrir des ressources utiles à la thérapeutique, pourvu qu'on en restreignît l'emploi aux seuls cas où le raisonnement et l'expérience semblent s'accorder pour en démontrer l'efficacité. Des faits assez nombreux déjà prouvent, en effet, que ce moyen est d'une utilité réelle dans le traitement des névralgies et de certaines formes de rhumatisme musculaire, sinon comme méthode usuelle, au moins comme auxiliaire utile des nombreux moyens usités contre ces affections ; dans quelques circonstances même elle est une ressource précieuse là où les autres moyens sont restés entièrement inefficaces. Nous avons publié (voir *Gazette des Hôpitaux* du 30 septembre 1854) quelques faits empruntés au service temporaire dont M. Bouchut était alors chargé à l'Hôtel-Dieu, qui montrent les ressources que l'on peut trouver dans l'emploi de ce moyen contre la névralgie sciatique. D'autres que nous venons d'observer dans le service de M. Trousseau feront voir le parti qu'on en peut tirer également dans certains cas de rhumatisme musculaire apyrétique rebelle à l'action des médications les plus usitées en pareil cas.

Voici ces faits :

La nommée M... entrait le 2 mai 1856 dans le service de M. Trousseau (salle Saint-Bernard, n° 28), atteinte d'une pneumonie en résolution..... Quelques râles crépitants de retour à la base du côté droit..... Au bout de six jours elle en était guérie ; mais quelques jours après, elle se plaignait de douleurs assez vives dans l'épaule, douleurs qui se manifestaient par élancement, et qui étaient plus fortes la nuit que le jour. Elles résistèrent pendant deux jours à l'application de la mixture de belladone et d'opium, recouverte de larges cataplasmes ; ce que voyant, M. Trousseau se décida à recourir à l'acupuncture.

Le samedi 18 mai, il enfonça dans le deltoïde deux aiguilles à acupuncture. Les douleurs, qui s'irradiaient jusqu'au coude, ne se firent plus sentir dès ce moment que sur le deltoïde, dans un espace de 10 centimètres, mais d'une manière plus vive, il est vrai.

Le lendemain, quatre aiguilles furent placées aux insertions supérieures et inférieures des fibres du deltoïde ; les douleurs se firent sentir un peu plus bas, dans le muscle brachial antérieur.

Le 20 mai, elles étaient encore très-fortes ; la malade ne pouvait lever le bras. Deux aiguilles furent placées dans le deltoïde ;

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique de l'accouchement prématuré artificiel, comprenant son histoire, ses indications, l'époque à laquelle on doit le pratiquer, etc., par le docteur SILBERT (d'Aix) (1).

La question de l'accouchement prématuré artificiel, qui, il y a peu de temps encore, a soulevé dans le monde médical et au sein des Académies des discussions si vives, si passionnées, cette question est aujourd'hui parfaitement résolue au point de vue de la science comme au point de vue de la morale. En vain de graves autorités, Capuron tout le premier, ont-ils cherché à jeter la réprobation sur cette opération en la représentant comme coupable, et se sont-ils servis pour la désigner du mot *avortement provoqué* ; la vérité, un instant étouffée, a fini par surgir au milieu de cette opposition systématique et par triompher.

C'est qu'en effet ce sont deux choses bien différentes, et dans leur pratique et dans leurs conséquences, que l'avortement provoqué et l'accouchement prématuré artificiel. Dans le premier cas on sacrifie, dans l'intérêt de la mère, un enfant qui, par une circonstance quelconque, ne pourrait pas être amené vivant à la lumière, ou ne pourrait être obtenu qu'au prix d'une opération malheureusement trop souvent mortelle pour le sein qui l'a porté. Dans l'accouchement prématuré artificiel, on cherche à obtenir, sans compromettre la vie de la femme, un fœtus vivant, à une époque de la vie intra-utérine où il est en même temps *viable*. Ce n'est point à dire, à notre avis, que l'avortement provoqué soit toujours condamnable ; mais nous estimons que toutes les fois que l'on pourra y recourir, on devra préférer l'accouchement prématuré artificiel.

Tel que le comprend M. Silbert, tel que le comprennent aujourd'hui tous les bons esprits, ce dernier est donc une opération entreprise dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, qui consiste à provoquer les contractions de l'utérus par des moyens qui se rapprochent le plus possible des procédés de la nature, et qui a pour but l'expulsion du produit de la conception à une époque plus ou moins éloignée du terme de la grossesse, mais à laquelle la viabilité du fœtus est assurée. L'auteur veut qu'on ne la pratique que lorsque l'indication en est formelle et qu'elle ne peut nuire ni à la mère ni à l'enfant. Enfin, pour lui, elle est la commémoration de ce beau précepte de Levret : « L'excellence de l'art de l'accouchement est de sauver deux individus à la fois. »

L'historique, l'examen et la réfutation des objections qu'on a faites à cette opération, sa justification, en quelque sorte, si elle en avait besoin, forment la première partie du livre de M. Silbert, qui, du reste, vu la responsabilité qu'assume sur lui le médecin en cette circonstance, conclut en lui conseillant de ne pas se décider à la pratiquer avant d'avoir pris l'avis d'un ou de plusieurs confrères.

Quelles sont les indications de l'accouchement prématuré artificiel ?

Elles sont de deux sortes, et peuvent se rapporter à la mère ou à l'enfant. A la mère, elles sont de plusieurs espèces encore. La plus fréquente et la mieux établie est sans contredit l'angustie pelvienne, quelle qu'en soit la cause, congéniale ou accidentelle ; c'est ensuite l'état de maladie de la mère, consistant en modifications mécaniques, physiologiques ou sympathiques de l'organisme, liées à l'état de gestation, affections aggravées par la grossesse, ou qui font craindre que la grossesse n'arrive pas à son terme. Nous comprenons moins l'indication fournie par une grossesse tardive ou trop prolongée, dont la durée serait telle que l'enfant aurait pris un développement exagéré. Ce sont là, selon nous, des cas trop obscurs et toujours trop douteux pour autoriser l'avortement provoqué.

Les indications venant du fœtus sont moins nombreuses et moins certaines ; elles se bornent presque uniquement à la supposition que l'on serait fondé à établir d'un trop grand volume de l'enfant parvenu à terme, d'après ce qui serait arrivé dans des grossesses précédentes. On conçoit aisément que ce n'est qu'avec la plus grande prudence qu'il faudra procéder en pareille circonstance.

L'opération reconnue nécessaire, à quelle époque faudra-t-il la pratiquer ? L'accouchement prématuré artificiel impliquant la viabilité comme condition nécessaire, il ne peut être pratiqué avant le septième mois. Mais du septième au neuvième, le moment ne peut être fixé d'une manière invariable ; il dépend essentiellement des cas pour lesquels on a recours à l'opération.

La section la plus importante peut-être du livre de M. Silbert est celle dans laquelle il est question du choix des moyens propres à déterminer l'accouchement prématuré. Ici, plusieurs procédés sont en présence. L'un consiste à percer les membranes et à faire évacuer les eaux. Comme moyen général, nous n'oserions le conseiller, car il expose toujours plus ou moins à blesser le fœtus. Les moyens indirects empruntés à la thérapeutique sont toujours assez dangereux, en raison de leur action sur l'économie entière. Restent donc les moyens directs agissant sur l'utérus, soit au dehors, soit à l'intérieur.

Les moyens extérieurs se réduisent à peu près à deux : le tampon-

(1) Un vol. in-8°. Chez Victor Masson.

la douleur disparut aussitôt pour se porter à la partie latérale de la poitrine, dans les muscles pectoraux. On la poursuivit avec une aiguille; elle se manifesta aussitôt dans les muscles grand dorsal et grand rond, à la partie postérieure de l'épaule. On enfonça une aiguille en cette région, la douleur cessa pour ne reparaître que faiblement dans le coude; mais les mouvements étaient devenus faciles et sans douleurs.

Après que chaque aiguille était enfoncée, on remarquait aussitôt un petit cercle rouge entourant la tige, puis elles étaient agitées par une espèce de tremblement ou de mouvement d'oscillation; enfin, quand elles étaient retirées, elles laissaient après elles une sensation de piqûre douloureuse.

Pendant quelques jours les douleurs ne revinrent plus dans la journée; mais vers huit heures du soir, la malade recommençait à s'en plaindre.

Le 26 mai, elles reparurent dans le deltoïde. Deux aiguilles furent aussitôt introduites dans ce muscle, et les douleurs cédèrent en laissant dans les doigts quelques fourmillements qui ne durèrent pas longtemps.

Le 28, les douleurs se manifestèrent encore dans le deltoïde, et furent successivement chassées dans les muscles antérieurs, dans les muscles postérieurs de l'épaule, puis disparurent, poursuivies par une aiguille partout où elles se manifestaient.

Le 31, ce n'est plus dans l'épaule, mais dans la région thoracique qu'elles se font sentir. La malade ne peut pas bouger sur son lit; elle a de l'anxiété, et respire difficilement. Elle pousse des cris quand on lui touche le côté droit. Les douleurs sont vives sur une ligne circulaire qui, partant de la colonne vertébrale, arrive sous le sein droit. Quatre aiguilles sont profondément enfoncées sur ce trajet; elles pénètrent dans le diaphragme, dont elles suivent les mouvements d'élévation et d'abaissement. La malade souffre beaucoup, la peau se couvre de sueur, elle respire difficilement; les aiguilles sont retirées, il ne reste plus alors qu'une faible douleur en avant.

Le 3 juin, la malade se plaint de souffrir beaucoup dans le flanc droit; cette région est, en effet, très-sensible au toucher. On y place trois aiguilles, et aussitôt l'on voit la douleur affecter successivement la cuisse, la jambe, le genou, les malléoles et disparaître.

Le 5 juin, la malade demande à sortir; elle n'a conservé de ses douleurs qu'une sensation de chaleur légère dans le flanc droit.

— La deuxième malade est la femme Jeannette K..., âgée de vingt-trois ans, couchée au n° 12 de la même salle, où elle est entrée le 5 avril. Cette femme, accouchée le 12 mars, après un travail assez pénible, est malade depuis cette époque. Le 14 mars, elle a eu une métrorrhagie qui a duré trois jours, et qui l'a laissée dans un grand état de faiblesse. A la suite de cette hémorrhagie la vue s'affaiblit, et il y eut presbytie et amblyopie. Elle finit par ne plus voir du tout de l'œil gauche, et de l'œil droit elle ne voyait qu'à travers un épais brouillard.

En même temps que la diminution de la vue, on notait une faiblesse des membres supérieurs et inférieurs, avec ceci de particulier, que la faiblesse, au lieu d'occuper les deux membres du même côté, occupait simultanément le bras droit et la jambe gauche, tandis que la jambe droite et la main gauche n'étaient nullement attaquées.

Puis survinrent des névralgies qui occupèrent successivement la région sus-orbitaire de deux côtés, les deux tempes, le milieu du front, la région sincipitale, les muscles du cou, l'espace compris entre les deux épaules, la région abdominale, enfin les bras. De toutes ces névralgies, c'est celle qui occupait la région temporale qui a le plus longtemps persisté, et qui s'est le plus souvent reproduite.

Le 23 mai, elle souffre dans les deux tempes et les muscles du cou. Deux aiguilles à acupuncture sont introduites; l'une dans le muscle temporal, l'autre à la partie inférieure du sterno-mastoïdien. La douleur disparaît immédiatement. En même temps on faisait des applications de mixture de belladone.

Le 25, la douleur siége à la région frontale et dans le péricrâne; la moindre pression exercée sur la tête augmente la douleur. Comme on ne peut guère pratiquer ici l'acupuncture, deux aiguilles sont enfoncées dans les muscles temporaux; une de chaque côté. La douleur frontale et péricrânienne disparaît immédiatement.

Le 26, la douleur occupe le bras droit, qui est en même temps le siége de tiraillements et de soubresauts des tendons. Les douleurs occupent encore parfois les différentes régions de la tête, mais avec ce caractère qu'elles offrent beaucoup moins de persistance, qu'elles sont pour ainsi dire passagères, et qu'elles ne se présentent pas avec le même degré de gravité que précédemment.

Le 4 juin, la malade se trouve presque entièrement guérie. Les douleurs n'ont pas reparu depuis trois ou quatre jours; la vue s'est rétablie, mais elle est toujours un peu plus obscure à gauche qu'à droite. Elle reste toutefois à l'hôpital, pour y continuer le traitement approprié à cette dernière affection.

De la péritonite dans la fièvre typhoïde.

Dans notre précédente *Revue*, nous avons rapporté quelques faits récemment observés par M. H. Bourdon à l'hôpital Lariboisière, et qui venaient à l'appui des observations de M. Thirial, relatives à l'existence de la péritonite sans perforation intestinale comme complication de la fièvre typhoïde. M. le docteur Pidoux vient de publier à cette occasion, dans l'*Union médicale*, deux faits de même genre, dont l'un a été observé l'année dernière dans cet hôpital, et l'autre il y a plusieurs années déjà à l'hôpital Sainte-Marguerite. Nous croyons devoir reproduire ces faits, qui, indépendamment de l'intérêt qu'ils présentent comme exemples de cette complication, ont en outre le mérite, à nos yeux, d'avoir fourni à M. Pidoux l'occasion de présenter cette question sous un jour nouveau.

Un garçon de dix-neuf ans présenta à son entrée à Lariboisière plusieurs des symptômes généraux de la fièvre typhoïde; il lui manquait toutefois quelques-uns des signes qui mettent hors de doute l'existence de cette fièvre. Une chose surtout fixait l'attention, c'était une douleur des lombes si vive qu'elle grippait la face du malade, lui cambrait tétaniquement le tronc et portait en avant un abdomen dur, contracté et très-sensible à la pression. Cela ressemblait, dit M. Pidoux, à ces rhumatismes préabdominaux et lombaires qu'on a pu prendre d'autant plus facilement pour la péritonite qu'ils s'accompagnent d'un météorisme très-douloureux. Mais ici le cas était trop grave pour que l'erreur fût possible. Il n'était pas moins remarquable que ces accidents locaux existaient depuis plusieurs jours et avaient débuté très-peu de temps après les symptômes encore indéterminés de la fièvre grave; ces symptômes furent apaisés par l'emploi de quelques moyens appropriés. Pendant ce temps les phénomènes typhoïdes se développaient; M. Pidoux annonça alors une fièvre grave (typhoïde) à forme péritonéale, écartant dès ce moment toute idée de perforation.

Après avoir paru céder, les symptômes péritoniques reprirent le dessus, et marchant avec ceux de la fièvre typhoïde, ils finirent par emporter le malade. Le tout avait duré environ trois semaines.

A l'autopsie, on constata entre autres lésions l'existence de séropus dans la cavité du péritoine, qui était rouge par grandes plaques. Les anses intestinales étaient mollement agglutinées sur plusieurs points. Les recherches les plus minutieuses ne firent point découvrir de perforation. Enfin, les ganglions mésentériques étaient engorgés et ramollis; follicules nombreux de Peyer, quelques-uns de Brünner tuméfiés et plusieurs ulcérés superficiellement, sans que nulle part la perte de substance s'étendît jusqu'à la tunique séreuse; celle-ci n'est pas plus enflammée au niveau des follicules ulcérés qu'ailleurs, et ne présente là aucune adhérence; telles étaient les lésions principales qui ne laissaient pas de doute sur l'existence d'une fièvre typhoïde et d'une péritonite concomitante, sans perforation de l'intestin.

Le deuxième cas, ou plutôt le premier dans l'ordre chronologique que rapporté par M. Pidoux, est celui d'une jeune femme de vingt-quatre ans, chez laquelle, vers le dixième jour d'une fièvre typhoïde incontestable, il se développa peu à peu une pneumatose énorme avec des vomissements incoercibles et une sensibilité vive et superficielle du ventre à la pression. Le pouls resta typhoïde, mais la face se décomposa, et offrit une expression où la stupeur typhique et la souffrance abdominale combinées dominaient alternativement. Le météorisme était si considérable et le ventre partout si excessivement tympanique qu'on ne pouvait pas distinguer si du liquide était épanché dans les bas-côtés du péritoine. Contre toute attente, cet état grave s'amenda graduellement; après trois ou quatre jours et deux bouteilles d'eau de Sedlitz, la malade fut hors de danger. Elle a fini par guérir.

Après l'avoir retenue et observée pendant quelque temps pour voir si certains accidents résultant d'adhérences intestinales ne se déclareraient pas, ce qui n'eut point lieu, la malade fut renvoyée guérie.

L'incertitude que ce fait avait pu laisser alors dans l'esprit cesse en présence des faits nouvellement observés par M. Bourdon, qui lui donnent en quelque sorte sa véritable signification. Et, ainsi que l'avait pensé alors M. Pidoux, il est extrêmement probable, en effet, qu'il avait eu affaire à une phlegmasie diffuse générale et superficielle du péritoine survenue dans le cours de l'affection typhoïde.

Voilà donc encore deux observations qui viennent à l'appui de la proposition formulée par M. Thirial, et qui doit être considérée comme assez bien établie maintenant pour qu'on doive s'attacher désormais à l'étude des signes propres à faire distinguer la péritonite incidente simple de la fièvre typhoïde d'avec la péritonite par perforation.

M. Pidoux fait remarquer à ce sujet que les fièvres typhoïdes qui se terminent par perforation ont généralement une marche et une physionomie particulières; qu'elles sont souvent obscures, incomplètes dans leurs symptômes, peu graves en apparence, insidieuses; qu'il n'est pas rare que la péritonite traumatique et foudroyante soit le premier fait qui révèle la nature de la maladie; enfin que les lésions intestinales sont dans ce cas très-peu étendues, bornées quelquefois à un follicule de Brünner, gagnant ainsi en profondeur ce qu'elles perdent en surface, ce qui le porterait à admettre une *forme perforante* de la fièvre entéro-mésentérique.

En présence des faits que nous venons d'examiner, on doit se demander quel est le rôle à assigner à la péritonite non perforante qui survient dans le cours de la fièvre typhoïde et à ses rapports avec le fond même de la maladie. Constitue-t-elle une des formes ou une des variétés de ces phlegmasies secondaires diffuses qui sont comme les satellites de la fièvre typhoïde, au même titre que la pneumonie ou que les phlegmasies de la plèvre ou des méninges; ou bien est-elle le fait d'une complication véritable, d'un élément phlegmasique incidemment surajouté en quelque sorte à la maladie typhoïde? C'est une question qui ne peut être encore considérée comme complétement résolue. Nous devons dire cependant que nous inclinons à adopter sur ce point l'opinion de M. Pidoux, qui se fonde sur la rareté de cet accident, d'une part, et, d'autre part, sur l'intensité et la prédominance qu'il acquiert dans certains cas, pour le considérer plutôt comme une complication que comme un simple épiphénomène de la maladie principale.

HOPITAL BEAUJON. — M. Huguier.

Hydropisie de la gaîne des tendons du fléchisseur commun des doigts et du long fléchisseur du pouce.

Lecoq (Alfred), âgé de vingt-trois ans, fabricant de peignes, rue de

---

nement et les douches; ces dernières évidemment de beaucoup préférables au premier. Pour ceux qui agissent à l'intérieur de l'utérus, ils consistent dans le décollement des membranes avec une bougie de cire, en une injection d'eau tiède poussée avec précaution dans la matrice, ou bien enfin dans la dilatation progressive du col à l'aide de l'éponge préparée.

C'est au décollement par l'introduction de la sonde que M. Silbert donnerait la préférence, si avant tout, se fondant sur ce précepte, *primo non nocere*, il ne plaçait au-dessus de tous les autres, comme le plus innocent, l'usage des douches utérines, dont l'emploi n'est que bien rarement suivi d'accidents.

Le livre se termine par quelques conclusions qui le résument d'une manière succincte, mais cependant claire et complète.

Le petit volume de M. Silbert ne renferme rien de nouveau, et l'auteur ne paraît pas avoir eu, du reste, la prétention de donner comme siennes les découvertes et les opérations qu'il expose dans son travail; mais il reproduit avec bonheur, fidèlement et d'une manière concise l'état de la science sur ce sujet. Les réflexions dont il accompagne ces descriptions sont d'un esprit judicieux et d'un praticien prudent.

En un mot, il a fait un bon livre, qui rendra des services aux praticiens dans plus d'une circonstance difficile.

Esculape et Thémis, ou les dentistes au dix-neuvième siècle, par M. le docteur Hénoque.

Une chose, en vérité, nous étonne. L'art du dentiste est représenté à Paris par un certain nombre d'hommes sérieux, instruits, dont les études premières ont été solides, et auxquels une longue et consciencieuse pratique a donné dans cette spécialité une autorité reconnue de tous et justement méritée. Il en est, parmi ceux que nous connaissons, qui se servent de la plume avec autant de finesse et d'élégance qu'ils mettent d'adresse et de sûreté à manier la rugine et le davier; surtout dont la verve enjouée et moqueuse est bien connue de tout le monde médical de Paris, et qui rime un conte satirique ou une fable aussi bien qu'il rédige une consultation sérieuse; et parmi tous ces hommes d'un vrai mérite, il ne s'en est pas encore trouvé un seul qui se soit mis en tête d'écrire sur l'art important qui fait le sujet de leurs études un livre complet: la *Médecine de la bouche!*

En vain chercherait-on dans les catalogues les mieux renseignés; nous défions qu'on y trouve rien qui ressemble à l'ouvrage dont nous signalons ici l'absence. Et cependant qui oserait nier l'importance de cette branche de la chirurgie, si minime au premier coup d'œil, si essentielle quand on se donne la peine d'y réfléchir avec un peu d'attention. A peine çà et là rencontre-t-on quelques mémoires sur un point donné; l'un dit un mot de la première dentition, l'autre examine *à fond* la carie dentaire; celui-ci *redresse* les préjugés vulgaires au sujet des déviations des dents, etc. De livre complet embrassant toutes les parties qui se rattachent à la science et à la pratique, il n'en est pas un, répétons-le bien haut, et faisons honte de leur paresse à ces honorables confrères. Heureux si nous pouvions, en flagellant ainsi publiquement leur apathie, en déterminer quelqu'un à nous donner un démenti par la publication de l'ouvrage que nous leur demandons.

Et cependant le sujet ne manque pas d'intérêt; témoin le remarquable chapitre que n'a pas dédaigné d'écrire sur les maladies des dents, l'exérèse et la prothèse dentaires, l'un des plus remarquables chirurgiens modernes, Lisfranc, dans son *Précis* malheureusement inachevé *de médecine opératoire!*

Voici encore un de ces véritables, nous ne dirons pas dentistes, mais médecins de la bouche, qui, dans une spirituelle et mordante petite brochure, a voulu relever de son abaissement la profession de chirurgien dentiste, et stigmatiser les hommes qui la déshonorent en paradant sur les tréteaux du saltimbanque. Reconnaissons la justesse de ses observations; remercions-le d'avoir indiqué la plaie profonde que peut seule parvenir à guérir, comme il le dit, une main ferme et puissante.

Mais profitons de cette occasion qui nous est donnée pour sommer au nom de l'humanité les Toirac, les Oudet, les Dalain, les Hénoque, les Delabarre et autres de nous donner enfin un livre sérieux, scientifique et pratique complet sur les maladies de la bouche, des gencives et des dents, sur la prothèse dentaire, et nous prédisons à cet ouvrage un succès durable qui fera sortir mieux que toutes leurs plaintes l'art du dentiste de l'ornière dans laquelle il se traîne depuis tant d'années.

Dr A. Foucart.

La séance annuelle de la Société de chirurgie, qui devait avoir lieu le dernier mercredi de ce mois, est remise au mercredi 2 juillet. Quant au banquet, il n'aura pas lieu cette année. En présence des désastres causés par les inondations, la Société a pensé qu'elle ne saurait faire un meilleur usage de la souscription annuelle, qu'en l'employant à soulager les victimes de ces malheurs.

— Le montant des souscriptions reçues au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, en faveur des victimes des inondations, s'est élevé à 1,260 fr.

la Montagne, à Passy, n° 24, est entré à l'hôpital Beaujon le 4 juin (1er pavillon, n° 214).

Il y a deux ans et demi ou trois ans environ, cet homme éprouva une légère douleur au pouce de la main droite, douleur accompagnée de gêne dans les mouvements de ce doigt, sans rougeur, ni tuméfaction, ni aucune apparence d'inflammation à la peau; pas de cause appréciable. Lecoq n'a jamais eu de douleurs rhumatismales; son travail est peu fatigant et n'occasionne pas de pression forte sur la paume de la main. Aucun choc, aucune contusion.

Depuis le moment où il a éprouvé cette douleur pour la première fois, Lecoq ressent de la fatigue dans la main et a peine à étendre les doigts lorsqu'il a travaillé plus longtemps que d'habitude.

Il y a deux ans, gonflement de la main survenu à la suite de fatigue ou d'excès de boisson. Un peu de repos a suffi pour faire disparaître cette tuméfaction. A la suite, tumeur à la face palmaire du petit doigt. Cette tumeur, qui, suivant le malade, aurait présenté les mêmes caractères que celle qu'il porte actuellement au pouce, se serait dissipée peu à peu; aujourd'hui il n'en reste aucune trace; seulement le petit doigt est fléchi vers la paume de la main par suite de la rétraction du tendon défléchisseur de ce doigt.

Etat actuel. — Tumeur arrondie, lisse, siégeant à la partie antérieure du poignet, remontant vers l'avant-bras à deux travers de doigt au-dessus de la ligne correspondant à l'articulation radio-carpienne. Cette tumeur n'est pas nettement limitée des parties voisines; elle paraît être située profondément au-dessous de l'aponévrose. Au toucher, elle donne la sensation de fluctuation, ou plutôt de résistance élastique. En pressant plus fort, on perçoit une sorte de frémissement, de craquement analogue à celui qui est produit par les cristaux de neige écrasés dans la main. Si on presse encore davantage, la tumeur semble fuir sous le doigt, et on voit apparaître à la partie moyenne de la paume de la main une tuméfaction mal limitée remplissant l'espace compris entre les éminences thénar et hypothénar, et descendant à trois travers de doigt au-dessus de la naissance des doigts. Au toucher, ce gonflement présente les mêmes caractères que la tumeur du poignet, avec laquelle il communique assez largement au-dessous du ligament antérieur du carpe, car on peut avec facilité se renvoyer le frémissement de l'une à l'autre. De plus, en faisant disparaître par la pression une de ces tumeurs, on fait augmenter le volume de l'autre.

Du côté du pouce de la même main, on constate également l'existence d'une tumeur oblongue, suivant la direction du tendon du long fléchisseur du pouce, et descendant jusqu'à l'union de la première avec la deuxième phalange du pouce. Elle offre les mêmes caractères que celle de la paume de la main: même résistance élastique, même frémissement comparable à la sensation que donne la sortie d'un pus grumeleux à travers une ouverture étroite lorsque de temps en temps un grumeau de pus vient boucher cette ouverture. La tumeur du pouce est assez peu volumineuse, et est surtout apparente à la naissance de la première phalange. On peut la faire disparaître par la pression; on sent alors qu'elle envoie un prolongement entre les muscles de l'éminence thénar, que l'on voit augmenter de volume. En pressant sur cette éminence, on rend à la tumeur du pouce son volume primitif. Du reste, elle paraît indépendante de la tumeur de la paume de la main; on ne peut se renvoyer la fluctuation de l'une à l'autre, ni faire varier leur volume réciproque.

Les mouvements de flexion de la main sur l'avant-bras, des doigts dans la paume de la main sont libres, étendus presque autant qu'à l'état normal, non douloureux; seulement le malade trouve sa main droite plus faible et plus lourde que l'autre, et il s'habitue peu à peu et presque à son insu à se servir plus spécialement de la main gauche. Lorsqu'il a fait quelque excès de travail, sa main droite est engourdie, les doigts sont fléchis, et il a quelque peine à les étendre. Les abus de liquide alcoolique ont aussi, suivant le malade, une certaine influence pour augmenter le volume de ce gonflement.

Nous avons bien évidemment affaire ici à une hydropisie de la gaîne des tendons fléchisseurs des doigts. En considérant la sensation de frottement, de collision que produisent ces tumeurs, on peut de plus penser qu'il existe de ces petits corps étrangers que Dupuytren a décrits au commencement de ce siècle.

Le siége anatomique de la lésion que nous décrivons est remarquable. Épanchement siégeant dans la gaîne du fléchisseur commun des doigts, au-dessus et au-dessous du ligament antérieur du carpe; épanchement dans la gaîne du fléchisseur du pouce. Ces deux tumeurs, parfaitement indépendantes l'une de l'autre, comme les gaînes synoviales où elles siégent, sont elles-mêmes indépendantes.

Il eût été curieux de voir dans quel rapport se trouvait l'épanchement séreux du petit doigt avec celui de la synoviale du fléchisseur commun. Communiquait-il avec ce dernier? une cause locale aurait-elle déterminé une inflammation limitée à ce petit doigt, et qui aurait amené la résorption du liquide et la rétraction du doigt? Malheureusement aucun commémoratif ne peut nous donner connaissance des faits passés.

Bec-de-lièvre compliqué de la division de toute l'étendue de la voûte palatine et du voile du palais.

Girardin (François), quinze ans, garçon épicier, rue Sainte-Marthe, 3, est entré le 29 mars 1856 à l'hôpital Beaujon, 1er pavillon, n° 203.

La lèvre supérieure présente du côté droit, au-dessous de la narine correspondante, une scissure complète. Les bords de cette ouverture, recouverts d'une muqueuse analogue à celle des lèvres, sont écartés d'un centimètre environ, écartement qui augmente considérablement lorsque le malade parle ou rit. Ces bords ont une direction verticale; la partie inférieure de chacun d'eux est taillée de manière à décrire une convexité interne. Ces deux convexités, lorsqu'on réunit les deux bords de la lèvre, laissent entre elles un espace triangulaire (encochure du bec-de-lièvre). A sa partie supérieure, la scissure se confond complétement avec l'ouverture de la narine droite, de sorte qu'en agitant un peu la tête du malade en arrière, on aperçoit d'abord une vaste fente comprenant la narine et la lèvre divisées, puis derrière cette fente les cavités nasale et buccale. Du côté droit, le nez présente une déformation remarquable; la narine est aplatie d'avant en arrière, son diamètre transversal considérablement élargi, le diamètre antéro-postérieur presque effacé. Derrière la scissure de la lèvre on aperçoit la langue, qui vient appuyer sur les dents inférieures, qu'elle a écartées et rejetées en dehors.

En écartant les bords de cette ouverture, on aperçoit une large séparation entre les deux os maxillaires; la perte de substance paraît porter exclusivement sur l'os maxillaire droit, dont la portion intermaxillaire manque. Cette division se prolonge sur la voûte palatine. Les deux bords sont distants l'un de l'autre d'un centimètre environ; ils sont revêtus d'une muqueuse rosée. Les cavités nasale et buccale communiquent largement entre elles. En soulevant l'aile du nez, on voit la fosse nasale droite, avec les cornets et la cloison nasale déjetée à gauche.

En faisant ouvrir largement la bouche au malade, on constate que la division de la voûte palatine est complète; qu'elle se prolonge jusque sur le voile du palais, qui est divisé en deux parties égales, et même sur la luette, divisée en deux tubercules égaux; que la scissure est plus large en arrière qu'en avant; qu'elle a une direction oblique d'avant en arrière et de droite à gauche, partant du côté droit de la lèvre, pour aller finir à la partie médiane du voile du palais.

Chaque partie de la lèvre est attachée à la portion correspondante de l'os maxillaire par un repli de muqueuse faisant suite au repli labiogencival. Du côté gauche, cette portion osseuse soutient les deux incisives gauches, et est terminée par un petit tubercule faisant saillie du côté de la scissure, et ne dépassant pas le niveau inférieur de la gencive. Ce tubercule donne insertion au repli muqueux qui attache la lèvre du côté gauche, et contient probablement une dent. Du côté droit, deux petits tubercules dentaires déformés sortent de la gencive. Par leur position, ils représentent la canine et l'incisive droites. Les autres dents sont complètes.

Troubles physiologiques. — L'exercice de la parole est extrêmement gêné, l'air passant par la fosse nasale. Il est très-difficile de comprendre ce que dit le malade. Aucun trouble du côté de la mastication et de la déglutition. Le malade mange lentement, appuyant avec sa langue, avec un instinct remarquable, le bol alimentaire sur un des côtés de la voûte palatine. Jamais d'éternuements. Les liquides passent très-bien.

Opération le mardi 29 avril. — En présence d'une division aussi complète du voile du palais, M. Huguier a l'idée d'utiliser la portion du bord de la scissure qui doit être enlevée pour l'avivement des surfaces, de rejeter en arrière cette portion, de la maintenir et de lui faire contracter des adhérences entre les deux bords de la division du voile du palais. Il veut aussi remédier, autant que possible, à la déformation du nez.

Pour obtenir l'immobilité du malade, on est obligé de lui faire respirer quelques bouffées de chloroforme. M. Huguier commence par diviser avec le bistouri le repli muqueux qui unit la portion gauche de la lèvre au tubercule dont nous avons parlé.

Premier temps. — Puis avec le bistouri il taille du côté droit, de haut en bas, un lambeau large de presque un centimètre, correspondant à toute la hauteur de la lèvre, et adhérent par sa base supérieure. A la partie inférieure de ce lambeau est passée une anse de fil portant une aiguille à chacune de ses extrémités.

Deuxième temps. — Avivement de la lèvre gauche de la division; et pour mieux assurer l'affrontement et le contact des deux surfaces saignantes écartées par un espace assez considérable, incision transversale au niveau de la base de la sous-cloison, et détachant cette sous-cloison.

Troisième temps. — Le lambeau est renversé en arrière. Les deux aiguilles de l'anse de fil qui traverse sa partie inférieure sont passées à travers la cloison nasale à sa partie antérieure et inférieure, de manière que ce lambeau, adhérent par sa base à la lèvre, est placé entre les deux bords du voile du palais, le bord gauche ayant été préalablement avivé.

Quatrième temps. — Deux points de suture entortillée; de plus, une longue épingle enfoncée profondément immédiatement au-dessous du nez, permettant, par les fils qu'elle supporte, un rapprochement plus exact de la partie supérieure de la plaie et un commencement de redressement du nez.

L'action de ces épingles est encore aidée par un léger bandage composé de longues bandelettes de diachylon ramenant les joues vers la plaie.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Le 4 mai, les épingles furent enlevées. La réunion par première intention fut obtenue dans toute la hauteur de la lèvre. On essaya de redresser le nez en mettant des bourdonnets de charpie dans la narine gauche; en soutenant par une bandelette de diachylon la sous-cloison et empêchant ainsi la réunion immédiate de sa base.

EMPLOI DE LA TURQUETTE.

Par M. VAN DEN BROECK.

Parmi les médicaments que l'on emploie presque exclusivement aujourd'hui à l'hôpital de Mons, nous devons mentionner la turquette (*herniaria glabra*) qui a joui d'une très-haute réputation au temps de Mathiole et de Fallope. Malgré le discrédit dans lequel cette plante est tombée, nous la prescrivons très-souvent avec succès, même dans des cas où des diurétiques réputés plus actifs n'avaient pas modifié la sécrétion urinaire.

A propos de la médication diurétique, nous avons fait une observation analogue à celle à laquelle les préparations opiacées ont donné lieu : c'est que l'on parvient fréquemment, en modifiant les formules et en combinant de diverses manières les agents de cette médication, à obtenir des effets que l'on avait vainement attendus de l'action isolée du nitrate de potasse, des préparations scillitiques ou de la digitale. A une époque où l'hôpital renfermait plusieurs anasarques survenues chez des sujets anémiques, nous eûmes fort à nous louer de la prescription suivante :

Herniaria glabra.	30 grammes
Eau commune.	300 —

Faites infuser pendant une heure et ajoutez :

Nitrate de potasse.	4 grammes
Teinture de digitale.	2 —
Oxymel scillitique.	30 —

A prendre par cuillerées dans le courant de la journée.

(*Répert. de pharm.*)

CARTON ANTI-ASTHMATIQUE,

Par M. CARRIÉ.

Ce carton, qui résume la plupart des agents médicamenteux employés contre l'asthme, se compose de :

Pâte de carton.	120 gram.
Poudre de nitre.	25 —
— de belladone.	}
— de stramoine.	}
— de digitale.	} 5 —
— de phellandrie.	}
— de lobélie enflée.	}
— de myrrhe.	} 10 —
— d'oliban.	}

On fait avec ces éléments une pâte homogène que l'on divise dans trois moules à pâte de jujube, on fait sécher et on divise chaque plaque en douze petits carrés. Tous les soirs, pendant la durée de l'attaque, on brûle un de ces carrés dans la chambre du malade.

(*Répertoire de pharmacie.*)

VIN ANTI-GOUTTEUX DU DOCTEUR ANDURAN.

Bulbes de colchique récoltées en temps convenable. .	30 gram.
Feuilles de frêne.	30 —
Vin de Malaga d'Espagne.	500 —

Faites macérer pendant huit jours, filtrez et ajoutez:

Teinture d'aconit des montagnes.	8 —
— de digitale.	5 —

M. S. A. — A prendre une cuillerée à café matin et soir dans une tasse de thé, dans les gouttes et le rhumatisme articulaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 juin 1856. — Présidence de M. GOSSELIN.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. le docteur Magnard présente, au nom de M. Michon, une jeune fille affectée d'une *luxation du coude en arrière*. Cette luxation non réduite existe depuis trois mois. On a en vain voulu la réduire par les procédés ordinaires. Faut-il employer les moufles?

M. GUERSANT. J'ai vu hier à l'hôpital une luxation datant de neuf semaines. Déjà, à l'hôpital Lariboisière, on avait voulu la réduire. Je n'ai pas été plus heureux dans mes tentatives pour replacer les os dans leur situation normale.

M. LENOIR. Je pense qu'il est possible d'obtenir la réduction sans recourir à l'emploi des moufles. J'ai déjà réussi plusieurs fois dans des cas analogues. Voici le procédé que je mets en usage :

Après avoir endormi les malades, je saisis le membre et j'imprime à l'articulation des mouvements forcés dans tous les sens. De cette façon, je parviens à détruire les adhérences anormales qui se sont établies et qui s'opposent à la réduction. Je procède ensuite suivant les règles de l'art comme pour une luxation récente. J'ai ainsi réduit une luxation de l'épaule ayant déjà deux mois d'existence. Si par ce procédé on ne réussissait pas, on pourrait en venir à l'emploi des moufles.

M. MOREL-LAVALLÉE a réduit une luxation du coude datant de trois mois. Les moufles avaient été d'abord employés sans succès. Pendant les efforts de réduction il s'est produit une fracture de l'olécrane. Malgré cet accident, le succès a été complet.

M. CHASSAIGNAC est aussi d'avis de tenter la réduction après avoir, suivant le conseil donné par M. Lenoir, détruit les adhérences nouvelles. Il conseille, pour faciliter le retour du cubitus dans ses rapports articulaires, d'exercer une pression directe et puissante sur l'olécrane à l'aide de la paume de la main.

— M. GOSSELIN présente une malade qu'il a opérée et guérie d'un anus contre nature compliqué de renversement considérable et irréductible de l'intestin, et chez laquelle il a mis en usage la modification qu'il a indiquée dans un travail lu à l'Académie de médecine en 1854, et qui consiste à aviver l'intestin renversé en excisant toute sa membrane muqueuse, de manière à l'utiliser pour la cicatrice. Cette femme avait été adressée au professeur Gerdy, qui, au moment où il est tombé malade, l'avait engagée à entrer à l'hôpital Cochin. M. Gosselin s'occupa d'abord de rétablir la circulation des matières fécales par l'application de l'entérotome, qui a eu, sous ce rapport, un succès complet; mais l'ouverture extérieure et le renversement ayant persisté, il a fallu songer à une opération occlusive. Dans une première opération faite le 25 décembre 1855, M. Gosselin a procédé comme chez son malade de 1854, c'est-à-dire qu'il a fait une autoplastie par inflexion après avoir préalablement avivé l'intestin par l'ablation de sa muqueuse, et ensuite la paroi abdominale. Mais la réunion se fit incomplétement; les matières intestinales continuèrent à s'écouler, et l'intestin renversé se recouvrit d'une nouvelle couche tégumentaire. Il fallut donc pratiquer une seconde opération occlusive, et elle fut faite le 9 février 1856. Elle consista :

1° Dans un avivement de toute la surface de l'intestin renversé par l'ablation de son tégument nouveau avec la pince et les ciseaux fins de la boîte à ophthalmologie;

2° Avivement de tout le contour cutané de l'orifice anormal;

3° Dissection d'un large lambeau de peau et de tissu cellulaire sous-cutané au-dessus et en dehors de l'anus contre nature;

4° Application de ce lambeau qui a éprouvé à peine un quart de rotation sur l'intestin avivé, et adaptation de son contour à la paroi abdominale par sept points de suture séparés.

Cette autoplastie à lambeau ne diffère de celles qui ont déjà été faites, notamment de celle de M. Jobert (de Lamballe), que par l'avivement préalable de l'intestin. Le succès le plus complet a couronné cette nouvelle tentative, et a probablement été aidé puissamment par l'administration de l'opium à haute dose pendant une huitaine de jours, dans le but d'empêcher ou au moins de diminuer les contractions intestinales et la sortie des matières par l'anus accidentel.

M. Gosselin fait voir la cicatrice, dont une partie adhère à quelque chose de profond qui est sans doute l'intestin devenu paroi abdominale.

Staphylome pellucide hémisphérique des deux yeux.

M. Larrey présente un soldat d'artillerie entré au Val-de-Grâce dans ces derniers temps, pour une ophthalmie de l'œil gauche (kératite ulcéreuse avec conjonctivite), et qui offre une anomalie singulière des deux yeux. C'est une exagération extrême de la convexité normale des cornées avec conservation de leur transparence, constituant ainsi une variété non décrite du staphylome pellucide, dont la forme conique a même fait appeler cette affection cornée conique (*conical cornea*) par les ophthalmologistes anglais. Ici, au contraire, les cornées conservent leur forme arrondie, qui motiverait la dénomination de *staphylome pellucide hémisphérique*, si elle était acceptée.

Le sujet de l'observation est un homme jeune, de bonne constitution, mais sujet aux ophthalmies depuis son enfance. Atteint d'une myopie assez prononcée, il éprouve de la photophobie et du larmoiement sous l'impression d'une lumière vive, et présume, sans en être certain, que ses yeux ont toujours été saillants. On peut donc admettre qu'il s'agit ici d'un vice de conformation congénial plutôt que d'une maladie acquise.

Les deux cornées sont bombées, de forme parfaitement hémisphérique et tout à fait transparentes, brillant même d'un vif éclat, sauf sur un point d'ulcération du côté gauche, et une très-petite tache du côté droit. Leur texture semble aussi plus mince que dans l'état normal, et présente à la lumière d'un ophthalmoscope un reflet diaphane. La chambre antérieure se trouve fort agrandie et presque doublée dans l'espace qu'elle devait occuper. L'iris, de chaque côté, offre une couleur bleuâtre et paraît légèrement concave en avant. Les pupilles sont régulières et mobiles. La sclérotique des deux yeux n'est pas d'ailleurs plus volumineuse ou plus distendue que dans l'état ordinaire. Cette circonstance, jointe aux autres caractères indiqués, ne peut faire admettre l'existence d'une hydrophthalmie. Ajoutons que l'humeur aqueuse ne semble pas en excès, car elle est tremblotante comme de la gelée. La contraction des muscles de chaque œil ne le déforme pas sensiblement, et l'occlusion des paupières s'accomplit d'elle-même. Mais si le sujet incline la tête en bas et en avant, il lui semble que ses yeux vont sortir de leurs orbites.

Ce militaire, qui n'aurait pas dû être admis au service, vient d'être réformé.

M. Giraldès fait observer que l'état des cornées, chez ce sujet, ne constitue pas une maladie à proprement parler, mais bien un vice de conformation congénial.

Redressement d'un cal difforme de la jambe huit mois et demi après la fracture.

M. Larrey présente un artilleur blessé en Crimée, le 4 juin 1855, par le choc d'un affût de canon, qui a fracturé les deux os de la jambe gauche à son tiers inférieur. Le tibia et le péroné se trouvaient brisés au même niveau.

On applique immédiatement un appareil de Scultet, qui se dérange ou se relâche pendant le transport du blessé à Constantinople; une nouvelle réduction devient nécessaire, et un appareil semblable est maintenu en place pendant quarante jours; mais l'examen fréquent de la fracture fait constater un défaut de consolidation avec tendance à la saillie antérieure des fragments. La diarrhée d'abord, le scorbut ensuite influent évidemment sur cet état local et réclament un traitement approprié.

Le cal, au moins provisoire, s'établit enfin, mais difforme et anguleux. On parvient à le rompre vers le deuxième mois de la fracture, mais avec assez de difficulté et par des manœuvres douloureuses. Le membre est placé alors dans un appareil ou gouttière en bois, où il reste maintenu pendant quarante jours. Il en est retiré alors, et on découvre une large ulcération à la face dorsale du pied produite par un des lacs de l'appareil. La consolidation est commencée, mais la courbure du cal subsiste, quoique moins prononcée. L'état général ainsi que la complication locale empêchent de rien faire de plus; on se contente de placer le membre dans un appareil contentif simple pendant trois mois.

Le blessé revient en France, et, parvenu à Paris, il est évacué sur le Val-de-Grâce le 14 janvier 1856.

En examinant le membre fracturé, nous constatons tout d'abord une difformité notable, caractérisée par une courbure de la jambe au niveau de son tiers inférieur, formant un angle d'environ 45 degrés. Quelques pressions exercées sur ce cal anguleux nous font présumer qu'il n'est pas définitif, car elles provoquent de la douleur et une sorte de dépressibilité, comme dans le cas de ramollissement.

On peut tirer de cette induction la possibilité de redresser le cal, malgré l'ancienneté de la fracture. Mais, avant toute tentative, un régime anti-scorbutique est prescrit, en même temps que des applications émollientes sont faites sur la jambe; et, après un mois de ces soins préliminaires, je procède le 15 février au redressement du cal. Ce n'est pas par une rupture brusque et instantanée, mais par des pressions lentes et graduées que j'y parviens. Contre mon attente, et en quelques minutes, après avoir soumis le malade au chloroforme pour annihiler l'action musculaire et la douleur, le cal anguleux est presque entièrement effacé; la jambe, à peu près droite, est maintenue en place par un appareil de Scultet; mais le lendemain, en levant cet appareil, nous avons le regret de trouver le membre presque aussi difforme qu'auparavant. Nouvelle manœuvre semblable à la première, même redressement d'abord, même difformité ensuite paraissant due à l'insuffisance du moyen de contention. La réduction du cal anguleux est enfin obtenue une troisième fois, le 25 février, et l'appareil plâtré de MM. Mathysen et Van de Loo, bien appliqué, reste inamovible pendant cinquante-huit jours. Il est enlevé le 21 avril, et met la jambe à découvert dans sa rectitude normale; mais, afin de compléter la consolidation, un second appareil semblable, moins épais seulement, est maintenu pendant un mois encore. Le redressement est définitif, quoique le cal ait encore besoin d'un certain degré de contention; il n'y a pas de raccourcissement, et le malade, qui s'ennuie d'un aussi long séjour dans les hôpitaux, sort du Val-de-Grâce le 7 juin dans l'état le plus satisfaisant, sauf un peu de roideur dans les articulations du genou et du pied.

Il conserve par précaution la gouttière de son dernier appareil plâtré, ainsi que ses béquilles, pour assurer la consolidation définitive du cal redressé ainsi huit mois et demi après la fracture.

— M. Huguier montre deux malades, dont il communique les observations. (Voir plus haut.)

— A l'occasion du premier malade présenté par M. Huguier, M. Maisonneuve fait remarquer que cette maladie est commune au poignet, et qu'il l'a également observée dans un point beaucoup plus insolite. Un malade portait une tumeur très-douloureuse du moignon de l'épaule. Une incision en fit sortir un certain nombre de ces concrétions ayant le volume et la forme des haricots de Soissons.

M. Verneuil a observé un cas semblable. La pièce provenant de ce sujet, et recueillie à l'amphithéâtre, est déposée au musée Dupuytren.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Leclerc (de Caen) adresse une observation de *hernie inguinale chez un homme de 72 ans, avec apparition du testicule du même côté; péritonite, mort.* (Commission: MM. Guersant, Deguise fils, Houel.)

— M. Broca dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Friedberg (de Berlin), une observation d'*un cas de phlébite survenue à la suite d'une rupture de l'ankylose du genou, sans emploi de machines ni de ténotomie.* (Rapporteur, M. Broca.)

— La Société reçoit les ouvrages suivants:

Des anévrismes et de leur traitement, par M. Broca.

De la cryptorchidie chez l'homme et les principaux animaux domestiques, par MM. Goubaux et Follin.

Discours prononcé aux obsèques de M. Amussat, par M. Larrey.

Bulletin analytique des travaux de la Société de médecine de Rouen, années 1825, 1826, 1853.

Des remercîments sont adressés aux auteurs de ces envois.

— M. le président annonce que les élections pour le bureau auront lieu dans la prochaine séance, 18 juin.

Dans la même séance, la Société se réunira en comité secret pour entendre le rapport sur les thèses envoyées pour le prix Duval.

La séance annuelle aura lieu le mercredi 25 juin. Après le compte rendu annuel fait par M. le secrétaire général, M. Broca fera l'éloge de M. le professeur Gerdy, membre honoraire.

— M. Lenoir, à propos du jeune enfant présenté dans la dernière séance par M. Marjolin comme atteint de mydriase ou d'absence d'iris, ne voudrait pas qu'on confondît ensemble ces deux états pathologiques.

L'absence d'iris a déjà été observée plusieurs fois, et, entre autres, par Von Ammon. Elle coïncide ordinairement avec la cataracte centrale, et la vision est néanmoins conservée. Il paraît même qu'il faut s'abstenir, en pareil cas, d'opérer la cataracte; toujours est-il qu'un chirurgien ayant suivi une pratique contraire dans un cas, la vue fut perdue.

M. Houel a observé un enfant qui est venu au monde avec une absence presque complète de l'iris; cette membrane, en effet, était réduite à un liseré étroit mesurant à peine un millimètre, ce qui était facile à constater, l'iris étant bleu. Il y avait complication de nystagmus, mais pas de cataracte centrale. La vision était confuse au commencement, car la lumière causait des éblouissements; mais elle tend à s'améliorer de jour en jour, quoique le vertige d'iris diminue constamment encore. L'enfant, aujourd'hui âgé de deux ans, distingue bien les objets; il y a seulement tendance à la presbytie. Ce fait est en contradiction avec la règle générale, que M. Lenoir voudrait faire prévaloir, en admettant la coïncidence constante entre l'absence d'iris et la cataracte centrale.

M. Denonvilliers a entendu dire avec étonnement que la cataracte était une condition essentielle de la vision chez les enfants affectés d'absence de l'iris. Cette assertion s'appuie sur la perte de la vue après une seule opération de cataracte faite dans ces conditions. Cela ne veut pas dire que la cataracte soit utile à la vision, mais bien que l'opération a causé des lésions oculaires graves, ce qui s'observe tout aussi bien dans les cas ordinaires.

M. Denonvilliers a vu, il y a vingt-cinq ans, un enfant de douze ans privé d'iris, chez lequel cependant la vision s'opérait très-bien.

M. Morel-Lavallée a vu autrefois, dans le service de M. J. Cloquet, un adulte chez lequel, à la suite d'une violente contusion de l'œil, l'iris avait été complétement décollé; cette membrane s'était roulée sur elle-même, de manière à former à la partie inférieure un petit globe gros comme une tête d'épingle. Dans la suite, la vue se rétablit et était aussi bonne du côté blessé que de l'autre. M. Morel ne veut pas en inférer que l'iris ne sert à rien, mais montrer seulement qu'on peut s'en passer.

— M. Maisonneuve présente quelques remarques au sujet de l'opérée d'ectropion double qui a été présentée dans la séance dernière. Quoique n'ayant point vu la malade, il accepte le résultat comme très-satisfaisant, et n'a nullement l'intention de blâmer les autoplasties qui ont été pratiquées par M. Denonvillers; cependant il se demande si l'emploi des lambeaux était réellement indispensable, et si l'on n'aurait pu arriver au même résultat par une opération plus simple, c'est-à-dire en se contentant de l'occlusion prolongée après la dissection des deux paupières renversées. Il a opéré autrefois un jeune épileptique de douze ans, atteint d'un ectropion double très-étendu. Après avoir fait les incisions et la dissection convenables, il réunit les deux paupières par la suture et ne les désunit qu'au bout d'un an. Le résultat fut d'abord satisfaisant; mais la récidive menaçant de reproduire la difformité, il fit de nouveau la suture, qui fut cette fois maintenue pendant dix-huit mois, et donna définitivement des paupières très-belles, très-lisses et recouvertes par une cicatrice nouvelle qui ne se rétracta plus. Il a opéré déjà plusieurs fois de cette façon, et avec succès. M. Nélaton a suivi son exemple aussi heureusement. Si donc l'état des parties force à employer à la restauration des paupières le tissu cicatriciel, il devient inutile de faire des lambeaux; il est plus simple et plus court d'avoir sur place une cicatrice nouvelle que d'en emprunter une aux parties voisines.

Au reste, il pense avec M. Denonvilliers que les paupières recouvertes de cicatrices sont aussi belles que celles qu'on refait avec des tissus sains, et il en juge par la beauté du résultat qu'il a obtenu dans le cas précédent.

M. Denonvilliers regrette que M. Maisonneuve n'ait pas vu l'opérée en question; il se serait convaincu que l'ectropion était si grand (car il était au moins trois fois plus étendu que les ectropions ordinaires), il se serait donc convaincu de la différence des cas et de l'impuissance de la suture. Pour que des succès comme ceux qu'annonce M. Maisonneuve soient parfaitement démontrés, il faudrait avoir des dessins, des mesures, des observations bien complètes et bien prises; jusqu'à ce qu'il ait vu des cas semblables, M. Denonvilliers restera dans le doute et agira comme auparavant. Dans des questions de ce genre, les raisonnements ne sont rien; les faits nombreux et concluants sont les seuls arguments valables.

Au reste, la section des paupières a déjà été faite depuis longtemps; à elle seule, il n'est pas prouvé qu'elle ait amené des succès complets. Lui-même il l'a faite, et, non content d'affronter bord à bord les paupières, il les a adossées par leur face externe en produisant un certain degré même d'entropion; cela n'a pas prévenu le renversement. La dissection des paupières donne naissance à une double plaie haute de 3 centimètres; comment espérer que le tissu cicatriciel nouveau comblera ce vide énorme?

Chez Rosa B..., les lambeaux ont complétement rempli la brèche, et se sont si bien réunis que le portrait photographique ne montre pas même la place des sutures, tant celles-ci sont régulières. Au reste, puisque M. Maisonneuve admet que les paupières faites avec le tissu cicatriciel sont très-belles, pourquoi n'admet-il l'autoplastie qu'à la condition qu'on se serve des tissus sains? Quelle objection fait-il aux lambeaux pris dans des parties molles couvertes de cicatrices? Si on revenait sur les reproches généraux faits à ce tissu, il n'aurait qu'à répéter ce qu'il a dit dans la dernière séance.

M. Denonvilliers ajoute qu'il a consulté M. Nélaton sur ses tentatives d'occlusion, et que ce chirurgien n'a employé ce procédé que pour des ectropions très-peu étendus.

M. Maisonneuve répète qu'il ne blâme pas l'autoplastie, mais qu'il la croit inutile si par la simple occlusion, après dissection, on arrive au même résultat.

L'ectropion qu'il a eu à traiter avait des dimensions effrayantes; il remontait si haut qu'on prit quelques poils du sourcil pour refaire des cils. L'opéré, du reste, a été autrefois présenté à la Société de chirurgie, et actuellement il est encore à Bicêtre.

Pour les petits ectropions, M. Maisonneuve se contente d'aviver les bords et de faire la suture dans une petite étendue, de 3 à 6 millimètres, par exemple.

Enfin, l'autoplastie a déjà échoué bien des fois, et cependant elle a été faite déjà aussi avec du tissu cicatriciel par la raison que le plus souvent on n'en a pas d'autre.

— M. Chassaignac montre une tumeur du sein qu'il a enlevée en combinant l'incision cutanée et l'écrasement linéaire.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, Arist. Verneuil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 16 juin, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur:

Au grade d'officier: M. le docteur Donné, recteur de l'Académie de Montpellier;

M. Nélaton, professeur à la Faculté de médecine de Paris;

M. Bussy, président de l'Académie de médecine, directeur de l'Ecole de pharmacie de Paris;

M. L. Corvisart, docteur en médecine.

Au grade de chevalier: M. Filhol, professeur à la Faculté des sciences et à l'Ecole de médecine de Toulouse;

M. Oppermann, directeur de l'Ecole de pharmacie de Strasbourg;

M. Gaillard, professeur à l'Ecole de médecine de Poitiers;

M. Philippe, professeur à l'Ecole de médecine de Reims;

M. Cazeaux, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine;

M. Briau, bibliothécaire de l'Académie de médecine;

M. Debout, docteur en médecine.

— Par arrêté du 12 juin, sont nommés officiers de l'instruction publique:

MM. Sanderet, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon;

Hélie et Delacour, professeurs à l'Ecole de médecine de Rennes;

Comte (Achille), directeur de l'Ecole préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Nantes;

Farge, directeur de l'Ecole préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres d'Angers;

Wieger et Michel, professeurs agrégés de la Faculté de médecine de Strasbourg;

Coste, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille;

Brossard, Guignant et Quotard, professeurs adjoints à l'Ecole de médecine de Poitiers;

Béchamp, professeur adjoint à l'Ecole de pharmacie de Strasbourg.

— Par arrêté du 13 juin, M. Guyot, professeur de clinique externe à l'Ecole de médecine de Rennes, est nommé directeur de ladite école, en remplacement de M. le docteur Duval, démissionnaire, et nommé directeur honoraire.

— Notre honorable confrère M. le docteur Baudens, après avoir heureusement rempli l'importante mission dont il avait été chargé près de l'armée d'Orient, est arrivé en France par le dernier paquebot.

— Nous apprenons la mort du docteur Lemoine, ancien interne des hôpitaux de Paris, l'un des médecins les plus distingués de Tonnerre, qui vient de succomber après quelques jours de maladie.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 74. — MARDI 24 JUIN 1856. (29e ANNÉE.) N° 74. — MARDI 24 JUIN 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de Médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Paris. Sur la séance de l'Académie des sciences. — Hôtel-Dieu (M. Trousseau). Du muguet. — Encore le sel marin et le sulfate de quinine. — Cas d'arrêt de développement du vagin. — État des revaccinations en France en 1854. — Académie des sciences, séance du 15 juin. — Société médicale de Constantinople, séance du 29 mars. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 23 JUIN 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie n'a reçu dans cette séance qu'un petit nombre de travaux qui intéressent la médecine. Nous avons à signaler deux communications seulement qui soient susceptibles d'offrir quelque intérêt pour nos lecteurs. La première est une note de M. le Dr Garcin, sur des cas de typhus observés à l'hôpital de Neufchâteau chez des soldats revenant de Crimée. On verra dans les faits rapportés par notre confrère un exemple de l'influence de l'éloignement du foyer d'infection sur la solution heureuse de la maladie. La deuxième communication a pour objet la description d'un procédé qui permet d'observer sur l'œil de l'animal vivant les images des objets lumineux qui se forment sur le fond du globe oculaire, et d'examiner dans les vaisseaux de l'iris, du corps et des procès ciliaires et dans la choroïde, la circulation du sang sous le microscope. Cette note n'est qu'une sorte de prise de date. L'auteur se propose d'exposer plus tard les faits qu'il a déjà pu constater à l'aide de ce procédé. Nous tiendrons nos lecteurs au courant des résultats de cette étude.

— Nous faisons précéder le compte rendu de l'Académie des sciences d'un extrait du rapport de M. Bousquet sur la vaccine. Cet extrait a pour objet de faire connaître l'état actuel des revaccinations en France et l'opinion de plusieurs vaccinateurs expérimentés sur cette importante question d'hygiène et de prophylaxie publique. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Du muguet.

Le muguet, maladie de la cavité buccale, est caractérisé par une multitude de petits points blancs, confluents, d'apparence caséiforme, qui viennent se déposer sur la membrane muqueuse de la bouche, le voile du palais, les papilles de la langue et la face interne des lèvres.

La dénomination latine, *aphtæ confluentes*, est déplorablement mauvaise, parce qu'il n'y a point d'abord dans le muguet d'éruption vésiculeuse, et qu'en somme il y a aussi loin du muguet aux aphtes qu'il y a loin de la variole à la scarlatine. Les noms de *millet* et de *blanchet*, rappelant la forme et la couleur de l'exsudation, ont aussi été donnés, et celui de *muguet* a été imposé pour des raisons absolument semblables ; car le mot *muguet* n'est autre que la traduction de *blanchet*, et il remet en mémoire cette fleur (*convallaria malliaris*) d'une odeur si pénétrante que l'on cueille au printemps dans les bois.

De toutes ces dénominations, il faut conserver celle de muguet, sous laquelle la maladie est le plus généralement connue.

Le muguet est tantôt une affection purement locale, tantôt il est l'expression d'un état général. Lorsqu'un nouveau-né suce un mamelon trop peu développé ou mal conformé et qu'il fait beaucoup d'efforts pour puiser à sa source la nourriture qui lui convient, la bouche s'enflamme, et sur la muqueuse viennent se déposer ces petites concrétions blanches. Jusqu'au jour où le microscope est venu prêter son concours à la médecine, nous avions pensé que la production morbide du muguet n'était autre que de la fibrine déposée en lamelles sur l'épithélium ; mais les micrographes ont démontré que l'exsudation particulière de la maladie était une mucédinée, une moisissure, et ils sont unanimes sur ce point. Quant à moi, je suis loin de dire le contraire, et je crois que ce qu'il importe le plus aux pathologistes de ne point perdre de vue, c'est que cette mucédinée envahit des surfaces enflammées.

Dans des cas de phlegmasie vaginale, il s'écoule un mucus renfermant des animalcules, et ils sont d'autant plus nombreux que la phlogose est plus violente. Il a été prouvé que, du muco-pus étant exhalé, il s'altère et prend une qualité spéciale en vertu de laquelle des animaux se développent. De même, quand le lait est dans toute sa pureté, personne n'y saurait découvrir la présence de corps vivants ; mais qu'il vienne à subir certaines modifications, et on voit aussitôt pulluler une infinité de ces petits êtres qui ont leur rang assigné dans l'échelle zoologique.

C'est donc dans la sécrétion, sur l'épithélium, que se font les moisissures.

Maintenant, que ce soit un produit nouveau, un parasite végétal se formant dans des circonstances spéciales et selon les lois de la génération prétendue spontanée des infusoires, ou bien que ce soit une substance animale comme de la fibrine, cela importe bien peu. Est-ce moins une production pathologique qui tire son origine d'un état morbide des individus ? Cela change-t-il l'aspect de la maladie et le tableau des symptômes ? Non. Le traitement n'est même pas modifié, car dans la thérapeutique l'expérience choisit d'avance les moyens à employer sans attendre la sanction des vues théoriques. Lorsque vous rencontrerez donc des cas où la micrographie aura rendu des services à la science, signalez-les, mais prenez garde d'en exagérer la valeur et l'utilité pratique. Tenez-vous maintenant pour avertis.

Le muguet survient chez l'adulte dans la phthisie pulmonaire, l'ascite, la péritonite chronique, le cancer de l'estomac ou de l'intestin, et en général dans les maladies cancéreuses, dans les diarrhées de date ancienne, après une suppuration prolongée, à la fin d'un long état de souffrance, etc. Quel que soit d'ailleurs l'âge du sujet, c'est toujours une circonstance du plus fâcheux augure, car l'apparition des concrétions blanches caractéristiques dans les maladies chroniques ôte presque tout espoir d'une heureuse terminaison. Elle est, en effet, presque toujours l'avant-coureur d'une mort assez prochaine.

Rappelez-vous à l'occasion tout ce que ce signe pronostique a de défavorable. Lorsque des malades sont dans un état de consomption ou voisin de la consomption, que la membrane muqueuse gastrique est éprouvée par des vomissements ou de la diarrhée, et qu'il apparaît du muguet, la muqueuse buccale n'est alors que l'expression d'un état général alarmant, qu'un phénomène qui prélude à un dénoûment fatal, et qui se fera peu attendre. Dans les affections aiguës, sans offrir le même degré de gravité, il ajoute néanmoins au caractère inquiétant dont ont pu se revêtir les autres symptômes.

Le muguet de l'enfant s'observe dans les mêmes conditions de chronicité, mais de chronicité relative, toutes les fois qu'il y a une affection chronique du canal alimentaire, de la peau ou de la muqueuse pulmonaire, mais il témoigne d'accidents généraux, et il est alors en tous points analogue à ce muguet observé chez l'adulte, dont je viens d'esquisser rapidement quelques traits.

L'inanition peut donner naissance à l'exsudation caséeuse, soit que le défaut d'alimentation ait lieu en vertu d'une phlegmasie pulmonaire intercurrente ou d'un état particulier, comme le sclérème des nouveau-nés, cette maladie générale, caractérisée par l'endurcissement de la peau et de la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée avec ou sans œdème de ce tissu ; mais alors le muguet devient, dans ce cas, un phénomène d'une très-grande gravité, et ses résultats statistiques ne diffèrent en rien de ceux obtenus chez l'adulte.

Un médecin de très-regrettable mémoire, M. le docteur Valleix, a prétendu que le muguet était tellement sérieux que onze malades sur douze y succombaient. Ce chiffre paraîtrait tout d'abord empreint d'une exagération peu en harmonie avec la finesse d'observation du distingué confrère que la mort nous a ravi il y a un an ; mais je me hâte de vous dire que Valleix a étudié le muguet à l'hôpital des Enfants-Trouvés, c'est-à-dire sur des petits malades abandonnés par leurs mères, exposés souvent aux portes d'une église ou d'une maison peu fréquentée, mourant littéralement de faim, atteints la plupart d'affections chroniques du tube digestif ! Vous comprenez maintenant comment cette désolante table de mortalité a pu être dressée.

Il est une forme de muguet, de phlegmasie buccale qui, bornée au point où elle est née, n'a point de gravité ; c'est, par exemple, lorsque l'enfant éprouve de la difficulté à teter ou qu'il règne des influences épidémiques que nous ne connaissons pas bien. Ici l'inflammation de la bouche n'est plus l'expression d'un état général, mais c'est bien une affection purement locale. La bouche est entièrement douloureuse ; la langue, cet instrument de la succion, est le siége de vives souffrances, aussi l'enfant refuse-t-il de teter et peut-il quelquefois, à la suite d'un muguet idiopathique, succomber d'inanition. J'ajoute qu'une issue pareille est tout à fait exceptionnelle, et je répète que comme maladie locale le muguet est sans gravité. Il cède habituellement en quarante-huit ou soixante-douze heures, pourvu toutefois qu'on sache bien le traiter. Le petit être reprend le sein de sa nourrice, et bientôt les plus fraîches apparences témoignent de son bon état de santé.

Une forme de muguet que j'appellerai *muguet mixte*, se distingue des autres par la prédominance de l'affection buccale coïncidant avec une maladie du canal alimentaire déjà assez intense pour que quelques désordres s'ensuivent. Il n'est pas rare de voir le mal envahir d'abord la bouche et s'accompagner un peu après de vomissements, de diarrhée et d'érythème des fesses ; il règne, en un mot, un certain état inflammatoire depuis la bouche jusqu'à l'anus. La membrane muqueuse buccale est rouge, privée de son épithélium, et il s'y dépose des concrétions blanches. Les fesses sont enflammées, et il s'y fait en un certain point une ablation de l'épiderme ; ce sont là deux lésions identiques ; mais comme à la surface de la peau il ne se fait pas de sécrétion qui puisse appeler le développement des mucédinées, vous ne rencontrez que des traces de phlegmasie, tandis que la bouche étant le siége d'une sécrétion spéciale, la moisissure se forme. Dans la partie du tube digestif où il existe un épithélium, dans le pharynx et l'œsophage, par exemple, vous trouvez des mucédinées, mais l'intestin n'en renferme jamais ; là où la muqueuse n'a plus d'épithélium, les moisissures ne s'observent point.

Je viens de vous montrer dans mon service un enfant en apparence très-vigoureux, mais mal alimenté, ayant un sang appauvri, chez lequel les sécrétions se font d'une manière anormale, et qui, sous l'influence de cette dyscrasie particulière, a pris le muguet. C'est un état mixte, si je peux parler ainsi. Voici, à ce sujet, les propositions que je crois pouvoir formuler :

1° Il y a une forme de muguet qui survient chez l'enfant et chez l'adulte, à la suite d'un état général présentant une haute gravité ;

2° Il y a une forme de muguet qui se compose d'une irritation buccale sans intensité, et qui ne s'accompagne pas d'un état général inquiétant ;

3° Il y a une forme de muguet (forme mixte) qui se distingue des deux précédentes en ce que l'affection buccale est assez grave par elle-même, et que les accidents généraux ne se manifestent qu'un peu plus tard.

On a voulu regarder l'érythème des fesses comme l'un des symptômes du muguet. Entrons à cet égard dans quelques explications. Quelles sont les causes auxquelles on doive rattacher la production de cette vive rougeur de la peau aux fesses, aux cuisses, au périnée, aux talons ? Chez les enfants qui sont dans de bonnes conditions de santé, le contact avec ces parties de l'urine et des matières fécales, et aussi la grossièreté des tissus dans lesquels ils sont enveloppés. En effet, les talons étant emprisonnés dans des langes très-durs, il en résulte qu'à chaque mouvement la partie postérieure du pied s'en va frotter sur une toile inhumaine qui provoque l'excoriation. Qu'un enfant vienne à tomber malade, que l'état général supporte de vives souffrances, et ces petits accidents d'érythème et d'ulcération, qui tout à l'heure étaient l'exception, vont maintenant devenir la règle ; les jambes nues se toucheront l'une l'autre, les saillies formées par les malléoles se heurteront à l'envi, et vous ne tarderez pas à voir survenir des excoriations occupant une certaine profondeur dans l'épaisseur de la peau. Mais ce phénomène résulte de l'ensemble de tout un état morbide général, et il n'est nullement l'un des symptômes du muguet.

Suivez un peu ce qui se passe chez l'adulte :

Voici un homme de vingt-cinq ans, atteint d'une fièvre putride ; il garde la position recourbantie, et au bout de quelques jours il a un érythème du sacrum. Voici maintenant un sujet du même âge, dont la jambe est fracturée ; il reste couché sur le dos pendant deux ou trois mois, et il n'a point d'escharres. C'est que les érythèmes et les ulcérations sont liés à un mauvais état général ; c'est que l'on voit encore aux deux extrémités de la vie, chez l'enfant et chez le vieillard, ces accidents se manifester avec beaucoup plus de rapidité.

De deux enfants, l'un est convenablement allaité par sa mère ; il a quelques rougeurs aux fesses, aux cuisses, aux talons, déterminées par le contact de l'urine et des matières fécales, et sans gravité aucune ; l'autre est placé dans un détestable milieu hygiénique, la peau des fesses et des malléoles s'ulcère, s'absorbe, et il porte là les mêmes traces de désordre pathologique que vous constatez dans la région sacrée, aux hanches et aux coudes chez les individus terrassés par une maladie septique.

Quand il s'agit de combattre l'expression locale, de faire disparaître les mucédinées, d'éteindre la phlegmasie qui siége dans la bouche, la chose est facile. Un enfant a le muguet aujourd'hui, il

ne l'aura plus demain. Souvenez-vous pour cela de la formule que voici :

Borax.	5 à 15 grammes.
Miel.	parties égales.

Mêlez et employez, en portant sept ou huit fois par jour ce collutoire sur les parties malades à l'aide d'un pinceau de charpie.

Peut-être le petit malade sera-t-il exposé à en avaler. Mais le sous-borate de soude ne peut pas lui faire plus de mal que le bicarbonate de soude; il ne peut, au contraire, que porter la guérison dans l'œsophage lui-même. N'avez-vous pas vu d'ailleurs l'un de mes anciens internes, M. le docteur Bouchut, aujourd'hui professeur agrégé de la Faculté et mon collègue dans les hôpitaux, retirer de bons effets, dans certains cas, du sous-borate de soude pris en lavement? Après quelques applications de cette mixture boratée, vous verrez le plus souvent le muguet disparaître. La médication topique, dont je vous ai donné l'ordonnance, agit quelquefois avec tant de promptitude, que souvent on me présente le matin à la visite des enfants entrés de la veille avec l'exsudation blanche, et qui, à l'heure où je les examine, n'en présentent plus du tout de traces. C'est que l'infirmière de la salle, très-habile à diagnostiquer le muguet, n'a point attendu la prescription du chef du service, et qu'elle leur a barbouillé la bouche avec du borax. Seulement, il reste l'inflammation buccale.

Si, après avoir détruit les plaques concrètes, vous vous croisez les bras, les moisissures réapparaîtront, et elles réapparaîtront jusqu'à ce que la phlegmasie buccale soit bien guérie.

Dans le cas où le muguet résisterait au borax, faites faire une mixture avec le chlorate de potasse et un sirop, ou du miel, et touchez avec un pinceau les taches blanches d'apparence caséiforme. Si, à l'aide de ce moyen, vous ne vous rendiez pas encore maître de la maladie, il faudrait sortir le nitrate d'argent de votre arsenal thérapeutique, et prescrire comme il suit :

Nitrate d'argent.	1 partie
Eau distillée.	10 —

Pour une solution, dont on recouvrira les points malades avec un pinceau.

Soyez sans crainte, pour cette fois le mal cédera.

Vous pouvez m'objecter que l'enfant peut ici avaler une partie de la solution. Cela est vrai. Il n'en résulterait pas un véritable danger; mais enfin la chose a des inconvénients. Pour y obvier, il faut emplir d'eau une seringue et injecter le liquide dans la bouche, de façon à bien la nettoyer.

Le nitrate d'argent pourrait, chez l'adulte, avoir le désavantage de noircir les dents; mais chez l'enfant, et pour des raisons que je me dispense d'établir, il n'en est pas de même. Employez donc de préférence chez les grandes personnes le borax, le chlorate de potasse, le sulfate de cuivre, le sulfate de zinc, et vous arriverez (à moins d'une intensité tout à fait insolite) au même but, c'est-à-dire à rendre la bouche parfaitement libre de toutes ces productions pathologiques qui avaient été élire domicile dans sa cavité.

Lorsqu'il ne s'agit que de l'affection locale, aussitôt après l'emploi des cathérétiques ou des modificateurs, il n'y a plus rien à faire, tout est fini : l'enfant cesse de souffrir, ses lèvres et sa langue embrassent le mamelon et le sucent sans effort; mais avoir traité le muguet, ce n'est pas, dans certains cas, avoir tout fait, car la cause qui l'avait déterminé une première fois reste vivace, subsiste dans toute son énergie, et la phthisie, la fièvre hectique, la diarrhée colliquative, l'hydropisie, le cancer sont encore là, menaçants et prêts à faire récidiver le mal.

Quand l'enfant n'a plus que des lésions cutanées et vésiculeuses qui ont accompagné ou suivi le muguet, on peut remplacer le borax et le chlorate de potasse par le sous-nitrate de bismuth, et on enfarine avec cette préparation la bouche, les fesses et l'anus. Le même résultat est obtenu encore avec un précipité blanc mêlé d'amidon.

Si le muguet est lié à un mauvais état général, ce dont il est toujours facile de s'assurer par l'examen attentif de l'alimentation et la nature des vomissements et des selles, il faut au plus vite faire choix d'une bonne nourrice. Dans les familles riches, des jeunes femmes d'une frêle santé habituelle, parfaitement incapables de nourrir, veulent se donner la satisfaction d'allaiter leurs enfants, espérant pouvoir concilier les devoirs de la maternité avec les devoirs de la société. Il arrive que la sécrétion lactée est insuffisante, que les mamelles sont vides, que la bouche de l'enfant s'enflamme, qu'il vomit, qu'il a de la diarrhée, en un mot, qu'il a le muguet. Quelque déplaisir que vous fassiez à une mère en arrachant le nouveau-né de son sein, n'hésitez pas, et ordonnez qu'on prenne une nourrice, car un enfant supportera bien pendant quelques jours la diète ou une alimentation défectueuse; mais lorsque vous constatez l'existence du muguet, de l'érythème des fesses, coupez le mal à sa racine : votre petit client marche sur les confins limitrophes de la vie ou de la mort! Il est des occasions où il faut qu'un médecin se prononce impérieusement et sache, envers et malgré la plus systématique opposition des parents, faire prévaloir son opinion; eh bien, celle-là en est une. Lorsque vous vous trouverez engagé dans ces sortes de discussions de famille, et que vous aurez de votre côté les conseils de vos maîtres et l'enseignement de l'expérience, soyez absolu dans vos prescriptions et n'écoutez que la voix de votre conscience; elle vous guidera toujours dans le sentier du devoir médical et de la dignité professionnelle.

Lorsque le muguet survient chez un enfant placé dans de bonnes conditions hygiéniques, qui est alimenté par un lait dont les qualités sont irréprochables, mais qui est affecté d'une phlegmasie intestinale, ayez soin de recourir aux alcalins. Le carbonate de chaux (ou craie préparée) délayé dans du sirop, et administré quatre ou cinq fois par jour, rend d'utiles services. Il en est de même de l'eau de chaux, prise à la dose de 30 à 50 grammes, un peu avant de donner à teter à l'enfant. Le sous-nitrate de bismuth employé de la manière suivante est encore un agent d'une grande efficacité :

Sous-nitrate de bismuth. . .	de 1 à 4 grammes.
Poudre de sucre. . . .	50 —

Faire prendre dans une conserve.

Mentionnons enfin la solution de nitrate d'argent donnée en lavement ou prescrite à l'intérieur, selon cette formule :

Nitrate d'argent.	1 centigramme.
Sirop.	20 grammes.
Eau distillée.	30 —

Faites dissoudre.

Avec toutes ces médications, avec une bonne alimentation, on rend les fonctions digestives meilleures et on guérit le muguet symptomatique.

Dans la pratique civile, où le médecin fait facilement observer les lois de l'hygiène, on obtient des résultats extrêmement satisfaisants; mais dans les hospices d'enfants nouveau-nés les choses sont loin de se passer de la même manière, et nous voyons là une seule nourrice chargée de présenter le sein à plusieurs petits malades! Il vous sera facile maintenant de comprendre comment, avec une nourriture qui pèche autant par la quantité que par la qualité, Valleix a pu arriver à perdre onze enfants sur douze. La question du mérite ou de l'impéritie du médecin n'entre point en ligne de compte; tout dépend de l'hygiène. H. L. du S.

ENCORE LE SEL MARIN ET LE SULFATE DE QUININE.

Par M. le docteur Ancelon (de Dieuze).

Amicus Plato, sed magis amica veritas.

Que les maîtres, cédant plus qu'il ne convient au mirage de leur propre imagination ou se laissant entraîner par les écarts de celle d'autrui, se trompent quelquefois, c'est le propre de l'humaine et commune faiblesse : à cela l'on a peu à redire. Mais quand il leur arrive de contracter des habitudes que scientifiquement on pourrait taxer de légèreté, le droit et le devoir de tous sont de les rappeler, avec les égards dus à leur mérite, aux études et aux travaux sérieux.

Ce devoir, je croyais l'avoir rempli avec quelque succès en 1852, à propos d'un singulier rapport que vint lire M. Piorry à la tribune de l'Académie de médecine sur l'emploi du sel marin comme fébrifuge (séance du 27 janvier 1852); je publiai alors un mémoire (*Union médicale* 1852, nos 65, 66) destiné à faire connaître la fabrication, les différentes espèces, le genre de sophistication du chlorure de sodium, l'action de ce sel sur l'homme et sur les animaux, et la nullité de son influence dans les fièvres d'accès; la fréquence, la ténacité, la tendance aux récidives des *fièvres à quinquina* dans une contrée où la nature a répandu à profusion le chlorure de sodium dans le sol, dans les eaux, dans les plantes et presque jusque dans l'atmosphère.

Depuis lors le sel marin, protée industriel, retombé au rang de purgatif irritant et infidèle, ne guérit plus de fièvres intermittentes entre les mains de personne. Cependant M. Piorry, dans une leçon reproduite par la *Gazette des Hôpitaux* du 5 juin 1856, en dépit de l'expérience acquise, persiste à revenir sur cette question jugée : « On pourrait, dit-il, page 262, placer le sel marin sur la même » ligne que le sulfate de quinine. »

Malheureusement il ne se borne pas à reproduire cette gratuite assertion, peu dangereuse, puisque justice en a été faite, il en émet une nouvelle dont l'étrangeté épouvante les vieux praticiens initiés aux abus déplorables et toujours croissants que l'on fait du sulfate de quinine. Oubliant que, dans cette même séance du 27 janvier 1852, il avait dit, pour les besoins de la cause apparemment : « Le chlorure de sodium n'exerce pas sur le système nerveux une » *action toxique*, ainsi qu'il arrive pour le sulfate de quinine à » haute dose, » il affirme aujourd'hui « que ce n'est pas le sulfate » de quinine qui occasionne les troubles du système nerveux, » *mais l'acide sulfurique qu'on y ajoute en trop grande quantité* » dans le but d'obtenir une dissolution plus parfaite (1)..... »

Si les pharmaciens instruits et consciencieux ne peuvent s'empêcher de sourire de l'accusation d'empoisonnement portée contre quelques gouttes d'acide sulfurique fort étendues, les praticiens, accoutumés d'ailleurs, pour des raisons particulières à certaines localités paludéennes, à administrer et à voir administrer autour d'eux le sulfate de quinine à l'état sec et en pilules, n'ont pu lire sans effroi cette assertion du professeur de Paris, qui, en vue d'une splénopathie souvent très-contestable, tend à innocenter aux yeux des imprudents (et le nombre en est grand) le sulfate de quinine : « Il importe d'administrer le sulfate de quinine, sans redouter les » accidents cérébraux que l'on attribue à ce sel. » Paris, comme l'a fort bien dit M. Michel Lévy (séance de l'Académie de médecine du 17 février 1852), est un théâtre mal choisi pour juger à fond l'action des fébrifuges, et l'on ne peut acquérir d'autorité en pareille matière qu'autant que l'on s'est trouvé en face de fréquentes endémies paludéennes. Ce que l'on a attribué avec raison à l'action du sulfate de quinine administré sec, se complique le plus souvent, dans les contrées froides, humides, à effluves marécageux, non-seulement d'entérites, mais encore de péritonites très-souvent mortelles.

En février 1850, j'ai reçu dans mon service d'hôpital une forte fille de vingt-sept ans, qui faillit succomber à une inflammation aiguë du péritoine, pour avoir pris en vingt-quatre heures deux grammes de sulfate de quinine, dans le but de couper une fièvre tierce simple au second accès. Deux autres malades, en ville, succombèrent à une péritonite chronique : l'une pour avoir pris en vingt-quatre heures 1 gramme 50 centigr. de sulfate de quinine, dirigés contre le troisième accès d'une fièvre quotidienne sous laquelle se cachait une pneumonie aiguë (non auscultée); l'autre pour avoir voulu couper, au moyen de 2 grammes de sulfate de quinine pris en pilules, en quarante-huit heures, une fièvre tierce, dont le point de départ était une métrite chronique.

Il serait facile de multiplier de semblables citations; les faits ne nous manquent malheureusement pas dans les deux saisons où apparaissent les fièvres à quinquina, et dans un pays où tous les antécédents des malades nous sont parfaitement connus.

Cette note a donc pour but de rappeler que le sel marin est au moins inutile, sinon nuisible dans le traitement des *fièvres à quinquina*, et que le sulfate de quinine ne doit pas être imprudemment employé à doses élevées, les assertions de M. Piorry ne pouvant justifier l'abus que l'on en fait aujourd'hui.

(1) L'*erratum* inséré dans le no 67 de la *Gazette des Hôpitaux* ne diminue en rien la légèreté de l'assertion; car 3 ou 4 gouttes d'acide sulfurique perdues dans la quantité de véhicule nécessaire à une solution de sulfate de quinine, ne sont pas plus puissantes, en *allopathie*, qu'un gramme ou deux de sulfate de quinine donnés à doses plus ou moins fractionnées.

CAS D'ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT DU VAGIN

terminé en cul-de-sac à 3 centimètres de la vulve;

Par M. le docteur Cade, médecin en chef de l'hôpital d'Avignon.

La lecture de l'article du docteur Rossignol sur les *vices de conformation des organes génitaux chez la femme*, inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* du 25 mars dernier, m'engage à faire connaître un cas analogue à ceux que renferme cet article, et qui vient de se présenter à mon observation.

Mme M..., âgée d'environ vingt-cinq ans et mariée depuis quatre ans, n'a jamais eu d'évacuation menstruelle; seulement, au lieu de la menstruation, elle a éprouvé pendant plusieurs années des hémorrhagies nasales qui revenaient tous les mois. Depuis près d'un an, où une application de sangsues fut suivie d'une forte hémorrhagie, les épistaxis ont disparu. Mme M... se plaint d'une vive douleur au sein gauche depuis quinze jours.

Les seins sont bien développés; la constitution est fort bonne.

Portant le doigt de la main droite dans le vagin, j'ai été arrêté à 3 centimètres de profondeur par un cul-de-sac épais, de même nature que la paroi du vagin. J'ai examiné avec un spéculum bivalve, le trivalve ne pouvant pénétrer. Le vagin se termine en cul-de-sac à 3 centimètres environ de la vulve. Le fond du cul-de-sac offre des replis transversaux, et présente l'épaisseur et la résistance du vagin.

J'ai porté ensuite le doigt dans le rectum pour explorer de ce côté les parties génitales internes, en appuyant fortement l'autre main sur l'hypogastre.

J'ai senti à travers la paroi antérieure du rectum un corps dur et peu volumineux, que j'ai estimé être la *matrice*. Au-dessous de ce corps, je n'ai senti aucune résistance de nature à me faire reconnaître la présence du vagin attenant à la matrice.

Il s'agit donc d'un arrêt de développement du vagin, qui se termine en cul-de-sac à 3 centimètres de la vulve, au lieu d'aboutir à l'utérus.

Mme M... n'a jamais éprouvé de maux de reins, ni de pesanteurs à l'hypogastre, ni aucun des symptômes, en un mot, qui précèdent ou accompagnent la menstruation.

ÉTAT DES REVACCINATIONS EN FRANCE EN 1854.

Extrait du rapport lu par M. Bousquet à l'Académie de médecine. (Séance du 17 juin 1856.)

Les correspondants des départements semblent s'être concertés cette année pour parler de la *revaccination*. C'est une nouvelle phase dans l'histoire de la vaccine. Tant qu'on a cru que la vaccine était invulnérable, on ne pouvait pas penser à la répéter. De nouveaux faits se sont produits, qui ont changé la doctrine et la pratique. Mais si la vaccine a perdu son infaillibilité, elle a en elle le moyen de la récupérer. Ainsi la revaccination atteste à la fois la faiblesse et la force de la vaccine : la faiblesse, puisqu'elle se laisse quelquefois atteindre par la variole; la force, puisqu'il suffit de la répéter pour lui rendre tout ce qu'elle a perdu.

Il y a deux moyens de prouver l'utilité de la revaccination : le raisonnement et l'observation; et si l'observation peut se passer du raisonnement, la raison a du moins l'avantage de satisfaire l'esprit et de doubler les convictions.

Commençons donc par le raisonnement, et rappelons d'abord les faits sur lesquels il prend son point d'appui. On avait remarqué que jusque dans ses écarts la variole suit une espèce de règle à l'égard des vaccinés. Elle ne les attaque pas indistinctement, comme on pourrait le croire; elle fait une espèce de choix : elle ménage les nouveaux, elle sévit contre les anciens. Or, pourquoi cette espèce de partialité? Qu'est-ce qui protége les premiers? C'est sans doute la vaccine. Mais pourquoi ne protége-t-elle pas aussi bien les seconds? C'est que la révolution qu'elle apporte dans l'économie s'affaiblit peu à peu avec le

temps. Il faut donc lui venir en aide; il faut la fortifier. Le moyen se présente de lui-même : c'est de recommencer; c'est de retremper l'économie aux mêmes sources, comme on trempe le fer pour le durcir. Ce que la vaccine a fait une fois, pourquoi ne le ferait-elle pas une seconde, une troisième? Il y a aussi des sujets, des tempéraments à qui il ne suffit pas d'une seule invasion de la variole pour éteindre toute l'aptitude qu'ils apportent à cette maladie; il en faut plusieurs. Dira-t-on cependant que la seconde était inutile, et qu'elle n'ajoute rien à la première? Le raisonnement que nous faisons pour la récidive de la variole, nous le faisons aussi pour la seconde vaccine; et nous nous y croyons d'autant plus autorisé que, dans notre opinion, la vaccine n'est en réalité qu'une petite vérole. Telle est, à cet égard, notre conviction, qu'au lieu de nous étonner que la vaccine préserve de la variole, notre étonnement serait bien plus grand si elle ne préservait pas.....

A ceux qui veulent des faits, nous allons en donner, ils abondent dans la correspondance pour 1854.

M. Thore a observé 229 cas de variole, 140 sur des vaccinés, 88 sur des non-vaccinés. La proportion est, comme on voit, considérable; il s'en étonne lui-même; mais il se remet bien vite à la vue des modifications que la vaccine impose à la variole alors même qu'elle lui cède. « Chez les vaccinés, dit-il, la forme confluente entrait dans la » proportion de moins d'un septième (19 sur 140); au contraire, chez » les non-vaccinés, elle était de beaucoup plus de moitié (58 sur 87). »

Et ce n'est pas dire assez : en général, la variole des vaccinés est si légère, si rapide, si courte, que c'est à peine si elle mesure la moitié de la carrière d'une variole ordinaire. Elle n'a de la variole que les prodromes et les commencements jusqu'à la suppuration. Arrivée à ce point, les forces lui manquent pour pousser plus loin sa marche, et elle s'éteint d'elle-même devant la résistance qu'elle rencontre, et tourne court à la dessiccation. La chose est si frappante que bien des médecins se sont refusés pendant longtemps à reconnaître une véritable variole dans cette éruption, et ils la désignent encore d'un nom particulier, du nom de *varioloïde*.

Du reste, variole ou varioloïde, il est facile de la prévenir par la revaccination. M. Thore est un des partisans les plus fervents et les plus éclairés de cette pratique; et comment ne le serait-il pas? « Jus» qu'à présent, ajoute-t-il, nous avons toujours enrayé les épidémies » menaçantes, et aucun de ceux qui s'y sont soumis n'ont été atteints, » bien qu'ils fussent en contact constant avec les varioleux. » Aucun, excepté une jeune fille de dix-huit ans, laquelle avait eu six pustules de *vaccinoïde*. Mariée deux ans après, elle soigna son mari dans le cours d'une variole, qu'elle gagna, et succomba.

Le rapport du département du Rhône, rédigé par M. le docteur Roy, n'est, à vrai dire, qu'un long et intéressant plaidoyer en faveur de la revaccination. On y déduit les raisons de cette pratique. La première se tire de la récidive même de la petite vérole. Le rapport en mentionne cinq cas, et sur ce nombre trois ont fini par la mort; car, nous l'avons dit, et il faut le redire, la seconde invasion est encore plus grave et plus souvent mortelle que la première.

Après tout, ce n'est pas la raison principale : non, ce n'est pas pour épargner aux variolés la chance d'une récidive qu'on a proposé de revacciner : on n'a songé qu'aux vaccinés. C'est pour eux que la revaccination a été instituée. Cependant la commission de vaccine de Lyon en voudrait limiter l'usage au temps d'épidémie seulement; sans doute le danger est alors plus grand, mais le moyen de le conjurer est si simple qu'il faut en user en tout temps et en tout lieu.

Du reste, M. Roy affirme aussi que la revaccination étendit sa protection à tous les revaccinés.

Nourri des mêmes principes, le département de la Gironde tient le même langage. Nous devons à M. le docteur Gintrac fils la relation d'une épidémie de variole où il fit les plus heureuses épreuves de la revaccination. Une femme, partie de Gugan pour Langon, en rapporta la variole, qu'elle communiqua d'abord à sa mère, puis aux voisins. De 2,000 habitants, 150 furent atteints. On remarque qu'ils avaient tous plus de douze ans. La famille Danoy se composait de sept membres, le père et la mère et cinq enfants. Le père et la mère eurent la variole confluente, les deux aînés la variole discrète, les deux autres la varioloïde, et le dernier n'eut rien; il touchait à peine à sa douzième année. Dans le voisinage était un vieillard de soixante-dix ans, à qui une première variole avait enlevé un œil; la seconde le rendit aveugle, et faillit lui coûter la vie. . . . .

M. Gintrac comprit qu'il n'y avait qu'un moyen de se rendre maître du fléau, c'était de revacciner; il revaccina donc tous les habitants non-seulement de Gugan, mais encore de deux communes voisines, de Martras et Teich. A l'instant l'épidémie s'arrêta, comme un incendie faute d'aliments. Quelle meilleure preuve, s'écrie M. Gintrac, de l'efficacité de la revaccination!

Qu'on ne s'étonne donc pas si cette pratique se répand de plus en plus. Ceux-là mêmes qui ont montré le plus d'éloignement finissent par se rendre. On ne craint plus de compromettre les destinées de la vaccine; tel M. Adde-Margras, jadis si rebelle, et maintenant si confiant, qu'il ne connaît pas de meilleur moyen de rassurer les vaccinés; il ne conserve des doutes que sur les qualités du vaccin contenu dans les nouvelles capsules; mais qu'importe, ce n'est pas là la question, ne nous en éloignons pas. M. Parmentier (de la Drôme) a fait jusqu'ici 360 revaccinations; 38 seulement ont reproduit la bonne vaccine; mais tous ses revaccinés ont retiré le même avantage de leur soumission; aucun, dit-il, n'a été pris de la variole, et cela quel qu'ait été le résultat de l'opération.

Veut-on des faits de détail? Au mois de mai 1854, une religieuse, sœur Louise, âgée de vingt-six ans, est prise, quoique bien vaccinée, d'une variole même assez intense, dont elle se rétablit heureusement. M. Parmentier, effrayé pour la communauté, revaccine tout ce qu'elle contenait de jeunes personnes, au nombre de cinquante et une. Or, l'épidémie s'arrêta tout court, bien, ajoute-t-on, que les bonnes sœurs soient restées en contact perpétuel avec la variole. Les faits analogues se reproduisent partout. Si de la Drôme nous passons dans l'Aveyron, nous voyons que la petite vérole s'étant introduite dans le séminaire de philosophie de Rodez, commença par atteindre huit élèves; M. Bourguet revaccina les autres et elle n'alla pas plus loin. Même danger, même succès au petit séminaire de Saint-Pierre. Restait le grand séminaire de théologie; mais celui-ci, plus prévoyant, n'attendit pas le mal pour le conjurer, il aima mieux le prévenir.

Enfin M. Bourguet, à qui nous empruntons ces intéressants détails, proclame que tous les revaccinés furent préservés, et il en compte cinq cents. Or, telle était la force de l'épidémie, que trois personnes qui avaient eu la variole naturelle, et il y paraissait au visage, en furent reprises.

M. le docteur Puyoo, dans les Basses-Pyrénées, raconte qu'une épidémie varioleuse ayant éclaté à Pau, le lycée, le couvent des Ursulines et d'autres maisons d'éducation « furent soumises à une nouvelle ino» culation vaccinale, et partant gratifiées d'une parfaite immunité. »

Chacun rend sa pensée à sa manière, mais la conclusion ne varie pas.

Dans le Doubs, M. le docteur Bernard a pratiqué 300 vaccinations dont 100 avec succès, proportion si considérable qu'il s'en étonne lui-même; mais il ne peut se refuser à en croire ses yeux. Quoi qu'il en soit, nul ne fut pris de la variole. Il y avait dans une famille une jeune fille de treize ans qui ne fut pas si heureuse; elle avait quatre frères: deux furent revaccinés, et ils bravèrent la contagion; les deux autres s'y refusèrent, et gagnèrent la maladie de leur sœur. A ce fait M. Bertrand en ajoute un beaucoup moins concluant, à notre avis. Un père de sept enfants ne put résister à l'épidémie; ses enfants avaient été vaccinés, on les revaccine, et tous se conservent sains et saufs au foyer de la contagion. Cela ne prouve rien, ce nous semble, pour les revaccinations; car il n'est pas dit que la première vaccine n'eût pas éteint dans ces enfants toute l'aptitude native à la variole. On ajoute, il est vrai, qu'il y avait dans le voisinage des jeunes gens qui, s'étant refusés à la même précaution, payèrent cher leur imprudence.

Après ces faits et tant d'autres que nous omettons, qui pourrait se refuser à revacciner? Croirait-on, par hasard, mieux servir la vaccine en dissimulant ses défaillances qu'en apportant le moyen de les prévenir? Nulle part la revaccination n'est mieux appréciée que dans le Wurtemberg. Ecoutez M. Heim, l'historien de ses épidémies. Après des considérations quelque peu prolixes sur la variole des vaccinés, il se résume en ces termes :

« Ainsi, sur une masse de 1,164 revaccinés sur lesquels on a obtenu » un résultat plus ou moins complet et même nul, il est certain qu'au» cun n'eut ni la variole, ni la varioloïde, ni même la varicelle, hors » deux; mais comme ils tombèrent malades le surlendemain de la re» vaccination, il est visible qu'ils avaient déjà reçu le germe de l'épi» démie lorsqu'on eut recours au préservatif. »

M. Heim revient souvent sur les heureux effets de la revaccination. Il dit ailleurs : « Jusqu'ici il n'y a pas d'exemple qu'un sujet revacciné ait eu la petite vérole. »

En Angleterre, la revaccination, sans être d'un usage aussi général que dans le nord de l'Europe, est pourtant très-souvent pratiquée. Le docteur Bonaldson rapporte, dans le journal de médecine d'Edimbourg, qu'il a revacciné beaucoup de monde pendant le règne d'une épidémie varioleuse, et il ajoute que tous les revaccinés furent également préservés et de la variole et de la varioloïde.

Léopold Mayer, Wendt, Mohl, montrent la même confiance dans la revaccination. « Il est triste, dit Mohl, que la vaccine n'exclue pas à jamais la variole chez tous les hommes; mais je me console en pensant qu'il suffit de répéter l'opération pour se donner toute sécurité. «

La France a été peut-être la dernière à se rallier à cette utile pratique; elle y entra pour la première fois en 1828, pendant cette épidémie de Marseille dont on a tant parlé. M. Robert revaccina vingt-quatre sujets; deux seulement reçurent la vaccine, ce qui n'empêcha pas qu'ils furent tous préservés.

Dix ans plus tard, c'est à Nantes qu'éclate la variole grave, terrible; elle atteignit 57 vaccinés. On se rappela à propos les heureux essais du praticien de Marseille, et on s'empressa de l'imiter : même précaution, même succès.

En 1832, à Malte, à Genève, on ne se contente pas de pratiquer çà et là la revaccination; on y procède en grand, et les historiens de ces épidémies remarquent expressément que tous les revaccinés échappèrent à la contagion, quel que fût le résultat de l'opération, *con successo o no*, avec ou sans succès.

N'est-ce pas une chose remarquable que la garantie soit la même, quel que soit le résultat de l'opération, qu'il vienne des boutons ou qu'il n'en vienne pas? Et cependant cela se comprend avec la réflexion. Dans le premier cas, c'est qu'apparemment la première vaccine n'avait épuisé qu'en partie l'aptitude à la variole; la seconde y met le comble. Dans le second, c'est l'inverse; l'organisation ne devait rien à la variole; elle était inutile. Mais comment le savoir? Il n'y a pas de signe pour guider le médecin; et dans l'incertitude, il prend conseil de la prudence à défaut des lumières de la science. Il revaccine tout le monde, aimant mieux faire une chose inutile au plus grand nombre que de laisser les autres dans une fausse sécurité.

L'essentiel est de n'employer à la revaccination qu'un vaccin dont on soit parfaitement sûr, sinon l'épreuve ne mériterait aucune confiance. Le précepte n'est pas de même rigueur pour la première vaccine. S'il ne vient pas de bonnes pustules, on recommence deux fois, trois fois, jusqu'à ce que la résistance de l'organisation soit vaincue. Mais pour la seconde, c'est différent; on se rebute à la première tentative, et d'autant mieux que l'échec tourne à l'avantage de la vaccine. Et cependant nous avons connu des médecins qui se servaient de vaccin sec, conservé sous verre; ils échouaient le plus souvent, et de leur mauvais succès ils concluaient hardiment à l'inutilité de la revaccination. C'est aussi pour eux que nous disons qu'elle est sans valeur l'expérience dont on peut rejeter le mauvais succès sur le vice des procédés ou sur la maladresse de l'artiste.

Mais il serait inutile de poursuivre cet historique. Nous en avons assez dit pour faire voir que la méthode ne s'est pas démentie en 1854.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 juin 1856. — Présidence de M. Is. GEOFFROY ST.-HILAIRE.

Typhus. — M. Garcin communique une note sur des cas de typhus observés à l'hôpital de Neufchâteau (Vosges) chez des soldats revenant de Crimée. L'auteur y rapporte les faits qui suivent :

Le 64e régiment d'infanterie de ligne s'est embarqué à Balaclava le 29 avril. Après une traversée non interrompue, il est arrivé à Marseille le 10 mai, puis à Villefranche le 12 au moyen du chemin de fer, et enfin à pied, le 16, à Châlons-sur-Saône, où le débordement des eaux l'obligea à séjourner pendant quatre jours. Depuis le départ de Crimée jusqu'au 24 mai, aucun cas de typhus ne s'était déclaré; mais à dater de ce jour le colonel dut abandonner à chaque étape de nouveaux malades, et, en arrivant à Neufchâteau, l'hôpital en reçut neuf, chez qui l'on observait à un haut degré tous les caractères indiqués par la lettre de M. l'inspecteur Baudens. Un dixième soldat, du 62e de ligne, qui avait fait la traversée en même temps que le 64e, avait été admis par moi dès la veille, également affecté de typhus.

La maladie datait de un à trois jours lors de leur entrée à l'hôpital de Neufchâteau, le 28 mai. On observait chez tous les symptômes suivants : stupeur, céphalalgie intense, surdité, vertiges, prostration des forces (la plupart ne pouvaient se tenir debout), pouls fréquent et dépressible, peau brûlante, soif intense, voix éteinte (à peine s'ils pouvaient parler), état saburral très-prononcé des voies digestives; plus tard langue sèche et noire; pas de gargouillements dans la fosse iliaque droite.

Dans quatre cas la maladie avait débuté par des accès de fièvre intermittente, qui se sont renouvelés deux ou trois jours de suite avec frissons, chaleur et sueurs, et dans deux autres par un état catarrhal des voies respiratoires. Trois ont eu du délire, dont un furieux pendant quatre jours; deux des épistaxis, et deux seulement quelques rares pétéchies; trois ont éprouvé des douleurs abdominales et du dévoiement; les autres étaient constipés.

J'avais donné tout d'abord à cette maladie le nom de typhus, ne pouvant la rattacher à un autre genre. Mais deux jours après, la dernière colonne de ce régiment arriva à Neufchâteau (sans nous laisser de malades). Je priai M. le médecin aide-major de venir faire la visite avec moi, et il reconnut immédiatement le typhus de Crimée. En voyant ces militaires si gravement atteints, il me dit : « Vous serez bien heureux si vous n'en perdez que quatre ou cinq. » Ce pronostic ne s'est heureusement pas confirmé.

Dès le premier jour je prescrivis à tous : eau de Sedlitz, à laquelle on dut revenir plusieurs fois chez la plupart des malades; application d'eau fraîche sur la tête, incessamment renouvelée; solution de sirop de groseilles et boissons mucilagineuses pour ceux qui étaient affectés de bronchite; lavements et cataplasmes; enfin, sinapismes et vésicatoires aux membres inférieurs, chez ceux qui avaient du délire ou un état comateux très-prononcé. Je n'ai eu recours ni aux saignées ni aux sangsues; la nature de la maladie et la dépression du pouls m'ont paru contre-indiquer ces moyens. Je pensais faire usage du sulfate de quinine, mais les purgatifs ont fait justice de l'intermittence qui s'était manifestée chez quatre malades.

Aucun de ces militaires n'a succombé, malgré l'intensité de cette affection; ce qu'il faut attribuer surtout, je crois, à l'éloignement du foyer d'infection, à l'influence favorable de l'air natal, et aussi aux soins de tous les instants qui leur ont été prodigués par les sœurs de notre hôpital. La convalescence a marché rapidement. Du huitième au douzième jour, les yeux des malades se rouvrirent; la figure reprit de l'expression, et la parole redevint facile; puis l'appétit se prononça. Enfin, aujourd'hui 13 juin, seize jours depuis l'entrée à l'hôpital, notre dernier malade a pu être levé pendant quelques heures, et j'espère pouvoir incessamment leur faire rejoindre leur régiment, en garnison à Phalsbourg. (Renvoi à l'examen des commissaires nommés pour le mémoire de M. Baudens : MM. Velpeau et J. Cloquet.)

— **Etude de l'œil sur le vivant.** — M. Waller communique à l'Académie une description très-succincte d'un procédé qui permet d'observer sur l'œil de l'animal vivant les images des objets lumineux qui se forment sur le fond du globe oculaire, et d'examiner dans les vaisseaux de l'iris, du corps et des procès ciliaires et dans la choroïde la circulation du sang sous le microscope.

Pour observer les images du fond de l'œil, dit l'auteur, je produis l'*exophthalmose* artificielle du globe de l'œil, ce qui se pratique aisément sur le lapin, le cochon d'Inde et le surmulot en écartant fortement les paupières. Sur l'œil luxé, en présentant obliquement devant lui un objet lumineux, on aperçoit aisément à travers la sclérotique son image renversée, dont les mouvements en sens opposé correspondent à ceux de l'objet extérieur. On reproduit à volonté sur le même animal cette expérience, qu'il est facile de varier de différentes manières pour apprécier les effets de l'éloignement sur l'intensité lumineuse de l'objet.

En maintenant l'œil dans un état immobile, il est très-adapté pour toutes les expériences physico-physiologiques sur ces images.

L'auteur annonce qu'il communiquera plus tard les résultats détaillés des recherches qu'il a faites à l'aide de ce procédé.

— M. Cl. Bernard présente un mémoire imprimé de M. Denis (de Commercy) ayant pour titre : *Nouvelles études chimiques, physiologiques et médicales sur les albuminoïdes qui entrent comme principes immédiats dans la composition des solides et des fluides organiques tant animaux que végétaux.*

M. Bernard donne de vive voix une idée de ce travail, qui est destiné par l'auteur au concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

— M. Poujade présente au concours pour le prix du legs Bréant un mémoire imprimé ayant pour titre : *Recherches théoriques et pratiques sur l'affection typhoïde intense, générale, dite choléra épidémique.* (Commission du legs Bréant.)

— L'Académie procède dans cette séance à la nomination de la commission chargée de l'examen des pièces admises au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon.

MM. Rayer, Velpeau, Andral, J. Cloquet, Cl. Bernard, Jobert (de Lamballe), Duméril et Flourens composent cette commission.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE CONSTANTINOPLE.

Séance du 29 mars 1856. — Présidence de M. FAUVEL, vice-président.

M. le secrétaire général présente un mémoire imprimé sur le choléra, dont M. Mugniani fait hommage à la Société.

— M. Jacquot a la parole à l'occasion de la lecture faite par M. Cazalas dans la dernière séance.

Après avoir tracé un rapide historique du typhus, cité les auteurs qui, dans des temps plus modernes, ont contribué le mieux à en bien déterminer les caractères et rappelé que bien des erreurs ont été occasionnées par l'opinion sur l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde, opinion combattue par des faits plus récents, et dont lui-même a fourni son contingent, M. Jacquot s'arrête sur la description de Hildenbrand pour établir qu'il n'existe pas un type de typhus, à prendre rigoureusement ce terme; que ce typhus ne saurait être, dans tous les cas, celui de Hildenbrand, et qu'on ne saurait induire qu'une épidémie n'est pas le typhus parce qu'elle ne ressemblait pas à la maladie décrite par cet auteur.

Pour l'orateur, Hildenbrand, parti de l'idée préconçue que le typhus était une fièvre essentielle exanthématique, a dû lui assigner des signes trop rigoureusement mathématiques pour que sa maladie fût possible, à prendre les choses trop à la lettre, tandis qu'au contraire, en s'en tenant seulement à l'esprit, on peut tirer de son ouvrage d'utiles renseignements. M. Jacquot appuie son opinion en faisant une récapitulation des périodes et des jours critiques tels que les donne Hildenbrand, du traitement que cet auteur adopte et de la gravité qu'il attribue à la maladie, bien moindre que celle qu'on observe généralement, et surtout dans le moment actuel. Jusque dans son typhus anomal, poursuit M. Jacquot, on trouve ces périodes si rigoureusement exactes qu'il suppose au typhus ordinaire, et qui cependant sont encore moins admissibles ici. Il se prévaut en outre de cette circonstance, qu'Hildenbrand admet comme typhus toutes les grandes épidémies des armées antérieures à son époque, et qu'il range dans cette espèce de maladie la dyssenterie, la peste d'Orient et peut-être la fièvre jaune. Dans tous les cas, ajoute M. Jacquot, si cette régularité existe, en effet, ce ne peut être qu'exceptionnellement, et Hildenbrand a eu tort de la donner comme la règle.

Si le typhus n'affecte pas toujours des caractères rigoureusement les mêmes, y a-t-il donc multiplicité de formes dans les épidémies qui ont régné à différentes époques, ou même contemporairement? L'orateur, en posant la question, répond par l'affirmative.

Négligeant les épidémies présentées comme typhus dans ces trois derniers siècles à cause des doutes qu'on peut élever sur leur nature, il s'arrête sur celles qui ont été décrites plus récemment et qui, se manifestant à la même époque et dans des conditions pareilles, ont cependant offert de notables différences. M. Jacquot passe ici en revue les diverses épidémies de typhus décrites en Europe et en Amérique depuis les dernières années du premier empire jusqu'à celle observée il y a un an par M. Forget à Strasbourg, et il soutient que, se ressemblant par le fond, toutes ces épidémies présentent entre elles de très-grandes différences sous le rapport de la forme.

Il arrive ensuite à ce qui s'est passé à Constantinople même depuis deux ans, et il exprime l'opinion que le typhus de 1855 a avec celui qui existe actuellement de très-notables dissemblances. Il appuie son affirmation par l'étude comparative des allures, des symptômes, du développement, du cours, etc., des deux épidémies, et, en entrant dans d'assez longs détails, il fait de ce parallèle un nouvel argument en faveur de sa manière de voir.

Il va plus loin encore: En rappelant les noms des historiens de l'épidémie de 1855 (par ordre chronologique: M. Jacquot lui-même, M. Haspel, M. Mongrand, M. Garreau, M. Cazalas) et en signalant avec un certain détail les descriptions qu'ils en ont données, il fait voir qu'elle a présenté, elle aussi, des différences saillantes.

Ce qui le frappe le plus dans cette diversité, c'est l'anomalie présentée par le typhus dans un seul des quinze hôpitaux de Constantinople, ou plutôt dans un seul service, celui de M. Cazalas. Ici M. Jacquot oppose aux principales observations de M. Cazalas des observations tout à fait différentes faites dans les autres établissements sous le rapport des caractères de l'épidémie, de sa gravité, de ses causes, de la contagion, du cours et de cet état palustre qu'il s'étonne de trouver à une pareille époque de l'année, et qui aurait même la propriété de se transmettre, puisque 40 infirmiers sur 130 ou 140 ont contracté la maladie dans l'hôpital même de M. Cazalas. Il reconnaît toutefois que, sans être aussi extraordinairement exceptionnelles, des différences existent dans les divers services.

Se fondant sur les divers auteurs qui se sont occupés de l'anatomie pathologique du typhus et sur ce qu'il écrivait lui-même il y a un an, M. Jacquot conclut que les lésions du typhus n'ont rien de constant ni de caractéristique, et que c'est une affection *totius substantiæ*, sans localisation précise et forcée comme la fièvre typhoïde.

La gravité du typhus, continue-t-il, est également fort différente suivant les épidémies. Il invoque à l'appui le chiffre de la mortalité que les auteurs en ont donné, comme aussi ce qui s'est passé dans son service, où la mortalité a été assez faible en janvier, et où cependant le mois suivant on a compté deux décès sur sept malades. Il remarque, en outre, que la mortalité est différente non-seulement dans les différents hôpitaux, mais dans les salles mêmes de chaque hôpital, et qu'elle varie suivant les époques, l'état d'encombrement, etc.

En résumé, ajoute M. Jacquot, de même que la fièvre intermittente, produit du miasme palustre, se manifeste sous les formes et sous les types les plus divers, de même le typhus, qui paraît dû à un miasme animal, est susceptible d'affecter, quoique à un moindre degré, des formes remarquablement variées.

Etudiant enfin le caractère de l'épidémie actuelle, M. Jacquot examine s'il s'agit effectivement du typhus.

Et d'abord, il établit que certains états pathologiques dépendant des conditions de l'armée viennent compliquer l'épidémie et jeter quelque obscurité sur le diagnostic. Mais, pour lui, si l'on veut en fixer le caractère, il la faut étudier sur les individus qu'elle trouve vierges pour ainsi dire de toutes ces influences, le personnel des hôpitaux, par exemple, et les infirmiers dont six cents se sont trouvés déjà atteints de l'épidémie.

Cela posé, l'orateur s'occupe successivement:

De la transmissibilité, prouvée par les nombreuses victimes qu'a fournies le personnel des hôpitaux; par le fait que l'infection s'opère en dehors même des hôpitaux, pourvu qu'il y ait contact avec les malades ou même avec leurs effets; par la propagation de la maladie, qui, avant qu'elle se fût généralisée, se faisait de lit à lit d'abord, et puis de salle à salle; par l'observation que partout où l'encombrement existe ou que l'air ne circule pas, les cas sont plus nombreux;

De l'épidémicité, dont l'évidence est, dit-il, criante, puisque l'armée entière et tous les hôpitaux sont actuellement infectés;

Des périodes; deux le plus souvent: inflammatoire ou nerveuse, auxquelles il faut joindre une troisième, quoique plus rare, et que M. Jacquot caractérise par le nom de période torpide;

De la durée, qui varie suivant la forme de la maladie, de dix à vingt et un jours;

De la marche, qui n'a rien de fatal, est de courte durée, et présente des irrégularités surprenantes, en bien comme en mal;

Des crises se manifestant par des sueurs, des diarrhées, des furoncles;

Du type, qui n'offre que de simples exacerbations;

Des symptômes, sur lesquels M. Jacquot insiste, en fixant l'attention tout particulièrement sur l'éruption exanthématique;

Enfin des lésions anatomiques, dont aucune, dit-il en concluant, n'est ni constante ni caractéristique, et qui varient suivant les épidémies, suivant les formes que revêt la maladie et les localisations qu'elle affecte.

Dans son opinion, l'épidémie régnante n'est ni une méningite, ni une encéphalite, ni une congestion cérébrale, ni une fièvre palustre, ni une fièvre typhoïde, ni enfin un mélange d'états typhiques venant compliquer d'autres maladies.

Mettant en parallèle les symptômes par lesquels se traduisent ces diverses affections et l'épidémie actuelle, il soutient que ce n'est pas une affection cérébrale, les signes de ce genre de maladies étant essentiellement différents de ceux que l'on observe actuellement; ni une fièvre palustre, parce qu'elle atteint beaucoup de sujets sains, et que chez eux on ne peut expliquer l'atteinte par l'état cachectique; que l'épidémie règne à une époque de l'année où l'élément palustre n'a aucune activité; qu'il n'existe nulle part, ni en Crimée ni à Constantinople, aucun vestige d'une endémo-épidémie palustre; qu'on ne trouve pas les caractères de cette espèce de maladie, et que le quinine reste sans effet; — ni une fièvre typhoïde, avec laquelle l'épidémie actuelle n'a aucune analogie, ni sous le rapport des causes, de la communicabilité, de l'épidémicité; ni sous le rapport de l'individualité morbide, tranchée dans l'un et l'autre cas, et qui ne permet pas que l'une de ces maladies se fonde dans l'autre; ni enfin sous aucun autre rapport. Il se fonde aussi sur ce fait qu'une atteinte de fièvre typhoïde ne préserve pas du typhus, tandis qu'à de très-rares exceptions près, le contraire s'observe dans la fièvre typhoïde. Quant aux états typhiques, M. Jacquot ne pense pas non plus qu'ils puissent expliquer ce qui se passe, parce que l'épidémie ne sévit que trop sur des individus parfaitement sains, et qu'elle a une trop grande constance dans sa physionomie pour qu'on puisse s'arrêter à cette hypothèse.

Qu'est-ce donc, se demande l'orateur, que cette épidémie, sinon le typhus, le grand typhus des armées, aussi vieux que les querelles des nations, qui s'attache aux bataillons de guerre comme à une proie prédestinée, qui donne le martyre aux médecins ensevelis sous le triomphe de leur dévouement, qui frappe les camarades, les amis, et qui, menaçant ceux qui leur survivent, laissera sans doute de grands enseignements à la science, mais aussi de profondes douleurs aux familles et à la patrie.

— M. Bonelli, qui, devant bientôt quitter Constantinople, avait demandé un tour de faveur pour une communication sur les maladies qu'il a observées en Asie, l'obtient sur un vote de l'assemblée. Il lit, en conséquence, un mémoire sur le typhus d'Erzeroum. Sans s'arrêter longuement sur les symptômes qui ont caractérisé la maladie, il lui reconnaît deux formes, et il insiste surtout sur le traitement, varié d'ailleurs, qu'il a adopté.

Le secrétaire spécial, Leval.

Au moment où nous voyons la presse médicale unanime dans l'accueil sympathique fait à la bonne pensée de M. le docteur Maheux, nous sommes heureux de pouvoir rapporter textuellement les paroles prononcées par notre digne confrère M. l'inspecteur Baudens sur la tombe du brave et honorable M. Desblancs, le dernier de nos officiers de santé morts à Constantinople:

Si le typhus n'est plus dans nos camps, s'il a cessé d'être inquiétant pour l'armée, il fait encore des retours offensifs.

Les derniers coups, il les destine aux officiers du corps de santé, qu'il frappe sans merci. Hier Molinard, avant-hier Sautier, aujourd'hui Desblancs.

C'est qu'aussi il est harcelé comme jamais il ne l'a été, et par des athlètes comme il ne s'en est produit à aucune autre époque de notre histoire militaire.

Les désastres de Dantzick en 1814, qu'il évoquait comme une menace, il a été impuissant à les reproduire en 1856, parce que la science avait appris à le connaître.

M. le docteur Desblancs, à qui nous venons rendre un pieux et dernier devoir, appartenait à cette énergique phalange de médecins militaires façonnés à la rude école de nos guerres de l'Algérie.

Il a été l'un de nos meilleurs élèves du Val-de-Grâce, où il avait puisé les saines et fortes traditions de dévouement, de discipline et d'études, qui sont la gloire des institutions et des générations qu'elles forment.

M. Desblancs a fait avec le 1er régiment de chasseurs d'Afrique les campagnes du sud de l'Algérie. Nul n'a poussé plus loin le sentiment du devoir; son zèle allait jusqu'à l'abnégation la plus absolue.

Jamais il n'a compté avec le danger; sa vie, il l'exposait sans cesse en secourant les blessés sur le champ de bataille.

Il trouvait dans la satisfaction de sa conscience la plus douce des récompenses.

Tout ce que le regard anxieux et reconnaissant du soldat blessé a de si profondément émouvant pour le médecin, M. Desblancs l'a ressenti. Cet échange muet et si éloquent de sentiments ineffables entre l'un qui voudrait bien ne pas mourir, et l'autre qui, agenouillé près du moribond, applique toute sa science pour retenir la vie qui fuit avec le sang de la blessure, M. Desblancs l'a éprouvé.

Il était au siége de Laghouat, où il reçut, quoique bien jeune encore, la croix de la Légion d'honneur. C'est que le vainqueur de Laghouat savait déjà récompenser tous les genres de mérite et entretenir cette noble émulation qui engendre les grandes choses.

Quand a éclaté la guerre d'Orient, M. Desblancs a l'un des premiers, revendiqué l'honneur d'être appelé sur son théâtre. Quand le typhus a apparu, il a sollicité et obtenu la direction d'un service de malades atteints de cette maladie contagieuse.

S. Exc. le maréchal Vaillant, ministre de la guerre, qui n'a cessé d'exalter par ses encouragements le dévouement des médecins de l'armée d'Orient, allait l'élever en grade, lorsque la mort est venue le surprendre au milieu des malades qu'il ne quittait pas.

L'histoire de notre digne et si regretté camarade est celle des 79 médecins morts du typhus et qui l'ont précédé de quelques jours dans la tombe.

L'armée leur conserve à tous un souvenir d'estime et de reconnaissance. Elle les a vus sous le feu de l'ennemi; elle les a suivis avec admiration auprès des soldats atteints de la cruelle maladie. Elle sait que pas un médecin, dans cette solennelle épreuve, n'a failli.

Jamais la médecine militaire n'a brillé d'un plus vif éclat; elle doit être fière, messieurs, du rôle qu'elle a rempli.

M. Desblancs, votre nom va être inscrit le 79e sur cette pierre tumulaire. Il fermera, si Dieu le veut, le douloureux martyrologe des médecins de l'armée d'Orient. Mais cette pierre sera usée par le temps, que votre exemple et celui des amis que nous pleurons guideront encore les générations médicales dans la voie du devoir et de l'abnégation!

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décrets impériaux rendus sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Officier: M. Denis, médecin en chef du dispensaire de salubrité de Paris.

Chevaliers: MM. Billard, chirurgien major de la garde nationale de Rouen; Legendre, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie; Masséna, médecin de l'hospice de Brives; le docteur J. Mayer (de Strasbourg); Noël, chirurgien-major au 17e bataillon de la garde nationale de la Seine; Dusseuil, pharmacien-major aux hôpitaux de la division d'occupation en Italie; Capiomon, pharmacien-major à l'hôpital militaire de Boulogne.

— Par arrêté du 16 juin, M. Lecœur, professeur titulaire de thérapeutique et de matière médicale à l'Ecole de médecine de Caen, a été, sur sa demande, nommé professeur adjoint de clinique externe à la même Ecole.

Par le même arrêté, M. Leclerc a été chargé du cours de thérapeutique et de matière médicale à ladite Ecole.

—M. Ludovic Hirschfeld vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie impériale de Rio-Janeiro.

— Le concours pour trois places d'élèves internes à l'hôpital civil de Strasbourg a eu lieu hier 23 juin. Un autre concours pour six places d'élèves externes s'ouvrira le 26.

TIRAGE DU JOURNAL LA PRESSE.

Date de la fondation: 1er juillet 1836.

1836.	9,931.	Après six mois de fondation.	1846.	25,770.	
1837.	13,200.		1847.	32,300.	Opposition au ministère Guizot.
1838.	9,300.	Lutte contre la coalition Thiers, Guizot, Berryer, Ledru-Rollin	1848.	63,869.	Révolution de février.
1839.	9,550.		1849.	34,779.	
1840.	13,485.		1850.	21,479.	
1841.	13,485.		1851.	21,236.	
1842.	15,170.		1852.	18,837.	
1843.	16,092.		1853.	22,782.	
1844.	16,895.		1854.	34,770.	Tirage en 2 heures. 5 compositions.
1845.	22,971.	Agrandissement de format sans augmentation de prix.	1855.	42,646.	

Tirage de 1854.	34,775
— 1855.	42,646
Augmentation.	7,871

La *Presse* est le journal français qui tire le plus grand nombre d'exemplaires;

Il a tiré dans l'année 1855, qui vient de finir:

Quinze millions trois cent cinquante-deux mille quatre cent quatre-vingt-dix-huit feuilles (15,352,498 feuilles),

Et payé au trésor public, pour droit de timbre:

Un million deux cent vingt-six mille huit cent cinq fr. (1,226,805 fr.)

En 1854, il avait tiré *douze millions* quatre cent quarante-neuf mille cinq cent soixante-huit feuilles (12,449,568 feuilles), et avait payé au trésor public, pour droit de timbre, la somme de neuf cent quatre-vingt-seize mille sept cent soixante-quatorze francs (996,774 fr.)

Son tirage s'exécute au moyen de *cinq compositions* qui roulent simultanément sous cinq presses à quatre cylindres, exécutées par M. Hippolyte Marinoni.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité élémentaire de pathologie médicale d'après la doctrine de Montpellier, par le professeur Alquié. Tome II et dernier. Un fort vol. in-8°, 1856. Prix: 6 fr. 50. L'ouvrage complet, 2 vol.: 12 fr. 50. — A Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Essai sur les principaux points de la physiologie, par le docteur Boucher, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens. Un vol. in-8°. Prix: 4 fr. 50 c. — A Paris, chez Germer Baillière.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'arte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des-postes.

PARIS, LE 25 JUIN 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

La plus grande partie de cette séance a été consacrée au comité secret pour la lecture du rapport de la section d'anatomie pathologique et la discussion des titres des candidats. Une heure à peine a pu être donnée au dépouillement de la correspondance et aux lectures. Mais hâtons-nous de dire que cette heure a été très-utilement employée. Après deux petits rapports officiels d'eaux minérales, M. Vernois a lu en son nom et au nom de M. A. Becquerel le résumé d'un grand et important mémoire sur l'albuminurie. Réduit que nous sommes par le défaut d'espace à ne donner pour le moment qu'une courte analyse de ce mémoire dans le compte rendu, nous demanderons à nos lecteurs la permission de nous étendre un peu ici sur l'énoncé de la question, afin de faire comprendre le mieux qu'il nous sera possible l'objet et le résultat du travail de nos deux savants confrères.

MM. Vernois et Becquerel ont entendu ne s'occuper dans ce travail que de l'albuminurie proprement dite, c'est-à-dire de la sécrétion anormale de l'albumine par les reins.

On sait qu'il a été avancé une foule de théories diverses pour expliquer la cause et le mécanisme de ce phénomène pathologique. Mais toutes ces théories, malgré leur divergence apparente, peuvent être ramenées, en définitive, à ces deux propositions :

1° L'albumine passe à travers les reins, parce que le liquide auquel elle est empruntée, c'est-à-dire le sang, ou ce principe immédiat lui-même, a subi une modification quelconque qui lui permet de filtrer à travers la trame des reins.

2° L'albumine est le produit d'une lésion de l'organe sécréteur lui-même.

Trois opinions se rattachent à cette première hypothèse. La première, la plus réservée, se borne en quelque sorte à constater le fait sans chercher à l'expliquer ni à en saisir le mécanisme. La modification de l'albumine du sang qui lui donne la faculté de filtrer à travers les reins est toute moléculaire; elle est inconnue dans sa nature, et ce passage anormal est précisément le seul phénomène qui traduise au dehors cette modification morbide.

Dans la seconde opinion, l'albuminurie est due à la diminution de proportion de l'albumine du sang.

D'après la troisième, l'albuminurie serait le résultat d'une modification moléculaire de l'albumine du sang, modification parfaitement appréciable, et qui consisterait, suivant M. Mialhe, l'auteur de cette théorie, dans la transformation de ce principe en albumine amorphe, caséiforme, ou en *albuminose*.

La deuxième proposition : l'albuminurie est due à une modification quelconque survenue dans l'organe sécréteur des urines, a été, comme la première, l'objet de plusieurs interprétations différentes.

Suivant quelques médecins, l'albuminurie est le résultat d'une sécrétion anormale des reins produite par cet organe, qui cependant n'a subi aucune altération matérielle, qui est resté sain, en un mot. Une autre opinion, enfin, est celle qui admet que l'albuminurie est toujours le résultat d'une modification quelconque dans le tissu sécréteur.

Invoquer une action moléculaire profonde et cachée qui se soustrait à nos moyens d'investigation, est une fin de non-recevoir opposée à toutes les études de ce genre, et à laquelle les auteurs de ce travail ne pouvaient souscrire, sans abdiquer en quelque manière leurs précédents scientifiques et répudier l'objet même de leurs recherches. Il sera d'ailleurs toujours temps de mettre ce phénomène au rang des actions inconnues s'il arrivait que le résultat des recherches chimiques et anatomo-pathologiques fût complètement nul.

Quant aux diverses hypothèses émises pour expliquer ce phénomène, voici le jugement qu'en portent MM. Vernois et Becquerel :

A l'opinion que l'albuminurie est due à la diminution de proportion de l'albumine du sang, ils opposent non des objections théoriques, mais des faits. Ces faits établissent : qu'il est beaucoup de cas d'albuminurie dans lesquels l'albumine du sang n'est pas diminuée; que la diminution de ce principe dans le sang existe assez souvent sans qu'il y ait albuminurie; que cette diminution n'est, dans la très-grande majorité des cas, qu'un phénomène consécutif, conséquence de l'albuminurie elle-même; que lorsque la diminution de l'albumine du sang existe avant l'albuminurie, c'est qu'elle est le produit d'une autre cause plus générale qui détermine elle-même le passage de l'albumine dans les urines. MM. Vernois et Becquerel se demandent enfin pour quelle raison de l'albumine semblable à elle-même filtrerait plus facilement à travers les reins, quand elle est dans le sang en proportion moindre, que quand elle y existe en quantité un peu plus considérable.

Ces deux auteurs mettent également hors de cause les modifications moléculaires signalées par M. Mialhe dans l'albumine du sang. Non qu'ils récusent la réalité des faits décrits par cet habile chimiste, et qu'ils nient l'existence de l'albumine amorphe et de l'albuminose comme modifications physiques spéciales de ce principe; mais ces faits leur paraissent étrangers au cas qu'ils examinent et aux maladies dont l'albuminurie proprement dite est le phénomène extérieur caractéristique. S'il est vrai, ainsi qu'ils se sont proposé de le démontrer dans ce mémoire, que l'albumine du sang normal, celle du sang des individus atteints de désalbuminisation du sang sans albuminurie, celle du sang des individus atteints d'albuminurie avec ou sans désalbuminisation du sang, que l'albumine enfin, recueillie dans les urines albumineuses (abstraction faite des cas où elle est unie à du sang ou à du pus accidentellement mêlé à ce liquide) est toujours et partout identiquement la même; qu'elle présente toujours les mêmes propriétés physiques et chimiques, on ne saurait admettre en effet que la cause du passage de l'albumine du sang dans les urines est une modification moléculaire et physique survenue dans ce principe.

Réduits désormais à rechercher la cause de l'albuminurie dans une modification de l'organe sécréteur de l'urine, dans le rein même, MM. Vernois et Becquerel se rattachent à cette opinion, que ce phénomène est toujours le résultat d'une altération du rein : soit d'une lésion passagère et accidentelle qui correspond à l'albuminurie éphémère, soit d'une lésion permanente et durable (maladie de Bright).

L'objet principal de leur mémoire est la démonstration de cette proposition et la description des divers états pathologiques du rein dont l'albuminurie est la conséquence nécessaire.

Nous nous bornons aujourd'hui à signaler à nos lecteurs les conclusions de cet important travail. La question est trop vaste et trop complexe pour la discuter en ce moment, et pour nous hasarder dans une appréciation dont les principaux éléments nous manquent. Mais il y a lieu d'espérer que la continuation des persévérantes recherches dont ce phénomène a été l'objet dans ces derniers temps, et parmi lesquelles celles de MM. Vernois et Becquerel occupent le premier rang, en aura bientôt éclairé assez les points principaux pour qu'il nous devienne possible de discuter avec fruit les diverses opinions auxquelles il a donné naissance, et de résumer clairement l'état de la question. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. ARAN.

Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus.

(Recueillies et rédigées par M. Rabaud, interne du service.)

DES AFFECTIONS DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES CHEZ LES FILLES VIERGES (1).

Je veux toucher aujourd'hui à une des questions les plus délicates de la pratique, l'occasion m'en étant offerte à propos d'une malade récemment entrée dans nos salles.

C'est une fille de vingt-cinq ans, domestique, d'une constitution médiocrement forte, d'un tempérament lymphatique, et presque toujours malade. A seize ans les règles sont apparues, mais elles ont toujours été irrégulières, peu abondantes, et ont même disparu pendant six mois consécutifs. Ce flux est annoncé deux ou trois

(1) Voir les précédentes leçons dans les numéros des 29 mai et 12 juin.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur les hernies inguinales, crurales et ombilicales, par M. le docteur Fiévée de Jeumont.

Ce n'est pas cette fois un chirurgien, c'est un médecin qui vient parler des hernies : pourquoi pas? La chirurgie se permet assez d'usurpations sur la médecine; il ne faut pas que la médecine craigne d'entrer dans le domaine de la chirurgie. Ce sont deux puissances rivales : éprises l'une et l'autre de l'amour des hommes, elles se proposent le soulagement de leurs infirmités; mais elles apportent à cette noble fin des idées, des vues, des méthodes, des procédés bien différents.

L'une, la médecine, toute occupée des organes de l'intérieur, tire de la noblesse de ces organes son lustre et la suprématie dont elle jouit. Il est juste que la reconnaissance se proportionne au service. Celui qui me sauve un poumon sans lequel je ne puis vivre fait un peu plus pour moi que celui qui me coupe une jambe. Au reste, la médecine paye cher ses avantages : que de difficultés, que de soucis que la chirurgie ne connaît pas ! Il n'est pas nécessaire d'y penser longtemps pour se convaincre que le médecin n'a qu'un moyen de guérir, c'est de rendre la partie malade à son état naturel et de la rétablir dans toutes ses fonctions; au lieu que la chirurgie, s'exerçant en général sur des organes dont la vie peut se passer, les sacrifie sans pitié pour se rendre sa tâche plus facile. La maladie lui résiste-t-elle? elle brûle, elle mutile, elle enlève l'organe. Un homme a une cataracte; il faudrait rendre au cristallin la transparence qu'il a perdue : la chirurgie ne l'essaye même pas; elle aime mieux l'extraire ou le mettre de côté. Un autre porte un ulcère à la jambe; il faudrait le cicatriser, on coupe le membre. Voici maintenant une femme avec un cancer au sein ou à l'utérus, une loupe à la tête, une tumeur sur l'épaule ou ailleurs : il s'agirait de les fondre, la chirurgie prend un couteau et les retranche. Et voilà ce qu'elle appelle guérir!

J'aime à me persuader que si les médecins, avec leur esprit conservateur, faisaient de temps en temps quelques excursions sur le domaine de la chirurgie, elles en adouciraient les mœurs et le caractère.

M. Fiévée aura le mérite d'avoir donné l'exemple, en nous parlant des hernies en médecin. Témoin des tristes suites de ces infirmités, il s'est appliqué à rechercher les moyens de les prévenir et de les contenir. Ce n'est pas l'idée qui est nouvelle, c'est le procédé. Dans tous les temps les chirurgiens n'ont pas eu d'autre but, mais ils y employaient des moyens qui ne pouvaient les y conduire; c'étaient des coussinets, des pelotes, etc. Or, tous ces corps sphériques ou demi-sphériques, loin de rétrécir, de resserrer les ouvertures qui donnent passage aux viscères, font précisément le contraire; ils tendent à les relâcher, à les dilater, et favorisent conséquemment de plus en plus les hernies. On n'a pas remarqué, dit M. Fiévée, que cette pression incessante sur une ouverture naturelle ne peut que l'élargir au lieu de la diminuer, et d'autant plus qu'en amortissant la contractilité naturelle des parties, elle les empêche de revenir sur elles-mêmes. Ajoutez à cela le ralentissement de la circulation et les engorgements qui en sont la suite, et vous aurez une idée des inconvénients des bandages, dont M. Fiévée entreprend la réforme.

Ces désordres physiques ne laissent pas que d'affecter à la longue le moral des malades. On a remarqué que les personnes affectées de hernies sont en général tristes, languissantes, mélancoliques; elles sont comme honteuses d'elles-mêmes; il leur semble que tout le monde a leur secret, et le chagrin qu'elles en ressentent les conduit quelquefois aux partis les plus désespérés.

M. Fiévée a entrepris de les réconcilier avec elles-mêmes en les délivrant de leurs infirmités. Aux bandages ordinaires, il propose de substituer une ceinture de son invention, ceinture ferme et souple à la fois, laquelle s'accommode si bien à toutes les formes, qu'elle se moule en quelque sorte sur l'abdomen; elle se dilate et se retire avec lui; elle suit enfin si exactement les mouvements de la nature vivante, qu'elle forme comme une seconde enceinte appliquée sur la première.

Calculée sur les notions les plus saines de la physiologie, elle agit de bas en haut contre les efforts même du diaphragme. Expliquons mieux la pensée de M. Fiévée. A mesure que l'inspiration appelle l'air dans le poumon, le diaphragme s'abaisse; en s'abaissant, il refoule les intestins et les pousse incessamment à sortir de leur position et à faire hernie. Mais si tel est le mécanisme des hernies, il faut donc balancer les mouvements naturels du diaphragme; il faut lutter en sens contraire de ce muscle et en neutraliser les effets; il faut enfin, selon l'heureuse expression de M. Fiévée, former un diaphragme artificiel vers l'hypogastre et créer ainsi une espèce d'antagonisme entre l'un et l'autre.

Voilà, si je l'ai bien compris, l'esprit du nouvel appareil de contention imaginé par M. Fiévée. Nous ne l'avons pas vu en exercice; mais l'auteur s'en sert dans sa pratique depuis bien des années. Sur 25 hernies, la plupart inguinales, les unes simples, les autres doubles, il compte 15 guérisons radicales; les autres étaient si bien contenues, que les malades, gais et contents, les portaient légèrement et sans souci.

Après avoir posé les règles, M. Fiévée nous donne les faits qui leur servent d'appui; c'est sa constante méthode. Dans l'ordre logique, il serait peut-être plus naturel de mettre les faits avant les leçons qu'ils contiennent; mais M. Fiévée suit l'ordre didactique. Il commence par initier le lecteur à ses idées, à ses vues, à ses pratiques, et, après cet enseignement, il met voloniers sous ses yeux les pièces justificatives afin qu'il y regarde et juge par lui-même. C'est aussi la méthode des grands historiens. B......t.

jours à l'avance par des douleurs très-vives dans le ventre et dans les reins; douleurs devenues insupportables depuis deux ans. Pas de leucorrhée.

La malade est maigre, pâle, défaite; tout semble indiquer qu'il existe en elle une maladie grave, et cependant il n'en est rien.

En l'interrogeant, on apprend qu'elle est sujette depuis un an environ à des douleurs névralgiques vives dans la tête, moins intenses dans l'estomac et le bas-ventre. Depuis trois mois ces douleurs ont beaucoup augmenté dans cette dernière région.

Les digestions sont lentes et douloureuses depuis six mois; elles s'accompagnent de gonflement de l'estomac, de constipation et d'une grande sensibilité de tout l'abdomen. Douleurs pendant la miction; quelques palpitations; traces de bruit de souffle dans les gros vaisseaux; pouls faible, 64 pulsations.

En somme, amaigrissement, pâleur de la face, dyspepsie avec constipation, règles difficiles et douleurs dans l'abdomen, tel est l'abrégé rapide des symptômes que nous présente cette jeune fille.

Et cependant n'a-t-elle que de la dyspepsie et de la chlorose? Nous avons vu que les règles étaient devenues très-douloureuses depuis deux ans; que depuis quelques mois elles la mettaient dans l'impossibilité de se tenir debout. Dès lors n'y aurait-il pas lieu de croire que cette chloro-anémie n'était pas primitive? Nous avons donc été naturellement conduit à pratiquer un examen des organes génitaux; mais une difficulté surgit dès l'abord; cette jeune fille est vierge.

Il y a quelques années, personne ne soupçonnait l'existence des affections utérines chez les femmes vierges, et personne n'avait songé à examiner l'utérus. C'est à mon ami M. Bennet que revient l'honneur d'avoir le premier pratiqué cet examen, d'avoir signalé les affections utérines chez les vierges, et surtout d'avoir fait violence au préjugé pour instituer, dans ces cas, l'application du spéculum et le traitement local.

Et de quel droit, du reste, refuser à ces malades un examen de nature à faire connaître et apprécier leur état, de nature à permettre au médecin l'application de moyens susceptibles d'amener la guérison? Il me semble que le doute n'est pas permis à cet égard. Il va sans dire que ces recherches ne sauraient être permises que sur des filles chez lesquelles l'ensemble des phénomènes indique de la manière la plus probable l'existence d'une maladie utérine. Mais ce cas admis, ce serait une délicatesse coupable de reculer devant cet examen.

Il est d'ailleurs une circonstance mise en lumière par M. Bennet, qui ôte à cet examen une partie de ce qu'il a d'effrayant, c'est que les parties génitales sont considérablement relâchées chez les vierges atteintes d'affections de ces organes; en sorte qu'on peut très-bien déprimer la membrane hymen sans la rompre. Mais si cette dilatabilité n'existait pas, si l'orifice était pour ainsi dire fermé, il n'y aurait pas lieu de s'arrêter devant cet obstacle, et personne ne pourrait blâmer la section pratiquée sur la membrane hymen.

Toutes ces circonstances m'ont décidé à pratiquer l'examen de cette jeune fille, et j'ai reconnu que la vulve était d'un rouge vif, que le col de l'utérus se trouvait immédiatement en arrière de la membrane hymen, c'est-à-dire dans un état d'abaissement très-prononcé. De plus, en introduisant le doigt en arrière du col, j'ai senti le corps de l'utérus en rétroflexion complète; j'ai pu le refouler avec le doigt et remettre l'organe entier en position. La sonde utérine m'a encore indiqué une rétroflexion en pénétrant courbure en bas. Enfin, en retournant celle-ci, j'ai pu constater que l'organe était très-mobile et facile à redresser.

Pour examiner le col, j'ai introduit par-dessus le cercle de l'hymen un petit spéculum bivalve et aplati, qui m'a montré un col petit, percé d'une ouverture largement béante et sans trace d'ulcération.

Ceci me conduit à vous communiquer les résultats de l'expérience que j'ai acquise relativement aux maladies de l'utérus et de ses annexes chez les jeunes filles vierges. Il ne faut pas être étonné de la possibilité de ces accidents; bien qu'il n'y ait pas de cause apparente, et surtout de cause mécanique. La présence de la menstruation est bien suffisante pour les expliquer; en sorte que, lorsque les règles deviennent difficiles, douloureuses, trop ou trop peu abondantes, cette cause seule peut devenir le point de départ d'accidents très-sérieux. Il y a un an, par exemple, nous avons eu dans notre service une fille vierge de dix-sept ans, qui a eu à la suite de suppression des règles un phlegmon péri-utérin, et qui est maintenant rétablie.

Il peut également survenir des affections très-diverses de l'utérus; mais ici je suis livré complétement à mes propres recherches, car M. Bennet ne signale que les ulcérations du col de l'utérus, et je crois que ces lésions ne sont ni les seules ni les plus fréquentes. Je n'ai trouvé, peut-être est-ce un effet du hasard, d'ulcérations que chez deux filles vierges. Mais, au contraire, j'ai trouvé plusieurs cas de métrite simple sans ulcération, un cas d'antéflexion avec antéversion et abaissement tenant à une dysménorrhée chez une jeune femme presque imperforée, qui n'avait jamais eu de rapports avec son mari, et que j'ai traitée avec succès. J'ai donné des soins à deux jeunes filles dont l'une avait une rétroflexion avec adhérences de l'utérus, et est sujette à des dysménorrhées très-intenses occasionnant des douleurs atroces immédiatement après l'apparition du flux menstruel; l'autre avait une rétroflexion avec abaissement, l'utérus étant resté très-mobile. J'ai vu des utérus abaissés et en antéflexions, et même dans un cas le prolapsus complet de l'utérus survenu à la suite d'une chute dans un escalier.

En sorte que ces inflexions en avant, en arrière, ces abaissements, qui ont peut-être échappé à M. Bennet, me paraissent, au contraire, beaucoup plus fréquents que les ulcérations qu'il a signalées et décrites avec tant de soin.

Ces faits sont curieux; car, à part les polypes fibreux que l'on savait survenir chez les filles vierges ayant atteint un âge avancé, à part les kystes de l'ovaire, les autres affections étaient restées ignorées jusqu'à ce jour.

Une chose remarquable, c'est que les phénomènes qui se présentent chez les filles vierges s'enchaînent à peu près toujours dans le même ordre, et ressemblent à ceux qui surviennent chez les autres femmes. Il n'y a pas quelque chose de spécial, comme on pourrait le croire, dans la modalité d'expression de souffrance, suivant l'espèce d'altération; presque toujours les mêmes symptômes appellent l'attention du médecin : ce sont des douleurs plus ou moins vives à l'époque des règles, un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre, ou bien des douleurs à la région hypogastrique, des tiraillements dans les reins et quelquefois dans les cuisses; enfin, la présence de flueurs blanches d'une nature spéciale.

Cette leucorrhée, qui n'existe pas chez notre malade, parce qu'il n'y a pas d'inflammation proprement dite, est ordinairement purulente, ou bien consiste en un mucus épais, opaque, qui, lorsqu'il devient purulent, indique d'une manière certaine la présence d'une inflammation du col et du corps de l'utérus.

Il y a quelques circonstances particulières sur lesquelles je tiens à revenir à propos de l'examen de ces malades.

Il est en général facile de pénétrer dans le vagin en passant au-dessus de l'hymen; mais, autant que possible, il faut éviter de pénétrer par la partie supérieure, et pour cela on suivra la commissure de la vulve. On entre ainsi dans l'orifice sans difficulté, mais non pas sans douleur. Il n'est pas nécessaire de prolonger longtemps l'examen, car à peine le doigt est-il dans l'orifice qu'il est naturellement conduit sur le col à cause de l'étroitesse du vagin et de ses colonnes.

Le second examen est moins douloureux que le premier, en sorte qu'au bout de trois ou quatre fois on pénètre très-bien et sans douleur; après les règles, le toucher est encore plus facile, à cause du ramollissement des parties génitales.

Après quelques séances de toucher, l'application du spéculum se fait sans difficulté; on se sert, comme je l'ai déjà indiqué, d'un spéculum bivalve, à lames très-fortement elliptiques et rapprochées, de manière à ne pas présenter une circonférence plus grande que celle du doigt indicateur; ou bien on emploie un tube en cristal de la grosseur du doigt, étamé à l'extérieur et revêtu de gutta-percha.

Indépendamment de l'emploi du spéculum, on peut avoir besoin de la sonde utérine. Elle pénètre difficilement quand on cherche à l'appliquer seule et qu'on n'en a pas l'habitude; aidé, au contraire, par le spéculum et par la vue, elle entre assez facilement à une profondeur de 4 à 5 centimètres.

Il est des cas cependant dans lesquels le médecin peut différer, pour quelque temps du moins, l'examen direct, et se borner à un traitement purement palliatif. Par exemple, si l'on a affaire à une jeune fille ayant des flueurs blanches, des règles difficiles et qui soit sur le point de se marier; le mariage accompli, l'examen pourra être pratiqué et le traitement institué sans difficulté. Sans doute, il faut, autant que possible, conserver intacte la membrane hymen; mais, si le traitement l'exige, il faut la rompre, car sa présence entraîne en effet l'exclusion d'un certain nombre de médications applicables chez les autres femmes.

Je n'admets dans aucun cas l'usage des pessaires, quelle que soit leur nature.

Cette exclusion des pessaires est légitimée par l'intolérance du vagin; en effet, chez les filles qui n'ont pas eu de rapports sexuels, cet organe ne supporte aucun instrument contentif.

Chez notre malade, je ferai remarquer que le vagin, au lieu d'avoir conservé ses rides et ses colonnes, est très-dilaté, ce qui me paraît une circonstance très-défavorable; il y a de plus, chez elle, comme nous l'avons vu, une rétroflexion avec abaissement.

L'expérience m'a appris que chez certaines femmes chez lesquelles il est impossible de rendre à l'utérus sa position première, il suffit de rétablir la santé générale pour que la malade vive sans être trop incommodée par son affection; c'est ainsi que dans un cas j'ai guéri par le cathétérisme utérin et la dilatation du col une femme qui avait des dysménorrhées et des adhérences de l'utérus avec position vicieuse de l'organe.

Le traitement consistera dans l'administration du fer et du sous-nitrate de bismuth pour combattre sa dyspepsie et sa chloro-anémie, ainsi que dans l'emploi de douches froides de quatre à cinq minutes.

Localement nous appliquerons la sonde utérine tous les deux jours, comme moyen de redresser l'utérus, mais surtout d'en dilater l'orifice et d'en émousser la sensibilité; nous introduirons dans le vagin un suppositoire tonique astringent du volume de la première phalange du pouce; peut-être aussi ferons-nous des injections vaginales fortement astringentes avec du gros vin contenant jusqu'à 30 et 50 grammes de tannin par litre, injections qui rétrécissent considérablement le vagin et forment des pellicules qui, se superposant peu à peu, donnent lieu à une espèce d'embout, et peuvent contribuer quelquefois à soutenir l'utérus.

L'avenir nous apprendra le résultat définitif de ce traitement; mais ce que je puis affirmer par avance, c'est l'amélioration très-marquée qui en sera le résultat, c'est la transformation qu'il opérera dans la constitution de la malade.

DE L'ATRÉSIE VULVAIRE CONGÉNITALE.

Par M. le docteur HULIN (de Chalonnes-sur-Loire).

Dans un mémoire intéressant, présenté en décembre 1855 à la Société de chirurgie, un chirurgien distingué de Lyon, M. le docteur Bouchacourt, appelait l'attention des praticiens sur un sujet peu étudié dans les auteurs, les auteurs modernes surtout; je veux parler de l'*atrésie vulvaire*.

L'auteur y établissait que le siége immédiat de l'occlusion vulvaire est presque toujours dans les petites lèvres, et que la méthode des tractions ou du décollement devait être substituée aux incisions pour la cure de l'atrésie vulvaire. Mais ce mémoire, d'après le reproche de son rapporteur M. Guersant, laissait encore dans le doute sur la question de savoir si ces adhérences étaient congénitales ou accidentelles.

Dans l'état actuel de la science sur ce sujet, il m'a paru qu'il serait peut-être de quelque utilité de publier le fait qui vient de s'offrir à mon observation, et de présenter en même temps le résultat des recherches historiques auxquelles il m'a conduit.

L'*atrésie vulvaire* est l'imperforation de la vulve déterminée par l'accolement ou la soudure des grandes lèvres : elle est congénitale ou accidentelle. Elle est complète ou incomplète. Il peut y avoir oblitération des deux canaux qui s'ouvrent entre les lèvres génitales; il peut rester une ouverture qui permet le passage des urines.

La simple agglutination des petites lèvres entre elles mériterait plutôt le nom d'*atrésie vaginale*.

L'atrésie vulvaire n'est point un fait nouveau dans la science. Du temps d'Hippocrate (*De his qui uterum non gerunt, seu de sterilitate*), cette lésion n'était point inconnue.

Aristote y consacre un chapitre : « Quelques filles, dit-il, restent avec le vagin fermé depuis la naissance jusqu'au temps de leurs menstrues (*De generat. anim.*, liv. IV, c. 4). »

Pline, racontant l'histoire de l'accouchement laborieux de Cornélia, mère des Gracques, parle de l'*adhérence des parties génitales* (Pline, *Nat. hist.*, liv. VII, c. 16).

Celse, à propos de la même observation, fait mention de l'*agglutination des bords des parties génitales entre eux* (*De medic.*, liv. VII, ch. 28).

Galien en parle également, mais il ne pense pas que ce soit un vice de conformation congénital; il le regarde comme le résultat d'un accident (*De sympt. caus.*).

Moschius, Aëtius, Paul d'Egine et surtout Wierus (*Lib. observ.*) en parlent assez longuement. Ils indiquent un mode opératoire, recommandent de faire l'incision de haut en bas afin de ménager la vessie.

Albucasis en parle comme d'un vice de conformation congénital qu'il aurait rencontré, et le nomme *alratica* (*Meth. medic.*, c. 72).

Sennert (libr. IV, p. 1, ch. 3) consacre un chapitre tout entier à l'atrésie des parties génitales (1). Il distingue l'adhésion des grandes lèvres, l'occlusion du vagin ou du col de l'utérus, l'imperforation de l'hymen. Il en étudie les causes, les symptômes, les complications. Il discute les moyens curatifs qui leur sont applicables.

Pechlin (*Observ. physico-méd.*, lib. III) et P. Ammann (*In irenico*) citent des observations remarquables d'occlusion de la vulve.

L. Riverius (*Praxeos medicæ*, lib. XV, cap. 14, *De uteri clausurâ*) s'occupe aussi de cette question : *Virgines uteri laborantes atretæ, seu imperforatæ nominantur....* Comme Sennert, il en distingue de plusieurs espèces : *Illa autem clausura in tribus locis fieri solet.* Il mentionne celle qui siége à la vulve : *In osculo anteriori, quod vulva nominatur.* Et lorsqu'il s'occupe de rechercher les causes, il admet la division moderne des atrésies congénitales et accidentelles : *Generatur vero aut a primâ conformatione, vel a vulnere aut ulcere præcedente.* Il conseille les irritants, les caustiques, l'incision et l'excision.

La même division sous le rapport des causes se retrouve dans Van Swieten dans ses commentaires des aphorismes de Boerhaave (*Commentaria morbi virginum*, § 1290) : *Hæc autem concretio pudendorum quandoque naturalis est.... Frequentius tamen talis concretio post morbos harum partium.* Il souligne le mot *naturalis*, comme si déjà de son temps on eût émis des doutes sur les atrésies congénitales, et comme pour montrer qu'il les admet pour les avoir observées.

Il part même de ces faits pour recommander aux sages-femmes d'examiner les nouveau-nés au moment de la naissance. Il cite plusieurs observations remarquables, et entre autres le fait rapporté par Antonius Benevoli, qui, ayant à pratiquer le cathétérisme sur une fille de dix-huit ans et rencontrant de la difficulté à pénétrer dans la vessie, heurta assez violemment contre la vulve, fit une déchirure, et tomba dans le vagin; accident heureux, puisqu'il donna issue à une grande quantité de sang qui, arrêté par l'imperforation de la vulve, avait amené la rétention d'urine ou comprimant l'urètre.

Van Swieten, comme ses prédécesseurs, reconnaît qu'il y a plu-

(1) Atretæ nominantur quorum orificium pudendi tantùm clausum est.... Est enim triplex atretarum seu clausarum genus. Etenim clausura hæc est vel in orificio, seu pudendi alis; vel in cervice uteri, seu intermedio loco, vel ipso uteri orificio.

sieurs variétés d'imperforations. Il distingue l'atrésie vulvaire de l'imperforation de l'hymen. *Sed et hymen, de quo inter anatomicos multùm disputatum fuit, angustat vaginæ introitum.* Et il cite Albinus, Diemerbroëck, Ruysch, qui avaient observé ce genre d'occlusion.

L. Heister (*Inst. chirurg.*, t. IV) dit que « les filles naissent quelquefois avec les deux lèvres de la vulve collées l'une à l'autre, de façon qu'elles ne peuvent pas rendre leur urine ; quelquefois il y a une petite ouverture qui permet à l'urine de sortir, mais l'orifice du vagin et le reste de la vulve est oblitéré....... « L'enfant apporte ordinairement le vice dont nous parlons du ventre de sa mère; mais il provient aussi quelquefois, chez les adultes, de l'ulcération de l'orifice du vagin, occasionnée par un accouchement difficile. »

D'après Levret (*Art des accouchements*, p. 21), « la vulve est quelquefois close dans les enfants naissants au point qu'on ne peut distinguer aucune des parties extérieures de la génération, et qu'il n'y a point d'autre ouverture que le méat urinaire, qui occupe sa place naturelle. Il ne faut pas confondre la clôture dont il est ici question avec l'imperforation de la vulve par défaut d'ouverture à l'hymen. »

Morgagni (t. VII) en cite plusieurs observations.

En 1835, Amussat lisait à l'Institut une observation sur une opération de vagin artificiel.

Plus tard, M. Cazeaux eut occasion de constater à la naissance l'adhérence des petites lèvres entre elles.

En décembre dernier, M. Bouchacourt publiait le mémoire déjà cité; il y parle de la méthode du décollement, qui avait été aussi conseillée par Amussat, et même beaucoup plus anciennement, puisque Aristote et Sennert parlent du *décollement par force.*

Ce chirurgien compare cette adhérence des petites lèvres aux adhérences du prépuce que l'on remarque à la suite de la balanite, ou aux adhérences congénitales que l'on rencontre chez les petits garçons; idée déjà exprimée dans le mémoire de M. Amussat, dans lequel il est dit : « Lorsque la vulve est imperforée, les parois des grandes lèvres sont collées ou soudées, comme chez les jeunes garçons, lorsque le prépuce est adhérent au gland. »

Comme on le voit, d'après cet exposé historique, la question des atrésies vulvaires congénitales, pour n'être pas encore élucidée, n'en a pas moins été le sujet d'un bon nombre de travaux anciens ou modernes. Avouons même que nos idées modernes, présentées comme nouvelles ou comme contraires à celles des anciens, se retrouvent presque tout entières dans des auteurs moins récents et dont on oublie de consulter les ouvrages. Cela soit dit sans porter atteinte au savoir des illustres chirurgiens qui se sont occupés de la question; mais cela prouve une fois de plus la vérité de ce vieil adage : *Nil sub sole novum.*

Je reviens à l'observation à propos de laquelle ces recherches ont été entreprises.

OBS. — Au commencement de mai, la femme X... me présenta sa petite fille, âgée de sept mois. Au moment de la naissance, et lorsqu'on lui donnait les premiers soins de propreté, on s'était aperçu *qu'elle n'était pas faite comme une autre* (ce sont les expressions de la mère).

J'examinai avec soin les parties génitales externes. Les grandes lèvres étaient adhérentes dans une partie de leur épaisseur et dans presque toute leur hauteur, laissant seulement entre elles, à la partie supérieure, une petite ouverture qui ne donnait qu'imparfaitement passage aux urines.

Un stylet en argent d'un petit calibre fut introduit avec un peu de difficulté par cet orifice vulvaire rétréci. Après l'avoir franchi, le stylet se trouvait plus à l'aise, et, en le poussant en arrière, on rencontrait une nouvelle résistance, puis on sentait que le stylet franchissait de nouveau un orifice, parcourait un canal étroit, et arrivait ensuite dans une cavité assez spacieuse, comme le serait la vessie d'un enfant : un jet d'urine s'échappa le long du stylet. Pour parvenir dans la vessie, j'avais parcouru une ligne courte d'abord dirigée de haut en bas, puis d'avant en arrière et de bas en haut. Le petit doigt introduit dans le rectum sentait le stylet, mais séparé par une certaine épaisseur.

Le stylet retiré, puis introduit de nouveau par l'orifice vulvaire, pénétra de bas en haut, et en le poussant plus profondément et plus en arrière, le doigt, qui était resté dans le rectum, le sentit facilement, séparé seulement par l'épaisseur de la cloison recto-vaginale.

Dans le premier cas, j'étais entré dans la vessie; dans le second, j'étais descendu jusque dans le vagin.

Cet examen attentif de l'état des parties me fit comprendre à quelle variété d'atrésie vulvaire j'avais affaire, et me rassura complétement sur une crainte que j'avais eue d'abord et qui m'avait fait éloigner l'idée d'une opération, me rappelant les cas cités par les auteurs dans lesquels l'occlusion de la vulve coïncidait avec l'absence du vagin ou de l'utérus.

Alors je me décidai à faire l'opération par la méthode dite du décollement. Je pressai avec l'extrémité de la sonde cannelée sur le raphé médian qui unissait les grandes lèvres; avec de la patience et un peu de force, le décollement se fit et mit les petites lèvres à découvert. Celles-ci adhéraient entre elles dans leurs trois quarts inférieurs, et furent facilement décollées par le même procédé. Il ne s'écoula que quelques gouttes de sang. La vulve, ainsi ouverte, permit de constater que les parties qu'elle voilait étaient dans leur état naturel.

Un petit linge enduit de cérat fut introduit entre les lèvres; je recommandai les soins les plus minutieux de propreté, à cause du contact fréquent de l'urine avec ces parties.

Quelques jours suffirent à la cicatrisation.

Ce cas m'a paru être un exemple remarquable d'atrésie vulvaire congénitale, incomplète, se rapportant parfaitement aux définitions de Heister, Levret, etc.

Plusieurs motifs me déterminèrent à intervenir immédiatement.

L'urine, dont la sortie se faisait, mais d'une manière incomplète, et dont une partie était retenue par le cul-de-sac situé au-devant du méat urinaire et fermé par l'union des grandes et des petites lèvres, pouvait amener tôt ou tard une vulvite qui aurait compliqué ce vice de conformation.

Dans les occlusions congénitales, Amussat conseillait d'opérer le plus tôt possible, parce que, si on attend, les adhérences acquièrent de la force et sont alors difficiles à détruire. Au commencement, le décollement peut suffire; mais plus tard, il faut pratiquer une opération longue et difficile.

En opérant immédiatement, on épargne à la malade les troubles sérieux, les accidents mêmes qui se montrent du côté de l'abdomen au moment de la menstruation, si on n'a pas remédié à ce vice de conformation dès l'enfance.

Enfin, il est un autre motif qui, pour être étranger à la science, n'en a pas moins son importance : il est toujours fâcheux d'avoir à intervenir par quelques manœuvres sur les parties génitales chez une jeune fille; il vient un âge où l'imagination des filles se frappe plus facilement, et où il devient dangereux d'attirer leur attention de ce côté. Les vieux praticiens savent mieux que moi combien on éprouve de difficulté et combien il faut de prudence pour obtenir l'inspection des organes de la génération chez une jeune fille, et pendant ce temps le mal fait des progrès.

Chez un enfant nouveau-né, au contraire, l'opération passe inaperçue.

DES EXUTOIRES DANS LES AFFECTIONS DIATHÉSIQUES.

Par M. le Dr Alfred SIMYAN, de Cluny (Saône-et-Loire).

En lisant, il y a deux mois, dans la *Gazette des Hôpitaux*, le compte rendu de la clinique de M. Chassaignac, je fus singulièrement étonné du sans-façon avec lequel quelques-uns des chirurgiens des grands hôpitaux de Paris traitent les pauvres exutoires, si rudement malmenés l'année dernière à l'Académie de médecine, mais si victorieusement défendus par M. Velpeau.

Il faut avoir exercé dans les petits hôpitaux de province, où nous suivons les malades depuis l'origine de la maladie jusqu'à la terminaison heureuse ou fatale, pour se convaincre de l'immense service que cette médication nous rend, surtout dans les affections diathésiques.

Je conserve dans mes notes six observations recueillies dans mon service chirurgical de l'hôpital de Cluny; les malades qui font le sujet de ces observations habitent notre localité ou les environs, et je les rencontre tous les jours.

Ces malades ont été suivis depuis l'époque où ils sont venus se confier à mes soins jusqu'à la guérison radicale, qui date pour la plupart de quatre ou cinq ans.

Ce sont des tumeurs blanches tibio-fémorales, dont quatre avec fistules, survenues chez des sujets rhumati-scrofuleux (trois femmes et un jeune garçon), et deux chez des adolescents de l'un et l'autre sexe, essentiellement strumeux. Cinq ont été guéris par les cautères à la potasse et à la poudre de Vienne au nombre de huit à dix entourant l'article malade, et successivement placés de manière à y entretenir une suppuration extérieure de quatre à cinq mois. Chez le sixième, la cautérisation transcurrente a été nécessaire, et nous a procuré une guérison complète et durable. Deux ont été débarrassés de leur affection sans le secours d'aucun traitement interne. Chez les quatre autres, nous avons dû employer en même temps les amers, l'iodure de potassium et de fer, et chez quelques-uns l'eau de chaux.

Ces guérisons inespérées m'ont encouragé à employer ce mode de traitement.

Depuis cette époque j'ai eu à traiter un grand nombre de ces tumeurs blanches (la scrofule, sous cette forme, est très-commune dans notre service), et j'ai obtenu un assez grand nombre de guérisons, surtout dans les arthalgies au début. Malheureusement, mes observations manquent de détails.

Je dois signaler les résultats vraiment merveilleux de l'emploi du séton à la nuque dans les ophthalmies scrofuleuses; non pas du séton filiforme de M. Bouvier, mais du séton à long trajet, à mèche volumineuse, et produisant une suppuration abondante.

Ce même moyen m'a également bien réussi dans les adénites suppurées ou non, avec tuméfaction considérable du tissu cellulaire circonvoisin.

Mais laissons cette digression, et revenons plus spécialement à la question traitée par M. Chassaignac dans le numéro du 24 avril dernier, et aux considérations qu'il a émises sur les fistules à l'anus chez les phthisiques.

« Jamais, dit ce savant clinicien, la suppuration n'a guéri un » phthisique; jamais une cause d'épuisement n'a guéri une maladie » qui reconnaît elle-même, dans la grande majorité des cas, l'épuisement pour cause. »

Non, jamais certainement, une suppuration accidentelle ou provoquée n'a guéri une phthisie, mais il est pour moi incontestable que les cautères appliqués à la région supérieure du thorax ont, sinon guéri, du moins amendé d'une manière notable quelques-uns des symptômes déterminés par les tubercules pulmonaires déjà en voie de suppuration.

J'observe actuellement dans ma clientèle civile un nommé F..., vannier, âgé de trente ans, depuis longtemps en traitement pour des tubercules suppurés du testicule.

Ce jeune homme a présenté les phénomènes remarquables que je vais sommairement indiquer :

Constitution débile, teint pâle, amaigrissement progressif, hérédité tuberculeuse (deux de ses frères sont morts phthisiques). Depuis trois ans, toux, expectoration caractéristique, hémoptysies fréquentes, matité sous et sus-claviculaire à la fosse sus-épineuse, gargouillement, fièvre hectique, enfin tous les caractères pathognomoniques des tubercules pulmonaires au deuxième degré.

Il portait en même temps un engorgement tuberculeux du testicule droit.

Au moment où apparurent les symptômes de la deuxième période de la phthisie, eut lieu la fonte de ces tubercules et l'établissement consécutif des fistules scrotales.

Peu de temps après, diminution notable des symptômes du côté des voies respiratoires. Le malade se trouve beaucoup mieux; il désire se débarrasser de ces ulcères fistuleux. Il me consulte. Je l'opère en faisant l'ablation de toute la portion indurée du testicule. — Pansements et injections avec la teinture d'iode étendue d'eau. Je combats la diathèse tuberculeuse par l'huile de foie de morue et les toniques. J'obtiens la cicatrisation à peu près complète des ulcères.

Mais à mesure que la suppuration diminuait en quantité dans le testicule, les symptômes thoraciques redevenaient plus apparents : la toux, la dyspnée, l'expectoration augmentaient; les hémoptysies reparaissaient.

J'avais abandonné mon malade, que je regardais comme à peu près guéri de l'affection pour laquelle il m'avait appelé, lorsqu'il me manda de nouveau pour que je voulusse bien rétablir cette suppuration, qu'il considérait comme le seul moyen préventif à opposer aux accidents alarmants qui avaient reparu depuis la guérison de son affection testiculaire. Je fus de son avis, et fis passer un séton à travers le testicule. Au bout de quelques jours ce séton détermina une suppuration abondante qui fit disparaître une deuxième fois les symptômes les plus apparents de la phthisie.

Il y a quelques jours à peine que ce malade, en faisant son pansement, eut la maladresse d'enlever la mèche. Dans la crainte de la douleur que devait occasionner le passage de la mèche, et qui ordinairement est très-vive dans cet organe, il laissa la plaie se refermer. Presque immédiatement les symptômes thoraciques reparurent avec leur première intensité, et il se vit forcé, à son grand regret, de rétablir la suppuration, qui, après quelques jours, avait fait de nouveau cesser les symptômes des voies respiratoires.

Il est donc pour moi de la plus grande évidence que les accidents observés du côté des organes de la respiration sont sous l'influence directe de la suppuration artificiellement développée dans le testicule.

Cette observation n'a pas besoin, je crois, de commentaires.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 juin 1856. — Présidence de M. BUSSY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° L'état des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département de la Haute-Saône;

2° Le rapport de M. le docteur Pierrey, sur une épidémie de variole qui a régné en 1855 dans la commune de Saint-Sauveur, ainsi que le tableau des vaccinations pratiquées dans le canton de Luxeuil. (Commission de vaccine.)

— M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret qui approuve la nomination de M. Trousseau dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. Après la lecture du décret et de la lettre ministérielle, M. le président invite M. Trousseau à prendre place parmi ses collègues.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Sur la présence de la quinine dans la sueur. — M. le docteur Regnault, pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité, adresse une note intitulée *Recherche de la quinine dans la sueur après l'administration du sulfate de quinine.*

L'auteur termine son travail par la conclusion suivante :

« D'après cette série d'expériences tentées sur 6 kilogr. et demi de sueur, il est permis de conclure que le liquide ne contient pas de quinine, et que les glandes sudoripares ne jouent aucun rôle dans l'élimination de cet alcaloïde. Je n'ai pas craint de communiquer cette note à l'Académie, parce que cette analyse a été faite avec des précautions minutieuses, et que la quantité considérable de sueur sur laquelle il m'a été possible d'opérer, donnait à la recherche une garantie d'exactitude difficile à réaliser. De plus, à côté d'un résultat négatif, l'absence de quinine dans la sueur pendant la durée de l'absorption apparaît comme une confirmation de la spécificité d'action des glandes sur les principes tenus en dissolution dans le sang. » (M. Caventou, rapporteur.)

— M. Jules Lépine adresse une note sur un nouveau médicament, le *casuarina equisetifolia*. (Commissaires : MM. Trousseau et Guibourt.)

— M. le docteur Anselmier prie l'Académie de recevoir le dépôt d'un pli cacheté renfermant l'énoncé de recherches sur les calculs des voies urinaires. (Le dépôt est accepté.)

Legs de M. Amussat. — M. Lucien Boyer adresse, au nom de M. Amussat père, la lettre suivante, dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture :

« Monsieur le secrétaire perpétuel,

» Mon fils le docteur Amussat, dont la mort récente est venue attrister si cruellement ma vieillesse, n'avait jamais oublié l'honneur sans autre exemple que l'Académie de médecine lui avait fait en l'admettant dans son sein avant même qu'il eût obtenu le diplôme de docteur. C'est à cet insigne encouragement, c'est à la bienveillance soutenue de l'Académie qu'il attribuait pour la plus grande part les succès qu'il lui a été donné d'obtenir dans la carrière médicale. Sa famille a toujours partagé sa profonde gratitude pour l'Académie, et elle considère comme un devoir de lui adresser ses remerciments pour les sentiments de regret dont elle a déposé l'expression sur sa tombe, par l'organe éloquent de l'honorable baron Larrey.

» Mon fils avait toujours eu l'intention de laisser à l'Académie un témoignage de sa reconnaissance et de son affection. La rapidité de sa

maladie ne lui a point permis de réaliser lui-même ses volontés; mais nous les connaissions, et nous tenons à honneur de les exécuter. Je viens donc aujourd'hui, entouré de mes enfants, prier l'Académie de vouloir bien accepter de sa part une rente annuelle de 500 francs, destinée à la fondation, en son nom, d'un prix de chirurgie expérimentale à décerner tous les deux ans.

» Conformément à ses intentions, les travaux présentés pour l'obtenir devraient être appuyés sur des recherches faites sur le cadavre et sur les animaux vivants.

» Dans l'espérance, etc. *Signé* Jacques-Nicolas AMUSSAT,

« Ancien chirurgien de l'hôpital de Saint-Maixent.»

La lecture de cette lettre est accueillie avec de nombreuses marques de sympathie.

Nouveau forceps. — M. Mattei présente à l'Académie un forceps qu'il a déjà décrit dans son ouvrage sur l'accouchement physiologique, mais qui n'avait pas encore été appliqué sous les yeux de personnes éclairées.

Aujourd'hui, dit M. Mattei, que je l'ai appliqué huit fois dans mon dispensaire, sous les yeux d'un grand nombre de médecins, et en ville, sous les yeux de MM. les docteurs Martin-Lauzer et Léger, je puis dire qu'il remplit exactement les indications que je lui ai assignées dans mon ouvrage. Voici, du reste, en peu de mots, les avantages qu'il a sur les instruments de ce genre :

1° Les forceps qu'on emploie, en France surtout, sont très-volumineux, et par conséquent d'un transport incommode. Les forceps anglais et ceux dont on peut briser les branches obvient jusqu'à un certain point à cet inconvénient, mais ils en offrent d'autres non moins considérables. Mon forceps, sous le rapport du volume, est un véritable instrument de poche, quand on sépare surtout le manche de la cuiller.

2° Les forceps ordinaires, par la longueur de leurs manches et les crochets où l'on prend le point d'appui pour faire les tractions, compriment d'autant plus la tête qu'on est obligé d'augmenter cette traction. Mon forceps, au contraire, la saisit suffisamment pour l'empêcher de glisser sans augmenter beaucoup la compression. La douille qui unit les deux branches sert de point d'appui à la main comme les deux oreilles que Nægelé avait placées près de l'entablement de son forceps.

3° Les forceps ordinaires ont les cuillers longues et peu concaves, de manière que quand on fait des tractions, il faut serrer fortement la tête pour qu'elle garde le milieu de ces cuillers, ou bien elle glisse et n'est arrêtée que par leur extrémité. Dans ce dernier cas, le diamètre que produit l'écartement des branches de l'instrument est encore plus grand que celui de la tête. Le col et la vulve sont distendus par les bords saillants de l'instrument et ramenés à une forme rectangulaire, ce qui est douloureux et peut exposer quelquefois à des déchirures. Mon forceps obvie à ces inconvénients par des cuillers un peu moins longues et surtout plus concaves.

4° La largeur de la fenêtre que présente chaque cuiller est trop grande pour les usages ordinaires du forceps, et quand on a affaire à une vulve étroite ou à un col non entièrement dilaté et qu'on doit préalablement introduire les quatre doigts comme on le conseille, l'application devient douloureuse et quelquefois assez difficile. Mon forceps obvie à cet inconvénient par une largeur moindre de la cuiller, que l'on dirige, du reste, sur deux doigts seulement.

5° Les forceps qu'on a employés jusqu'ici, tant en France qu'à l'étranger, ont une articulation mathématiquement arrêtée d'avance, et à laquelle il faut toujours arriver avant de pouvoir faire des tractions. Or, il arrive assez souvent que l'espace qui reste entre la surface du bassin et la tête du fœtus n'est pas assez grande pour permettre un libre jeu aux cuillers. On a beau les pousser en arrière, en avant, sur les côtés; on a beau les faire tourner sur leur axe, on ne peut pas les articuler. Il faut alors retirer l'instrument pour le placer autrement, ce qui est pénible pour la femme et pour l'accoucheur lui-même. Mon forceps obvie à cet inconvénient en donnant à l'instrument une articulation mobile que l'on peut placer là où l'exige le cas. Chaque cuiller est glissée naturellement là où il y a le plus de place vide, ce qui n'est pas douloureux. Lorsque les deux branches sont suffisamment bien appliquées sur la tête pour ne pas glisser, ce que l'on reconnaît par la direction extérieure des manches et la traction partielle de chaque branche, on arrête l'articulation.

6° Pour appliquer les forceps ordinaires, on est obligé de placer la femme sur les bords du lit, de la faire soutenir par des aides. L'application de mon forceps, au contraire, se fait presque toujours sans déranger la femme de son lit; tout au plus s'il faut quelquefois lui soulever le siége au moyen d'un support.

7° L'articulation des branches de mon forceps pouvant être descendue très-bas, l'instrument conserve assez de longueur pour être appliqué jusque sur le détroit supérieur. Je crois cependant que là où un vice de conformation retient la tête au-dessus de ce détroit et oppose de grands obstacles à son engagement, il faudrait avoir recours à un forceps plus résistant. Ces cas, qu'on peut prévoir à l'avance, sont nécessairement pathologiques, et ils exigent du reste assez souvent l'application du céphalotribe. Les faits viendront prononcer, mais jusqu'ici je n'ai pas encore rencontré de cas où j'aie dû renoncer à mon forceps pour extraire la tête avec un autre de ces instruments.

Cet instrument a été habilement confectionné par M. Mathieu.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, lit deux rapports :

1° Sur une eau minérale découverte dans le domaine de Saux, commune de Decise (Nièvre). La commission conclut qu'il n'y a pas lieu, *quant à présent*, d'accorder l'autorisation demandée, tant que des travaux sérieux n'auront pas permis de constater à la source même la composition chimique réelle de cette eau minérale.

2° Sur l'eau minérale alcalino-ferreuse de Chabetout près d'Issoire (Puy-de-Dôme).

La commission propose de répondre à M. le ministre que tout milite pour que l'autorisation d'exploiter l'eau de Chabetout au point de vue médical soit accordée lorsque les travaux de captage auront été également exécutés par les hommes de l'art. (Adopté.)

LECTURE.

Albuminurie. — M. Vernois lit en son nom et au nom de M. A. Becquerel un mémoire dont voici le résumé.

Dans ce travail, disent les auteurs, nous avons pour but :

1° De déterminer les principales espèces d'albuminurie;

2° De préciser la cause directe et positive du passage de l'albumine dans les urines;

3° D'étudier les influences générales qui produisent la modification accidentelle ou permanente des reins; sous l'influence desquelles l'albumine apparaît dans les urines;

4° De démontrer l'importance des recherches précédentes dans le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette maladie.

Le mot *albuminurie*, d'après son étymologie même, indique qu'il s'agit de la présence de l'albumine au sein de l'urine.

L'albuminurie se présente sous trois variétés bien distinctes, qui sont les suivantes :

1° Elle est la conséquence de la présence du sang dans l'urine (des causes nombreuses peuvent produire ce résultat);

2° Elle est due au mélange du pus à l'urine;

3° Enfin, elle est le résultat d'une sécrétion anormale des reins, ou, si l'on veut, un produit direct d'un état anatomique accidentel ou permanent de ces organes. C'est là l'albuminurie proprement dite : c'est à ce seul état qu'on doit en réserver le nom, et c'est le seul que nous étudions dans ce travail.

De l'albumine proprement dite. — Comment se fait-il que l'on trouve de l'albumine au sein de l'urine? Un premier fait est déjà acquis à la science, c'est que cette albumine se produit en même temps que l'urine, et par conséquent qu'elle est un produit de la sécrétion des reins. Mais comment se fait-il que l'albumine, qui provient évidemment du sang, traverse les reins, et rien que les reins? C'est là ce qu'on n'a pas encore pu expliquer d'une manière satisfaisante.

Les théories proposées à cet égard rentrent toutes dans les deux propositions que voici :

1° L'albumine passe à travers les reins, parce que le liquide auquel elle est empruntée, c'est-à-dire le sang, est modifié, ou, mieux encore, parce que ce principe immédiat lui-même a subi une modification quelconque qui lui permet de filtrer ainsi à travers la trame des reins;

2° L'albumine est le produit d'une lésion des tissus sécrétants, d'une modification quelconque des reins (connue ou inconnue dans sa nature), ouvrant la porte au passage de l'albumine, qui ne pouvait s'opérer dans d'autres circonstances.

Les auteurs examinent successivement dans leur travail, et avec de longs développements ces deux hypothèses. Ils combattent les diverses opinions qui se rapportent à la première; et parmi les opinions émises à l'égard de la seconde, ils admettent celle qui considère l'albuminurie comme étant toujours le résultat d'une modification quelconque survenue dans le tissu sécréteur des reins. C'est, disent-ils (après toutes réserves faites en faveur de quelques cas rares et très-exceptionnels où le sang est peut-être primitivement altéré), à cette opinion que nous nous rangeons, et notre mémoire est surtout destiné à en démontrer la réalité.

Nous allons en effet prouver qu'il y a toujours, non-seulement une lésion des reins, quand il existe une albuminurie, mais encore que cette lésion n'est pas toujours la même. Elle peut en effet se rattacher à deux catégories de faits bien distincts.

La première renferme les cas dans lesquels cette lésion est passagère, accidentelle et parfaitement susceptible de guérison. Elle correspond aux cas nombreux d'albuminurie éphémère que l'on rencontre tous les jours.

La deuxième catégorie comprend les cas dans lesquels la lésion des reins est permanente, durable et tout à fait au-dessus des ressources de l'art. Elle correspond à l'albuminurie chronique, sans retour possible à la santé, et embrasse tous les faits de maladie de Bright proprement dits.

L'étude de ces deux catégories de faits, qui constitue la partie essentielle de ce travail, ne pouvant être résumée, nous en ferons l'objet d'une publication à part dans le numéro prochain.

Des altérations du sang dans les diverses espèces d'albuminurie. — Tel est le titre du deuxième chapitre de notre travail. Nous cherchons à y démontrer les trois propositions suivantes, qui toutes sont appuyées sur des analyses complètes du sang faites, soit dans la maladie de Bright aiguë (hyperémie des reins), soit dans des maladies de Bright chroniques.

1° Tout passage un peu considérable de l'albumine du sang dans les urines, ou bien tout passage de ce principe immédiat persistant pendant un certain temps, produit nécessairement la diminution de proportion de l'albumine du sang.

2° La diminution de proportion de l'albumine du sang, bien que légère, peut déterminer l'apparition d'une hydropisie, si cette diminution s'est opérée rapidement.

3° La diminution de proportion de l'albumine du sang a besoin d'être beaucoup plus considérable pour produire des hydropisies quand cette diminution s'est opérée lentement que quand elle a eu lieu rapidement.

Dans vingt cas de maladie de Bright aiguë, la moyenne générale de l'albumine contenue dans 1,000 grammes de sang est, en nombre rond, de 60 grammes au lieu de 70, nombre moyen. C'est donc une différence de 10/1,000; ce qui est beaucoup, et ce qui explique parfaitement la production des hydropisies, quand surtout on tient compte de la rapidité avec laquelle cette déperdition a eu lieu.

Dans vingt-quatre cas de maladie de Bright chronique, la quantité moyenne d'albumine contenue dans 1,000 grammes de sérum de sang est de 55 en nombre rond, au lieu de 70 dans l'état normal, et 60 dans la maladie de Bright aiguë. Cette diminution est considérable.

Quel est le mécanisme de la production des hydropisies dans ces deux séries de faits? C'est ce que nous avons étudié, et ce que nous avons cherché à démontrer, en nous appuyant sur cinq ordres de faits qui sont exposés avec développement dans notre travail.

La troisième partie de notre mémoire est destinée à étudier la composition des liquides qui constituent les hydropisies dans les diverses espèces d'albuminurie.

Elle est consacrée au développement et à la démonstration de la proposition suivante :

La composition des liquides constituant les hydropisies avec albuminurie, est en rapport avec la composition du sérum du sang des individus qui en étaient atteints.

Il résulte, en effet, de nos analyses que la composition du sérum constituant les hydropisies symptomatiques des diverses espèces d'albuminurie diffère notablement de celle des hydropisies symptomatiques d'un obstacle à la circulation (*Maladies du cœur*, cirrhose du foie). Ce liquide, dans le premier cas, est bien moins riche en albumine et en parties solides que dans le deuxième cas. L'eau, par conséquent, y est bien plus abondante.

Sur 1,000 parties de sérosité infiltrée ou épanchée, il y a eu 15 d'albumine dans le liquide du tissu cellulaire, 16 dans le liquide de l'abdomen et 14 dans celui des plèvres. On voit que tous ces nombres diffèrent fort peu entre eux et que les différences sont assez insignifiantes pour qu'on n'en tienne pas compte. Admettons donc 15/1000 pour moyenne au lieu de 28/1000 dans les hydropisies symptomatiques d'obstacles mécaniques à la circulation du sang.

La quatrième et dernière partie de notre travail est consacrée à la thérapeutique. Il était, en effet, important de démontrer que les principes que nous avions établis dans cette étude des diverses espèces d'albuminurie avaient une importance pratique très-sérieuse. Nous avons donc cherché à montrer l'influence que ces notions pouvaient exercer sur le traitement des maladies dans le cours desquelles survenait l'albuminurie, et quelles étaient les indications qu'elle présentait dans les cas nombreux où ce phénomène morbide constituait toute la maladie.

Cette partie ne saurait être résumée.

— La séance est levée à quatre heures moins un quart.

CORRESPONDANCE.

Sur les inondations.

La Ferté-Gaucher, 19 juin 1856.

Monsieur le Rédacteur,

Je crois devoir réfuter des erreurs échappées à M. le docteur Champouillon dans un article de la *Gazette des Hôpitaux* du mardi 17 juin 1856, *sur les inondations*. Il n'est pas possible de laisser sans réponse les assertions d'un homme de cette valeur scientifique, alors qu'elles froissent l'exactitude.

Il s'agit du drainage :

M. Champouillon reconnaît au drainage deux effets précieux, *l'assainissement et la fertilité*; il ajoute que, *dans un moment donné, il contribue pour sa part aux inondations fluviales.*

Ceci est entièrement contraire à la doctrine et aux faits, *et si quelque chose peut empêcher le débordement des rivières, c'est à coup sûr le drainage.*

Les idées que je vais émettre, avant d'être les miennes propres, confirmées par l'expérience, ont appartenu aux meilleurs maîtres en cette matière : MM. Leclerc, en Belgique; Barral, rédacteur en chef du *Journal d'agriculture pratique*, et les draineurs les plus fameux de l'Angleterre.

Il est prouvé qu'en outre de ses effets d'*assèchement* (expression impropre de M. Champouillon) le drainage agit en aérant la terre, en la divisant, en faisant du sol le plus compacte *une éponge.*

Or, qu'arrive-t-il si l'on jette de l'eau sur un marbre? Elle s'écoule tout d'un coup, comme cela a lieu sur les terres imperméables non drainées de la Sologne, de la Bresse, etc. : de là des inondations, des débordements de rivières.

Si, au contraire, on laisse tomber la même quantité de liquide sur un sol léger et meuble, comme il l'est après le drainage, il pénètre entre ses cellules et ne s'échappe que peu à peu, retenu qu'il est par les pores et la capillarité.

Les terres à fond perméable, c'est-à-dire celles qui sont non pas drainées, mais assainies par la nature, ne laissent pas couler d'eau à leur surface.

Par le drainage, les eaux superflues s'écoulent peu à peu; il en résulte que, les pluies arrivant, la terre peut en absorber une énorme quantité, qu'elle laisse ensuite passer graduellement et paisiblement pendant de longs jours, etc. Il est inutile d'en dire plus.

Je m'arrête, et prie mon très-honoré confrère de me pardonner cette opposition; il le fera, car il écrit aussi dans le seul intérêt de la science et de la vérité. J'ai cru devoir détruire ces assertions, d'autant plus dangereuses qu'elles ont échappé à la plume d'un homme éminent.

Agréez, etc. Amédée JOUX.

La souscription pour les inondés, que nous avons mentionnée sous le nom des professeurs et médecins du Val-de-Grâce, provient seulement de l'École impériale de médecine et de pharmacie militaire.

Dans cette somme, n'est pas compris le produit de la souscription des médecins de l'hôpital étrangers à l'École.

— M. le docteur D. Bernard, chargé par l'Académie de Toulouse de prononcer l'éloge de M. Viguerie, s'est acquitté de ce pieux devoir dans la dernière séance de cette Compagnie. Pendant près d'une heure il a raconté cette vie toute de science et de dévouement, sans que l'attention de ses auditeurs ait été un instant fatiguée. On aimait à retrouver dans cette biographie écrite avec autant d'esprit que de sentiment, de nombreux souvenirs de ce célèbre chirurgien dont la mort a été un deuil public, et qui a laissé de si unanimes regrets dans toutes les classes de la population. (*Journal de méd. de Toulouse.*)

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 76. — SAMEDI 28 JUIN 1856. (29e ANNÉE.) N° 76. — SAMEDI 28 JUIN 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Broncho-pneumonie suivie de phthisie aiguë et d'emphysème sous-cutané du côté gauche du thorax.

Il s'est présenté le mois dernier, dans le service de M. le professeur Rostan, à l'Hôtel-Dieu, un fait qui présente, sous le rapport des difficultés du diagnostic et des lésions anatomo-pathologiques constatées après la mort, un très-grand intérêt. Il s'agit d'un emphysème partiel, circonscrit aux parties supérieures du thorax et à la région cervicale d'un seul côté, emphysème survenu au début d'une phthisie, sans qu'aucune lésion pulmonaire appréciable par l'examen stéthoscopique le plus attentif pût en faire soupçonner l'origine et le mécanisme, et dont l'autopsie seule a pu révéler le mode de production insolite.

Ce fait a été communiqué à la Société médicale des hôpitaux, au nom de M. le professeur Rostan, par M. le docteur de Beauvais, chef de clinique. Nous en empruntons la relation, ainsi que les commentaires qui la suivent, à l'organe de cette Société.

Joseph T..., âgé de trente-deux ans, entre le 6 mai dernier à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Rostan (salle Sainte-Jeanne, n° 8). Cet homme, d'une apparence assez chétive, quoiqu'*il* assure n'avoir jamais été malade, accuse du malaise depuis le 30 mars. Il a commencé par ressentir une douleur sourde et continue dans la région sous-claviculaire droite, sans toux ni expectoration. Son appétit, ses forces, son courage ont diminué dès ce moment, et il s'est vu obligé de cesser ses occupations. Peu de temps après, il est pris d'une diarrhée qui persiste pendant quinze jours. Cinq jours avant son entrée à l'hôpital, il est atteint, pour la première fois, d'une infiltration des membres inférieurs remontant jusqu'aux genoux, sans avoir éprouvé antérieurement de gêne pour respirer, ni de battements de cœur appréciables. Enfin, le 5 mai, la veille de son entrée, il est pris d'un frisson assez intense, de fièvre et de toux.

Le 7 mai, en l'absence de M. Rostan, M. de Beauvais examine le malade. Il est tout d'abord frappé de son habitude extérieure. La face paraît bouffie, le teint terreux et livide, l'expression du visage anxieuse, sans stupeur. Le thorax est soulevé par des mouvements précipités et incomplets. Les deux jambes sont infiltrées jusqu'à leur partie moyenne. Le malade se plaint d'une oppression et d'une toux fatigante, accompagnées de douleurs vagues dans la poitrine.

Voici ce que donne l'examen de l'appareil respiratoire :

La cage thoracique est bien conformée ; elle paraît plutôt dilatée qu'affaissée. La percussion de la partie antérieure, sous les clavicules, donne un son assez franc et pur des deux côtés.

La partie postérieure du poumon droit donne, en bas, de la submatité ; à gauche, même signe dans la fosse sous-épineuse.

A l'auscultation, on perçoit des râles sibilants et des râles muqueux, surtout en arrière. A droite et à la base, il existe latéralement du râle sous-crépitant, très-fin, surtout dans l'inspiration ; à gauche, râle sous-crépitant plus gros dans la fosse sous-épineuse.

La respiration est accélérée, un peu bruyante ; l'expectoration muqueuse incolore, assez aérée, non visqueuse.

Pouls à 96 ; peau chaude et sèche ; langue blanche, humide ; inappétence ; céphalalgie légère, insomnie ; malaise général.

M. de Beauvais diagnostique une broncho-pneumonie, et prescrit en conséquence : saignée de 250 grammes, gomme sucrée, deux bouillons.

Le 8 mai, M. Rostan confirme ce diagnostic, et ordonne une application de ventouses sur le côté droit.

Le 9, le malade a moins d'oppression ; mais la toux et la fièvre persistent. — Nouvelle saignée de 250 grammes ; puis, les jours suivants, potion gommeuse kermétisée et large vésicatoire entre les deux épaules.

Le malade reste à peu près dans le même état jusqu'au 18, jour où il est surpris, vers quatre heures, après le repas, par un violent accès de suffocation, sans toux ni vomissement. Il sent, dit-il, le sang lui remonter tout d'un coup à la gorge. Il perd connaissance quelques instants ; en même temps il s'écoule une certaine quantité de salive écumeuse par la bouche entr'ouverte. On applique des sinapismes ; tout cesse, et la nuit se passe sans accident.

Le lendemain 19, le malade accuse beaucoup de dyspnée. Sa respiration est fréquente (44 inspirations par minute). La voix est affaiblie, saccadée. Nulle douleur ni sensation particulière éprouvée par le malade du côté de la poitrine.

En examinant la cage thoracique, on est frappé de la différence d'aspect qu'elle présente entre les deux côtés, en avant. A gauche, les creux sous-claviculaire et sus-mammaire sont tendus, comme soulevés, sans changement de couleur à la peau ; à droite, les espaces intercostaux sont apparents et déprimés. La ligne articulaire sternale est effacée à gauche. La main portée sur cette région éprouve la sensation nette d'une crépitation fine, régulière, semblable à celle que donnerait de la poudre d'amidon écrasée entre les doigts ; on constate, en un mot, l'existence d'un emphysème sous-cutané dans le creux sus-sternal, à la région inférieure du cou, dans le creux sous-claviculaire, dans l'aisselle, à la partie postérieure gauche et supérieure du thorax, depuis la troisième vertèbre cervicale jusqu'à la quatrième dorsale.

La percussion en avant, surtout vers le sternum, donne une sonorité exagérée, moindre en arrière, dans la fosse sous-épineuse. L'oreille appliquée sur les mêmes points perçoit une crépitation sèche en tout semblable au râle crépitant de la pneumonie. Mais en appuyant légèrement, on entend la respiration à travers cette couche d'air sous-jacente à la peau. L'inspiration est brève, rapide ; l'expiration simule un bruit de roucoulement.

La toux n'offre aucun caractère particulier ; elle n'augmente point l'emphysème. Diarrhée, faiblesse croissante.

Le même état persiste le 20 et le 21.

Le 22, l'emphysème se concentre à la partie supérieure du thorax, et surtout à la région latérale et gauche du cou ; la crépitation est plus forte, les bulles paraissent plus volumineuses. Le malade s'affaiblit de plus en plus.

Nouvel accès de suffocation le 23.

Le 24, après une nuit très-agitée, avec respiration anxieuse, dyspnée considérable, toux pénible, l'emphysème ayant augmenté et s'étendant davantage vers le cou, mais toujours limité au côté gauche, le malade finit par succomber.

En présence des conditions pathologiques au milieu desquelles s'était produit cet emphysème et des circonstances insolites qu'il a présentées dans sa marche, survenant rapidement sans avoir été précédé ni accompagné de douleur vive, ni de dyspnée croissante, sans épanchement d'air dans les plèvres, sans gangrène pulmonaire, sans caverne préalable, le diagnostic précis des lésions qui s'étaient produites dans cette dernière phase de la maladie de Joseph T... devenait presque impossible. Quelle était la cause de cet emphysème, par quel mécanisme s'était-il opéré? Dans quel point spécial de l'organe pulmonaire s'était-il établi une communication anormale avec l'extérieur de la cage thoracique? C'étaient autant de questions insolubles par l'analyse seule des phénomènes observés pendant la vie. Il n'y avait que l'autopsie qui pût en donner la clef.

Voici ce qu'elle a révélé :

L'ouverture de la poitrine est pratiquée avec précaution de manière à laisser les deux plèvres intactes. La première chose qui frappe les yeux est la présence de bulles d'air qui se dessinent distinctement sous la séreuse. En ouvrant les cavités pleurales par des pressions ménagées, on constate que le poumon gauche remplit à peu près exactement sa loge. Il est libre d'adhérences ; point d'épanchement. Du côté droit, au contraire, le poumon a contracté des adhérences solides au niveau de l'angle des deux premières côtes dorsales. Dans le reste de son étendue, il est libre aussi dans la cavité pleurale.

Après avoir enlevé la portion des côtes qui recouvrent en avant les poumons, on constate qu'il n'y a aucune trace d'inflammation

---

BIBLIOGRAPHIE.

De l'art du dentiste au point de vue de la pratique médicale, par M. le docteur H. GODET (1).

Faire ou dire quelque chose de nouveau a toujours été un des grands besoins des hommes, et le spectacle des grandes découvertes modernes a généralisé cette tendance des esprits à notre époque plus peut-être qu'à aucune autre : il nous faut du nouveau, n'en fût-il plus au monde. On ne laisse plus au génie le soin de faire des découvertes, chacun veut faire la sienne.

Les médecins, malgré la difficulté des problèmes que leur pose la nature, ou peut-être à cause de l'obscurité même qui environne les éléments de leur solution, n'ont pas résisté à l'entraînement général ; et, quand on voit avec quelle rapidité dans notre science les opinions anciennes sont abandonnées pour faire place à des idées nouvelles, on est porté à craindre que bien des découvertes ne vivent pas assez pour mûrir.

Chacun veut explorer quelque région inconnue du domaine scientifique, et des champs déjà cultivés et qui pourraient être encore fertiles restent abandonnés.

De temps en temps cependant on voit des travailleurs consciencieux ajouter une nouvelle pierre à de vieux édifices qu'on oubliait d'achever. M. Godet paraît être un de ceux qui ont choisi ce rôle si utile à la science. La *Thèse sur l'art du dentiste au point de vue de la pratique médicale* appelle l'attention sur des questions trop généralement négligées des élèves et même des praticiens, et il expose la solution de plusieurs d'entre elles d'une manière qui dénote une étude approfondie de son sujet.

Dans une première partie de son travail, M. Godet expose les principaux phénomènes physiologiques et pathologiques qui coïncident avec l'éruption des dents. A propos des accidents qui accompagnent si souvent leur évolution dans la première dentition, il appelle surtout l'attention sur la manière dont on doit se conduire quand on veut favoriser leur éruption par des incisions sur les gencives. L'incision des gencives, lorsqu'elle est faite à propos, dit M. Godet, peut faire cesser presque subitement des phénomènes morbides qui résistaient à tous les autres moyens. La gencive rougie, tuméfiée, chaude, sensible au toucher et laissant voir par un point plus blanc l'endroit soulevé par la couronne de la dent en voie d'éruption fournit les indications de l'opération.

L'inquiétude, l'irritabilité des enfants, la chaleur de la muqueuse buccale, et leur empressement à porter à la bouche et à mordre des corps de diverse nature, mettent sur la voie de la cause des troubles variés qu'ils présentent. Parmi ces troubles, les symptômes nerveux occupent la première place, les convulsions sont assez fréquentes, et on observe souvent de la diarrhée et de la salivation. M. Godet est d'avis qu'on doit arrêter la diarrhée dès qu'elle devient très-abondante ; quant à la salivation, elle est utile, et on ne doit rien faire pour l'empêcher ; elle s'accompagne parfois d'engorgements ganglionnaires qu'il ne faut pas confondre avec les adénites de la scrofule.

Pour pratiquer la petite opération qui doit hâter la terminaison de ces phénomènes, M. Godet donne la préférence à l'incision elliptique ; les bords de cette incision ont, en effet, peu de tendance à se réunir, ce qui arrive parfois, contrairement à l'intention du chirurgien, lorsqu'on a fait l'incision cruciale. L'instrument qu'il conseille d'employer est un petit ténotome recourbé, mousse à la pointe, et tranchant seulement dans une étendue de 2 à 3 centimètres.

Il passe ensuite en revue les modifications que certaines maladies de l'enfance impriment aux dents. Une des plus remarquables consiste dans ces vices de nutrition occasionnés par les maladies fébriles d'une certaine durée qui surviennent au moment de la seconde dentition, et qui, par les stries et les points noirâtres qu'ils laissent sur la couronne, permettent au médecin de faire en quelque sorte un diagnostic rétrospectif, et d'affirmer que l'individu qu'il examine a eu quelque maladie de longue durée pendant son enfance.

Ce n'est pas seulement pendant leur évolution que les dents peuvent être affectées par les maladies générales ; M. Godet a vérifié le fait signalé par Woffendale et par bien d'autres auteurs après lui, de la coloration jaune des dents sur les sujets affectés d'ictère. Il a observé aussi la teinte bronzée des dents des cholériques, signalée à l'Académie par M. Bégin.

Cet exposé des phénomènes physiologiques et pathologiques qui accompagnent l'évolution des dents, se termine par deux tableaux empruntés, l'un à M. Desirabode et l'autre à M. Cruveilhier, et indiquant les époques d'éruption des différents groupes de dents pour la première dentition et pour la seconde ; on y trouve quelques considérations sur les phénomènes qui accompagnent l'éruption des dents de sagesse.

Cette première partie, présentée sous une forme aphoristique, est très substantielle. Elle mériterait cependant de plus grands développements ; mais l'auteur avait hâte d'arriver à la partie anatomique, qu'il a traitée avec un soin particulier, et qui suffirait en effet pour faire de sa thèse une œuvre originale et utile. Dans ce chapitre, l'auteur insiste sur deux points. Il rappelle d'abord la relation qui existe entre les dents et le rebord alvéolaire, qui s'amincit et disparaît lorsque les dents sont enlevées. De là plusieurs préceptes importants, comme celui de respecter les dents d'un maxillaire, à mesure qu'elles sont plus rares, et de ne pas arracher prématurément les dents de la première dentition. La conservation de certaines dents sur un maxillaire déjà considérablement dégarni peut, en effet, le préserver de cette déformation sénile bien connue qui tend à ouvrir l'angle que fait

(1) Brochure in-4° de 68 pages. Prix : 2 fr. Chez Leclère, rue de l'Ecole-de-Médecine, 12.

ni de perforation des espaces intercostaux. Les poumons, le larynx, la trachée, l'œsophage sont extraits ensemble. Le médiastin contient aussi une notable quantité d'air qui crépite et se déplace par bulles sous le doigt, en remontant vers la racine du cou. La face antérieure de la trachée, sur son côté gauche principalement, offre ce même phénomène dans toute sa hauteur. On retrouve de l'air infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané du thorax, à gauche et en avant, en arrière dans la région de l'omoplate, au cou principalement et dans l'aisselle. Les poumons sont volumineux, d'une couleur bleuâtre; ils ne s'affaissent pas sensiblement à l'ouverture de la poitrine. La plèvre pulmonaire est soulevée par une myriade de granulations miliaires blanchâtres. Mais en aucun point on ne voit de l'air épanché sous la séreuse. L'appareil pulmonaire ayant été plongé tout entier dans l'eau, on l'insuffle. L'air s'échappe immédiatement en bouillonnant par le poumon droit, dans le point où les adhérences solides, ayant été rompues, ont par suite déterminé une solution de continuité artificielle. On le laisse flotter au-dessus du liquide. C'est alors qu'on voit manifestement l'air s'échapper par bulles assez grosses, mais moins précipitées, au niveau de la racine des bronches. Un examen attentif fait reconnaître l'altération pathologique suivante :

Au-dessous de la bifurcation de la trachée, on rencontre une cavité de forme triangulaire, complétement vide et affaissée, de la grandeur d'une pièce de 5 francs, bornée en avant par une membrane fibreuse d'un gris rougeâtre, qui s'insère sur la partie inférieure de la trachée par son sommet, par ses côtés aux deux bronches, par sa base à un gros ganglion logé entre ces deux bronches, de couleur noirâtre, d'apparence et de consistance tuberculeuse. Cette paroi offre deux pertuis assez étroits au niveau de la bronche gauche : c'est par là que l'air s'échappe pendant l'insufflation. En l'incisant, on découvre deux ulcérations siégeant sur la face externe de la bronche droite, vers son milieu. L'une supérieure, fort petite, arrondie, n'ayant compromis que le cerceau cartilagineux et laissé la muqueuse intacte; l'autre inférieure, de la grandeur d'une forte lentille, coupée à pic, communiquant largement avec la trachée.

Le larynx, la trachée, les bronches n'offrent à l'intérieur aucune trace d'inflammation. Une rougeur légère entoure la perforation bronchique. En arrière de la bifurcation de la trachée, il existe une lésion aussi rare que remarquable. L'œsophage, par sa face antérieure, adhère intimement au ganglion sub-bronchique mentionné. En fendant ce conduit à ce niveau, on met à découvert une ulcération froncée, déprimée, ayant presque l'étendue d'une pièce de 20 centimes, sans rougeur, sans inflammation, pénétrant par un trajet fistuleux étroit, infundibuliforme, avec la partie antérieure et gauche de cette cavité accidentelle, aboutissant dans l'intervalle et à la naissance des deux grosses bronches.

Le tissu pulmonaire est œdématié, rempli dans tous ses points de granulations miliaires; point de cavernes.

Sous quelle influence, dans quel ordre, se sont demandé MM. Rostan et de Beauvais, se sont produites ces diverses altérations? L'œsophage a-t-il été le premier théâtre de cette désorganisation? Mais on ne trouve dans aucun point de son trajet d'autre signe d'ulcération; il n'y a pas eu de trouble fonctionnel signalé de ce côté pendant la vie. Quant à la trachée, l'examen attentif des perforations témoigne par l'une d'elles, en voie de production, que le travail ulcératif s'est fait de dehors en dedans.

Restait le ganglion bronchique, dont les connexions avec l'œsophage étaient si intimes. Était-il permis de supposer qu'une portion s'était ramollie, enflammée; qu'un ulcère enkysté s'était formé dans ce point, et avait déterminé successivement l'ulcération de l'œsophage, dans lequel il paraissait s'être vidé, puis la perforation tardive de la bronche droite? Telle est l'opinion à laquelle s'est arrêté M. Rostan. Il pense que l'air épanché sortait d'un point rupturé à gauche et en avant de la paroi fibreuse de cette cavité, au niveau de la bronche correspondante. Enfin c'était probablement pendant l'expiration que l'air s'infiltrait dans les médiastins antérieur et postérieur, et non pendant l'inspiration, comme cela a lieu dans le cas plus ordinaire de communication par rupture d'une caverne. Voici pourquoi : au moment de l'inspiration, la trachée, les bronches descendent, s'allongent; les poumons se dilatent, et les parois, ainsi rapprochées de cette caverne, s'accolaient. Dans l'expiration, au contraire, la trachée remontant, l'œsophage restant fixé, la paroi fibreuse se trouvait soulevée, les pertuis ouverts; l'air s'échappait alors lentement par bulles isolées, intermittentes, et gagnait ainsi, le long du côté gauche de la trachée, la partie supérieure correspondante du thorax et du cou.

De quelques nouveaux cas de contracture rhumatismale intermittente.

Depuis que nous avons publié la dernière leçon clinique de M. le professeur Trousseau sur la contracture rhumatismale intermittente, il nous est arrivé plusieurs communications qui viennent confirmer de tous points ce qui a été dit dans cette leçon touchant l'étiologie, la marche et le traitement de cette maladie. Comme, lorsqu'il s'agit d'introduire dans le cadre nosologique une maladie nouvelle, encore incomplétement déterminée, on ne saurait trop multiplier les faits, et les recueillir surtout à des sources différentes, on nous saura gré de reproduire ceux qui viennent de nous être transmis par nos honorables correspondants.

Voici un premier fait, que nous devons à M. J. Larquet :

Le nommé D..., de la Neuville-lès-Wariguy (Ardennes), âgé de vingt-cinq ans, est d'un tempérament lymphatique. Né d'une mère épileptique, il n'a néanmoins jamais éprouvé d'accidents nerveux. Sa profession de marchand ambulant l'oblige à passer souvent les nuits dans une voiture qu'une simple toile protége contre l'intempérie des saisons. Il habite ordinairement au bord de l'eau une maison froide et humide, et depuis l'âge de vingt ans il a eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu.

Le 26 septembre 1854, pendant la meurtrière épidémie de choléra, à l'occasion de laquelle il avait été envoyé en mission, M. Larquet fut appelé auprès de D., qu'il savait être en pleine convalescence d'un choléra assez intense, et chez lequel l'appétit et les forces étaient en partie revenus. Voici ce qu'il constata : les deux mains étaient dans la flexion, les avant-bras dans l'extension, les doigts fortement contractés l'un contre l'autre, le pouce appliqué contre la face palmaire des autres doigts. Cet état, qui avait été précédé de fourmillements et de picotements, durait depuis cinq heures; il avait soudainement débuté. Le malade ressentait une sensation pénible de froid, bien qu'au toucher il n'y eût pas un abaissement sensible de température. Le pouls était large, dur et fréquent. Le moral de D... était très-affecté; ces contractures avaient jeté l'effroi dans son esprit.

Les inhalations d'éther, les frictions avec l'essence de térébenthine n'amenèrent aucune amélioration; mais une saignée du bras de 500 grammes fit disparaître jusqu'à la plus petite trace de la maladie, qui depuis n'a pas récidivé.

— Le fait suivant, observé par M. le docteur Depautaine (de Gondrecourt), présente avec le précédent de très-grandes analogies.

Le 5 février 1855, D..., ouvrier forgeron, vient me consulter, dit notre confrère. Cet homme, d'un tempérament lymphatique, se plaint de douleurs épigastriques sourdes mais continuelles. Depuis trois semaines environ il a de la diarrhée. A peine a-t-il mangé qu'il éprouve le besoin d'aller à la selle. Sous l'influence d'un vésicatoire à l'épigastre, d'un purgatif salin et de quelques pilules d'extrait gommeux d'opium, la diarrhée s'arrête.

Le 8, le malade vient me voir pour me faire part de ce résultat; mais en même temps il m'annonce qu'il éprouve une grande faiblesse; que depuis le commencement du traitement il a perdu l'appétit. Tandis qu'il me parle, je regarde ses mains, sur lesquelles on voit de gros cordons veineux bleuâtres. Je découvre ses bras, les veines céphalique et basilique sont énormes; tout le système veineux du tronc, du cou et de la tête est gonflé outre mesure. Immédiatement je propose une saignée; mais cet homme, imbu du préjugé qu'on ne doit *jamais tirer de sang* aux individus qui travaillent dans les forges, refuse avec obstination. Je lui prescris alors un purgatif à prendre immédiatement; frictions sèches sur tout le corps; un grand bain. Le malade ne tient aucun compte de mes prescriptions; car à peine rentré chez lui il mange beaucoup, boit un litre de vin et se couche.

A trois heures du matin on vient me chercher en toute hâte, et je trouve le malade dans l'état suivant : figure grimaçante, intelligence conservée, voix un peu affaiblie. Les bras sont *retournés* en dehors, ainsi que les mains; les pouces fortement fléchis et crispés dans la paume de la main, les doigts fléchis sur les pouces; les cordons veineux ont doublé de volume depuis la veille; les muscles se contractent avec force et forment des nœuds qui semblent fuir par moments.

Le malade exprime ce qu'il éprouve à chaque contraction, en disant qu'il ressent des coups de marteau. Le pouls est sensible; on constate en outre un peu de roideur dans les deux gros orteils, quelques fourmillements dans les jambes.

A mon arrivée, je trouve deux vigoureux gaillards occupés à *détourner* les bras du malade et à mettre ses doigts dans l'extension forcée. Cette manœuvre était, par parenthèse, la seule chose qui soulageât un peu les douleurs atroces de D... et l'empêchât de pousser des cris. Je pratique immédiatement une saignée de 300 grammes; je fais mettre le malade dans un bain pendant deux heures; potion calmante anti-spasmodique. J'obtiens un peu de rémission en ce sens que le malade ne ressent plus les *coups de marteau;* mais les bras et les mains restent dans le même état de contracture; fourmillement général sur tout le trajet de la colonne vertébrale. Craignant une nouvelle crise, je propose une nouvelle saignée à laquelle le malade se refuse. Les ventouses et les sangsues sont également rejetées. Nouveau bain de deux heures; une bouteille d'eau de Sedlitz. A la sortie du bain, D... a un nouvel *accès* qui dure deux heures, puis un troisième trois heures après, aussi violent que le premier. Mais le pouls s'est relevé, il est dicrote; la face s'est animée, de pâle qu'elle était. Je prescris un gramme de sulfate de quinine dans 120 grammes d'infusion de fleur d'oranger, à prendre, aussitôt après que l'accès aura cessé, en deux fois à une demi-heure d'intervalle.

A dater de ce moment, D... n'a plus de crise; il va copieusement à la selle; les membres reprennent lentement leur position naturelle, et sous l'influence du sulfate de quinine administré pendant quelques jours, la fièvre tombe. Quelques fourmillements se sont montrés, qui ont cédé aux frictions avec un liniment composé de :

Extrait de belladone.	4 grammes.
Acétate de morphine.	0,30 centigram.
Savon mou.	30 grammes.
Huile d'olive.	30 —

Toutefois, la diarrhée a persisté pendant trois mois environ, et n'a cédé qu'aux toniques amers, à l'emploi des frictions sèches avec la flanelle et à l'usage de chemises de flanelle. Depuis, j'ai revu D... plusieurs fois; il va parfaitement.

---

chaque branche ascendante avec le corps de l'os et à projeter en avant la symphyse. Cette déformation, dite sénile parce qu'elle succède le plus souvent à la chute physiologique des dents, pourrait cependant se présenter chez un jeune homme si une maladie des dents lui en faisait perdre un grand nombre. Tel était le fils d'un baigneur de Douvres, qui, d'après Bew, n'avait jamais eu qu'une canine droite à la mâchoire inférieure et une canine gauche à la supérieure, et qui présentait à la partie inférieure de la face presque tous les traits de la décrépitude; tandis que son front, ses yeux, tout le haut de son visage brillaient de l'éclat et des grâces de la jeunesse.

M. Godet a cherché sur un grand nombre de pièces à reconnaître quelles sont les dents dont la présence influe le plus sur la conservation du bord alvéolaire. C'était là une notion importante à acquérir; car si en conservant ces dents à un maxillaire dégarni on peut en éviter la déformation complète, les dents artificielles pourront parer à la difformité partielle d'une manière satisfaisante, ce qui ne pourrait plus avoir lieu que d'une manière fort imparfaite, si le maxillaire dépourvu de ces dents conservatrices, de sa forme prenait celle qu'il affecte chez les vieillards.

Voici les propositions qu'il a tirées de son expérience :

1° La portion antérieure des maxillaires ne diminue pas de hauteur tant que les canines sont conservées.

2° Des deux parties latérales, lorsque les canines sont conservées, le côté où se trouve une grosse molaire, quelle qu'elle soit, garde toute sa hauteur, tandis que le côté où toutes les grosses molaires manquent s'atrophie considérablement.

3° Il suffit quelquefois de deux incisives pour empêcher le menton de galoche de se produire.

4° Lorsque toutes les incisives et les canines sont tombées, et qu'il ne reste plus que les grosses molaires (ce qui arrive rarement, l'inverse étant la règle), le bord alvéolaire s'amincit considérablement, devient tranchant, mais conserve encore une certaine hauteur qu'il ne perdra qu'après la chute des molaires.

5° Les petites molaires sont, de toutes les dents, celles dont la place disparaît le plus facilement.

Le second point de la partie anatomique consiste dans la solution de ce problème : Une dent étant donnée, comment la reconnaître?

Les descriptions des traités classiques d'anatomie donnent bien les premiers éléments de cette solution, mais la question n'y a pas été envisagée dans tous les détails qu'elle comporte. M. Godet se propose de reconnaître une dent quelconque, une molaire droite d'une molaire gauche, une canine supérieure d'une inférieure, et de résoudre le problème pour les dents de la première dentition comme pour les dents définitives. Il a cherché, en un mot, à s'approprier cette connaissance exacte de la forme des dents qu'une longue habitude donne aux ouvriers mécaniciens qui font des dentiers artificiels, connaissance qui leur permet de reconnaître à première vue une dent, et de la mettre en place avec une précision qui exciterait l'admiration de plus d'un anatomiste. Par une description méthodique des caractères différentiels des dents, il met cette précieuse connaissance à la disposition des médecins, au point qu'après avoir lu son diagnostic différentiel des dents, et en s'aidant d'un peu d'exercice, on arrive facilement à résoudre ce problème.

L'importance de pareilles notions est évidente, et, sans parler des services qu'elles peuvent rendre au médecin légiste, elles sont très utiles dans la pratique chirurgicale.

Si, par exemple, une dent saine a été arrachée pour une mauvaise, par ignorance ou autrement, il est utile de pouvoir la remettre en place, et pour cela il faut connaître parfaitement sa position, c'est-à-dire savoir très-bien distinguer toutes ses faces l'une de l'autre. Si une dent a été brisée, et qu'une racine soit restée dans l'alvéole, c'est par une connaissance exacte de l'anatomie descriptive de la dent, et de sa position dans l'alvéole, qu'on pourra sans tâtonner aller chercher ce débris de racine là où il est.

Je n'entreprendrai pas de résumer la description des dents de l'adulte que donne l'auteur; dans une pareille description, tous les détails ont leur importance. Je me bornerai à renvoyer à sa thèse.

Après le diagnostic différentiel des dents de l'adulte, vient celui des dents de la première dentition; et d'abord M. Godet donne les moyens de distinguer les dents caduques des dents définitives. Cette partie du problème est une des plus importantes; car s'il est nuisible d'ôter prématurément les dents de lait, ce serait une faute bien plus irréparable d'enlever une dent définitive pour une dent caduque. C'est pourtant ce qui est arrivé maintes fois, et plusieurs observations rapportées par M. Godet, d'après Bourdet, Derval, Fauchard, fournissent des exemples remarquables de ces méprises.

Dans cette description des dents de la première dentition, un des faits les plus remarquables, fait énoncé d'ailleurs par le plus grand nombre des anatomistes, c'est que les enfants qui ont encore leurs premières dents sont dépourvus de petites molaires, ou autrement dit, que toutes les molaires de l'enfant sont multicuspidées. Plusieurs anatomistes, et Blandin entre autres, admirent en cela la prévoyance de la nature, qui ne pouvant placer sous le maxillaire peu étendu de l'enfant qu'un nombre de molaires moindre que celui de l'adulte, n'y a mis que les plus utiles, les multicuspidées.

L'auteur termine en annonçant qu'il complétera cette étude de l'art du dentiste dans un travail dont sa thèse n'est que la première partie; il comblerait ainsi une regrettable lacune, que signalait tout récemment ici l'un des honorables rédacteurs de ce journal. Nous l'y engageons d'autant plus qu'il a déjà rendu service au public médical en exposant d'une manière intéressante des faits peu connus de beaucoup de médecins, et dont l'étude peut éclairer l'étiologie d'un grand nombre d'affections chirurgicales ou médicales, et diriger le traitement de difformités pénibles et préjudiciables à la santé générale.

Dr G. BOUDET.

On peut voir dans ces deux nouveaux exemples la confirmation de l'observation faite par MM. Lasègue et Arau, et vérifiées depuis par M. Trousseau, relativement à l'influence d'une diarrhée préalable sur le développement de la contracture rhumatismale. Ces deux faits déposent également en faveur des bons effets de la saignée et du sulfate de quinine préconisés par M. Trousseau.

— La troisième communication que nous recevons sur ce sujet est de M. le Dr Fleurot (de Dijon). Elle ne fait point connaître de fait nouveau de contracture rhumatismale; mais l'auteur a émis sur le diagnostic différentiel de cette affection des considérations qui nous ont paru très-justes, et qui concourront utilement à compléter le tableau historique que nous avons présenté de cette bizarre maladie. Nous laissons parler notre confrère :

« Quelles sont les affections qui, par leurs symptômes, peuvent avoir de l'analogie avec la contracture essentielle des extrémités? Dans certaines affections du cerveau, de la moelle ou des méninges, et surtout chez les enfants, il se produit de la contracture symptomatique qui porte sur les extrémités; le plus souvent elle ne porte que sur un membre ou sur les membres d'un même côté, et elle débute ordinairement par les membres des articulations huméro-cubitales et fémoro-tibiales, tandis que la contracture essentielle débute par les doigts et les orteils. De plus, la contracture symptomatique s'accompagne toujours d'accidents cérébraux, comme délire, perte de connaissance, coma, vertiges, dilatation des *pupilles*, strabisme, convulsions, et elle est presque toujours permanente. Rien de semblable ne s'observe dans la contracture essentielle des extrémités.

» M. Legendre a signalé une forme d'apoplexie arachnoïdienne qui débute par de la fièvre, des accidents convulsifs vers les yeux, laissant du strabisme et de la contracture des pieds et des mains. Cette forme est celle dont les manifestations se rapprochent le plus de la contracture essentielle, et elle ne pourra en être distinguée que par la fièvre et les accidents convulsifs.

» Dans la tuberculisation méningée, on observe quelquefois de la contracture, mais elle est très-fugace, s'accompagne de convulsions et d'altération des fonctions intellectuelles. Du reste, elle est le plus souvent hémiplégique, et nullement douloureuse.

» La vue d'un grand accès de contracture devenue générale pourrait faire penser soit au tétanos spontané, soit à l'épilepsie. Pour éloigner toute idée de tétanos, il suffira de se rappeler qu'il commence toujours par les muscles des mâchoires et du cou; qu'il s'étend ensuite au tronc, et n'atteint les membres qu'en dernier lieu : marche diamétralement opposée à celle de la contracture. Le tétanos est continu, la contracture est intermittente, et il est extrêmement rare qu'elle débute par un grand accès; presque toujours des accès limités aux extrémités auront précédé, et ici les *commémoratifs* seront de la plus haute importance.

» Quant à l'épilepsie, elle s'accompagne de perte de connaissance et d'accidents cloniques qui ne permettent pas de la confondre avec la névrose qui nous occupe. Cependant MM. Hardy et Bébier signalent une sorte d'attaque d'épilepsie incomplète ou modifiée, dans laquelle les membres sont convulsés toniquement, et la perte de connaissance n'est pas entière. Ici, deux caractères tirés de la marche des accès lèveront toute incertitude. L'attaque épileptique débute brusquement, subitement, dure peu et se termine d'une manière rapide, surtout lorsqu'elle est incomplète. La contracture, au contraire, croît et décroît lentement, graduellement, et la durée est toujours de quelques heures.

» Les contractures saturnines n'ont pas l'aspect des contractures essentielles des extrémités; elles sont permanentes, et s'accompagnent d'autres accidents de l'empoisonnement saturnin.

» M. le docteur Imbert-Gourbeyre a rapproché des contractures l'acrodynie et l'ergotisme convulsif. De ces deux maladies épidémiques, la première ne présente presque jamais de contracture, et, dans tous les cas, il y a une rougeur avec gonflement des mains et des symptômes généraux qui ne permettent pas la confusion. Quant à l'ergotisme convulsif, il présente des convulsions cloniques et des douleurs atroces, des altérations de l'intelligence, qui l'éloignent beaucoup de la contracture des extrémités.

» Au résumé, le diagnostic est généralement facile, et les caractères de la contracture des extrémités sont tellement tranchés, qu'il est presque impossible de ne pas reconnaître cette affection quand on l'a vue une fois ou quand on en a lu la description exacte. »

Extraction linéaire d'une cataracte traumatique chez un enfant. — Guérison en vingt-quatre heures.

L'extraction linéaire, imaginée par Jœger, a été dans ces derniers temps l'objet d'un long et consciencieux travail de la part de M. A. de Graefe, de Berlin. Ce procédé consiste dans l'extraction de la lentille opaque à travers une petite incision en ligne droite, pratiquée près de la circonférence de la cornée; par conséquent, il n'est applicable qu'aux cas de cataractes sans noyau, complétement molles, comme le sont en général les cataractes des jeunes sujets et les cataractes traumatiques.

Ce procédé vient d'être appliqué récemment à la clinique de M. Desmarres avec un succès si complet et si rapide, que nous croyons utile de faire connaître ce fait dans tous ses détails. Nous en devons la relation à M. L. de la Calle, chef de clinique de M. Desmarres, et qui a été témoin de l'opération. Nous le laissons parler lui-même.

« Hamet, âgé de quinze ans, demeurant à Boulogne, près Paris, reçut dans l'œil droit, le jour de la naissance du Prince impérial, un pétard qui lui décolla l'iris à la partie inférieure et interne, dans l'étendue d'un centimètre à peu près. A ce niveau l'iris formait une bride très-étroite, oblique de haut en bas et de dedans en dehors, qui flottait dans les différents mouvements exécutés par le globe oculaire.

» Le 17 mars 1856, H... vint pour la première fois à la clinique, et comme l'œil présentait beaucoup d'inflammation, un traitement antiphlogistique fut appliqué. Peu à peu le cristallin, qui était demeuré transparent pendant quelques jours, devint opaque, et la cataracte s'étant complétée, M. Desmarres résolut de la faire disparaître par une opération. Il était disposé à pratiquer la discission de la capsule; mais en réfléchissant à l'âge du malade, à la cause de l'affection, à la mollesse d'une cataracte survenue dans de telles conditions, à l'absence dès lors très-probable de tout noyau, il se décida à employer l'extraction linéaire, opération dont le résultat est beaucoup plus rapide que celui de la discission, et qui devait, pour cette raison, lui être préférée dans le cas particulier. L'opération fut pratiquée le 21 mai.

» Le malade fut couché sur un lit; ses paupières maintenues écartées à l'aide des élévateurs, qui me furent confiés. L'opérateur, placé derrière le malade, saisit la partie interne du globe de l'œil avec la pince à fixer, qu'il tenait de la main gauche. Ceci fait, de la main droite, armée du couteau lancéolaire de Beher, il pratiqua sur la cornée une incision verticale d'un demi-centimètre environ de longueur, vers l'extrémité externe du diamètre transversal de la cornée, et à la distance de deux millimètres à peu près de la circonférence de cette membrane. J'écartai alors les élévateurs le plus possible du globe de l'œil, en ayant soin de n'exercer sur lui aucune pression; un kystitome fut introduit à travers la plaie et la capsule cristalline divisée. On se servit ensuite d'une curette pour faire bâiller les lèvres de la plaie pendant qu'on exécutait de légères pressions avec la pince qui fixait l'œil et avec la curette elle-même pour déterminer la sortie de la cataracte. Celle-ci, complétement molle, comme il avait été reconnu préalablement, commença à sortir par portion et avec une remarquable facilité. Des pressions furent faites dans tous les sens, mais toujours vers la plaie : au bout de quelques instants la pupille fut parfaitement noire, et Hamet reconnut très-bien avec cet œil tous les objets qui lui furent présentés. Quelques bandelettes de taffetas d'Angleterre furent appliquées sur les deux yeux pour assurer l'immobilité des paupières, et l'opéré fut ensuite conduit au lit qui lui était destiné.

» Aucun accident ne survint après cette opération.

» Le lendemain, on retira le taffetas : l'œil était dans un état aussi satisfaisant pour la vision qu'après l'opération; la conjonctive ne présentait pas la moindre rougeur; les lèvres de la plaie, maintenues, grâce à leur peu d'étendue, dans la plus parfaite coaptation, étaient réunies; la chambre antérieure était rétablie. La guérison était obtenue, et elle ne s'est point démentie; aujourd'hui 27 juin, elle reste parfaite. »

Note sur un nouveau bandage herniaire.

Par M. Bourjeaurd, ex-chirurgien de marine.

(Rapport par M. Alph. Guérin.)

Cette note, qui n'a pas pu être lue dans la séance où elle a été présentée, a été renvoyée à une commission composée de MM. Larrey, Deguise fils et moi.

Depuis longtemps déjà plusieurs membres de la Société me pressent d'exprimer l'opinion de la commission sur un bandage herniaire qui ne ressemble en rien aux bandages ordinaires, et dont ils ont pu constater l'efficacité. Si je n'ai pas déposé plus tôt ce rapport, c'est que j'avais une dette plus ancienne, et que j'ai voulu procéder par ordre d'ancienneté.

L'auteur de la note commence par exprimer son opinion sur les bandages en acier, qu'il est loin de regarder comme le dernier terme de la perfection. Vous en jugerez par le passage suivant :

Les bandages, dit-il, consistent en un ressort d'acier plus ou moins rigide, disposé en demi-cercle, dont l'une des extrémités se fixe en arrière sur le rachis, tandis que l'autre, garnie d'une pelote, pressant violemment de dehors en dedans sur les intestins, qu'elle déplace, va presque rencontrer la première contre l'épine. En supposant que la pelote de devant s'applique exactement sur l'anneau et ne se déplace jamais (résultat qui ne s'obtient que rarement), la pression de la peau et du tissu cellulaire par un corps généralement trop dur détermine souvent de la rougeur, des ecchymoses, des excoriations, un état d'irritation et même d'inflammation locale dans toute l'étendue de la peau qui est en contact avec la pelote. Allant plus loin, l'auteur pense que cette pression peut s'exercer sur les intestins et causer les troubles les plus graves des fonctions digestives; puis il ajoute : De grosses veines se trouvant souvent comprimées par la pelote au niveau du pubis, la circulation veineuse est gênée, et le membre abdominal correspondant enfle et s'engorge.

Les glandes de l'aîne sont atteintes dans ces cas, pressées qu'elles sont par le bandage, dont le ressort d'acier a la force brutale et irrésistible d'un étau. Le varicocèle, les varices des membres inférieurs sont aussi des accidents assez fréquents de l'usage des bandages dont on se sert généralement.

Frappé de ces défauts des bandages ordinaires, dont le tableau est, je crois, un peu trop noir, M. Bourjeaurd a imaginé de contenir les hernies au moyen d'un appareil composé d'une ceinture faite avec des bandelettes élastiques d'un demi-pouce de largeur, cousues ensemble, formant par leur réunion un tissu parfaitement uni, fin et solide, et disposées de manière à exercer une compression exacte sur tout l'abdomen, depuis le pubis jusqu'à la pointe du sternum. La force des bandelettes varie selon les cas et les sujets. On peut l'augmenter ou la diminuer à tous les degrés. L'abdomen est ainsi comme encaissé entre les parois d'une large et solide ceinture, qui soutient parfaitement bien les viscères, et joue le rôle d'une sorte de fascia supplémentaire.

A la partie inférieure de la ceinture, et sous elle, précisément aux points correspondant aux anneaux inguinaux, sont attachées deux pelotes creuses, élastiques, recouvertes en peau de chamois. Ces pelotes, remplies d'air, exercent sur les anneaux une douce compression, qui peut être à volonté augmentée ou diminuée en changeant, au moyen d'un petit tube garni d'une vis, la quantité d'air qu'elles contiennent.

Pour obvier au relâchement qu'éprouve tout bandage lorsque le malade s'assied, M. Bourjeaurd ajoute aux pelotes un tube élastique aboutissant à un réservoir d'air qui va s'attacher au bord postérieur et inférieur de la ceinture. De cette communication résulte une pression plus grande sur l'ouverture herniaire, lorsque le malade en s'asseyant laisse reposer le poids de son corps sur la pelote inférieure.

M. Bourjeaurd aurait pu joindre à sa note de nombreuses observations. Quelques-unes, qui ont été recueillies à Londres dans les services de MM. Lawrence, Bransby Cooper, Curling et Stanley, et consignées dans la *Lancette* de 1853, prouvent que l'auteur ne s'est pas abstenu faute de matériaux. Je le remercie de s'en être rapporté aux scrupules de la commission, qui ne pouvait se dispenser de juger par elle-même. Pour ma part, l'essai que j'ai fait des ceintures herniaires en caoutchouc a plus apporté de conviction dans mon esprit que ne l'eussent pu faire cent observations qu'il m'eût été impossible de contrôler.

Presque tous les membres de la Société connaissent les bas en caoutchouc de M. Bourjeaurd, dont M. Gariel a été longtemps le représentant à Paris. Le tissu des ceintures herniaires est le même; leur force et le degré de la compression qu'elles doivent exercer est calculé d'après le volume de la hernie, la largeur de l'orifice herniaire, et aussi d'après les efforts auxquels le malade doit se livrer.

Pour que la pelote appuie suffisamment sur le point qu'elle doit comprimer, une bande de toile très-forte ajoute à la résistance de la ceinture dans une étendue qui correspond à la largeur de la paroi abdominale antérieure. Cette bande, espèce de demi-sangle, permet au malade de relâcher sa ceinture après un repas copieux, et de la resserrer quand il doit se livrer à un exercice pénible.

On peut encore augmenter ou diminuer la pression de la pelote par l'addition ou la soustraction d'une certaine quantité d'air.

Après avoir rappelé en quoi consiste l'appareil de M. Bourjeaurd, il nous reste à exprimer l'opinion de votre commission.

Nous ne partageons pas, messieurs, la répulsion de l'auteur pour les bandages ordinaires. Ces bandages, lorsqu'ils sont bien appliqués, quand la force de leur ressort et les dimensions de la pelote sont proportionnées au volume de la hernie et à la largeur des anneaux herniaires, ces bandages peuvent contenir les hernies dans la grande majorité des cas. Nous reconnaissons leur efficacité, mais nous ne nions pas que la pression qu'ils exercent puisse devenir douloureuse. Il n'est probablement aucun de nous qui n'ait vu au Bureau central, où pourtant les malades ne sont pas doués d'une excessive sensibilité, quelques-uns des nombreux hernieux qui s'y présentent deux fois par semaine, renoncer aux bandages plutôt que de souffrir la pression qui leur était imposée par les bandagistes. Cette pression ne s'exerce pas seulement sur la peau; le tissu cellulaire sous-cutané finit par se résorber, et sa résorption rend la contention de plus en plus pénible pour le malade. Ajoutez que chez les hommes la mode des vêtements serrés dissimule mal le bandage ordinaire, indice d'une infirmité que l'on aimerait à garder secrète, et vous comprendrez bientôt que la ceinture de M. Bourjeaurd est préférable aux bandages que nous avons tous employés jusqu'ici.

Examinant la question à un point de vue plus élevé et plus vrai que celui des bandagistes, l'auteur de la note pose en principe qu'il ne faut pas seulement comprimer les anneaux herniaires, mais aussi soutenir la masse intestinale, qui tend à se porter vers ces ouvertures. Les aponévroses abdominales étant insuffisantes, chez les hernieux, pour contenir les intestins dans la cavité normale de l'abdomen, M. Bourjeaurd supplée à leur insuffisance au moyen de sa ceinture élastique, qui s'applique exactement sur la peau, et fait en quelque sorte corps avec elle.

Cette ceinture, suivant lui, ne remplira son but qu'à la condition qu'elle exercera une compression de bas en haut, c'est-à-dire du pubis vers l'ombilic. C'est là, je crois, une condition indispensable de tout appareil compresseur, soit qu'on le destine à comprimer les veines d'un membre variqueux, soit qu'il ait pour objet de soutenir la masse intestinale dans les cas de hernie ou de déplacement de l'utérus. Toute compression qui ne repose pas sur ce principe est essentiellement vicieuse, et c'est pour cela que tous les bas, comme toutes les ceintures qu'il faut lacer, ne manquent presque jamais d'augmenter le mal qu'ils sont destinés à soulager.

Adversaire irréconciliable des appareils à lacets, j'avais accueilli avec bonheur les premiers appareils de M. Bourjeaurd, qui remédient si efficacement aux inconvénients des varices. Ce premier essai m'avait appris à compter sur la parole de l'inventeur. Aussi, bien avant que la Société m'eût fait l'honneur de me désigner comme rapporteur, j'avais voulu essayer sa ceinture herniaire.

J'eus peur d'abord que les pelottes à air n'eussent pas une résistance suffisante; mais je ne tardai pas à être rassuré, quand je vis l'appareil appliqué. Ces pelotes, en effet, ne sont molles que par leur partie libre; la surface par laquelle elles sont adaptées à la ceinture est dure et très-résistante; elles sont en outre fixées par deux soussuisses qui, par leur élasticité même, s'opposent à leur déplacement; et lorsque la pression qu'elles exercent paraît insuffisante, il est toujours facile de l'augmenter au moyen de la courroie en fil dont il a été parlé plus haut.

Je pourrais aujourd'hui citer un assez grand nombre de faits dans lesquels les bandages ordinaires avaient été insuffisants, soit parce que le développement de l'abdomen ne permettait pas qu'ils restassent en place, soit parce que la compression n'avait pas pu être supportée par les malades, et dans lesquels les hernies ont été admirablement contenues par la ceinture de M. Bourjeaurd.

Plusieurs membres de la Société ont pu porter le même jugement

que moi. Quelques-uns m'ont même proposé de me communiquer des observations semblables à celles que j'ai été à même de recueillir; mais j'ai reculé devant la longueur d'un semblable travail, que ne comporte pas la nature d'un rapport, qui ne doit être que l'expression justifiée du jugement de la commission.

Permettez-moi pourtant de vous dire quelques mots d'un fait qui m'a semblé de nature à trouver place ici.

Lorsque je fus chargé de faire ce rapport, je ne pensais pas que j'aurais bientôt l'occasion d'expérimenter la ceinture de M. Bourjeaurd pour un cas dans lequel elle n'avait pas encore été employée. Plusieurs fois déjà j'avais pratiqué l'opération de Gerdy pour la cure radicale de la hernie inguinale. Comme notre trop regrettable confrère, j'avais fait appliquer, après la guérison, un bandage herniaire ordinaire pour soutenir l'anneau contre la pression de la masse intestinale; mais j'avais reconnu que l'absorption qui s'opère dans les points comprimés par le bandage n'était propre qu'à diminuer les chances probables d'une récidive, la ceinture de M. Bourjeaurd exerçant une compression douce sur l'orifice herniaire, me parut remplir admirablement les indications de la contention, regardée par Gerdy comme nécessaire pendant l'année qui suit l'opération.

J'ai fait, il y a quelques mois, l'essai de ce moyen chez un jeune homme dont l'observation sera publiée par un interne de l'hôpital de la Charité, et je suis convaincu que cette ceinture, qui n'a jamais causé la moindre gêne à mon malade, contribuera puissamment à prévenir la reproduction de la hernie en permettant au travail par lequel s'opère l'oblitération de l'anneau herniaire de se faire sans que la lymphe plastique déposée soit soumise à une compression excessive.

Pour me résumer, je dirai que dans aucun cas cette ceinture ne nous a fait défaut; que toujours les malades nous ont vanté le bien-être qu'ils ressentaient de son application. Si j'ajoute que rien ne trahit l'existence de cet appareil à travers les vêtements les moins larges, j'aurai justifié les conclusions de votre commission, qui, trouvant que la ceinture herniaire dont je viens de vous entretenir est un véritable progrès sur tous les bandages connus jusqu'ici, vous propose:

1° D'adresser des remercîments à l'auteur;

2° De renvoyer sa note au comité de publication.

M. Larrey a vu fonctionner les appareils de M. Bourjeaurd, et a été très-satisfait du mécanisme.

MM. Huguier, Robert, Gosselin ont mis en usage ces bandages, et les considèrent comme supérieurs aux bandages ordinaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 juin 1856. — Présidence de M. Gosselin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur de la cuisse, présumée fibro-plastique. — M. Larrey présente un malade qui porte à la cuisse droite une tumeur d'un volume considérable, paraissant de nature fibro-plastique, et il en relate l'observation de la manière suivante (1) :

Un sous-officier d'artillerie nommé L..., âgé de trente-huit ans, maître poudrier à Pont-de-Bins, près Brest, m'est adressé au Val-de-Grâce le 10 juin 1856, par M. le général P..., qui s'intéresse beaucoup à lui, et par notre honorable confrère M. le docteur A. Thierry, à l'effet de soumettre le malade à une opération.

Voici d'abord quels sont ses antécédents :

Cet homme, d'une excellente constitution, d'un tempérament sanguin modéré, a toujours joui d'une santé parfaite, et n'a jamais eu de maladie vénérienne. Son père et sa mère, quoique très-âgés, sont encore bien portant, et personne dans sa famille n'a été atteint de cancer ni d'aucun mal analogue au sien. Son intelligence, très-développée, en lui faisant comprendre toute la portée de nos questions, nous fournit des renseignements exacts sur l'origine et le développement de sa tumeur.

Chargé depuis huit ans de la surveillance des travaux de poudrerie, L... se trouve souvent obligé de mettre la main à l'œuvre, et il présume qu'en maniant le pic ou la pioche, il a été plusieurs fois exposé à heurter sa cuisse avec le manche de l'un de ces outils. C'est ainsi qu'en 1851, quatre mois avant l'apparition d'aucune grosseur, il se donne un coup de manche de pic à la partie interne de la cuisse, dans le point même qui semble devenu le siége primitif du mal. Nul gonflement toutefois ne survient d'abord, mais une douleur vive se fait sentir, persiste pendant quelques jours, et reparait deux ou trois mois après. Alors seulement se manifeste le noyau de la tumeur, sous la forme d'une sorte de glande d'un petit volume au début, mais grossissant peu à peu, et surtout par différents chocs successifs.

C'est ainsi qu'environ deux ans et demi après, la tumeur, étant devenue grosse comme le poing, se trouve rudement heurtée contre une barrière que voulait franchir L... Il éprouve aussitôt une douleur intense qui se prolonge pendant une quinzaine de jours, en même temps qu'une augmentation notable de la tumeur se produit en avant et en haut de la masse appréciable aujourd'hui.

Son point d'origine, d'après le dire précis du malade, peut être fixé à la face interne et antérieure de la cuisse, vers son tiers moyen, à peu près sur le trajet des vaisseaux fémoraux. La tumeur aurait été alors très-dure, non douloureuse et sans battements; la peau, mobile à sa surface, semblait un peu adhérente vers les parties profondes, ou vers sa base, assez large du reste, et tendant à s'élargir de plus en plus.

Le développement dans tous les sens est surtout prononcé depuis un an, et le volume total, qui ne semblait pas jusque-là avoir dépassé de beaucoup celui des deux poings, a grossi considérablement à dater de cette époque par un choc violent contre un madrier. Des douleurs semblables aux précédentes coïncident avec cette augmentation de volume, mais sans production d'ecchymose. Mesurée il y a sept mois, à l'hôpital de Brest, par M. Duval, chirurgien en chef de la marine, la tumeur commençait à 10 centimètres au-dessous du pli de l'aine et finissait à 7 centimètres au-dessus du condyle interne du fémur. Elle avait 67 centimètres de circonférence.

(1) Cette observation a été recueillie plus complétement par M. Gaujot, aide de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce.

Cette tumeur, aujourd'hui 16 juin, occupe toute la face externe et une partie des faces antérieure et postérieure de la cuisse. Elle commence à 11 centimètres au-dessous du pubis, et descend jusqu'à 4 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire du genou. En avant, elle ne dépasse pas le bord interne du muscle droit antérieur; en arrière ses limites sont beaucoup plus difficiles à préciser, parce qu'elle se continue insensiblement avec le tissu cellulaire; mais, par la contraction des muscles de la région postérieure, elle ne paraît pas s'étendre en dehors au delà des demi-tendineux et demi-membraneux. Entre ces muscles et le biceps, on sent le tissu cellulaire un peu induré, par le fait sans doute des pressions qu'il éprouve, mais il ne semble pas faire partie de la masse morbide. Celle-ci repose donc directement sur les adducteurs, le droit interne et la partie inférieure du couturier. Jusqu'où s'avance-t-elle dans leurs interstices? C'est ce qu'il est difficile de dire. Toutefois, il est bon de remarquer qu'elle ne les gêne aucunement dans leur contraction, et qu'alors elle se trouve même soulevée en avant.

La circonférence totale de la base de la tumeur mesure 80 centimètres; la peau est saine, sillonnée par des veines un peu dilatées; elle offre à sa surface quelques bosselures, les unes dures, les autres ramollies; l'une d'elles, en bas, donne même une fausse sensation de fluctuation. Le soulèvement de la masse permet d'en évaluer le poids à 7 ou 8 kilogrammes.

Mais point d'œdème, point d'engorgement de la jambe qui fasse présumer la moindre compression des vaisseaux fémoraux, point d'engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine, jamais de douleurs lancinantes; quelquefois un peu d'engourdissement par la distension de la peau, point de rétraction tendineuse, point de déformation ni d'ankylose du genou; nulle gêne, enfin, dans la marche, qui pourrait se prolonger chaque jour pendant plusieurs heures sans fatigue si ce n'était l'écartement forcé des cuisses pour prévenir les frottements et les excoriations de la tumeur.

Reste à préciser le diagnostic de cette tumeur, qui paraît être de nature fibro-plastique, et à apprécier les chances de son extirpation comparativement aux dangers de l'amputation de la cuisse.

M. Houel a déjà vu deux tumeurs occupant le même siége; elles n'adhéraient point à l'os, et paraissaient s'être développées dans les interstices musculaires. Elles étaient composées de tissu fibro-plastique et d'épanchements sanguins interstitiels ou périphériques. L'extirpation fut pratiquée; un de ces malades succomba, l'autre guérit. Si donc le malade de M. Larrey peut échapper aux accidents consécutifs à l'extirpation, il pourra peut-être être sauvé. Pendant son internat à l'hôpital, M. Houel a encore vu une tumeur de ce genre; dans l'espace de huit mois elle s'accrut considérablement et prit successivement le volume d'une pomme, du poing, de la tête. On n'y toucha pas, et le malade, quelque temps après, succomba sans avoir été opéré.

M. Robert se rappelle avoir observé plusieurs cas de ce genre. Les tumeurs occupaient toutes la partie moyenne et interne de la cuisse, elles ne paraissaient pas adhérer aux os. Quatre fois il fit l'extirpation, et quatre fois la mort s'ensuivit.

La première malade était couchée à la Pitié, dans le service de Sanson. Ce chirurgien, instruit déjà par des cas observés auparavant, proposait la désarticulation coxo-fémorale plutôt que l'extirpation, qu'il considérait comme nécessairement mortelle. M. Robert insista pour enlever la tumeur, et s'en chargea. La dissection fut très-laborieuse. La tumeur, dans l'étendue de quatre à cinq travers de doigt, englobait les vaisseaux fémoraux, dont il fallut exciser un long fragment. Une suppuration considérable, l'érysipèle, l'infection purulente enlevèrent la malade.

Dans un deuxième cas, un homme portait dans le même lieu une tumeur plus petite, plus dure, très-mobile, qui paraissait intra-musculaire; l'artère était même englobée dans le tissu morbide. Séance tenante, M. Robert pratiqua l'amputation de la cuisse. Le malade se rétablit; mais les ganglions inguinaux se prirent, et la mort survint par la récidive du mal.

Un troisième malade en ville, un quatrième à l'hôpital Beaujon, succombèrent encore aux suites de l'extirpation.

En résumé, M. Robert aujourd'hui conseillerait plutôt l'amputation que l'ablation, qui donne naissance à une plaie beaucoup plus grave.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

MM. Trélat, Foucher, Bauchet adressent à M. le président une lettre dans laquelle ils déclarent se porter candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante.

— La Société procède au renouvellement du bureau :

Élection pour la présidence. — Nombre de votants, 30.

M. Chassaignac. . . . . . . 21 voix.
M. Bouvier. . . . . 8 —
M. Cullerier. . . . . . . 1 —

M. Chassaignac est nommé président.

Élection pour la vice-présidence. — Nombre de votants, 30.

Premier tour :

M. Bouvier. . . . . 13 voix.
M. Deguise fils. . . . . . 9 —
M. Morel-Lavallée. . . . . 4 —
M. Voillemier. . . . . . . 3 —
M. Cullerier. . . . . . . 1 —

Second tour, 28 votants :

M. Bouvier. . . . . 15 voix.
M. Deguise fils. . . . . . 11 —
M. Morel-Lavallée. . . . . 2 —

M. Bouvier est nommé vice-président.

Élection pour la place de secrétaire. — Votants, 28.

M. Desormeaux ayant obtenu 21 voix, est nommé secrétaire.

Élection du vice-secrétaire. — Votants, 28.

M. A. Richard ayant obtenu 21 voix, est nommé vice-secrétaire.

Élection de l'archiviste-bibliothécaire. — Scrutin de ballottage entre MM. Broca et Verneuil.

M. Verneuil est nommé archiviste-bibliothécaire.

M. Houel est maintenu dans ses fonctions de trésorier.

Le *comité de publication*, nommé au scrutin de liste, se compose de MM. Gosselin, Cullerier et Broca.

La *commission des congés*, nommée au scrutin de liste, se compose de MM. Morel-Lavallée, Robert et Boinet.

— A propos du procès-verbal, M. Michon complète l'observation de la luxation du coude chez une jeune fille présentée dans la dernière séance. Le lendemain, la réduction a été opérée à l'aide du chloroforme et par le procédé qui avait été projeté. M. Lenoir a d'abord imprimé des mouvements étendus de flexion et d'extension pour détruire les adhérences; puis l'avant-bras étant fléchi, une pression directe pratiquée avec les mains sur l'olécrane a achevé la réduction, qui a été, sans aucun autre moyen et sans aide, aussi complète que possible.

L'enfant a eu un peu de fièvre le jour même; mais le lendemain, tout étant rentré dans l'ordre, le membre a été maintenu dans la flexion au moyen d'une gouttière. Tout fait présager un succès très-complet. On aura, du reste, des renseignements ultérieurs.

Le secrétaire de la Société, Aristide Verneuil.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

M. le docteur Joux vient de signaler à vos lecteurs comme chose erronée l'appréciation que j'ai faite de certains effets propres à l'opération du drainage. Il y a certainement quelque témérité pour un médecin à faire invasion dans le domaine de l'agronomie. Quant à moi, je n'ai parlé de l'emploi des drains qu'après en avoir étudié le mécanisme et en avoir observé le fonctionnement. C'est ainsi que j'ai coutume de procéder quand mon goût me porte à m'occuper d'une question quelconque; après cela viennent les objections, je ne m'y dérobe jamais : la clef est toujours à ma porte.

J'ai dit que, « dans un moment *donné*, le drainage contribue pour sa part aux inondations fluviales. » Mon savant confrère prétend que *cette assertion est entièrement contraire à la doctrine et aux faits.* Malgré la confiance que m'inspirent M. Joux et les hommes dont il invoque le témoignage, je continue à croire, aujourd'hui comme hier, que la vérité se trouve de mon côté. Permettez-moi d'en dire encore une fois les raisons.

Les terres arables, considérées au point de vue de leur structure géologique, peuvent être ramenées à trois types généraux :

1° Les terres meubles;

2° Les terres à fond argileux;

3° Les terres à base granitique ou calcaire.

Une autre qualité de la terre, c'est sa perméabilité, perméabilité qui est due à la porosité de l'élément terreux et à la porosité de ses interstices.

L'eau absorbée n'obéit pas à la pesanteur, elle est gouvernée dans ses mouvements par la capillarité; mais cette force est sans effet sur les liquides qui s'engagent dans les interstices, quand ces interstices offrent une certaine largeur.

Qu'un sol meuble soit submergé par la fonte subite des neiges ou bien par des pluies abondantes et continues, la terre boira l'eau comme le ferait une éponge; mais quelle que soit la capacité absorbante de l'éponge, elle finit par se soûler, et perd ainsi sa propriété de corps poreux. Dans le cas que je viens de supposer, une partie de l'eau pénètre dans les particules terreuses et y restera; une portion plus considérable descend dans les pores interstitiels à une certaine profondeur; c'est sur ce chemin que l'attendent les drains collecteurs, qui la versent ensuite à pleine bouche dans les rivières ou les ruisseaux, dont ils augmentent le débit. Tel est précisément le but du drainage (*to drain*, épuiser par écoulement).

Passons aux terrains à sous-sol imperméable. Ici on rencontre, sous une couche de terre végétale d'épaisseur variable, l'argile, le calcaire ou le granit, substances peu ou point perméables. L'éponge fait son office habituel; mais l'eau pluviale ne trouvant point d'issue dans le sein de la terre, est recueillie par les drains, et débouche de la même manière et avec les mêmes inconvénients que dans le cas précédent. L'écoulement ne sera ni graduel, ni paisible, à la condition, bien entendu, que par son ameublissement le sol sera très-accessible aux averses abondantes et prolongées. Si cela est contraire à la doctrine et aux faits dont j'ai été souvent témoin, je renonce à toute démonstration; autant vaudrait-il passer son temps à ferrer des cigales.

Mon honorable confrère n'est pas seulement un savant médecin, mais je sais, par un bruit qui m'est arrivé par-dessus les haies, qu'il est aussi un agronome distingué; ce serait donc un honneur pour moi de le rallier à mon opinion, après les réserves que je viens d'établir.

Agréez, etc. Champouillon.

P. S. — J'oubliais de répondre à M. Joux que le mot *assèchement*, qu'il repousse comme impropre, n'est pas de moi; il a une plus haute origine, il a été créé par M. Dumas.

Nous recevons de M. le docteur Maheux, dont l'heureuse idée a été accueillie sympathiquement par la presse médicale tout entière, une lettre par laquelle il déclare ne pouvoir se rendre au conseil que lui ont donné plusieurs de ses confrères de prendre l'initiative de la mise en œuvre de son projet. Notre confrère pense avec raison que la manifestation proposée doit être générale et émaner d'une commission nommée par la généralité des médecins. Voici, en conséquence, le parti qu'il propose, et auquel nous donnons notre adhésion. Il consisterait à prier M. le doyen de la Faculté de vouloir bien convoquer prochainement une réunion des médecins de Paris dans le grand amphithéâtre de l'École. Une commission serait nommée, à laquelle on donnerait pleins pouvoirs pour la réalisation du projet.

Nous partageons avec M. Maheux la conviction que M. le doyen, dont le dévouement au corps médical est connu de tous, s'associera volontiers à cette mesure, et qu'il facilitera tous les moyens d'honorer de la manière la plus digne nos braves confrères de Crimée.

Par décret du 12 juin, M. le docteur d'Ury, médecin sanitaire à bord du paquebot l'*Assyrien*, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Le Secré.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 77. — MARDI 1er JUILLET 1856. (29e ANNÉE.) N° 77. — MARDI 1er JUILLET 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le prix en sus suivant les derniers tarifs des postes.

RAPPORT A L'EMPEREUR.

Paris, le 12 juin 1856.

SIRE,

Votre Majesté n'ignore pas combien le corps de santé militaire a dû déployer d'efforts, d'activité et de dévouement pour suffire à la tâche immense qu'il a eue à remplir sur les champs de bataille de la Crimée et dans nos hôpitaux de l'Orient. Elle sait que je me suis appliqué sans relâche à entretenir l'effectif de ce corps, afin de satisfaire aux impérieuses nécessités qui se sont produites.

Les fréquents appels que j'ai adressés au personnel médical n'ont pu grossir suffisamment les rangs des médecins militaires, car le recrutement de ces précieux auxiliaires de l'armée combattante est l'œuvre du temps et le fruit de mesures préparées de longue main.

L'expérience de ces dernières années m'a raffermi dans cette conviction que l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires ne pourrait trouver d'éléments suffisants pour combler ces vides, qu'autant que ces éléments auraient été réunis et disciplinés dans un établissement spécial, et j'ai trouvé une heureuse occasion de réaliser cette pensée dans les offres spontanées et bienveillantes de mon collègue le ministre de l'instruction publique, qui m'a proposé de charger la Faculté de médecine de Strasbourg de préparer pour le corps de santé militaire des candidats dont l'instruction présenterait toute garantie.

Des conférences se sont ouvertes à cet effet entre nos deux départements, et il est sorti de notre accord un projet de décret que j'ai l'honneur de soumettre à Votre Majesté, et qui me semble de nature à assurer pour l'avenir un recrutement régulier à la médecine militaire.

Ce projet de décret établit une relation intime entre cette Faculté et l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

A la première est exclusivement réservé le droit de dispenser à nos élèves une instruction solide et de leur conférer le grade de docteur.

A la seconde incombe la mission de diriger les études complémentaires et les applications au moyen desquelles l'élève militaire acquiert le grade d'aide-major, qui le classe enfin dans l'armée.

Les départements de l'instruction publique et de la guerre s'associent dans cet intérêt commun : le premier, en réglant les programmes et les cours de la Faculté de Strasbourg en vue des besoins de la médecine militaire, et en appliquant libéralement à l'éducation de nos élèves l'habileté reconnue du corps enseignant de cette Faculté, ses cliniques et ses riches collections ; le second, en défrayant d'abord les élèves militaires de quelques dépenses obligatoires par une première mise de 250 fr., en pourvoyant ensuite sur ses fonds au payement de tous leurs frais universitaires d'inscriptions et d'examens évalués à 1,260 francs environ, et en s'assurant enfin le droit d'exercer un contrôle fructueux sur les études et sur la conduite d'élèves qui se placent sous sa dépendance par un engagement de service de dix ans.

L'École d'application de médecine et de pharmacie militaires se complète aussi à cette occasion par la constitution d'une chaire des maladies et épidémies des armées, et je propose enfin de mettre par analogie, quant aux émoluments et aux prestations, la position des professeurs et du directeur de cette école en rapport complet avec ce qui a lieu dans les écoles militaires.

Ces dispositions doivent, je l'espère, donner pour l'avenir de la médecine militaire une sécurité longtemps cherchée, et c'est dans cette confiance que je les soumets à l'approbation de Votre Majesté.

Le maréchal de France, ministre secrétaire d'Etat au département de la guerre, VAILLANT.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français, A tous présents et à venir, salut :

Vu le décret du 23 mars 1852, relatif à l'organisation du corps de santé de l'armée de terre ;

Vu le décret du 13 novembre 1852, portant organisation de l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires ;

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'Etat au département de la guerre,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

TITRE Ier. — RECRUTEMENT DES ÉLÈVES DESTINÉS AU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

Art. 1er. Il y aura tous les ans, à l'époque qui sera fixée par le ministre de la guerre, un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire.

Art. 2. Les conditions d'admission à ce concours sont les suivantes :

Etre né ou naturalisé Français ;

Avoir moins de vingt-trois ans révolus au 1er janvier de l'année suivante ;

Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins ; elle pourra être vérifiée, au besoin, par l'inspecteur du service de santé qui présidera le concours d'admission ;

Etre pourvu du diplôme de bachelier ès sciences ;

Avoir huit inscriptions dans l'une des trois Facultés de médecine ou dans une Ecole préparatoire de médecine, et avoir subi, avec la note *satisfait*, les deux examens de fin d'année.

Le concours a pour objet les matières qui sont enseignées pendant les deux premières années de la scolarité médicale. Il se compose de trois épreuves : d'une question écrite, d'une interrogation sur divers points de la science, et d'une épreuve pratique ; le tout conformément à un programme publié à l'avance par le ministre de la guerre.

Les épreuves auront lieu devant un jury composé d'un inspecteur du service de santé militaire, président, et de deux officiers de santé militaires désignés par le ministre de la guerre.

TITRE II. — ENSEIGNEMENT PRÉPARATOIRE.

SECTION PREMIÈRE. — *Cours.*

Art. 3. Les élèves admis par ordre de mérite et d'après la liste dressée par le jury susmentionné sont tenus de souscrire un engagement de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans, à compter de l'achèvement de leurs études préparatoires et complémentaires, et sont alors commissionnés par le ministre de la guerre, en qualité d'élèves du service de santé militaire. Sur le vu de leur commission, ils sont inscrits au secrétariat de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Art. 4. Casernés à l'hôpital militaire de Strasbourg, ils suivent les cours de la Faculté de médecine de ladite ville.

Art. 5. Les cours obligatoires seront pour eux les suivants, conformément à l'arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 26 septembre 1837 :

Les trois cliniques (médecine, chirurgie, accouchements) ;
Pathologie médicale ou chirurgicale ;
Matière médicale et thérapeutique ;
Médecine opératoire ;
Anatomie pathologique ;
Cours d'accouchements ;
Médecine légale ;
Hygiène générale.

Art. 6. Les programmes de ces cours déterminent non-seulement l'ensemble et le cadre méthodique des matières à traiter dans les limites de chaque enseignement semestriel ou annuel, mais le nombre des leçons et les matières qui seront traitées dans chaque leçon.

Art. 7. Les programmes rédigés par les professeurs et acceptés en assemblée de la Faculté seront soumis par le ministre de l'instruction publique à une commission mixte composée de deux membres du conseil de santé désignés par le ministre de la guerre, du directeur de l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires, du doyen de la Faculté de médecine de Paris, du doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg et de l'inspecteur général de l'ordre de la médecine, président.

Le ministre de l'instruction publique, sur le rapport motivé de cette commission, arrête définitivement lesdits programmes, dont il sera remis des exemplaires au conseil de santé et à la direction de l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires.

En cas d'empêchement d'un professeur, il sera suppléé par un agrégé désigné d'avance pour chaque spécialité de l'enseignement médical ; le suppléant se conformera, comme le professeur, au programme officiel de chaque leçon.

Art. 8. Au terme de leurs études, les élèves militaires seront admis à subir les épreuves pour le doctorat ; à cet effet, ils pourront, dès le mois d'août, se présenter aux examens prescrits, et il leur est accordé un délai de cinq mois, depuis le 1er août jusqu'au 31 décembre, pour y satisfaire, ainsi que pour soutenir leur thèse ; leur passage à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires devant s'effectuer du 10 au 20 janvier suivant.

SECTION II. — *Surveillance, direction et contrôle des études de la Faculté.*

Art. 9. Les élèves militaires étant casernés à l'hôpital militaire, le médecin chef dudit hôpital et le doyen de la Faculté de médecine règleront de concert, les heures des cours, des conférences, répétitions et exercices pratiques.

Chaque professeur est tenu de faire l'appel à l'ouverture de son cours ; il consigne sur une feuille imprimée les noms des absents et les observations que peuvent lui suggérer la tenue et le degré d'attention des élèves militaires.

Ce rapport, conforme à un modèle convenu, est remis au doyen, qui, après avoir réuni les rapports des différents cours du même jour et en avoir pris note, les transmet au médecin chef de l'hôpital militaire, chargé de la surveillance générale et disciplinaire des élèves militaires.

Art. 10. Tous les cours sont l'objet d'interrogations et de conférences ou de répétitions partielles et générales. Ces exercices seront dirigés par les agrégés de la Faculté.

Le professeur de clinique médicale exercera lui-même les élèves militaires aux diverses méthodes d'exploration et à tous les détails du diagnostic.

Le professeur de clinique chirurgicale exercera les élèves militaires aux pansements, à la pratique des petites opérations, à l'application des appareils, à l'assistance dans les grandes opérations, etc.

Le professeur de clinique obstétricale s'appliquera à les familiariser avec les divers modes d'exploration, et les fera participer activement à la pratique des accouchements.

Dans les trois cliniques, les élèves militaires seront traités et utilisés sur le même pied que les internes. Dans chacune d'elles, un élève militaire, désigné par le concours, sera employé comme aide de clinique.

Art. 11. Chaque élève est interrogé une fois au moins tous les deux mois sur chacun des cours qu'il aura suivis. Les interrogations ont pour objet les matières enseignées dans les trois leçons précédentes du cours. Le résultat de chaque interrogation est exprimé par un chiffre (de 0 à 20).

Les feuilles de ces interrogations, portant l'indication sommaire des questions adressées à l'élève et le chiffre qu'il aura obtenu, sont remises au doyen, qui, après en avoir pris note, les transmet au médecin chef de l'hôpital militaire.

A la fin de la troisième année (première année de la scolarité militaire), les examens de fin d'année, combinés avec les interrogations individuelles, donnent lieu à un classement qui sera transmis par le doyen au médecin chef de l'hôpital militaire.

A la fin de l'année suivante, il sera fait également des examens généraux sur chacun des cours suivis pendant cette année. Les résultats en seront constatés comme il a été dit au paragraphe précédent.

Ne pourront être autorisés à doubler une année d'études, si ce n'est à leurs frais, que les élèves qui justifieront régulièrement avoir été empêchés par maladie de suivre les cours pendant une période de deux mois au moins de ladite année.

Art. 12. Toutes les fois que le ministre de la guerre le juge nécessaire, et après en avoir prévenu le ministre de l'instruction publique, il confie à un inspecteur du service de santé le soin de contrôler la marche et les résultats des études des élèves militaires.

A cet effet, cet inspecteur, après avoir prévenu le recteur et le doyen, assiste aux leçons, aux interrogations, et, s'il y a lieu, aux examens. Il adresse, à la suite de chaque mission, un rapport au ministre de la guerre, dont le double est transmis au ministre de l'instruction publique.

Art. 13. Les élèves militaires ne seront admis à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires que s'ils ont obtenu, en moyenne, la note *satisfait* dans les examens pour le doctorat. Ceux qui ne rempliront pas cette condition seront licenciés et tenus au remboursement des frais de leur instruction et de première mise.

Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient volontairement le service militaire avant l'expiration des dix années de leur engagement.

SECTION III. — *Régime disciplinaire.*

Art. 14. Les élèves militaires commissionnés sont soumis aux règles de la discipline militaire. Ils portent l'uniforme attribué par l'ordonnance du 12 août 1836 aux élèves de l'ancien hôpital militaire de perfectionnement.

Il leur est accordé, dans ce but, une première mise de 250 francs.

Les frais d'inscriptions, de conférences, d'exercices pratiques, d'examens, de certificats d'aptitude et de diplôme, réglés conformément au tarif déterminé par le décret du 22 août 1854, sont versés par le ministre de la guerre à la caisse de l'enseignement supérieur.

Art. 15. Leur chef direct est le médecin chef de l'hôpital militaire, responsable de l'exécution du présent règlement en tout ce qui concerne le bon ordre et la tenue des élèves.

Il aura à sa disposition, pour la surveillance intérieure et extérieure des élèves, un nombre suffisant de médecins aides-majors.

Il y aura en outre, à l'hôpital militaire, un officier d'administration, placé sous le contrôle de l'intendance militaire, et chargé de tout ce qui concerne le logement, le matériel et les dépenses nécessaires à l'instruction des élèves.

Art. 16. Les punitions à infliger aux élèves militaires, soit par l'initiative de leurs chefs hiérarchiques immédiats, soit sur la demande motivée du doyen et des professeurs de l'école, seront :

La réprimande en particulier ;
L'admonition en présence de leurs condisciples ;
La privation d'un ou de plusieurs jours de sortie ;
La réclusion dans la salle de discipline ;
Le blâme motivé de l'inspecteur chargé du contrôle des études ;
Le blâme ministériel ;
Le licenciement avec remboursement des frais de scolarité.

Art. 17. Les jours où il n'y a pas de clinique à la Faculté, les élèves assistent le matin au service de l'hôpital militaire, à moins d'en être dispensés expressément par le médecin chef.

TITRE III. — ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE A L'ÉCOLE IMPÉRIAE D'APPLICATION DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES.

Art. 18. Les élèves militaires reçus passent, avec le titre de médecin stagiaire, à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, sous la condition exprimée à l'article 13, et ils subissent à leur arrivée à l'École un examen de classement.

Ils sont rétribués à l'École sur le pied de 2,160 francs par an, et reçoivent une première mise d'équipement fixée à 500 francs.

Art. 19. L'École d'application de la médecine militaire a pour but de les initier à l'exercice spécial de l'art dans l'armée, de compléter leur instruction pratique, de leur faire connaître les règlements, lois et décrets qui régissent l'armée dans ses rapports avec le service de santé.

L'enseignement de cette École comprend les chaires suivantes :
Clinique médicale ;
Clinique chirurgicale ;
Hygiène et médecine légale militaires ;
Maladies et épidémies des armées ;
Anatomie des régions ;
Médecine opératoire et appareils ;
Chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée.

Art. 20. Le personnel de l'École comprend :
1 inspecteur du service de santé, directeur ;
7 professeurs, dont un remplira les fonctions de sous-directeur ;
7 professeurs agrégés attachés à chacun des sept enseignements susmentionnés.

Les deux agrégés des cliniques médicale et chirurgicale rempliront les fonctions de chefs de ces deux cliniques ; l'agrégé d'anatomie remplira celles de chef des travaux anatomiques ; l'agrégé de chimie remplira celles de chef des travaux chimiques, et ainsi de suite :

Il y aura en outre :
1 bibliothécaire conservateur des collections ;
Des aides-majors surveillants en nombre suffisant ;
1 officier d'administration chargé, sous le contrôle de l'intendance militaire, de tout ce qui concerne la gestion administrative de l'École.

Les professeurs agrégés sont nommés au concours d'après le programme rédigé par le conseil de santé; la durée de l'agrégation est de quatre années.

Les professeurs, sauf le cas de première nomination, sont choisis parmi les professeurs agrégés anciens ou en exercice, et nommés par le ministre de la guerre sur deux listes présentées par l'Ecole et par le conseil de santé des armées.

Le bibliothécaire conservateur des collections est nommé par le ministre et peut être pris dans la position de retraite.

Le directeur est nommé par décret sur la proposition du ministre de la guerre.

Art. 21. Les officiers de santé attachés à l'Ecole reçoivent la solde de leur grade, augmentée du supplément du tiers, alloué aux officiers de diverses armes employés dans les écoles militaires.

L'inspecteur directeur de l'Ecole reçoit les allocations spéciales attribuées aux généraux commandant les écoles militaires.

Art. 22. Les docteurs admis à l'Ecole d'application remplissent dans les salles d'hôpital les fonctions de sous-aide et d'aide-major, suivant leur numéro de classement.

Un règlement intérieur, arrêté par le ministre de la guerre, déterminera l'ordre des études et l'emploi du temps.

Art. 23. Les cours, excepté ceux de clinique, sont l'objet de programmes respectifs par leçons et autographiés après avoir reçu l'approbation du ministre.

Le directeur de l'Ecole veille à ce que les professeurs s'y conforment exactement; en cas d'empêchement, ceux-ci seront remplacés, programme en main, par les professeurs agrégés.

Les interrogations et les épreuves pratiques qui s'y rattachent ont lieu de deux en deux mois; elles sont faites par les professeurs et motivent des classements qui seront notifiés au conseil de santé.

Art. 24. Les stagiaires de l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires, après un an de stage, sortent de cette Ecole avec le titre d'aide-major de 2e classe, sous la condition de satisfaire à un examen de sortie dont le programme est arrêté par le ministre de la guerre.

Art. 25. L'École est placée sous l'autorité du directeur, auquel sont particulièrement dévolus la surveillance supérieure et disciplinaire du personnel employé dans l'École, et le contrôle de toutes les parties de l'enseignement.

Art. 26. Les besoins de l'instruction s'étendant au service des malades et de l'amphithéâtre, le directeur provoquera les mesures administratives nécessaires pour la conciliation de ces besoins avec ceux du fonctionnement régulier de l'hôpital, et se concertera, à cet effet, avec l'intendant militaire de la 1re division.

Art. 27. Le directeur centralise tous les documents relatifs à l'appréciation du personnel de l'Ecole, tels que rapports de cours, de classement, etc., et en fait la base de notes annuelles qu'il transmet au ministre.

Il a droit de proposition d'office pour l'avancement et pour la Légion d'honneur en faveur du personnel de l'Ecole; il transmet ces propositions au ministre, pour être soumises à la commission instituée par l'article 24 du décret du 23 mars 1852.

Art. 28. L'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires est inspectée par un inspecteur médical, d'après les mêmes règles que les autres écoles ressortissant au ministère de la guerre.

Art. 29. Toutes dispositions antérieures contraires à la teneur du présent décret sont et demeurent abrogées.

Art. 30. Notre ministre secrétaire d'État au département de la guerre et notre ministre de l'instruction publique et des cultes sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Fait au palais de Saint-Cloud, le 12 juin 1856.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

Le maréchal de France, ministre secrétaire d'État au département de la guerre,

VAILLANT.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Kyste de l'ovaire.

Lefèvre (Célina), confectionneuse, âgée de 20 ans, née à Etrelies (Aisne), est couchée au n° 33 de la salle Saint-Maurice. Cette femme paraît d'une bonne constitution; elle n'a pas connaissance qu'il y ait dans sa famille d'affection analogue à la sienne. Dès l'âge de huit ans, elle a été sujette à des flueurs blanches très-abondantes et d'une odeur souvent très-désagréable. Sauf cette incommodité, elle n'a eu aucune maladie du côté des organes génitaux. Elle a été réglée à l'âge de quinze ans. Il y a quatre ans, lors de son arrivée à Paris, elle a cessé de voir ses règles pendant trois mois. Cet arrêt dans la menstruation ne parut provoquer aucune douleur. Toutefois, lorsque la malade vit reparaître son époque, elle était atteinte d'un érysipèle de la face. Elle n'a point eu d'enfants ni de fausses couches, et elle assure n'avoir jamais usé des rapports sexuels.

Au moment où les règles cessèrent de paraître régulièrement, la malade habitait un logement très-humide, dans lequel l'eau coulait le long des murs. Elle est restée neuf mois dans cette chambre. C'est à cette époque-là, dit-elle, sans en être certaine cependant, que son ventre commença à devenir gros. Du reste, elle souffrait peu ou point, et ne se croyait point malade; aussi s'abstint-elle de consulter un médecin, jusqu'au jour où, à la suite d'un effort, elle sentit dans le ventre un tiraillement très-vif qui dura une demi-heure. C'est alors (le 20 décembre 1854) qu'elle entra pour la première fois dans le service de M. le professeur Jobert, salle Saint-Maurice, n° 31.

Un kyste de l'ovaire gauche fut diagnostiqué.

Huit jours après son entrée à l'hôpital, la malade subit une ponction qui donna issue à *six litres* environ de liquide transparent. Le ventre reprit son volume normal, mais il ne tarda pas à redevenir gros. Une nouvelle ponction fut faite le 7 février 1855; mais, cette fois, M. Jobert la fit suivre d'une injection iodée.

Grâce à cette deuxième opération, elle put sortir de l'hôpital le 23 mars, avec tous les signes d'une parfaite guérison.

Cinq mois après, elle voit son ventre redevenir gros. Le travail se fait cette fois avec un peu de douleur; il provoque quelques tiraillements, tantôt dans le côté droit, tantôt dans le côté gauche de l'abdomen. La marche prolongée, la station même excitent dans les cuisses une gêne qui a forcé la malade à se servir d'une ceinture hypogastrique. La tumeur est cependant bien moins volumineuse que la première fois; la santé générale est bonne.

La malade entre de nouveau à l'hôpital (salle Saint-Maurice, n° 33) le 19 mars 1856; elle est dans l'état suivant :

Le ventre est régulièrement tendu, sans altération ni rénitence de la peau. Au simple aspect, la tumeur ne paraît pas plus dessinée à gauche qu'à droite; le raphé et l'ombilic partagent l'abdomen en deux parties à peu près égales. Quand on palpe le ventre, on fait mouvoir la tumeur, dont on ne peut exactement fixer le volume; on sent qu'elle occupe plus d'espace à droite qu'à gauche. Quand on percute, on sent à droite un flot de liquide assez manifeste. Le toucher vaginal révèle une saillie prononcée du côté droit, surtout quand on presse simultanément sur le ventre.

Du reste, la pression n'est pas douloureuse; il n'y a point d'œdème; La malade n'a pas d'envies insolites d'uriner et d'aller à la selle; il est donc permis d'induire que ces fonctions ne sont pas gênées.

M. Jobert diagnostique un kyste de l'ovaire du côté gauche. Il se propose de le vider par une ponction et d'y faire une injection iodée.

L'opération, retardée par une indisposition de la malade, est pratiquée le 5 mai 1856.

Un trocart explorateur est introduit dans la tumeur sur le côté droit de l'abdomen, entre l'épine iliaque supérieure et l'ombilic. Il s'écoule un litre et demi environ de liquide *transparent, albumineux*.

Quelques cuillerées de teinture d'iode pur sont injectées avant que le liquide ait fini de s'écouler; cette injection ne produit qu'une douleur médiocre.

La canule est laissée à demeure afin d'empêcher qu'il ne se fasse un épanchement dans la cavité du péritoine. Elle n'est enlevée qu'au bout de quarante-huit heures, lorsqu'il ne s'écoulait plus aucun liquide depuis vingt-quatre heures.

(Le liquide écoulé après l'injection n'a pas été examiné.)

Tout s'est passé sans accident, et la malade a pu sortir dernièrement avec tous les signes de la guérison.

Ce fait a fourni à M. Jobert l'occasion de présenter quelques considérations pratiques au sujet des kystes de l'ovaire.

Et d'abord ce fait est doublement intéressant par lui-même, en ce sens qu'il ne laisse pas de doute sur la guérison d'un premier kyste par l'injection iodée; et en second lieu, parce qu'il permet d'étudier les difficultés très-réelles du diagnostic.

En effet, quand un kyste se développe à la surface d'un ovaire, il est d'abord flottant dans l'excavation du bassin; il force les intestins à remonter d'autant plus qu'il est plus adhérent; ce n'est qu'à mesure qu'il prend du volume qu'il parvient à combler l'excavation, pour la dépasser ensuite et faire saillie dans l'abdomen. Aussi, autant il est facile de diagnostiquer un kyste ovarique lorsqu'il s'élève au-dessus de l'excavation, autant cela devient difficile quand il reste en dedans de ces limites; dans ce dernier cas (c'était celui de notre malade), le toucher vaginal est d'une grande ressource.

Quelles sont les causes les plus habituelles des hydropisies ovariques ?

Dans le cas particulier, sans vouloir attacher une trop grande importance aux flueurs blanches si communes chez les jeunes filles, il faut cependant tenir un certain compte de cet état de vaginite, qui quelquefois finit par donner lieu à des accidents sérieux.

On a prétendu et on prétend encore que ces kystes se développent le plus ordinairement à l'époque du retour; cela n'est pas exact. Il n'est pas rare de les voir se développer chez des jeunes filles lors de l'apparition des règles, et notre malade nous en offre un exemple. A quelque époque de la vie qu'ils se développent, d'ailleurs, il est toujours assez difficile d'en préciser les débuts, car ils sont généralement peu douloureux.

Par quel mécanisme se développent ces tumeurs ? quels sont leurs éléments et leur mode de formation ? Ce point de doctrine est assez délicat; il a fourni matière à plusieurs hypothèses. On peut admettre, comme pour certains kystes cutanés, qu'ils sont constitués par la dilatation de l'hypertrophie des vésicules qui entrent dans leur composition; de même qu'on admet que les tumeurs lipomateuses ou stéatomateuses sont constituées par le développement d'une vésicule du tissu cellulo-graisseux, que les athéromes ou les méliceris ne sont que des follicules du cuir chevelu hypertrophiés, etc.

Il y a dans les ovaires 20, 50 et plus de vésicules, les unes profondes, les autres superficielles, renfermant un liquide transparent (on a même dit des corps flottants). Pourquoi ces matières ne se développeraient-elles pas ? pourquoi n'y aurait-il pas rupture d'équilibre entre l'exhalation et l'absorption ? Du reste, quand le kyste est mobile, on retrouve toujours dans son organisation les éléments d'une vésicule.

Le liquide de ces kystes est transparent; il est albumineux; c'est à tort que Morand et les chirurgiens de son temps prétendaient le contraire, et le distinguaient de cette façon du liquide du péritoine. L'analyse chimique a fait justice de cette erreur.

Les tumeurs des ovaires peuvent se rompre et produire des accidents fâcheux. S'il y a eu des guérisons en pareil cas, la mort des malades en est la terminaison la plus fréquente.

Diverses méthodes, divers procédés ont été et sont encore employés pour arriver à la guérison radicale de ces kystes. Il serait trop long de passer toutes ces méthodes en revue; nous nous bornerons à dire quelques mots des plus importantes.

On a conseillé *l'incision*; elle a été employée une fois par M. Jobert, qui conseille de n'y avoir recours qu'en cas d'inflammation.

Le *séton* a réussi quelquefois, mais c'est un moyen peu employé.

L'*excision* doit être rejetée par le chirurgien prudent. Que dire, à plus forte raison, de l'*extirpation*? Cette dernière méthode avait pris faveur dans ces derniers temps, surtout en Amérique. Mais c'est un moyen tout à la fois dangereux et difficile à employer. Si le kyste est adhérent, on s'expose à des accidents redoutables; s'il ne l'est pas, à quoi bon recourir à une semblable opération, puisque la chirurgie fournit des moyens aussi sûrs pour le résultat et en même temps sans danger pour le malade? Cette méthode n'est pas rationnelle et doit être également repoussée.

Montaigu avait pensé à faire une ouverture avec un gros trocart et à saisir le kyste par l'ouverture au moyen d'un instrument particulier. M. Jobert ne pense pas qu'il faille songer à un pareil procédé.

Il préfère et n'emploie généralement que les *ponctions*, et surtout les *ponctions* multiples; grâce à cette pratique, il a pu compter quelques succès.

On fait la ponction de deux manières, c'est-à-dire simple ou avec injection.

Ponction simple. — Elle a été conseillée par Demours, qui pensait qu'en vidant peu à peu la tumeur on pouvait enflammer insensiblement la paroi et arriver à l'oblitération.

Monro ponctionna une tumeur et chercha à faire le vide avec un instrument d'aspiration; mais le kyste sortit par la canule sous forme d'une membrane mince. Ces sortes d'accidents n'arrivent pas quand le kyste est adhérent; mais on comprend qu'ils puissent avoir lieu quand le kyste est mobile.

De là découle une instruction utile pour le chirurgien, à savoir: que, quand la tumeur n'est pas adhérente, il ne faut pas retirer la canule d'un seul coup, soit qu'on fasse une injection, soit qu'on s'en abstienne. En laissant la canule à demeure, on prévient des épanchements redoutables dans la cavité du péritoine. Voilà pourquoi chez notre opérée M. Jobert n'a pas hésité à la laisser.

La teinture iodée injectée dans les kystes ne produit pas d'accidents; elle peut être regardée dans beaucoup de cas comme un antiphlogistique précieux; elle provoque un dépôt de lymphe dont la résorption se fait plus ou moins promptement, excite l'adhérence des parois et amène quelquefois la guérison radicale. La malade en question en fournit une preuve évidente. L'hydropisie a reparu chez elle après la guérison d'un premier kyste; mais c'est du côté opposé que cette nouvelle tumeur s'est développée. Quand elle reparaît du même côté, il est à croire que ce n'est pas dans la même loge.

M. Jobert (de Lamballe) a rappelé à cette occasion une observation de kyste de l'ovaire consignée dans sa thèse inaugurale (année 1828), et qui est à la fois intéressante et instructive sous les divers points de vue énoncés dans cette leçon. Voici cette observation :

Une femme entrée à l'hôpital Saint-Antoine présentait les symptômes d'une hydropisie de l'ovaire. La percussion d'un côté de l'abdomen faisait éprouver la sensation d'un liquide gélatineux. Au commencement, l'hydropisie occupait un des côtés de cette cavité, et plus tard, elle en envahit la plus grande partie.

Cette femme désirant être débarrassée, on en fit la ponction. Il s'écoula un liquide filant, semblable à du blanc d'œuf, d'une consistance variable. Il s'arrêta longtemps avant que le ventre eût diminué beaucoup de volume, ce qui indiquait un kyste multiloculaire. On vit paraître à la place du liquide une espèce de poche qui traversa la capsule; elle n'était autre chose qu'un prolongement du kyste, transparente et d'une ténuité extrême. L'excision en fut faite avec des ciseaux et la canule retirée. Quelques heures après les symptômes d'une péritonite se déclarèrent et la malade succomba.

A l'autopsie, on rencontra un épanchement considérable, une multitude de vaisseaux dessinés dans le péritoine même (Cuvier a rencontré la même chose dans le péritoine d'un éléphant), des kystes cloisonnés, quelques-uns transparents, flottant dans la cavité du ventre et venant aboutir à une poche plus considérable, de même cloisonnée, adhérente et formée par l'ovaire.

Cette observation démontre :

1° Le danger de l'extirpation des kystes flottants. Si un cas semblable se présentait, on devrait repousser le kyste et laisser la canule jusqu'à ce qu'il y eût adhérence entre lui et les parois de l'abdomen.

2° Que la ponction peut être faite sans danger lorsque le kyste adhère dans l'abdomen, puisque la paracentèse avait déjà été pratiquée une fois chez cette femme.

ALBUMINURIE.

Des deux ordres de lésions des reins qui s'y rattachent.

(Extrait du mémoire dont le résumé a été lu dans la dernière séance de l'Académie de médecine) (1).

Par MM. MAX. VERNOIS et A. BECQUEREL.

Lésions passagères et accidentelles des reins correspondant à l'albuminurie éphémère.

Ces lésions peuvent se résumer dans cette définition caractéristique : *desquammation épithéliale des tubuli des reins.*

Cette desquammation épithéliale, résultat de l'infiltration granuleuse des cellules épithéliales qui tapissent les *tubuli*, peut s'effectuer de deux manières différentes.

Dans le premier mode, les cellules s'infiltrent peu à peu de granulations albuminoïdes salines et graisseuses; ces granulations étouffent et atrophient le noyau, distendent la membrane cellulaire

(1) Voir le numéro du 26 juin.

et la rompent, et finalement les granulations et les débris de la membrane cellulaire déchirée abandonnent les *tubuli* et passent dans les urines.

Dans le deuxième mode, les cellules infiltrées et distendues par les granulations ne se déchirent pas; mais pressées, tassées les unes contre les autres, elles ne se séparent pas et tombent en masse, entraînant avec elles la gaîne épithéliale, à la face interne de laquelle elles étaient attachées. Il en résulte des espèces de cylindres, dits cylindres granuleux, qu'on peut retrouver dans les urines, et qui ne sont autres que les gaînes épithéliales des *tubuli* remplies de cellules infiltrées de granules ou de granulations albuminoïdes.

Quel que soit le mode selon lequel la desquammation se soit opérée, le résultat anatomique et physiologique est le même. Les *tubuli*, privés de leurs cellules, qui sont les organes véritablement sécrétants des reins, laissent filtrer le sérum du sang en nature, au lieu de permettre seulement le passage de l'urine élaborée. C'est le sérum du sang qui, se mélangeant à l'urine normale sécrétée par les *tubuli* restés sains, introduit dans ce liquide l'albumine qu'on y rencontre.

Les urines albumineuses ne sont donc pas des urines normales, plus de l'albumine; mais des urines normales, plus du sérum du sang.

Dans quelques cas, il y a concurremment avec les phénomènes que nous avons relatés plus haut, *déchirure* de quelques-uns des vaisseaux capillaires du tissu inter ou sus-canaliculaire, et passage d'une certaine quantité de sang en nature dans les urines.

La desquammation épithéliale des *tubuli* est toujours la conséquence d'une hyperémie du tissu inter-canaliculaire et des glomérules de Malpighi. Aussi, chez l'immense majorité des sujets qui succombent avec une semblable desquammation et de l'albumine dans les urines, on trouve les reins tuméfiés, congestionnés et gorgés de sang. Quelquefois cette congestion a disparu, et la desquammation épithéliale existant toujours, on trouve les reins pâles, anémiés et avec une teinte jaune chamois clair. Il suit de là que toutes les fois qu'un individu succombe ayant à l'instant de sa mort une certaine quantité d'albumine dans ses urines, sans maladie de Bright, on rencontre toujours les reins, soit rouges, congestionnés ou tuméfiés; soit pâles, anémiés et de couleur jaune chamois. Nous n'avons pas encore trouvé d'exception à cette règle.

La desquammation épithéliale des reins est, dans la grande majorité des cas, une lésion tout accidentelle et très-susceptible de guérir. Dans quelques cas cependant, elle est le premier degré de lésions permanentes et durables que nous allons étudier plus bas. On passe insensiblement des unes aux autres.

La desquammation épithéliale des *tubuli* reconnaissant toujours une hyperémie rénale pour point de départ, il s'ensuit que toute cause de congestion de cette nature peut être considérée comme cause d'albuminurie passagère ou accidentelle.

Sous ce rapport, on peut rattacher à trois catégories distinctes les causes de l'hyperémie rénale que nous étudions ici.

1° L'hyperémie rénale est le résultat d'influences extérieures: résultat d'un vice hygiénique (refroidissements, humidité, etc.). Cette forme constitue ce que l'on a coutume d'appeler maladie de Bright aiguë. Elle est souvent grave, et conduit à des désordres sérieux.

2° L'hyperémie rénale est une congestion sanguine active. Elle est le résultat de maladies fébriles qui, par un mode inconnu dans sa nature, déterminent secondairement des congestions rénales. C'est ce qui arrive fréquemment pendant ou après les fièvres typhoïdes, les fièvres éruptives, les fièvres intermittentes, le choléra, la tuberculisation, la plupart des phlegmasies.

3° L'hyperémie rénale est le résultat d'une congestion sanguine mécanique, liée à une gêne quelconque de la circulation. C'est dans cette classe qu'on range les hyperémies rénales qui s'observent à la suite des maladies du cœur, de l'emphysème pulmonaire, de la cirrhose du foie, de la grossesse, etc., etc.

La symptomatologie de l'hyperémie des reins est subordonnée à l'influence que l'albuminurie exerce sur la composition du sang.

Sous ce rapport trois cas peuvent se présenter :

1° L'albuminurie est peu considérable, fugace, passagère, et par conséquent l'hyperémie, dont elle est le signe, se trouve dans les mêmes conditions. C'est ce qui a lieu dans beaucoup de maladies aiguës fébriles et dans un certain nombre d'affections qui congestionnent mécaniquement les reins. Dans ce cas, aucun symptôme d'un trouble fonctionnel n'existe, et la présence de l'albumine dans les urines est le seul signe de la congestion rénale.

2° L'albuminurie est plus abondante, plus persistante, plus durable, et par conséquent elle correspond à une hyperémie qui participe à ces conditions; mais cette quantité n'est pas assez considérable pour altérer le sang et diminuer la proportion de son albumine. C'est là le cas des maladies de Bright aiguës dites latentes et sans hydropisie. En pareille circonstance, on peut pendant assez longtemps ne pas constater de troubles fonctionnels. Dans d'autres cas, il survient des symptômes qui peuvent se montrer à des degrés très-différents d'intensité et de gravité, et qui par leur groupement constituent les différentes formes latentes de la maladie de Brigth aiguë. Ces symptômes sont surtout la douleur lombaire, la fièvre, les vomissements, et des phénomènes d'excitation nerveuse, c'est-à-dire des convulsions, l'éclampsie, la somnolence, et quelquefois le coma.

3° Enfin, l'albuminurie est en quantité assez considérable pour désalbuminiser le sérum du sang. Nous étudierons tout à l'heure les conditions de ce phénomène.

Lésions permanentes et durables des reins. (Maladie de Bright chronique.)

Les faits qui existent dans la science, et spécialement les résultats auxquels ont conduit les travaux des médecins allemands, anglais et français, et les nôtres propres, démontrent que toute albuminurie persistante et durable est le signe d'une lésion matérielle plus ou moins profonde du tissu des reins.

Cette lésion matérielle est la lésion caractéristique de la maladie de Bright proprement dite. Elle est maintenant bien connue : on a déterminé ses caractères, sa nature, son évolution. La première altération, la plus importante peut-être, est une infiltration graisseuse des reins. Cette infiltration graisseuse augmente la capacité des cellules, atrophie leur noyau, distend leur membrane propre, qu'elle ne tarde pas à rompre et à détruire.

La deuxième altération consiste dans une infiltration albuminoïde qui s'opère simultanément dans plusieurs points des divers éléments de la substance corticale des reins. Le dépôt des matières albuminoïdes se fait d'abord dans le tissu inter-canaliculaire, plus tard dans les glomérules de Malpighi et finalement dans les *tubuli* eux-mêmes privés de leurs cellules, qui ont été détruites par l'infiltration graisseuse dont elles ont été primitivement le siége.

La troisième altération est caractérisée par l'infiltration ou plutôt par le dépôt au milieu de cette matière albumineuse de granulations protéiques et salines, et surtout de nombreux globules de graisse.

La quatrième modification est déterminée par l'organisation fibro-cellulaire de cette substance albuminoïde. Les éléments protéiques salins et graisseux qui infiltrent cette dernière matière disparaissent peu à peu, et l'aspect amorphe du tissu est remplacé insensiblement par des fibres à noyau, des fibres simples, et finalement par tous les éléments du tissu conjonctif.

Toutes ces altérations correspondent à des caractères anatomiques appréciables à l'œil nu, et qui comprennent les quatrième, cinquième et sixième formes de M. Rayer.

Faire leur histoire serait faire celle de la maladie de Bright proprement dite, ce que nous n'avons pas eu l'intention d'exposer ici. Nous dirons seulement que si dans quelques cas rares la perte d'albumine que de telles lésions opèrent par les urines n'est pas assez forte pour appauvrir le sérum du sang et produire des hydropisies; le contraire a lieu dans l'immense majorité des cas. C'est-à-dire que l'albuminurie déterminée par des lésions permanentes et durables désalbuminise peu à peu le sérum du sang et produit partout des infiltrations et des épanchements de sérosité.

SUR UN MOYEN DE GUÉRIR LES CRAMPES,

Par M. le Dr Sicre, d'Ax (Ariége).

Il n'est pas de médecin qui ne connaisse les crampes, douleurs atroces, avec contraction nervo-musculaire, bornées ordinairement à un seul membre; douleurs et contractions courtes et passagères en temps ordinaire, mais tenaces et persistantes lorsqu'elles se produisent chez les cholériques.

Ces crampes, qui font le tourment, quelquefois le désespoir de certaines personnes, sont favorablement modifiées, et parfois même victorieusement combattues, en mettant sous le lit de la personne qui en est affectée une ou plusieurs barres de fer en travers, ou bien un morceau de fer quelconque sur les matelas ou sous le drap du lit, de manière à tenir ses pieds appuyés sur ce fer.

Une dame à laquelle j'ai indiqué ce procédé, qui, toutes les nuits sans exception depuis dix ans, était atteinte de ces cruelles douleurs qui lui rendaient la vie amère et qui l'auraient bientôt réduite au marasme, s'en est si bien trouvée qu'elle semble être tombée dans un monde nouveau. Elle ressent bien encore quelques douleurs tous les huit ou quinze jours, mais ces douleurs sont moins fortes, elles ont moins de durée, et il lui suffit, pour les faire cesser subitement, d'appuyer son pied sur le fer. Avant de connaître ce moyen, elle était forcée de se lever trois ou quatre fois dans la nuit, de se promener, de se frictionner avec toute espèce de médicaments calmants qui ne produisaient que peu ou point d'effet. Enfin, elle est ravie d'avoir trouvé un soulagement dans une manière d'agir à laquelle je ne croyais pas plus qu'elle avant de la mettre en pratique.

Je tiens ce mode de traitement d'une dame qui a été en Amérique; elle m'a dit que les nègres le mettent souvent en usage. Une autre personne m'a dit, lorsque j'en parlais comme d'un fait extraordinaire, que M. Chrestien (de Montpellier) l'avait conseillé il y a quarante ans à son père pour le soulager des mêmes douleurs. Quant à moi, il m'était entièrement inconnu, et je le soumets à mes confrères pour en faire ce qu'ils jugeront convenable.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 juin 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy St-Hilaire.

Adaptation de l'œil. — M. Henry Muller adresse une réclamation de priorité à l'occasion d'une communication récente de M. Rouget sur l'appareil d'adaptation de l'œil. La réclamation de M. H. Muller porte principalement sur la description d'un muscle ciliaire annulaire donné comme un fait nouveau dans la note de M. Rouget, et découvert par lui en 1855, ainsi que le constate le compte rendu de la Société physico-médicale de Wurzbourg, publié au mois d'avril dernier.

Choléra. — M. Ayre envoie de Hull (Angleterre) un opuscule imprimé destiné au concours pour le prix du legs Bréant.

Cet opuscule se compose :

1° D'une lettre en français adressée aux membres de la section de médecine et de chirurgie sur sa méthode de traitement du choléra par l'administration du calomel à petites doses répétées fréquemment pendant toute la période de collapsus;

2° De documents relatifs aux résultats obtenus de cette méthode en diverses parties de la Grande-Bretagne et des États-Unis d'Amérique;

3° D'un certain nombre d'observations prises sur des sujets de différents âges, depuis dix-huit mois jusqu'à quatre-vingt-dix ans. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale pour le concours du prix Bréant.)

Empoisonnement par la racine de l'atractylis gummifera. — M. Bouros adresse l'addition suivante à une précédente communication sur des cas d'empoisonnement qu'on avait cru pouvoir attribuer à la racine de l'*atractylis gummifera* :

« M. Sartoris, pharmacien de la cour, homme très-versé dans la connaissance de la Flore grecque, a été envoyé à l'île de Myconos pour y recueillir des renseignements exacts sur toutes les circonstances relatives à l'empoisonnement des trois enfants, et y faire des recherches botaniques sur les plantes qui poussent à l'endroit où cet accident avait eu lieu. Il résulte de ses informations que, outre les symptômes relatés par le médecin de la commune, les enfants avaient *tous* présenté du délire et des convulsions. Quant à la plante qui avait donné la mort à ces enfants, M. Sartoris, après un examen soigneux, a trouvé que, parmi les plantes reconnues comme toxiques, il ne pousse à l'endroit indiqué que la *mandragora vernalis* L. et l'*euphorbia paralias* L. Outre ces plantes vénéneuses, il y a trouvé une grande quantité d'*echinops viscosus*, ainsi que l'*atractylis gummifera* L.

» M. Sartoris pense que ni l'*atractylis gummifera* ni l'*euphorbia* n'ont été la cause de la mort : il n'est point possible de manger de l'euphorbia, et pour l'atractylis il croit qu'à l'époque où l'accident avait eu lieu elle n'avait encore poussé ou du moins n'était pas encore assez développée. On ne saurait donc soupçonner que l'echinops ou la mandragore. M. Sartoris a apporté de Myconos une grande quantité d'*echinops viscosus*; j'en ai fait préparer un extrait aqueux et un extrait alcoolique; on a administré à un jeune chien de fortes doses des deux extraits sans en obtenir des effets toxiques. Encouragé par ces expériences, un vétérinaire a avalé une cuillerée à bouche d'extrait aqueux sans éprouver le moindre dérangement.

» Il résulte de ces expériences que ce n'est pas probablement à l'atractylis, mais bien à la mandragore que l'on doit attribuer la mort des trois enfants, ce qui me paraît d'autant plus vraisemblable qu'à la suite de l'ingestion de la plante vénéneuse tous ces enfants avaient été pris de délire et de convulsions. »

— L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination de la commission appelée à juger les pièces adressées au concours pour le prix de physiologie expérimentale (fondation Montyon). Cette commission se compose de MM. Cl. Bernard, Flourens, Rayer, Serres et Milne Edwards.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 8 mai 1856. — Présidence de M. Caron, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Rapport. — M. Caron lit un rapport sur un travail de M. le docteur Corlieu (de Charly), intitulé *Considérations sur les calculs biliaires et sur leur traitement* (voir *Gazette des Hôpitaux* du 16 juin 1856), et sur la demande du titre de membre correspondant faite par l'auteur.

Le rapport, étant favorable, est mis aux voix et adopté. M. le docteur Corlieu est nommé au scrutin membre correspondant.

Emploi de l'ortie piquante (urtica urens) contre les scrofules. — M. Dupertuis. J'ai employé avec avantage l'ortie piquante contre les affections scrofuleuses, et je la considère comme un puissant stimulant du système lymphatique.

Les feuilles fraîches, broyées dans un mortier et appliquées sur les tumeurs indolentes, les réchauffent et en activent la résolution.

Le jus d'orties pris à la dose de deux verres par jour (matin et soir) est un tonique assez actif.

Tout le monde connaît l'effet des orties fraîches sur la peau.

Pour continuer le traitement l'hiver, on recueille les feuilles et les graines, on les dessèche, puis on les emploie : les premières en infusion, les secondes prises par cuillerées (deux ou trois par jour). On en fait aussi des sirops ou des extraits.

L'ortie est non-seulement un médicament, mais encore un aliment. Les feuilles fraîches, mêlées à de la soupe aux herbes, donnent un potage agréable; elles se préparent en outre comme les légumes herbacés. Sèches, elles sont recherchées par les animaux domestiques, qui engraissent et reprennent de la vigueur lorsqu'on les soumet pendant un certain temps à ce régime.

Considérant de quel avantage il serait qu'une plante aussi commune, et qui, par cela même, présenterait un remède économique, pût prendre place parmi les substances qui composent la matière médicale, j'ai pensé qu'il serait bon de se livrer à de nouvelles recherches; aussi je prie mes confrères de vouloir bien continuer à l'expérimenter.

M. Vergne demande si, dans le traitement des scrofuleux auxquels il a administré l'*ortie*, M. Dupertuis s'est borné à l'usage exclusif de cette plante comme médicament, ou s'il a mis concurremment en usage avec elle d'autres substances usitées en général en pareil cas. Ceci est important à connaître au point de vue des conclusions à tirer de ses expérimentations.

M. Dupertuis n'a en effet employé que l'ortie seule dans les faits auxquels il a fait allusion, et s'est abstenu de toute autre préparation réputée anti-scrofuleuse. Mais il doit dire cependant que quant au régime alimentaire et aux prescriptions hygiéniques qui jouent un grand rôle dans le traitement de ces affections, il ne s'est pas écarté des principes généralement admis et consacrés par l'expérience.

M. Terrier ayant adressé quelques questions sur les effets locaux déterminés par l'ortie employée sous forme de cataplasmes, M. Dupertuis répond que le seul effet local qu'il lui ait vu produire est de colorer la peau en vert, comme le font, du reste, tous les sucs de plantes vertes; mais elle ne produit aucune irritation; rien, en un mot, qui ressemble à l'urtication, quoique cependant la pâte qui résulte de l'écrasement de la plante contienne évidemment le sucre si âcre renfermé dans les glandes situées à la base des poils nombreux dont est hérissée la surface inférieure des feuilles.

M. Masson pensait depuis longtemps, et d'après les mêmes considérations que celles qui ont amené M. Dupertuis à l'emploi de l'ortie, qu'on pouvait tirer de cette plante des résultats avantageux dans le traitement des affections strumeuses; mais il faudrait, selon lui, pour arriver à des conclusions exactes, que les malades fussent uniquement soumis au régime des orties.

M. Coursserant, qui partage les idées d'après lesquelles M. Dupertuis s'est trouvé conduit à l'emploi de l'ortie, rappelle que dans le midi de la France les jeunes pousses de cette plante ont été mises en usage pour la nourriture des animaux domestiques. Il croit se rappeler que dans certaines contrées ces pousses, préparées à la manière des épinards, ont servi à la nourriture de l'homme, et fournissent, dit-on, un aliment sain et très-usité. Il demande si les poils si piquants de l'ortie n'agiraient pas à la manière de ceux du *dolichos pruriens*.

M. Bossu fait remarquer qu'il existe une très-grande différence entre les deux plantes dont parle M. Coursserant, sous le rapport de leur mode d'action. L'ortie, en effet, ne jouit de sa propriété irritante et rubéfiante qu'à l'état frais. Sèche, elle n'offre plus rien de semblable, tandis que le *dolichos* (vulgairement *pois à gratter*) agit parfaitement quand il est sec.

M. Caron a observé que l'urtication diffère essentiellement de l'effet produit par le *dolichos pruriens*. Il a constaté, ainsi que M. Bossu, que le suc d'ortie exprimé par le broiement des tiges et des feuilles, et ces dernières parties réduites en une sorte de pâte, loin de produire la rubéfaction, paraissent agir comme émollients.

M. Moret signale les bons résultats qu'on obtient de l'emploi de l'ortie mêlée aux aliments, au son, par exemple, pour combattre certains états maladifs caractérisés par des symptômes annonçant une grande débilité chez les animaux de basse-cour.

M. Josias a entendu mentionner cette circonstance par nombre de personnes qui s'occupent de l'élève de ces animaux. Il ne croit pas inutile de faire remarquer que c'est au printemps principalement qu'il importe de cueillir l'ortie, parce que c'est à ce moment qu'elle paraît avoir le plus d'efficacité.

M. Bossu exprime le désir que M. Dupertuis continue ses essais sur l'ortie, et veuille bien en faire connaître les nouveaux résultats à la Société. Les recherches de M. Dupertuis porteraient sur l'histoire naturelle médicale de cette plante; il entrerait dans quelques détails relatifs à son choix, sa récolte, sa conservation; il indiquerait les parties qui doivent être employées de préférence, les formes sous lesquelles elles peuvent être administrées et les doses applicables à chacune de ces formes. Il ne serait pas moins désirable, ainsi que M. Dupertuis en a exprimé le vœu en commençant, qu'on se livrât à de nouvelles recherches chimiques sur l'ortie.

Rapport. — M. Terrier rend compte du *Bulletin XVI de la Société de médecine des hôpitaux de Paris*.

Ce Bulletin renferme des communications et discussions relatives au diagnostic et à la contagion de la fièvre typhoïde, au typhus rapproché de la fièvre typhoïde et à l'antagonisme de la fièvre typhoïde avec la phthisie pulmonaire. Ces questions, d'un intérêt bien grand, n'ont cependant amené que des discussions trop courtes et loin de répondre aux espérances du corps médical. Depuis vingt-cinq ans les recherches de MM. Louis et Chomel sur la fièvre typhoïde avaient éclairé la question des fièvres, si longtemps controversée par les nosologistes; l'esprit pouvait saisir avec facilité les relations de l'état typhique des fièvres, avec l'affection gastro-intestinale qui en est le caractère anatomique. Mais depuis quelque temps on a lu dans le *Bulletin de la Société des hôpitaux* un certain nombre de communications et discussions propres à répandre de l'obscurité sur le diagnostic de la fièvre typhoïde.

Dans un *Bulletin* précédent, M. Hervieux faisait une communication sur la fréquence des altérations des plaques de Peyer dans les maladies aiguës graves du premier âge, tendant à conclure à une grande fréquence de la fièvre typhoïde à cette époque de la vie; et dans le *Bulletin XVI* M. Hérard communiquait à la Société une observation de fièvre typhoïde chez un enfant de sept mois, terminée au quatrième jour par la mort.

L'enfant était entré à l'hôpital bien portant, mais allaité par sa mère atteinte de fièvre typhoïde au huitième jour. Six jours après son entrée, cet enfant n'ayant pas cessé de teter sa mère, est pris tout à coup des accidents suivants :

Abattement depuis la veille, dans la journée; l'enfant refuse le sein de sa mère; ses traits sont altérés; sa respiration est anxieuse et précipitée; râles sibilant et sous-crépitant disséminés dans la poitrine, et souffle tubaire dans un point circonscrit. Le lendemain, à la visite, les phénomènes thoraciques persistant, l'altération des traits est plus profonde, accompagnée de pâleur de la face, enfoncements des yeux; diarrhée et vomissements; plaintes et gémissements avec convulsions; enfin mort le surlendemain.

Quant à la mère, elle succomba du trente-sixième au quarantième jour de la maladie.

L'enfant présenta à l'autopsie des altérations profondes dans la plupart des organes des grandes cavités. Injection généralisée des méninges, congestion bronchique, hépatisation d'un lobe du poumon droit, congestion de la rate, gonflement et ulcération des plaques de Peyer, engorgement des ganglions mésentériques.

Cette observation, considérée par quelques membres comme un exemple authentique de fièvre typhoïde, doit nous donner l'idée d'une marche de la fièvre typhoïde bien différente chez l'enfant à la mamelle et chez les autres sujets, surtout si l'on n'a rien omis dans sa description. De plus, si les observations de M. Hervieux sont également concluantes, on arriverait à la nécessité de faire l'autopsie pour poser le diagnostic, c'est-à-dire à des conclusions inadmissibles en pathologie, et nous serions ainsi conduits à des idées toutes différentes de celles qui ont amené nos maîtres dans la voie des découvertes sur lesquelles la science s'est reposée pendant vingt-cinq ans.

La même observation soulevait la question de la contagion, presque unanimement acceptée par les médecins présents à cette séance, et rejetée publiquement quelques jours après dans les leçons d'un des membres de la Société, professeur à la Faculté, posant en principe d'obligation la continuation de l'allaitement pendant les maladies aiguës graves de la mère.

Plus loin, dans une communication de M. Fauvel, rappelant à la Société la prédominance des affections abdominales sur les affections thoraciques en Orient, la question du typhus a été en quelque sorte rapprochée de la fièvre typhoïde, pour en faire ressortir les différences. Mais cette communication n'a pas amené de discussion propre à éclairer une question où l'Académie a laissé planer les doutes depuis le singulier jugement qu'elle porta à l'occasion de son prix sur le typhus et la fièvre typhoïde. On se souvient qu'elle couronna en même temps le mémoire de Gaultier de Claubry, concluant à l'identité des deux affections, et mentionnant honorablement celui de Monteau, arrivant à des conclusions contraires.

Le secrétaire annuel : Dr Ramon.

CORRESPONDANCE.

Encore le sel marin et le sulfate de quinine.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur,

La *Gazette des Hôpitaux* vient de publier une note dans laquelle M. Ancelon (de Dieuze), à l'occasion de la dernière leçon clinique de M. le professeur Piorry, dit que le sel marin est au moins inutile, sinon nuisible, dans les fièvres à quinquina, et que le sulfate de quinine ne doit pas être imprudemment employé à doses élevées; et, se servant de ce texte comme base de son argumentation, ce praticien prétend surprendre M. le professeur Piorry en flagrant délit d'erreur et de légèreté dans le traitement journellement mis en usage à l'hôpital de la Charité. Quelque suranné que soit ce genre de controverse à propos de M. Piorry, je crois devoir y répondre en peu de mots, et c'est, je pense, au signataire de l'article en question qu'il est convenable de s'adresser.

Certainement il a pu exister des médecins assez peu soucieux de l'intérêt de leurs malades pour vouloir faire triompher leurs idées à tout prix. Mais à qui pourrait-on adresser un semblable reproche? Est-ce au médecin qui appelle à son secours toutes les ressources du diagnostic et de la thérapeutique, ou bien à celui qui, pour faire condamner une pratique sanctionnée par plus de 60,000 faits (1) et par trente-six ans de recherches, s'appuie sur des observations frappées au coin de l'inexpérience? Quel est donc de ces deux médecins celui qui doit être rappelé aux études et aux travaux sérieux? Nous laissons au lecteur le soin de résoudre ce problème.

Mais, comme le dit M. Ancelon, il ne faut pas se laisser entraîner par les écarts de son imagination; recherchons plutôt les causes d'un courroux si inattendu. Il est probable que, fasciné par des résultats malheureux et confondu par l'examen cadavérique (fièvre quotidienne sous laquelle se cachait une pneumonie aiguë *non auscultée!*), ce praticien aura cédé au mirage de sa propre imagination au point de méconnaître son erreur. Ce n'est pas qu'il y ait cependant de la honte à avouer sa faute, car qui ne se rappelle certaines leçons cliniques dans lesquelles M. Roux ne parlait que de ses insuccès! Mais aussi l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu savait très-bien s'attribuer ce qui lui appartenait dans ses rares malheurs.

Quant à admettre, avec M. Ancelon, que le sel marin ne guérit plus de fièvres intermittentes, cela n'est pas possible. Si on fait rarement usage de ce sel, c'est parce que les inconvénients qui résultent de la forme de son administration ne peuvent être mis en balance avec l'emploi facile du sulfate de quinine. La vertu fébrifuge du sel marin persiste toujours la même, et ce ne sont point les *assertions* du médecin de Dieuze qui affaibliront la valeur d'un fait auquel l'expérience clinique a donné une entière confirmation.

Mais, hélas! et c'est ici le cas de rappeler ces mots de Malebranche : « L'homme de science ressemble au voyageur; quand, par malheur, il a pris un chemin pour un autre, plus il s'avance plus il s'égare, et il s'égare d'autant plus qu'il est plus diligent. »

Non content de nier les propriétés du sel marin, ce médecin rassemble des textes, réunit des citations dans le but de détrôner le sulfate de quinine de la place qu'il occupe dans la thérapeutique. Comment donc se fait-il que le sulfate de quinine détermine dans l'hôpital de Dieuze des accidents qui sont inconnus dans les hôpitaux de Paris? Comment donc un homme qui ne tient aucun compte des faits acquis à la science et sanctionnés par l'Académie des sciences, comment se permet-il de vouloir imposer une opinion aussi erronée? D'ailleurs, pour rassurer cette conscience timorée, nous pouvons lui affirmer que maintes fois nous avons vu administrer et nous avons administré *nous-même* 1 et 2 grammes de sulfate de quinine en une seule dose sans que les malades, et je parle de femmes très-affaiblies, en aient éprouvé le moindre accident. Que si M. Ancelon désire s'édifier sur l'action de l'acide sulfurique *en potions* et à doses très-minimes, il suffira de lui dire qu'un des plus honorables représentants de la pharmacie française, Quévenne, s'était opposé à l'administration de ce remède alors qu'il était préconisé par M. Lepetit (de Poitiers) dans la dernière épidémie de choléra.

Enfin, et c'est par là que nous voulons terminer, Paris n'est malheureusement qu'un trop vaste champ d'expériences, où il est permis de constater l'action des fébrifuges aussi bien que les fièvres intermittentes pernicieuses. Quoi qu'en ait dit un savant académicien interpellé par M. Ancelon, chaque jour on rencontre ici des fièvres à types très-divers: le nombre s'en accroît même d'une façon formidable. Et s'il est une circonstance où l'on puisse s'assurer de la nature d'un mal, c'est bien, ce nous semble, dans une localité où l'on n'a pas à lutter contre la constitution en quelque sorte endémique des individus, et où il existe encore des sujets sains, capables de servir de point de comparaison.

Nous ne poursuivrons pas plus loin ces réflexions; il serait plus qu'inutile de parler des observations que M. Ancelon, par un malencontreux écart d'imagination, a rapportées à l'appui de son opinion. Nous nous permettrons cependant encore deux mots. Erostrate aussi voulut faire parler de lui; mais, de nos jours, c'est un moyen usé que de s'attaquer à tout ce qui est illustre, et l'obscurité ne cessera de régner pour les ambitieux de cette espèce.

Agréez, etc., Dr Frédéric Duriau.

(1) Pour ne pas être taxé d'exagération, et en comptant au maximum dix cas d'administration du sulfate de quinine, on obtient pour une moyenne de vingt-cinq ans 90,000 faits, ce qui est bien au-dessus du chiffre que nous donnons.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 12 juin sont nommés officiers de l'instruction publique, MM. Parisot (Léon), professeur à l'Ecole préparatoire de Nancy, et Thomas, professeur à l'Ecole préparatoire de Tours.

— Par arrêté du 25 juin, M. Xardel a été nommé professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de Nancy. Il sera attaché aux chaires de médecine proprement dite, et M. Granjean restera attaché aux chaires de chirurgie et d'accouchement.

— Par arrêté du même jour, M. Andrieu, professeur suppléant à l'Ecole préparatoire d'Amiens, est autorisé à se faire suppléer par M. le docteur Le Noel dans son cours gratuit de zoologie.

— Par suite du décès de M. Sandras, il a été opéré quelques mutations dans les hôpitaux : M. Nonat a passé de la Pitié à l'Hôtel-Dieu; M. Bernutz passe de Lourcine à la Pitié, en remplacement de M. Nonat, et est remplacé lui-même par M. Bergeron, qui quitte le service des nourrices.

— M. le ministre de l'instruction publique, accompagné de M. Lesieur, chef de division, est venu jeudi dernier visiter à l'improviste l'Ecole supérieure de pharmacie. M. le ministre est arrivé au moment où s'exécutaient les manipulations de l'Ecole pratique, et a surpris les élèves au milieu de leurs travaux. Il a été très-satisfait de l'excellente tenue de cet établissement, de l'ordre qui règne dans les collections et des dispositions très-bien entendues suivant lesquelles le jardin botanique est organisé. Il s'est fait rendre compte des améliorations qu'il était encore possible de réaliser, et il a donné des ordres pour qu'elles fussent exécutées sans retard. Cette visite laissera de longs souvenirs dans l'esprit des professeurs et des élèves de l'Ecole, qui ont tous été charmés du bienveillant intérêt que M. le ministre porte aux progrès des sciences pharmaceutiques.

— La distribution annuelle des prix aux élèves sages-femmes de l'Ecole d'accouchements a eu lieu le 25 juin, sous la présidence de M. Davenne, directeur général de l'administration générale de l'assistance publique.

Le premier prix d'accouchement, consistant en une médaille d'or, a été décerné à Mlle Resseguier, élève aux frais du département de Seine-et-Oise, qui a obtenu en outre cinq autres prix.

Les élèves qui ont été le plus souvent nommées après Mlle Resseguier sont :

Mmes Auboire, élève aux frais du département de l'Allier;
Collin, élève aux frais du même département;
Bregère, élève à ses frais;
Bernhard, élève à ses frais;
Meyruet, élève aux frais du département de l'Ardèche;
Guillaume, élève à ses frais.

— Le prix proposé par la Société médicale des hôpitaux (*voir* notre numéro du 19 juin), sur les *congestions sanguines dans les fièvres*, sera de 1,500 fr., et non de 1,200 fr.

Les auteurs devront joindre à leur mémoire un *pli cacheté* indiquant leurs nom et adresse, avec une épigraphe répétée sur la première page du manuscrit. Le terme de rigueur pour la clôture du concours est le 1er janvier 1858. Les mémoires devront, en conséquence, être parvenus au plus tard le 31 décembre 1857, à M. le docteur Henri Roger, secrétaire général de la Société, 15, boulevard de la Madeleine.

— Dans sa dernière séance du 25 juin, la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles a procédé au renouvellement de son bureau. M. le professeur Morel a été nommé président en remplacement de M. Deroubaix, et M. Rossignol, secrétaire, en remplacement de M. Pigeolet.

— M. le docteur Riba, doyen de la Faculté de médecine de Prague, vient de mourir à l'âge de soixante et un ans, après une longue maladie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Quelques sujets de médecine et de chirurgie pratiques, par M. le docteur A. Liégard, membre de la Société de médecine de Caen. — In-8°. Prix : 2 fr. 50 c. Chez Victor Masson.

Les principaux articles contenus dans ce volume sont : 1° *Fièvres cérébrales*; 2° *Emploi du chloroforme dans les accouchements*; 3° *Tranchées utérines et hémorrhagies après l'accouchement.*

De l'hydrotérapie comme moyen abortif des fièvres typhoïdes. Mémoire auquel la Société de médecine du Gard (Nîmes) a accordé une mention honorable au concours de 1854; par M. le docteur R.-T.-L. Diemer, médecin aux bains d'Aix-la-Chapelle. Br. in-8° de 128 pages. Prix : 2 fr. 50 c.

Études anatomiques sur l'hydrhémo-choladrée (écoulement de l'eau du sang par le tube digestif), et sur la Fièvre jaune, autre espèce d'hémorrhée; par M. V. Bally. 2e partie. — Paris, imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 JUILLET 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a procédé, dans cette séance, à l'élection d'un membre dans la section d'anatomie pathologique. Le désistement de deux des candidats portés sur la liste de présentation a réduit le nombre effectif des candidats à quatre. Le résultat du scrutin a été tel qu'on devait le prévoir et le désirer; M. Beau a été nommé au premier tour de scrutin, par une majorité de 40 voix sur 69 votants. La répartition des voix entre les autres candidats semble désigner assez celui d'entre eux que l'Académie s'associera probablement à la première vacance de cette section.

Après le scrutin, l'Académie a entendu deux lectures, l'une de M. Heurteloup, sur la section mousse immédiate, l'autre de M. Colin (d'Alfort), sur la digestion des matières grasses.

Sous le nom de *section mousse immédiate,* M. Heurteloup désigne une méthode qui consiste à diviser les tissus par l'action de corps non tranchants, mais dont l'effet est immédiat, au lieu de se produire avec lenteur et en s'accompagnant d'un travail de suppuration, comme le font les ligatures. Le but que M. Heurteloup s'est proposé par cette méthode, c'est d'obvier à quelques-uns des inconvénients de la section par instrument tranchant, en lui substituant un moyen qui réunisse à la promptitude de celle-ci l'avantage de prévenir l'effusion du sang. C'est, comme on le voit, la même idée qui a dicté à M. Chassaignac sa méthode de l'écrasement linéaire. M. Heurteloup y a été conduit par l'observation des phénomènes qui se passent à la suite des plaies accidentelles opérées mécaniquement par d'autres agents que les lames tranchantes. On peut même dire que ses expériences auront contribué à étendre le champ de l'observation à cet égard. C'est chose curieuse, en effet, que de voir sur les fragments de peau et de tissus organiques divers que l'on a fait passer sous les yeux de l'Académie, les sections nettes et régulières produites par les lourds et massifs instruments imaginés à cet effet. Mais comment les choses se passeront-elles sur le vivant? Et quand l'expérience directe aura démontré qu'elles sont conformes au but qu'on s'est proposé, comment parviendra-t-on à faire accepter aux chirurgiens le maniement, et aux malades l'application de ces énormes machines chirurgicales? L'exécution nous paraît présenter ici plus d'une difficulté, si M. Heurteloup n'applique son esprit ingénieux à rendre cette instrumentation un peu plus attrayante. Nous n'avons pas, du reste, son dernier mot là-dessus. Il nous promet une prochaine lecture pour montrer la possibilité d'obtenir à l'aide de ce mode de section la suture, et quelquefois même la cicatrisation immédiate. Nous prenons acte de cet engagement.

S'il est une chose plus difficile que de faire admettre un fait en physiologie, c'est de l'y maintenir. On a déjà vu combien la théorie de la glycogénie était battue en brèche; c'est aujourd'hui le tour de l'émulsion des matières grasses par le suc pancréatique.

Tout le monde sait que M. Cl. Bernard a établi par une série d'expériences qui sont résumées dans un mémoire communiqué en 1850 à la Société de biologie et à l'Académie des sciences, que le fluide pancréatique est destiné, à l'exclusion de tous les autres liquides intestinaux, à modifier d'une manière spéciale, ou en d'autres termes à digérerer les matières grasses neutres contenues dans les aliments, et à permettre ainsi la formation du chyle ou leur absorption ultérieure par les vaisseaux chylifères. Les expériences de M. Bernard furent confirmées à cette époque par plusieurs chimistes et physiologistes. M. Colin, notamment, présenta quelque temps après à l'Académie des sciences un mémoire dans lequel il faisait savoir qu'il avait vérifié l'exactitude des expériences de M. Bernard sur la propriété émulsive du fluide pancréatique, et qu'il avait constaté en outre sa parfaite identité d'action chez les animaux herbivores aussi bien que chez les carnivores. Jusque-là point de dissidence. Aussi la proposition de M. Bernard a-t-elle été acceptée depuis sans contestation. Mais, d'une part, dans les recherches mêmes de M. Colin, toutes confirmatives qu'elles étaient sur le fait principal, c'est-à-dire sur la propriété émulsive du suc pancréatique, il y avait une circonstance qui était un peu embarrassante, c'est que le suc pancréatique, dont l'utilité (en se plaçant au point de vue de l'auteur de la découverte), pouvait être considérée comme assez contestable chez les animaux herbivores, qui, par leur régime et leur mode de digestion, diffèrent tant des carnivores, s'y trouvait néanmoins en même quantité que chez ceux-ci et avec les mêmes propriétés. D'un autre côté, plusieurs observateurs ayant vu du chyle blanc dans les vaisseaux lactés après la ligature du canal excréteur du pancréas, il en est résulté quelques doutes sur la *nécessité* de l'intervention du fluide pancréatique dans la digestion et l'absorption des graisses. Tel a été le motif qui a dicté à M. Colin l'idée d'instituer une nouvelle série d'expériences dans le but d'éclaircir ces doutes et de trancher la question de savoir si, ainsi que le pensent presque unanimement aujourd'hui les physiologistes, le suc pancréatique est réellement l'agent spécial et nécessaire de la digestion des matières grasses. C'est le résultat de ces recherches que M. Colin est venu communiquer à l'Académie. Sa conclusion, comme on peut le voir par le court résumé de ce travail que nous insérons au compte rendu, tendrait à infirmer la proposition de M. Bernard, puisqu'il en ressort que les graisses sont digérées et absorbées suivant les proportions normales, et avec les mêmes caractères physiques et chimiques, sans l'intervention du suc pancréatique.

Nous exposons sans juger ni conclure. L'Académie jugera-t-elle à propos d'intervenir? Ce serait son devoir, et nous croyons savoir que c'est son intention. Nous ne pouvons que faire des vœux pour que cela soit. — Dr Brochin.

Séance annuelle de la Société de chirurgie.

Aujourd'hui a eu lieu la séance annuelle de la Société de chirurgie. Cette solennité avait, comme les années précédentes, appelé un concours nombreux d'auditeurs. La Société de médecine des hôpitaux y était officiellement représentée par M. H. Roger, son secrétaire général. Plusieurs membres correspondants de la Société de chirurgie s'étaient rendus à cette séance.

Chacun, en effet, sait rendre justice aux efforts de cette Société, qui ne brille pas moins par l'éclat que lui donnent nos illustrations chirurgicales de Paris, et celui qu'elle emprunte à ses correspondants français et étrangers, que par l'importance de ses travaux et surtout de ses savantes discussions.

Ce n'est pas, en effet, seulement sur les cas rares, difficiles que s'arrête la Société ; l'examen le plus attentif est donné à ces questions qui en apparence semblent les plus connues, mais dont l'étude attentive fait entrevoir toute l'importance. Ce sont ces faits d'une pratique de tous les jours, qui souvent se présentent avec un caractère particulier qui peut quelquefois embarrasser le praticien le plus exercé. Nous n'avons pas à insister sur ce point, qui a été si bien élucidé par M. Marjolin, secrétaire général de la Société. On lira avec plaisir ce compte rendu rédigé avec le plus grand soin, et présentant le plus haut intérêt.

M. P. Broca a prononcé l'éloge de Gerdy. Que pouvons-nous dire de ce morceau remarquable en tous points, si ce n'est que nous nous associons complétement aux paroles de notre excellent ami M. Broca, qui, mieux que tout autre, pouvait entretenir la Société de chirurgie et le monde médical de notre maître bien-aimé, dont nous avons si souvent apprécié la bienveillance, la bonté, et dont les savantes leçons nous ont été si utiles.

La question pour le prix de la Société était ainsi conçue :

Des résultats définitifs des amputations des membres inférieurs.

Ce prix était de 400 francs. Il n'a pas été décerné, aucun mémoire n'ayant été adressé en temps utile à la Société.

Le prix Duval, annuellement décerné à l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année précédente, et dont le rapport a été lu par M. Follin dans la dernière séance, a été obtenu par M. Péret (de Gaillardon) pour sa thèse sur les *Rétrécissements du rectum d'origine inflammatoire ;* une mention honorable a été décernée à M. Dunal, interne de Montpellier, pour sa thèse sur les *Hémorrhagies causées par l'insertion du placenta sur le col.*

En terminant la séance, la Société a installé son nouveau bureau, dont nous avons donné la composition dans le numéro du 28 juin dernier.

Depuis la fondation de la Société de chirurgie, les membres se réunissaient en un banquet où régnait la plus franche cordialité ; cette année, en face des calamités qui ont accablé notre pays, ils ont renoncé à cette fête : une somme de plus de 700 francs a été versée par la Société pour les victimes des inondations.

Dr A. Jamain.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Chassaignac.

Kyste spermatique compliqué d'hématocèle.

(Observation recueillie par M. A. Heurtaux.)

Del... (Pierre), âgé de soixante-neuf ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 22 avril 1856. Cet homme, qui est tailleur de pierres, est fortement constitué et a toujours joui d'une bonne santé. Il affirme n'avoir jamais eu de maladies vénériennes.

Il porte au côté droit du scrotum une tumeur pour laquelle il vient aujourd'hui réclamer des soins, et dont il s'aperçut il y a sept ou huit ans. A cette époque elle avait le volume d'une noix, et ne révéla sa présence que par le sentiment de pesanteur et de tiraillement exercé sur le cordon. Rien, du reste, qui puisse éclairer son étiologie : jamais le malade n'a éprouvé de douleur vive dans les efforts journaliers auxquels sa profession l'expose ; le scrotum n'a été le siége d'aucune violence extérieure.

Depuis son apparition, la tumeur n'a pas cessé de s'accroître, sans aucune irrégularité dans son développement ; et voici les caractères qu'elle présente aujourd'hui :

Elle est allongée verticalement, plus volumineuse à sa partie supérieure; deux étranglements légers se remarquent dans sa longueur : l'un vers son tiers inférieur, l'autre un peu plus bas. Son plus grand diamètre n'a pas moins de 22 centimètres ; la largeur est de 11 centimètres en haut, de 7 à 8 seulement pour l'extrémité inférieure. Le poids en est peu considérable, analogue à celui d'une égale quantité d'eau.

La consistance de la tumeur est celle d'une hydrocèle dont les parois seraient médiocrement distendues par le liquide. Ces parois sont, du reste, parfaitement souples et uniformes dans toute leur étendue. On ne peut déterminer la position du testicule, à cause du volume de l'épanchement.

Les rapports méritent d'être notés : l'extrémité supérieure confine à l'anneau inguinal externe, dont elle est pourtant distincte. La peau du scrotum n'ayant pas suffi à recouvrir la tumeur, celle-ci s'est approprié les téguments voisins, et particulièrement la peau de la verge. De plus, ce dernier organe, et avec lui la portion spongieuse de l'urètre, sont rejetés à gauche ; et comme ils se moulent sur la portion voisine de la tumeur, l'urètre décrit en ce point une courbure à concavité dirigée à droite. Cette déviation est même si prononcée qu'il existe depuis dix mois un rétention d'urine qu'on ne peut guère rapporter qu'à cette seule cause; et lorsqu'on veut sonder le malade, il faut d'abord diriger la courbure de la sonde dans le même sens que celle du canal.

Le 28 avril, on ponctionne la tumeur avec trocart. Il s'écoule par la canule plus d'un litre d'un liquide roussâtre, devenant spumeux par l'agitation, comme de l'eau qui contiendrait une certaine quantité d'albumine. Il ne s'y trouve aucun grumeau.

Après l'évacuation complète du liquide, on trouve le testicule parfaitement sain, le cordon un peu volumineux. La tête de l'épidydime est légèrement engorgée, bien plus douloureuse à la pression que n'importe quel autre point de ces organes. Rien de plus à noter.

Le liquide est examiné de nouveau. Aux qualités précédemment indiquées, on doit ajouter qu'il précipite abondamment par la chaleur l'acide nitrique, l'alcool. Porté sous le microscope, on y voit :

1° Une quantité *énorme* de spermatozoïdes parfaitement développés, mais sans mouvement;

2° Des vésicules spermatiques bien moins nombreuses que les spermatozoïdes;

3° Enfin un certain nombre de globules sanguins plus ou moins altérés.

En mettant dans une éprouvette 8 à 10 grammes du liquide, et l'agitant avec deux ou trois gouttes d'huile, le corps gras est émulsionné très facilement, et le mélange devient grisâtre.

Dans l'observation qu'on vient de lire, deux points sont plus

particulièrement intéressants : le volume de la tumeur; la nature du liquide.

Depuis que l'attention a été attirée sur ces singuliers kystes, d'assez nombreuses observations ont paru dans les recueils journaliers. Parmi les faits cités, il en est dans lesquels le kyste avait acquis un développement déjà considérable ; aucun cependant n'avait atteint un volume aussi prodigieux. Ici la tumeur avait complétement revêtu les caractères des hydrocèles de la tunique vaginale. Le testicule, englobé dans cette masse, ne pouvait être isolé; ses rapports avec la tumeur n'ont pu être déterminés. Déjà plusieurs fois de pareilles difficultés ont été signalées, et l'on comprend sans peine que lorsque l'affection en est arrivée à un pareil degré, le diagnostic précis n'est possible qu'après la ponction et l'examen microscopique.

Une particularité non moins remarquable dans cette observation consiste dans la nature du liquide. A l'instant où la ponction fut pratiquée, la couleur roussâtre du liquide parut établir nettement l'existence d'une hématocèle; mais ce diagnostic était incomplet, et il appartenait au microscope seul de démontrer que tel n'était pas l'unique ni même le principal élément de la maladie. Il est de toute évidence que l'hématocèle doit être considérée comme consécutive, analogue à ces épanchements sanguins qui se font dans les hydrocèles ordinaires.

Quoi qu'il en soit, c'est là une complication singulière ne paraissant pas avoir été observée jusqu'ici, et qui constitue un obstacle nouveau pour la détermination de la maladie.

Dans bien des faits antérieurs, il est dit que la chaleur et l'acide nitrique ne déterminent qu'un léger précipité (Liston); ici l'albumine était abondante, mais elle pouvait provenir en grande partie du sang épanché.

Il reste, enfin, à parler d'une propriété peut-être spéciale au liquide des kystes spermatiques. On sait que la couleur lactescente de ce liquide a été jusqu'ici un caractère constant. M. Gosselin (*Gazette des Hôpitaux*, août 1855) pense qu'elle est due aux propriétés émulsives du sperme agissant sur la matière grasse sécrétée par le kyste. Dans l'observation précitée, le liquide, examiné à ce point de vue, a pu émulsionner avec la plus grande facilité le corps gras que l'on a mis en sa présence. C'est donc là un nouveau caractère qui pourrait peut-être avoir de l'utilité en l'absence du microscope.

HOPITAL St-ANDRÉ DE BORDEAUX. — M. E. GINTRAC.

Eczéma du mamelon chez l'homme.

Pierre L..., 19 ans, de Lesbac (Basses-Pyrénées), sabotier, d'un tempérament lymphatique, sujet à une inflammation chronique du bord libre des paupières, avait ressenti, depuis deux ans environ, un léger prurit au mamelon gauche, avec rougeur, symptômes probablement entretenus par le frottement des doigts ou des vêtements. En novembre 1855, redoublement de démangeaison, vésicules sur la surface rouge de l'auréole, léger écoulement de sérosité roussâtre, puis formation de croûtes d'un gris jaune. (Le mamelon droit est resté à l'état normal.) Cette affection a pris une extension successive et très-lente.

Le malade, admis le 17 mars 1856 à l'hôpital Saint-André, paraît jouir d'une assez bonne santé; il n'offre aucun symptôme du côté des organes digestifs et respiratoires, si ce n'est une toux légère. Le mamelon gauche présente comme une large auréole. Confondu avec celle-ci et de niveau avec elle, il forme une plaque circulaire de 5 centimètres de diamètre, constituée par une couche épaisse de croûtes d'un jaune grisâtre. Entre ces croûtes, suinte une sérosité roussâtre. Paupières un peu gonflées, ayant leur bord libre rouge; cils en partie tombés; lèvre supérieure épaisse. Le malade n'a jamais eu de ganglions lymphatiques engorgés. — Tisane de douce-amère et de saponaire; bain avec sulfure de calcium, 100,0; cataplasme sur le mamelon.

Le 20, croûtes entièrement détachées, le mamelon a repris sa saillie normale. L'auréole et la peau qui l'environne présentent une couleur rougeâtre qui tranche vivement avec la teinte normale du reste des téguments. Cette couleur n'est ni vermeille ni livide; elle ressemble exactement à celle du bois de cerisier. La circonférence de l'eczéma, bien que circulaire, n'a pas une parfaite régularité; du côté interne, elle offre un peu plus de développement.

Le 21, les croûtes commencent à se reformer. — Application d'un mélange de glycérine et d'huile de cade.

Du 22 au 31, l'exsudation a diminué ainsi que le prurit. Les croûtes formées ont une couleur brune; on les détache à l'aide d'un cataplasme, et l'on saupoudre la surface de l'eczéma avec de l'oxyde de zinc. — Continuation des bains avec le sulfure de calcium.

Le 3 juin, une légère éruption papuleuse se fait sur la partie antérieure de la poitrine; l'eczéma fournit une exsudation qui tache le linge, des croûtes se reproduisent. — Même traitement.

Le 6, l'éruption papuleuse a disparu.

Du 7 au 15, l'eczéma a pâli, sa circonférence s'est rétrécie. — Continuation des bains avec le sulfure de calcium et de l'application de la poudre d'oxyde de zinc.

Du 16 au 21, emploi d'un mélange de glycérine et d'oxyde de zinc.

Le 22, disparition complète de l'eczéma.

Ce fait est présenté avec quelques détails, parce que la localisation de l'eczéma qu'il signale est très-rare chez l'homme, selon le témoignage des dermatologistes. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

OBSERVATIONS DE VARIOLE AVEC HALLUCINATIONS.

Par M. le docteur THORE.

Les troubles de l'intelligence qui se manifestent pendant le cours de la variole constituent un groupe de symptômes fort important au point de vue du pronostic, et d'autant plus intéressant à étudier qu'il n'a point attiré autant qu'il conviendrait l'attention des observateurs. Ces troubles se développent à des périodes diverses de la variole. On observe d'abord ce délire initial, dont la fréquence est assez grande, au début des maladies aiguës et surtout des maladies éruptives chez les adultes; il cesse avec la période d'invasion, et n'ajoute ordinairement aucune gravité au pronostic. Il n'en est pas de même de celui qui se manifeste au milieu et vers la fin de la période exanthématique, et il n'est pas excessivement rare, comme l'ont avancé les auteurs du *Compendium* (t. VIII, p. 441).

OBS. I. — L... (Charles), âgé de vingt-huit ans, cultivateur, n'a point été vacciné, et affirme avoir eu déjà la petite vérole; il nous montre à la face des cicatrices que nous n'avons pu bien constater. Depuis quelques jours, il se plaignait d'une douleur de tête assez vive et d'un lumbago intense; il avait un peu de fièvre, des nausées, pas de vomissements.

Le 14 août dernier, ces symptômes vont en augmentant; il a un peu de délire et d'agitation.

Le 15, l'éruption paraît extrêmement abondante à la face.

Le 16, elle augmente, devient générale et partout confluente.

Jusqu'au 21, la marche de l'éruption est régulière et non compliquée de symptômes fâcheux.

Le 22, agitation considérable, délire général, hallucinations de la vue et de l'ouïe; il veut s'élancer de son lit, et, comme il est grand et vigoureux, on le retient avec beaucoup de peine. Pouls vif et plein, à 120. — 16 sangsues aux apophyses mastoïdes.

Le 23, le pouls a diminué de fréquence, à 108; toujours du délire; l'éruption suit sa marche assez régulièrement, mais le malade arrache tous les boutons. — Sinapismes, vésicatoires aux cuisses et à la nuque.

Le 24, le délire persiste et augmente; les conjonctives sont fortement injectées, l'agitation est poussée à son comble. — Nouvelle application de sangsues aux oreilles.

Mort le soir.

OBS. II. — M..., âgé de trente ans, bien vacciné : quatre cicatrices très-accusées au bras droit, une au bras gauche.

Le 29 avril 1854, douleur lombaire et épigastrique, fièvre, nausées.

Le 1er mai, la fièvre diminue; apparition de nombreuses papules à la face.

Le 2, nausées, vomissements. L'éruption se développe régulièrement; le pouls à 80; éruption très-abondante, tuméfaction de la face.

Le 7, les pustules sont tellement rapprochées qu'elles forment une surface d'un blanc jaunâtre, régulière et d'une saillie uniforme; pouls à 84. Il y a eu des hallucinations très-prononcées de la vue et de l'ouïe; il voit des colombes voler, on lui jette des fleurs à la tête; il est entouré d'hommes qui le menacent; il entend la musique d'une fête voisine; il a ces hallucinations étant bien éveillé, et les décrit très-nettement; en notre présence, elles se reproduisent. Les réponses sont d'ailleurs très-bonnes et très-justes. Aucun autre trouble de l'intelligence. Il est bon de remarquer que ses paupières, énormément tuméfiées par l'éruption, sont exactement closes. Pas de ptyalisme.

Le 8, même état, persistance des hallucinations.

Le 9, fièvre intense, agitation extrême et toujours croissante; les urines, rares et troubles, deviennent tout à coup abondantes et limpides; dans la nuit, la respiration devient gênée et embarrassée; il succombe dans la journée.

OBS. III. — P..., femme âgée de vingt et un ans, vaccinée sans résultat dans son enfance.

Le 7 octobre, vomissements, nausées, céphalalgie, douleur lombaire.

Le 10, éruption confluente générale.

Le 13, ptyalisme abondant et continuel; pouls à 84; hallucination de la vue et de l'ouïe.

Le 14, les hallucinations ont cessé; l'intelligence est très-nette.

Le 18, la fièvre secondaire a cessé, ainsi que le ptyalisme; un peu de diarrhée.

Le 22, les croûtes se forment et commencent à se détacher.

Le 26, elle est tout à fait bien.

OBS. IV. — Cette observation est une des plus complètes que nous ayons recueillies. Nous regrettons de ne pouvoir, à cause de son étendue, la reproduire complétement.

H..., fille âgée de vingt-deux ans, bien vaccinée.

Le 7 octobre 1852, fièvre, anorexie, douleurs dans les membres, peu prononcées aux lombes, vomissements, tous les prodromes d'une variole, qui se manifeste le 9.

Le 10, développement régulier de l'éruption.

Le 11, pustules nombreuses dans la bouche. Dans le milieu de la nuit, elle éprouve des visions très-pénibles et très-intenses, qu'elle nous apprend avoir déjà depuis deux jours, et qu'elle n'a pas voulu faire connaître de peur que l'on se moquât d'elle. Elle voit le mur s'entr'ouvrir; il en sort des légions d'hommes, de femmes, les uns couverts d'un grand chapeau comme ceux des meuniers; ils s'approchent, s'introduisent sous ses vêtements, se placent sur ses genoux, sur sa poitrine, etc. Ils ont un os de mort à la main. Des voix nombreuses chuchotent autour d'elle, et lui disent qu'elle doit se préparer à mourir. Elle demande que l'on change son lit de place, pour ne plus avoir ce spectacle sous les yeux. — Potion opiacée et éthérée.

Le 12, les hallucinations cessent dans la journée, pour reparaître le soir.

Le 13, même état.

Le 14, agitation; le pouls est à 92-96. Langue rouge et un peu sèche à la pointe. Les pustules sont en pleine suppuration.

Le 15, l'agitation continue. Elle n'a plus d'hallucinations; la fièvre augmente.

Le 16, le délire devient général et très-violent; la langue est rouge et sèche; les croûtes commencent à tomber.

Le 17, la fièvre diminue; pouls à 76. La desquammation s'opère.

Le 20, pouls à 68.

Le 25, elle commence à se lever, et mange avec un peu d'appétit; elle est triste et taciturne.

Le 31, le moral paraît complétement rétabli.

OBS. V. — M. A..., âgé de vingt-sept ans, bien vacciné, a de la céphalalgie avec douleurs dans les membres et dans les lombes depuis huit jours.

Le 17 novembre 1852, il a des nausées, de la fièvre.

Le 19, la fièvre continue, et les papules varioliques paraissent.

Le 20, l'éruption se développe.

Le 21, la fièvre tombe; l'éruption est confluente à la face, moins abondante sur le reste du corps.

Le 22, nuit agitée, au milieu de laquelle les hallucinations se manifestent. Il voit des personnes entrer dans sa chambre; il converse avec elles, leur parle d'affaires, et veut les saisir par le bras.

Le 23, pouls à 88-92. La période de suppuration commence. Les pustules sont abondantes dans la bouche, et le gênent beaucoup pour cracher et parler.

Le 24, plus d'hallucinations.

Le 27, les croûtes commencent à se détacher.

OBS. VI. — T..., garçon de vingt ans, n'a point été vacciné.

Le 23 mai 1853, il éprouve de la fièvre avec céphalalgie intense, douleur de reins très-aiguë, vomissements bilieux, agitation extrême.

Le 24, apparition de papules disséminées sur la face et le tronc.

Le 25, la variole est confluente; légère angine.

Le 26, éruption abondante sur la muqueuse de la bouche et du pharynx.

Le 27, pouls à 68. Depuis la veille au soir, le malade a éprouvé des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Il entend du bruit à travers le mur; il écoute une déclaration faite par un jeune homme à une demoiselle qui habite une maison voisine; il voit une bête noire courir au pied de son lit, et demande qu'on la fasse disparaître; une personne se présente souvent à la porte de sa chambre, une pipe à la bouche; il prétend qu'il a plu toute la nuit, et que l'eau, traversant le plancher, a inondé son lit. Il répond d'ailleurs bien aux questions, et raisonne sur tous les objets étrangers à ses hallucinations.

Le 28, les hallucinations ont été toujours en augmentant, et présentent un caractère de fixité remarquable. Il voit le plancher s'entr'ouvrir et s'écarter; il en sort un garçon jardinier avec un homme armé d'un fusil et d'un bâton; ils veulent le tuer. On parle de lui dans la maison voisine, et l'on conspire contre lui. Idées de mort prochaine. Il n'existera plus demain. Les boutons sont acuminés; pouls à 80.

Le 29, tous les boutons suppurent; éruption abondante dans la cavité buccale. Persistance des hallucinations déjà décrites. Le malade a pris la veille une potion fortement laudanisée; il a bien dormi cette nuit, et il est parfaitement raisonnable. Il n'a point gardé souvenir des hallucinations qu'il a éprouvées.

Le 30, suppuration déjà assez avancée à la face.

Le 31, fièvre de suppuration.

Le 1er juin elle diminue.

Le 3, pouls à 76. Les croûtes commencent à tomber à la face; appétit.

OBS. VII. — L..., cultivateur, âgé de trente-huit ans, dit avoir été vacciné. Chez ce malade, la variole a été bénigne; mais il y a eu du délire gai et assez calme, puis hallucinations. Il a vu la cloison de sa chambre se détacher, se changer en vaisseau sur lequel il se balançait sur l'eau; il a entendu des voix qui lui parlaient et le menaçaient.

OBS. VIII. — Mme B..., âgée de trente-cinq ans, bien vaccinée; cicatrices apparentes aux deux bras.

Hallucinations assez intenses de la vue et de l'ouïe pendant le cours d'une variole légère.

(Nous omettons ici les observations IX, X, XI et XII; elles ont avec les précédentes la similitude la plus parfaite.)

D'après nos observations, les hallucinations se montrent, dans la variole, cinq fois sur cent à peu près.

Leur fréquence est plus grande dans cette maladie que dans toutes les affections aiguës où nous les avons signalées.

A quelle cause attribuer cette fréquence? A une congestion de l'encéphale? On conçoit que le développement beaucoup plus abondant des pustules à la face et au cuir chevelu, le gonflement du tissu cellulaire, l'état de tension et l'inflammation des téguments, favorisent l'afflux du sang vers le cerveau.

Cependant, dans plusieurs des faits qui précèdent, on voit qu'il n'y a eu qu'une variole très-bénigne.

On doit tenir compte de la condition morale dans laquelle se trouvent placées les personnes atteintes par la variole. Lorsqu'elles sont jeunes, elles voient avec une sorte de terreur l'invasion de cette maladie, moins encore à cause des dangers auxquels elle expose que des stigmates qu'elle peut laisser après elle.

Elles sembleraient aussi se manifester par suite d'une influence épidémique. C'est ainsi qu'au mois d'octobre 1852, nous avons vu dans une même localité, et presque en même temps, trois personnes affectées d'hallucinations très-intenses, bien que deux d'entre elles ne fussent que très-légèrement atteintes.

Le sexe masculin paraîtrait être une cause prédisposante; car huit fois sur douze les hallucinations existaient chez des hommes.

L'âge a varié entre vingt et trente-neuf ans.

C'est rarement avant le quatrième jour, rarement après le septième, que les hallucinations se manifestent. En général, elles durent trois jours, quelquefois moins. Chez les individus qui ont succombé, elles ont persisté jusqu'à la mort. Chez ceux qui ont guéri, les hallucinations sont toujours restées bien isolées et sans autre trouble appréciable de l'intelligence, puis elles ont disparu au bout de deux ou trois jours. Ordinairement l'intelligence redevenait parfaitement nette après un sommeil plus ou moins prolongé.

Les opiacés ont donné des résultats satisfaisants et souvent assez rapides. Nous avons toujours employé l'extrait d'opium à dose modérée, et nous avons rarement dépassé celle de 5 centigrammes dans l'espace de 24 heures. On obtiendrait sans doute des résul-

tats plus prompts, mais peut-être moins sûrs, en l'administrant à dose plus élevée. Ce moyen a été le seul à peu près que nous ayons employé. Cependant, dans un ou deux cas nous avons prescrit l'application de sangsues aux oreilles quand l'éruption était très-confluente, les conjonctives injectées, la face tuméfiée, le délire général avec agitation considérable.

Le pronostic est, en général, favorable, et n'est point en rapport avec l'inquiétude que cause toujours l'invasion du délire, et surtout des hallucinations, pendant le cours d'une maladie aiguë.

DE LA RÉGÉNÉRATION DU VIRUS VACCIN.

Par M. le docteur TRUCHETET.

Tous les moyens proposés pour régénérer le cowpox peuvent se ramener à quatre :

1° Le former de toute pièce en inoculant aux vaches la matière des eaux aux jambes ;

2° Inoculer la variole à la vache ;

3° Lui rendre sa force et sa vigueur native en le reportant de l'homme sur la vache ;

4° Le reprendre sur la vache.

De tous ces moyens, le dernier seul est efficace. Mais comme la petite vérole des vaches est une maladie assez rare, et que partant il est assez difficile de se procurer du vaccin vierge, nous nous sommes demandé, avec M. le professeur Trousseau, s'il ne serait pas possible d'obtenir un vaccin plus énergique que celui répandu dans la pratique sans avoir recours à la vache.

Les virus dégénèrent dans certaines conditions, c'est un fait acquis. Ainsi, tout le monde sait que dans les pays où le nourrissage des moutons est important, chaque année on inocule tous les agneaux en se servant du virus recueilli sur le mouton le moins malade, et qu'au bout de peu d'inoculations on n'obtient que très-rarement un claveau général.

« Le claveau provenant de la clavelée artificielle, dit M. Anglada » (*Traité de la contagion*, page 311; Montpellier, 1853), perd » manifestement de son activité par ses insertions répétées. Verdin » prétend qu'à la cinquième clavelisation on ne voit surgir qu'un » seul bouton, et Boudoin fixe à la douzième ou quinzième le » dernier degré d'affaiblissement du virus. Passé ce terme, on » n'obtiendrait, d'après lui, que très-rarement une clavelée légitime, et sur des moutons dont la réceptivité serait très-active. »

Un fait du même ordre a été vu pour la rage.

« M. Renault (d'Alfort) s'est assuré qu'en portant le virus rabique d'un animal sur un autre, la transmission est devenue impossible après la troisième ou la quatrième inoculation.

» Avant lui, Breschet avait fait les mêmes recherches ; il avait » vu que trois ou quatre générations du virus de la rage avaient » rendu sa propagation très-difficile, sinon impossible. » (Anglada, *loco citato*.)

Cela a été également observé pour le virus vaccin.

« M. le docteur Béringuier (de Rabastens) a fait voir par une série » d'expériences que le vaccin s'affaiblit si rapidement sur les re- » vaccinés, qu'à la cinquième ou sixième génération il cesse pres- » que entièrement de se reproduire. » (Bousquet.)

Si, dans des conditions données, les virus dégénèrent, n'est-il pas permis de se demander si, dans des conditions opposées, ils ne conserveraient pas toute leur activité? s'ils ne la récupéreraient pas quand ils l'auraient perdue en partie? Cette question, nous avons cherché à la résoudre pour le virus vaccin; nous avons voulu savoir si l'on ne parviendrait pas à rendre à un vaccin affaibli une partie des qualités qu'il aurait perdues. Nous disons à *un vaccin affaibli*, et non pas à du faux vaccin, comme quelques personnes avaient eu l'idée de le faire; car, de même qu'en semant l'ergot de seigle on n'obtiendra jamais un grain de seigle, de même, en inoculant ce qui n'est pas du vaccin, il est illogique d'espérer qu'on obtiendra ainsi la vaccine.

Un fait observé par M. Trousseau venait à l'appui de cette idée. Ce professeur rapporte, dans ses cours, qu'une jeune fille âgée de dix-sept ans, qu'il avait vaccinée trois fois auparavant, était entrée dans son service de l'hôpital Necker, atteinte d'une varioloïde très-bénigne. Sur cette jeune fille, il prit du pus variolique, l'inocula à un enfant non vacciné, par une seule piqûre. La pustule seule de l'inoculation se développa sans produire d'autre éruption. Un deuxième enfant fut inoculé avec le pus du premier; la pustule se développa de même, mais ici elle s'accompagna d'une fièvre vive, et au huitième jour parut une éruption secondaire assez discrète. Un troisième enfant est inoculé avec du pus recueilli sur le second; l'éruption fut encore plus abondante. Enfin, à la cinquième génération, il obtint une éruption confluente. La variole fut complète; elle avait été régénérée.

Ces faits étaient significatifs, et ne pouvaient être perdus. Guidé par notre maître, nous avons recueilli au sixième jour le vaccin dont nous disposions, c'est-à-dire un vaccin qui ne devenait papuleux que du troisième au quatrième jour, pustuleux le sixième, s'entourait d'aréole le septième, desséchait le dixième, et dont les croûtes tombaient aux environs du quinzième jour. Nous l'avons inoculé à un enfant bien portant; puis, le prenant le cinquième, le quatrième jour, nous l'avons transmis successivement à une série d'enfants dans les meilleures conditions possibles. Au bout d'un certain nombre de générations, il nous a semblé que ce nouveau vaccin était plus virulent, manifestait plus tôt ses effets, terminait plus tard son évolution que le vaccin dont nous étions parti. Mais ne voulant pas être dupe de quelque illusion, un enfant fut envoyé à la mairie du 9e arrondissement pour être vacciné. Au huitième jour, nous prîmes le vaccin, l'inoculâmes au bras gauche d'un autre enfant bien portant, tandis qu'au bras droit nous insérâmes notre vaccin de six jours. Plusieurs enfants furent inoculés de la même manière, et il nous parut que notre *vaccin régénéré* était plus énergique que celui de la ville.

Qui ne voit que nous n'avons fait ici que comme cet horticulteur qui, recueillant dans la campagne les graines d'une simple, les sème dans un humus de choix, obtient des variétés, en prend les plus belles, les sème de nouveau, et parvient ainsi, après plusieurs générations, à obtenir ces belles variétés de fleurs dont il orne nos parterres, et dont le commun des hommes est loin de soupçonner l'origine primitive?

Nous nous résumons en disant : *qu'il nous semble*, d'après les faits que nous avons recueillis, qu'un vaccin affaibli peut, soumis à de certaines conditions, recouvrer une partie des qualités qu'une transmission successive et peu éclairée lui avait fait perdre.

ÉTAT SPASMODIQUE DU COL ET DU CORPS DE L'UTÉRUS,

persistant pendant toute la durée du travail de la parturition, et plus de vingt heures encore après la mort du sujet.

Par M. le docteur JOBERT (de Guyonvelle).

Reine Th... est âgée de trente-cinq ans et d'une forte constitution sanguine. Enceinte pour la première fois, elle a subi pendant tout le temps de sa grossesse les inconvénients inséparables d'un appétit exagéré.

Les conséquences de cette *voracité* furent des indigestions nombreuses et un état de gêne constante vers l'estomac et le ventre.

Cependant elle arrive au terme de sa grossesse. Dès les premières douleurs une sage-femme est appelée; le toucher a été pratiqué. Le col utérin commence à se dilater, et le travail paraît se préparer franchement.

La première journée se passe sans progrès aucun; toutefois la malade se plaint vivement. A la fin de cette première journée, un deuxième toucher apprend à la sage-femme que le col utérin n'a pas changé; il est aminci, mais dur encore, et recevrait à peine l'extrémité du doigt.

La nuit fut calme, la malade n'ayant ressenti aucune douleur même légère.

Au commencement de la deuxième journée, les douleurs reparurent; mais elles furent peu vives et très-éloignées. A sa visite, la sage-femme ayant de nouveau pratiqué le toucher, retrouva encore le col utérin dans les mêmes conditions que la veille; c'est-à-dire que le col s'est effacé, mais il est très-dur et très-peu dilaté.

Cependant la malade éprouve le besoin de pousser incessamment; elle ne peut résister à ce besoin, et s'épuise en vains efforts. A la fin de la journée, on la saigne; la nuit est bonne et calme.

Le lendemain, au point du jour (troisième journée), la malade, qui a dormi presque toute la nuit, se réveille en proie à de violentes douleurs; elle jette des cris perçants, et dit qu'elle sent bien que l'enfant va sortir. On court appeler la sage-femme, qui retrouve encore à peu près les mêmes dispositions que la veille, si ce n'est que la dilatation du col est plus grande, et celui-ci presque entièrement effacé.

On donne de la confiance à la malade, à laquelle on annonce que cette fois le travail de l'accouchement va marcher. Il était en ce moment sept heures du matin; midi arrive, et rien de nouveau : la femme s'agite, se plaint et s'épuise de plus en plus, ne pouvant résister au besoin de pousser. Par un nouveau toucher la sage-femme constate que la poche amniotique commence à se former; mais celle-ci s'ouvre spontanément pendant cette manœuvre. Deux heures après, un bras était dehors, et l'autre main s'engageait précipitamment.

En ce moment toutes les douleurs cessèrent, et la matrice, palpée fréquemment à travers les parois du ventre, paraît frappée de la plus complète inertie. — On donne 1 gramme d'ergot de seigle.

Bientôt la face s'est animée; l'agitation s'est accrue de plus en plus; une seconde saignée du bras est faite. Les douleurs paraissent se réveiller un instant, mais peu intenses et très-éloignées. Le col utérin est encore plus dur qu'au moment de la première saignée. — On administre une seconde dose d'ergot.

Cependant la nuit arrive. Chacun s'inquiète; car depuis trois grandes journées la malade est dans le même état. D'après l'avis de la sage-femme on appelle un médecin (officier de santé du village), lequel, après avoir recueilli les renseignements sur ce qui s'est passé, conseille l'amputation du bras et d'autres manœuvres du même goût. La sage-femme ne peut accepter de telles propositions; il est dix heures du soir, et l'on m'envoie chercher.

Minuit. La face est violacée, turgescente; les yeux sont à fleur de tête; la malade est en proie à la plus violente agitation; le pouls est vite, petit, serré; un bras est hors de la vulve et l'autre profondément engagé. La matrice, palpée à travers les parois du ventre, demeure sans aucun mouvement sensible; elle est dans cette sorte d'inertie depuis *vingt* heures au moins, et incessamment pelotonnée sur elle-même comme au temps des contractions régulières de l'utérus pendant un vrai travail de parturition.

D'après les renseignements précis qui me furent exposés par la sage-femme, et par suite du toucher que je pratiquai, j'eus lieu de croire plutôt à un resserrement spasmodique du col et des parois elles-mêmes de l'utérus, qu'à une véritable inertie de la matrice. Je prescrivis, en conséquence, un grand bain, dans lequel la malade demeura près de deux heures. En même temps on porta à plusieurs reprises et à de courts intervalles une notable dose de pommade de belladone dans le vagin, et sur le col de la matrice plus particulièrement. Le spasme parut céder, et le col utérin s'était élargi assez pour autoriser des manœuvres; j'en profitai pour essayer la version; mes efforts furent inutiles. Je réussis bien à introduire la main dans l'utérus, mais il me fut impossible de l'y maintenir. Le col me serrait si fort spasmodiquement au poignet, que ma main n'avait aucune conscience de ce qu'elle touchait. Plusieurs manœuvres furent tentées, mais toujours vainement.

La malade est épuisée par la fatigue, les cris qu'elle jette et les efforts auxquels elle se livre malgré elle et comme irrésistiblement. Une syncope profonde survient; tous les assistants croient cette femme morte, car elle est d'une pâleur hideuse, avec absence de pouls et résolution complète de tout le corps et des membres plus particulièrement.

En présence des dangers que j'entrevoyais déjà depuis plusieurs heures, je me crus suffisamment autorisé à recommencer les manœuvres; je constatai donc de nouveau l'état des parties. Le col est largement ouvert et la matrice sans aucun mouvement ni contraction; la main cette fois pénètre sans la moindre résistance; la version est faite avec une extrême facilité et rapidité; les pieds, les genoux et les fesses ont bientôt et successivement franchi la vulve; l'enfant était mort depuis longtemps.

Cependant la malade avait repris connaissance, et de nouveau le col utérin s'était spasmodiquement contracté et resserré immédiatement au-dessous des épaules. Toute tentative pour dégager les bras devint alors inutile, impossible, et ce ne fut qu'après deux heures d'attente qu'enfin la malheureuse femme accusait quelques légères douleurs dans les parties; je reconnus un nouveau relâchement du col de la matrice, et j'opérai immédiatement le dégagement et l'extraction de l'une et de l'autre épaule, de l'un et de l'autre bras.

Tout n'était pas fini, et de bien plus graves difficultés se préparaient encore, difficultés insurmontables, puisqu'elles ne permirent désormais aucune manœuvre ni manuelle ni instrumentale.

L'utérus est subitement revenu sur lui-même; il s'est rétracté au point qu'il n'a pas le volume des deux poings, et il est dur comme un caillou; en même temps le col de la matrice, gros et turgescent, s'est resserré et spasmodiquement enlacé autour du cou de l'enfant; il est lui-même d'une dureté extraordinaire.

Que faire? saigner ou baigner, ou l'un et l'autre? Mais la faiblesse du sujet est à son comble; il y a comme un anéantissement profond et général; le pouls est petit et serré, disparaissant sous le doigt qui le presse; la face a pâli, les yeux sont ternes et languissants.

Trois heures se passent dans ces mêmes conditions d'angoisses pour la femme et des plus vives inquiétudes pour tous. Enfin, la patiente pousse un cri, véritable cri de détresse; elle m'appelle, disant que le mal revient; je m'approche, la malheureuse était morte; il n'y a plus rien à faire pour elle. Je fis eu ce moment quelques nouveaux efforts de traction sur les épaules, ces efforts furent inutiles.

Vainement dix heures et quinze heures plus tard la sage-femme voulut essayer elle-même l'extraction de la tête; le col utérin, toujours convulsé, demeurait encore serré comme un lacs autour du cou de l'enfant. En un mot, toutes les parties convulsées avaient conservé exactement la même roideur qu'elles avaient pendant la vie.

RÉFLEXIONS. — Deux saignées avaient été faites à propos, et deux fois aussi le seigle ergoté avait été administré à une dose assez élevée dans une boisson vineuse. S'il n'y avait eu qu'inertie de la matrice, très-probablement sous l'influence de ce médicament les douleurs se seraient réveillées. Le grand bain et la pommade de belladone portée à plusieurs reprises sur le col utérin ne produisirent aucun résultat sensible.

Que restait-il à faire dans une situation aussi pénible, si ce n'est de se résoudre à voir mourir cette infortunée?

SACCHARURE IODÉ.

Nouvelle préparation d'iode pour le traitement de la syphilis.

L'action médicative de l'iode à l'état métalloïde est plus durable, suivant M. Fantonetti, que celle de l'iodure potassique, qui s'élimine si promptement par les urines; il était donc nécessaire, suivant ce médecin, d'avoir une formule pharmaceutique qui, tout en donnant une préparation inaltérable, livrât un remède agréable au goût sans exposer à des conséquences fâcheuses. La teinture d'iode, à cause de la réaction chimique qui engendre de l'acide iodhydrique d'où résulte la séparation d'une portion d'iode, n'atteint pas ce but. M. Fantonetti croit que le procédé suivant est appelé à réaliser le *desideratum*.

Mettez 5 centigrammes d'iode dans un mortier de verre ou de porcelaine; versez dessus 9 à 10 gouttes d'alcool et triturez jusqu'à dissolution complète. Ajoutez 12 grammes d'abord, puis 25 autres grammes de sucre raffiné, que vous broyez assez longtemps pour opérer un mélange intime.

Le tout est divisé en 15 parties égales, dont on fera prendre au malade 3, 4 et même 5 parties dans les vingt-quatre heures. Cette préparation n'est pas inaltérable, car l'iode se volatilise à la température ordinaire; il importe donc de n'en pas préparer une plus grande quantité à la fois, mais on se trouve à l'abri de la formation d'acide iodhydrique.

On peut mélanger le saccharure ci-dessus avec du miel et du chocolat, et créer des préparations qui sont acceptées plus facilement par les malades difficiles.

L'auteur recommande sa préparation surtout dans les cas où le traitement mercuriel est mal supporté par les malades; le saccharure d'iode est agréable, et dépourvu, dit-il, de tout inconvénient.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er juillet 1856. — Présidence de M. BUSSY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un arrêté par lequel M. le docteur Depaul est nommé directeur adjoint du service de la vaccine à l'Académie.

— M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport sur une épidémie de diarrhée et de dyssenterie qui a régné dans la colonie d'Ostwald (près Strasbourg), en 1856, par M. le docteur Brouyet ;

2° Les rapports de MM. les docteurs Dauvin, sur les épidémies qui ont régné en 1855 dans l'arrondissement de Saint-Pol (Pas-de-Calais) ; Bazin, sur une épidémie de fièvre typhoïde à Groslay (Seine-et-Oise) ; Mivet, Calamy et Aiguillon, sur les maladies épidémiques du département du Puy-de-Dôme en 1855 ;

3° Le compte rendu des maladies épidémiques des départements de Loir-et-Cher et de la Meurthe, pour la même année (commission des épidémies) ;

4° Un rapport de M. Doré, sur une épidémie de choléra qui a régné dans l'arrondissement de Saint-Gaudens (Haute-Garonne), en 1855 (commission du choléra) ;

5° Les rapports de M. le docteur A. Barrié, médecin inspecteur adjoint des eaux minérales de Bagnères-de-Luchon ; de M. le docteur Chevalier, médecin inspecteur des eaux minérales de Provins (Seine-et-Marne) ; de M. le docteur Jaubert, médecin inspecteur des eaux minérales de Gréoux (Basses-Alpes), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854 (commission des eaux minérales) ;

6° Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de la Drôme et d'Ille-et-Vilaine. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Barthez et M. Roger écrivent à l'Académie qu'ils se désistent de leur candidature à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

— M. Brachet (de Lyon) adresse une lettre dans laquelle il signale la conformité des résultats annoncés par MM. Becquerel et Vernois avec ceux qu'il a publiés dans ses *Leçons cliniques sur l'albuminurie et la maladie de Bright.*

— M. le docteur Prosper Hullin adresse un travail intitulé *De l'influence de la vaccine sur la guérison de certaines maladies.*

— M. L. Plonquet adresse le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans plusieurs communes du canton d'Aï (Marne).

— M. le docteur Gaffé (de Saint-Valery sur Somme) adresse un mémoire sur la variole, la varioloïde et la vaccine. (Commission de vaccine.)

M. le docteur Mariano Padilla (de Guatemala) adresse un mémoire intitulé *Essai sur l'origine de la syphilis en Europe et en Amérique.* (Commissaires : MM. Ricord et Lagneau.)

— M. le président annonce à l'Académie que MM. O. Bang, professeur à Copenhague et Holtz, professeur à Christiania, sont présents à la séance.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section d'anatomie pathologique.

M. le secrétaire annuel donne lecture de la liste de présentation. Cette liste porte :

En première ligne, M. Beau ; en deuxième, M. Sestier ; en troisième, M. Ch. Robin ; en quatrième, M. Ménière ; en cinquième, M. Barthez ; en sixième, M. Roger.

Sur 69 votants, majorité, 35 :

M. Beau obtient. . . .	40	suffrages.
M. Ch. Robin.	15	—
M. Ménière.	8	—
M. Sestier.	6	—

M. Beau ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie. Sa nomination sera soumise à la sanction de l'Empereur.

LECTURES.

De la section mousse immédiate. — M. Heurteloup lit sous ce titre un mémoire dont voici le résumé :

Si une partie d'un corps vivant ou qui a vécu est fortement pressée entre deux pièces de métal dur non tranchantes, affectant plus particulièrement la forme cylindrique et marchant l'une vers l'autre parallèlement, cette partie d'un corps vivant ou qui a vécu se trouve tranchée.

Cette section est d'autant plus prompte et d'autant plus nette que les cylindres sont plus parfaits et plus identiques, que leur parallélisme est plus régulier et que la force qui les pousse l'un vers l'autre est plus considérable.

Si, au lieu de faire marcher un cylindre vers un autre cylindre, on fait marcher un cylindre vers une surface plane, la section du corps mou s'opère aux dépens du tissu qui se trouve du côté du cylindre.

Si, au lieu de faire marcher deux cylindres parfaits l'un vers l'autre, on aplatit l'un et l'autre de manière qu'ils se touchent exactement par cette surface plate que je suppose de 5 ou 6 millimètres de largeur, la section s'opère complétement si le tissu est mou ; mais elle est incomplète si le tissu présente dans sa texture des fibres tenaces et résistantes.

Si entre deux cylindres marchant l'un vers l'autre avec toutes les conditions d'exactitude qui déterminent la section nette d'un tissu charnu, on place une feuille de papier ou de métal très-fine, telle que du papier joseph ou une feuille de platine, la pression la plus grande exercée suffit à peine pour diviser ce papier joseph ou cette feuille de platine.

Ce phénomène est encore plus évident si les cylindres sont aplatis à leur point de contact, et surtout si ce contact est empêché d'être complet par un corps très-mince et très-solide interposé.

Si la masse charnue interposée entre les cylindres est volumineuse, les cylindres entrent dans cette masse, en font la section, jusqu'à ce que le jeu de l'instrument soit arrêté par l'excès de la masse ou le volume du métal qui supporte le cylindre.

Mais si le cylindre est étroit, tel qu'un fil de fer cylindrique, ce fil de fer entre dans le tissu, le pénètre, le divise, et si la force est assez grande il en opère la section.

Si les cylindres agissent sur une partie charnue et revêtue des deux côtés d'une membrane muqueuse, ils s'avancent également dans le tissu, et après avoir marché une distance égale tous les deux, ils se rejoignent au milieu de la masse, qui se trouve tranchée nettement et perpendiculairement.

Si les cylindres agissent sur une partie charnue et revêtue d'un côté d'une membrane muqueuse et de l'autre de la peau, cette seconde enveloppe se trouve tranchée la dernière.

Si les cylindres agissent sur une partie de manière à correspondre des deux côtés à la peau externe, les deux peaux sont rapprochées, la partie moyenne se trouve d'abord divisée ; les deux tuniques sont pressées l'une sur l'autre, leurs parties les plus molles sont chassées par la pression, la partie fibreuse reste, s'aplatit, se lamine, se réduit à une ténuité extrême, en une sorte de parchemin, et enfin la partie laminée de l'une des peaux va se coller, et presque se confondre et s'amalgamer avec celle de l'autre peau, de manière à former immédiatement entre ces deux peaux une suture assez résistante. Cette suture est d'autant plus large et plus solide que l'adhésion a été provoquée par des cylindres se touchant par une surface plus large, soit par le volume des cylindres, soit par l'aplatissement qui leur a été donné.

Enfin si, entre deux parties charnues que l'on veut diviser du même coup, on place une feuille de platine ou de métal très-mince, on n'agglutine pas les deux parties ainsi séparées par cette feuille de métal mince. (Cette propriété est très-importante pour conserver les ouvertures naturelles.)

Plus la *section mousse* se fait lentement, mieux elle produit l'occlusion des vaisseaux rouges et blancs.

C'est l'action de ces corps non tranchants sur nos tissus que M. Heurteloup appelle la *section mousse immédiate.*

Des instruments propres à pratiquer la section mousse immédiate. — Toute combinaison mécanique disposée pour rapprocher avec une force considérable deux pièces de métal mousses et continues, est propre à pratiquer la *section mousse.* Cependant il faut que ces combinaisons remplissent plusieurs conditions.

La première de ces conditions, c'est qu'il faut que l'instrument soit d'une puissance énorme pour que son action ne risque jamais de ne pas être complétée, soit par défaut de compression, soit par rupture de l'instrument.

La seconde est que, malgré le grand développement en métal que nécessite cette grande force, l'instrument, quoique lourd, soit cependant assez prompt dans son action, léger dans son usage.

La troisième est que, là où il faut un grand développement de force pour parfaire l'action, cette grande force soit développée sans l'interférence du chirurgien, qui alors ne s'occupe que de la direction des tissus à modifier.

La première de ces conditions exige donc beaucoup de métal employé à la construction des instruments ; la seconde demande que ces instruments soient construits de manière que leur action se développe facilement, et la troisième qu'ils soient fabriqués de façon à être mis en usage sous la direction du chirurgien par des aides forts et intelligents.

Ce sont ces conditions que l'auteur a voulu développer dans les instruments qu'il présente à l'Académie.

Ici M. Heurteloup décrit les divers instruments sécateurs mousses dont il s'est servi dans ses expériences pour opérer soit des sections en ligne droite, soit des sections courbes ou demi-circulaires.

Pour pratiquer la section mousse en ligne droite, il se sert d'une pince qui ressemble beaucoup à la tenaille des menuisiers, sauf que les mors, au lieu d'être tranchants, sont arrondis. Les deux leviers de cette pince sont mous par une vis placée à leurs extrémités.

Avec cet instrument, on fait la section mousse sur tous les corps qui présentent peu de saillie. Cette saillie mousse s'opère en ligne droite, et en général n'a aucunement besoin d'une ligature préliminaire de maintien.

Lorsque les parties à retrancher ont un certain développement, le moyen d'exécution doit avoir nécessairement plus d'étendue et plus de force. Ce moyen d'exécution est constitué par un instrument qui ressemble à celui qui est connu pour faire les filets de vis. Il est composé, comme lui, d'un cadre dans lequel se meuvent deux coussinets. Ces deux coussinets se rapprochent l'un de l'autre par deux vis très-fortes, que font tourner deux aides avec une puissance telle que les deux coussinets, taillés en cylindre à leur point de contact, opèrent immédiatement, si l'on veut, une section mousse, qui, tout en opérant promptement la division du tissu, ferme complétement toutes les ouvertures des vaisseaux.

Si la courbe de ces cylindres est aplatie, toutes les parties molles sont condensées et ramenées à cet état de parchemin que M. Heurteloup appelle *suture immédiate.*

On donne à ces coussinets cylindriques ou aplatis des formes variées, suivant la forme que l'on désire donner à la section mousse.

De la section mousse circulaire ou plutôt semi-circulaire. — La section mousse circulaire s'opère par un procédé analogue à la manière dont on divise dans nos marchés les denrées molles, c'est-à-dire à l'aide d'un fil de métal. L'action de ce fil métallique est assez semblable à celle de la chaîne articulée que M. Chassaignac emploie pour pratiquer l'écrasement linéaire.

La *section mousse immédiate* circulaire ou semi-circulaire au moyen d'un fil métallique cylindrique s'applique aux masses volumineuses charnues, dans lesquelles elle pénètre en étreignant les tissus et en les divisant par la traction préliminaire des fibres, et ensuite par leur rupture après une certaine élongation, ce qui donne à ce genre de section mousse une grande analogie avec les plaies par arrachement ; seulement elle n'a pas, comme ces dernières, de l'irrégularité et de l'imprévu.

En résumé, la section mousse a des buts et des résultats importants :

1° Elle produit souvent la réunion immédiate ;

2° Elle ferme immédiatement les vaisseaux artériels et veineux, car elle n'est suivie d'aucune hémorrhagie ;

3° Elle ferme les vaisseaux lymphatiques, car après elle la suppuration est presque nulle ;

4° Elle intercepte probablement cet *aura* sensitif qui apparaît souvent dans le nerf après la section par la lame tranchante. (Commissaires : MM. Bégin et Jobert.)

De la digestion et de l'absorption des matières grasses sans le concours du fluide pancréatique. — M. G. Colin lit sur ce sujet un mémoire qui peut se résumer ainsi :

Depuis que M. Bernard a reconnu que le suc pancréatique jouit de la propriété d'émulsionner ou d'acidifier les graisses, on s'accorde à peu près unanimement à regarder ce fluide comme l'agent spécial de la digestion de ces matières.

Cependant déjà plusieurs observateurs, ayant vu du chyle blanc dans les vaisseaux lactés après la ligature du canal excréteur du pancréas, ont émis des doutes sur l'intervention effective du fluide pancréatique dans la digestion et l'absorption des graisses. Mais pour éclaircir ces doutes et trancher la question, il fallait recourir à des expériences directes, précises, exécutées comparativement, d'une part sur les animaux dans les conditions normales, d'autre part sur des animaux de même espèce dont le suc pancréatique fut versé à l'extérieur.

C'est ce que j'ai cherché à réaliser sur de grands ruminants soumis à un régime uniforme et chez lesquels il est facile, sans troubler la digestion, de faire couler au dehors le suc sécrété par le pancréas et de recueillir de grandes quantités de chyle au moyen d'une fistule pratiquée à l'extrémité antérieure du canal thoracique.

Dans ce but, j'ai pris d'abord deux vaches en bonne santé et nourries toutes les deux de regain de luzerne depuis une quinzaine de jours.

Sur la première, qui devait servir de terme de comparaison, j'ai seulement inséré un tube à l'extrémité antérieure du canal thoracique, de manière à recueillir du chyle normal pour le dosage des matières grasses.

D'après l'examen que M. Lassaigne a bien voulu en faire, le chyle de cette première vache, obtenu lors de la plus grande activité digestive, contenait, pour 1,000 grammes, près de 6 grammes de graisse ou 00,597. Cette graisse était jaunâtre, fusible entre + 30 et + 36 centigrades ; elle était neutre et entièrement saponifiable par la potasse caustique.

A la seconde vache, le canal pancréatique fut lié et un tube y fut adapté au-dessus de la ligature, afin de considérer au dehors le fluide sécrété. Chez cet animal, comme chez ceux qui servirent aux expériences dont les résultats ont été communiqués à l'Académie des sciences, la sécrétion pancréatique se montra essentiellement intermittente, et son produit conserva toujours la propriété d'émulsionner et d'acidifier les graisses.

Sur celle-ci, un tube fut adapté au canal thoracique quatre jours après que le suc pancréatique eut commencé à couler au dehors, de sorte qu'à ce moment il ne pouvait plus en exister dans les voies digestives. On recueillit successivement plusieurs flacons de chyle pendant la journée.

Ce fluide avait l'aspect, la consistance, le degré de coagulabilité qui lui sont habituels chez les animaux de l'espèce bovine : son sérum possédait, suivant les périodes de la digestion, la teinte lactescente qu'il présente ordinairement.

Examiné au microscope, il offrait, outre ses globules blancs argentins, des granules graisseux réguliers, sphériques, semblables à ceux que le chyle montre dans toutes les circonstances.

Enfin, soumis à l'analyse chimique par M. Lassaigne, trois échantillons de ce chyle ont donné par kilogramme les quantités suivantes de matière grasse : le premier, obtenu avant le repas, 3 grammes 71 centigrammes, ou, pour 1,000 parties, 00,371 ; le second, recueilli peu après le repas, mais avant que la rumination fût établie, 3 grammes 31 centigrammes, ou, pour 1,000 parties, 00,331 ; le troisième, pris pendant que la digestion était en pleine activité, 5 grammes 7 centigrammes, ou, pour 1,000 parties, 00,507. Ce dernier chiffre est donc sensiblement égal à celui donné par le chyle de la vache servant de terme de comparaison et obtenu également lors de la plus grande activité digestive.

Des résultats semblables à ceux qui précèdent furent obtenus dans les autres expériences.

Ainsi, lorsque le fluide pancréatique, qui a été considéré comme l'agent essentiel et exclusif de la digestion des graisses, cesse d'arriver dans l'intestin, le chyle ne diffère en rien de celui des animaux laissés dans les conditions normales et soumis à un régime uniforme.

Dans les deux cas, le chyle présente le même aspect, le même degré de coagulabilité, les mêmes variations de la teinte du sérum, suivant les périodes de la digestion.

Enfin, dans les deux circonstances, il contient une égale proportion de graisse, pourvu que l'alimentation et l'activité du travail digestif soient à peu près identiques. De plus, cette graisse est toujours neutre et susceptible d'être saponifiée par les alcalis.

Les expériences qui viennent d'être résumées et les recherches chimiques qui s'y rapportent établissent donc les trois points du problème que je me suis proposé de résoudre.

Sans l'intervention du suc pancréatique, il est manifeste :

1° Que les graisses sont digérées et absorbées ;

2° Que leur absorption s'effectue encore suivant les proportions normales ;

3° Que ces matières se trouvent alors identiques sous le rapport de leur état, de leurs propriétés physiques et chimiques à ce qu'elles sont dans les conditions physiologiques ordinaires. (Commission déjà nommée.)

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 16 juin, M. Alquié, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret du 1er juillet, une chaire spéciale de zoologie est créée à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris. M. Valenciennes, membre de l'Institut, professeur au Muséum d'histoire naturelle, est nommé professeur titulaire de cette chaire.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes. — Erysipèles. — Fièvres puerpérales. Emploi du sulfate de quinine dans la fièvre puerpérale.

Il a régné dans ces derniers temps, et il règne encore en ce moment, mais à un moindre degré, une influence morbide dont nous avons déjà signalé l'existence il y a environ un mois, et qui se traduit principalement par de fréquents érysipèles qui viennent compliquer et entraver les résultats des opérations pratiquées dans les hôpitaux ou empêcher l'exécution des opérations projetées, et par des fièvres puerpérales qui ont sévi dans presque tous les services de femmes en couches.

Nous reviendrons prochainement sur la question des érysipèles, qui a fourni à M. le professeur Jobert (de Lamballe) l'occasion de passer en revue, dans une de ses dernières leçons cliniques, les divers moyens proposés pour combattre et enrayer les progrès de cette fâcheuse complication, et d'exposer ses idées pratiques sur ce point de thérapeutique médico-chirurgicale. Nous n'avons l'intention de nous occuper, pour l'instant, que d'un point relatif au traitement des fièvres puerpérales.

L'insuccès presque constant des méthodes de traitement usitées contre cette cruelle affection, et l'impuissance où l'on a été jusqu'ici d'en empêcher la propagation indéfinie une fois qu'elle a éclaté sur un point, ont fait adopter par l'administration une mesure qu'on ne peut qu'approuver, l'évacuation des salles et des services envahis par la maladie. Mais ce n'est là malheureusement qu'un expédient et non un remède. Sans doute quelques femmes, qui, si elles eussent été admises à la Clinique ou à la Maternité pour y faire leurs couches, eussent eu à courir les chances très-graves et presque certaines de la fièvre puerpérale, s'y soustrairont en restant chez elles. Mais toutes n'ont point cette ressource; ce n'est même que le plus petit nombre. Le plus grand nombre, au contraire, ira chercher un asile dans les autres hôpitaux. Or, si la maladie n'y a pas été importée déjà par quelques-unes des malades évacuées de la Clinique ou de la Maternité, l'encombrement joint à l'influence morbide régnante, ne tardera pas à transformer les salles de ces hôpitaux en autant de petits foyers endémiques. Le mal n'est ainsi qu'ajourné ou repoussé d'un point sur un autre. C'est ce qui a eu lieu en effet.

L'hôpital Cochin, par suite de son voisinage de l'hospice de la Maternité, sans doute, a été un de ceux où se sont réfugiées en plus grand nombre les femmes en travail d'enfant, traînant en quelque sorte à leurs trousses l'implacable épidémie. Frappé de la gravité de la maladie qui s'attaquait à presque toutes les nouvelles venues dont elle faisait autant de victimes, M. Beau a cherché à opposer une digue à ce nouveau torrent. Il a eu recours à l'un des agents les plus énergiques de la thérapeutique, celui que l'on a appelé à juste titre l'agent régulateur par excellence, le sulfate de quinine à haute dose. Voici de quelle manière il procède :

Il prescrit d'abord dès l'invasion de la maladie un vomitif ou émeto-cathartique, dans le but d'assurer l'absorption et l'action du sulfate de quinine; puis, aussitôt après que les évacuations ont cessé, il fait prendre le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme au moins, 1 gramme et demi et même 2 grammes, suivant la gravité et la ténacité du cas, dans les vingt-quatre heures, par prises de 50 centigrammes réparties à distances à peu près égales. Cette dose produit presque inévitablement les accidents de l'ivresse quinique, élevée quelquefois jusqu'au délire maniaque le plus intense. Ce n'a été qu'à la condition d'atteindre à ce degré d'action de la médication quinique qu'ont été obtenus les heureux résultats que M. Beau a déjà signalés dans sa lettre à l'Académie de médecine.

La première malade qu'il a traitée ainsi, et qui présentait tous les symptômes et tout le cortége de la fièvre puerpérale la plus intense, avec un pouls à plus de 160, a guéri. Il a traité de la même manière toutes les nouvelles accouchées que la maladie venait à atteindre, et dès l'invasion des premiers symptômes; et à dater de ce moment, la mortalité a cessé. Mais hâtons-nous d'ajouter, bien que cela eût à peine besoin d'être dit, que la médication quinique n'a dans aucun cas enrayé d'une manière complète et immédiate la marche de la maladie. Toute-puissante en quelque sorte sur l'état fébrile et sur tout cet ensemble de phénomènes généraux graves qui forment comme le cortége des lésions locales de l'abdomen et constituent ce que l'on peut appeler l'élément malin de la maladie, elle est manifestement sans action sur ces lésions elles-mêmes; elle décompose en quelque sorte, pour me servir des expressions mêmes de M. Beau, elle dédouble la maladie et la réduit à ses seuls éléments locaux; la péritonite, ou métro-péritonite, qui, de suraiguë qu'elle était, revêt, à partir de là, un caractère subinflammatoire dont il est ensuite plus facile d'avoir justice.

L'idée de recourir au sulfate de quinine pour combattre la fièvre puerpérale n'est pas nouvelle; on a déjà essayé à plusieurs reprises cet agent, soit comme moyen prophylactique, soit même comme moyen curatif. On peut se rappeler notamment les essais faits dans le temps par M. Leudet, à l'Hôtel-Dieu de Rouen.

Dans une épidémie qui régnait à la fin de 1843, et qui se prolongea pendant plus de trois mois, bien que plusieurs fois on eût pu croire à sa terminaison, M. Leudet pensa que l'administration du sulfate de quinine, employé avant le moment où la fièvre puerpérale avait coutume de se manifester, pourrait prévenir le développement de la maladie. Aucune des femmes soumises à l'usage de ce médicament ne tomba malade. Afin de s'assurer qu'il n'y avait pas simple coïncidence, il y eut recours sur une plus grande échelle, dans deux autres épidémies qui eurent lieu dans son service en 1845 et 1846. Chaque fois les femmes qui prirent le sulfate de quinine furent exemptes de la maladie.

Quelques années plus tard (en 1850 ou 1851), un médecin d'Eu, M. le docteur Leconte, ayant eu probablement connaissance des faits de M. Leudet, et se trouvant en présence d'une épidémie de fièvre puerpérale, fit de cette méthode un emploi plus général et d'une utilité plus immédiate encore, en faisant bénéficier de l'action énergique et bienfaisante du sulfate de quinine, non plus seulement les femmes qui étaient sous l'imminence de la maladie, mais encore celles qui y étaient actuellement en proie. Cette extension du traitement institué par M. Leudet eut, à ce qu'assure M. Leconte, les résultats les plus heureux. Il faisait également précéder l'administration du sulfate de quinine d'un vomitif, et la faisait suivre ou accompagner de l'usage de frictions mercurielles et de quelques autres soins secondaires non moins utiles, tels que bains, injections, etc.

Si l'on voulait, du reste, faire à cet égard une revue rétrospective, il faudrait remonter beaucoup plus haut encore pour trouver l'origine de cette méthode. Ainsi, dans la même localité et peut-être dans le même hospice où M. Leudet a fait ses essais, cinquante ans avant, Alphonse Leroy, pendant une épidémie de même nature, faisait prendre à toutes les femmes enceintes, dans les derniers mois ou quelques jours avant l'accouchement, de fortes décoctions de quinquina unies à un purgatif, à titre de prophylaxie.

Mais ce n'est pas une question de priorité que nous soulevons en ce moment, c'est une question de fait. Or, pour être complètement vrai, il faut ajouter que cette méthode, qui paraît avoir si bien réussi à Alphonse Leroy, à M. Leudet, à M. Leconte et à quelques autres médecins dont les noms ne nous reviennent pas en ce moment, a échoué en d'autres mains et à différentes époques. Ainsi, pendant une épidémie de fièvre puerpérale qui régna à l'hôpital de la Clinique en 1846 ou 47 (nous n'avons pas la date très-précise à l'esprit), M. Cazeaux, étant temporairement chargé du service, voulut expérimenter la méthode de M. Leudet, comme traitement prophylactique et curatif en même temps, et il n'obtint aucun résultat ni à l'un ni à l'autre titre. L'épidémie, pas plus que chacun des malades en particulier, n'en parut nullement influencée; elle continua à exercer ses ravages comme devant.

Pourquoi cette différence si considérable dans les résultats? Cela tient-il à quelque différence dans le mode d'application du traitement, à l'inobservance de quelque condition essentielle, ou peut-être à des circonstances particulières inhérentes aux épidémies elles-mêmes? C'est ce que nous ne saurions dire. Mais la question vaudrait la peine d'être étudiée sous ces différents points de vue.

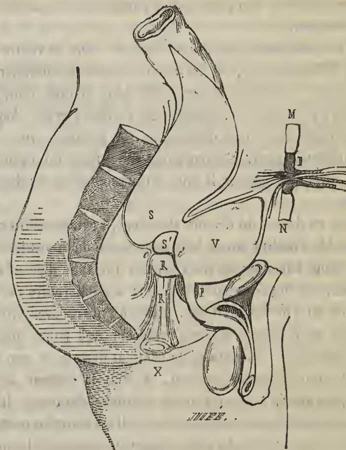
Pour en revenir aux faits de M. Beau dont nous n'avons présenté que d'une manière très-sommaire un résumé général, ils sont trop importants pour que nous nous en tenions là; nous les suivrons, et nous tiendrons nos lecteurs au courant du résultat de nos observations.

Anomalies diverses chez un enfant nouveau-né. Imperforation; hermaphrodisme, etc.

Il s'est présenté ces jours derniers, dans le service de M. le docteur Horteloup, à l'Hôtel-Dieu, un cas d'anomalies multiples d'un très-grand intérêt pour l'histoire de la tératologie. Nous devons à M. Emile Parisot, interne du service, la description très-détaillée de ce fait et un dessin, que nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Une femme, nommée Elisabeth-Alexandrine V..., âgée de vingt-quatre ans, avait eu déjà deux enfants venus à terme et bien conformés, lorsque le 4 juin dernier, à dix heures du matin, elle accoucha d'un enfant vivant aussi et à terme, mais conformé d'une manière exceptionnelle. Les suites de couches de la mère n'offrirent rien de particulier, et le 12 du même mois elle put quitter l'hôpital.

Au moment de sa naissance, l'enfant, d'apparence robuste, présentait à la région ombilicale une surface circulaire D de la largeur d'une pièce de 10 centimes, de couleur bleuâtre en tout semblable à celle des enveloppes du cordon, partout continue à la paroi de l'abdomen, donnant insertion par son centre au cordon ombilical, avec les enveloppes duquel elle semblait se confondre. Il n'existait à la peau aucune aréole inflammatoire qui séparât cette plaque de la paroi abdominale. La plaque était soulevée en masse par l'intestin, qui faisait surtout une saillie notable à chaque effort de l'enfant. Le cordon avait été lié tout contre la paroi, dans le but de rétrécir autant que possible la hernie.



Le pénis, de volume ordinaire, présentait un prépuce assez long, plissé, n'offrant qu'une très-petite ouverture susceptible de recevoir seulement un stylet de trousse; ce stylet, convenablement dirigé, pénétrait sans peine dans une cavité qui semblait être la vessie. La palpation ne faisait découvrir dans cette verge aucune trace bien nette de gland, mais on sentait dans son épaisseur un cordon plus résistant que le reste et qui représentait évidemment l'urètre.

Le scrotum, d'assez petit volume, offrait sur la ligne médiane un sillon profond qui le divisait en deux parties exactement semblables pour l'aspect extérieur à deux grandes lèvres : en écartant ces lèvres, on ne trouvait dans l'intervalle aucun orifice.

A distance à peu près égale de la pointe du coccyx et de la racine des bourses, à 2 millimètres environ de la ligne médiane et à gauche, le périnée présentait un très-petit trou X, dans lequel il était impossible de pénétrer avec un stylet. Aucune autre trace d'anus.

Le ventre, volumineux, était mat à l'hypogastre; partout ailleurs il donnait à la percussion un son tympanique. Sur le visage, aucune expression de souffrance. Les lèvres et la cavité buccale étaient normalement conformées.

Un bandage, composé de rondelles de diachylon superposées et fixées avec des bandes du même emplâtre, fut appliqué pour maintenir la tumeur ombilicale.

Le jour de sa naissance, l'enfant prit le sein, mais aussitôt il vomit en grande partie le lait qu'il avait avalé. Les jours suivants, il renouvela rarement cette tentative, et chaque fois elle fut suivie du même résultat. Il vomissait également le lait et l'eau sucrée que de temps à autre on essayait de lui faire boire.

Le deuxième jour, les langes étaient faiblement tachés d'urine

ayant la consistance d'un mucus épais et une couleur verdâtre, qu'elle semblait devoir à son mélange avec du méconium; une pression légère exercée sur la verge fit sourdre par le méat quelques gouttes du même liquide; l'urine et le méconium s'échappaient donc par l'urètre, mais de la façon la plus incomplète. Cette émission insuffisante continua de se faire toujours de la même manière jusqu'au moment de la mort.

La certitude d'une communication entre la vessie et l'intestin, l'absence de fluctuation au périnée, et plus que tout le reste l'existence d'une hernie ombilicale dans laquelle l'intestin n'avait pour enveloppe que les membranes du cordon, membranes tout à fait insuffisantes pour le protéger d'une manière sérieuse, éloignaient de l'esprit l'idée même d'une opération à pratiquer soit à la région périnéale, soit dans la fosse iliaque gauche pour y établir un anus artificiel : l'enfant dut être abandonné à son malheureux sort.

Le ventre se ballonna de plus en plus, en même temps qu'il devenait plus mat à la percussion. Le facies se grippa légèrement. L'enfant mourut le 9 juin, à trois heures et demie du soir, sans avoir conservé presque aucun aliment depuis sa naissance, sans avoir poussé de cris ni donné aucun signe de douleur.

Nécropsie. — Le cerveau ne présente rien de particulier.

Pour rendre plus facile l'étude des cavités splanchniques, la paroi abdomino-thoracique, détachée sur ses parties latérales, est renversée de haut en bas. La plaque gris bleuâtre D, dont l'existence a été signalée à la région ombilicale, présente au premier abord l'aspect d'une eschare. Mais un examen plus attentif montre qu'elle n'est aucunement continue à la peau, dont un sillon circulaire la sépare; il n'y a d'ailleurs autour de ce sillon aucune trace d'inflammation éliminatrice. La coloration brun-foncé revêtue momentanément par la surface saillante s'enlève par le grattage; elle est due à la formation d'une légère couche de sulfure de plomb produite au contact du diachylon qui avait servi à faire le bandage et de l'hydrogène sulfuré dégagé par la putréfaction. La plaque située dans l'écartement des muscles grands droits de l'abdomen est évidemment constituée par le prolongement des membranes du cordon, prolongement inséré à la peau pour fermer la paroi abdominale non rapprochée en ce point. Son épaisseur est de 3 millimètres environ. C'est là la seule barrière qui empêche le paquet intestinal de s'échapper au dehors. La veine et les artères ombilicales présentent un développement normal, et ne sont le siége d'aucune altération. Rien de particulier à l'ouraque, qui n'est plus perméable.

Le thorax n'offre non plus aucune particularité importante. Diaphragme normal.

Point de péritonite (pas d'épanchement dans le ventre, ni de rougeur inflammatoire, ni de dépôts pseudo-membraneux). Le gros intestin, considérablement distendu, semble remplir tout l'abdomen, et masque complétement l'intestin grêle, lequel, de calibre normal, est réfugié derrière lui. A première vue, toute la masse intestinale paraît d'ailleurs normale; mais un examen plus sérieux, pratiqué comme il suit, fait reconnaître les dispositions suivantes :

Un peu au-dessus du détroit supérieur, l'extrémité du gros intestin semble s'insérer sur la face postérieure de la vessie. Des ligatures étant faites sur diverses parties du tube digestif pour ne point mêler les liquides contenus dans ces différentes parties, on détache ce tube de haut en bas, puis on l'ouvre avec précaution. L'estomac, de volume ordinaire, renferme une faible quantité de matière caséeuse. L'intestin grêle contient dans toute son étendue une matière puriforme, jaunâtre, et dont la couleur devient de plus en plus foncée à mesure qu'on approche davantage de la valvule iléo-cœcale. Quant au gros intestin, il est complétement rempli de matières fécales bien formées. Intégrité parfaite de la muqueuse gastro-intestinale jusqu'à 15 centimètres de la valvule de Bauhin; mais au voisinage de cette valvule, l'intestin grêle présente une boursouflure notable, sans ulcération toutefois des plaques de Peyer. Aucune altération de la muqueuse du gros intestin. La longueur de l'appareil digestif comprise entre le cardia et la valvule iléo-cœcale est de 2^m,17; entre cette valvule et le point où le canal intestinal se termine sur la vessie, elle est de 81 centimètres. Tout le gros intestin présente un fort calibre; étalé sur une table, il offre une largeur de 6 centimètres, et même l'extrémité inférieure de l'S iliaque, que nous ouvrons sur sa face antérieure, se dilate encore jusqu'à présenter, dans les mêmes conditions, 15 centimètres de large, sur 22 de haut. Elle semble ainsi se terminer en un vaste cul-de-sac S, dont le fond adhère à la vessie V. La partie la plus déclive de ce cul-de-sac offre une dépression au centre de laquelle on remarque un petit trou T, juste assez large pour laisser passer une sonde cannelée, qui pénètre dans la vessie. Cet orifice paraît congénial, et son pourtour n'est le siége d'aucune altération pathologique ancienne ou récente.

La vessie, dont l'axe vertical présente au moins 9 centimètres de hauteur, est d'une grande capacité. Pour l'isoler plus convenablement de la paroi intestinale, on ne conserve que les portions M N de cette paroi avec le diaphragme membraneux D qui la ferme et les vaisseaux aboutissants; puis on ouvre la vessie en avant et sur la ligne médiane. La face interne de cet organe est toute sillonnée de colonnes plus ou moins parallèles, et en beaucoup de points le tissu cellulaire sous-muqueux est le siége de petites ecchymoses. On découvre facilement les deux orifices des uretères, et en arrière d'une ligne fictive passant par ces orifices, on trouve le trou de communication entre le gros intestin et la cavité vésicale. En avant de la même ligne se voit l'ouverture de l'urètre; elle est normale. La paroi postérieure de la vessie est très-épaisse, surtout à la partie inférieure et gauche, au-dessous de la communication vésico-intestinale. En ce lieu, elle contient dans son épaisseur une tumeur S'R, molle, fluctuante, ayant la forme d'une gourde légèrement rétrécie à l'union de ses deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur par une sorte ce collet C C' qui semble la diviser en deux portions plus ou moins distinctes; cette tumeur offre 4 centimètres de haut sur 3 dans sa plus grande largeur. Une ponction faite avec un scalpel dans sa partie la plus élevée S', donne issue à un liquide opalin ayant toutes les apparences d'un mucus épais. Mais la portion inférieure R ne se vide point par la même piqûre. Une ponction faite à son niveau en fait sortir un liquide épais comme le précédent. Il est alors facile de constater que les deux poches qui constituaient la tumeur n'ont ensemble aucune communication : une cloison complète et mince correspondant au collet C C' les sépare. Leur surface intérieure est lisse et présente des caractères intermédiaires à ceux des séreuses et à ceux des muqueuses. Leur paroi épaisse contient de nombreuses fibres musculaires longitudinales qui se prolongent non-seulement de la tumeur R sur la tumeur S', mais encore de celle-ci sur l'ampoule intestinale S. Fondue en avant avec la paroi inféro-postérieure de la vessie, dont elle double l'épaisseur, elle est libre en arrière, où elle offre les rapports normaux de la face postérieure du rectum. Quant au péritoine, il se réfléchit du gros intestin sur la vessie au niveau du point de communication des deux organes. Par sa situation dans la partie gauche de l'excavation pelvienne, où elle semble continuer le cul-de-sac intestinal S; par ses rapports avec toutes les parties voisines; par sa figure rétrécie au niveau du point où l'on trouve ordinairement le sphincter supérieur (sphincter d'O'Beirne ou de M. Nélaton); par la cloison qu'elle présente au même endroit, cloison qui paraît n'être pas autre chose que la valvule de Houston complétée; par sa structure, et en particulier par ses fibres musculaires longitudinales en continuité bien évidente avec les fibres longitudinales de l'ampoule qui forme la terminaison apparente du gros intestin; enfin par son contenu, qui rappelle tout d'abord le mucus intestinal; pour toutes ces raisons, dis-je, la tumeur de la paroi postéro-inférieure de la vessie paraît bien n'être que l'extrémité inférieure du gros intestin offrant quelques anomalies. La loge supérieure S représenterait la terminaison de l'S iliaque, tandis que le compartiment inférieur R serait le rectum lui-même. Cette extrémité inférieure du gros intestin qui ne communique en haut ni avec la cavité S de l'autre portion du tube digestif, ni avec la cavité de la vessie, n'offre non plus en bas aucun orifice anal, son extrémité inférieure s'insérant par tout son pourtour sur la paroi de la vessie, et se continuant par un plan vertical et antéro-postérieur de belles fibres musculaires R, auquel elle semble se réduire, d'une part, avec le releveur de l'anus, et d'autre part jusqu'au coccyx, pour aboutir au sphincter externe de l'anus, sphincter parfaitement conformé et situé dans le tissu cellulaire sous-cutané, au niveau du petit orifice anal imperméable X, dont nous avons plus haut signalé l'existence au périnée.

Lorsqu'on étudie par la dissection la verge et les bourses, on trouve que la verge, réduite à son enveloppe tégumentaire et au canal de l'urètre muni d'un gland très-petit, ne contient dans son épaisseur qu'une très-faible portion des corps caverneux : ceux-ci pourtant existent, mais ils se terminent avant d'entrer dans le pénis, où ils se prolongent sous forme de cordons exclusivement fibreux; un ligament suspenseur les attache au pubis. Quant aux bourses, si par l'orifice abdominal du canal inguinal on cherche à introduire dans leur intérieur un stylet même très-fin, on ne peut y parvenir, ce qui déjà tend à prouver qu'elles ne contiennent aucun diverticule péritonéal. Elles sont composées d'un scrotum et d'un tissu dartoïque étalé, et ne constituent pas un sac; on n'y trouve aucun vestige de tunique vaginale ni d'autre enveloppe, ni de testicule.

On détache ensuite la partie antérieure du pubis pour rendre possible, en rejetant cette partie de côté, la dissection de l'urètre, dont on ouvre l'extrémité pénienne sur la partie latérale et toute l'extrémité profonde sur la face supérieure. Cet urètre serait normal s'il ne présentait un hypospadias bien prononcé : la prostate P est normalement conformée.

Rien de particulier aux uretères, lesquels offrent seulement un calibre légèrement exagéré. Volume un peu considérable des reins et des capsules surrénales.

De la partie supérieure des faces latérales de la vessie se détachent deux appendices ovoïdes, du volume d'une grosse olive, et qui ne sont autre chose que les deux testicules, présentant chacun deux extrémités : l'une se confond avec la paroi vésicale; l'autre, au contraire, est libre et donne naissance à l'épididyme. De ces testicules, au niveau de l'insertion de la tête des épididymes, émanent les vaisseaux spermatiques qui se rendent aux vaisseaux rénaux et hypogastriques. Des épididymes, qui sont flottants, on voit naître les canaux déférents qui, après deux centimètres de trajet environ, ne peuvent plus être suivis et paraissent se perdre sur la paroi de la vessie. Nous ne trouvons d'ailleurs aucune trace des vésicules séminales, en les cherchant au voisinage de la prostate. Ces vésicules sont-elles absentes, tout comme manquerait la terminaison des canaux déférents? C'est une question à laquelle nous ne saurions répondre d'une manière précise, les dissections nécessaires pour l'élucider n'ayant pu être faites avec toute la rigueur désirable.

Quoi qu'il en soit, l'étude des organes génitaux à laquelle nous venons de nous livrer prouve qu'il s'agissait ici du degré le plus léger de l'hermaphrodisme mâle chez un enfant cryptorchide. La division du scrotum qui simule deux grandes lèvres, le peu de développement des éléments de la verge, l'existence de l'hypospadias, qui, lorsqu'on a retranché par la dissection le prépuce qui le masque, donne au méat urinaire de cet enfant quelque ressemblance avec le méat d'une fille, nous paraissent établir l'hermaphrodisme avec une évidence suffisante.

Enfin, et comme pour démontrer d'une manière surabondante que rarement l'économie présente quelque anomalie sans en offrir un certain nombre à la fois, nous rencontrons encore chez notre enfant une disposition exceptionnelle du système vasculaire. L'aorte se bifurque prématurément à la hauteur des dernières vertèbres dorsales. La veine cave inférieure ne commence qu'au niveau du foie, et dans toute la partie inférieure de son trajet habituel elle est remplacée par deux longues veines iliaques primitives dont la réunion finit par la constituer.

Tétanos essentiel guéri par les émissions sanguines associées aux narcotiques.

Entre toutes les affections qui affligent l'humanité, le tétanos est une de celles qui ont été considérées de tout temps comme les plus terribles et les plus dangereuses. Cette maladie, remarquable par sa rareté dans nos climats, par les souffrances atroces qu'elle fait endurer et par l'absence de lésions organiques capables d'expliquer un si grand trouble dans l'économie, l'est encore plus par sa terminaison presque constamment fatale. C'est à cette dernière considération qu'est dû tout l'intérêt que présente l'observation suivante recueillie dans le service de M. le docteur Boyer, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, par M. Bousquet, élève de cet hôpital, qui a eu l'obligeance de nous la communiquer.

Le nommé Marone, âgé de quarante-sept ans, manœuvre, est entré à l'hôpital le 18 avril 1856 (salle Saint-Joseph, 44). Ce malade paraît être habituellement d'une constitution forte et robuste; il n'a jamais eu d'autre maladie qu'une forte dyssenterie pendant qu'il était en Afrique, il y a déjà longtemps. Il raconte que, soit à la suite d'un refroidissement, soit à la suite d'un séjour plus ou moins prolongé dans l'eau froide, il a souvent éprouvé dans les membres des crampes assez fortes qui disparaissaient sans laisser d'autre trace qu'un léger engourdissement, lequel se dissipait à son tour au bout de quelques instants. L'année dernière, à une époque que le malade ne sait trop préciser, ces crampes l'ont fait souffrir pendant huit jours, après quoi elles ont disparu sans traitement.

Cet homme indique comme cause de sa maladie actuelle un refroidissement qu'il a éprouvé étant tout en sueur, et l'action prolongée de l'eau froide où ses occupations l'ont retenu pendant trois ou quatre heures de suite. Deux jours après s'être exposé à cette double influence, il ressentit d'abord une gêne dans le mouvement de la mâchoire inférieure avec des fourmillements; cette gêne augmenta pendant trois jours, au bout desquels il ne put plus ouvrir la bouche. Pendant ce temps il ressentait aussi parfois quelque chose qu'il ne sait trop définir, et qui paraît être l'*aura* signalée par les auteurs, qui, partant d'un point quelconque du tronc, passait avec la rapidité d'un éclair dans un autre point, ou allait se terminer dans les membres. La sensation que déterminait cette *aura* n'était nullement douloureuse. Bientôt apparurent des douleurs assez fortes dans les reins, et le malade fut forcé de se mettre au lit. Une application de 40 sangsues sur la région lombaire suspendit ces douleurs pour deux jours; mais elles reparurent bientôt plus fortes, et s'accompagnèrent de véritables crampes dans tout le corps. Ces crampes sont très-douloureuses et reviennent par accès assez fréquents. C'est alors que le malade entre à l'Hôtel-Dieu, où l'on constate l'état suivant :

La face est grippée; les yeux sont enfoncés dans les orbites; les arcades dentaires sont serrées l'une contre l'autre; les dents claquent au moment des accès; le malade ne peut pas ouvrir la bouche; les ailes du nez sont rapprochées contre la cloison, à tel point que le malade éprouve une gêne assez évidente pendant l'inspiration. Les muscles du cou sont fortement tendus; les sterno-mastoïdiens semblent former deux cordes tendues, laissant un vaste creux au milieu d'eux. Les muscles de l'abdomen constituent une sorte de plancher résistant et bosselé vers le milieu; ces bosselures correspondent aux espaces inter-musculaires des muscles droits. La contracture dans les muscles des membres n'est évidente que pendant les accès; hors ces moments, il n'y a qu'un peu de rigidité. Les forces sont perdues en grande partie; le malade serre faiblement la main qu'on lui présente. Les fonctions organiques s'exécutent bien; il n'y a ni dévoiement, ni constipation. Le malade avale facilement les liquides, et ne les vomit pas. Quand aux fonctions des sens, elles sont dans un état parfait, sauf quelques légères modifications dans l'odorat, provenant du serrement des narines.

Il n'y a ni céphalalgie ni éblouissements. L'intelligence est parfaite, et le malade, hors des moments des accès, rend très-bien compte de ses sensations. Le pouls paraît avoir diminué de fréquence; il varie entre 52 et 54 pulsations par minute. La peau est sèche et comme racornie; elle fait en plusieurs points du corps un grand nombre de petits plis que l'on prendrait pour des rides au premier aspect.

A son entrée à l'hôpital, on pratique à ce malade une saignée de 300 grammes, et on lui prescrit l'opium à haute dose (on ne spécifie pas la dose).

Le 19 au matin, potion avec :

Extrait de belladone. . . . . 10 centigr.
— d'aconit. . . . . 15 —
Eau de mélisse. . . . . 100 grammes
Sirops d'écorce d'orange et de laurier-cerise, ā 10 centigr.
Sirops d'éther et diacode, ā . . . . . 15 —

A prendre par cuillerée d'heure en heure; bain prolongé avec 100 grammes de sous-carbonate de potasse; frictions sur les joues avec la pommade suivante :

Onguent napolitain et pommade camphrée, ā 15 grammes
Extrait de belladone. . . . . 2 —

Sinapismes; limonade et diète.

Le 21, le malade est mieux; ses accès reviennent moins fréquemment. — Même prescription que les jours précédents.

Le 22, addition de 2 grammes de chloroforme à la pommade; suppression des sirops d'éther et diacode dans la potion.

Le 24, le trismus a disparu en partie; les accès reviennent plus fréquemment pendant la nuit, mais l'amélioration est fort sensible durant le jour. Le malade a beaucoup d'appétit. — Même prescription. Deux bouillons; une soupe.

Le 29, l'amélioration est grande, mais le malade se plaint d'un serrement interne qui le met dans un malaise continuel. — Même prescription.

Le 1er mai, les crampes sont de plus en plus rares; le serrement interne a disparu. — On augmente un peu l'alimentation.

Le 3, il mange la demi-portion, se lève et marche dans la salle le corps courbé en avant. Il est en pleine convalescence. L'appétit est bon, les digestions faciles. Le trismus a disparu presque entièrement; les accès deviennent moins fréquents et sont très légers. — On continue cependant l'usage de la potion et de la pommade jusqu'au 10 mai.

Le 11, le malade sort, n'ayant pas eu d'accès depuis deux jours, et ne conservant qu'un peu de roideur dans les membres, ce qui rend sa marche mal assurée; mais on peut malgré cela le considérer comme guéri.

Il a été vu depuis bien portant par M. Boyer.

Contracture rhumatismale intermittente des muscles du tronc.

Du tétanos à la contracture musculaire intermittente, ou *tétanie* (ainsi que quelques-uns l'ont appelée comme pour montrer l'analogie et peut-être même l'identité de ces deux affections, malgré la différence si grande qu'elles présentent sous le rapport de la gravité), la transition est si naturelle qu'on nous permettra de revenir encore sur ce sujet, que nous avons déjà plusieurs fois abordé cette année. Nous y sommes provoqué d'ailleurs par une communication nouvelle qui nous a été faite au sujet de notre dernier article, en manière de réponse à l'appel que nous y faisions aux observateurs. M. le docteur Mattei, dans une lettre que nous ne faisons que résumer ici, nous signale quelques exemples de contracture musculaire intermittente qui prouvent que cette affection ne se manifeste pas seulement dans les muscles des membres, mais qu'on peut l'observer quelquefois aussi dans les muscles du tronc. Notre confrère a cité, en effet, dans son ouvrage sur l'*Accouchement physiologique* (p. 124) deux exemples de contractures des muscles abdominaux, qui, bien qu'ayant eu lieu chez des femmes enceintes et pouvant par conséquent être rattachées jusqu'à un certain point au travail puerpéral qui les a suivies de près, nous paraissent cependant, comme à lui, devoir être rapprochées de l'affection en question.

« Nous avons vu deux fois, dit-il, le ventre prendre une forme assez remarquable chez les femmes enceintes. Dans un des cas, la femme était à terme, l'autre n'était qu'au septième mois. Chez les deux, la douleur, quoique marquée par des exacerbations, était constante; les femmes, agitées et anxieuses, se roulaient sur leur lit. A notre arrivée, nous trouvons le ventre formé en cône, dont le sommet, légèrement oblong et dirigé d'avant en arrière, correspond à l'ombilic; la base de ce cône se confond avec le bord des pubis et les crêtes iliaques. Toutes ces parties sont très-tendues et douloureuses au toucher. C'est à peine si dans l'intervalle des exacerbations le sommet du cône seul devient un peu plus souple, ce qui nous fait voir que l'utérus ne fait pas partie de ce sommet. Tout au contraire, nous reconnaissons, en observant bien, que ce sommet est constitué par la paroi abdominale circonscrite entre les muscles droits antérieurs contractés *tétaniquement*. Les bains dans un cas et le chloroforme dans l'autre ont bientôt fait cesser le spasme (contracture douloureuse). »

Un troisième fait, survenu dans des conditions toutes différentes, s'est présenté récemment à son observation. C'est un rentier, qui, ayant joui de bonne heure de la fortune de ses parents, en a passablement abusé au détriment de sa santé. Il porte des rétrécissements très-prononcés de l'urètre, une cystite chronique et une fièvre intermittente rebelle, qui paraît être symptomatique des maladies des organes génito-urinaires.

Entré pour ces maladies dans une maison de santé, il en sortait un peu mieux le 18 du mois dernier, lorsque le 19 il a été pris d'une douleur excessivement vive dans le côté gauche de la poitrine avec menaces de suffocation.

Appelé auprès de lui, M. Mattei trouve dans les muscles superficiels de cette région une tension permanente et douloureuse au toucher. La douleur se propageait le long des muscles pectoraux et grand dentelé jusqu'à leurs insertions supérieures. Les muscles deltoïde et biceps brachial étaient eux-mêmes tendus et douloureux. Ce côté du thorax était dans une immobilité absolue; la moitié droite faisait seule des mouvements incomplets d'inspiration et d'expiration, mouvements courts et arrêtés à chaque instant par une espèce de hoquet. Il n'y avait point d'incurvation du tronc de ce côté comme dans le pleurostotonos. La suffocation qui menaçait le malade était intermittente et lui laissait quelquefois un instant de calme.

Vu l'état de délabrement de ce malade, il était impossible de songer aux saignées générales, et, comme il avait pris d'énormes doses de sulfate de quinine et d'acide arsénieux pour couper les accès de fièvre intermittente, on ne pouvait non plus penser à administrer le sulfate de quinine à hautes doses pour combattre la rétraction musculaire. En conséquence, M. Mattei se contenta, pour commencer, de lui prescrire une potion opiacée avec un peu d'éther et d'appliquer un sinapisme sur la partie malade, afin de faire une dérivation sur la peau. Après cela, il fit entourer les parties de linges chauds imbibés d'un liniment anodin.

Avec cette médication les attaques de suffocation diminuèrent, au point de permettre quelques inspirations complètes. Le lendemain la contracture, les douleurs et la suffocation devinrent encore plus fortes; la circulation commençait à s'embarrasser, et le visage était bleu. M. Mattei prescrivit immédiatement un bain de vapeurs, et, en attendant qu'il fût pris, il lui mit quatre ventouses scarifiées sur la poitrine, des sinapismes aux membres inférieurs, et renouvela la potion.

Le bain, administré avec le nouvel appareil de M. Langlebert, contribua à maintenir le bien-être que les autres moyens avaient déjà commencé à apporter, et la journée fut passable.

Le jour suivant, le bain fut répété; mais l'amélioration n'était pas franche. La rétraction des muscles du thorax ayant considérablement diminué, permit la percussion et l'auscultation, et par la matité et le frottement pleural on s'assura qu'il y avait déjà un léger épanchement avec inflammation de la plèvre. Le poumon était perméable partout, mais il y avait un peu d'égophonie et de respiration tubaire en arrière et en bas. Le côté gauche de la poitrine fut alors couvert de vésicatoires, et la maladie suivit sa marche ordinaire. Quant à la rétraction musculaire, elle a presque entièrement disparu, tant sur le thorax que sur l'épaule et le bras.

FRACTURE DU FRONTAL A L'ANGLE EXTERNE DE L'OEIL GAUCHE.

Application du trépan. — Guérison.

Par M. H. Trollier, chirurgien de l'hôpital civil d'Alger.

Gaillard (Joachim), né en France, âgé de trente-cinq ans, fort et robuste, conduisait le 6 avril son tombereau attelé de deux mulets, se tenant à la tête de ceux-ci, lorsqu'il fut frappé à l'angle externe de l'œil gauche d'un coup de pied du mulet de devant, dans une brusque ruade. Gaillard tombe aussitôt sans connaissance, et bientôt après est transporté à son domicile. Je le trouve dans l'état suivant :

Une plaie tégumentaire de 6 centimètres de longueur, au fond de laquelle le doigt touche les inégalités d'un os fracturé, existait au-dessus de la voûte orbitaire, à l'angle externe de l'œil gauche. La paupière supérieure était considérablement tuméfiée. Le blessé avait recouvré connaissance, et pouvait donner quelques renseignements. — La plaie est pansée simplement.

Le 7, une saignée de 750 grammes est pratiquée, et 30 sangsues appliquées au pourtour de la plaie. Un examen attentif fait reconnaître une seule esquille à peu près triangulaire, d'une surface égale à celle d'une pièce d'un franc, entièrement immobile, et enfoncée de toute l'épaisseur de l'os, que le voisinage du sinus rend encore plus considérable.

Le 8, le malade est à la limonade comme la veille. Vingt nouvelles sangsues sont appliquées à la tempe; lavement purgatif. Du reste, aucun accident cérébral; point de paralysie, pas d'accès épileptiques. Le blessé répond aux questions qui lui sont faites; mais il aime le silence et reste plongé dans un lourd assoupissement. Le soir, il y a un peu de fièvre (106 pulsations). Dans la nuit, un accès épileptique se déclare : d'abord perte de connaissance, dilatation extrême de la pupille, fixité du regard, écume à la bouche, contraction des muscles de la mâchoire, difficulté de respirer, tremblement des membres supérieurs; puis, après huit ou dix minutes, de fortes inspirations ont lieu, et le malade revient à son état précédent.

Le 9, nouvelle saignée de 500 grammes. Trois accès semblables à celui de la nuit dernière. Le pouls est lent et dur.

Le 10, même état que la veille. Les accès épileptiques sont très-fréquents, surtout vers le soir. Un mot adressé au malade, le pansement de la blessure, etc., provoquent ces accès.

Une nouvelle saignée est pratiquée le 11 au matin. La continuation des accidents cérébraux m'engage à l'application du trépan dans l'après-midi, des efforts inutiles ayant été tentés encore la veille et le matin pour soulever l'esquille enfoncée.

La tête bien assujettie par des aides, l'opérateur fit une incision de manière à rendre la plaie triangulaire; puis, les lambeaux étant relevés et le périoste rugíné dans une étendue suffisante, la couronne du trépan, armée du perforatif, est appliquée, circonscrivant en grande partie l'esquille déprimée, dont la fixité est si grande qu'elle sert, au commencement de l'opération, de point d'appui au perforatif. Lorsque le disque osseux fut détaché et les petits fragments d'os enlevés, quelques gouttes d'un pus bien formé s'écoulèrent par la plaie, et la dure-mère parut intacte avec ses battements communiqués.

Pendant l'opération, qui n'a été ni longue ni difficile, il n'y a pas eu d'accès épileptiforme. (Peut-être faut-il l'attribuer à l'action du chloroforme, sous l'influence duquel le blessé s'est trouvé placé pendant l'opération.) Le pansement a été simple : un linge fenêtré avec de la charpie et un bandage contentif.

Le soir et la nuit il y eut deux accès; et pendant la durée de l'un d'eux, le malade, mal gardé, tomba de son lit sur la plaie même.

Le 12 au matin, l'appareil est imprégné de sang mêlé de suppuration; la paupière supérieure, jusqu'alors très-gonflée, s'était affaissée en donnant issue à une certaine quantité de pus. Trente sangsues sont appliquées au pourtour de la plaie. Les accès épileptiques continuent, mais moins fréquents.

Le 13, même état du malade; le pouls est dur et fréquent (128); les accès n'ont lieu que le soir. — Diète, limonade, sinapismes et 30 nouvelles sangsues.

Le 14, mieux. A deux heures, une potion avec 6 décigrammes de sulfate de quinine, et depuis tout mouvement épileptique a cessé.

Le 15, la tête n'est plus douloureuse, la fièvre a diminué, les selles sont faciles; la plaie suppure beaucoup. On reconnaît toujours la dure-mère au fond; mais les battements du cerveau sont déjà moins faciles à percevoir. Le malade est au bouillon.

Un phénomène particulier à cette observation, c'est que le blessé, lorsque la plaie était à découvert sans pansement, entendait très-distinctement les paroles à voix basse, malgré toutes les précautions qui pouvaient être prises pour oblitérer les organes externes de l'audition. Ce phénomène a duré plusieurs jours et l'expérience a été renouvelée très-souvent. Il a cessé peu à peu, à mesure que les bourgeons charnus remplissaient la perte de substance de l'os.

Le 19 et le 20, le malade a eu un peu de diarrhée, qui a bientôt cessé; la plaie est très belle; elle a diminué en profondeur; le crâne n'est plus à découvert.

Au 20 mai, on ne voit plus qu'une petite plaie tégumentaire indiquant difficilement la place d'une trépanation. Depuis plusieurs jours le blessé, dont l'intelligence n'a éprouvé nulle modification, voudrait reprendre ses travaux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Observations de tumeurs fibro-plastiques.

Par M. Chassaignac.

(Ces observations ont été lues dans la séance du 28 mai.)

Louvel (Pierre), trente ans, tempérament sanguin, conducteur d'omnibus, entré le 13 septembre 1849 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, n° 7, présente à la partie antérieure et latérale gauche de la poitrine, un peu au-dessous de la clavicule et tout près de la ligne deltoïdo-pectorale, une tumeur assez régulièrement ronde et du volume d'une grosse orange. Cette tumeur est rénitente, élastique. Quand on la presse entre les doigts, on y sent une crépitation semblable à celle que peut donner l'écrasement de caillots sanguins ou d'une encéphaloïde en voie de ramollissement. La tumeur n'est le siége d'aucun élancement. La peau qui la recouvre offre une vascularisation capillaire très-riche. La pression produit une ecchymose sous-cutanée. La peau est tout à fait adhérente à la partie la plus élevée de la tumeur; absence de toute pulsation. Sur la partie interne de la tumeur, incision verticale à concavité externe en dehors, qui est alors disséquée par sa face profonde. Un grand nombre de vaisseaux artériels saignent avec assez d'abondance, surtout au voisinage de l'interstice deltoïdo-pectoral.

En présence de cet écoulement et de la vascularité de cette tumeur, M. Chassaignac songea à la possibilité de quelque diverticule anévrismal soit de l'artère acromiale, soit de l'artère axillaire elle-même. L'absence des signes caractéristiques n'était nullement la preuve qu'elle ne fût pas de nature anévrismale. Quelquefois, en effet, des ruptures secondaires ou des diverticules d'une poche anévrismale profonde peuvent apparaître sous la peau dénués de tous les signes propres aux anévrismes. Parfois même, à l'occasion de tumeurs du cou, on a vu des chirurgiens aussi habiles qu'expérimentés ouvrir de ces tumeurs équivoques, et ne reconnaître que par suite des hémorrhagies successives ou à l'autopsie quelle était en définitive la véritable nature du mal.

En présence de ces difficultés, et pensant que, si la tumeur avait un aboutissant artériel profond, il devait partir de l'interstice deltoïdo-pectoral, M. Chassaignac fit à la partie supérieure de la tumeur une incision curviligne, parvint à isoler le pédicule, à le saisir entre les doigts, et, reconnaissant qu'aucune pulsation artérielle ne s'y faisait sentir, il en fit la section. Les lèvres de l'incision furent rapprochées au moyen des épingles; pansement par occlusion levé au huitième jour; point d'accidents. De huit en huit jours, la cuirasse est renouvelée.

Pendant ce traitement, on note un remarquable exemple d'orchite métastatique. En effet, plusieurs semaines après apparait un matin une énorme tuméfaction de toute la région parotidienne et de toute la joue droite; ce gonflement n'était ni dur ni douloureux à la pression. Quelques jours après, la bourse du même côté se tuméfie à mesure que l'œdème parotidien diminuait. Le gonflement n'était pas dû à un épanchement dans la tunique vaginale, il s'agissait d'une tuméfaction portant sur l'ensemble des tissus de la bourse droite.

Depuis lors, la convalescence n'a été entravée par aucun accident, et la cicatrisation, activée par des attouchements au nitrate d'argent, était presque complète le 12 novembre.

Le 22 novembre, le malade sort parfaitement guéri.

Le 8 décembre, il revient à la consultation; le résultat ne s'est pas démenti.

Le jour même de l'opération, la tumeur fut envoyée à M. Lebert, qui nous a déclaré qu'elle était entièrement composée de tissu fibro-plastique. Comme la description de cette tumeur sera donnée plus loin d'après le texte même des notes émanées des autorités les plus compétentes en recherches micrographiques, MM. Lebert et Broca, nous renvoyons à cette partie de notre observation.

Un an s'était écoulé, lorsque le 12 décembre 1850 Louvel rentra au n° 39 de la salle Saint-François, à l'hôpital Saint-Antoine.

Depuis l'opération, le malade, parfaitement guéri, avait repris ses

travaux, et ne souffrait nullement, lorsqu'il y a six semaines il s'aperçut qu'il se formait une petite tumeur tout à fait au-dessous de la clavicule, un peu au-dessus du lieu occupé par la tumeur précédente. Elle n'est point douloureuse, ne devient sensible que sous une pression forte et répétée, mais détermine quelques élancements dans la partie supérieure du bras. Elle est parfaitement arrondie, molle, non fluctuante. Sa consistance est plus ferme que celle d'un lipome. Elle a le volume d'un petit œuf de poule, mobile sur les parties à la surface desquelles elle se trouve.

Les parents du malade jouissent d'une parfaite santé, et lui-même a toutes les apparences d'une excellente constitution. — On le met dès le jour de son entrée à l'usage préventif de l'alcoolature d'aconit.

Depuis quelques jours la tumeur prend un accroissement rapide. On l'opère sans délai, le 14 décembre 1850. Une incision à concavité supérieure forme un lambeau qui est détaché et relevé; la tumeur est mise à nu. Elle présente à sa surface extérieure du tissu cellulaire condensé. Cette couche externe une fois incisée, on arrive sur une masse d'aspect cancéreux, que l'on enlève sans peine. Cette masse n'est pas enkystée en arrière, puisqu'on voit parfaitement à nu, et comme préparées par la plus habile dissection, les fibres du grand pectoral et du deltoïde. — On cautérise tout le fond de la plaie avec le caustique de Vienne solidifié, et pour faire suppurer cette plaie, on la panse à plat.

Le 16, la plaie présente un bon aspect; elle commence à entrer en suppuration. — Pansement par occlusion.

Le lambeau qui avait été disséqué a repris plus tard des adhérences solides. Le malade quitte l'hôpital le 3 février 1851, avec toutes les apparences d'une guérison parfaite.

La nouvelle tumeur, examinée encore par M. Lebert, est fibro-plastique.

Déjà opéré en septembre 1849, puis pour la seconde fois en décembre 1850, le malade rentre à l'hôpital Saint-Antoine le 9 juillet 1851, pour une tumeur encore moins volumineuse que ne l'étaient les deux autres, ayant à peu près les dimensions et la forme d'une noix, et siégeant au-dessus des cicatrices laissées par les deux premières opérations.

Le 17 juillet 1851, on pratique l'ablation en suivant les mêmes procédés que dans l'opération précédente. On taille un lambeau à convexité inférieure; puis on procède à l'énucléation, qui est rendue laborieuse par suite des fortes adhérences de la tumeur aux tissus ambiants, surtout à sa partie profonde soudée intimement aux muscles. Une artère assez volumineuse a dû être liée. La surface de la plaie ne présente rien de suspect.

Le 21 juillet, renouvellement du pansement. La réunion est en bonne voie; il n'y a sous la cuirasse qu'une très-petite quantité de magma lymphatique purulent.

Le 2 août, le malade quitte l'hôpital, ayant une bonne cicatrice.

Cet homme a été présenté à la Société de chirurgie avant et après l'opération de la deuxième récidive.

A l'œil nu, le contenu de la tumeur a l'apparence d'une espèce de gelée, comme colloïde. M. Lebert examine cette tumeur avec le même soin que les deux précédentes, et n'y reconnaît encore cette fois rien autre chose qu'un tissu fibro-plastique.

La difficulté qu'on éprouve à se procurer des observations dans lesquelles la marche et les diverses formes des récidives ont été suivies pas à pas, nous fait attacher quelque importance à ce fait, qui présente certainement des imperfections, mais qui offre un ensemble de circonstances qui, par cela seul qu'elles se trouvent rarement réunies, lui donnent du prix. Le même malade est suivi pendant plusieurs années, l'opération est faite six fois par le même chirurgien avec le redoublement d'attention que comportent de nombreuses récidives; chacune des tumeurs est l'objet d'une analyse microscopique attentive, faite, les cinq premières par un habile et consciencieux micrographe, la dernière par notre savant collègue M. Broca.

Alors même que la circonstance de récidives opiniâtres eût rapproché la tumeur que nous avons décrite des affections cancéreuses proprement dites, nous eussions eu à noter une particularité qui tend à établir un ligne profonde de démarcation entre la forme fibro-plastique et la forme cancéreuse proprement dite. Cette différence, nous la trouvons dans l'influence exercée sur la constitution du malade. Il est bien rare qu'une tumeur cancéreuse d'un certain volume arrive à sa sixième opération sans que des indices plus ou moins graves n'aient déjà fait pressentir que la constitution s'altère peu à peu. Eh bien, chez notre malade, et chacun a pu en juger lors de sa présentation à la Société de chirurgie, la constitution, non-seulement n'avait subi aucune altération appréciable, mais s'il y a eu une différence à signaler, ce serait plutôt en faveur de l'amélioration; contentons-nous d'un état au moins parfaitement stable.

On a pu remarquer aux diverses apparitions successives de la tumeur qu'une vascularisation très-riche annonçait sa présence. Ainsi, au début du mal un réseau vasculaire très-condensé parcourait l'enveloppe cutanée du kyste fibro-plastique, et l'abondance du fluide sanguin, ainsi que sa facilité soit à rompre ses conduits, soit à s'épancher par tout autre mécanisme, étaient telles qu'il suffisait d'une pression même très-modérée pour donner immédiatement lieu à une ecchymose; c'était même au point que j'avais un instant supposé avoir affaire à un kyste sanguin.

La quatrième opération a été faite en janvier 1852.

La cinquième, le 19 juillet 1852.

Voici la note remise à cette époque par M. Lebert :

« La pièce offrait les caractères suivants : la tumeur a le volume d'un petit marron; la peau de la surface est intacte, et sur son milieu on voit des veines dilatées sous-cutanées qui lui donnent à ce niveau une couleur bleuâtre. La tumeur, d'une mollesse élastique, adhère à l'ancienne cicatrice, et se meut avec la peau; elle est tout à fait mobile par rapport aux parties sous-jacentes. Un mince kyste fibro-plastique l'entoure de toutes parts; il est plus adhérent à la portion cicatricielle, mais tellement peu dans tout le reste de la circonférence que l'on peut le détacher avec le manche du scalpel. On trouve quelques résidus hémorrhagiques d'un rouge violacé ou noirâtre près des veines dilatées du sommet de la tumeur. En pratiquant une coupe fraîche dans le sens du plus grand diamètre de la tumeur, on reconnaît deux substances qui passent insensiblement l'une à l'autre. La première, la plus extérieure, est lobulée, d'un jaune rougeâtre, demi-transparente, passablement vasculaire et ressemblant presque à du tissu adipeux au premier examen. La substance plus interne est d'un blanc jaunâtre peu vasculaire, plus ferme, offrant plutôt l'aspect trabéculaire de faisceaux qui s'entre-croisent dans tous les sens, et généralement sous des angles aigus.

» Dans l'une et l'autre substance, on ne trouve absolument que des éléments fibro-plastiques, séparés dans la substance gélatiniforme par un tissu amorphe et transparent, tassés d'une manière dense, rangés par colonnes qui s'entre-croisent dans la substance intérieure plus compacte. Des cellules rondes à un seul noyau et des cellules ovoïdes existent en petite quantité; il y a beaucoup de corps fusiformes et comme élément prédominant des noyaux elliptiques allongés de 1/200e à 1/140e de millimètre de largeur sur 1/80e à 1/60e de longueur, renfermant un ou deux nucléoles.

» Cette structure est en tout point conforme à celle que nous avions précédemment signalée. »

Depuis la cinquième opération, en juillet 1852, le malade passe une année sans nouvelle tumeur. Les récidives antérieures à l'opération autoplastique s'étaient manifestées au bout de six mois.

Le malade rentre à l'hôpital Saint-Antoine le 14 septembre 1853; il est opéré quelques jours après, le 17 septembre 1853. La tumeur récidivée présente le volume d'une petite noix. Elle est rouge, luisante, se meut avec la peau qui la recouvre, n'a pas d'adhérence avec les points sous-jacents. Elle se trouve à la limite de la cicatrice résultant de l'opération précédente. L'opération autoplastique est faite au moyen d'un lambeau pris sur le moignon de l'épaule.

Voici la note qui m'a été remise par M. Broca :

« La petite tumeur est exclusivement constituée par des éléments » fibro-plastiques, quelques noyaux phosphatiques et une énorme » quantité de corps fusiformes fibro-plastiques.

» Cette tumeur est remarquable par la régularité de sa forme globu- » leuse. Les vaisseaux sont surtout nombreux à la circonférence, où » ils forment une couche d'un rouge vif, d'un millimètre d'épaisseur. » La pulpe même de la tumeur est d'une consistance assez molle, elle » est friable; sa couleur est d'un gris jaunâtre. Par la pression, pas » de suc; par le grattage, ablation de petits fragments. La matière » phosphatique trouvée dans cette tumeur est constatée par l'examen » microscopique. »

Le 11 mars 1855, Louvel rentre à l'hôpital Lariboisière. Cette fois, le malade présente une altération évidente de la constitution; de plus, il porte à la partie postérieure de l'épaule droite une tumeur du volume du poing, et à l'abdomen une tumeur volumineuse et dure que l'on peut saisir à travers l'épaisseur des parois abdominales. La tumeur est mobile; elle occupe la partie inférieure et médiane du ventre, et semble reposer sur la vessie. C'est du moins là ce qui semble résulter de l'impossibilité où se trouve le malade de garder l'urine pendant plus d'une demi-heure. Les selles sont difficiles.

Le malade ne fait pas remonter à plus de trois mois l'apparition de cette tumeur; il éprouve de plus une douleur vive et continue à la hauteur des derniers espaces intercostaux du côté gauche.

Le 20 mai, le malade exprime formellement la volonté de quitter l'hôpital, puisqu'il n'y a pas, dit-il, d'opération à lui faire.

Les dix-huit mois qui se sont écoulés sans réapparition sur place de la tumeur semblent donc prouver que la repullulation locale avait été vaincue à force de persévérance; mais l'apparition de tumeurs nouvelles à l'épaule et à l'abdomen permet de croire à la généralisation du produit morbide : seulement l'absence d'autopsie laisse place à la contestation.

— L'observation suivante est un exemple de récidive locale; elle se rapporte également à un malade présenté à la Société de chirurgie.

Savard (Alexis), âgé de trente ans, ébéniste, demeurant rue du Pré, n° 14, à Montreuil, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 4 novembre 1850. Le malade porte un peu au-devant de l'angle droit du maxillaire inférieur une tumeur dont il fait remonter l'origine à dix-huit mois, et croit qu'elle est due à l'ablation de l'avant-dernière molaire. Depuis trois mois la tumeur augmente assez rapidement; elle est dure, arrondie, adhérente à l'os, douloureuse au toucher; le malade y ressent des élancements. Point d'engorgement des ganglions sous-maxillaires. Aucun traitement n'a été fait jusqu'ici. Le malade affirme n'avoir jamais été atteint de maladies vénériennes. Un examen attentif de tout le corps n'en fait découvrir aucune trace.

Le malade est présenté à la Société de chirurgie. Quelques-uns des membres opinent pour une tumeur cancéreuse, d'autres ne se prononcent pas sur sa nature; mais tout le monde convient que l'on doit procéder à une opération.

Le 5 novembre, ponction exploratrice dans le sillon géno-maxillaire. Issue d'un peu de sang. Alcoolature d'aconit.

Opération le 7 novembre. — Une incision est pratiquée sur la ligne médiane de la lèvre inférieure, et prolongée jusque dans la région sus-hyoïdienne. Le lambeau est relevé et disséqué jusqu'à la tumeur, qui est découverte et isolée. Ligature des artères faciale et sous-mentale. La tumeur, isolée, est très-adhérente et comme confondue par sa base avec la substance de l'os. On dissèque et on sépare cette base au moyen du bistouri; ce qui s'effectue facilement. L'os n'est pas malade. Le fond de la tumeur est formé par une matière gélatiniforme, qui à l'extérieur était coiffée par les enveloppes et la partie solide de la masse morbide, et qui du côté de l'os est contenue dans une excavation en forme de géode à parois parfaitement saines, bien limitées, laissant apparaître les racines des dents molaires, mises à nu par la destruction de la table externe de l'os maxillaire. Cette excavation paraît produite exclusivement par usure. Ses bords sont coupés à pic, et son fond laisse voir l'artère et le nerf dentaire mis à nu.

Malgré l'intégrité apparente du tissu osseux, trois cautères chauffés à blanc sont successivement éteints dans l'excavation qui servait de réceptacle à la matière gélatiniforme, plutôt pour prévenir l'hémorrhagie venant de la dentaire inférieure que pour détruire un tissu osseux paraissant parfaitement sain.

Réunion des lambeaux par la suture. La partie la plus déclive est simplement soutenue par des bandelettes de sparadrap.

La tumeur, soumise à l'examen de M. Lebert, n'a présenté absolument que les caractères du tissu fibro-plastique.

Le 8, on renouvelle le pansement. Pas d'accidents, pas de fièvre.

Le 10, la réunion de la plaie des téguments est solide et complète, surtout à la partie supérieure qui répond au bord de la lèvre. — On retire les aiguilles. Pansement avec la cuirasse.

Le 18, l'opéré est parfaitement bien, et le 23 il quitte l'hôpital, après avoir été présenté à la Société de chirurgie.

Il revient plusieurs fois à la consultation, et bientôt on reconnaît que le tissu des gencives, dans la région précédemment occupée par la tumeur, est le siége d'un nouveau travail morbide. On trouve un tissu rougeâtre, mou, dont à deux reprises on enlève des fragments. M. Lebert y reconnaît toujours le même caractère fibro-plastique.

Le 3 décembre, Savard rentre à l'hôpital.

Le 4, en explorant la tumeur de nouvelle formation, on retire une petite esquille en forme de croissant. Voyant que, malgré l'intégrité bien reconnue de l'os maxillaire au moment de la première opération, nous avions une récidive, je me proposai cette fois d'enlever la portion d'os maxillaire qui servait de support à la tumeur. D'ailleurs quelques-unes des molaires, qui étaient immobiles lors de la première opération, avaient acquis de la mobilité. Il fallait donc nécessairement sacrifier une portion osseuse comprise entre deux implantations dentaires solides.

Le 5 décembre 1849, résection d'une portion assez notable de la branche horizontale droite du maxillaire inférieur. La dent incisive latérale est arrachée, ainsi que la deuxième grosse molaire. Ces deux dents formant limite par la solidité de leur implantation, on passe un fil portant à son extrémité une scie à chaîne, dont deux traits détachent la pièce osseuse.

Les deux coupes faites à l'os maxillaire sont épongées avec soin et examinées à plusieurs reprises. Elles offrent un tissu osseux parfaitement sain. Néanmoins, on applique un cautère chauffé à blanc. Les artères qui donnent sont peu volumineuses et peu nombreuses; elles sont liées. Les lambeaux sont rapprochés par deux points de suture et quelques bandelettes.

Le 6, pas d'accidents; les bords de la plaie sont en partie réunis.

Le 16, le malade va parfaitement bien; à l'extérieur, la plaie est cicatrisée; il exécute encore très-imparfaitement le mouvement d'abaissement de la mâchoire; cependant il mange assez facilement des aliments solides.

Le 23, il ouvre la bouche largement et facilement. On sent une bride qui se forme entre les deux portions du maxillaire et qui les réunit.

Le 7 janvier, on ouvre un petit abcès qui s'est formé à la partie supérieure et latérale de la face.

Le 20 janvier, *exeat*.

Ce malade n'est plus revenu à l'hôpital; mais des informations prises par la religieuse de la salle, il est résulté que la maladie a eu une deuxième récidive, pour laquelle M. Rapatel (de Montreuil) a donné des soins sans qu'aucune opération d'ablation complète ait été tentée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 25 juin, M. le docteur Depaul est nommé directeur adjoint du service de la vaccine à l'Académie impériale de médecine.

— Par décrets du 28 juin, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Chevallier, membre du conseil de salubrité du département de la Seine;

M. Deval, ancien médecin des épidémies dans le département du Puy-de-Dôme.

Au grade de chevalier : M. Mongin-Montrol, médecin des épidémies à Langres;

M. Vosseur, docteur-médecin à Paris;

M. Chappotin de Saint-Laurent, docteur-médecin à Paris.

— Par arrêté du 1er juillet, M. Michaud, suppléant à l'Ecole préparatoire de Grenoble, a été nommé professeur adjoint de pathologie interne à ladite Ecole en remplacement de M. Albin Gras, décédé.

— Les journaux d'Angers mentionnent comme ayant fait preuve d'un courage digne des plus grands éloges, M. le docteur Emile Renaut, médecin à Beaufort. Pendant trois jours et trois nuits consécutifs, il n'est pas sorti d'une barque à l'aide de laquelle il allait saisir par les fenêtres et les lucarnes des toits les malheureux habitants de ce pays surpris par l'inondation. Il a ainsi arraché à une mort certaine un grand nombre de personnes.

— On lit dans la *Gazzetta medica italiana di stati sardi* les noms et le nombre des médecins piémontais morts en Crimée. Ils sont au nombre de treize.

— D'après le même journal, on compte en Autriche 6,398 médecins, 6,148 chirurgiens, 18,798 sages-femmes, 2,951 pharmaciens. Il y a 684 hôpitaux pouvant contenir 58,533 malades.

— *Rectification.* Les trois malades dont parle M. Ancelon (n° 74, p. 294, colonne 3e) n'étaient point ses clientes, il ne les a vues que le lendemain de l'explosion de la péritonite causée par des doses élevées de sulfate de quinine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité d'hygiène navale, ou de l'Influence des conditions physiques et morales dans lesquelles l'homme de mer est appelé à vivre, et des moyens de conserver sa santé; par le docteur J.-B. Fonssagrives, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest. Illustré de 57 planches intercalées dans le texte, et accompagné de 4 tableaux, 1856. Un vol. in-8° de 800 pages. Prix, 10 fr. — Chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 80. — MARDI 8 JUILLET 1856. (29e ANNÉE.) N° 80. — SAMEDI 8 JUILLET 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 7 JUILLET 1856.

DES MONORCHIDES ET DES CRYPTORCHIDES.

L'Académie des sciences ne fournissant aujourd'hui aucun aliment à nos appréciations, nos lecteurs voudront bien nous permettre une petite diversion sur les travaux d'une Société dont, à notre grand regret, nous nous occupons trop rarement ; nous voulons parler de la Société de biologie, qui a acquis en peu d'années une juste autorité dans la science par la nature et l'importance des recherches dont elle est à la fois le moteur et l'aboutissant (1). Cette Société a entendu dans l'une de ses dernières séances la lecture d'un intéressant mémoire de M. Ernest Godard, interne des hôpitaux de Paris, sur les monorchides et les cryptorchides chez l'homme, c'est-à-dire sur cette anomalie qui consiste dans l'inclusion de l'un des testicules, ou des deux testicules dans la cavité abdominale, ou leur arrêt dans l'un des points qu'ils ont à parcourir pour arriver dans les bourses.

La monorchidie et la cryptorchidie ont déjà été l'objet d'assez nombreuses recherches. Sans remonter à l'histoire de cette anomalie, il nous suffira de citer les travaux récents de MM. Gosselin, Follin, Goubaux, Ch. Robin, Leconte et Roubaud sur les divers points qui se rattachent à cette question, pour montrer l'intérêt que ce sujet a toujours inspiré. Mais malgré ces nombreuses recherches, cette question laisse encore évidemment beaucoup de points à éclaircir. M. Godard s'est proposé, dans ce travail, d'élargir un peu le champ de nos connaissances sur ce point. Nous allons exposer en peu de mots les principaux résultats qu'il a constatés. C'est sur la monorchidie plus particulièrement qu'ont porté ses études ; c'est par là que nous commencerons.

Dans les nombreuses observations que M. Ernest Godard a recueillies sur cette anomalie qui affecte soit le côté gauche, soit le côté droit, il a vu que le testicule occupait différents points de la cavité abdominale, du petit bassin, des canaux inguinaux et cruraux ou du scrotum. Tantôt les deux glandes spermatiques étaient saines ; d'autres fois l'une d'elles avait subi une altération morbide ; enfin deux fois seulement les testicules étaient l'un et l'autre à l'état pathologique. Voici les particularités que M. Godard a constatées pour chacun de ces cas :

Les deux testicules sains. — Le premier groupe, celui qui comprend le cas où le testicule descendu et celui du côté opposé, arrêté dans son évolution, sont également sains, est le plus nombreux de tous. Sur 37 monorchides, l'auteur a rencontré ce cas 17 fois ; 9 fois l'anomalie était du côté gauche, 6 fois du côté droit, 2 fois le côté n'était pas indiqué.

Les causes déterminantes présumées de l'ectopie testiculaire sont ou anatomiques ou accidentelles. Les causes anatomiques consistent dans une disposition anormale, soit du testicule lui-même, soit du *gubernaculum testis*, soit des piliers de l'anneau inguinal. M. Godard montre plutôt la possibilité que la réalité de l'arrêt du testicule provenant d'un engorgement inflammatoire de cet organe pendant son évolution, qui l'empêcherait de traverser l'anneau et de cheminer dans le canal inguinal. Il en est de même pour ce qui concerne l'atrophie ou le défaut de développement du *gubernaculum testis*, la paralysie de ce muscle, l'étroitesse des anneaux fibreux du canal inguinal, etc. Ce sont là tout autant de causes théoriques dont la démonstration reste à faire. Il n'en est pas de même des causes que nous appelons accidentelles, et que M. Godard qualifie de leur vrai nom en les désignant ainsi : *causes résultant d'une erreur de diagnostic.* Des observations très nombreuses (malheureusement beaucoup trop nombreuses) consignées dans les annales de la science ne démontrent que trop réellement, en effet, que beaucoup de cas de monorchidie proviennent de l'erreur du chirurgien ou du bandagiste, qui a pris un testicule arrêté dans le canal inguinal pour une hernie, et l'a traité, en conséquence, par la réduction dans l'abdomen, et l'application d'un brayer.

M. Godard a recherché dans quel point le testicule était le plus souvent arrêté, ou, en d'autres termes, quelle était la fréquence relative des divers siéges reconnus jusqu'ici à l'ectopie testiculaire. Il a noté que 13 fois le testicule était dans le canal inguinal droit, 14 fois dans le gauche ; 2 fois dans la région périnéale, 1 fois dans la fosse crurale droite, 1 fois dans la fosse iliaque droite, 2 fois dans le scrotum. Deux fois le testicule n'a pas été reconnu : 1 fois côté droit, 1 fois côté gauche.

Nous négligeons quelques détails d'anatomie pathologique du testicule et de ses annexes, bien que très-intéressants, pour arriver de suite à l'étude des modifications fonctionnelles qui résultent de ces divers degrés de conformation vicieuse, et aux applications qu'on peut déduire de ces faits, soit pour la thérapeutique, soit pour la solution des questions médico-légales qu'ils peuvent soulever.

Constatons d'abord les faits relatifs à l'état de la sécrétion spermatique chez les monorchides. M. Godard a eu l'occasion d'examiner une fois le sperme éjaculé par un monorchide ; il renfermait des animalcules. La même constatation a été faite sur des sujets qui ont succombé avec cette disposition. On a trouvé des spermatozoaires dans la vésicule séminale du côté descendu. D'un autre côté, il résulte d'un grand nombre d'observations consignées dans ce travail, que les monorchides dont le testicule descendu est sain, sont féconds, qu'ils peuvent procréer des enfants de sexe différent, et que le testicule descendu est sans influence sur le sexe.

Testicule descendu sain, le testicule non descendu à l'état pathologique. — Sur les 37 cas de monorchides, 12 fois le testicule non descendu était malade ; 6 fois il était affecté de dégénérescence cancéreuse ; 6 fois il y avait épididymite.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que dans ces six cas d'épididymite, le testicule s'était enflammé à la suite de blennorrhagie. L'organe était 2 fois dans le canal inguinal droit, 1 fois dans celui du côté opposé, 1 fois dans la fosse iliaque droite, et 2 fois fois dans la région périnéale. Dans les 6 cas de la dégénérescence cancéreuse, 5 fois le testicule était dans le canal inguinal droit, et 1 fois seulement dans le canal inguinal gauche.

Un grand nombre de malades interrogés sur les causes déterminantes probables de leur affection, en ont rapporté l'origine à des coups qu'ils auraient reçus sur le testicule arrêté, ou plus souvent encore à des bandages qu'ils auraient portés pendant un temps plus ou moins long. M. Godard insiste avec beaucoup de raison sur cette dernière circonstance, notée par tous les auteurs qui se sont occupés de cette question.

Testicule descendu à l'état pathologique, le testicule arrêté dans son évolution étant sain. — Cette variété a été constatée 6 fois par M. Godard. 5 fois le testicule descendu s'était enflammé dans le cours d'une blennorrhagie, 3 fois du côté droit, 2 fois du côté gauche, et une fois seulement le testicule, descendu sous l'influence d'un bandage, avait subi une transformation fibreuse.

L'analyse de ces faits conduit à un résultat complétement confirmatif de ce que plusieurs observateurs, et notamment M. Follin, avaient déjà constaté dans des cas analogues ; savoir, que le testicule retenu dans l'abdomen, alors même qu'il est sain, ne sécrète pas de spermatozoaires.

C'est là un fait dont la constatation a une grande portée physiologique et médico-légale. On peut déjà, *à priori*, en déduire cette conséquence, que les cryptorchides, c'est-à-dire les sujets qui ont les deux testicules dans le ventre, doivent être nécessairement inféconds ; si toutefois, comme la physiologie autorise à le penser, l'absence de spermatozoaires dans le fluide séminal implique l'idée d'infécondité. La rareté de cette anomalie et les difficultés inhérentes à ce genre de recherches ne permettent que difficilement d'en avoir la preuve directe. Les faits observés et rapportés par M. Godard tendent à démontrer que les cryptorchides, placés sous ce rapport dans les mêmes conditions que les monorchides, dont le testicule descendu est malade, sont stériles mais non impuissants.

Ces faits ont besoin encore de nouvelles recherches ; mais tels quels, ils offrent déjà un grand intérêt, ne fût-ce qu'en indiquant le *desideratum* qui resterait à remplir pour résoudre toute les questions qui se rattachent à ce sujet.

Peut-on et doit-on provoquer la descente du testicule, retenu sur l'un des points du trajet accessibles à nos moyens d'action ? Des diverses tentatives qui ont été faites jusqu'ici et des faits rapportés dans ce travail, les seules déductions pratiques qu'il soit possible de tirer à cet égard sont celles-ci : Si l'organe est placé dans la région périnéale, toute tentative est inutile ; s'il est arrêté au niveau de l'anneau interne ou dans le canal, on peut parvenir, par des pressions modérées faites de haut en bas, à faire cheminer le testicule jusque dans le scrotum, mais il est très-difficile de l'y maintenir. M. Chassaignac a tenté sans succès, dans ce but, l'emploi des ventouses sur le scrotum. M. Godard pense qu'on pourrait essayer, chez les nouveau-nés, l'électricité pour faire contracter le faisceau moyen du *gubernaculum testis* ; mais nous ne sachons pas que ce moyen ait encore été essayé. Enfin, si toutes les tentatives pour faire descendre le testicule dans le scrotum sont sans succès, il y aurait avantage à le pousser dans l'abdomen, lorsque ce serait possible.

(1) Nous nous proposons de faire très-prochainement une appréciation rétrospective de ceux des travaux de cette Société qui ont plus directement trait aux applications physiologiques, pathologiques et thérapeutiques.

HOTEL-DIEU. — M. LAUGIER.

Déchirure du périnée et de la cloison recto-vaginale. — Périnéoraphie. — Guérison complète par la suture entrecoupée.

Nous avons annoncé, à l'occasion de la communication faite par M. Laugier à l'Académie des sciences le 19 mai dernier, que nous publierions avec tous les détails qu'il comporte le fait intéressant de périnéoraphie qui en faisait le sujet. L'opérée ayant été gardée encore pendant quelque temps dans les salles après la complète cicatrisation, pour permettre de constater l'état des parties tel qu'il doit définitivement rester, nous avons attendu jusqu'à ce jour, c'est-à-dire jusqu'au moment de sa sortie, pour publier cette observation.

La voici avec les quelques considérations dont M. Laugier l'a fait suivre :

Delphine T..., âgée de trente-quatre ans, dévideuse de coton, entra à l'Hôtel-Dieu le 18 décembre 1855, salle Saint-Charles, n° 17.

C'est une femme petite, délicate, peu chargée d'embonpoint, régulièrement conformée, et qui n'a jamais présenté dans son enfance de déformations rachitiques. Elle est atteinte depuis quinze ans d'une déchirure incomplète du périnée, qui s'est complétée dans un dernier accouchement en 1854 par une déchirure de la cloison recto-vaginale dans l'étendue de 3 centimètres environ. Les couches furent toujours laborieuses.

Voici les dates de ses divers accouchements et leur principales circonstances :

En 1841, cette femme, alors âgée de dix-neuf ans, accoucha pour la première fois, à terme, d'un enfant régulièrement conformé : elle fut accouchée par un médecin de Lisieux. Après vingt-quatre heures de souffrances il fallut appliquer le forceps ; au moment du passage de la tête, le périnée se déchira à la commissure inférieure de la vulve, mais la déchirure était incomplète (la malade ne peut en préciser l'étendue). On ne fit rien pour la guérir, et elle persista dans toute son étendue.

Depuis ce moment, la malade ne put retenir complétement les matières fécales ; les parties solides pouvaient presque toujours être conservées ; mais, lorsqu'il y avait diarrhée, l'incontinence était complète. Interrogée avec soin pour savoir si la déchirure comprenait toute l'étendue du périnée, elle répond constamment qu'elle ne s'étendait pas jusqu'à l'anus.

En 1844, elle accoucha à Caen. Le forceps ne fut pas employé cette fois, mais le passage de la tête était encore difficile, malgré l'existence de la déchirure. Elle affirme avec beaucoup de persistance que la sage-femme, pour faciliter l'accouchement, essaya d'agrandir la déchirure en écartant violemment les deux lèvres de la vulve avec les mains. Elle y réussit, mais cependant la déchirure n'atteignit pas encore l'anus.

En 1847, troisième accouchement à Caen, normal, sans accidents ; il en fut de même des deux suivants, qui eurent lieu à Paris, le premier en 1848 à l'hôpital Bon-Secours, le deuxième en 1852 à la Maternité.

Enceinte pour la sixième fois en 1852, et se sentant prise de douleurs, bien qu'elle ne fût qu'au huitième mois de sa grossesse, elle se rendit de nouveau à la Maternité. Le travail dura trois jours. On ne crut pas indispensable d'appliquer le forceps, bien que l'on eût hésité quelque temps sur l'opportunité de son application.

Au moment de l'accouchement, il se fit une nouvelle déchirure qui, agrandissant celle qui existait déjà, divisa complétement le périnée, le sphincter de l'anus, et enfin la cloison recto-vaginale dans l'étendue de 3 centimètres. On ne tenta dans ce moment aucune opération. La malade sortit de l'hospice, et voulut reprendre ses occupations. Mais l'incontinence des matières fécales était cette fois absolue, et cette infirmité était encore aggravée par une diarrhée presque continuelle qui épuisait la malade. Elle entra à l'hôpital Saint-Antoine, où on lui proposa l'opération ; mais elle refusa de s'y soumettre.

De retour chez elle, elle essaya de nouveau de reprendre son travail, mais son infirmité le lui rendant impossible, et de plus un léger degré de prolapsus du rectum lui occasionnant de vives douleurs, elle se décida, au mois de juin 1855, à entrer à la Pitié, pour s'y faire

opérer. On ne peut obtenir d'elle aucun détail précis sur l'opération qui lui fut pratiquée; elle dit seulement que les fils furent enlevés le quatrième jour. Quoi qu'il en soit, elle sortit de cet hôpital sans aucune amélioration.

Déterminée à subir une seconde opération, elle entra le 18 décembre 1855 dans le service de M. Laugier à l'Hôtel-Dieu.

Un examen attentif des parties génitales fit reconnaître l'état suivant: une fente profonde divisait la région périnéale, et n'était bornée en arrière que par le contour coccygien de l'anus. En écartant les deux lèvres de cette fente, on reconnaissait que le périnée avait disparu complétement; les débris en étaient visibles à droite et à gauche, sous forme de lambeaux cutanés et muqueux. Au-dessus du périnée, on voyait une division de la cloison recto-vaginale de plus de trois centimètres de profondeur, au-devant de l'éperon mince de cette cloison, seule séparation du vagin et du rectum. Deux ou trois mamelons d'un rouge vif n'étaient autre chose que des portions de la membrane muqueuse du rectum renversée, qu'il était facile de réduire par la pression du doigt, ce qui causait à la malade une très-vive douleur. Le renversement se reproduisait aussitôt. Les gaz et les matières liquides s'échappaient involontairement, et très-fréquemment, car la diarrhée était l'état habituel de cette malade; mais quand des matières plus fermes arrivaient à l'anus, elles étaient poussées en avant vers le vagin.

Le peu d'épaisseur que présentait le bord de la cloison vagino-rectale, et la crainte qu'après l'avivement il ne pût supporter l'action des fils; la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité, d'appliquer ici la méthode de la suture enchevillée préconisée par le professeur Roux, éloignèrent quelque temps l'idée d'une opération qui venait d'être tentée sans succès quelque temps auparavant. Cependant, pressé par les instances de la malade, et résolu d'ailleurs à ne suivre que sa propre inspiration, sans tenir compte des travaux qui, dans ces derniers temps, ont fait loi en matière de périnéoraphie, M. Laugier crut arriver plus sûrement au succès de l'opération en la pratiquant en deux temps. Il projeta de faire d'abord la réunion de la déchirure de la cloison recto-vaginale. Trois points de suture entrecoupée devaient suffire pour cela. Il devenait facile, en laissant béante toute la division périnéale et l'anus lui même, de surveiller cette réunion partielle, et d'enlever à temps les points de suture sans tiraillements douloureux capables de compromettre le résultat obtenu.

C'est ce qui fut fait le 5 mars 1856.

L'angle et les côtés de la déchirure de la cloison furent avivés, et trois points de suture entrecoupée établis à l'aide du porte-aiguille de M. Mathieu. Ces points de suture convenablement serrés, la malade fut reportée dans son lit. Aucun accident ne suivit l'opération. A peine y eut-il de la fièvre. La constipation fut soigneusement entretenue par le sirop de ratanhia, qui chez cette malade suffisait pour la produire. Le neuvième jour, les fils furent coupés, les anses de fils enlevées; la réunion était parfaite et ne s'est point démentie. A dater de l'opération, le renversement de la muqueuse rectale, préalablement réduite, avait cessé. Les premières évacuations alvines prouvèrent que les matières solides suivaient une meilleure direction; les matières liquides étaient d'ailleurs retenues, et à la rigueur on aurait pu s'en tenir là, si on n'avait eu pour but que de faire disparaître les principales incommodités de la déchirure du périnée. Mais la malade était jeune, et ce qui restait de la solution de continuité accidentelle avait encore plusieurs inconvénients. La vulve se continuant avec l'anus, le périnée proprement dit manquait absolument; et, indépendamment de l'absence d'une conformation régulière, la malade était exposée à la chute du vagin ou de l'utérus. Elle désirait d'ailleurs que l'opération fût complète. M. Laugier y procéda le 5 avril, un mois juste après la première opération.

L'avivement porta sur l'extrémité inférieure du tissu cicatriciel obtenue par la première opération, et fut prolongée de bas en haut sur les tissus cutanés et muqueux, restes de l'arrière-périnée, ainsi que sur la face interne des grandes lèvres, de manière à donner au périnée reconstruit une hauteur et une épaisseur suffisantes. Cinq points de suture entrecoupés furent appliqués comme dans la première opération, mais comprenant une plus grande épaisseur de tissus. Les suites de l'opération furent encore très-favorables. Il y eut toutefois un mouvement fébrile plus marqué, des douleurs locales plus prononcées, sans que jamais un gonflement et une rougeur phlegmoneuse aient pu faire craindre une inflammation trop intense.

Pendant quelques jours une suppuration sanieuse s'échappa de l'orifice de la vulve. Les mêmes précautions avaient été prises pour obtenir la constipation et la prolonger. Quelques minoratifs avaient été donnés avant l'opération, et depuis qu'elle était pratiquée on n'avait pas cessé d'administrer le sirop de ratanhia. On ne put pas empêcher une évacuation alvine d'avoir lieu avant que les fils eussent été coupés, le sixième jour. Ce ne fut que le dixième que les anses de fil furent retirées. Une seule avait été laissée involontairement, et resta plusieurs semaines sans avoir divisé les tissus compris. Elle eut l'inconvénient d'entretenir pendant tout ce temps un peu de suppuration à la partie supérieure de la réunion. Ce fut par le nouvel anus qu'elle fut reconnue par le toucher, et enlevée à l'aide de ciseaux courbes. Mais déjà depuis longtemps toute apparence d'accidents avait disparu. La conformation du périnée est aujourd'hui aussi parfaite que possible après une pareille opération. La vulve a à peu près la forme et l'étendue qu'elle aurait chez une femme qui n'aurait pas eu de rapports sexuels. Le périnée nouveau a 3 centimètres et demi de hauteur. Son épaisseur, plus grande en avant, a de 3 à 2 centimètres. Sa position, relativement à l'anus, est plus antérieure qu'à l'état normal, de sorte que cet orifice, surtout en avant, est un peu infundibuliforme.

En portant le doigt dans le vagin, on reconnaît à environ 7 centimètres le point le plus élevé de la cicatrice.

Les fonctions sont parfaites, et dans aucun point du tissu cicatriciel il n'est resté de pertuis par lequel des gaz ou des matières fluides s'engagent.

Cette opération de périnéoraphie a donc eu un plein succès. La malade a été conservée jusqu'ici dans le service quoique guérie depuis plus de deux mois, afin que le maintien de la guérison pût être constaté. Elle devra sortir sous peu de jours; mais, comme elle habite Paris, on pourra la revoir.

L'intérêt de cette observation ne se borne pas à un succès aussi complet qu'on puisse l'obtenir après une déchirure aussi étendue. Il réside en grande partie dans la méthode qui a été mise en usage. Le succès obtenu par Guillemeau avec la suture entrecoupée n'est pas admis dans la science par tout le monde: on y croit cependant à cause de la confiance qu'inspire cet habile chirurgien; mais les détails de l'observation manquent. Dans l'observation de Saucerotte, il est question d'une suture à surjet. Enfin, le travail de M. Roux est de nature à faire rejeter la suture entortillée, et à faire adopter comme seul mode raisonnable de réunion la suture enchevillée. Quant à la suture entrecoupée, l'illustre chirurgien n'en parle que pour mémoire; M. Laugier pense, au contraire, que la suture entrecoupée, s'il fallait adopter une méthode générale, serait préférable, et que, dans les divisions profondes, il faut l'appliquer en deux temps. De cette manière on fractionne pour ainsi dire les accidents inflammatoires. On enlève plus facilement, et sans tiraillement, les points de suture. Bien des succès ont été compromis par les difficultés qu'on éprouve à retirer des points de suture situés trop profondément.

Avec la suture entrecoupée, chaque point de suture est *indépendant;* il comprend plus ou moins de tissus, *à volonté;* il a la position, la *direction* particulière, ce qui ne peut avoir lieu dans la suture enchevillée telle qu'on la fait et que la faisait M. Roux, en ramenant de chaque côté sur une même *cheville* les divers fils, quelle que soit leur direction.

Comment d'ailleurs ramener au faisceau commun des fils enchevillés; celui ou ceux qui traversent la cloison vagino-rectale au niveau ou au-dessous de l'éperon, sans leur donner une tension qui amène la déchirure de tissus aussi minces? Ce qui explique, suivant M. Laugier, la persistance de pertuis, quelquefois fort larges, qui déparent quelques-unes des plus belles observations contenues dans l'intéressant mémoire de M. Roux sur la périnéoraphie.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Des rapports qui existent entre l'âge des malades et les affections diverses dont ils sont atteints.

L'origine de l'influence que l'âge exerce sur les maladies se trouvant dans les conditions physiologiques, il importe de déterminer tout d'abord ces dernières, afin de s'élever par elles à l'expression générale des causes qui modifient les phénomènes morbides aux diverses périodes de la vie.

La division la plus simple des âges est peut-être celle que suivait Daubenton; elle comprenait:

1° L'enfance étendue depuis la naissance jusqu'à la puberté;

2° L'adolescence, qui va de l'âge de la puberté jusqu'à l'âge de vingt à vingt-cinq ans;

3° La jeunesse, qui s'étend de vingt à vingt-cinq ans jusqu'à trente ou trente-cinq ans;

4° L'âge viril, qui dure jusqu'à quarante ou quarante-cinq ans;

5° L'âge de retour, qui se prolonge jusqu'à soixante ou soixante-cinq ans;

6° Enfin l'âge de la vieillesse, ou la caducité.

Tous les degrés de cette échelle peuvent se réduire à trois divisions, qui expriment les trois périodes principales par lesquelles passent tous les corps vivants depuis la naissance jusqu'à la mort: l'accroissement, l'état et le déclin.

La période d'accroissement commence à la naissance et finit avec l'adolescence; la période d'état comprend la jeunesse et l'âge viril; enfin la période de déclin renferme l'âge de retour et la vieillesse.

Les conditions physiologiques dominantes dans la période d'accroissement sont le développement prépondérant de l'appareil vasculaire à sang rouge, évident par la fréquence des battements du cœur et par l'activité de la circulation artérielle. Cette prépondérance de l'appareil circulatoire se reconnaît à l'injection vasculaire rouge très-prononcée sur toute la surface tégumentaire externe et interne, et dans tous les tissus. Dans ce premier stade de la vie, la plasticité prédomine. Toutes les parties du corps vivant croissent, se développent et consolident leur texture; les tissus sont pénétrés de sucs, ils s'infiltrent pour ainsi dire de matière plastique. Le tissu cellulaire, encore mou, à demi-muqueux, se solidifie de jour en jour, et perfectionne sa disposition celluleuse et lamellaire. Le système lymphatique est très-développé et croît rapidement jusqu'après la deuxième dentition. Tous les tissus, tous les organes sont dans une sorte de turgescence continue.

Les organes de transition qui se lient à la vie intra-utérine, tels que les vaisseaux omphalo-mésentériques, les capsules surrénales, s'atrophient. Le thymus, qui doit aussi s'atrophier, ne commence à le faire que dans la seconde enfance; jusqu'à la fin de la lactation il croît avec les autres organes.

A mesure que les années se succèdent, surtout après les mutations apportées par la dentition et la puberté, la vie plastique et la prépondérance de l'appareil vasculaire à sang rouge diminuent d'activité. Elles étaient à leur plus haut degré au commencement de la vie extra-utérine; elles se sont affaiblies avec les progrès de l'accroissement, pour s'arrêter au degré où nous les trouvons à la période suivante, degré auquel elles n'ont plus que la puissance suffisante pour entretenir et maintenir l'état des tissus et des organes du corps dans les conditions de structure et de volume qu'ils ont acquis.

Pendant la première période de la durée de la vie, les organes de la vie de relation se développent progressivement et leurs fonctions se régularisent. Le système nerveux, le principal appareil de cette vie, manifeste sa susceptibilité par des mouvements automatiques rapides, provoqués par toutes les impressions extérieures. A mesure que l'accroissement s'accomplit, les sources des impressions se multiplient et se perfectionnent par le développement des organes des sens. L'action incitative des nerfs sur les organes musculaires augmente de puissance à mesure que ces instruments du mouvement se développent. Pendant ce temps-là, l'organe de l'intelligence, l'encéphale, acquiert aussi la plénitude de ses fonctions; il coordonne tous les actes extérieurs, conformément aux impressions qui lui sont transmises et aux inspirations de la volonté.

Dans toute la durée de cette première période de la vie, la vivacité des impressions prédomine; au premier âge, elles suffisent pour déterminer des actes locomoteurs irréguliers et automatiques; à la deuxième enfance, les impressions sont encore mal jugées et mal appréciées, et toutes les déterminations qu'elles provoquent ne sont pas encore modérées par la raison.

La deuxième période de la vie ou la période d'état a pour caractère dominant la juste proportion de toutes les fonctions pour entretenir les organes à leur état normal de texture et d'action, et pour maintenir régulier l'exercice de tous les actes de la vie de relation avec le degré de spontanéité et de puissance qu'ils doivent avoir.

A la période d'état de la vie, les changements organiques continuent néanmoins encore, car l'organisme n'est jamais stationnaire un seul instant; mais ces changements s'accomplissent avec lenteur et ne peuvent s'apprécier qu'en comparant l'organisme à lui-même, à des intervalles éloignés, comme dans le milieu de l'âge viril et à l'approche de l'âge de retour.

Le déclin de la vie a pour caractère dominant des changements opposés à ceux de la période d'accroissement. Toutes les fonctions s'accomplissent avec une lenteur qui devient chaque jour plus grande, et l'activité de l'appareil vasculaire artériel diminue. Les capillaires ne sont plus évidents dans les tissus par le nombre et la turgescence de leurs rameaux; la circulation s'est ralentie dans ses canaux, les sécrétions sont moins actives; les veines, plus développées que dans l'âge moyen, se laissent distendre par le sang qui les traverse. Les organes contractiles perdent leur énergie. Les tissus, pénétrés de sucs, mous, turgescents dans le premier âge, plus solides dans leur texture dans l'âge moyen, se durcissent, se dessèchent; plusieurs reçoivent dans leur trame des sels calcaires. Les cartilages intervertébraux s'affaissent, s'ossifient à leur centre et quelquefois dans toute leur épaisseur, de manière à réunir plusieurs vertèbres en une seule masse osseuse. A mesure que la vieillesse avance, les organes de la vie de relation participent à l'atonie générale; la vue s'affaiblit, l'ouïe se perd, l'organisme se détériore progressivement, et ainsi se trouvent de plus en plus restreintes les fonctions qui concourent le plus immédiatement à la conservation de la vie.

Tous les changements physiologiques qui s'établissent et se succèdent dans les diverses périodes de la vie peuvent se résumer dans les trois conditions suivantes:

1° Les modifications imprimées à la vitalité et au développement de certains organes;

2° L'établissement, les modifications ou l'interruption de fonctions déterminées;

3° La production d'une manière d'être spéciale de tout l'ensemble de l'organisme ou au moins des grands appareils généraux de l'économie.

Dans ces trois conditions de l'état physiologique des âges se trouve l'origine de l'influence qu'ils exercent sur les maladies.

Résultats de l'influence des âges sur les maladies. — Les circonstances principales des maladies sont:

1° Leur opportunité;

2° Leurs phénomènes;

3° Leur marche;

4° Leurs terminaisons.

De l'influence des âges sur l'opportunité des maladies. — L'opportunité des maladies est la condition qui les rend imminentes. L'influence de l'âge sur l'opportunité d'une maladie consiste à préparer, à déterminer, à modifier ou bien à empêcher son développement.

Il y a des maladies qui se montrent exclusivement à certains âges de la vie, ou au moins qui ne peuvent exister à un âge connu qu'avec une forme ou une manière d'être déterminées. Pour la production de ces maladies, l'influence des âges est une cause occasionnelle tellement nécessaire que son absence suffit pour que la maladie ne puisse s'établir. Ce sont ces maladies qu'on a appelées *maladies des âges.*

De l'opportunité des hémorrhagies aux différents âges. — La prépondérance de l'appareil circulatoire à sang rouge dans la première période de la vie, manifestée surtout par l'injection très-prononcée des tissus membraneux, rend les hémorrhagies faciles sur les surfaces.

Chez les enfants nouveau-nés, ce sont des entéro-hémorrhagies affectant principalement la muqueuse des intestins grêles et quelquefois toute la longueur du tube digestif.

Dans l'âge moyen de la vie, l'entéro-hémorrhagie est rare; elle ne se montre guère que comme un symptôme des fièvres graves.

Dans la vieillesse, et surtout dans la vieillesse avancée, cette maladie est assez commune. Elle se lie alors à une congestion des

vaisseaux de la membrane muqueuse intestinale que l'on trouve souvent chez les sujets de cet âge. Cette congestion sanguine n'est plus liée, comme celle du tube digestif des enfants, à une hyperémie active de la muqueuse intestinale; c'est une congestion passive qui se rapporte à la faiblesse de la circulation chez les vieillards, et à la prépondérance de la circulation veineuse.

Les hémorrhagies des membranes muqueuses de l'adolescence et de l'âge moyen sont les épistaxis. Elles commencent aux approches de la puberté, et durent ordinairement jusqu'à la fin de l'adolescence. Ces épistaxis ne se montrent plus fréquemment à cette époque de la vie que par suite de la prépondérance de la circulation capillaire vers la tête et de l'état de pléthore encéphalique qui se produisent habituellement à cet âge.

Au déclin de la vie, nous trouvons aussi des hémorrhagies encéphaliques, mais elles ne sont plus liées à l'injection vasculaire uniforme et très-prononcée des méninges, comme chez les enfants. Ces hémorrhagies prennent naissance à la surface du cerveau et au fond des circonvolutions, surtout au fond de la scissure de Sylvius ou dans le tissu cérébral lui-même. Presque toujours l'hémorrhagie provient d'une rupture vasculaire que l'on ne constate jamais dans les hémorrhagies méningiennes des enfants, chez lesquels on trouve la plus grande partie du cerveau tapissée d'une couche de sang.

La succession des âges chez les femmes détermine et fait persister pendant une partie de la vie une hémorrhagie fonctionnelle, qui se convertit quelquefois, par son abondance, en hémorrhagie morbide.

Avant la puberté, l'utérus et les ovaires n'ont qu'une vitalité peu active et un développement imparfait; on ne voit que par exception et très-rarement la métro-hémorrhagie survenir, et encore il n'est pas certain que le sang provienne d'ailleurs que du vagin.

A la puberté, les organes génitaux se développent, la circulation devient plus active dans leurs tissus, les règles s'établissent, et avec elles l'aptitude aux métro-hémorrhagies, qui deviennent des maladies fréquentes jusqu'à l'âge du retour.

L'âge critique s'accomplit; l'utérus et ses annexes abandonnent en partie leur vitalité et leur volume, ils reviennent à l'état de repos; les pertes de sang cessent, car si l'on ne confond pas ces hémorrhagies idiopathiques avec celles que déterminent les affections organiques de l'utérus, il n'y a presque jamais d'hémorrhagies utérines quand l'âge critique est passé.

Les hématuries, les flux hémorrhoïdaux qui apparaissent dans le dernier tiers de la vie, et qui ne s'observent que par exception dans l'âge d'accroissement, sont les premiers effets de l'activité plus grande que prend la circulation vers les viscères de l'abdomen dans l'âge viril, et surtout dans l'âge de retour. Ces hématuries fréquentes chez les vieillards sont souvent le résultat d'une injection de vaisseaux variqueux de la muqueuse de la vessie, produite par une sorte d'extension des hémorrhoïdes. F. Hoffmann rapporte leur développement non-seulement à cette cause, mais aussi à la cessation des règles à l'âge critique, et par conséquent à une influence qui dépend de la succession des âges.

Les hémorrhoïdes n'arrivent que rarement dans les premiers temps de la vie; elles sont même rares dans l'adolescence comme maladies habituelles. Elles sont fréquentes dans l'âge viril, elles commencent ordinairement à se montrer vers l'âge de trente à trente-cinq ans, et leurs attaques se reproduisent avec plus ou moins de régularité et de violence jusqu'à l'âge de cinquante-cinq à soixante ans. Les auteurs ont attribué avec raison cette circonstance à l'activité plus grande, à cet âge, de la circulation dans les vaisseaux abdominaux.

Chez les femmes, l'époque de l'âge critique est souvent marqué par l'établissement des flux hémorrhoïdaux, qui viennent alors remplacer les hémorrhagies naturelles dont l'utérus était le siége.

A cette époque de la vie des femmes, la suspension d'une perte de sang habituelle donne naissance à un état de pléthore d'autant plus intense qu'elles sont d'une plus forte constitution et d'un tempérament sanguin plus prononcé. Cet état pléthorique détermine d'autant plus facilement une hémorrhagie par l'extrémité inférieure de l'intestin, qu'il existe une habitude de fluxion vers les vaisseaux abdominaux, produite par l'habitude de l'hémorrhagie menstruelle récemment interrompue.

De l'opportunité des diacrises ou des altérations de sécrétion aux différents âges. — La classe des altérations de sécrétion nous présente un assez grand nombre de maladies dont l'opportunité à certains âges de la vie se rattache aux conditions physiologiques inhérentes à ces âges.

L'une des maladies les plus fréquentes des enfants consiste dans la manifestation de diarrhées muqueuses ou de matières verdâtres, qui coïncide avec la première dentition. C'est à cette époque que les cryptes muqueuses intestinales acquièrent leur développement.

A l'âge opposé de la vie, lorsque le tube digestif est arrivé à un état qui rend les digestions plus courtes, difficiles et souvent imparfaites, la diarrhée survient fréquemment aussi. Elle consiste dans des produits de digestions imparfaites excrétés à l'état liquide. La chute des dents a rendu la mastication impossible; les aliments n'ont pas reçu dans la bouche la préparation nécessaire pour une facile digestion; la sécrétion de la salive est rendue presque nulle par l'atrophie des glandes salivaires; les cryptes mucipares intestinales qui croissent avec les dents s'atrophient avec elles. C'est ainsi que les causes immédiates de cette lienterie des vieillards qui les jette si promptement dans une adynamie souvent mortelle proviennent des conditions inhérentes aux changements provoqués par l'âge.

L'hydrocéphale aiguë des enfants est une des maladies dans lesquelles on ne rencontre habituellement que peu de désordres dans la texture des solides pour expliquer l'hydropisie céphalo-rachidienne. Aussi cette maladie a-t-elle beaucoup occupé les médecins. Les uns n'y ont voulu voir qu'une phlegmasie encéphalique; les autres y ont vu une hydropisie simple. Peu importe cette divergence d'opinions; il est certain que dans beaucoup de phlegmasies cérébrales des enfants, la sérosité céphalo-rachidienne augmente en quantité avec une extrême rapidité; elle fait alors si promptement succéder les phénomènes de compression aux symptômes d'hyperstimulation inflammatoire, qu'il faut bien qu'on admette qu'il y a dans ce cas une facilité toute particulière à la production de l'exhalation séreuse. L'opportunité de l'hydrocéphale aiguë chez les enfants, soit comme symptôme des affections inflammatoires du cerveau, soit comme simple altération de sécrétion, se démontre par la coïncidence des âges de la vie auxquels elle se produit avec ceux où l'activité circulatoire encéphalique est à son maximum.

Chez les vieillards qui ont des obstacles à la circulation ou qui sont dans un état prononcé d'asthénie sénile, toutes les maladies se compliquent d'œdème. La facilité avec laquelle survient l'anasarque dans ces cas nous semble devoir être attribuée à la détérioration déjà avancée des organes de la circulation et des fonctions nutritives.

Les enfants sont sujets à un œdème qui a été décrit comme une maladie propre à leur âge sous différents noms : c'est l'induration du tissu cellulaire, ou le scleréme. Cette maladie n'affecte que les nouveau-nés; elle consiste évidemment en une infiltration, une sorte d'incorporation de sérosité dans les tissus cellulaires et adipeux sous-cutanés. Cet œdème ne s'établit guère que chez les enfants cachectiques, qui ne respirent que d'une manière incomplète. La forme spéciale de cette maladie se trouve dans la disposition physiologique des tissus de l'enfant, et surtout de sa peau.

Le développement des vers lombrics intestinaux est un des accidents de la deuxième enfance qui se montre ordinairement de trois à dix ans. Cette maladie est rare chez les adolescents, et plus encore chez les adultes. La présence des vers dans le tube digestif est évidemment due à des conditions particulières des sécrétions qui se font à cet âge. L'enfant ne pourvoit à sa subsistance que depuis peu de temps par la mastication des aliments. La digestion ne jouit pas encore de sa force pleine et entière. Les vomissements, les diarrhées, les coliques qui surviennent si facilement, indiquent ses dérangements fréquents. Cette condition pathologique des organes et des fonctions de la digestion est le plus immédiatement prédisposante à la production des vers intestinaux. Des vers ascarides se trouvent dans le tube digestif des sujets adolescents et même d'hommes mûrs pendant les maladies où domine l'affection saburrale. Les épidémies vermineuses en offrent un frappant exemple.

Le ténia s'observe le plus souvent dans l'âge moyen de la vie; on ne le voit que plus rarement dans l'adolescence et après l'âge de retour, et il est ensuite plus fréquent dans l'enfance; la vieillesse en est presque exempte. Le ténia est certainement produit par des circonstances extérieures qui se rapportent soit au climat habité, soit à la qualité des aliments. L'influence de l'âge se trouve seulement ici comme atténuant l'effet de ces causes dans le premier et dans le dernier âge de la vie. *(La suite à un prochain numéro.)*

EMPLOI D'UNE POMMADE DE BELLADONE ET D'ONGUENT NAPOLITAIN PAR PARTIES ÉGALES

dans un cas de hernie crurale étranglée.

Par M. le docteur Ch. Fiévet (de l'Aisne), médecin à Tournon (Ardèche).

En mars dernier, je fus appelé à Carlepont (Oise) près du nommé M..., âgé de cinquante-six ans, vomissant depuis deux jours, à des intervalles éloignés, les aliments, les boissons qu'il avalait. Le ventre paraissait distendu par des gaz, ainsi que l'estomac particulièrement. Je prescrivis une potion calmante sans résultat.

Le lendemain, la langue étant sale, mais sans rougeur et sans douleur épigastrique, je crus devoir administrer une potion avec l'huile de ricin. Les vomissements continuèrent, sans obtenir de selles.

Le surlendemain, j'ai dû interroger le malade, et lui demander si par hasard il n'avait aucune tumeur au bas du ventre. Il me répondit qu'il avait depuis longtemps à l'aine, du côté droit, une petite glande du volume d'une noisette, et qui avait augmenté de volume depuis quelques jours. En effet, après examen, je reconnus une hernie crurale; j'appris que plusieurs membres de la famille (sa mère, entre autres) avaient succombé aux suites d'une hernie semblable.

J'essayai donc le taxis, mais sans résultat. Je dus recourir successivement aux bains, aux cataplasmes sur la petite tumeur; puis aux lavements de tabac, aux frictions sur l'abdomen avec l'huile de croton, sans amendement. Les vomissements continuèrent pendant vingt jours, sans selles; le ventre était distendu outre mesure par des gaz. L'état du malade empirait. Je crus devoir recourir aux frictions sur le bas-ventre avec une pommade de belladone et d'onguent napolitain par moitié, trois fois le jour, en augmentant les doses, dans l'espoir d'amener même la salivation; aux cataplasmes laudanisés sur la tumeur, aux lavements avec le muriate de soude. Point de selles. Les accidents allaient en augmentant; les vomissements continuaient; bientôt le malade rendit par la bouche des matières stercorales. J'augmentai la dose des frictions; je prescrivis un bain de siége, de nouveaux lavements avec le muriate de soude.

Enfin, je proposai l'opération comme dernier moyen de salut; la famille s'y opposa. Que faire? Déjà cependant la famille avait perdu ainsi plusieurs de ses membres. Il y avait donc ici une condition d'hérédité; la mort devait s'ensuivre. J'augmentai, en désespoir de cause, les lavements, les frictions avec la belladone et l'onguent mercuriel. Je tentai de nouveau le taxis; je réussis. Mais, le lendemain, nouvelle tumeur poussée par l'accumulation des gaz; elle était souple à la pression. Bientôt le cours des matières fut rétabli par un lavement plus saturé de sel de cuisine, et les vomissements cessèrent.

Pendant trois jours le malade eut du dévoiement. Je fis rentrer la tumeur, et je la maintins à l'aide d'un bandage. La langue étant restée sale, j'eus recours à l'huile de ricin.

Dès lors, après vingt quatre jours de traitement, le malade se trouva débarrassé, et ses fonctions reprirent leur état normal.

Cette observation récente prouve qu'il ne faut jamais désespérer, même dans un cas grave; j'engage mes confrères à recourir aux moyens indiqués en désespoir de cause, surtout quand la famille s'oppose à l'opération.

ASCITE GUÉRIE SANS PONCTION,

Par M. le Dr Hiard, de Mugron (Landes).

Depuis environ dix ans, je donne des soins à Marie V..., aujourd'hui âgée de vingt-cinq ans. Elle avait jusqu'à ce jour un tempérament cachochyme. Sa peau était habituellement sèche, terne et terreuse. Mal réglée depuis l'âge de seize ans, elle avait presque constamment la fièvre, et j'étais souvent obligé de la saigner. Depuis deux ans cependant sa santé était passable, et je ne la voyais plus que fort rarement, lorsqu'en janvier 1853 elle fut prise d'une fièvre typhoïde (dothinentérite de Bretonneau). Guérie de cette maladie, je dus la traiter, dans le mois de juillet, d'une pneumonie qui fut enlevée assez promptement.

Vers la fin d'août de la même année, Marie V..., ayant ses règles, traversa l'Adour à gué; il y eut suppression, et cette imprudence fut, après quelques jours, suivie d'une ascite des mieux caractérisées. Au bout de six semaines environ, à dater de l'épanchement, Marie V... fut obligée de prendre le lit, avec les symptômes suivants : abdomen excessivement volumineux (ventre aux dents) présentant dans toutes ses parties une peau luisante et très-tendue. Le moindre coup de doigt donne à la main opposée un choc l'impulsion du liquide. La malade ne peut quitter la position assise. Il y a insomnie absolue depuis plusieurs jours, et une oppression des plus inquiétantes. Je propose la ponction; la malade la rejette. Je dus alors aviser à mieux.

1° Pour toute nourriture, lait ferré, pruneaux, fruits de la saison; 2° tisane de chiendent nitrée; 3° la malade devra mettre successivement plusieurs vésicatoires sur différents points de l'abdomen, à cinq ou six jours d'intervalle l'un de l'autre, et elle aura soin de se purger le lendemain de la levée de chaque vésicatoire, chaque fois avec deux gouttes d'huile de croton tiglium. On laissera éteindre chaque vésicatoire sous l'action seule du saindoux.

Quatre vésicatoires et quatre purgations avaient, dans l'espace de cinq semaines, amené une guérison totale, qui depuis s'est maintenue. Cependant les règles ne reparurent que plusieurs mois après.

Aujourd'hui Marie V... jouit d'une parfaite santé, quoique depuis sa guérison elle n'ait pas cessé de travailler à la terre.

Voilà le seul cas d'ascite que j'aie traité de cette façon. J'y ai été conduit par les succès que donnent, dans les épanchements séreux du thorax, les vésicatoires appliqués *loco dolenti*; et quoique je sois convaincu que le croton tiglium était indispensable à la guérison, je suis convaincu aussi que si son action n'eût pas été combinée avec l'action des vésicatoires, j'aurais échoué.

Ici se présente une question. J'ai omis de dire que depuis plusieurs années Marie avait un engorgement de la rate. Cet état pathologique a-t-il, chez elle, contribué à l'ascite? Je l'ignore; mais comme l'hydropisie peut exister avec ou sans cause mécanique, il est probable que, même dans ce dernier cas, il faut, pour qu'elle se produise, une disposition spéciale, puisqu'il est vrai que l'*obstruction* peut exister sans elle. Ainsi, quelle que soit la cause de l'ascite, il y a lieu d'espérer que la méthode que j'ai employée pour Marie pourrait donner des succès.

FORMULE VÉRITABLE DE L'EAU DE BROCCHIERI,

Puisque nous avons publié les formules des bonnes préparations hémostatiques, complétons la liste en enregistrant celle d'une eau qui, grâce au secret qui entourait sa préparation, a conquis une réputation colossale.

On fait macérer pendant douze heures du bois de sapin avec le double de son poids d'eau; on distille ensuite jusqu'à ce qu'on ait obtenu en produit le poids du bois employé; on abandonne cet hydrolat au repos vingt-quatre heures, après quoi on sépare avec soin l'huile qui s'est rassemblée. (*Bull. de thérap.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 juin 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy St.-Hilaire.

Appareil d'adaptation de l'œil. — M. Ch. Rouget adresse une note en réponse à une réclamation de priorité de M. H. Müller à l'occasion de son mémoire sur l'appareil d'adaptation de l'œil, réclamation portant particulièrement sur la découverte du muscle ciliaire annulaire chez l'homme. Cette note a pour objet d'établir que la découverte du muscle ciliaire annulaire chez l'homme n'appartient ni à M. H. Müller, ni à M. Rouget lui-même, mais bien à Clay Wallace et à Van Reeken.

Présence de l'ammoniaque dans les eaux minérales sulfureuses. — M. Jules Bouis communique à l'Académie le résultat de recherches qu'il a entreprises sur la présence de l'ammoniaque dans les eaux minérales naturelles. La première partie de ces recherches porte exclusivement sur les eaux sulfureuses. Voici en quels termes l'auteur en résume les résultats :

I. Les eaux thermales sulfureuses ne contiennent pas la moindre trace d'ammoniaque lorsqu'elles sortent directement des terrains granitiques (Olette, Amélie-les-Bains, la Preste, Vernet, Baréges, etc.).

II. Les eaux sulfureuses, même dites naturelles, mais dont la sortie hors du sol n'a pas lieu directement du granit, et qui contiennent une proportion de chlorure et de sulfate de chaux plus forte que les eaux de la première série, renferment des proportions diverses d'ammoniaque (Eaux-Bonnes, Labassère).

III. Les autres eaux sulfureuses sortant de terrains bien moins anciens, et dont l'origine doit être attribuée à la réaction des sulfates sur les matières organiques, contiennent des proportions notables d'ammoniaque: tel est le cas d'Enghien, de Belleville, des Thernes, etc.

Ces expériences sur la présence ou l'absence de l'ammoniaque dans les eaux minérales tendent à démontrer, en ce qui concerne les eaux sulfureuses, que si pour un certain nombre on peut admettre que leur sulfure provient de la décomposition des sulfates par des matières organiques, cette hypothèse ne peut s'appliquer aux véritables eaux sulfureuses naissant directement des roches primitives.

— M. Legrand prie l'Académie de vouloir bien comprendre dans le nombre des pièces admises à concourir pour les prix de médecine et de chirurgie un mémoire sur l'ablation des tumeurs sans opération sanglante, mémoire dont il a récemment adressé un exemplaire.

— M. Boulu adresse une semblable demande pour son opuscule *sur le traitement des adénites cervicales au moyen de l'électricité localisée.* (Commission de médecine et de chirurgie.)

— M. Valadier présente au concours pour le prix du legs Bréant, une note *sur la nature et le traitement du choléra-morbus.* (Même commission.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE CONSTANTINOPLE.

Séance du 12 avril 1856. — Présidence de M. BAUDENS.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TYPHUS.

La parole est à M. Valette.

M. VALETTE débute en rappelant que M. Cazalas a argumenté de ses expériences sur le sulfate de quinine et des observations de M. Fauvel à Choumla pour soutenir que les états morbides actuellement observés ne sont que des fièvres paludéennes à formes typhiques. M. Valette estime que ces faits sont insuffisants pour donner raison à l'opinion de M. Cazalas. Pour qu'une épidémie palustre existe, il faut les conditions nécessaires au dégagement des miasmes paludéens : des marais ou la mise en culture des terrains en friche; ni l'une ni l'autre de ces conditions n'existe en Crimée. D'ailleurs le printemps ou la fin de l'été sont les époques d'activité de ces miasmes. Or, en 1855 comme en 1856, les états morbides objet de la discussion ont eu lieu dans le cœur de l'hiver, et en 1855 ils se sont dissipés avec le printemps, résultat qui arrivera probablement encore. Il y a de bonnes raisons pour qu'il en soit ainsi : la cause de l'épidémie, c'est l'entassement forcé pendant les rigueurs de l'hiver dans un espace trop étroit. Ce que M. Cazalas a donc considéré comme fièvres d'accès n'est autre chose très probablement que le typhus avec des exacerbations vespériennes, puisqu'au point de vue de l'étiologie on s'explique aisément l'existence du typhus, tandis qu'il est très-difficile d'établir celle des fièvres paludéennes si l'on tient compte des causes qui les produisent et des conditions de l'armée.

M. Cazalas s'est fait un autre argument, poursuit M. Valette, des heureux effets du sulfate de quinine. Mais, s'étayant de l'autorité de MM. Trousseau et Pidoux, d'après lesquels les toniques névrosthéniques ont une haute utilité dans les états morbides qui offrent les caractères de la malignité, et établissant, d'autre part, que l'épidémie actuelle présente ces caractères, M. Valette en induit qu'il n'y a pas lieu d'inférer l'existence des fièvres paludéennes des résultats obtenus par le sulfate de quinine, et il demande s'il ne peut pas tourner contre l'opinion de M. Cazalas le fait de Choumla dont il s'est appuyé, et dire : Si les préparations quiniques ont guéri la maladie, c'était parce qu'il s'agissait d'un typhus marqué au sceau de la malignité.

En opposition avec M. Cazalas quant à la nature de l'épidémie, M. Valette est d'accord avec lui quant au traitement. Il pense que le sulfate de quinine en doit constituer la base, que le vomitif seconde les effets du sulfate, et qu'il ne faut exclure aucun des autres moyens dirigés d'ordinaire contre ce genre d'affections et dont l'usage doit être subordonné aux exigences de chaque cas. Seulement M. Valette ne croit pas, comme M. Cazalas, au danger du sulfate de quinine quand il n'y a ni rémittence ni intermittence. La malignité domine, il faut donc dans tous les cas employer le plus puissant des névrosthéniques. Quand les forces radicales sont dans un tel état de résolution qu'elles ne peuvent pas être immédiatement influencées par le sulfate de quinine, il est besoin de recourir aux stimulants diffusibles, qu'il regrette de ne pas voir figurer dans le travail de M. Cazalas. Ceux-ci montent alors les forces radicales et les rendent aptes à ressentir l'action plus lente des névrosthéniques qu'on administre simultanément. Ici M. Valette signale trois faits où l'on avait en vain pendant quatre jours fait usage du sulfate. Chez deux malades, il fit précéder l'administration de ce remède par celle de l'éther. Dès le lendemain, amélioration très-marquée, tandis que l'état du troisième malade qui ne prit que le sulfate ne subit aucune modification. Le sulfate n'a sans doute pas toujours produit d'aussi bons effets, mais quelle médication est constamment suivie du succès?

M. Valette trouve que M. Cazalas a trop multiplié les nuances dans sa description; tandis qu'il convient, au contraire, de réunir les diverses formes de l'épidémie par les liens de l'étiologie pour en tracer ensuite un tableau qui serve à faire reconnaître l'espèce pathologique dans ses transformations. Quant à l'assertion de M. Cazalas, que la constitution d'une entité morbide sous le nom de typhus, commode pour le médecin, est dangereuse pour le malade, M. Valette est d'un avis opposé. La chose, au contraire, est avantageuse aux malades, car ce n'est qu'en faisant bien ressortir la malignité qui est le fond de la maladie qu'on peut induire le praticien encore inexpérimenté à ne pas se laisser abuser par la variabilité des formes, à reconnaître le caractère de la maladie, et à la combattre par les moyens appropriés. Ce n'est pas dans l'existence de deux ou trois phénomènes qu'il faut chercher le caractère de l'épidémie actuelle, et, lorsqu'il a donné au typhus un seul symptôme pathognomonique, Hildenbrand a commis une faute de philosophie médicale. Le typhus est une pyrexie, une affection *totius substantiæ*; son diagnostic ne s'établit que par un ensemble de signes, non d'après deux ou trois symptômes.

En terminant, M. Valette exprime le vœu que la Société laisse sa trace dans la science en éclaircissant d'une manière complète la question du typhus. Suivant lui, elle y parviendrait si elle donnait un tableau complet de l'épidémie actuelle en présentant les caractères qui la différencient des autres typhus, et si elle réussissait à résoudre la question de l'identité ou de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde.

M. FAUVEL. L'interprétation que l'on a donnée aux faits de Choumla n'est pas celle qu'il leur donne pour son propre compte. Récapitulant en peu de mots les caractères de la maladie et faisant ressortir cette circonstance que tous les malades avaient séjourné deux mois sur les bords du Danube, M. Fauvel déclare que c'est en tenant compte de tout qu'il a été conduit à conseiller le sulfate de quinine. On doit noter que la maladie ne se manifesta qu'un certain temps après que les individus qui en étaient atteints eurent été soustraits à l'influence palustre. Mais il remarque que le fait n'est pas unique dans la science. Quoi qu'il en soit, dit-il en concluant, la maladie de Choumla n'a jamais été pour lui le typhus, comme on a semblé le croire; c'était une fièvre paludéenne, qui dans certains cas présentait des symptômes typhiques avec ictère.

M. QUESNOY, à l'occasion de ce qui a été dit sur les causes de l'épidémie, communique le fait suivant:

Chargé du service d'une ambulance, il a assisté à la manifestation des premiers cas, considérés dans le commencement comme des cas de fièvre typhoïde. Trois médecins contractèrent la maladie : l'un d'eux succomba. Tous les infirmiers furent également atteints. Parmi les malades, très-peu furent attaqués, parce qu'ils ne séjournaient dans l'ambulance que trois ou quatre jours. Cette ambulance occupait un espace rétréci où l'on avait aggloméré les tentes. Peu de temps après, la maladie éclata. Il était évident qu'elle était due à l'encombrement. L'ambulance ayant été déplacée et installée dans un espace moins étroit, la maladie cessa. Plus tard, on dut augmenter le nombre des tentes; la maladie reparut. L'inspecteur général ayant eu connaissance du fait, conseilla de changer l'emplacement de l'ambulance, qui se trouve maintenant sur un espace beaucoup plus étendu. On peut compter que la maladie ne tardera pas à disparaître de nouveau.

M. BRYCE rappelle qu'il a eu l'occasion d'observer le typhus en Angleterre. Il a visité les hôpitaux militaires français de Constantinople, il a examiné les malades, et en comparant ce qu'il a vu ici avec ce qu'il a vu dans son pays, aucun doute ne s'est élevé dans son esprit: l'épidémie régnante est bien le typhus. M. Bryce a eu l'occasion d'observer les fièvres rémittentes des pays chauds. Il soutient que ce que M. Cazalas a considéré comme fièvre intermittente ne l'est en aucune façon. Sans doute, dit-il, le typhus et la fièvre rémittente ont, dans certains cas, des caractères communs et plus d'un trait de ressemblance, mais cette dernière n'est pas contagieuse: personne ne l'a considérée comme telle, tandis qu'aucun médecin ne met en doute la transmissibilité du typhus, bien évidente dans l'épidémie régnante.

M. Jacquot, poursuit M. Bryce, en a donné une bonne description. Mais M. Bryce n'admet pas ses divisions, car il pense, quand il s'agit de typhus, qu'il est très-difficile d'englober tous les cas dans le même cadre; les symptômes sont trop différents pour cela, ou plutôt les organes affectés ne le sont pas constamment ni au même degré; de là des nuances infinies qu'il est impossible de réunir dans une même description. Le typhus a pour ainsi dire une existence indépendante de toute lésion anatomique, et c'est là ce qui le différencie de la fièvre typhoïde. Dans l'épidémie actuelle, pas de constance dans les lésions anatomiques : cette circonstance est une nouvelle démonstration de sa nature. Quant au traitement, M. Bryce pense qu'on ne saurait le fixer d'avance. D'abord il n'y a pas de traitement spécifique, et comme il n'existe pas de lésions d'organes constantes, il est impossible de se prononcer sur les remèdes dont on aura à user, et qui doivent varier suivant les cas et les exigences du moment.

M. JACQUOT remarque que ses opinions quant à la variabilité des symptômes et au traitement ne diffèrent pas de ce que M. Bryce vient de dire.

M. PASTUREAU pense que M. Jacquot a été trop loin dans ce qu'il a dit du traitement. Quelque diversité qu'on suppose dans les formes, il y a dans le typhus le fond de la maladie; puis viennent les complications. Le médecin a donc à attaquer d'abord le fond, qui est toujours le même: puis ses complications, qui varient. Sous ce rapport, M. Pastureau partage l'opinion de M. Valette, et il adhère à sa pratique.

M. JACQUOT soutient que tout en admettant dans le typhus un fond de maladie, il n'en est pas moins vrai que les conditions des malades sont souvent tellement différentes, qu'il faut faire varier même le traitement dirigé contre ce fond. Il demande, par exemple, si le traitement peut être le même pour un infirmier sain et fort attaqué du typhus, et pour un soldat cachectique.

M. Jacquot saisit l'occasion pour exprimer son opinion sur le sulfate de quinine. Rappelant l'influence exercée par les doctrines de Broussais sur la thérapeutique; l'exclusion presque absolue du quinquina pendant le règne de ces doctrines, même dans les cas où il est le plus indiqué; enfin la réaction qui s'est opérée depuis, M. Jacquot trouve que celle-ci a dépassé les limites, et qu'aujourd'hui on fait des préparations quiniques un singulier abus. On le donne pour l'hypersthénie; on le donne pour l'hyposthénie, tantôt au commencement, tantôt à la fin, tantôt depuis le commencement jusqu'à la fin, et cela dans les maladies les plus diverses. Il se demande si c'est là une pratique rationnelle, et si l'expérience vient à l'appui.

On prétend que le sulfate de quinine est un tonique névrosthénique; mais, suivant lui, le ranger dans cette classe de remèdes est une grande erreur, car, dit-il, en agissant ainsi on oublie la distance qui sépare dans l'ordre thérapeutique le quinquina du sulfate de quinine, et on attribue à celui-ci les propriétés qui n'appartiennent qu'à l'autre. En conclusion, M. Jacquot est d'avis qu'actuellement on abuse du sulfate de quinine, et pour son compte il ne peut que condamner l'abus d'un remède qu'il ne peut pas considérer comme névrosthénique.

M. VALETTE soutient que le sulfate de quinine combat efficacement la malignité. La malignité constitue le fond de l'épidémie actuelle; elle se présente du commencement jusqu'à la fin. Rien donc de surprenant qu'on emploie le sulfate pendant toute la durée de la maladie.

M. Jacquot, ajoute M. Valette, ne croit pas que le sulfate de quinine appartienne à la classe des toniques névrosthéniques. Mais on ne juge un remède que sur ses effets. Si le sulfate de quinine se montre efficace contre la malignité, pourquoi ne pas le ranger parmi les remèdes qui ont la même action?

M. JACQUOT maintient son opinion, et refuse au sulfate de quinine la propriété que M. Valette lui attribue.

M. BAUDENS fait connaître qu'en Crimée on donne le sulfate de quinine avec modération. Ce remède a paru utile dans deux circonstances. D'abord lorsque la maladie affecte une marche irrégulière; alors son usage régularise ce qu'il y a d'anormal. En second lieu, quand les malades appartiennent au corps qui campe sur la Tchernaïa, où, même en hiver, on observe des affections rémittentes ou intermittentes; dans ce cas le sulfate produit manifestement de très-bons effets.

M. C. CARATHÉODORY a été frappé de la diversité d'opinion entre M. Cazalas et M. Jacquot sur le caractère de l'épidémie, tandis que les malades qui font l'objet des études de ces deux médecins se trouvent dans les mêmes conditions. Partageant l'opinion de M. Jacquot sur le fond de la maladie, M. Carathéodory trouve que cet observateur a été trop loin quand il a nié le caractère intermittent que M. Cazalas lui a attribué, et il cite à l'appui ces exacerbations vespériennes dont M. Jacquot lui-même a parlé.

Sauf deux ou trois localités de la banlieue, la fièvre intermittente, d'après M. Carathéodory, n'existe pas à Constantinople; on ne l'y rencontre que très-rarement, et, dans ce cas, la maladie a été le plus souvent contractée dehors. Mais avec cette absence de la fièvre intermittente il y a dans la constitution médicale de Constantinople un élément de périodicité qui vient compliquer la plupart des maladies, même celles qui présentent le caractère le plus franchement inflammatoire. Ce phénomène se manifeste le soir, par l'aggravation des symptômes de la maladie ou par un sentiment d'angoisses très-inquiétantes en apparence, ou par des lipothymies. Tout en combattant la maladie par les moyens convenables, les préparations quiniques, administrées habituellement par la méthode endermique, font raison de cette complication.

Dans l'opinion de M. Carathéodory, cette particularité du climat explique les dissidences des deux médecins, au moins quant aux effets du sulfate de quinine; voici comment : M. Cazalas a recueilli ses observations à l'hôpital de l'Ecole; M. Jacquot à l'hôpital Medjidié (Péra). Le premier, formé en grande partie de baraques, se trouve, relativement à l'autre, dans de meilleures conditions; l'air y circule librement, trop librement peut-être. Là aussi le climat de Constantinople a dû exercer toute son influence. L'hôpital Medjidié, au contraire, est construit en pierre, la circulation de l'air ne s'y fait pas librement. Dès l'année dernière des affections putrides y ont régné; l'influence du miasme typhique y a dominé, et a empêché ainsi celle du climat de Constantinople; et, c'est pourquoi, dit en terminant M. Carathéodory, tandis que le sulfate de quinine a réussi dans un hôpital, il est resté sans action dans l'autre.

M. THOMAS remarque qu'il y a plusieurs hôpitaux qui, comme l'hôpital de l'Ecole, sont essentiellement formés de baraques, et que cependant là aussi le sulfate de quinine est resté sans effet.

M. FAUVEL déclare ne pouvoir pas accepter l'opinion émise par M. Carathéodory sur la rareté des fièvres intermittentes à Constantinople. Il invoque l'expérience des praticiens de la ville, et il affirme que les fièvres intermittentes sont, au contraire, fréquentes à Constantinople; seulement, elles n'ont pas la gravité qu'elles présentent dans certaines autres localités. Et ce qui prouve la réalité du fait, c'est cet élément périodique dont M. Carathéodory a parlé, et qui ne peut être dû, dans tous les cas, qu'à la cause même qui produit les fièvres intermittentes.

Le secrétaire spécial, LEVAL.

La société médicale du XII[e] arrondissement tiendra sa prochaine séance demain mercredi 9 juillet, à huit heures très-précises du soir, à la mairie, place du Panthéon. L'ordre du jour est ainsi composé:

1° Fièvre intermittente pernicieuse à double type, par M. Anastasi Guido, docteur en médecine de la Faculté de Messine; 2° Classification des maladies mentales, par M. Delasiauve, médecin de l'hospice de Bicêtre; 3° Des moyens d'expérimenter publiquement les médications nouvelles, par M. Colas; 4° Communications diverses.

Les membres des autres sociétés médicales sont invités aux séances, qui ont lieu le deuxième mercredi de chaque mois.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM.:

Martial, d'Estivareilles (Loire); *De la fistule lacrymale et de son traitement par la destruction du sac lacrymal.*

Crevaux, de Lunéville (Meurthe); *Recherches sur la glycérine.*

Heuchel, d'Uffholtz (Haut-Rhin); *De la gangrène du poumon.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:

A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la leucocythémie splénique, ou de l'Hypertrophie de la rate avec altération du sang, consistant dans une augmentation considérable du nombre des globules blancs; par le docteur E. VIDAL, ex-interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8°. — Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Annuaire des Sciences médicales, par M. le docteur LORAIN, membre de la Société de biologie, de la Société anatomique, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris; revu par M. le docteur Ch. ROBIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Première année. Un vol. in-18 de 400 pages. Prix : 2 fr. 50 c. — Chez Chamerot, libraire-éditeur, rue du Jardinet, 3.

Le Gérant, ...

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 81. — JEUDI 10 JUILLET 1856. (29e ANNÉE.) N° 81. — JEUDI 10 JUILLET 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. / Six mois. . 16 » / Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 9 JUILLET 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

Les deux heures de la séance ont été très-utilement et très-fructueusement occupées par trois lectures : deux sont relatives à d'importantes questions de physiologie thérapeutique et de nosologie, et la troisième à un point d'hygiène alimentaire ; puis par une présentation chirurgicale d'un grand intérêt.

Nous publions dans le compte rendu les conclusions qui résument les importantes recherches de M. Briquet sur l'élimination des médicaments en général, et en particulier des alcaloïdes du quinquina, ainsi qu'un court résumé de la communication de M. Poggiale. Nous regrettons de n'en pouvoir faire autant pour l'intéressant mémoire de M. Godelier, dont l'Académie a accueilli la lecture avec des marques visibles d'approbation. Nous comblerons plus tard cette lacune, quand nous aurons le manuscrit de l'auteur.

Quant au fait qui a été le sujet de la présentation de M. Denonvilliers, nous le publierons avec tous les détails nécessaires dans l'un de nos prochains numéros.

Nous réparons aujourd'hui une omission faite au dernier compte rendu, en indiquant le sujet d'une présentation faite par M. le docteur Vigier dans la dernière séance.

M. le président, en ouvrant la séance, a déclaré deux vacances auxquelles l'Académie aura prochainement à pourvoir, l'une dans la section de pharmacie, la seconde dans la section de pathologie chirurgicale.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. ARAN.

Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus.

(Recueillies et rédigées par M. RABAUD, interne du service.)

DE LA MÉTRITE, ET EN PARTICULIER DE LA MÉTRITE AIGUE (1).

Il est un mot que vous m'entendrez souvent prononcer, et sur lequel il est nécessaire que je m'explique : c'est le mot *métrite*, métrite *aiguë*, *subaiguë* ou chronique.

Examinons d'abord s'il existe réellement une inflammation à laquelle on doive donner le nom de métrite ; et, en ce cas, quelles sont les variétés de métrite qu'il est utile d'admettre.

(1) Voir les leçons précédentes, dans les numéros des 29 mai, 12 et 26 juin.

L'inflammation offre dans tous les organes certains phénomènes connus de toute antiquité : rougeur, chaleur, tuméfaction et douleur. De ces phénomènes, les uns sont objectifs, les autres subjectifs. De plus, l'inflammation présente des particularités d'après ses terminaisons possibles : résolution, suppuration, gangrène, etc.

Que si l'on prenait la nécessité d'une terminaison par suppuration pour preuve caractéristique de la métrite, on admettrait rarement l'inflammation de l'utérus. En effet, l'anatomie fait voir que l'utérus présente une structure qui ne permet pas facilement la production de la suppuration, ni le dépôt de produits plastiques; son tissu feutré, serré, contenant très-peu de tissu cellulaire, est peu propre à devenir le siége de dépôts purulents. Mais la suppuration est-elle donc indispensable pour caractériser l'inflammation ; demande-t-on à l'inflammation en général qu'elle parcoure toutes ses phases; n'admet-on pas souvent l'inflammation de certains organes, bien que la suppuration n'y survienne jamais, ou bien qu'elle y soit, du moins, un phénomène très-rare? On doit donc admettre l'inflammation de l'utérus.

Quelles sont maintenant les divisions importantes à établir dans l'étude de cette inflammation ?

Beaucoup d'auteurs ont pensé que la métrite survenant dans l'état puerpéral différait beaucoup de celle qui arrive hors l'état puerpéral. Mais c'est une opinion qui n'est nullement acceptable pour nous; pas plus que nous ne pouvons admettre que l'inflammation du tissu cellulaire du petit bassin diffère selon qu'elle coïncide ou non avec l'accouchement. En effet, en observant un certain nombre de malades atteintes de métrite, les unes dans l'état puerpéral, les autres hors cet état, on voit que la métrite se comporte toujours de la même manière, pourvu qu'il n'y ait pas quelque complication du côté du péritoine, des ovaires, du tissu cellulaire ou des veines utérines. Les métrites si graves, dites puerpérales, ne sont pas autre chose que des métro-péritonites, des métro-ovarites, des métro-cellulites, des métro-phlébites. Ainsi, aucune différence à nos yeux, et il nous est permis d'insister sur ce fait, car c'est pour nous une conviction basée sur un grand nombre d'observations. Si donc la métrite, chez les nouvelles accouchées, se complique souvent de péritonite, de cellulite, d'ovarite, de phlébite, quelquefois aussi elle est simple comme la métrite qui survient chez des femmes non récemment accouchées.

Dans la métrite, il y a évidemment des degrés d'acuité; il y a une métrite aiguë, une métrite chronique et un degré intermédiaire, qui est la métrite subaiguë. Nous allons nous occuper principalement de la métrite aiguë, et passer rapidement en revue ses causes, ses symptômes, son diagnostic différentiel, sa gravité et ses indications thérapeutiques.

Contrairement à ce que pensent beaucoup de médecins, la métrite est très-commune, et ses causes sont très nombreuses; mais heureusement, si elle se produit facilement, elle disparaît de même, et souvent sans laisser aucune trace.

La métrite aiguë n'est pas toujours circonscrite à une partie de l'utérus, comme la métrite chronique. Ce serait une erreur de supposer possible l'inflammation seule et bien limitée au col, au corps, à la membrane muqueuse. Notre persuasion est que l'inflammation est ordinairement générale; seulement, comme le col et l'orifice sont les points où il est le plus facile de la voir avec des caractères tranchés, on a été à tort porté à la limiter en ces points, tandis qu'en réalité elle existe ailleurs, comme le montre un examen plus attentif.

L'inflammation est ordinairement générale, et non spéciale à la membrane muqueuse du col ou de la cavité du corps, et c'est dans certains cas ce qui explique peut-être la moindre gravité des phénomènes et la facilité de la résolution.

On se fait illusion sur le nombre des causes, qu'on restreint à grand tort. Elles sont de plusieurs ordres; les unes sont physiologiques, comme les troubles menstruels. En effet, parmi un grand nombre d'observations prises à l'hôpital, où l'on peut faire un examen plus facile et plus détaillé qu'en ville, les cas les plus nombreux reconnaissent pour cause une suppression brusque de la menstruation.

Il en est de même de la dysménorrhée ou de la difficulté dans l'excrétion des règles; quelquefois elle est congénitale dans certaines familles, dont toutes les filles sont mal ou douloureusement réglées : de là résulte pour elles une plus grande prédisposition à la métrite, principalement s'il survient plus tard une brusque suspension des règles.

Quelquefois elle reconnaît pour cause l'exercice exagéré des fonctions sexuelles chez de jeunes femmes après un mariage récent: c'est une cause importante à connaître. Disons en passant que de cette cause on peut rapprocher la disproportion entre les organes sexuels.

Une cause plus fréquente encore est l'influence des grossesses et de l'accouchement. Si les grossesses sont laborieuses et si les femmes ont à supporter un travail prolongé et fatigant, elles sont sujettes après l'accouchement à des accidents de métrite. De même enfin l'habitude de se lever trop tôt après les couches, ou des excès de travail trop peu de temps après l'accouchement. Il est donc indispensable que l'accoucheur insiste pour que les femmes gardent le lit jusqu'à ce qu'il y ait une insensibilité complète de l'utérus, et que cet organe soit revenu à son état normal.

Dans un second ordre figurent les causes mécaniques : c'est ainsi que toute action traumatique exercée sur l'utérus peut être le point de départ d'accidents d'une intensité variable. On a vu quelquefois survenir des phénomènes de métrite suraiguë pour une simple injection, surtout pour les injections d'eau froide, dans le cas d'une grande sensibilité utérine.

A d'autres femmes, il faut un traumatisme plus marqué : l'introduction de la sonde utérine, les pessaires à demeure, l'instrument de Sympson ont produit des inflammations de l'utérus ou du tissu cellulaire voisin. Quelquefois c'est un traumatisme qui en est cause, c'est un traitement thérapeutique : ainsi une cautérisation, même légère, avec le nitrate d'argent, ou le nitrate acide de mercure, avec la potasse caustique ou le fer rouge. En effet, ces cautérisations, faites si facilement par beaucoup de praticiens, ne sont pas sans danger, et quelquefois à leur suite il survient des accidents. Une fois nous avons vu la mort survenir après une cautérisation au fer rouge, faite cependant avec toutes les précautions nécessaires, et l'autopsie a montré que les parties les plus superficielles du col seules avaient été intéressées. Or la malade est morte après avoir

---

FEUILLETON.

THÉRAPEUTIQUE DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE.

La discussion qui s'est engagée récemment entre MM. Ancelon et Piorry, relativement aux propriétés fébrifuges du sel marin et du sulfate de quinine m'a remis en mémoire un procédé thérapeutique usité en Chine contre la fièvre intermittente. M. l'abbé Huc, qui a été souvent témoin de cette cérémonie, en rapporte ainsi les détails (1) :

« Les prières que récitent les Lamas pour la guérison des malades sont quelquefois accompagnées de rites lugubres et effrayants.

» Un jour, la vieille tante du noble *Tokoura*, chef d'une famille mongole, fut prise par les fièvres intermittentes. — J'inviterais bien le docteur Lama, disait Tokoura; mais s'il déclare qu'il y a un *Tchutgour*, que deviendrai-je? Les dépenses vont me ruiner. Après quelques jours d'attente, il se décida enfin à inviter le médecin; ses prévisions ne furent pas trompées. Le Lama annonça que le diable y était, et qu'il fallait le chasser au plus vite; les préparatifs se firent donc avec la plus grande activité : sur le soir huit Lamas arrivèrent, et se mirent à façonner, avec des herbes sèches, un grand mannequin qu'ils nommèrent le diable des fièvres intermittentes; par le moyen d'un pieu qu'ils avaient enfoncé entre ses jambes, ils le firent tenir debout dans la tente où se trouvait la malade.

» La cérémonie commença à onze heures de la nuit; les Lamas vinrent se ranger en rond au fond de la tente, armés de cymbales, de conques marines, de cloches, de tambourins et divers instruments de leur bruyante musique. Le cercle était terminé sur l'avant par les Tartares de la famille, au nombre de neuf; ils étaient tous accroupis et pressés les uns contre les autres; la vieille à genoux, ou plutôt assise sur ses talons, était en face du mannequin qui représentait le diable des fièvres. Le Lama docteur avait devant lui un grand bassin en cuivre, rempli de petit millet et de quelques statuettes fabriquées avec de la pâte de farine. Quelques argols enflammés jetaient, avec beaucoup de fumée, une lueur fantastique et vacillante sur cette étrange scène.

» Au signal donné, l'orchestre exécuta une ouverture musicale capable d'effrayer le diable le plus intrépide. Les hommes noirs ou séculiers battaient des mains en cadence, pour accompagner le son charivarique des instruments et les hurlements des prières. Quand cette musique infernale fut terminée, le Grand Lama ouvrit le livre des exorcismes, qu'il posa sur ses genoux. A mesure qu'il psalmodiait, il puisait dans le bassin de cuivre quelques grains de petit millet, et les projetait çà et là autour de lui, selon qu'il était marqué par la rubrique. Le Grand Lama priait ordinairement seul, tantôt sur un ton lugubre et étouffé, tantôt par de longs et grands éclats de voix. Quelquefois il abandonnait la manière cadencée et rhythmique de la prière; on eût dit alors qu'il entrait tout à coup dans un violent accès de colère : c'étaient des interpellations vives et animées qu'il adressait, en gesticulant, au mannequin de paille. Après ce terrible exorcisme, il donnait un signal, en étendant ses deux bras à droite et à gauche; tous les Lamas entonnaient aussitôt un joyeux refrain, sur un ton précipité et rapide; tous les instruments de musique étaient en jeu; les gens de la famille sortaient brusquement à la file les uns des autres, faisaient en courant le tour de la tente, qu'ils frappaient violemment avec des pieux, pendant qu'ils poussaient des cris à faire dresser les cheveux sur la tête. Après avoir exécuté trois fois cette ronde infernale, la file rentra avec précipitation, et chacun se remit à sa place. Alors, pendant que tous les assistants se cachaient la figure des deux mains, le Grand Lama se leva pour aller mettre le feu au mannequin. Dès que la flamme commença à s'élever, il poussa un grand cri, qui fut à l'instant répété par toutes les voix. Les hommes noirs s'emparèrent du diable enflammé, et coururent le porter dans la prairie, loin de la tente. Pendant que le *Tchutgour* des fièvres intermittentes se consumait au milieu des cris et des imprécations, les Lamas, demeurés accroupis dans l'intérieur de la tente, chantaient leurs prières sur un ton paisible, grave et solennel.

» Les gens de la famille étant de retour de leur courageuse expédition, les chants cessèrent pour faire place à de joyeuses exclamations, entrecoupées par de grands éclats de rire. Bientôt tout le monde sortit

(1) *Souvenirs d'un voyage dans la Tartarie, le Thibet et la Chine.* Paris, 1850.

présenté les symptômes d'une métro-péritonite. Une autre malade a succombé aux suites d'une métro-cellulite après une cautérisation avec la pâte de Vienne.

Il faut donc bien surveiller et craindre ces agents de médication, car ils peuvent occasionner des dangers très-redoutables.

Parmi les causes pathologiques, il faut ranger les diverses affections que l'on réunit, et que l'on désigne sous le nom de métrite chronique, et qui peuvent elles-mêmes être le point de départ d'une métrite aiguë sans la moindre influence de fatigues, de coït, etc.

Notons encore l'influence des déplacements, lesquels par eux-mêmes ne constituent pas une cause très grande de métrite; mais, par cela même que l'utérus est déplacé, si les femmes alors sortent le moins du monde de leurs habitudes, elles sont sujettes à des phénomènes aigus, principalement dans les cas de rétroflexion, phénomènes aigus qui durent un certain temps, puis passent, sauf à revenir de nouveau si les malades se livrent à un travail excessif.

L'obstacle que ces déplacements apportent à l'accomplissement des fonctions des organes voisins, joue encore un rôle dans la production de ces métrites. En effet, l'utérus, dans la rétroversion, repose sur le rectum : de là une constipation prolongée qui peut être le point de départ d'une inflammation si les femmes négligent de prendre des lavements pour entretenir la liberté du ventre; si elles sont trois ou quatre jours sans avoir de garde-robes, immédiatement elles sont prises de métrite.

La cystite peut aussi se propager à l'utérus.

Ainsi les causes de la métrite sont très-variées :

1° Les unes se rattachent à l'accomplissement des fonctions physiologiques;

2° D'autres sont le résultat d'une intervention mécanique ou thérapeutique;

3° Viennent ensuite les états morbides divers de l'utérus;

4° Enfin, les maladies ou l'état anormal des organes voisins.

De là un grand nombre de variétés dans les symptômes de la métrite. Depuis la métrite la plus simple, due à la rétroflexion et à la constipation, jusqu'à celle qui se complique de péritonite, il y a un grand nombre de degrés.

L'ensemble des phénomènes est très-variable.

Quelquefois le début n'est marqué que par une douleur sourde, bientôt un peu plus vive; puis cette douleur va en augmentant. Si elle a son point de départ dans une maladie de l'utérus, dans un état morbide de cet organe, ou bien dans une cautérisation, souvent il y a un petit frisson (car les frissons violents, intenses, ne se produisent que dans des maladies beaucoup plus graves, dans la péritonite, la pneumonie, etc.). La peau est sèche, le pouls est fréquent; il y a de l'accablement, de la soif, de la perte d'appétit; la bouche est amère. Il survient souvent des nausées, mais rarement des vomissements, lesquels ne se manifestent ordinairement que si la métrite est due à l'aménorrhée par suppression, ou si l'inflammation se propage au péritoine.

La douleur est le phénomène principal, le plus important à rechercher. Elle est ordinairement spontanée, au point quelquefois d'empêcher la marche, ou de forcer les malades à marcher pliées en deux.

Quelquefois ce n'est qu'une sensation de gêne, d'embarras; d'autres fois, une sensation de cuisson, de brûlure dans le bas-ventre. Si les phénomènes de douleur sont très-intenses, il y a impossibilité de faire le moindre mouvement; quelquefois il y aura très-vive hyperesthésie, mais rarement développée à ce point que le contact des draps soit gênant ou douloureux, ce qui n'arrive que dans la péritonite; mais, à la moindre pression exercée sur l'abdomen, la figure de la malade annonce une vive douleur, et souvent même elle pousse un cri.

Quelquefois il y a emballonnement de la partie inférieure de l'abdomen, exactement limité, principalement si la cavité interne participe à l'inflammation. Si la cause de la métrite est mécanique, et s'il ne survient pas de péritonite, ce ballonnement n'est pas durable.

Le siége de la sensibilité à la pression est assez caractéristique. Ordinairement c'est à l'hypogastre : au moindre contact, à cause de la douleur, les malades contractent le diaphragme et les muscles abdominaux, ce qui empêche de reconnaître l'utérus, même lorsqu'il est développé; quelquefois la sensibilité à la pression siége à la fosse iliaque gauche.

Quant à la douleur de reins, elle se montre un certain temps après les douleurs de bas-ventre, quelques jours ou quelques semaines; elle manque donc fort souvent.

Le toucher donne des renseignements très-précis; le spéculum en donne également, et de plus ce dernier permet l'emploi de certains moyens thérapeutiques.

Ordinairement le vagin est chaud, et quelquefois brûlant; rarement baigné de mucosités, à moins de leucorrhée ou de récent accouchement, car alors il y a beaucoup de mucosités. En arrivant vers le col, on sent que la chaleur augmente, et le moindre contact imprimé à l'utérus est extrêmement douloureux. Quelquefois le col est indolent; mais si on presse avec l'autre main sur la paroi abdominale antérieure, on sent dans certains cas une énorme tuméfaction, tuméfaction médiocre si la femme n'a pas eu d'enfants, plus marquée dans le cas d'accouchement antérieur, et plus encore si l'accouchement est récent : l'utérus alors occupe presque tout le petit bassin.

Le toucher est très-important, car seul il peut distinguer la métrite de l'inflammation du tissu cellulaire du petit bassin. De même le spéculum est très-utile; il peut révéler en effet des altérations très-variées: ainsi une inflammation du vagin, laquelle a pu se propager au col et même à l'utérus (et c'est une cause que nous avons oubliée de faire figurer dans la séméiologie de la métrite). Chez ces femmes, le vagin est excessivement rouge, complétement dépouillé de son épithélium, baigné de pus ou de muco-pus.

Si à la vaginite succède une vagino-métrite, la rougeur augmente à mesure qu'on remonte dans le vagin, le col est d'un rouge très vif; mais à l'approche des règles, et chez les femmes enceintes, le col et le vagin sont quelquefois d'une rougeur presque violacée, et il faut ne pas la confondre avec la rougeur de la vaginite.

Le col a quelquefois conservé son épithélium, ou bien il l'a perdu, ce qui arrive principalement dans les cas de vaginite; il l'a perdu complétement, régulièrement, ou seulement par points plus ou moins rapprochés et nombreux, de manière à offrir un aspect pointillé, ou la surface d'une fraise. Mais il est rare que dans la métrite ordinaire les altérations soient aussi prononcées que dans les cas où il y a en même temps une vaginite.

Dans la métrite par aménorrhée, le seul phénomène est quelquefois de la rougeur du col et de la partie supérieure du vagin; pas d'autres phénomènes du côté du col; pas ou fort peu de mucus.

Quelquefois l'orifice du col utérin est entr'ouvert, et la membrane muqueuse est normale; d'autres fois elle est plus ou moins rouge, avec destruction ou non de l'épithélium, et rarement du mucus s'en échappe.

La rougeur du col n'est pas la même dans tous les cas. Quelquefois il est uniformément violacé; quelquefois la rougeur est plus vive par places, elle est comme érythémateuse; elle offre souvent des petits points rouges saillants, qui sont dus au développement des follicules. Dans certains cas, la rougeur très-vive est comme circonscrite, de façon à présenter l'aspect d'une auréole qui pénètre dans la cavité du col entr'ouvert; rougeur générale ou limitée, mais offrant de l'analogie avec la disposition de la rougeur autour et près du méat d'un urètre enflammé.

Ces phénomènes sont plus ou moins prononcés; mais on doit prendre surtout en considération la coloration, la tuméfaction, la chaleur, la douleur et les phénomènes généraux de l'inflammation.

On pourrait être quelquefois induit en erreur si l'on n'y apportait une grande attention. Les mêmes causes, en effet, qui produisent la métrite sont celles aussi qui peuvent donner lieu à une cellulite. La caractéristique alors est dans la présence d'une tuméfaction soit latérale, soit antérieure ou postérieure, adhérente à l'utérus, se déplaçant avec lui, douloureuse au contact et dans les mouvements directs ou communiqués, survenue lentement, et accompagnée de phénomènes inflammatoires; tandis que dans la métrite l'utérus est malade, si ce n'est quelquefois à la suite des couches; mais alors il est facile de constater l'absence de toute tumeur phlegmoneuse.

Quelquefois la métrite simule des symptômes de cystite, et cause des douleurs dans la défécation. S'il y a constipation, le bol fécal est très-douloureux au passage, et il est quelquefois revêtu de pseudo-membranes. L'excrétion des urines est quelquefois accompagnée de douleurs, non pas ordinairement au commencement de la miction, dans la métrite d'une intensité moyenne; mais c'est à la fin ou vers le milieu de la miction que l'urine, en passant, cuit et brûle comme un fer rouge. On peut donc avoir quelquefois à établir le diagnostic entre la cystite ou la métrite.

Dans la cystite, l'utérus est indolent, normal, mobile, sans sensibilité spéciale. Le toucher n'est douloureux qu'en avant; et si on introduit une sonde dans la vessie et que par le vagin on cherche à presser contre son extrémité, on produit immédiatement une douleur très-vive. Les urines enfin laissent déposer du mucus ou du muco-pus. Mais ces dépôts ne sont point caractéristiques d'une cystite; car leur formation peut être la conséquence de quelque complication du côté des reins.

Le pronostic est ordinairement heureux, sauf les complications. La terminaison ordinairement la plus défavorable est le passage à l'état chronique; fâcheuse terminaison due le plus souvent aux imprudences de la malade. Seulement il y aurait de l'exagération à dire que, même hors l'état puerpéral, il ne survient jamais d'accidents mortels. Ainsi, particulièrement dans les cas de métrite par un traumatisme quelconque, il peut survenir des péritonites, l'inflammation pouvant se propager en arrière jusqu'au péritoine.

Une terminaison rare est la formation d'abcès; on ne l'observe guère qu'à la suite des couches. L'abcès se forme dans l'épaisseur de l'utérus; mais alors il est ordinairement circonscrit par des adhérences du péritoine aux organes voisins; circonstance favorable qui empêche le pus de pénétrer dans le petit bassin.

Nous voici maintenant arrivés à l'étude de l'instrumentation de l'art dans la métrite.

La métrite réclame-t-elle toujours un traitement actif? Non, assurément. Ordinairement même il suffit d'un traitement léger. Ainsi, que la métrite soit produite par la constipation, ses phénomènes sont quelquefois bien faciles à faire disparaître à l'aide de moyens simples; un lavement purgatif, des cataplasmes, des bains et du repos. Il en est de même pour les cas de métrite qui se rattachent plus ou moins immédiatement à un déplacement de l'utérus.

Mais il y a des degrés de métrite où la souffrance est très-vive et les phénomènes réactionnels prononcés. Comment intervenir? L'intensité des phénomènes inflammatoires fait une loi de recourir aux émissions sanguines. Doivent-elles être locales ou générales, pratiquées à l'extérieur ou à l'intérieur, sur le col? La question ne fait pas de doute. Elles doivent être locales; et de plus, elles doivent être faites à l'intérieur, sur le col lui-même; car il n'y a aucune parité à établir entre les émissions locales autour du bassin et celles qui sont pratiquées sur le col. On désemplit ainsi plus immédiatement le système circulatoire de l'organe malade.

Quant au nombre de sangsues à appliquer sur le col, je prescris à l'hôpital au moins douze sangsues; mais en ville, où elles sont meilleures, on peut se contenter de huit à dix. La malade est étendue sur un lit comme pour l'application du spéculum; on met le col à découvert et on le nettoie avec un pinceau; puis on place les sangsues au fond d'un spéculum (inutile de dire qu'on doit se servir d'un spéculum plein); on ferme la retraite aux sangsues avec un tampon de linge, et l'on attend que le linge soit teint de sang; alors on enlève le linge seul et l'on attend quinze à vingt minutes que le spéculum soit plein de sang et que les sangsues tombent seules. Il faut ensuite recommander à la femme de garder le repos; car si elle marchait, elle pourrait avoir une hémorrhagie, laquelle peut quelquefois survenir, même après avoir gardé le lit et le repos. Dans ce cas, si elle ne s'arrête pas par la formation d'un caillot, on s'en rend facilement maître en mettant un tampon dans le vagin.

Cette application de sangsues est tellement efficace que la guérison a lieu immédiatement. Il faut ordinairement quelque chose de plus, surtout si les phénomènes ont commencé par la constipation. Il faut faire évacuer l'intestin, entretenir autour des organes du petit bassin de l'humidité au moyen d'injections et de cataplasmes, et de bains entiers tièdes. Comme purgatifs, donnez de l'huile de ricin avec deux gouttes d'huile de croton tiglium, ou celle-ci en pilules. Les cataplasmes et les injections émollientes doivent être tièdes; car le froid ne saurait convenir, particulièrement si les phénomènes aigus sont franchement inflammatoires.

S'il y a des phénomènes de métrite suraiguë, recourez alors aux émissions sanguines générales et locales, et donnez le calomel à doses fractionnées pour prévenir ou combattre les accidents de péritonite. Employez simultanément les frictions mercurielles sur le ventre.

Quelquefois les malades ne se trouvent pas très-bien des bains entiers, qui les affaiblissent; alors il n'y a nul inconvénient à les remplacer par des bains de siége, lesquels, quoi qu'on en ait dit, ne sont nullement dangereux dans les affections utérines, pourvu qu'ils soient d'une température moyenne.

Quant aux métrites subaiguës causées soit par des déplacements,

---

tumultuairement hors de la tente, et chacun tenant dans sa main une torche allumée, on se mit en marche : les hommes noirs allaient les premiers, puis venait la vieille fiévreuse, soutenue à droite et à gauche, sous les bras, par deux membres de la famille; derrière la malade marchaient les huit Lamas, qui faisaient retentir les airs de leur épouvantable musique. On conduisit ainsi la vieille dans une tente voisine; car le Lama médecin avait décidé que, durant une heure entière, elle ne pourrait retourner dans son ancienne habitation.

« Après ce bizarre traitement, la malade fut entièrement guérie; les accès de fièvre ne revinrent plus. Comme l'accès devait précisément avoir lieu à l'heure même où commença la scène infernale, il est probable que la fièvre fut naturellement coupée par une violente surexcitation, occasionnée par le spectacle le plus effrayant et le plus fantastique qu'on puisse imaginer.

» Si au bout du compte le malade vient à mourir, c'est alors la preuve la plus certaine que les prières ont été bien récitées, et que le diable a été mis en fuite : il est vrai que le malade est mort; mais il n'y perdra certainement pas : les Lamas assurent qu'il transmigrera dans un état plus fortuné que celui qu'il vient de quitter. »

Ce n'est pas en Chine seulement que des impressions vives et soudaines peuvent troubler ou suspendre la marche de la fièvre intermittente. La pathologie militaire est en mesure de fournir de nombreux exemples de guérison définitive ou temporaire se produisant dans des circonstances analogues. Une alerte, la générale battue à l'improviste, le bruit de la fusillade ou du canon en temps de guerre, déterminent quelquefois chez nos jeunes soldats une surexcitation qui suffit à elle seule pour délivrer de la fièvre bénigne ceux qui en sont atteints.

La magie, les sortiléges, la confiance qui s'attache à certains remèdes peuvent amener des résultats semblables; l'essentiel, c'est que le malade ait la foi. Ainsi, en 1833, j'ai vu M. Tyrbas de Chamberet traiter avec un succès complet plusieurs militaires atteints de fièvre intermittente simple, en leur faisant prendre des pilules de mie de pain sous la dénomination sonore de pilules de *léontodon taraxacum*. De l'eau pure colorée avec quelques gouttes de teinture de ratanhia, et distribuée sous le nom de *protoxyde d'hydrogène*, produisit chez des malades de même espèce des effets identiques. Le hasard ayant appris à l'un de ces hommes que le *protoxyde d'hydrogène* est tout simplement de l'eau, cette découverte anéantit, à l'instant même, l'efficacité de cette médication.

CHAMPOUILLON.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Du traitement des affections scrofuleuses par les préparations de noyer, par le docteur NÉGRIER, directeur de l'Ecole de médecine d'Angers, médecin en chef des hôpitaux, etc. In-8°. Prix, 2 fr. 50 c. — A Paris, chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine.

des fatigues ou la constipation, nous nous sommes bien trouvé d'employer le froid suivant une méthode que j'appelle le tamponnement à la glace.

J'avais d'abord employé des mélanges réfrigérants; mais ils ont l'inconvénient de laisser en contact avec la membrane muqueuse du col et du vagin des grains de sel, qui sont pour elle une cause d'irritation.

On obtient un très-bon résultat avec la glace pulvérisée et laissée de huit à quinze minutes en contact avec le vagin et le col de l'utérus; on remplace à mesure la partie de glace qui entre en fusion, puis on fait succéder à la glace de l'eau froide jusqu'à ce que la réaction se produise : de là une sensation de fraîcheur agréable sans nulle douleur. Ordinairement il suffit de quatre à cinq applications, en ayant soin d'entretenir les garde-robes, les cataplasmes et en faisant garder le repos.

Dans quelques métrites du col avec aspect érythémateux et rougeur diffuse, j'ai essayé les vésicatoires sur le col, et j'ai obtenu des effets remarquables, non dans les métrites aiguës, mais dans les métrites à inflammation languissante. Ils agissent comme résolutifs, et sont principalement utiles dans les métrites chroniques et dans le cas de douleurs hystéralgiques.

DE L'IRIDECTOMIE,

ou opération de la pupille artificielle par excision de l'iris (1).

Par M. le docteur SICHEL.

Parmi les méthodes de l'opération de la pupille artificielle, deux surtout sont depuis longtemps reconnues, par tous ceux qui les ont suffisamment pratiquées sur le cadavre et sur le vivant, comme ne compromettant en aucune façon l'appareil cristallinien, et donnant, entre les mains d'un opérateur exercé, des résultats parfaitement satisfaisants, et un succès constant toutes les fois que l'œil malade est dans les conditions qui ont permis de porter un pronostic favorable. Ce sont *l'excision de l'iris* (*iridectomie*) et son *décollement* (*iridodialysis, iridodialysie*). C'est à l'exposition de ces deux méthodes, comme des seules vraiment recommandables, que nous nous attacherons ici.

La troisième méthode principale, *l'incision de l'iris* (*iridotomie*), n'est praticable sans danger que dans un nombre restreint de cas où l'appareil cristallinien n'existe plus, et où d'ailleurs les deux autres réussissent encore plus constamment. Nous la rejetons donc, surtout à cause du grave reproche qu'on peut lui adresser de compromettre toujours la transparence de l'appareil cristallinien, la pointe ou le tranchant des instruments, à de rares exceptions près, devant nécessairement pénétrer dans la chambre postérieure, ce qui n'a pas lieu dans les deux autres méthodes.

Le *déchirement de l'iris* (*iridorrhexis*), simple modification de l'iridectomie, ne mérite pas le nom d'une méthode, et ne sera pas employé par un chirurgien qui connaît les indications rationnelles de l'iridodialysie, et qui sait l'exécuter convenablement.

De l'excision de l'iris, ou iridectomie. — L'*iridectomie* est l'opération par laquelle, en excisant un lambeau de l'iris, on pratique à cette membrane une perte de substance, d'où résulte une nouvelle ouverture pupillaire. Parmi le grand nombre de méthodes qui existent, la meilleure et la seule qui réussisse constamment, toutes les fois qu'elle est pratiquée d'après des indications rationnelles et avec un bon pronostic basé sur les conditions suivantes, c'est celle de mon ami et maître, le professeur Frédéric Jæger (de Vienne).

Indications. — L'excision est indiquée : 1° quand la pupille, restée à l'état normal, est masquée par une opacité de la cornée, sans adhérences de l'iris à celle-ci ou à la capsule, ou avec des adhérences peu étendues et pas trop intimes; 2° quand, la pupille étant oblitérée par des adhérences à la cristalloïde antérieure ou à une fausse membrane, il existe un espace non obturé, peu adhérent ou non adhérent, de l'ouverture pupillaire; 3° quand la partie saine et transparente de la cornée offre assez d'étendue pour que la cicatrice qui résultera de l'opération ne fasse pas craindre une augmentation de l'opacité, ce qui nuirait à l'exercice de la vision; 4° exceptionnellement, même dans le cas d'une oblitération complète de la pupille, sans aucun reste de la pupille naturelle, et malgré la complication d'adhérences. Les cas de cette sorte sont difficiles à spécifier. La condition essentielle est que l'iris ait conservé toutes ses qualités normales, par suite desquelles il est facilement extensible, ce qui permet l'extraction d'un lambeau considérable, nonobstant l'oblitération complète de la pupille et les adhérences.

Contre-indications. — Toutes les indications de l'iridodialysie sont en général les contre-indications de l'iridectomie. Quelques contre-indications spéciales et quelques préceptes pratiques ressortent des observations et de leurs conclusions.

Instruments. — Les instruments dont on a besoin pour pratiquer l'iridectomie sont le couteau lancéolaire de M. Jæger, la pince à pupille artificielle du même professeur, les ciseaux oculaires courbes, et, dans un petit nombre de cas exceptionnels compliqués d'adhérences, ma spatule. Ces instruments, ainsi que tous ceux dont je me sers pour l'opération de la pupille artificielle, sont confectionnés exactement, d'après mes indications, par M. Charrière; il est donc superflu d'ajouter des explications. Je ferai seulement un petit nombre de remarques essentielles :

(1) *Iconographie ophthalmologique*, 16e livraison inédite.

1° *Couteau lancéolaire.* — Sa forme et ses dimensions ont été altérées par mes élèves. Moins étroit, il ne pénètre plus qu'avec une certaine difficulté, qui augmente en raison directe de sa largeur. On ne le choisira donc plus large, ou, selon l'expression technique, plus camard, qu'exceptionnellement, quand la partie saine de la cornée est trop étroite; car dans ce cas l'instrument ne peut pénétrer fort avant, et il faut que la ponction devienne de bonne heure suffisamment large. On comprendra mieux ce qui vient d'être dit sur la forme de cet instrument lorsqu'on aura consulté notre exposé du premier temps de l'iridectomie.

2° *Pince à pupille artificielle.* — La plupart de mes élèves ont mal compris le mode de fonctionnement de cette pince. Ses branches, droites et très-minces, sont plates et lisses à leur face de jonction, de manière à ne pas laisser le moindre interstice entre elles lorsqu'elles sont fermées. Chaque branche porte sur sa face plane, près de l'extrémité, mais en ordre inverse, une petite goupille destinée à entrer dans une mortaise correspondante, et à empêcher ainsi les branches de chevaucher l'une sur l'autre. Ceux qui, pour l'iridectomie latérale ordinaire, ont courbé cette pince, ou qui cherchent à saisir l'iris avec sa pointe, ne comprennent pas le mécanisme de cet instrument. Tout au plus, dans les cas où l'iris très-bombé touche presque à la cornée, peut-on donner à la pince une légère courbure conforme à celle de la convexité de l'iris.

Manœuvre de l'iridectomie. — Cette opération, selon la position à donner à la pupille artificielle, varie un peu. L'*iridectomie latérale* est le type que nous décrirons d'abord, et dont l'iridectomie centrale n'est qu'une modification.

L'opération se pratique en deux temps : le premier est l'incision ou plutôt la ponction de la cornée, le second l'excision du lambeau de l'iris.

Il importe de fixer l'endroit où la cornée doit être incisée. La pupille artificielle, pratiquée par iridectomie latérale, devient ovalaire, et il faut que la ponction cornéenne se trouve placée à la base de cet ovale, à l'extrémité d'une ligne droite imaginaire qui, partant de son milieu, passerait dans le milieu de la partie encore ouverte de la pupille artificielle, ou, si celle-ci est totalement oblitérée, dans le milieu de l'espace qu'elle occupait autrefois. Dans la fig. 1re de la pl. XXXIX de mon *Iconographie*, on voit un leucôme de la partie interne de la cornée droite masquant la pupille naturelle, dont le bord externe est seul visible sur le côté correspondant de l'opacité; le reste de la circonférence pupillaire est indiqué par un pointillé fin. Sur le bord cornéen externe, à la base de la pupille nouvellement formée par excision latérale, une large ligne blanche figure la ponction au minimum de son étendue, c'est-à-dire un peu plus petite qu'elle ne doit être quand la chambre antérieure, comme dans ce cas, conserve toute son ampleur normale. Mais, quoique peu étendue, cette ponction est telle, et même plus large, qu'on est souvent réduit à la faire, lorsqu'une grande partie de la cornée a perdu sa transparence et a contracté des adhérences considérables avec l'iris. Une ligne imaginaire horizontale, passant par le milieu de la ponction et de la partie encore ouverte de la pupille normale, indique le point de la circonférence de la cornée où la pointe du couteau lancéolaire doit être enfoncée pour obtenir une ponction régulière, large de 4 à 6 millimètres. Cette ligne droite imaginaire est oblique de bas en haut et de dehors en dedans, et passe par le milieu de la ponction et de la pupille presque entièrement oblitérée dans la fig. 2, copiée sur la fig. 1 de la pl. XLI. Dans cette figure encore, nous avons exprès indiqué la ponction trop petite, dans le but de montrer le minimum de dimension qu'elle doit avoir, pour que la pince puisse entrer et être ouverte commodément, car une ponction plus petite empêche presque toujours la réussite de l'opération.

Premier temps : ponction de la cornée. — Le chirurgien prend le couteau lancéolaire comme une plume à écrire, de la main gauche pour l'œil droit et *vice versâ*, et en présente la pointe au-dessus du point désigné de la cornée, aussi près que possible de la jonction de celle-ci avec la sclérotique, et au besoin plutôt dans la sclérotique même. Il le fait pénétrer obliquement, sous un angle de 45 degrés environ, par une pression douce mais rapide, jusqu'à ce que la résistance ait cessé, et que la pointe apparaisse dans la chambre antérieure. Puis il abaisse le manche vers la tempe, de manière à donner à la lame de l'instrument une direction parallèle au plan de l'iris, et il la fait pénétrer de cette façon dans la chambre antérieure, en la poussant toujours dans la direction de la ligne imaginaire que nous avons établie, jusqu'à ce que sa plus grande largeur se trouve dans la plaie de la cornée, ou qu'elle ne puisse entrer davantage, à cause de l'abolition de la chambre antérieure par des adhérences ou d'autres circonstances. Alors, si l'incision est suffisamment large (de 4 à 6 millimètres), le chirurgien retire l'instrument directement; sinon, en le retirant, il en incline légèrement le manche en bas, et, en pressant un peu sur son tranchant inférieur, le fait rétrograder de haut en bas, en dilatant ainsi la lèvre inférieure de la plaie. Quelquefois, par suite de la position ou des mouvements du globe, l'agrandissement de la ponction, s'il est nécessaire, doit se faire du côté supérieur.

Deuxième temps. — On peut le partager en *deux mouvements*, qui cependant se succèdent si rapidement que presque toujours ils se confondent en un seul. Le premier consiste à saisir un pli de l'iris, le deuxième à le retirer et à l'exciser. Pendant tout ce temps, l'aide tient la paupière inférieure abaissée.

Premier mouvement. Introduction de la pince. — Quelquefois il se présente, aussitôt après l'incision faite, une procidence de l'iris qu'on n'a qu'à saisir avec la pince, en ayant soin d'en comprendre la totalité entre ses branches, dont les pointes doivent pénétrer jusqu'à la base de la procidence et dans la partie encore ouverte de la pupille normale. Le plus souvent cet accident n'a pas lieu, et alors on saisit la pince de Jæger fermée, entre les doigts de la main droite pour opérer sur l'œil gauche et *vice versâ*, de manière que le pouce soit placé d'un côté et l'index et le médius de l'autre côté, sur la partie large de l'instrument, et que la main se trouve en dessus et non en dessous. On introduit les branches de la pince réunies entre les lèvres de la plaie et dans la chambre antérieure, d'abord dans la direction que le couteau lancéolaire a suivie entre les lèvres de la plaie, puis parallèlement au plan de l'iris et en suivant la ligne imaginaire indiquée, jusqu'à ce que leur pointe se trouve dans la pupille normale si celle-ci est ouverte, ou dans l'endroit qui lui correspond si elle est fermée. On l'écarte alors en diminuant la pression sur le manche, qu'il suffit d'incliner un peu vers la tempe en exerçant une légère pression sur la sclérotique, pour que l'iris, soulevé entre les branches de la pince, forme un pli qu'on saisit avec les mors en les resserrant, et qu'on peut ainsi facilement extraire entre les lèvres de la plaie dans le second mouvement. Il faut se garder de vouloir saisir l'iris seulement par sa marge pupillaire ou avec la pointe de la pince. En agissant ainsi on peut le déchirer, n'en extraire qu'une partie insuffisante, et établir une pupille de trop petites dimensions ou séparée de la pupille normale par une bride de tissu iridien.

(La suite à un prochain numéro.)

BALLE DANS LES VOIES AÉRIENNES.

Expulsion spontanée le dix-huitième jour.

Par M. S. ROUX fils (de Brignolles).

L'innocuité d'une balle demeurée dix-huit jours dans les voies aériennes, la route parabolique suivie par ce corps pour y pénétrer, pourront peut-être donner quelque intérêt à l'observation suivante :

Le 23 mai de la présente année, nous fûmes appelé à donner des soins à M. Marius L..., que des chagrins avaient conduit à une tentative de suicide.

Une plaie d'arme à feu de petit calibre (pistolet à balle forcée) existait à 1 centimètre et demi en avant et en dedans de l'angle de la mâchoire inférieure du côté droit. Une sonde mousse chemina à travers le plancher buccal, et vint sortir sur les côtés de la langue, en dedans de l'arcade dentaire, au niveau des deux dernières molaires.

La balle du pistolet avait donc traversé la région sus-hyoïdienne dans un point où aucun vaisseau et nerf important ne pouvaient donner de la gravité à la blessure. La voûte palatine, la cavité pharyngienne, les fosses nasales ne présentaient pas de lésion, et, malgré les plus minutieuses recherches, il nous fut impossible de retrouver le projectile. Mais, en raison de la faible charge de poudre employée par M. L..., nous conjecturâmes que la balle avait dû suivre la courbure du palais et sortir par l'ouverture buccale, ou être avalée par un mouvement de déglutition involontaire.

Le blessé était assez calme et répondait parfaitement à nos questions.

Une heure après, une réaction assez vive survint; la face était colorée, la peau chaude et moite, le pouls dur, irrégulier, fréquent (94 pulsations). Nous apprîmes alors que ce jeune homme, d'une santé délicate, s'enrhumait facilement et était sujet depuis longtemps à des palpitations et à de la dyspnée. . . . . . .

Une saignée abondante fut pratiquée; le malade s'en trouva bien.

Le lendemain 24, la fièvre avait un peu moins d'intensité; mais une toux fréquente, rude, convulsive, tourmentait le malade; sa dyspnée habituelle n'était guère augmentée; sa voix était faible, mais je n'en fus point frappé alors, parce que j'avais recommandé le silence au malade. Il éprouvait dans la trachée une douleur assez vive, qui se localisa peu à peu dans le côté droit, et les jours suivants dans le *côté gauche*.

L'auscultation ne révélait que les râles sibilants et humides d'une bronchite; seulement de temps à autre le murmure vésiculaire cessait d'être perçu dans divers points du côté gauche.

En raison des antécédents du blessé, des émotions qui l'avaient assailli, du refroidissement provoqué par la quantité d'eau froide que des amis empressés lui avaient jetée à la face et sur le cou au moment de l'accident, nous crûmes à une bronchite avec réveil des troubles cardiaques.

Sous l'influence d'une saignée, de boissons mucilagineuses et diaphorétiques, de préparations de digitale, la fièvre tomba, les palpitations et la dyspnée diminuèrent, et l'appétit revint. Le malade était dans un état très satisfaisant, lorsque le dix-huitième jour, à la suite d'un accès de toux de médiocre intensité, il expulsa la balle jusque-là vainement cherchée dans les selles.

Il est probable qu'au moment où L... avait posé le canon du pistolet sous le menton, il avait renversé la tête en arrière, de manière que le trajet de la bouche au larynx s'était trouvé redressé, puis qu'une forte aspiration avait accompagné la détonation. On comprend qu'alors la balle, suivant d'avant en arrière la courbure de la voûte palatine, ait pu être aspirée, puis entraînée par son poids vers la partie inférieure de la trachée, qui tolère le plus facilement les corps étrangers.

Malgré l'opinion de Sabatier (t. IV, p. 61), qui prétend que les corps tombés dans la trachée se retrouvent, presque dans tous les cas, au-dessous du larynx, les corps étrangers lourds et de forme arrondie gagnent la bifurcation de la trachée, et se logent dans une des deux bronches. Mais tandis que la bronche droite a de 11 à 15 lignes de long, la gauche en a de 18 à 21. De plus, le diamètre de la bronche gauche est inférieur de 1 ligne à 1 ligne et demie à celui de la droite.

Les corps étrangers sont facilement repoussés dans la trachée lorsqu'ils arrivent dans la bronche droite, en raison du trajet plus court à parcourir et de la direction presque horizontale de ce tube; tandis que dans la gauche ils sont plus ou moins saisis et contraints de parcourir, contre leur propre poids, un trajet plus long et plus oblique.

Chez notre sujet, les choses se passèrent probablement ainsi; mais au moment de l'accident aucun de ces phénomènes tumultueux, de ces symptômes d'asphyxie que détermine le passage des corps étrangers à travers le larynx ne vinrent donner l'éveil. C'est le lendemain seulement qu'une douleur sourde, un peu d'anxiété et de la toux apparurent. Point de congestion vers l'encéphale, point de délire ni de somnolence. La dyspnée médiocre éprouvée par le malade avait une date antérieure à l'accident.

Les symptômes furent ceux d'une bronchite aiguë; ils suivirent une marche décroissante, et lorsque le dix-huitième jour l'expulsion de la balle eut lieu, il avait repris depuis cinq jours ses occupations ordinaires.

Si le projectile était resté enchâssé dans les bronches, nul doute que des accidents graves ne fussent survenus. Je ne sais si des kystes accidentels peuvent se former à la surface d'une muqueuse à épithélium vibratile; mais Broussais a publié l'observation d'une pneumonie chronique entretenue par une balle qui resta sept ans dans les bronches; et nous savons, d'autre part, les accidents que peuvent amener les oblitérations de ces conduits.

Quant à la plaie sus-hyoïdienne, elle a guéri rapidement sans fistule.

NOTE SUR LA FALSIFICATION DU SULFATE DE QUININE par la salicine.

Par M. Auguste Creuse.

Le sulfate de quinine du commerce est souvent falsifié au moyen de la salicine.

On reconnaît ordinairement cette poudre en traitant le sulfate soupçonné par l'acide sulfurique. Une coloration rouge est le signe de la falsification.

Ce procédé, outre son peu de sensibilité, a l'inconvénient de ne pas indiquer d'une manière certaine la présence de la salicine. Plusieurs autres substances, qui peuvent se trouver mélangées au sulfate de quinine par fraude ou par négligence, donnent avec l'acide sulfurique une réaction tout à fait semblable.

Nous proposons de traiter simplement le sulfate de quinine par un mélange de bicarbonate de potasse et d'acide sulfurique. A une douce chaleur, la salicine s'oxyde aussitôt, et forme de l'acide salicileux qui répand une forte odeur de reine des prés, odeur aussi caractéristique que celle de l'acide sulfureux ou de l'acide sulfhydrique. Ce réactif est si sensible, qu'on peut reconnaître aussi jusqu'à 1/200e de salicine dans le sulfate de quinine. Si on opère sur du sulfate de quinine contenant seulement 1/10e de salicine, et c'est le moins que puisse faire le falsificateur, la réaction se déclare tout à coup à la moindre chaleur, et il y a comme une petite explosion, ce qui n'arrive jamais avec le sulfate de quinine pur.

Voici les proportions à suivre :

Bichromate de potasse.	1	gramme.
Sulfate de quinine.	1	—
Eau.	5	—

Chauffez jusqu'à dissolution du bichromate.

Ajoutez :

Acide sulfurique.	2	grammes.

Chauffez jusqu'à effervescence.

(*Journal des Connaissances médicales.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 juillet 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Raimbert, sur les constitutions météorologiques et médicales de l'année 1855 dans l'arrondissement de Châteaudun (Eure-et-Loir).

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans le département d'Indre-et-Loire. (Commission des épidémies.)

3° Les rapports de M. Dauet et de M. Dupont, élèves en médecine, sur l'épidémie de choléra qui a régné en 1854 dans le département des Basses-Pyrénées.

4° Les tableaux des vaccinations pour plusieurs départements.

5° Un mémoire de M. Proult, dans lequel ce médecin rend compte des résultats qu'il a obtenus en employant le quinquina dans le traitement du choléra.

6° Une lettre de l'agent du consulat de France à Caracas, sur un mode de traitement du choléra employé par le docteur G. Blanco, médecin de la Faculté de Caracas. (Commission du choléra de 1854.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Jules Mascarel adresse la relation d'une épidémie de typhus observée à l'hôpital de Châtellerault sur des militaires du 27e régiment de ligne. (Commission nommée.)

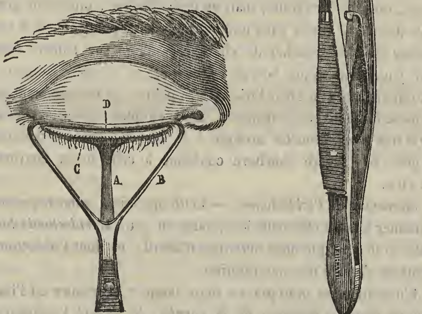
— M. Deleau adresse un mémoire sur l'emploi du perchlorure de fer dans les maladies. (Commissaires : MM. Robert, Trousseau et Ricord.)

— M. Canquoin (de Dijon) adresse à l'Académie la formule et un échantillon d'un nouveau sparadrap agglutinatif. (Commission des remèdes secrets.)

— M. le docteur Bourguet (d'Aix) adresse un mémoire sur les injections d'iode combinées aux ponctions préalables dans le traitement des kystes volumineux, des collections purulentes et des hydropisies articulaires étendues, etc. (Commissaires : MM. Velpeau et Laugier.)

— M. le docteur Chaffard, d'Auriol (Bouches-du-Rhône) adresse le tableau des vaccinations pratiquées dans son canton de 1847 à 1855. (Commission de vaccine.)

Pince à trichiasis. — M. Mathieu adresse, pour être soumis à l'examen de l'Académie, une pince qu'il a fabriquée d'après les indications de M. le docteur Raphaël Ratti (de Gênes).



Cet instrument a pour but de permettre l'ablation du bord libre de la paupière dans lequel sont implantés les cils et leurs bulles, sans toucher au tarse, de manière à guérir radicalement dans peu de jours et sans difformité le *trichiasis*. Le bord libre de la paupière étant saisi entre les mors de la pince, la branche qui porte la plaque placée en-dessous et en arrière du cartilage tarse, on coupe le bord ciliaire en se guidant sur la branche intérieure de l'instrument. Cette section se fait en deux temps avec un scalpel. Dans le premier on coupe horizontalement, en suivant la ligne de démarcation entre la peau et la muqueuse palpébrale; dans le second, perpendiculairement à l'instrument ou à la plaque. On enlève ainsi les cils déviés et leurs bulles; ce qui empêche pour toujours le retour du trichiasis.

— M. le président fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire de l'un de ses membres associés étrangers les plus éminents, M. le docteur Warren (de Boston).

M. le président annonce ensuite que l'Académie aura à nommer, dans la prochaine séance, une commission de cinq membres, qui aura à présenter une liste de candidats au titre de correspondant.

Cinq places de membres titulaires sont actuellement vacantes. D'après la décision du conseil, il y aura lieu à pourvoir prochainement à deux de ces places.

Les vacances sont déclarées dans la section de pharmacie et la section de pathologie chirurgicale. Ces deux sections sont invitées à se réunir pour présenter une liste de candidats.

LECTURES.

Élimination des médicaments et en particulier des alcaloïdes du quinquina. — M. Briquet lit un mémoire sur l'élimination des médicaments ingérés en général et sur celle des alcaloïdes du quinquina en particulier.

L'auteur s'est proposé dans ce travail de rechercher d'abord par quelles voies les alcaloïdes du quinquina sortent de l'économie lorsqu'ils y ont été introduits. L'élimination des substances ingérées peut se faire par des voies spéciales pour certaines d'entre elles, et pour d'autres par plusieurs voies qui leur sont communes. Les résultats de ces études sont résumés dans les conclusions suivantes :

1° L'élimination ne se fait pas avec une égale promptitude pour toutes les substances; celles qui sont les plus incompatibles avec notre économie, telles que les selles métalliques, sortent très-promptement; celles, au contraire, qui se rapprochent plus de notre organisation, telles que les alcaloïdes organiques, et en particulier ceux du quinquina, sont mieux tolérées et moins vite repoussées.

2° La quinine ayant été éliminée en quantité appréciable au bout d'une demi-heure, comme il faut un certain temps pour que de l'estomac elle passe dans le sang, et que de là elle soit distribuée dans les divers organes pour qu'elle soit séparée du sang par les reins, il faut supposer que l'absorption de la quinine se fait aussitôt que cette substance est mise en contact avec la muqueuse de l'estomac.

Ce résultat concorde parfaitement avec ce qu'avaient déjà donné l'observation et l'expérimentation : ainsi les personnes qui prennent 1 gramme de sulfate de quinine éprouvent cinq minutes après l'ingestion du sel les accidents cérébraux particuliers à la quinine. Ainsi encore les animaux dans l'estomac desquels on injecte du sulfate de quinine éprouvent les mêmes accidents aussitôt que l'injection est terminée.

La présence de la quinine dans les urines résout nettement une question jusque-là restée indécise : elle prouve que ces troubles cérébraux ne sont pas un effet de communication nerveuse de l'estomac à l'encéphale, mais qu'ils dépendent directement de la présence de la quinine dans l'encéphale lui-même.

En réfléchissant sur une élimination aussi rapide, il n'est pas possible d'admettre que le médicament ait pendant son passage dans les organes fait en quelque sorte corps avec leurs tissus, et se soit placé dans un contact prolongé avec les molécules organiques. Le mouvement nutritif de composition et de décomposition n'a pas assez de promptitude pour se prêter à une pareille rapidité. La substance médicamenteuse mêlée au sang est donc portée aux organes dont elle traverse les vaisseaux capillaires et s'y trouve dans un contact momentané avec leur tissu.

3° Il est évident que la puissance de l'absorption est grande, puisqu'au bout d'une demi-heure l'élimination se fait avec une force qui est égale aux deux tiers de ce qu'elle sera quand elle aura atteint son maximum.

On sent de suite toute l'importance de ces résultats; si nous prenons le quinquina, par exemple, on sait qu'il n'y a souvent, dans les fièvres rémittentes graves, dans les fièvres intermittentes pernicieuses et dans les affections convulsives, qu'un laps de temps très-limité laissé à l'action du médicament. Or il est très-consolant de savoir qu'en élevant les doses des alcaloïdes du quinquina on pourra faire passer en deux heures une quantité de substance médicamenteuse suffisante pour obtenir tous les effets possibles.

4° Puisque l'élimination est plus rapide quand le médicament est en quelque sorte donné par masses que quand il est donné en doses fractionnées, il est évident que, quand on aura du temps devant soi et qu'on voudra prolonger l'action du médicament, il faudra l'administrer à doses fractionnées.

Le quinquina est donc, sous ce rapport, un médicament précieux. Si l'on a besoin d'un effet prompt, il faut élever les doses; veut-on, au contraire, un effet persistant, il suffit de les fractionner. Ces réflexions, provoquées par la manière dont se comportent les alcaloïdes du quinquina, peuvent, ce me semble, être appliquées aux substances analogues; elles fournissent un moyen de savoir comment se comportent les substances médicamenteuses qui ne produisent pas des effets directs assez appréciables pour être, comme les alcaloïdes du quinquina, étudiées directement. (Commissaires : MM. Trousseau et Bouchardat.)

Typhus. — M. Godelier, médecin professeur au Val-de-Grâce, lit un mémoire sur le typhus, dont nous regrettons de ne pouvoir donner ici l'analyse, le manuscrit n'ayant point été mis sous nos yeux. Nous espérons pouvoir revenir sur cette lecture. (Commission du typhus.)

Altération du pain. — M. Poggiale lit une note intitulée *Recherches sur la cause de la coloration du pain de munition fabriqué à la manutention de Paris du 7 au 8 avril 1856*. Il résulte de ces recherches que la coloration bleue noirâtre du pain tenait à la présence d'un nombre prodigieux d'animalcules filiformes, cylindriques, roides, plus ou moins distinctement articulés et animés d'un mouvement vacillant non ondulatoire; d'autres, en petit nombre, sont ovoïdes. Leurs caractères se rapportent aux *bacterium*, premier genre des infusoires de M. Dujardin. Leur formation a été évidemment le résultat de la fermentation panaire. En effet, on n'a observé ces infusoires ni dans les diverses farines employées, ni dans le biscuit préparé sans levain, et qui était parfaitement blanc, ni dans les *marrons* blancs qu'on a trouvés dans quelques pains colorés. (Commissaires : MM. Lévy, Guibourt et Boudet.)

PRÉSENTATION.

M. Denonvilliers présente à l'Académie une jeune femme chez laquelle il a pratiqué une série d'opérations autoplastiques pour remédier à un double ectropion et à une déformation considérable de la face, suite de brûlure. Nous publierons les détails de ce fait.

— La séance est levée à cinq heures.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

M. le docteur Vigier a présenté à la fin de la séance un petit garçon de quatre ans, dont le bras et l'avant-bras gauches sont revêtus dans une grande partie de leur étendue d'une peau de couleur noirâtre ou d'un brun foncé, un peu inégale, rude au toucher, hérissée de papilles hypertrophiées, et recouverte par places de poils longs et soyeux. Toute cette portion de peau est d'une sensibilité très-obtuse. Cette altération cutanée est congénitale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le *Moniteur* annonce en ces termes la mort de M. le ministre de l'instruction publique :

« Nous avons la douleur d'annoncer que M. H. Fortoul, ministre de l'instruction publique et des cultes, a succombé hier soir, à sept heures, à une attaque d'apoplexie. M. Fortoul était depuis quatre jours aux eaux d'Ems, où il s'était rendu dans l'espoir de rétablir sa santé altérée par le travail. Ses derniers moments ont été adoucis par la présence de M. Magne, ministre des finances, qui se trouvait à Ems avec lui et lui a prodigué les soins les plus affectueux et les plus dévoués. »

— Nous annoncions il y a quelques jours le don fait à l'Académie de médecine par notre regrettable confrère Amussat. Son respectable père vient d'adresser à la Société de prévoyance des médecins du département de la Seine la lettre suivante :

« Monsieur le président,

» En exécution des intentions que mon fils avait manifestées de laisser un don à l'Association de prévoyance des médecins du département de la Seine, intentions que la rapidité de sa maladie ne lui a pas permis de réaliser lui-même, je viens, entouré de mes enfants, offrir la somme de 4,000 francs à l'utile association qui a pour but de soutenir la dignité du corps médical et de soulager ses infortunes.

» Veuillez agréer, monsieur le président, etc.

» Jacques-Nicolas Amussat,

» *Ancien chirurgien de l'hôpital de Saint-Maixent.* »

— Par décret du 1er juillet, le jeune Vidal (de Cassis), fils du médecin distingué, qu'une mort prématurée a enlevé récemment à la science, a été nommé élève boursier (bourse entière) au lycée impérial Napoléon.

On ne saurait trop louer M. le ministre de l'instruction publique de l'empressement avec lequel il a réalisé le vœu qui lui avait été exprimé à cet égard par une commission de la Faculté. En venant ainsi en aide à la veuve de Vidal, M. le ministre a prouvé de nouveau qu'on n'invoque jamais en vain auprès de lui des titres sérieux.

— M. le docteur Hippolyte Blot, chef de clinique d'accouchements de la Faculté, commencera un cours public d'opérations obstétricales le vendredi, 11 juillet, à quatre heures (amphithéâtre n° 2 de l'École pratique), et le continuera, à la même heure, les lundis, mercredis et vendredis. — Ce cours sera terminé le 15 août.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal parait trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des-postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Intoxication saturnine produite par une préparation qui entre dans la confection des bâches et dont le plomb fait partie.

Au n° 8 de la salle Saint-Bernard, à l'Hôtel-Dieu (service de M. Trousseau), est entrée récemment une femme qui présentait des accidents saturnins. Interrogée sur sa profession, cette femme a déclaré qu'elle travaillait dans les bâches. On ne voyait pas d'abord quelle relation étiologique il pouvait y avoir entre cette profession et la maladie dont il s'agit ; mais on apprit bientôt que pour rendre les bâches inaltérables on se servait, dans l'atelier où travaillait cette femme, d'une préparation dans laquelle il entre du sulfate de cuivre et de plomb. Il n'en fallait pas davantage pour lever toute incertitude sur l'origine des accidents saturnins. Si petite, en effet, que puisse être la proportion de plomb qui entre dans cette combinaison, on comprend que le maniement journalier et incessamment renouvelé de matières qui en sont imprégnées puisse très-bien suffire pour donner lieu à ces accidents. Sans doute, ils ne doivent être, en pareil cas, ni aussi fréquents, ni aussi graves que chez les ouvriers qui manient la céruse ou le minium, mais ils n'en sont pas moins susceptibles de produire à la longue des effets funestes.

Nous signalons ce fait, d'abord parce qu'il importe, dans l'intérêt de l'hygiène et de la salubrité publique, que tous les accidents de ce genre soient signalés, afin que des mesures convenables en préviennent le retour ; et en second lieu, parce qu'il montre une *fois de* plus l'utilité pour le praticien de se livrer à une enquête minutieuse et de rechercher avec soin toutes les circonstances qui peuvent concourir à en découvrir la cause, toutes les fois qu'il se trouve en présence d'accidents qui lui donnent lieu de soupçonner un empoisonnement saturnin. Il existe, en effet, une foule d'industries où entre le plomb à l'insu des ouvriers, le plus souvent, ce qui en rend la manipulation d'autant plus dangereuse, et ce qui ne laisse pas que d'embarrasser parfois singulièrement le diagnostic. Tout le monde se rappelle l'affaire de l'*enrobage des soies*, qui donna lieu l'année dernière à un procès. Une entrepreneuse de confections, jusque-là bien portante, voit peu à peu sa santé s'altérer; elle éprouve par moments de la chaleur à la gorge, suivie de nausées, d'une sensation d'*affadissement*, de tiraillements d'estomac et de coliques. Bientôt les ouvrières qui travaillent chez elle sont prises à leur tour des mêmes symptômes, et l'on constate chez toutes le liséré caractéristique des gencives. On s'expliquait difficilement comment il pouvait se produire des accidents de plomb dans un atelier de couture. On cherche en vain dans l'eau, dans les aliments, dans les boissons, rien ne fait découvrir le plomb ; mais frappé de cette circonstance que ces accidents se reproduisaient invariablement aux époques où ces ouvrières faisaient usage de certaines qualités de soies, et connaissant l'usage où sont toutes les personnes qui se livrent à la couture de passer continuellement les fils dans la bouche pour en amincir ou pour en casser l'extrémité avec les dents, le médecin qui avait été appelé à donner des soins à ces femmes eut l'idée de faire examiner ces soies, que l'on reconnut être imprégnées d'acétate de plomb. Une enquête instituée d'après ces premières recherches apprit bientôt que dans un but d'intérêt industriel on *enrobait* ces soies, c'est-à-dire qu'on les enveloppait dans un mélange d'acétate de plomb et de gélatine. On eut alors de ces ouvrières l'aveu qu'en tenant ces fils de soie entre leurs lèvres elles y trouvaient un goût sucré assez agréable et qu'elles s'amusaient souvent à les sucer. Dès lors la cause des accidents était connue. On sait quelles ont été les suites de cette affaire.

On connaît également cette autre affaire beaucoup plus grave et qui a eu un grand retentissement il y a quelques années, l'affaire de la sophistication des cidres, qui amena 4 ou 500 individus dans les hôpitaux, et vint se dérouler devant les tribunaux.

Dans d'autres circonstances, les accidents plombiques ont pour origine des circonstances tout à fait insolites et qu'il serait impossible de prévoir. C'est ainsi que M. Trousseau a raconté à cette occasion qu'il avait été appelé auprès d'un malade qui offrait tous les symptômes de la cachexie saturnine. Rien, ni dans la profession de cette personne ni dans sa manière de vivre, ne pouvait indiquer l'origine de cette affection, dont la nature n'était pas douteuse. On fait examiner et analyser les aliments et les boissons dont cet homme faisait habituellement usage, eau, vin, bière, cidre, etc., le tout sans résultat. Un jour, pendant que M. Trousseau causait avec lui, il remarque qu'il s'amusait à prendre un à un les petits grains de plomb de son encrier (ces grains de plomb que quelques personnes mettent dans la cuvette de leur encrier pour essuyer les plumes), à les porter dans sa bouche et à les mâcher et les aplatir; après quoi il les rejetait, recommençant ainsi indéfiniment ce petit manége. M. Trousseau eut dès ce moment le mot de l'énigme. Pressé de questions, cet homme lui fit l'aveu qu'il avait depuis longtemps cette habitude, dont il n'avait jamais songé à soupçonner les fâcheux effets.

Nous pourrions à ces exemples en joindre bien d'autres où ce n'a été que grâce à des recherches minutieuses et persévérantes, et quelquefois même au hasard seul, que l'on a dû de découvrir la cause d'accidents toxiques saturnins qui rien au premier abord ne semblait pouvoir expliquer. On ne saurait trop insister sur l'utilité de ce genre de recherches toutes les fois que les symptômes font soupçonner une intoxication possible de cette nature.

Un mot maintenant sur le traitement des accidents saturnins.

M. Trousseau a fait subir à cette malade un traitement *analogue* au traitement dit *de la Charité*, c'est-à-dire une association de purgatifs et de narcotiques. De son aveu, il a eu à regretter de n'avoir employé que l'analogue de ce traitement au lieu de ce traitement même. Toutes les fois, dit-il, que je me suis servi du traitement empirique et sacramentel de la Charité, en me conformant rigoureusement à ses formules, j'ai guéri beaucoup plus vite et beaucoup plus sûrement. Chez cette malade, il a donné le tartre stibié, des pilules d'opium et la belladone en onctions sur le ventre ; les accidents ont persisté malgré cette médication active et énergique. Il a eu recours alors à la méthode de Stoll. Lorsque Stoll avait à traiter les coliques de plomb et qu'il n'avait pas réussi par les purgatifs, il prescrivait l'opium à haute dose. En conséquence, il a prescrit à cette femme, le premier jour, 7 centigrammes 50 d'opium, puis 10 centigrammes, augmentant graduellement tous les jours, sans se préoccuper du plomb. La malade a été notablement soulagée d'abord, puis ses coliques ont cessé.

Le traitement par l'opium est-il curatif ou simplement palliatif ? M. Trousseau le considère comme aussi curatif que les purgatifs, sinon au même titre. Les purgatifs n'ont rien de spécifique, pas plus que l'opium. Par l'opium à haute dose, on peut faire cesser la colique et les accidents aigus; c'est tout autant qu'en font les purgatifs. Il reste dans un cas, comme dans l'autre, la pâleur, la faiblesse, que ni l'un ni l'autre ne font jamais cesser immédiatement.

A quelle dose faut-il employer l'opium? Ici point de règle fixe ; il n'y a d'autre limite que la cessation des douleurs, d'une part, et la tolérance de l'autre, deux faits qui s'impliquent d'ailleurs l'un l'autre. Nous n'aurions qu'à rappeler quelques exemples bien connus où l'opium a été élevé graduellement jusqu'à des doses énormes, jusqu'à plusieurs grammes par jour, jusqu'à plusieurs onces même de laudanum, sans avoir produit d'accident, pour montrer jusqu'où peut aller la tolérance inhérente à certains états morbides. On comprend qu'en présence de pareils faits toute règle fixe est impossible. Il n'y en a d'autres que celle d'une prudente surveillance vis-à-vis des effets produits.

De quelques accidents syphilitiques tertiaires dont les antécédents ont été méconnus ou ignorés par les malades. — Diagnostic confirmé par les résultats du traitement.

Nous venons d'insister dans ce qui précède sur la nécessité de chercher toujours à remonter à l'origine des affections qui entraînent avec elles l'idée d'une cause spécifique, et de s'assurer, soit par l'interrogatoire, soit par des recherches chimiques directes si besoin est, de l'existence de la cause toxique présumée. C'est sur un principe analogue, mais envisagé sous un point de vue un peu différent, que nous allons nous engager maintenant. Il est des circonstances où, soit par quelque motif d'intérêt aisé à comprendre, soit par simple ignorance de ce qui s'est passé antérieurement, l'interrogatoire des malades le plus précis et le plus pressant est non-seulement insuffisant pour révéler la cause de la maladie actuelle, mais où il tendrait même à faire dévier le diagnostic en détournant l'esprit du médecin de l'objet de sa recherche. C'est ce qui se présente souvent pour les affections syphilitiques constitutionnelles, par exemple. Sans doute les accidents constitutionnels portent en général avec eux un certain cachet qui le plus ordinairement ne permet pas au praticien exercé d'en méconnaître la nature ; mais il n'en est pas toujours ainsi. Il peut y avoir quelquefois lieu d'hésiter; et dans ce cas, en présence des dénégations formelles des malades, on en est réduit à de simples présomptions. Il reste alors une ressource pour le diagnostic, d'autant plus précieuse qu'elle fait bénéficier à la fois le médecin en l'affermissant dans ses présomptions, et le malade en assurant sa guérison si la maladie est réellement d'origine syphilitique, et qu'elle n'offre aucun inconvénient sérieux dans le cas contraire. Cette ressource, c'est le traite-

---

BIBLIOGRAPHIE.

Iodothérapie, ou de l'emploi médico-chirurgical de l'iode et de ses composés, et particulièrement des injections iodées, par M. le docteur BOINET (1).

Depuis vingt ans il n'est peut-être pas de substance médicamenteuse qui ait été l'objet de plus sérieuses et de plus intéressantes études, de recherches plus instructives, d'expérimentations plus complètes que l'iode et ses composés. C'est qu'aussi il n'est pas un agent thérapeutique qui ait rendu plus de services dans des circonstances plus nombreuses et plus variées, et dont l'énergique puissance se soit mieux révélée dans le traitement d'une foule de maladies, en réalité ou en apparence tout à fait étrangères les unes aux autres. On n'a donc pas lieu de s'étonner que les publications dont l'étude de l'iode et des iodiques est le sujet se soient multipliées à l'infini, et que la liste soit longue des articles, mémoires et traités spéciaux qui se trouvent consignés les travaux auxquels nous faisons allusion.

Il devait sembler, d'après cela, qu'il ne restât plus grand'chose à dire ni à faire sur cet important métalloïde et sur les préparations dont il forme la base, lorsque, dans ces derniers temps, la chirurgie à son tour tenta les applications locales d'iode, et en obtint des résultats véritablement merveilleux. Les effets des injections iodées ont été si concluants et si heureux que des maladies réputées incurables : abcès par congestion, ascites, hydropisies enkystées de l'ovaire, épanchements purulents de la poitrine et de l'abdomen, ont trouvé dans cette médication nouvelle un remède souvent efficace. « Les résultats obtenus par ce nouveau mode de traitement, dit l'auteur du livre que nous avons sous les yeux, ont été si surprenants, et dès lors si peu d'accord avec certaines idées systématiques reçues et acceptées comme des aphorismes, qu'ils ont trouvé d'abord une vive opposition parmi les gens de l'art eux-mêmes, qui ont traité de téméraires, de dangereuses, d'impossibles, des opérations qu'ils n'avaient pas faites et qu'ils n'avaient pas vues décrites dans leurs livres. » L'expérience et l'observation journalière ont donné raison aux novateurs, et l'art s'est enrichi d'une des plus utiles découvertes qui eussent été faites depuis longtemps. Il est désormais hors de toute contestation que l'iode et ses composés ont fourni des succès inespérés dans le traitement des kystes de toute nature, des abcès froids, des trajets fistuleux, des inflammations spécifiques, virulentes, des engorgements chroniques des organes, etc.

C'est principalement de l'étude de l'emploi médico-chirurgical *local* de l'iode que traite l'ouvrage de M. Boinet, et c'est surtout sous ce rapport qu'il renferme des vues neuves et originales. Exclusivement consacré à l'appréciation médicale du métalloïde et de ses préparations, à ses usages internes, à son action sur la santé générale, il n'eût véritablement pas eu sa raison d'être, et il ne s'est pas encore écoulé assez de temps depuis leur publication, pour que les ouvrages de MM. Payan, Dorvault, etc., soient notablement arriérés. D'ailleurs c'est l'action locale qu'a le plus cherché à approfondir M. Boinet, et c'est à cet égard qu'il a dans plus d'un cas fait preuve d'une remarquable hardiesse, nous aurions presque été forcé de dire d'une véritable témérité, si le succès n'était venu couronner ses tentatives.

Il faudrait néanmoins se garder de croire que la partie médicale fût complétement négligée ; mais elle ne figure ici que comme accessoire, pourrions-nous dire. Il semble que M. Boinet ait résumé succinctement, dans une centaine de pages, l'ensemble des notions les plus indispensables sur l'iode, celles sans lesquelles l'intelligence du reste de l'œuvre ne serait pas possible, et qu'il ait eu hâte d'arriver sans retard à la partie essentielle, les injections iodées.

Dans une introduction claire et méthodique, M. Boinet commence par exposer le plan sur lequel est conçu son livre, puis il entre immédiatement en matière par un historique fort détaillé dans lequel il établit avec impartialité les droits de chacun aux découvertes successives qui ont été faites dans la médication iodique. L'analyse de cet historique ne rentre pas dans le cadre d'un compte rendu tel que le nôtre, et nous renvoyons nos lecteurs à l'ouvrage original pour les doutes qui leur resteraient à l'esprit quant à la part qui revient aux différents auteurs français ou étrangers.

Mais avant d'arriver à la partie chirurgicale du livre, nous nous arrêterons un instant sur les considérations physiologiques pour signaler un point important auquel M. Boinet a donné des développements neufs et remplis d'un véritable intérêt ; nous voulons parler de l'iode considéré comme aliment.

(1) Un volume in-8°. Chez Victor Masson.

ment spécifique, la pierre de touche de la syphilis. Nous avons souvent cité des exemples à l'appui de cet excellent précepte de pratique; mais on ne saurait trop les multiplier. Aussi croyons-nous devoir rapporter les deux faits suivants, que nous venons d'observer dans le service de M. Nélaton, à l'hôpital de la Clinique :

— Un malade entré dans le service de la clinique a présenté un exemple de tumeur gommeuse syphilitique de la langue, qui a dû être diagnostiqué en l'absence de tout renseignement antécédent et même contre les dénégations formelles du malade. La langue était le siége d'une tumeur qui occupait à peu près toute la moitié droite de cet organe; elle n'atteignait pas tout à fait la pointe, mais elle dépassait un peu la ligne médiane. La limite postérieure du mal se reconnaissait assez bien à la base, un peu en deçà de la rainure de l'épiglotte. Tout le bord droit était envahi. La tumeur était parfaitement circonscrite dans tout son pourtour. La membrane muqueuse qui recouvrait cette tumeur était sensiblement modifiée, et se distinguait très-bien, à la vue, de la portion saine; on voyait çà et là des plaques un peu blanchâtres, disséminées à la surface de la tumeur; l'épithélium manquait en quelques points. La consistance de toute cette moitié de la langue était ferme, mais elle n'offrait pas la dureté caractéristique du squirrhe. D'un autre côté, on ne sentait en aucun point une fluctuation qui pût donner l'idée d'une collection sanguine ou purulente. Il y avait déjà dans ces caractères négatifs une grande présomption que l'on avait affaire ici à une tumeur de nature syphilitique, à une tumeur gommeuse. Ce n'était toutefois qu'une présomption, que les renseignements sur les antécédents eussent promptement transformée en certitude s'ils eussent été positifs. Mais, loin de là, le malade, interrogé itérativement sur ce point, affirmait n'avoir jamais eu la syphilis. Cependant, il y a un an, dit-il, il a eu du mal dans la bouche, des boutons en grand nombre; mais ces boutons, ajoute-t-il, ont cédé à des gargarismes simples qu'il s'est administrés lui-même. Il insiste beaucoup sur ce dernier point, comme pour mieux appuyer ses dénégations formelles à l'égard de toute infection syphilitique.

Ne se tenant pas pour battu par ces dénégations, M. Nélaton examine avec soin les organes génitaux, et il découvre vers la base du frein une petite cicatrice très-superficielle et très-peu étendue. Examinant de nouveau la langue avec une extrême attention, il y découvre de petites brèches, de petites pertes de substance qui trahissent l'existence d'anciennes ulcérations cicatrisées.

Convaincu dès lors qu'il avait affaire à une tumeur d'origine syphilitique dont les antécédents avaient très-probablement été méconnus par le malade (il n'y avait aucun motif ici de suspecter sa bonne foi), et que si cette affection restait abandonnée à elle-même, elle ne tarderait pas à s'aggraver sans aucun doute et à entraîner l'ulcération de la langue, M. Nélaton soumit ce malade à l'usage de l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour pour commencer, puis de 4 grammes au bout de quelque temps. C'était en même temps qu'un traitement curatif, un moyen de vérification du diagnostic dont on devait retirer ainsi un double bénéfice. Dans le cas où l'iodure de potassium, contre toute prévision, n'aurait produit aucun résultat appréciable, il n'aurait pas hésité à lui associer les mercuriaux; mais ce supplément n'a pas été nécessaire. Au bout de quelques semaines d'usage de l'iodure de potassium, la tumeur a commencé à diminuer, et sous l'influence de l'administration de ce médicament à dose graduellement croissante, elle n'a pas tardé à guérir complétement. La vérification était ainsi acquise avec la guérison.

— Le second fait est plus remarquable encore à cause de l'étendue et de la gravité beaucoup plus considérable du mal, qui n'en a que mieux fait ressortir l'admirable efficacité de la médication.

Une femme, couchée au n° 8, est entrée à la Clinique avec des ulcères et des tumeurs à la tête, qui offraient tous les caractères des ulcères et des tumeurs syphilitiques. Cependant la malade affirme n'avoir jamais eu aucun accident syphilitique primitif. D'après son dire, la maladie actuelle aurait débuté il y a huit mois. Elle se serait manifestée d'abord par une tuméfaction du crâne, qui a graduellement augmenté de volume, et qui a fini par s'ulcérer. Puis deux autres tumeurs sont survenues à la région moyenne du front, à peu près semblables, au rapport de la malade, à la première tumeur qui s'est montrée il y a huit mois. D'autres tumeurs se sont développées encore depuis sur différents points de la tête. Elle en voyait ainsi, dit-elle, se promener en quelque sorte, venir et disparaître successivement sur tous les points du crâne. Enfin deux nouvelles tumeurs ont paru plus récemment; l'une sur la pommette, et l'autre près de la région orbitaire. Elle a en ce moment en tout quatre tumeurs, dont deux sont ulcérées.

Questionnée pour savoir si elle éprouvait des douleurs nocturnes, ou tout au moins des douleurs plus vives la nuit que le jour, la malade répond négativement. Mais il est bon d'ajouter que cette femme, très-active et très-laborieuse, se couche habituellement très-tard et se lève de grand matin, restant à peine trois ou quatre heures au lit. On comprend que dormant aussi peu, elle doit dormir assez profondément pour n'être pas réveillée par la douleur. Quant aux heures de nuit qu'elle passe hors de son lit, elles ne sont marquées par des douleurs ni plus ni moins vives que celles qu'elle éprouve pendant le jour. Mais on sait, et nous en avons déjà cité ici plusieurs exemples à l'appui, que les douleurs dites nocturnes sont des douleurs de *lit*, et non de *nuit*, c'est-à-dire provoquées par la chaleur du lit, et non par une influence spéciale de la période nocturne. Aussi la réponse négative de la malade à cet égard est-elle dans l'espèce sans valeur.

Malgré ce caractère négatif et les affirmations également négatives de la malade, on ne pouvait douter que ces ulcères et ces tumeurs fussent de nature syphilitique. La marche des accidents, l'apparition successive de plusieurs tumeurs semblables sur une région où l'on voit le plus souvent se produire les tumeurs syphilitiques; le caractère même de ces tumeurs, qui avaient la consistance des gommes avec infiltration plastique; enfin l'aspect tout à fait caractéristique des ulcérations réunies et groupées sur un petit espace, tout déposait en faveur de cette étiologie.

Mais les lésions étaient plus graves encore que ce que nous venons de dire ne pourrait le faire présumer. En effet, en promenant le stylet dans l'un des ulcères, on sentait l'instrument arc-bouter contre une surface osseuse dénudée et en partie nécrosée.

M. Nélaton n'hésita donc pas, en présence de ces lésions, à diagnostiquer une affection syphilitique tertiaire. Quant au pronostic, il n'était pas sans gravité. On pouvait craindre qu'il n'y eût en quelque point une perforation du crâne, et on pouvait dès lors considérer comme possible la formation ultérieure d'abcès intra-crâniens consécutifs à cette nécrose; l'existence actuelle même de semblables abcès n'était pas impossible. Toutefois la malade, interrogée dans ce sens, déclare n'avoir jamais éprouvé de troubles dans les organes des sens, nulle altération de l'intelligence, point d'hémiplégie, ni faiblesse dans les membres, ni convulsions. Deux fois seulement, dit-elle, il lui est arrivé de perdre connaissance. Mais cela peut être l'effet direct de l'influence syphilitique sur le cerveau, ainsi qu'on en connaît plusieurs exemples, plutôt que le résultat d'une compression, dont les effets devraient être permanents. Sous ce dernier rapport, il y avait donc lieu d'être un peu rassuré; mais le pronostic n'en restait pas moins encore très-grave, moins grave cependant dans l'hypothèse d'une affection syphilitique que dans toute autre hypothèse.

Diagnostic et pronostic, le tout devait être contrôlé et vérifié par le traitement; c'est ce qui a eu lieu, en effet, avec les plus heureux résultats.

Cette malade a été mise à l'usage de l'iodure de potassium à la dose d'un gramme par jour et de pansements chlorurés. A peine deux semaines s'étaient-elles écoulées, qu'une amélioration des plus sensibles s'était produite. L'os dénudé était recouvert de bourgeons charnus, les ulcères étaient en voie de cicatrisation et l'état général de la malade des plus satisfaisant. Tout annonce en ce moment une guérison complète et très-prochaine.

Chute d'un premier étage. — Symptômes de commotion et d'hémiplégie. — Fracture de la clavicule gauche et de plusieurs côtes. — Contusion très-étendue du lobe droit du cerveau.

M. Picard, interne à l'hôpital civil de Strasbourg, nous communique l'observation suivante, qu'il a recueillie dans le service auquel il est attaché, et qui nous paraît, malgré les regrettables lacunes qu'il présente, un exemple remarquable de contusion du cerveau par contre-coup, genre de lésion dont quelques auteurs ont nié à tort l'existence. Nos lecteurs, du reste, en jugeront eux-mêmes par les détails de l'observation.

Michel E..., âgé de cinquante et un ans, d'une constitution vigoureuse, tempérament sanguin, est apporté à l'hôpital le 7 novembre 1855, à dix heures du matin. La veille, étant en état d'ivresse, il était tombé du haut d'un escalier sans balustrade (premier étage), et avait perdu immédiatement connaissance. Il a la face pâle, les yeux fermés, les pupilles non dilatées, le regard indifférent; extrémités froides, pouls petit. Point de réponses aux questions qu'on lui adresse.

On constate un gonflement de la région claviculaire gauche, et une fracture au niveau du tiers moyen de l'os. Le bras gauche étant soulevé, retombe comme une masse inerte. Mais comme cette inertie du bras gauche s'expliquait naturellement par la fracture de la clavicule, on l'attribua à cette circonstance, sans songer que ce pouvait être une paralysie, et on négligea de s'assurer de l'état de la motilité de la jambe du même côté. La sensibilité fut trouvée également obtuse dans les deux extrémités supérieures.

A l'examen de la face, on crut voir un léger degré d'hémiplégie faciale gauche, et on ne constata pas de fracture du crâne. — Douze sangsues furent appliquées derrière les apophyses mastoïdes, et le malade fut mis à l'usage de la limonade émétisée.

Le soir, il y avait une amélioration sensible. Légère réaction; le malade répondait à quelques questions quand on l'excitait vivement. — 4 sangsues en permanence.

Le lendemain, 8, on trouve une respiration un peu plus ronflante, le pouls peu développé, les extrémités un peu froides; le malade ouvre les yeux quand on élève la voix; *il porte par moments la main sur le côté droit de la tête*. La bouche est entr'ouverte, la langue sèche; pas de selles. — On continue les liniments émétisés; lavement purgatif.

Le soir, un peu de réaction; face chaude, pouls fréquent et vif. — 12 sangsues; 4 en permanence.

Le 9, même état; quelques mouvements convulsifs, selles involontaires.

Le 10, état désespéré; perte de connaissance absolue, respiration stertoreuse. — Alcool sinapisé sur les jambes.

Le 11, le malade a un peu repris connaissance. Hier *il a reconnu ses enfants et leur a parlé*. Ce matin, le pouls est vif, fréquent; le malade montre les côtes du côté gauche. Il a craché du sang hier. On ne constate que de l'hyperesthésie à l'examen du thorax; point de déformation.

Le 12, à minuit, la respiration s'est embarrassée de plus en plus, puis sont survenus des mouvements convulsifs, quelques crampes de la face. Le malade, qui n'avait pas entièrement perdu connaissance, est mort bientôt après.

Autopsie faite le 14 novembre à huit heures du matin.

Cadavre fortement constitué; tissu cellulaire adipeux très-abondant; la face n'exprime pas la souffrance.

Examen de la tête. — Ecchymose sous-cutanée et sous-musculaire dans la région temporale *gauche*. Point d'ecchymoses à droite. Absence de fracture du crâne. A l'ouverture de la boîte crânienne, on constate un épanchement de sang entre la dure-mère et le cerveau du côté droit. La moitié antérieure de l'hémisphère du même côté est transformée en une bouillie rougeâtre, véritable magma constitué par un mélange de sang et de matière cérébrale ramollie. Rien à l'hémisphère gauche, ni dans les ventricules.

Thorax. — Fracture du tiers moyen de la clavicule gauche; saillie du fragment interne. Fracture des six premières côtes gau-

---

Les recherches de plusieurs savants du premier ordre, parmi lesquels nous citerons MM. Chatin et Boussingault, ont démontré de la manière la plus évidente que l'iode est nécessaire à l'alimentation de l'homme, et que là où cet élément fait défaut par une circonstance quelconque, la santé générale des populations est fortement altérée. Dans les pays même où l'iode se rencontre dans une suffisante proportion, il est des constitutions exceptionnelles qui en réclament une quantité plus considérable, sous peine de subir une profonde altération. C'est sur les moyens d'introduire chez ces sujets, sans leur faire courir aucun danger, la quantité d'iode nécessaire à la santé, qu'a principalement insisté l'auteur dans ses considérations physiologiques. Ce n'est évidemment pas à l'iode en nature qu'il faudra recourir en pareil cas; c'est aux végétaux qui ont su préparer pour l'homme ce principe, qu'il faudra s'adresser, c'est aux fucus, aux plantes marines, aux crucifères, à quelques sources iodées naturelles que l'on demandera l'iode qu'elles contiennent naturellement; au sel marin iodé, que l'on emploiera de préférence dans la préparation des aliments; à une petite quantité de poudre de plantes marines mélangée au pain, etc. De cette manière, l'iode se trouvera administré sous une forme parfaitement assimilable, en proportion suffisante pour rétablir une santé compromise, et cependant si minime, que ceux qui font usage d'aliments ainsi préparés sont loin de se douter qu'ils prennent de l'iode. Procéder ainsi, dirons-nous avec l'auteur, c'est imiter la nature et la suivre pas à pas; c'est donner à des doses infinitésimales, mais quotidiennes, aux individus qui ont besoin d'iode et qui ne le trouvent pas dans les produits alimentaires dont ils usent habituellement ou dans les milieux où ils vivent, un élément indispensable à leur constitution. C'est enfin placer ceux qui en font usage dans les mêmes conditions que les peuples qui, sans s'en douter, bénéficient, au point de vue de leur constitution et de leur santé, de l'iode qu'ils trouvent dans les milieux où ils vivent, et qu'ils absorbent dans les boissons et les aliments dont ils font usage d'une manière continue. Nous recommandons tout particulièrement cet intéressant chapitre aux médecins qui s'occupent plus spécialement de l'hygiène publique, et à ceux qui exercent dans ces contrées, heureusement assez rares, où règnent endémiquement le goître et le crétinisme.

Ceci fait, M. Boinet passe à l'examen de l'action physiologique de l'iode appliqué localement; il l'étudie tour à tour dans les différents tissus, et il arrive à cette conclusion que les applications locales des préparations d'iode, parmi lesquelles les injections iodiques tiennent la place la plus importante, ne sont pas dangereuses, ne produisent ni gangrène ni intoxication lorsqu'elles sont convenablement employées, et qu'elles produisent sur les divers tissus des effets différents tenant de l'action des caustiques, et exerçant sur eux une modification spéciale relative.

La partie véritablement thérapeutique du traité de M. Boinet commence par l'étude des affections scrofuleuses et syphilitiques, bien connues à notre époque, et sur lesquelles pour cette raison il passe rapidement. Ces deux chapitres sont plutôt des résumés des notions généralement admises au sujet de ces deux grandes classes de maladies. Mais, arrivé aux injections iodées, il se livre à des considérations étendues et entre dans les développements les plus complets.

M. Boinet divise les cavités closes en trois grandes sections : la première renferme les cavités séreuses, viscérales, articulaires, tendineuses et sous-cutanées; la seconde, les cavités celluleuses ou cavités anormales de nouvelle formation; la troisième, enfin, les cavités muqueuses. Chacune de ces sections se subdivise en plusieurs groupes ou genres.

Ainsi, dans la première section, nous trouvons trois genres :

1° Cavités séreuses, dans lesquelles se rangent l'hydrocéphale, le spina bifida, l'ascite, les épanchements de la plèvre, du péricarde, l'hydrocèle, les sacs herniaires;

2° Les cavités articulaires, hydarthroses;

3° Les cavités synoviales tendineuses, etc., etc.

C'est au premier groupe de cette section que se rattachent les faits si hardis, que l'on aurait pu, comme nous le disions plus haut, caractériser presque de téméraires, d'injections d'iode dans la plèvre, dans le péritoine, etc. C'est là que se trouvent consignées les observations assez nombreuses aujourd'hui pour n'être plus pour personne l'objet du moindre étonnement, de pleurésies suppuratives guéries par les injections de teinture d'iode.

Dans des comptes rendus de ce genre, nous évitons d'habitude les brûlantes questions de priorité, et laissons prudemment dans l'ombre tout ce qui s'y rattache pour nous soustraire aux réclamations si nombreuses des amours-propres froissés. Ici nous croyons pouvoir nous

ches; l'une d'elles fait saillie à l'intérieur, et a blessé le poumon. Épanchement d'environ 250 à 300 grammes de sang dans la cavité pleurale du même côté.

Abdomen. — Commencement de dégénérescence graisseuse du foie. Les parois abdominales sont remarquables par une couche énorme de graisse. Rien du côté des autres organes.

On a appris depuis que le malade était adonné à l'ivresse, et faisait habituellement bonne chère.

Cette observation montre, comme nous l'avons dit plus haut et ainsi que le fait justement remarquer M. Picard, un exemple très-frappant et parfaitement caractérisé de *contusion cérébrale par contre-coup*, sur laquelle aucun doute n'est possible. La chute avait eu lieu évidemment sur le côté gauche; tout l'indique : fracture de la clavicule, fracture de plusieurs côtes, et surtout ecchymose de la région temporale du côté gauche, tandis qu'à droite il n'y a pas la moindre trace de traumatisme. A l'examen du cerveau, on constate que l'hémisphère gauche est parfaitement intact, tandis que celui du côté opposé est le siége d'une attrition considérable.

Ce cas pathologique mérite aussi d'être signalé par sa physionomie symptomatique. Il y avait eu évidemment hémiplégie du côté gauche; mais malheureusement la fracture de la clavicule, qui expliquait suffisamment la paralysie du bras correspondant, fit négliger l'examen de l'extrémité inférieure, qui certainement devait aussi être paralysé. L'hémiplégie faciale, quoique peu prononcée, il est vrai, servirait au besoin un nouvel élément de certitude à cet égard.

L'ensemble des symptômes, ajoute M. Picard, nous avait fait admettre plutôt une commotion cérébrale, avec peut-être quelques épanchements peu considérables. Les alternatives de retour et de perte de connaissance justifiaient ce diagnostic.

Enfin nous ferons remarquer l'influence de l'alcoolisme sur la dégénérescence graisseuse du foie; affection assez fréquente, à ce qu'il paraît, dans l'Alsace.

Nous ajouterons que nous avons vu l'année dernière un fait analogue à celui que nous communique M. Picard, avec cette différence toutefois qu'il y avait simultanément des lésions directes et des lésions qui ne pouvaient être attribuées manifestement qu'à l'action dite par contre-coup. Il s'agit d'une femme qui avait fait une chute sur la tête, d'un lieu élevé. Cette femme, apportée à la Clinique avec une paralysie du sentiment, du mouvement des deux membres droits et du membre abdominal gauche et perte complète de connaissance, mourut au bout de trente-six heures. A l'autopsie, on trouva une fracture du temporal gauche et du sphénoïde avec un épanchement sanguin diffus dans la cavité arachnoïdienne du même côté, une vaste déchirure au niveau du lobe moyen de l'hémisphère gauche (du côté opposé à la fracture), et une contusion considérable occupant la presque totalité de cet hémisphère.

EAUX MINÉRALES DE VITTEL (VOSGES).

En janvier 1855 et le 5 février 1856, M. O. Henry a lu, au nom de la commission des eaux minérales, des rapports sur plusieurs sources découvertes à Vittel, près Contrexeville. Ces rapports mettent surtout en évidence trois sources, dont une était employée depuis longtemps dans le pays. Voici la composition de ces eaux.

SOURCE DE VITTEL.

	Quantités.	
Acide carbonique libre.	1/10e	du vol. env.
Bicarbonate de chaux.	0,185	—
— de magnésie. — de soude.	0,079	—
— de protoxyde de fer.	0,010	—
— avec manganèse.	*Indices.*	—
Sulfates (supp. *anhydres*) de chaux.	0,440	—
— — de magnésie.	0,432	—
— — de soude.	0,326	—
— — de strontiane.	*Traces.*	—
Chlorures de sodium (*peu*). — de magnésium.	0,220	—
— de calcium.	»	
Silice d'alumine. Phosphate calcaire. Sel de potasse et ammoniacal. Iodure. *indices.* Principe arsenical. *sensible.* Matière organique de l'humus.	0,047	—
	1,730	

SOURCE MARIE (*eau magnésienne calcaire*).

	Grammes.
Acide carbonique libre.	*fort peu.*
Bicarbonate de chaux. — de magnésie.	0,310
Sulfate (supposé *anhydre*) de chaux.	1,400
— de magnésie.	1,020
— de soude.	0,350
Chlorures alcalins et terreux.	0,100
Silice, alumine. Phosphate. Oxyde de fer (*traces*). Matières organiques de l'humus.	0,400
	3,280

SOURCE DES DEMOISELLES (*eau ferrugineuse bicarbonatée*).

	Grammes.
Acide carbonique libre, par litre.	0,08
Bicarbonate de chaux. — de magnésie.	0,730
Bicarbonate de protoxyde de fer avec crénate et manganèse.	0,041
Sulfate (supposé *anhydre*) de chaux.	0,440
— — de magnésie. — — de soude.	0,610
Silice, alumine, phosphate, principe arsenical (*indices*). Matières organiques de l'humus.	0,480
	2,301

La composition chimique des eaux de Vittel les rend éminemment précieuses pour la thérapeutique, car elle nous les montre minéralisées par des principes variés qui conviennent au traitement d'un très-grand nombre de maladies, particulièrement dans les maladies chroniques des organes génito-urinaires, dans le traitement de la gravelle, dans les catarrhes de la vessie, dans les affections diverses des reins, de la vessie, de la prostate et de l'urètre, sources si fréquentes de désordres variés dans l'émission de l'urine; dans les affections chlorotiques des femmes et des jeunes filles, où elles agissent sans produire la constipation, à cause des sels magnésiens qu'elles contiennent en grande quantité; dans la goutte, si souvent compliquée de gravelle; dans les affections chroniques de l'estomac et des intestins; dans le rachitis. Leur légèreté et leur propriété laxative et hyposthénisante ou antiphlogistique, les placent sans contredit au premier rang. Elles peuvent être mises à côté de celles de Contrexeville, tout en étant moins chargées de chaux et plus digestives; de Pougues, de Condillac, de Bussang, de Saint-Galmier, de Saint-Alban, de Château-Gontier, etc., lesquelles sont aussi minéralisées par des bicarbonates de soude, de chaux, de magnésie, mais en moindre quantité que celles de Vittel. Et quoique toutes ces différentes eaux contiennent des principes minéralisateurs que nous retrouvons dans celles de Vittel, notre avis bien positif est que les trois dernières sources de cette dernière localité peuvent remplir des indications spéciales, savoir : la source de Vittel proprement dite, dans les affections chroniques de l'estomac et des intestins, dans les catarrhes de la vessie, etc.;

La source Marie, qui est éminemment magnésienne et calcaire, dans les maladies profondes de toutes les muqueuses, particulièrement de celles des voies urinaires et génitales, des reins, de l'utérus, etc., où ces affections sont si souvent compliquées de constipation, même fort opiniâtre;

La troisième source est désignée par leur habile propriétaire sous le nom de *source des demoiselles*, à cause de la grande quantité de fer qu'elle contient, étant démontré que beaucoup de jeunes personnes ont besoin des sels de ce précieux métal pour que leurs fonctions puissent s'exécuter normalement. L'eau de cette source agit dans toutes les affections que nous avons indiquées, comme antiphlogistiques de l'appareil sanguin, du cœur et des vaisseaux artériels et veineux, siége des maladies chlorotiques si fréquentes chez les femmes et surtout les jeunes filles.

On voit par les principes minéralisateurs de ces eaux, qu'elles sont moins calcaires et plus magnésiennes que celles de Contrexeville. Elles sont aussi plus laxatives et plus digestibles, et supportent mieux le transport à cause de leur constitution intime et du mode de bouchage usité aux sources, l'ingénieux appareil à embouteiller inventé par MM. O. Henry et Bouloumié permettant de remplir les bouteilles dans le vide. Dr A. DUVAL.

(*Journal des spécialités médicales et chirurgicales.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 juin 1856. — Présidence de M. GOSSELIN.

Le procès-verbal est lu et adopté.

— M. GUERSANT, à propos du procès-verbal, communique une observation nouvelle de réduction de luxation du coude par le procédé de M. Lenoir.

Lorsque M. Michon présenta dans l'avant-dernière séance la jeune enfant affectée de luxation ancienne du coude, M. Guersant avait dans son service un enfant atteint de la même lésion, datant de soixante-dix jours; déjà il avait fait une tentative de réduction avec l'aide du chloroforme par le procédé ordinaire, c'est-à-dire en employant l'extension, la contre-extension et la coaptation, mais sans succès.

Lorsqu'il apprit que M. Lenoir avait réussi chez la petite fille, il renouvela sa tentative; il employa de nouveau les tractions directes; après avoir essayé de rompre les adhérences par des mouvements assez limités, il est vrai, n'ayant pas été plus heureux, il s'empressa de réclamer l'assistance de M. Lenoir. Ce dernier, après avoir obtenu l'anesthésie, sans se servir d'aides, sans employer ni extension ni contre-extension, commença par faire exécuter à l'articulation un mouvement de flexion exagérée et d'extension qui rendit les os très-mobiles dans tous les sens; après quoi une pression directe et énergique sur l'olécrane ramena les os dans leur position normale. Le bras fut maintenu dans la demi-flexion par un bandage approprié. Le soir, six sangsues furent appliquées pour combattre l'espèce d'arthrite traumatique qui avait naturellement pris naissance; des cataplasmes, le repos achevèrent de dissiper cette légère complication, et aujourd'hui il n'y a plus de douleurs ni de gonflement.

M. Guersant se propose de laisser le bras dans l'immobilité pendant quelques jours encore, après quoi il commencera à imprimer des mouvements.

Cette observation compte comme un succès de plus de la méthode de M. Lenoir. Déjà M. Guersant avait réduit des luxations semblables datant de quatre à cinq semaines. Mais cette dernière remontait à soixante-dix-huit jours; or, dans un cas analogue, il a vu, avec M. Malgaigne, la réduction échouer malgré l'emploi des mouffles.

M. Jules CLOQUET. L'emploi des mouffles n'est pas toujours nécessaire pour réduire les luxations anciennes du coude. Dernièrement il a adressé à M. Nélaton une cuisinière dont l'avant-bras était luxé depuis sept à huit semaines; l'affection avait été méconnue et prise pour une fracture. La réduction n'offrit pas de grandes difficultés.

— M. LARREY montre l'avant-bras d'un malade dont il a déjà entretenu la Société, et qui portait autour du poignet une énorme tumeur sur la nature de laquelle les avis avaient été très-partagés. Une dissection attentive de la pièce sera faite et communiquée.

— Conformément au règlement, la Société nomme une commission au scrutin de liste pour faire un rapport sur les titres des candidats à la place de membre titulaire vacante.

Cette commission se compose de MM. Danyau, Michon, Monod.

LECTURES.

M. Bauchet termine la lecture de son *Mémoire sur les hypertrophies glandulaires de la parotide.*

Une commission, composée de MM. Denonvilliers, Guersant, Morel-Lavallée, rendra compte de ce travail.

— M. Foucher, prosecteur de la Faculté, lit un travail sur la *disjonction traumatique des épiphyses.* (Commission : MM. Huguier, Chassaignac, Verneuil.)

— M. U. Trélat, prosecteur de la Faculté, lit une note sur les fractures du crâne avec altération antécédente de l'encéphale. (Commission : MM. Giraldès, Desormeaux, Deguise fils.

— La Société se forme en comité secret à cinq heures moins un quart pour entendre le rapport sur les travaux envoyés pour le prix Duval. Ce rapport a été fait par M. Follin au nom d'une commission composée de MM. Cazeaux, Verneuil et Follin.

— La Société décide que la cotisation destinée au banquet annuel sera convertie en une offrande offerte aux victimes de l'inondation. Les membres honoraires et titulaires y ayant concouru, la somme se monte à 740 francs, qui seront versés par M. le trésorier dans les mains de l'autorité.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, Arist. VERNEUIL.

SÉANCE ANNUELLE DU 2 JUILLET 1856. — Présidence de M. GOSSELIN.

M. LE PRÉSIDENT, après avoir annoncé que cette année aucun mémoire n'avait été adressé pour la question de prix proposée par la Société, proclame les noms des candidats pour le prix Duval.

Le prix Duval est accordé à M. Perret (de Gaillardon).

Une mention honorable est accordée à M. Dunnal (de Montpellier).

M. le président donne ensuite la parole à M. Marjolin pour la lecture du compte rendu des travaux pendant l'année 1855-1856.

Messieurs et chers collègues,

A mesure que les sociétés savantes prennent de l'âge leurs comptes rendus annuels doivent nécessairement se modifier, et vouloir toujours s'en tenir à l'énumération des faits intéressants qu'une année rassemble, ce serait à mon sens s'imposer une tâche bien aride et condamner

départir un peu de notre réserve, et la découverte nous paraît assez importante pour que nous nous hasardions à dire que c'est à M. Boinet que l'on doit d'avoir le premier injecté la teinture d'iode dans la plèvre. En 1846, il indiquait le parti que l'on en pourrait tirer; en 1849, il pratiquait l'opération avec succès, et depuis lors on peut dire que c'est à ses efforts incessamment répétés que cette pratique doit d'avoir pris rang définitivement dans la science.

Il faut avouer, du reste, que si M. Boinet compte de nombreux succès dans ces cas de pleurésie purulente qui semblaient autrefois voués à une mort certaine, c'est qu'il pratique ces opérations délicates avec une rare habileté, à laquelle rendent justice tous ceux qui l'ont vu à l'œuvre; et nous assistions, il y a quelques jours à peine, à une conférence clinique de M. Trousseau, dans laquelle l'éminent professeur, à l'occasion d'un fait de ce genre qui a eu quelque retentissement dans le monde médical, portait en faveur de M. Boinet un témoignage d'autant plus flatteur qu'il venait d'un homme plus haut placé dans la science et plus compétent dans la question.

Après les injections de la teinture d'iode dans les cavités closes, l'auteur examine les applications locales du même agent dans un grand nombre de circonstances où l'on agit sur des surfaces placées à l'extérieur du corps; il est véritablement curieux de voir avec quelle rapidité ce précieux médicament modifie de la façon la plus efficace les plaies, les ulcères de mauvaise nature, enraye l'infection putride, prévient souvent l'infection purulente, etc. Une fois lancé dans cette voie, qui peut savoir où s'arrêtera l'iode, et quels services on pourra en attendre dans des circonstances où l'on n'a pas encore eu l'idée de l'essayer?

Déjà, dans certaines affections de la peau, dans ces maladies chroniques qui font le désespoir du médecin et du malade, l'application des iodiques en *badigeonnage* a produit de merveilleux résultats. M. Cazenave a guéri des lupus en les enduisant de bi-iodure de mercure. On a guéri le favus, le *porrigo favosa* par les lotions avec la teinture d'iode, etc.

Dans les derniers chapitres de son livre, M. Boinet passe en revue plusieurs maladies dans le traitement desquelles l'emploi de l'iode est encore à l'étude, le cancer, la phthisie, la goutte, le rhumatisme; il termine par un formulaire thérapeutique des préparations iodées, dans lequel on trouve les formules les plus généralement employées.

En résumé, l'ouvrage de M. Boinet n'est pas, à proprement parler, un traité complet de l'iode au point de vue de la thérapeutique, car toutes les parties ne sont pas traitées avec les mêmes développements; il n'a fait qu'effleurer ainsi les points les plus connus de l'histoire de ce médicament. C'est surtout sur les usages nouveaux qu'il a insisté, et c'est sous ce rapport qu'il nous paraît avoir rendu un véritable service en vulgarisant des procédés encore un peu en opposition avec les idées qui ont cours dans la science. Dr A. FOUCART.

La Faculté de médecine de Paris sera fermée aujourd'hui samedi, à cause du service funèbre de M. le ministre de l'instruction publique.

inutilement son auditoire au récit d'une table analytique. D'ailleurs revenir sur des faits encore bien présents à votre mémoire, n'est-ce pas s'exposer à vous faire un résumé incomplet de procès-verbaux dont nous avons tous apprécié l'exactitude et la clarté.

J'ai pensé qu'il valait mieux examiner l'ensemble et la direction de vos travaux, sans entrer dans trop de détails, de cette manière il me sera plus facile d'en faire ressortir l'étendue et la valeur; toutefois, avant de commencer, permettez-moi de vous soumettre une réflexion qui m'a été suggérée par quelques faits qui vous ont été communiqués : c'est que plus que jamais la Société de chirurgie doit exiger impérieusement le complément de toute observation; c'est qu'il est, en outre, bien important, pour que les discussions soient profitables, qu'elles ne soient pas en quelque sorte improvisées.

Dans les sciences qui ne progressent que par l'observation, il est indispensable, pour qu'elle soit fructueuse, qu'elle soit complète. Or, par complet nous n'entendons pas l'accumulation de détails inutiles, mais bien la réunion, l'ensemble des éléments indispensables à une conclusion pratique. Comment se fait-il donc, malgré la conviction où nous sommes tous de la nécessité de bien observer, que ce soit assez souvent le côté faible de notre profession? Je n'en cherche pas ici les raisons; chacun n'a qu'à faire son examen de conscience, et la réponse sera bientôt faite.

Je dirai seulement que jamais on ne saura trop de gré à un homme dont nous honorons tous le caractère, à M. Louis d'avoir su contraindre la jeunesse à observer avec méthode et régularité.

Ne vous récriez pas à l'avance sur le trop de longueur des observations, car je répondrai qu'il est plus facile d'élaguer le superflu que d'ajouter ce qui manque; là au moins l'imagination ou l'invention ne peuvent pas prendre la place du vrai. Je sais comme vous que l'observation est souvent bien difficile à mener à bonne fin, et qu'il est encore plus difficile d'appliquer avec justesse la statistique à l'art de guérir; mais il n'en est pas moins vrai que l'expérience n'est que la somme des faits bien observés.

Cette vérité établie, vous verrez comment il a pu arriver que dans certaines questions essentiellement pratiques nous n'ayons pas toujours trouvé tous les éléments nécessaires pour formuler une conclusion. La raison en est, qu'au lieu de faits précis et en nombre convenable, nous n'avons quelquefois rencontré que des souvenirs. Or, cela ne suffit pas; et c'est là un défaut que j'ai cru devoir vous signaler dès le début : c'est une lacune qu'il faut désormais faire disparaître.

Certes la mission de la Société de chirurgie, qui a déjà bien grandi dans l'esprit public, serait plus grande encore si chacun de ses membres prenait la ferme résolution de n'apporter ici que des faits complets. Que de questions impossibles à traiter pour un seul homme trouveraient ainsi une solution prompte; que de temps précieux ménagé, et que de cruelles écoles épargnées!

Ce n'est pas que jusqu'ici la Société n'ait souvent fait de louables efforts pour arriver à ce perfectionnement; on peut même dire que par l'ensemble de ses travaux et de ses discussions, elle est entrée dans une voie qui lui fait honneur. Mais pour qu'elle marche sûrement dans cette voie sans en dévier, il faut que sans cesse elle ait présent à la pensée que sans l'observation il n'y a point de sécurité dans la pratique, et que l'observation incomplète ne peut engendrer que le doute et l'hésitation.

Si encore ces doutes, ces incertitudes n'existaient que dans des maladies rares ou dans l'application de méthodes de traitement nées d'hier, on le concevrait. Mais il n'en est pas ainsi; ce sont, au contraire, les affections les plus communes et les méthodes de traitement les plus anciennes qui sans cesse sont remises en question.

Les rétrécissements de l'urètre ne datent pas d'hier. Le bon roi Henri, dit la chronique, en souffrit cruellement; il dut même passer par la cautérisation et les scarifications. Et à une époque moins éloignée, lorsque Daran remit la dilatation en vogue, tant de personnes avaient peine à voir clair à leurs affaires, qu'on ne parlait plus que de bougies à la cour. La chose en arriva jusqu'aux oreilles de la reine, qui voulut savoir de quoi il s'agissait. L'explication était délicate; un homme d'esprit s'en tira par un bon mot. Mais les pauvres malades s'en tirent-ils aussi facilement? Malheureusement non. Questionnez ceux qui ont passé par la cautérisation, les débridements ou le formidable cathéter de Mayor; écoutez leurs réponses. S'il y a eu des guérisons, combien aussi n'y a-t-il pas eu d'amers regrets!

L'an passé, vos dernières discussions avaient porté sur la valeur de l'urétrotomie; cette année, la première séance s'ouvrit par un discours de Vidal (de Cassis) contre l'emploi trop généralisé de cette méthode. Notre regrettable collègue employa dans cette circonstance tout son esprit et toute son expérience pour en faire ressortir les dangers, et fut fortement soutenu par M. Lenoir, qui n'admit également les opérations sanglantes pratiquées sur l'urètre que comme une méthode exceptionnelle. Par contre, vous entendîtes MM. Maisonneuve et Reybard préconiser l'urétrotomie comme une méthode souveraine : dans bon nombre de rétrécissements la guérison serait instantanée, radicale; c'est à peine si on aurait des accidents à craindre. Enfin M. Bonnet (de Lyon), dans une importante communication, vous a dit que dans les rétrécissements compliqués de fistules, non-seulement il débridait largement, mais qu'il cautérisait avec une énergie qui vous a un peu effrayés. Cependant les résultats qu'il vous a cités sont de nature à enhardir les plus timorés. Où donc est la vérité; où sera le salut?

A une époque où la presse périodique s'empare de questions qui ne devraient être traitées que dans les journaux scientifiques, jugez de l'embarras où se trouve le malheureux atteint de rétrécissement de l'urètre; à qui doit-il se confier?

En présence d'une semblable incertitude, ne trouvez-vous pas qu'il serait urgent que chacun s'empressât de recueillir avec soin les faits de rétrécissement de l'urètre qu'il aura occasion d'observer? Et puisque la discussion n'est pas terminée, il sera possible, lorsqu'elle reviendra à l'ordre du jour, d'établir quels sont les cas où la dilatation suffit, dans quels cas il faut recourir à la cautérisation ou à l'urétrotomie, et quels sont les procédés préférables. De cette manière, comme l'a si bien dit M. Lenoir, la discussion ne serait pas prématurée, et elle fournirait des résultats utiles à la pratique.

Tout à l'heure je vous parlais du malheureux atteint de rétrécissement de l'urètre, je vous faisais part de son incertitude au milieu de tant de méthodes; eh bien, si grande que soit son irrésolution, bien certainement elle ne sera rien en comparaison de ce qu'eût été la vôtre si, il y a quelque temps, on vous eût consulté sur l'opportunité de l'opération du bec-de-lièvre dès les premiers jours de la naissance. Certes là encore la question n'est pas neuve, les procédés ne manquent pas; vous avez pu entendre exposer dans cette enceinte les méthodes les plus ingénieuses pour éviter les accidents et obtenir un beau résultat. Or, qu'est-il résulté de la dernière discussion, dans laquelle MM. Denonvilliers, Michon, Guersant, Danyaux ont fourni de précieux documents? C'est que bien certainement la majorité des membres de la Société est revenue de l'idée qu'il fallait opérer le bec-de-lièvre dès les premiers jours de la naissance.

Que s'est-il donc passé dans une année pour amener un pareil changement! Il y a eu tout simplement un exposé réel des succès et des insuccès obtenus suivant l'âge des enfants opérés, suivant le défaut de conformation ou le procédé mis en usage; c'est que pour la première fois vous avez pris en considération la question de viabilité chez ces mêmes enfants; c'est qu'enfin, mettant de côté les souvenirs, vous avez voulu des faits précis. Alors, malgré la faible proportion de ceux qui vous ont été cités, la vérité a commencé à se faire jour, et les résultats ont parlé.

Si les faits ont une éloquence qui porte avec elle la conviction, pourquoi les négliger? Voulez-vous sortir de cette interminable discussion sur l'unité ou la dualité du virus syphilitique, sur la transmission réelle ou impossible des accidents secondaires? Des faits, vous disent les partisans de telle ou telle opinion, et nous sommes tout prêts à modifier la nôtre. N'est-ce pas là ce que vous avez entendu répéter cette année encore par plusieurs d'entre vous? Or, si les doctrines ont de l'importance, il y a d'autres questions tout aussi graves, que des observations bien recueillies peuvent seules élucider; et comme il ne s'agit rien moins que de la responsabilité médicale, permettez-moi, messieurs, de m'y arrêter quelques instants.

Vous n'avez pas oublié de quelle grave question la Société fut saisie au commencement de l'année par notre honorable collègue le docteur Pauli (de Landau). Un médecin allemand avait été condamné par le tribunal de Bamberg à la détention, comme convaincu d'avoir transmis la syphilis à un certain nombre d'enfants en leur inoculant la vaccine.

Un appel fut fait à diverses sociétés savantes pour prouver combien l'accusation était peu fondée. Je ne vous rappellerai pas la discussion qui suivit le rapport de M. Broca; mais je dirai qu'il eût peut-être suffi, pour convaincre les personnes les plus prévenues et les plus étrangères à l'art de guérir, de leur lire le rapport de M. Husson, adressé en 1822 au ministre de l'intérieur au nom du comité de vaccine. En reproduisant des faits aussi éloignés, on ne pouvait pas suspecter le corps médical de vouloir sauver un confrère coupable, et si le tribunal de Bamberg eût connu ce travail, il se fût évité le déplaisir de voir son arrêt réformé.

Voulez-vous une autre preuve de ce que peut faire l'observation bien dirigée, lisez le rapport si remarquable fait par M. Moissenet au nom de la commission chargée d'examiner les résultats du traitement du cancer par la méthode du docteur Landolfi. Jamais peut-être question plus difficile ne fut résolue en si peu de temps, et jamais peut-être illusion plus grande ne fut aussi complétement détruite. Pourquoi? Parce que les observations furent rédigées avec un soin extrême et que les résultats définitifs furent exposés au grand jour (1).

Je vous ai parlé à dessein des caustiques, parce que depuis quelque temps cette méthode ancienne semble reprendre une nouvelle faveur. Vous avez eu, dans cette année seule, sur ce sujet, plusieurs travaux très-intéressants de MM. Maunoury et Salmon (de Chartres). Et quand je ne citerais la communication de M. Bonnet (de Lyon) que pour rappeler qu'il a sauvé par ce mode de traitement trois étudiants prêts à succomber des suites de piqûres anatomiques, c'est assez vous dire toute l'importance que peut avoir la cautérisation en chirurgie, et le soin que nous devons apporter à l'étude de son emploi, sans nous laisser aller cependant à trop d'entraînement. Or comment établir d'une manière certaine dans quelle limite il faut, dans les affections chirurgicales, recourir à cette méthode, si ce n'est en notant avec soin les résultats dont nous sommes témoins?

Comment renier la puissance de l'observation, lorsque nous voyons tout ce qu'elle a fait naguère dans une question des plus complexes? Depuis que votre attention s'est fixée sur le plus ou moins de malignité de certaines tumeurs, un des hommes les plus laborieux de notre époque, notre collègue M. Lebert, a modifié ses opinions; et dans son magnifique *Traité d'anatomie pathologique*, il dit (page 188) : « La » tendance aux récidives dans les tumeurs fibro-plastiques ne saurait » plus être révoquée en doute aujourd'hui; c'est elle qui nous avait » échappé dans nos premières publications sur ce sujet. » Par quelle voie est-on parvenu à prouver que ces tumeurs non cancéreuses et réputées bénignes récidivaient avec une rapidité effrayante, qu'elles pouvaient indistinctement envahir tous nos tissus et constituer une véritable diathèse? On y est arrivé par la volonté. On s'est mis en quête de tous les faits, on les a suivis avec persévérance, on vous les a exposés dans toutes leurs phases; en un mot, il y a eu, pour atteindre la solution de cette difficulté, un véritable *consensus omnium*.

Vous me direz peut-être qu'à m'entendre insister aussi longuement sur les avantages de l'observation, on serait tenté de croire que la Société de chirurgie méconnaît trop souvent la valeur des faits recueillis avec soin. Si on voulait tirer de mes paroles une semblable conclusion, on se tromperait fort. Dieu merci! vos travaux sont là pour prouver le contraire. Mais, comme avant tout je vous dois la vérité, il m'a suffi de rencontrer quelques faits incomplets pour attirer toute votre attention sur ce défaut. Et de même que je ne crains pas de vous signaler une lacune, je vous dirai, avec la même franchise, que cette année bon nombre de questions importantes ont été étudiées avec un soin et une persévérance dignes d'éloges.

Ainsi, comment ne pas vous parler de l'empressement avec lequel M. J. Roux (de Toulon) vous communique tout ce qui a trait aux amputations des extrémités inférieures, et du zèle que M. Verneuil apporte à poursuivre ses recherches sur ce sujet plein d'intérêt?

(1) *Rapport sur le traitement des maladies cancéreuses par la méthode du docteur Landolfi à l'hospice de la Salpêtrière en* 1855, publié par l'administration générale des hôpitaux.

Dans la question des enchondromes, ne trouvons-nous pas encore cette année de nombreux éléments d'étude dans les faits présentés par MM. Richet, Guérin, Demarquay, et dans la savante analyse faite par M. Giraldès de tout ce qui avait paru en Angleterre sur cette question?

A une époque antérieure, vous vous étiez occupés de l'éléphantiasis du scrotum; eh bien, cette année, les intéressantes communications de MM. Clot-Bey et Goyrand, et le rapport si complet de M. Larrey, nous ont fourni des détails précieux pour l'étude de ce sujet.

On a le droit d'être exigeant avec ceux qui sont riches, et lorsque notre excellent collègue M. Michon, dans un de ces rapports malheureusement beaucoup trop rares pour nous, disait avec raison que les faits présentés par M. Drouineau (de La Rochelle) prouvaient hautement que la lithotritie était tombée dans le domaine de tous les chirurgiens, ne croyez-vous pas que le public n'eût quelque raison de dire : Mais que ne donnez-vous un peu les preuves de ce que vous dites en publiant les observations?

Les faits sont tout; voyez où en serait encore pour beaucoup de personnes la question de la ligature des veines dans les grandes opérations sans la discussion de cette année! Cette pratique, contre laquelle la théorie s'est trop souvent élevée, s'est trouvée justifiée par les observations citées dans le rapport de M. Follin sur les travaux de M. Coste (de Marseille). Et si à une certaine époque la ligature de la veine fémorale a été regardée comme plus grave par ses suites que la ligature de l'artère crurale, c'est qu'on n'était pas fixé comme aujourd'hui, ainsi que l'ont démontré MM. Richet et Verneuil sur l'existence d'anastomoses entre la partie supérieure de la veine fémorale et les veines pelviennes.

De même que nous sommes revenus des dangers exagérés de la ligature des veines, et que nous la considérons, dans beaucoup de cas graves, comme un moyen hémostatique précieux; de même aussi nous avons modifié nos idées sur la nécessité de la désarticulation coxo-fémorale dans les plaies d'armes à feu. Rappelez-vous le travail de M. Legouest sur cette question. Comment est-il arrivé à cette conclusion, que l'expectation a sauvé beaucoup plus de malades que l'amputation soit primitive, soit consécutive? En vous présentant des faits auxquels sont venues se joindre les observations de MM. Cloquet, Larrey, Huguier, Giraldès, Denonvilliers et Forget.

N'est-ce pas encore par des faits recueillis avec soin que notre bon collègue M. Monod vous a démontré la nécessité de modifier les règles de la ponction de la vessie dans les cas d'hypertrophie de la prostate.

J'ajouterai que ce n'est pas seulement au point de vue pratique que les moindres détails ont de l'importance. Ainsi, qu'une femme mette au monde un enfant présentant des traces de fractures; ce n'est plus seulement au point de vue de la tératologie ou de l'histoire du rachitisme qu'il sera indispensable de bien établir si pendant la grossesse la mère aura fait une chute ou subi quelque violence, car cette question peut devenir une question médico-légale, ou intéresser la responsabilité de l'accoucheur. Aussi, sous tous ces rapports, les observations de MM. Danyau, Broca, Guersant et Houel ont un très-grand intérêt.

Maintenant, si les travaux que je viens de citer ne suffisaient pas pour prouver votre activité, je vous rappellerais la continuation des recherches faites cette année encore sur les tumeurs rétro-utérines, sur les bénéfices de l'autoplastie dans les cicatrices vicieuses de la face, sur l'action du perchlorure de fer dans les tumeurs érectiles, sur le traitement des fistules lacrymales. Je vous dirais : Voyez encore les faits curieux d'exostoses éburnées qui vous ont été communiqués, la série d'observations de résections du maxillaire inférieur sans rétraction de la langue, et enfin la discussion sur les fractures en coin sur lesquelles notre honorable président avait attiré votre attention.

Non, on ne peut pas douter de l'activité incessante d'une Société lorsque dans une année seule elle réunit un pareil nombre de communications, lorsque le zèle des correspondants, loin de s'affaiblir, va toujours croissant, et que nous voyons l'un d'eux, M. Tharsile Valette, trouver encore au milieu des fatigues de la campagne de Crimée le temps de nous adresser un long travail sur le résultat des amputations.

Ce n'est donc pas là ce qui laisse à désirer; mais, pour le public, pour la science, pour nous-mêmes, il faut encore plus : il faut que cette activité soit toujours bien employée. Et ce n'est pas seulement vers les questions du jour qu'elle doit être dirigée, comme si la nouveauté seule avait de l'attrait, mais c'est surtout vers ces questions anciennes qui, malgré une pratique journalière, sont sans cesse remises à l'étude et sans cesse abandonnées.

Sous plus d'un point, les sociétés savantes ont bien des rapports avec les ordres religieux qui firent tant pour les lettres; elles ont une mission bien déterminée : elles ont à faire ce que l'homme ne peut faire dans la vie la mieux remplie; héritant des recherches de ceux qui ne sont plus, elles doivent les continuer, les faire fructifier. En peu d'années, la mort ne nous a-t-elle pas trop souvent montré que le laboureur ne voit pas toujours mûrir la moisson. Que sont devenus Bérard jeune, Pravaz, Gerdy, Vidal, enlevés dans la force de l'âge? Leurs idées, leurs recherches doivent-elles donc mourir comme eux? Non, c'est à vous à les étudier, à les développer. Si à certaines époques les travaux de certaines corporations religieuses ont eu une influence immense sur la marche des sciences et des lettres, pourquoi n'auriez-vous pas aussi le désir d'imprimer par votre exemple une salutaire impulsion aux autres sociétés savantes?

Puisqu'il suffit pour faire avancer la science de vouloir et de bien observer, ne laissons échapper aucune occasion de lui faire faire un progrès; ne nous laissons pas rebuter par toutes les difficultés que présente ce travail de persévérance. Songeons à l'influence que peut avoir sur les travaux scientifiques la ferme volonté d'une Société qui n'a d'autre ambition que celle de bien faire, et bien pénétrés de cette vérité que le doute et les contradictions ne naissent que d'observations fautives, prenons tous l'engagement d'être de plus en plus exigeants avec nous-mêmes; profitons de l'exemple du passé, et quelle que soit la destinée réservée à cette Société, que toutes les années qui lui restent à parcourir soient marquées par un progrès véritable; voilà ce que nous devons tous désirer, voilà où doivent tendre tous nos efforts.

La Soubd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 83. — MARDI 14 JUILLET 1856. (29e ANNÉE.) N° 83. — MARDI 14 JUILLET 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

Paris, le 14 juillet 1856.

Après avoir entendu dans la dernière séance de l'Académie de médecine la lecture du mémoire de M. Godelier sur le typhus observé au Val-de-Grâce de janvier à mai 1856, et partageant avec tout l'auditoire le sentiment d'intérêt et de satisfaction qu'elle a inspirée, nous nous promettions d'en présenter un résumé à nos lecteurs. Mais après avoir lu avec attention le mémoire du savant professeur du Val-de-Grâce, nous n'avons pas tardé à reconnaître tout ce qu'un travail de cette valeur et de cette importance perdrait d'intérêt à être abrégé. Nous le publions donc tout entier, convaincu que nos lecteurs nous sauront gré de mettre sous leurs yeux un travail qui est à la fois une éloquente histoire de l'un des épisodes les plus intéressants de l'épidémie de typhus à laquelle l'armée de Crimée a été en proie, et une démonstration des plus nettes et des plus péremptoires des principes que nous avons soutenus jusqu'ici à l'égard de la spécificité d'origine et de nature de cette affection.

RÉSUMÉ D'UN MÉMOIRE SUR LE TYPHUS

observé au Val-de-Grâce de janvier à mai 1856 ;

Lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 8 juillet 1856,

Par le docteur Ch. Godelier, professeur de clinique médicale à l'École impériale du Val-de-Grâce.

Aux mois de décembre et de janvier derniers, alors que les premiers régiments rappelés de Crimée touchaient le sol de la France, rien ne faisait soupçonner encore que des hommes embarqués bien portants sur la mer Noire débarqueraient avec le typhus.

Ces troupes, que les voies de fer ou des marches plus ou moins rapides éloignèrent aussitôt de Marseille, y laissèrent cependant quelques typhiques, en déposèrent quelques autres sur leur passage, et apportèrent enfin au lieu même de leur destination lointaine des hommes chez lesquels la maladie devait se développer plus tardivement. C'est ainsi qu'un certain nombre de ces cas a pu se produire à Paris même.

Presque tous ont été fournis par le même régiment, qui envoyait ses malades au Val-de-Grâce, où il m'a été donné de les recevoir pour la plupart à la clinique de cette École. C'est ainsi que, presque seul avec mes collègues de cet établissement, j'ai eu l'occasion très-inattendue de voir à Paris, en 1856, le typhus qui s'y était montré à la fin des guerres de l'Empire, et qui, disparaissant avec elles, n'y avait plus reparu depuis 1814.

Cette fois du moins son apparition n'aura été que très-passagère. Au bout de quatre mois, il n'en restait plus de traces. C'est dans cet espace de temps que j'ai recueilli moi-même soixante et quelques observations qui font la base d'un travail dont je viens vous présenter le résumé.

Un événement médical si rare à Paris et d'une importance si considérable à la fois à cause des questions de fait et de doctrine soulevées plutôt que résolues par les travaux publiés sur le typhus et la fièvre typhoïde depuis une vingtaine d'années, tant à l'étranger qu'en France, m'a paru digne de l'intérêt de votre savante Compagnie et de la bienveillante attention que je la prie de m'accorder.

Vous savez que plusieurs régiments revenant de Sébastopol firent leur entrée à Paris vers la fin de décembre et dans les premiers jours de janvier, et j'ai dit qu'à très-peu d'exceptions près tous les typhiques avaient été fournis par le même corps. C'est le 50e régiment de ligne. Je me hâte d'ajouter qu'ils l'ont été presque uniquement par les deux premiers bataillons de ce régiment. Une préférence morbide aussi exclusive fait présumer d'une manière à peu près certaine que cette fraction principale du corps a dû se trouver dans des circonstances spéciales.

L'aide-major qui l'accompagnait, M. le docteur Frison, l'un de nos jeunes médecins les plus capables, a bien voulu m'en envoyer un récit détaillé, que j'abrége autant que possible.

L'histoire médicale du 50e est, en résumé, celle de l'armée d'Orient. Le choléra pendant et après l'expédition de la Dobrutscha, le scorbut, la fièvre typhoïde, les diarrhées aiguës et chroniques sur le plateau de la Chersonèse, puis les fièvres palustres nées des bords de la Tchernaïa, tel est l'ensemble d'affections produites par des causes qui leur imprimaient souvent un cachet typhoïde, et laissaient du moins à leur suite une débilité réelle de l'organisme. Cependant le vrai typhus était inconnu au 50e avant son embarquement pour la France. Je dirai même qu'à cette époque l'état sanitaire du régiment était de nature à éloigner toute crainte d'invasion typhique. Les 1,300 hommes dont il se composait (il avait versé ailleurs ses recrues) étaient la plupart d'anciens soldats endurcis au métier des armes. Presque tous, à l'exception de quelques convalescents de fièvre intermittente et de diarrhée chronique, jouissaient d'une bonne santé relative, et la joie du retour en France leur faisait oublier bien des fatigues.

Le 50e s'embarque à Kamiesh, le 13 novembre, sur deux navires à voiles américains. Les deux premiers bataillons, moins la compagnie de voltigeurs du 2e, prirent passage sur le *Monarque-des-Eaux*. Cette compagnie et le 3e bataillon furent reçus à bord de l'*Edgard*, et effectuèrent leur traversée en trente jours, pendant lesquels ils n'eurent aucun cas de typhus.

Les passagers du *Monarque* devaient éprouver un sort bien différent. Ce navire de transport, y compris ses 45 marins d'équipage, portait 800 hommes. Il mit cinquante jours pour se rendre à Marseille.

Le *Monarque* est un peu plus grand qu'un vaisseau de guerre à deux ponts : mais cet avantage est plus que compensé par l'absence de sabords, dont l'ouverture pendant le jour eût favorisé considérablement l'aération du bâtiment.

Il est partagé en trois étages. L'inférieur renfermant une grande quantité de matières putréfiables qui se décomposèrent et donnèrent lieu à un dégagement de gaz méphitiques, auquel il fallut remédier par un nettoyage général courageusement exécuté par le soldat et par l'aspersion de chlorure de chaux liquide.

Le deuxième pont, réservé à la troupe, recevait l'atmosphère extérieure au moyen de plusieurs conduits verticaux, et ne communiquait largement qu'avec l'étage supérieur, où se déversait une grande partie de miasmes de la cale. C'est dans cet espace, occupé par près de 800 hommes, que, dans sa précédente traversée de Marseille à Kamiesh, le *Monarque* avait logé 350 chevaux qui y avaient laissé des traces de leur séjour. En ce moment même, il avait fallu placer à l'une des extrémités de cet entre-pont quatre chevaux et une demi-douzaine de bœufs. C'était une écurie infecte. Dès qu'on y pénétrait, on était vivement impressionné par une odeur des plus nauséabondes. Telle est l'atmosphère saturée encore par les émanations de tant d'hommes entassés qu'il a fallu presque constamment respirer pendant cinquante jours. Que pouvaient les mesures hygiéniques en présence de ces détestables conditions longtemps subies ?

La troupe recevait deux rations de vin par jour, de la viande fraîche ou salée, du lard, du riz, du biscuit et du pain; mais les légumes frais firent toujours défaut. Le soldat finit par se dégoûter de la viande et du riz, et la préparation des aliments laissant beaucoup à désirer, il ne se nourrissait presque exclusivement de café et de biscuit, et son alimentation devint dès lors très-insuffisante. Ajoutons encore le défaut d'exercice corporel, le mal de mer par le gros temps et l'ennui, l'ennui presque intolérable d'une situation qui semblait se prolonger presque indéfiniment.

C'est au milieu de ces conditions anti-hygiéniques si fatalement accumulées que le typhus prit naissance. Il se déclara le quinzième jour de la traversée, dans la rade de Milo. Jusqu'à ce moment, l'état sanitaire avait été très-satisfaisant. Du 1er décembre au 25, jour de l'arrivée à Malte, 15 hommes furent atteints. Un seul mourut à bord, les autres furent laissés dans l'île.

En débarquant enfin à Marseille le 1er janvier, on dut envoyer 25 typhiques à l'hôpital de cette ville. Les bataillons en partent le 3 et font deux jours de suite leur étape à pied par une pluie battante; les soldats, trempés jusqu'aux os, montent dans les wagons du chemin de fer et arrivent encore mouillés et transis à Paris le 5. Ils sont dirigés sur Bicêtre.

Ce refroidissement prolongé donna une violente impulsion à l'imminence morbide, et ajouta à la maladie de la plupart des malades atteints en janvier une complication particulière dont il faudra tenir compte.

L'origine du typhus du 50e est donc parfaitement évidente. Les conditions du long séjour au pied de Sébastopol avaient créé une prédisposition incontestable à son invasion; mais il n'est point à proprement parler d'origine criméenne. Il est né sur le *Monarque* et du *Monarque* même, comme pour confirmer une fois de plus, par un exemple frappant, ces paroles de Pringle :

« Lorsqu'en quelque temps que ce soit, l'air est resserré et » renfermé, il en résulte une fièvre d'une espèce particulière et » souvent mortelle. J'ai remarqué la même sorte de fièvre dans

LETTRE SUR LES IDIOSYNCRASIES.

L'archer doit premièrement savoir où il vise, et puis y accommoder la main, l'arc, la corde, la flèche et les mouvements. (Essais de Montaigne, liv. II, ch. I.)

Mon bon ami,

Nous allons naviguer sur une mer hérissée d'écueils et grosse de tempêtes; le pilote et les passagers y périront peut-être, qu'importe! mes intentions sont pures, et je veux vous placer en face de cette maxime espagnole : *Defienda mi Dios de my* (je prie Dieu qu'il me défende de moi-même).

Les savants chargés de votre instruction vous ont appris à connaître et à traiter les *maladies;* daignez écouter un homme de la campagne qui cherche à vous faire faire connaissance avec les *malades.*

Autant il était difficile de vous guider dans cette voie alors que vous suiviez les cours et les hôpitaux, autant il va être aisé de vous la faire suivre. Je vais vous conduire par la main, et vous sentirez combien sont peu solides les fondements sur lesquels vous avez assis votre science et la fragilité de votre art. Tout va nous servir d'exemples. Comme Socrate, nous philosopherons d'une façon vulgaire. Vous comprenez que s'il fallait mettre de grandes phrases à votre service, je devrais de suite renoncer à cet entretien.

Allons dans ce jardin, examinons les unes après les autres ces feuilles, nous verrons que pas une n'est pareille; par conséquent, pas une des branches, pas un des arbres ne seront entièrement semblables entre eux.

Il en est de même des fleurs et des fruits.

Prenez les grains de sable des allées, observez tour à tour leurs formes; ils présenteront de notables différences. N'en soyez pas surpris; aucun des innombrables galets qui bordent les mers n'a son pareil.

Promenons-nous dans les rues des villes, allons dans les réunions d'hommes, de femmes, d'enfants, pas un œil, pas un nez, pas une bouche ni aucune des autres parties du corps ne seront les mêmes; par conséquent, aucun visage, à plus forte raison aucun individu, ne sera identique à un autre.

Or, vous êtes instruit et vous avez lu les œuvres de Cabanis; vous savez quels sont les rapports du physique au moral; et tout en n'accordant à la matière que ce qui lui appartient, vous conviendrez que les formes extérieures modifient les instincts et les déterminations humaines; elles ont aussi une influence sur le tempérament de l'individu; de là des *idiosyncrasies à l'infini.* (*Ipsi animi magni refert quali in corpore locati sint, multa enim a corpore existunt quæ acuant mentem, multa quæ obtundant.*) Il importe beaucoup dans quel corps l'âme soit logée, car bien des qualités corporelles servent à aiguiser l'esprit et bien d'autres à l'émousser. (Cicéron.)

Dans nombre de cas, l'individualité et l'originalité sont si tranchées, qu'elles peuvent frapper les esprits les moins clairvoyants; mais souvent aussi il est plus difficile de reconnaître les idiosyncrasies.

En Grèce, beau et bon étaient synonymes, et ce n'était pas sans raison. Lavater et les autres physionomistes pensent ainsi. Quant à moi, j'ai plusieurs exemples prouvant que les individus ont les goûts et les penchants des animaux auxquels ils ressemblent. J'ai vu entre autres une fille (*una trovatella*) à Bellinzona, ville de la Suisse italienne, servante de basse-cour dans une hôtellerie; son occupation principale était de soigner les cochons; elle affectionnait ces animaux, en avait les allures et le visage.

Ne voyez-vous pas, mon ami, tout le monde faire chacun à sa façon; buvant, mangeant, l'un d'une manière, l'autre à l'opposé; pensant et agissant en sens divers; les uns voulant blanc, les autres noir; ceux-ci trouvant des délices dans ce qui serait insupportable à ceux-là?

En voici qui sont insensibles aux morsures de la vermine, qui la croquent avec plaisir; ils boivent des liqueurs brûlantes, mangent de la chair humaine, savourent de l'huile de poisson pourri. Les autres, au récit que nous en faisons, sentent leur cœur se soulever, tout cela leur fait horreur; ils ne sauraient entendre des sons tant soit peu discords, ni toucher la moindre chose sordide.

Combien un homme ressemble peu à un autre, et quelles distinctions vous aurez à établir à chacun des malades que vous allez voir!

Si seulement une fois fait on restait avec la même idiosyncrasie pendant toute sa vie, le médecin placé dans une localité n'aurait que cinq

» des vaisseaux de transport trop chargés de monde et retenus » longtemps en mer par des vents contraires, ou bien, lorsque » dans des temps orageux, les hommes sont pressés les uns contre » les autres et que les écoutilles sont fermées. »

Ce typhus, pour avoir pris naissance dans ces circonstances spéciales, s'est-il montré différent de celui que d'autres militaires ont contracté en Orient ou à Paris même au contact des passagers du *Monarque?* S'il est permis de juger sur un petit nombre de cas, je me prononce pour la négative; mais la comparaison de ma relation avec celles qui nous viendront d'Orient et des villes du midi de la France, permettra seule de résoudre cette question.

Du 7 janvier au 1er février, le 50e a envoyé 90 typhiques à l'hôpital, et 18 seulement du 1er au 20 février, date du dernier cas qu'il a fourni.

En tenant compte du chiffre quotidien des entrées, on voit décroître de plus en plus avec lui, à partir du 20 janvier, l'influence de l'affection puisée à bord du *Monarque;* mais ce qui est remarquable, c'est que le germe morbide ait sommeillé pendant plus de cinquante jours, chez certains individus après le débarquement, pour se manifester au bout d'un temps si long avec tous ses caractères spécifiques.

Le 3e bataillon de chasseurs à pied a présenté des exemples d'incubation au moins aussi prolongée. Tout exceptionnels qu'ils sont, ils montrent cependant que la cause morbifique peut conserver pendant plus de deux mois sa puissance d'action, loin des circonstances qui l'ont engendrée. Cette persistance du principe morbide dans l'économie et sa lenteur d'évolution n'avaient pas échappé à Pringle. Il ne semble pas, toutefois, lui avoir assigné d'aussi larges limites; mais Bancroft, en Espagne, en 1809, a noté des cas survenus soixante-huit jours après l'infection.

Il est aujourd'hui parfaitement établi que les maladies contagieuses ne le sont pas partout et toujours au même degré, et que la communicabilité d'une même affection, le choléra, la fièvre typhoïde, par exemple, peut se montrer très-évidente, ou douteuse, ou nulle, selon des conditions générales ou individuelles encore très-imparfaitement connues et très-difficiles à préciser. Cette mystérieuse variation d'activité du principe contagieux pourrait parfois faire nier qu'il existe encore, tandis qu'il est seulement endormi. La manière dont le typhus s'est comporté au Val-de-Grâce offre, à cet égard, un enseignement des plus dignes d'intérêt.

Les typhiques, reçus d'abord indistinctement dans les différents services de fiévreux, furent bientôt dirigés de préférence sur les salles de clinique. Là, pendant trois mois, mêlés en plus ou moins grand nombre aux autres malades, leur présence n'exerce sur aucun d'eux la moindre influence. Les fièvres typhoïdes marchèrent côte à côte des typhus sans se ressentir d'un tel voisinage. Ni les infirmiers, ni les jeunes médecins de l'Ecole attachés à mes salles, ni ceux qui pratiquèrent les autopsies n'éprouvèrent le moindre effet du contact journalier des typhiques. Il en fut de même dans les autres services; de sorte qu'il semble que cette expérience était suffisamment prolongée pour permettre d'affirmer que le typhus, qui exerçait en ce moment même de si cruels ravages en Orient et dans quelques villes du Midi sur les infirmiers et les médecins, avait perdu, en parvenant jusqu'à Paris, sa faculté de transmission. Rien ne s'opposait à cette conclusion, si ce n'est qu'en fait de contagion les faits négatifs ne sont jamais une preuve absolue.

En effet, tandis qu'à une seule exception près, qui ne devait se produire que plus tard, aucun des hommes qui entrèrent en contact avec les typhiques, au Val-de-Grâce, ne fut contaminé par eux, trois des quatre sœurs de mon service contractèrent le typhus. L'une d'elles, la sœur Louise, qui succomba, le communiqua à la sœur Thérèse, attachée à la dépense, et qui n'avait jamais mis le pied dans les salles. La sœur Thérèse, à son tour, le transmit à l'une des sœurs qui la veillaient, de sorte que la maladie se montra aussi évidemment contagieuse à l'égard des femmes qu'elle avait paru non contagieuse à l'égard des hommes, et que je dus traiter les sœurs malades hors de la communauté.

A Bicêtre, le docteur Frison n'a vu que cinq cas se produire parmi les passagers de l'*Edgard*, après leur réunion avec les passagers du *Monarque*, et la compagnie de voltigeurs du 2e bataillon a joui tout entière d'une immunité complète.

En revanche, comme si tout devait être illogique en fait de contagion, le nommé Tixier, du 53e, qui n'a point été en Orient, qui ne s'est point trouvé caserné au voisinage de soldats revenus d'Orient, dont le contact avec ces derniers n'a pu avoir lieu que d'une manière fortuite et rapide, est entré le 6 avril dans mon service avec un typhus cérébral, dont il est mort.

Je possède un autre cas presque semblable.

Ainsi la contagion, qui se manifeste à peine dans les conditions les plus favorables en apparence, va frapper des individus qui semblaient en dehors de toute atteinte.

Le seul fait de transmission de malade à malade qui se soit produit au Val-de-Grâce mérite une mention toute spéciale. Le nommé Notrel était convalescent depuis quinze jours d'une fièvre typhoïde grave, quand Bossard, du 3e bataillon de chasseurs à pied, atteint d'un violent typhus, fut placé à côté de lui. Au bout d'une vingtaine de jours, Notrel présenta un typhus léger, mais parfaitement caractérisé par l'éruption pathognomonique de cette affection.

Cette transmission du typhus à un convalescent de fièvre typhoïde des mieux constatée est un argument de haute valeur en faveur de la spécificité distincte des deux maladies, et je lui donne ailleurs le développement qu'il réclame.

(*La fin à un prochain numéro.*)

HOPITAL COCHIN. — M. Beau.

Des rechutes de la fièvre typhoïde.

(Par M. Félix Barbrau, interne des hôpitaux.)

Plusieurs cas de rechutes de fièvre typhoïde s'étant présentés depuis peu à l'hôpital Cochin, et M. Beau ayant appelé notre attention sur ce sujet, nous saisissons cette occasion de présenter quelques remarques sur les *rechutes* ou *récidives* de la fièvre typhoïde.

Je chercherai d'abord à bien préciser le sens qu'on doit attacher aux mots rechute et récidive, et je ne pourrai mieux faire que de citer ce passage de la *Pathologie générale* de M. Chomel (1856, p. 408) : « On nomme rechute la réapparition d'une maladie qui » vient de se terminer, et dont la convalescence n'est pas encore » achevée; on doit entendre par récidive le retour d'une même » maladie après l'entier rétablissement du sujet.

» ...Les rechutes ne sont pas également fréquentes dans toutes » les maladies; il en est quelques-unes dans lesquelles elles n'ont » jamais lieu. Telles sont les fièvres éruptives contagieuses. Il en » est d'autres où elles sont rares, comme les péripneumonies ou la » pleurésie. Il en est d'autres enfin où elles sont très-communes, » comme les fièvres intermittentes...

» Il ne faut pas confondre les rechutes avec les récidives; celles-ci » reconnaissent pour cause tantôt une prédisposition particulière, » tantôt une exposition nouvelle aux causes occasionnelles ou spéci- » fiques de la maladie (rhumatisme, érysipèle de la face, fièvre » intermittente). »

Aux fièvres éruptives (variole, rougeole, scarlatine), qui ne rechutent pas ordinairement, nous joindrons la fièvre typhoïde. En effet, suivant l'opinion si judicieuse de notre savant maître M. Beau, nous pouvons classer cette affection au nombre des fièvres éruptives; leurs rapports sont nombreux. Comme la variole, par exemple, la fièvre typhoïde est contagieuse; elle ne rechute pas. Elle présente parmi ses principaux signes une éruption papulaire qui ne manque presque jamais, qui est caractéristique, et qui se développe non-seulement sur l'abdomen, mais encore sur la poitrine, les cuisses, etc., ainsi que j'en rapporterai plus loin un cas.

Les exemples de rechutes de fièvre typhoïde sont très-rares.

J'ai consulté les auteurs qui traitent de la fièvre typhoïde; j'ai lu avec la plus grande attention les observations nombreuses contenues dans leurs ouvrages, et je n'ai trouvé que deux cas bien véritables de rechutes, et encore chez des enfants.

MM. Chomel (Fièvre typhoïde, *Clinique médicale*, t. I, 1834), Andral (*Clinique médicale*, 1835), Louis (*Traité de la fièvre typhoïde*, 1841), Bouillaud (*Clinique médicale de la Charité*, 1837), Forget (*Entérite folliculeuse*, 1841), etc., etc., n'en présentent point d'exemples.

Plusieurs de ces médecins, sans nier d'une manière positive la récidive de la fièvre typhoïde, n'en ont cependant point observé.

Voici ce que dit à ce sujet M. Chomel (*loc. cit.*, t. I, p. 333) : « La fièvre typhoïde ordinairement n'affecte qu'une seule fois le » même individu; c'est ce qui ressort de tous les faits recueillis » jusqu'ici. Mais il ne serait pas étonnant que l'on rencontrât aussi » quelques exemples de récidives de l'affection typhoïde. »

Sur 134 individus que ce savant médecin a interrogés, il n'en est pas un dont le rapport ait pu faire présumer qu'il eût eu déjà cette maladie.

M. Louis, qu'il faut toujours citer quand il s'agit de fièvre typhoïde, dit que cette affection s'éloigne de la plupart des maladies aiguës par sa durée généralement longue, parce qu'elle peut se propager par voie de contagion, et parce qu'elle n'atteint le même individu qu'une fois dans sa vie.

Pour M. Forget, il paraît à peu près démontré que tel individu qui a eu une entérite folliculeuse ne l'aura plus désormais; mais il ajoute qu'il peut y avoir des exceptions qu'il explique par la non-destruction de quelques plaques de Peyer, qui, plus tard, deviendraient malades.

MM. Bouillaud, Valleix, Gendron et d'autres, admettent aussi que la fièvre typhoïde n'attaque jamais qu'une seule fois le même individu.

M. Grisolle (*Traité de pathologie interne*) dit : « Il paraît au- » jourd'hui démontré que la fièvre typhoïde n'affecte qu'une seule » fois le même individu. Je ne crois pas que jusqu'à présent on » ait observé un seul cas de récidive bien authentique. »

J'ai bien vu employer dans quelques ouvrages le mot rechute; mais en lisant avec soin les observations, j'ai pu me convaincre que ce qu'on appelait une rechute n'était qu'une continuation de la même maladie qui avait offert un bien-être momentané, qu'une aggravation des symptômes primitifs qui s'étaient amendés, mais n'étaient pas entièrement dissipés; il n'y avait pas eu une seconde maladie semblable à la première, il n'y avait pas eu entre les deux une convalescence franche.

Telles sont les observations XVIIe et XVIIIe du *Traité* de M. Louis. Ainsi, dans l'observation XVIIIe, l'individu, après dix-huit jours de maladie, présente l'état suivant : le délire cesse, toutes les fonctions s'améliorent, l'appétit revient, la faiblesse diminue, les selles sont rares, le malade prend un peu d'exercice et finit par manger la demi-portion; puis, au bout de cinq jours reparaissent la diarrhée, le délire, et la mort arrive rapidement. Ce n'est pas là une rechute, c'est une aggravation de la première maladie.

Dans l'observation XXXIVe du *Traité de l'entérite folliculeuse* de M. Forget, il s'agit d'une fille de dix-neuf ans qui entre à l'hôpital le 10 mars, et qui en sort guérie le 14. Elle rentre de nouveau le 3 avril et meurt le 5.

Peut-on appeler cela une rechute? Evidemment non. M. Bouillaud publie aussi une observation de rechute (*Clinique de la Charité*, t. Ier, obs. IX, p. 99); mais dans ce cas, la convalescence, qui aurait été de sept jours, n'était pas franche; il y avait toujours maladie; le pouls était de 80 à 88, la langue croûteuse; il y avait ballonnement du ventre, et le régime ne consistait qu'en du bouillon.

Il faut bien se rappeler que le mot rechute signifie une réapparition de la maladie première après la terminaison de celle-ci, à la fin de la convalescence, etc.

L'ouvrage de MM. Rilliet et Barthez sur les maladies des enfants, nous présente trois cas de récidive de fièvre typhoïde. Le mot rechute conviendrait peut-être mieux que celui de récidive, en raison du peu d'intervalle qui a séparé les deux maladies.

Deux de ces observations sont publiées avec détails dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* de 1841.

à six mille individus à étudier, et à la rigueur la chose pourrait peut-être se faire. Mais il n'en est pas ainsi; chaque sujet que vous visiterez sera atteint selon son âge, son sexe, sa profession; selon qu'il aura les yeux, le nez, la bouche, les oreilles et le reste de telle ou telle autre forme; qu'il sera grand ou petit, fort ou faible, riche ou pauvre, citadin ou campagnard, etc., etc.; il aura en outre son idiosyncrasie particulière.

Ajoutez à tout cela les influences locales, la constitution épidémique, alors le régime et la médication que vous lui imposerez seront utiles ou nuisibles, agiront ou n'agiront pas, selon une, plusieurs ou toutes ces circonstances.

Je vous vois : *Mus in pice* (une souris dans la poix). Actuellement faites de la médecine si vous l'osez; mais avant tout comprenez combien nous sommes dignes de pitié quand nous avons la prétention d'être sûrs de nous-mêmes au milieu d'un pareil dédale.

Ce n'est pas que je veuille vous conduire à l'incrédulité en médecine, loin de moi cette pensée; je ne partage nullement l'opinion de Platon (*de Republicâ*, liv. III, p. 621) en cette matière, quand il prétend que les médecins font une mauvaise provision pour un pays. Les vérités que je dis ne détruisent pas notre science et ne conduisent pas notre art au mépris; mais, selon l'expression italienne, *ogni medaglia ha il suo riverso* (toute médaille a son revers.)

Essayons de sortir de ce mauvais pas; vous allez voir, en procédant par ordre, que nous resterons honorables et que, loin de nuire à nos semblables, nous serons toujours en mesure de leur rendre de beaux et bons services.

Et d'abord : Mon fils, n'oubliez point ma loi, et que votre cœur garde mes préceptes (Salomon, *Proverbes*, chap. 3, verset 1). Si vous n'êtes pas muni par la nature du *sens médical*, je vous conseille de vous en tenir à votre science et de ne jamais vous aventurer dans la ténébreuse impasse de la pratique, car vous ne manqueriez pas de vous y fourvoyer d'une manière dangereuse pour vous et pour les autres.

Le sens, le coup d'œil médical, qu'est-ce?

Vous allez le savoir. Outre les nombreuses connaissances dont nous n'avons aucune idée, il y a des sens qui nous manquent; en voici les preuves :

Il n'y a aucune comparaison entre la finesse de l'odorat du chien et le nôtre, entre l'heureuse disposition de l'œil chez les insectes et notre organe de la vision : tous les avantages sont du côté des premiers.

En vertu de quelle loi naturelle cette anguille jetée sur la terre se dirigera-t-elle du côté d'une rivière qu'elle ne connaît pas?

Pourquoi ces pigeons envoyés à une grande distance dans une boîte close reviendront-ils à leur colombier?

Et cette jeune hirondelle captive, lâchez-la, elle va prendre sans hésiter le chemin suivi par ses compagnes parties pour hiverner.

Dans les végétaux, cette affinité du pollen pour l'individu femelle de son espèce; chose étrange! la poussière fécondante vient s'y déposer après avoir traversé les airs pendant dix, vingt ou trente lieues, sans ailes, sans voiles, sans gouvernail.

Et ces affinités chimiques dans les corps bruts? et l'aiguille aimantée, etc.?

Vous connaissez nos sympathies et nos antipathies naturelles pour ou contre les personnes, nos aptitudes ou notre ineptie pour ou contre les choses..... *et nunc intelligite.*

Tenez, ceci se présente à point nommé pour me faire dire ce que je pense d'un abus du siècle : c'est le népotisme. *Stirpem suam cuique benè olet*; et les savants qui sont pères se laissent trop souvent prendre à cette mauvaise odeur; ils ne font pas toujours de leurs fils de bons cordonniers ou d'adroits charrons, selon les aptitudes; ils veulent qu'ils leur succèdent, et de là (j'en excepte ceux qui ont du mérite, et il y en a qui portent le nom paternel avec éclat) un encombrement qui empêche les hommes capables d'arriver, empêtrés qu'ils sont par ces enfants de la faveur jetés en travers pour leur barrer le chemin.

Reprenons, car je tiens à vous faire comprendre la distance qui sépare de la vérité l'école matérielle créée par la clinique hospitalière, et les distinctions qu'il convient d'établir entre la matière, ses propriétés et le reste.

La *science* consiste à avoir les connaissances générales et particulières acquises;

L'*art* à comprendre le juste emploi et les bornes de ces connaissances, à leur demander tout ce que l'on peut exiger d'elles avec raison.

Le *discernement* est le balancier, le régulateur de tout.

Je désire que vous réfléchissiez très-mûrement avant d'agir; il n'y a

MM. Rilliet et Barthez les font précéder des remarques suivantes:

« La dothinentérie est une maladie essentiellement continue; et, » sauf quelques alternatives d'amélioration ou d'aggravation, elle » suit ses périodes accoutumées. Nous avons cependant observé » chez trois enfants une récidive survenue après une guérison » complète. Des trois malades dont il s'agit, deux étaient âgés de » onze ans, et un de treize ans. Chez deux d'entre eux, la maladie » s'était montrée sous forme bénigne; le troisième avait été assez » gravement atteint. Aucune cause ne peut expliquer la réapparition des symptômes typhoïdes. La convalescence avait été franche, » et nous avions gardé les jeunes malades plusieurs jours dans les » salles depuis leur guérison, etc. »

Voici maintenant le résumé sommaire de deux de ces observations :

1° Garçon de onze ans, entré à l'hôpital des Enfants le 5 mars 1839; malade depuis le 28 février.

Fièvre typhoïde assez grave; forme non caractérisée; plusieurs épistaxis à une époque assez avancée de la maladie.

La convalescence commence le 27 mars. Le jeune enfant sort de l'hôpital guéri, et retourne chez lui.

Le 11 avril, retour à l'hôpital. *Rechute.* Réapparition de presque tous les symptômes typhoïdes précédemment observés.

Le 1er mai, commencement de la deuxième convalescence.

Le 19, guérison complète et définitive.

Les deux maladies ont duré soixante-seize jours.

2° Garçon de onze ans, entré le 5 mars 1840; malade depuis huit jours.

Fièvre typhoïde bénigne; éruption abondante de taches lenticulaires et de sudamina.

Le 15 mai, commencement de la convalescence; c'est le dix-huitième jour.

Le 24 mai, guérison. Le jeune malade sort; il mange le quart depuis plusieurs jours.

Récidive au bout de onze jours.

Le 5 juin, retour à l'hôpital. Éruption typhoïde extrêmement abondante.

Du 10 au 16, la convalescence se prononce. Depuis le 12 il se lève.

Le 20, la guérison est complète. Les deux maladies ont duré cinquante jours environ.

L'auteur d'une thèse soutenue en août 1846 à Paris, dit avoir vu un cas qui ne lui laisse aucun doute sur la possibilité de la récidive de la fièvre typhoïde. Il s'agirait d'un homme observé pour la première fois à l'Hôtel-Dieu; et pour la deuxième fois à la Charité. L'observation aurait été recueillie dans les deux hôpitaux, et la maladie parfaitement bien caractérisée.

Malheureusement nous manquons totalement de détails, il faut nous en rapporter aux quelques lignes énoncées ci-dessus.

On le voit, les exemples de rechute de fièvre typhoïde sont bien rares, puisque dans la grande quantité d'observations sur ce sujet, on peut à peine en trouver deux ou trois.

J'ai donc cru qu'il serait intéressant de publier les faits que j'ai observés; c'est ce qui fera le sujet d'un deuxième article.

ACTION DU SULFURE DE CARBONE

CHEZ LES OUVRIERS EN CAOUTCHOUC.

Parmi les moyens destinés à rendre le caoutchouc propre aux usages auxquels il est aujourd'hui employé dans l'industrie, figure en première ligne sa dissolution en pâte plus ou moins liquide. La substance qui sert le plus communément à cet usage est le sulfure de carbone, liquide incolore, fluide à la manière des éthers, entrant en ébullition à 45°, et par conséquent très-volatil. Le sulfure de carbone, en vertu de cette facilité si grande d'évaporation, exerce sur la santé des ouvriers une influence que l'on ne soupçonnait pas et que le remarquable travail, récemment publié par M. le docteur Delpech, vient de nous faire connaître. C'est l'analyse de ce travail que nous allons donner ici, en la faisant suivre d'un fait très-intéressant recueilli par nous et actuellement encore sous nos yeux.

Symptômes de l'intoxication par le sulfure de carbone. — Une céphalalgie, le plus ordinairement très-intense, est le premier phénomène qui, dans l'immense majorité des cas, signale l'invasion de l'intoxication par le sulfure de carbone. A cette céphalalgie se joignent d'habitude des étourdissements, des vertiges avec rêves pénibles et même insomnie. Au bout d'un temps qui varie de quelques jours à quelques mois, il se manifeste du dégoût pour les aliments, des nausées et des vomissements; les digestions deviennent difficiles; chez certains sujets, il y a des alternatives de diarrhée et de constipation. En même temps, on voit survenir la perte des forces avec sentiment de courbature, et même douleurs dans les membres. L'intelligence ne tarde pas à subir à son tour l'action de la vapeur toxique : la mémoire se perd, le caractère se modifie, et devient chez quelques individus d'une gaieté puérile, et chez d'autres très-irritable; on a même observé de violents accès de fureur sans motif. Enfin, à un degré très-avancé, il y a une véritable paralysie du mouvement avec atrophie musculaire, et état cachectique.

Examinons maintenant d'une manière analytique, d'après M. le docteur Delpech, quels sont les désordres subis par les différentes fonctions.

Intelligence. — C'est la mémoire qui présente les altérations les plus constantes et les plus appréciables. Les ouvriers, dit M. Delpech, oubliaient ce qu'ils avaient à faire, et commettaient, au grand détriment de la fabrication, d'importantes erreurs dans les détails dont ils étaient chargés. A chaque instant, ils oubliaient les outils qu'ils venaient de placer près d'eux; ils éprouvaient dans les idées un grand vague, et ne pouvaient fixer avec suite leur attention sur un point. Quelques-uns, tout en conservant la netteté ordinaire de leurs idées, ne pouvaient les exprimer. Nous avons parlé des accès de fureur qui se montrèrent chez plusieurs ouvriers, et de l'agitation et de l'insomnie qui les tourmentent fréquemment.

Sensibilité générale. — Il y a presque toujours une violente céphalalgie continue, ou offrant des intervalles de calme. On observe dans les membres des douleurs analogues à celles du rhumatisme; ailleurs des fourmillements et des picotements dans les différentes parties du corps. Enfin, M. Bouchardat, qui a rencontré plusieurs de ces cas d'intoxication, a noté une légère diminution de la sensibilité des bras et des mains; mais ce dernier phénomène est assez rare.

Les *organes des sens spéciaux* sont fréquemment affectés; chez plusieurs la vue était affaiblie et comme converte d'un brouillard; chez d'autres, l'ouïe a été affectée, mais en général d'une manière peu marquée. Quant à l'odorat, la seule lésion constatée consiste dans ce fait que l'odeur du sulfure de carbone semblait aux malades imprégner tous les corps odorants.

Fonctions génitales. — Chez tous les malades hommes ou femmes, sauf un seul cas, les désirs vénériens et les facultés génératrices ont été amoindris, puis presque complétement abolis. C'est là une des particularités les plus remarquables de ce genre d'empoisonnement.

Appareil de la locomotion. — Les désordres de ce côté méritent au plus haut point de fixer l'attention. M. Delpech n'a observé que rarement une excitation caractérisée par des crampes, des contractions involontaires, ou même une contracture passagère; mais ces accidents ne tardaient pas à faire place au phénomène principal de la maladie, la faiblesse musculaire. Cette faiblesse est surtout très-prononcée dans les membres inférieurs : elle peut être portée jusqu'à l'impossibilité absolue de tout mouvement, c'est-à-dire jusqu'à une véritable paralysie. Quand les accidents en sont arrivés là, on observe une atrophie des muscles paralysés. Du reste, la contractilité électrique était conservée chez ceux des malades que M. Delpech a examinés à ce point de vue.

Appareils digestifs. — D'abord de l'anorexie, qui augmente et va jusqu'au dégoût, jusqu'à la nausée et même jusqu'au vomissement. « Ces vomissements, dit M. Delpech, revenaient à des époques variées; chez quelques-uns, c'était pendant le travail et hors du temps des repas. Ils étaient alors verdâtres et bilieux, non alimentaires; chez d'autres, ils se montraient après le déjeuner du matin et revenaient rarement dans la journée. Ils étaient constitués par les aliments que le malade venait de prendre. Les vomissements s'accompagnaient, en général, d'un malaise extrême, de sueurs froides, et laissaient les malades dans l'accablement le plus profond. » Chez plusieurs, on a observé une sorte de salivation ou plutôt de crachotement habituel. Plusieurs ont eu des coliques, d'autres de la constipation ou de la diarrhée, et quelquefois alternativement. M. Bouchardat paraît avoir rencontré très-fréquemment des coliques. Dans beaucoup de cas les matières présentaient l'odeur du sulfure de carbone.

La *respiration* n'offre rien de particulier, et l'essoufflement après la marche est tout simplement un phénomène de faiblesse.

Quant à la *circulation*, elle a été rarement accélérée, et ce n'est qu'accidentellement et d'une manière passagère que l'on a observé de la fièvre, ou plutôt des accès de fièvre irréguliers.

Sécrétions. — L'urine ne présente de particulier qu'une odeur très-prononcée de sulfure de carbone. Il y aurait là des recherches très-curieuses à faire sous le rapport de l'analyse chimique.

Cachexie. — « Sous l'influence des conditions dans lesquelles ils sont placés et des altérations survenues dans leur nutrition, les ouvriers tombent dans une cachexie plus ou moins profonde : ils sont pâles, leur peau est mate et un peu terreuse, leurs muqueuses décolorées. Enfin, des bruits de souffle vasculaire complètent les caractères d'une anémie qui ne présente rien de spécial..... Le plus ordinairement, toutefois, cette cachexie se complique de la persistance complète ou partielle des accidents dus à l'intoxication dont elle est la suite. La faiblesse générale, l'anaphrodisie, une sensation de vague dans l'esprit, sont les phénomènes qui l'accompagnent le plus fréquemment. »

En présence des rapports si directs qui unissent les effets avec leur cause, le *diagnostic* est nécessairement très-facile. Quand on saura qu'un malade présentant l'ensemble des phénomènes signalés plus haut travaille dans une fabrique de caoutchouc, on saura de suite à quoi l'on a affaire. Et d'ailleurs, il est un signe à peu près constant, et qui peut contribuer à faire éviter toute erreur; c'est l'odeur du sulfure de carbone exhalée par ces malades pendant l'expiration. A ce symptôme on reconnaîtra l'intoxication qui nous occupe, comme à l'odeur d'alcool on distingue certains cas d'ivresse profonde de l'apoplexie cérébrale.

Il serait assez difficile d'établir des périodes régulières dans la *marche* de cet empoisonnement. Le plus ordinairement les accidents marchent, comme nous l'avons dit d'abord, en exposant les symptômes d'une manière générale; mais cet ordre de succession ne se présente pas toujours très-exactement. Suivant M. Delpech, on peut admettre deux *formes*. Tantôt l'affection débute brusquement, et pour ainsi dire d'une manière *aiguë* : tel est le cas que nous avons observé et que nous relatons plus bas. Il se manifeste dès le principe une prédominance marquée des phénomènes originels, assez exactement comparés à ceux de l'ivresse alcoolique. Tantôt l'invasion est lente, progressive, et prend dès l'abord la marche *chronique*. Du reste, les soins plus ou moins grands que l'ouvrier prend de sa personne, son genre de vie plus ou moins régulier, les masses plus ou moins considérables de sulfure de carbone avec lesquelles il est mis en rapport, la durée plus ou moins longue du temps pendant lequel ces rapports existent, influent certainement et sur la violence de l'invasion, et sur l'intensité de l'intoxication. Ces mêmes influences agissent certainement aussi sur le temps plus ou moins long qui s'écoule avant que les premiers accidents se fassent sentir. Dans le travail publié par M. Delpech, on voit des cas dans lesquels c'est seulement au bout de deux ou trois ans que les premiers symptômes se sont manifestés; d'autres fois, c'est au bout de quelques mois. Chez notre malade, homme d'un certain âge et très-malheureux, se nourrissant mal, c'est au bout de deux ou trois jours que les accidents ont été portés au point de l'obliger à interrompre son travail. Du reste, le développement progressif est le mode d'invasion le plus ordinaire. Si le malade continue de travailler, les accidents peuvent augmenter rapidement d'intensité; si, au contraire, il suspend

---

pas de petites maladies; elles peuvent *toutes* conduire à la mort, et les plus légères, quoique n'y menant pas directement, servent souvent de biais pour nous y faire arriver.

Il ne faut pas que l'on dise de vous : Ce médecin introduit dans un corps qu'il ne connaît pas des médicaments qu'il connaît moins encore. Vous procéderez toujours *en étudiant très-longuement le sujet*, et il vous arrivera de trouver la cause d'un mal, qui, restée inconnue, eût enlevé votre malade. Ne vous contentez pas de la découverte des lésions matérielles; le plus souvent elles ne vous apprendraient pas la nature du mal, et vous en laisseraient ignorer le *fin mot*. Gardez-vous de vous en tenir à l'écorce; pénétrez jusqu'au cœur du bois, et une fois accoutumé à rechercher les principes pathogéniques, vous les trouverez avec une facilité dont vous n'avez nulle idée; souvent même il vous suffira d'un moment pour démêler la nature de la maladie. *Vous aurez alors le coup d'œil médical, qui, aidé du bon sens thérapeutique,* fera de vous un praticien hors ligne. Ne cessez pas pour cela d'être modeste, et c'est alors que votre exercice deviendra un plaisir; avec le contentement de vous-même la fatigue du corps et les ennuis de la profession ne vous atteindront plus... Vous aurez la foi!

Quoi qu'il m'en coûte, je dois ajouter que dans votre pratique vous devrez être en garde, sous peine de déceptions, contre cette croyance absolue en la parole de tous vos maîtres, confiance excessive qui vient de ce que le professeur enseigne en son âme et conscience, et qu'il croit fermement en la sienne. Ne vous figurez pas que la science et l'art viennent d'éclore. Il est à regretter que les savants chargés de donner l'instruction ne songent pas à dire aux élèves : Je vous enseigne ceci, mais je ne vous en impose pas la croyance; voyez les livres, consultez les anciens, lisez l'histoire de la médecine, étudiez la nature... puis réfléchissez.

Depuis des milliers d'années, comme aujourd'hui, les hommes d'élite travaillent à l'édifice; chaque siècle y apporte sa pierre. Il y a à peine vingt-cinq ans que j'appartiens aux études médicales, et j'ai déjà bien vu des changements. Tout le monde peut se tromper, et chacun en use largement. Ce qui dans un temps est article de foi, bientôt après est rejeté comme une grossière erreur. Soyez donc peu enclin à la nouveauté, parce que sur le grand nombre des maximes de ce temps aujourd'hui en vogue, presque toutes tomberont dans l'oubli; il y en a même dans le nombre qui, données comme nouvelles, ont déjà reçu plusieurs fois les honneurs de la sépulture.

Ce n'est pas, mon bon ami, que je veuille vous éloigner de vos maîtres, ces hommes de travail et d'intelligence respectables à tous égards, moi qui suis si reconnaissant pour ceux qui ont bien voulu se donner la peine de décrasser un peu mon ignorance; ce que je désire est d'ouvrir vos yeux à la lumière; c'est de vous faire entendre les accents de la raison, vous familiariser avec le vrai, et diriger à votre intelligence que toute la science ne peut vous servir qu'à apprendre... l'art à observer.

Nihil est turpius quàm cognitioni et perceptioni assertionem approbationemque præcurrere. « Rien n'est plus honteux que de faire marcher l'assertion et la décision avant la perception et la connaissance. » (Cicéron, *Quæst. academ.*, liv. I, chap. XII.)

Puissent ces pensées d'un simple paysan vous faire réfléchir sur les idiosyncrasies! Amédée Joux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Sée, né à Ribeauvilliers (Haut-Rhin), *De l'accommodation de l'œil et du muscle ciliaire.*

Guérin, né à Paris (Seine); *Propositions médicales sur 1° les irrigations continues dans le traitement des blessures; 2° l'héméralopie à bord des bâtiments.*

Lesage (Charles), né à Cateau (Nord); *Des purgatifs.*

Lesage (Adolphe), né à Cateau (Nord); *Des ulcérations simples du col de l'utérus.*

Versepuy, né à Saint-Germain-Lembron (Puy-de-Dôme); *De l'intoxication puerpérale.*

Rémy, né à Châtillon-sur-Marne (Marne); *Du scorbut.*

Vauverts, né à Lille (Nord); *De la cure radicale des hernies.*

Payran, né à Saint-Gaudens (Haute-Garonne); *Etudes sur les manifestations héréditaires de la syphilis chez les nouveau-nés.*

son travail, on les voit disparaître, mais presque toujours avec une certaine lenteur.

Les phénomènes que nous avons fait connaître semblent devoir donner naissance à un pronostic fort grave; et cependant il n'y a pas un seul cas de mort authentique et constaté, je dis authentique et constaté, car M. Delpech a entendu dire qu'un ouvrier avait succombé très-rapidement aux accidents de l'intoxication; et, de mon côté, j'ai appris du malade dont j'ai déjà parlé qu'un de ses camarades était mort dans l'espace d'une quinzaine de jours avec des symptômes très-graves. Mais s'agissait-il bien réellement d'un empoisonnement par le sulfure de carbone, ou d'une maladie ordinaire? C'est ce qu'il est impossible de déterminer. Toutefois, il est, je crois, permis de dire avec M. Delpech qu'en raison de la gravité des phénomènes observés et des résultats d'expériences sur les animaux, la mort peut être la conséquence de cette intoxication. Elle peut arriver, soit par suite des progrès de la cachexie; soit par le développement vers les centres nerveux d'altérations consécutives, comme il arrive dans les névroses par intoxication (accidents saturnins); soit enfin parce que, dès l'abord, et sous l'influence d'un dégagement très-abondant de sulfure de carbone, l'empoisonnement aura été porté très-loin.

Au total, comme nous venons de le dire plus haut, une amélioration sinon rapide, du moins progressive, ne tarde pas à se manifester quand le malade est soustrait aux influences délétères.

Abordons maintenant un point bien important, l'*étiologie* de cette étrange affection. Nous l'avons dit en commençant, les accidents sont dus bien manifestement à l'action du sulfure de carbone, et s'il pouvait rester à cet égard quelques doutes dans l'esprit des praticiens, ils seraient levés entièrement par les expériences que M. Delpech a instituées sur des animaux vivants. Des pigeons, des lapins placés dans une caisse convenablement aérée d'ailleurs, et soumis dans cette caisse à une exhalation de sulfure de carbone, ont offert tous les symptômes de l'empoisonnement aigu par cette substance, et même, quand le dégagement de sulfure était très-considérable, ils ont succombé dans l'espace de quelques heures. Quant à ceux chez lesquels l'intoxication avait été poussée seulement jusqu'à la paralysie, soustraits aux émanations délétères, ils ne tardaient pas à se rétablir complétement: résultat tout à fait d'accord avec ce qui s'observe chez l'homme.

L'âge ne paraît pas influer d'une manière bien sensible sur la promptitude du développement des accidents morbides; seulement quelques fabricants ont assuré à M. Delpech que les vieillards sont plus facilement affectés: le cas que j'ai observé semblerait démontrer la vérité de cette assertion.

Relativement au sexe, les femmes sont aussi bien et peut-être encore plus promptement atteintes que les hommes. M. Delpech a rencontré les phénomènes en question chez des femmes d'ouvriers travaillant en chambre, lesquelles par conséquent avaient été soumises aux inconvénients des exhalaisons de sulfure sans participer au travail du caoutchouc: de là la nécessité d'isoler les ateliers.

Si l'âge, le sexe, le tempérament n'exercent pas d'action appréciable sur la manifestation des accidents morbides, il n'en est pas de même de la manière de vivre. L'ivrognerie, un mauvais régime, des excès, prédisposent plus puissamment à une invasion rapide et à une violence plus grande des symptômes. Enfin, comme le fait observer M. Delpech, « des ateliers bas, mal aérés, une température élevée, soit pendant les chaleurs de l'été, soit pendant l'hiver sous l'influence des poêles; l'habitation de jour et de nuit dans les chambres où se fait le travail, comme cela arrive chez les ouvriers travaillant isolément; les opérations dans lesquelles de grandes cuves de dissolution de caoutchouc ou de quantités considérables de pâte s'évaporent à l'air libre; celles dans lesquelles ces dissolutions couvrent de larges surfaces d'étoffe offrent à l'évaporation une facilité bien plus grande: telles sont les conditions du plus puissant et plus rapide développement de l'intoxication. »

Quant à l'interprétation que l'on peut donner au mode d'action du sulfure de carbone sur l'économie, personne, je crois, ne révoquera en doute qu'il ne s'agisse ici d'un véritable empoisonnement qui porte plus spécialement sur le système nerveux.

Traitement. — Ici, de même que dans tout empoisonnement, il faut d'abord faire cesser la cause, favoriser l'élimination de la substance toxique et combattre les accidents produits.

Le malade sera donc soustrait aux influences des émanations de sulfure de carbone, et placé autant que possible dans une localité où il puisse respirer largement un air pur. Si ses forces le lui permettent, il prendra de l'exercice tous les jours. Des bains simples ou de vapeur activeront la transpiration cutanée, tandis que des purgatifs légers et répétés exciteront les sécrétions intestinales. On peut encore agir sur les voies urinaires et provoquer une sécrétion plus abondante d'urine à l'aide d'une tisane nitrée. En même temps que l'on s'efforce ainsi de chasser l'élément toxique, il faut relever les forces à l'aide des toniques, alimentation réparatrice et plus particulièrement animale, vins généreux ou médicamenteux, tels que les vins de gentiane ou de quinquina.

Dans les cas graves, là où la paralysie est déjà assez marquée, on pourra avoir recours aux excitants spéciaux du système musculaire, à la strychnine, à l'électricité.

Quant aux mesures *prophylactiques*, il y aurait lieu de prendre ici une série de précautions analogues à celles qui sont recommandées dans certaines professions insalubres, pour la fabrication des allumettes phosphorées, par exemple. C'est là un soin qu'il appartient à l'autorité administrative de prendre, et le plus promptement possible, car il y a urgence.

Obs. — *Intoxication aiguë par les vapeurs de sulfure de carbone.*

Le lundi, 9 juin dernier, je fus appelé, comme médecin du bureau de bienfaisance du 5e arrondissement, à donner des soins au nommé Bois, demeurant rue du Faubourg-du-Temple, n° 127. Cet homme, âgé de cinquante et un ans, d'une constitution vigoureuse et d'une très-bonne santé habituelle, a été employé toute sa vie comme homme de peine dans différentes fabriques, où il était chargé de travaux plus ou moins pénibles. En dernier lieu, il entra en cette qualité le 2 juin, c'est-à-dire huit jours avant ma première visite, dans une fabrique de caoutchouc située rue des Trois-Bornes. Là il fut occupé à faire dissoudre du caoutchouc dans un vaste bassin; c'est-à-dire qu'il était soumis directement à l'action énergique du sulfure de carbone. Pendant les trois premiers jours il n'y travailla que deux ou trois heures par jour, et cependant le mercredi il se plaignit d'un violent mal de tête qui n'occupait que le côté droit; il y avait en même temps du dégoût pour les aliments, des maux de cœur, et il vomit son dîner; les jambes étaient faibles, il les sentait fléchir sous lui. Le jeudi, les accidents persistèrent avec la même intensité, et pendant la nuit il eut de l'insomnie. Le vendredi et le samedi, malgré ses souffrances, il continua son travail de dissolution du caoutchouc, et non plus alors durant quelques heures, mais pendant toute la durée de ces deux journées. L'hémicrânie avait redoublé de violence; le malade ne pouvait garder ses aliments; la faiblesse était devenue très-grande; il s'y joignit en outre de l'alourdissement et une sorte d'anéantissement de tout son être. Le samedi, force lui fut d'interrompre son travail et de prendre le lit. Dans le trajet, cependant très-court, de la fabrique à son domicile, il dut s'arrêter plusieurs fois pour se reposer.

Le lundi 9 juin, lorsque je le vis pour la première fois, le malade était couché, le visage assez fortement coloré; mais il me dit que, quand il était levé, cette coloration disparaissait promptement pour faire place à une pâleur très-grande, ce que je pus constater quelques jours après. Le pouls est sans fréquence, mais faible et dépressible; le malade se plaint d'une très-violente douleur à la tête qui occupe seulement le côté droit, et d'une douleur non moins intense dans les reins. Relativement aux membres, il accuse seulement un sentiment de faiblesse beaucoup plus marqué dans les membres inférieurs, et qui l'empêche de se tenir debout plus de quelques instants. Du reste, la sensibilité normale est parfaitement conservée. Pas d'appétit, mais plus de nausées; les idées ne sont pas parfaitement nettes; elles sont affaiblies; le malade, qui cependant, comme je l'ai vu plus tard, ne manque pas d'intelligence, a parfaitement la conscience de cet affaiblissement; il dit lui-même qu'il se trouve *tout imbécile.* La vue est bonne, l'odorat est toujours tourmenté par la persistance de l'odeur de sulfure de carbone. Les urines sont normalement abondantes, un peu troubles et exhalant l'odeur très-reconnaissable du sulfure. Il y a de la constipation depuis plusieurs jours; le ventre est légèrement tendu.

En présence de pareils phénomènes, le diagnostic pouvait-il être douteux? Je venais de lire quelques extraits de la brochure de M. le docteur Delpech, publiée seulement depuis peu de jours: il n'y avait pas à s'y méprendre, il s'agissait bien évidemment d'un empoisonnement par le sulfure de carbone. Les indications étaient toutes tracées: éliminer par les purgatifs légers la substance toxique et relever les forces abattues. De l'eau de Sedlitz remplit la première indication; les amers, le vin de quinquina, quelques aliments substantiels répondirent à la seconde.

Cependant les forces ne se relevèrent que lentement. C'est seulement vers le 25 juin que le malade put descendre de son quatrième étage, qu'il eut beaucoup de peine à remonter.

Aujourd'hui 7 juillet, il marche, mais avec une certaine difficulté; une course un peu longue le fatigue promptement. Depuis longtemps l'hémicrânie et le mal de reins ont disparu; la mémoire est parfaitement revenue, l'intelligence a toute sa netteté; mais il est indifférent, insouciant. Il aimait, dit-il, autrefois à s'arrêter devant les curiosités, les spectacles de la rue, etc. Aujourd'hui, il est lourd, paresseux, il ne peut se décider à sortir. Il s'aperçoit que, depuis les premiers accidents de son intoxication, il est devenu tout à fait impuissant; la plus belle femme du monde ne lui ferait nulle envie; il est à cet égard comme un enfant nouveau-né. Telles sont ses expressions.

Voilà assurément un cas bien remarquable, et par la promptitude du développement des phénomènes morbides, et par la longue durée de la convalescence. Quelques jours ont suffi pour amener le malade au point où il se trouvait quand il a été soumis à notre observation, et déjà plus d'un mois s'est écoulé sans qu'il lui ait été possible de se livrer au travail. Quinze ou vingt jours seront encore nécessaires avant qu'il ait pu recouvrer la plénitude de ses forces! Comme digne de remarque, nous signalerons cette céphalalgie qui ne s'est fait sentir que dans la moitié droite de la tête, les douleurs de reins, et cette frigidité sous le rapport des appétits vénériens chez un homme encore en âge de les ressentir. Les douleurs céphalalgiques et lombaires ont disparu, mais la faiblesse persiste.

E. Beaugrand.

LÉSIONS QU'ON RENCONTRE CHEZ LES INDIVIDUS MORTS DE FROID.

Par M. le docteur Ogston.

Dans une série de cas observés par le docteur Ogston, se sont présentées avec une certaine constance les lésions suivantes, que l'auteur croit spéciales à ce genre de mort:

Le sang, au lieu de la couleur foncée qu'on trouve ordinairement chez les asphyxiés, a une teinte rouge; si bien qu'à l'autopsie on croit opérer un individu vivant. Les deux moitiés du cœur, ainsi que les gros troncs vasculaires, tant artériels que veineux, sont notablement congestionnés, tandis que les autres organes offrent un certain degré d'anémie. Ainsi la surface cutanée est extrêmement pâle et ne présente aucune trace de sugillations aux parties déclives. A la partie supérieure du tronc et des membres, au contraire, on trouve des taches rouges brillantes, qui contrastent d'une manière frappante avec la pâleur du reste de la peau. Cette anémie se rencontre dans les méninges, dans le cerveau, dans la muqueuse pharyngée et dans le poumon lui-même. Les divisions bronchiques, et parfois les vésicules pulmonaires sont remplies d'écume muqueuse.

Quelques-uns des phénomènes notés par l'auteur, dans un genre d'accident dont s'occupent peu les traités de médecine légale, s'expliqueraient peut-être assez bien s'ils avaient la signification qu'il leur attribue. Le froid intense et prolongé produit des symptômes d'asphyxie; mais ces symptômes sont plus apparents que réels; ils résultent du ralentissement de la circulation capillaire, et non du défaut d'hématose. Au contraire, si l'on remarque: 1° que le sang circulant moins vite reste plus longtemps en contact avec l'air atmosphérique; 2° que la combustion pulmonaire est *plus active* dans une atmosphère froide que dans une atmosphère chaude, d'après les expériences de M. Valentin et de M. Vierordt; 3° que le sang peut supporter une température très-basse sans se coaguler, et conséquemment sans cesser de se prêter à l'accomplissement de l'acte de l'hématose, on comprendra que ce liquide puisse acquérir cette couleur rutilante signalée par M. Ogston. On conçoit également que les cavités droites et gauches du cœur soient également distendues par le sang, tandis que, dans la vraie asphyxie, les cavités droites sont pleines et les gauches vides, puisque, dans la mort par le froid, il n'y a pas, comme dans l'asphyxie, tout à la fois obstacle au passage du sang dans les poumons et conservation de l'énergie contractile du cœur gauche. Les contractions des deux côtés du cœur s'affaiblissent sans doute simultanément, pendant que le fluide sanguin continue à traverser avec une lenteur croissante les capillaires des poumons, et il n'y a pas dès lors de raison pour qu'une cavité s'engorge beaucoup plus que l'autre.

(*Gazette hebdomadaire.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Renault de Motey, médecin adjoint de l'asile de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire), vient d'être nommé directeur médecin de l'asile départemental de la Lozère, à Saint-Alban, en remplacement de M. le docteur Teilleux, précédemment nommé directeur de l'établissement de Saint-Venant (Pas-de-Calais).

— M. le docteur Auzouy, inspecteur des eaux minérales de Cransac (Aveyron), a été nommé médecin adjoint de l'asile de Sainte-Gemmes, en remplacement de M. Renault de Motey.

— M. le docteur A. Maffei, médecin attaché au service de S. M. l'Empereur, vient d'être nommé, par S. M. le roi de Sardaigne, chevalier de l'ordre des SS. Maurice et Lazare.

— On vient de restaurer l'hôpital Cochin. Le nombre des lits qui s'y trouvent aujourd'hui est de près de 140. A la fondation de cet établissement il n'était que de 38.

— Le conseil académique de Montpellier, appelé à présenter deux candidats à la chaire d'opérations et appareils, a donné, au 1er tour, 3 voix à M. Serres (d'Alais), et 12 à M. Courty; un bulletin portait les deux candidats, *ex æquo.* Au 2e tour, 7 à M. Serres; 7 à M. Goffres, et 2 à M. Chrestien. Un scrutin de ballottage ayant été établi entre M. Serres et M. Goffres, le dernier a eu 9 voix et le premier 7.

— On nous écrit d'Alger, 10 juillet:

« Alger est dans un état sanitaire excellent, malgré les 30 ou 40 mille hommes qui reviennent de l'Orient. Les fièvres paludéennes commencent à se déclarer dans l'intérieur (la Mitidja), et c'est avec regret que nous, habitués depuis longtemps à manier le sulfate de quinine et essayer ses succédanés, nous voyons quelques-uns de vos correspondants, et même M. le professeur Piorry, émettre des opinions sur le sulfate de quinine et le sel marin en désaccord avec l'expérience de tous les pays à fièvres comme l'Algérie. »

— Un ouvrage nouvellement publié à New-York sous le titre *Thirty years of a hunter* (*Trente ans de la vie d'un chasseur*), indique le remède suivant contre la morsure des serpents. Nous le donnons ici sous toute réserve:

« Lorsqu'un chien est mordu, il creuse immédiatement un trou dans la terre, et s'y enfouit jusqu'à ce que l'enflure ait disparu.

» A mon avis, ce remède est le meilleur.

» Un jeune homme de ma connaissance fut un jour mordu à la jambe très-gravement. Je fis creuser dans la terre un trou d'environ 20 pouces de profondeur, et j'y introduisis la jambe malade, que je recouvris de terre afin que l'air n'y pénétrât point. Mon ami se sentit soulagé d'abord; mais quelques instants après la douleur devint si intense, que je fus obligé d'employer toute ma force pour l'empêcher de tirer sa jambe de la terre. Au bout de trois heures de souffrance il s'endormit. Son sommeil dura deux heures, et il se réveilla tout frais et dispos. J'examinai sa jambe; elle était très-blanche, et le poison en avait été extrait comme par une succion magique. »

Nous sommes prié d'informer nos lecteurs que l'ambassadeur de Turquie à Paris, sur la demande qui lui en a été faite, a bien voulu consentir à transmettre à Constantinople toutes les communications destinées à la Société médicale de cette ville.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De l'utilité des citernes dans les établissements civils ou militaires et les maisons particulières, par le professeur Gama. Brochure in-8° de 36 pages. Prix, 1 fr. Paris, Germer Baillière.

Le Soubd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 84. — JEUDI 17 JUILLET 1856. (29e ANNÉE.) N° 84. — JEUDI 17 JUILLET 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'arte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à tonte personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 • Un an. . . 30 •

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des-postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔTEL-DIEU (M. Trousseau). Du rachitis. — Résumé d'un mémoire sur le typhus du Val-de-Grâce. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 15 juillet. — Nouvelles diverses.

PARIS, LE 16 JUILLET 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

Depuis que les travaux de MM. Bayle, Delaye, Calmeil, etc., ont appelé l'attention des médecins en général, et plus particulièrement celle des aliénistes sur la paralysie générale des aliénés, les nombreuses recherches dont cette affection a été l'objet semblent, à mesure qu'elles élargissent le champ d'étude exploré par les premiers observateurs, ne faire que compliquer les difficultés du problème nosologique qu'elles ont pour objet de résoudre. A l'unanimité avec laquelle on a admis d'abord la paralysie générale comme affection d'une nature et d'un caractère spécial, on a vu bientôt succéder des dissidences, qui se sont traduites par des distinctions et des divisions nouvelles; si bien qu'aujourd'hui l'on ne compte pas moins de quatre théories ou quatre groupes d'opinions sur ce seul point de pathologie. C'était déjà beaucoup; mais voici venir une cinquième opinion qui, tranchant sur toutes les autres, ne fait qu'accroître encore la confusion. M. Scipion Pinel, se fondant sur de nombreuses recherches de date déjà ancienne, admet six variétés de paralysie générale : quatre variétés se rattachant toutes à une lésion commune, la cérébrite, et se manifestant par le même ensemble de *symptômes*, mais diversifiées par le siége de l'altération; et *deux* variétés motivées par des différences dans la marche et la solution de la maladie.

N'était-ce pas le cas de chercher à jeter devant l'Académie quelque lueur sur cette obscure et difficile histoire des paralysies générales qui laisse l'esprit des praticiens indécis et embarrassé en présence des faits de cette nature? Que M. le rapporteur, qui n'est pas placé sur un théâtre favorable à ce genre d'étude, ait hésité à se prononcer entre les résultats notablement différents des observations de M. Scipion Pinel et des recherches plus récentes qui ont été faites sur le même sujet, nous le concevons parfaitement; et loin de l'en blâmer, nous le louerions plutôt de sa réserve; mais pourquoi alors ne point faire appel aux lumières spéciales de ceux de ses collègues qui ont fait de ces questions l'objet d'une étude approfondie? Pourquoi, demanderons-nous aussi aux aliénistes de l'Académie, ne pas saisir cette occasion, en venant en aide au jugement du rapporteur, de dissiper les doutes et les incertitudes qu'il a laissés planer sur la valeur et l'importance respective des travaux mis en présence ?

Si M. Bricheteau s'est trop effacé pour laisser presque exclusivement la parole à l'auteur du mémoire dont il s'est borné à faire l'analyse, nous n'aurons pas le même reproche à faire à M. Piorry. L'honorable professeur, à propos d'une assez modeste production, a trouvé le moyen de dire beaucoup et d'excellentes choses, et d'émettre de très-bons préceptes sur l'expérimentation thérapeutique.

Mais, puisque nous sommes en veine de questions, pourquoi, demanderons-nous encore à M. Piorry, après vous être montré si justement sévère en matière de preuves exigibles de la part de toute personne qui veut introduire une médication ou une méthode thérapeutique nouvelle, avez-vous été si facile envers l'auteur d'une formule qui ne se recommandait ni par sa nouveauté ni par sa conformité aux lois les plus élémentaires de l'art de formuler? Nous n'avons pas été seul frappé de ce contraste, qui a failli compromettre le sort du rapport, que M. Piorry n'a sauvé qu'en sacrifiant sa principale conclusion.

La séance a été terminée par une courte et substantielle lecture du savant bibliothécaire de l'Académie, M. Briau, sur un point de pratique digne de beaucoup d'intérêt, sur l'une des causes des vomissements pendant la grossesse. Nous publierons prochainement ce travail. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Du rachitis.

Définition, synonymie. — Le rachitis consiste dans une altération particulière des os. Des changements dans le volume de ces parties, des déviations, un arrêt de l'ossification et une altération de l'économie tout entière constituent l'ensemble de cette maladie, qui est propre à l'enfance.

Au dix-septième siècle, Glisson, médecin anglais, publia un très-remarquable travail sur le ramollissement idiopathique des os chez les enfants, affection qu'il croyait *nouvelle* et que l'on désignait vulgairement dans la Grande-Bretagne sous le nom de *the rickets*. Dans le vieux patois français, *riquet* signifie bossu, et dans les contes de Perrault on se rappelle qu'il est grandement question d'un certain *Riquet à la houpe* qui portait une gibbosité très-prononcée. De nos jours encore, et dans les campagnes, un *riquet* est un bossu.

L'état morbide décrit par Glisson fut bien vite connu en Europe. Il fut appelé *morbus anglicus*, *englische krankheit* (All.), absolument comme nous autres Français l'avions dénommé *maladie napolitaine*. En général, lorsque quelque chose ne nous convient qne médiocrement, nous avons la plus grande tendance à en renvoyer tout l'honneur à nos voisins. Différents noms, tels que *nouûre*, *castrum*, *chartre*, lui ont été également donnés; être en *chartre privée* signifie n'être pas libre de ses mouvements; les *chartreux* étaient des moines qui ne sortaient jamais. Les enfants rachitiques étaient donc en *chartre*, c'est-à-dire qu'ils étaient emprisonnés comme des captifs chargés de chaînes aux mains et aux pieds.

Aussitôt que la maladie fut plus universellement connue, on l'appela *rachitis*, *rakitis*, *rachitisme ;* ces expressions ne s'éloignent pas beaucoup de *riquet*, mais il est plus probable qu'elles dérivent de ραχίς, qui veut dire épine. Quoi qu'il en soit, la dénomination de rachitis est restée, bien que faussement appliquée, car l'altération pathologique de la colonne vertébrale n'est ni un phénomène constant, ni un phénomène principal dans cette maladie.

Origine. — Le rachitis est-il une maladie nouvelle comme la syphilis, les fièvres éruptives et la coqueluche? Boerhaave dit oui, et Van Swieten aussi. C'est encore l'opinion de Glisson, qui trouva tant de rachitiques au milieu du dix-septième siècle, lui qui n'en avait pas rencontré un seul au commencement de cette même ère. Je partage un peu cette manière de voir, et je suis porté à croire que le mal s'est implanté parmi nous à une fraîche date.

En feuilletant les auteurs, on découvre çà et là des faits épars qui ont trait au ramollissement des os ; cela en a assez imposé aux médecins actuels pour qu'ils fassent remonter l'origine du rachitis aux temps les plus reculés; mais j'avoue que les quelques passages que l'on trouve dans Hippocrate, Galien, Theodosius, Zacutus Lusitanus, Schenckius, Jac. Sach, ne m'ont point tout à fait convaincu.

Des maladies réputées prodigieusement rares peuvent, je le sais bien, n'être pas plus nouvelles que le rachitis n'est peut-être nouveau. Je vais vous laisser juges du fait, en vous livrant impartialement des armes contre l'opinion même à laquelle je me suis rangé :

Dans le siècle dernier, en 1765, Hôme publia un très-détestable livre sur le croup, mais qui se répandit très-rapidement dans toute l'Europe. La maladie fut considérée comme nouvelle, et des épidémies d'angines pseudo - membraneuses furent bientôt observées en Ecosse, en Angleterre, en Amérique, puis partout. L'opinion que le croup était une affection à récente origine subsista jusqu'en 1818, époque à laquelle M. Bretonneau, assisté alors d'un de ses élèves qui devait plus tard devenir le très-éminent professeur Velpeau, se livra aux plus minutieuses recherches anatomiques, reprit tous les travaux publiés, et vint prouver qu'en parcourant la littérature médicale ancienne, qu'en remontant jusqu'à Celse, jusqu'à Arétée, on commençait à entendre parler d'une maladie syriaque, d'une maladie égyptiaque remarquable par une lésion spéciale de la gorge prise très-fréquemment pour la gangrène, et qui faisait avec la plus grande rapidité succomber les malades par suffocation ; que cette dénomination, connue par les médecins arabistes, finit par se perdre, et que vers le seizième siècle une épidémie effroyable sévit en Italie, dans les Flandres et la Péninsule ibérique, qui reçut les noms de *garrotilo*, de *morbus strangulatorius*, de *morbus suffocatorius*, de *synanque maligna*, de *synanque gangrenosa*, ce qui revient à dire que le croup, cette affection *nouvelle* décrite par Hôme, était une maladie connue de toute antiquité.

Lorsque M. le professeur Récamier appliqua le premier aux maladies de l'utérus l'emploi du spéculum, les affections de matrice devinrent d'une fréquence extraordinaire ; il y a vingt-cinq ou trente ans, elles étaient encore infiniment plus considérables qu'elles ne le sont aujourd'hui. L'attention des médecins s'est fixée sur cette branche de la pathologie ; les moyens d'exploration se sont perfectionnés, et les affections utérines, qui tenaient une place si étroite dans le cadre nosologique, en occupent aujourd'hui une très-étendue, bien que n'étant pas plus fréquentes qu'autrefois. Je comprends toute la valeur que peuvent avoir contre moi tous ces arguments; mais, je le répète, je ne suis pas ébranlé.

Historique. — Le premier travail important qui ait été publié sur le rachitis est dû, ainsi que je l'ai déjà dit, à Glisson ; il date de 1650. Bate et Regemorter, médecins anglais, y contribuèrent dans une certaine mesure, et l'enrichirent de nombreuses observations. La plupart des auteurs regardent cette monographie comme la première qui ait paru ; mais il paraît que Whistler aurait soutenu en 1645, à Leyde, une thèse de quelque valeur sur le même sujet.

Depuis cette époque, les recherches ne manquèrent point, et Duverney (1), après avoir décrit les symptômes du rachitis, donne quelques détails intéressants sur l'anatomie pathologique. De nos jours, M. Rufz (1834) et M. Jules Guérin (1837) consignèrent leurs observations dans la *Gazette médicale ;* puis vinrent des mémoires, que je publiai en collaboration avec M. le docteur Lasègue dans les *Archives générales de médecine* (1849) et dans l'*Union médicale* (1850). Enfin, en 1852, M. Beylard, mon chef de clinique actuel, soutint à la Faculté de Paris sa thèse si remarquable.

Aspect de la maladie. — Je viens de vous faire voir aux numéros 13, 16 et 17 de la salle Saint-Bernard trois enfants rachitiques, et j'ai fait disposer sous vos yeux, dans cet amphithéâtre, les belles planches dont M. Beylard a fait suivre sa thèse, afin que vous puissiez vous faire une juste idée de l'aspect de la maladie, car je suis de l'avis du précepte :

> Segniùs irritant animos demissa per aures,
> Quam quæ sunt oculis subjecta fidelibus.

C'est le plus habituellement à l'âge d'un an à trois ans que le rachitis fait invasion, et cependant il est encore assez commun de rencontrer des enfants de six, de sept et de huit ans atteints de la maladie. M. Beylard a même fait graver un dessin (2) représentant un adulte rachitique, âgé aujourd'hui de trente-sept ans, et qui exerce sur les places publiques de Paris le métier de saltimbanque.

Lorsqu'on s'approche d'un enfant atteint de rachitis, on le trouve dans son lit ou sur les bras de sa mère, couché sur le dos et ne voulant pas prendre d'autre attitude. Sa tête est volumineuse, son visage exprime l'intelligence et la douleur. Le petit malade étant ainsi dans la position recombante, quelque désir qu'il puisse avoir de changer de place, aussitôt qu'il fait un mouvement il pousse des cris qui par leur violence témoignent de son état de souffrance. Si on vient à lui toucher les bras et à lui faire remuer les jambes, il crie également.

La conformation du corps est assez étrange : le corps est bref, et le raccourcissement général est le caractère qui frappe tout d'abord ; la tête, toute proportion gardée, est volumineuse. Le crâne, si l'enfant est très-jeune, s'élargit et s'aplatit; les pariétaux et les temporaux s'écartent; l'occipital est rejeté en arrière; le front devient plus saillant, les fontanelles restent ouvertes, les sutures longitudinale et coronale ne se ferment pas. La face n'offre aucun signe particulier à noter comme expression générale; mais il n'en est pas de même de la mâchoire. En effet, vous avez pu voir chez les rachitiques de notre service que l'un d'eux éprouve un ramollissement des alvéoles et que ses dents tombent, qu'un autre n'en a que quelques-unes qui n'ont que très-tardivement poussé, et que chez le troisième (c'est le plus jeune à la vérité) l'évolution dentaire ne s'est point accomplie du tout. J'attache une très-grande importance, comme manifestation du rachitis, à cet arrêt de développement, et pour moi un enfant d'un an qui souffre des dents et chez lequel elles n'apparaissent pas, est sous le coup de la maladie.

(1) *Traité des maladies des os*, 1751.

(2) *Du rachitis, de la fragilité des os, de l'ostéomalacie*, par M. le docteur E. S. Beylard (de Philadelphie). Paris, in-4°, 286 pages, avec 8 planches, 1852. Librairie de J. Viat, cour du Commerce. Prix : 7 fr.

Quant à la poitrine, elle est d'une configuration toute bizarre : l'extrémité sternale des côtes se gonfle dans toute la hauteur de la cage thoracique ; aussi arrive-t-il qu'en mettant l'enfant à nu on remarque une série de renflements rapprochés les uns des autres, formant une sorte de chapelet. Le thorax entier fléchit si on vient à le presser, et il devient saillant en avant et déprimé latéralement à sa partie supérieure dans la région axillaire; il ressemble ainsi à un thorax de dindon. Au niveau de l'aisselle, à partir de la deuxième ou de la troisième côte, la poitrine, au lieu d'une convexité, présente une concavité quelquefois considérable. Solidement fixées aux apophyses articulaires et transverses en arrière, les côtes ne changent pas de direction ; ce n'est qu'à 12 ou 15 centimètres de leur point d'attache qu'elles se courbent brusquement, et forment une sorte d'angle rentrant en ce point; cette concavité cesse à partir de la dixième côte, où la paroi thoracique s'élargit comme une hotte pour recevoir les viscères abdominaux. Les clavicules sont exagérées dans leur forme naturelle, et, au lieu de décrire une S allongée, comme à l'état normal, elles ressemblent à une S arquée, plus ou moins anguleuse; leur trajet se trouve ainsi beaucoup plus court. Les épaules sont rapprochées du sternum, ce qui donne aux bras une direction oblique en bas et en dehors. L'humérus offre des altérations de forme qui ne sont pas constantes; habituellement sa concavité est en dedans et en avant, et sa convexité en dehors et en arrière.

L'articulation du coude est à peu près irréprochable; mais au poignet, en exagérant la pronation, on peut faire correspondre la face palmaire de la main avec le bord cubital de l'avant-bras.

Les avant-bras sont presque toujours concaves dans le sens palmaire, convexes dans le sens dorsal. Le radius, dans une pronation forcée, paraît s'enrouler autour du cubitus, et la supination est impossible.

Les os du bassin s'aplatissent, se renversent au dehors; les diamètres diminuent, l'angle sacro-vertébral devient plus saillant, les ischions se rapprochent.

Pour le fémur, quand sa courbure est simple, la convexité est en avant et en dehors; quand elle est double, la convexité supérieure est antérieure et externe; l'inférieure est interne.

L'articulation du genou est volumineuse, mais solide. Dans le cas où les enfants marchaient déjà avant le début de la maladie, la convexité des jambes est en dehors, et les deux membres abdominaux, écartés l'un de l'autre, semblent ouvrir une sorte de large parenthèse; les genoux sont alors très-écartés. En général, quand l'enfant n'a pas encore marché, le tibia est concave au dehors. Le péroné subit ordinairement les mêmes déformations que le tibia. L'articulation tibio-tarsienne est lâche, et la pointe du pied peut être portée dans tous les sens.

Non-seulement les os des rachitiques se courbent, mais souvent aussi ils se fracturent. Il suffit quelquefois d'un mouvement brusque pour produire cet accident, dont on ne s'aperçoit pas la plupart du temps. Du reste, en étudiant avec le plus grand soin l'anatomie pathologique, nous entrerons à ce sujet dans des détails précis.

Maintenant que nous venons d'énumérer les caractères principaux dont se revêt le rachitis, et que nous vous en avons décrit l'aspect, il nous reste à vous rapporter une observation clinique qui, bien que rétrospective, n'en présente pas moins le plus grand intérêt.

Obs. — Le 20 avril 1850, entra au n° 8 de la salle Sainte-Anne, hôpital des Enfants-Malades, une petite fille nommée Joséphine Delarbre, âgée de près de huit ans. La mère, d'une bonne santé, a eu treize enfants, dont cinq sont encore vivants. Tous sont venus au monde sans accidents et bien constitués; excepté deux, tous ont été élevés en nourrice avec l'alimentation mixte du sein et du biberon. Quatre de ces treize enfants ont été rachitiques et sont restés noués. Le plus jeune est un petit garçon de trois ans, d'une très-belle apparence, quoiqu'il offre aux deux jambes des traces évidentes d'un ancien ramollissement des tibias, aujourd'hui consolidés. Le père est d'une très-bonne santé, et ne connaît point de rachitiques parmi ses parents.

Quant à Joséphine, elle est venue au monde sans accidents, bien portante, quoique un peu délicate. Sa mère était alors âgée de trente-neuf ans. Elle fut placée en nourrice à Bussy, près Dijon, pays assez malsain et très-humide. A quatorze mois elle fut rendue à sa mère, n'ayant pas encore les membres déviés, mais elle était très-faible, très-maigre et très-maussade, par conséquent souffrante, et probablement déjà rachitique. Son alimentation était celle de ses parents, fort misérables à cette époque; elle se composait surtout de légumes cuits au lard. A l'âge de trois ans elle fit une maladie très-grave. Un médecin la traita pour une affection tuberculeuse des ganglions mésentériques, et lui fit prendre, pendant un an au moins, de l'huile de foie de morue. Mais à ce moment elle était déjà contrefaite. A l'âge de cinq ans, elle marchait un peu, quoique affreusement difforme, et un jour qu'elle traversait une rue en donnant la main à une grande personne, elle tomba sur l'angle d'un trottoir, et *se fractura un des fémurs;* la mère ne se rappelle pas lequel. Elle toussait un peu depuis quelques jours, et était arrivée à un état d'amaigrissement et de difformité extrême, dont la planche qui la représente donnera une idée.

La mère, la voyant dépérir de plus en plus, l'apporta à l'hôpital.

Jusqu'au 1er mai, j'avais constaté la consolidation des os, et je m'étais contenté de moyens hygiéniques. De fausses articulations trouvées à l'autopsie avaient échappé à mon examen. Cependant la malade allait s'affaiblissant, et se couvrait de sueurs chaque nuit, surtout à la tête. La difformité de la poitrine apportant une gêne très-grande à la respiration, et je constatai bientôt des signes évidents de bronchite capillaire. — Je la traitai par le sulfate de cuivre, que je prescrivis à assez haute dose (50 centi-grammes à 1 gramme dans 30 grammes de sirop).

Elle succomba le 30 mai 1850.



Explication de la planche.

a Saillie très-considérable, formée par la courbure de la clavicule.

b Fracture de l'humérus gauche.

c Fracture des deux os de l'avant-bras gauche.

e Fracture du fémur gauche.

f Fracture des deux os de la jambe gauche.

g Fracture de l'humérus droit.

h h Saillie au niveau des articulations chondro-costales.

i Fracture des deux os de l'avant-bras droit.

j Seconde fracture du fémur (la première existant au-dessous du gr. trochanter, et ne faisant aucune saillie des parties molles.

k Troisième fracture du fémur droit.

l l Gonflement de l'extrémité inférieure des fémurs. Ces os augmentent graduellement de volume de haut en bas, depuis leur partie moyenne.

m Fracture des deux os de la jambe droite.

Autopsie. — Les lésions présentées (1) par le squelette de cette jeune fille sont très-nombreuses et très-variées; aucune pièce n'est restée à l'état normal. Partout nous avons à signaler des altérations de texture, de forme, ou des solutions de continuité.

Le crâne n'offre aucune anomalie remarquable relativement à sa forme; quant à sa structure, elle n'est pas très-profondément altérée.

A la face, on remarque un état plus poreux des os propres du nez et des maxillaires; l'inférieur surtout est comme boursouflé et fracturé à gauche, au niveau de la canine. La dentition est complète.

Du côté de la colonne vertébrale, les altérations sont plus prononcée. A l'exception des vertèbres du cou, les autres ne sont plus représentées que par leur corps; les masses latérales et les apophyses épineuses ont complétement disparu.

L'atlas se compose de quatre pièces distinctes. L'arc antérieur est tout à fait séparé des masses latérales, l'arc postérieur est divisé sur la ligne médiane; sa moitié droite reste unie aux apophyses articulaires correspondantes; l'autre moitié, au contraire, est isolée. Contrairement à ce qui existe dans la première vertèbre, l'arc postérieur de l'axis est entier, mais il est séparé des deux masses apophysaires. Le corps de la vertèbre est lui-même distinct, et se compose de deux pièces contiguës.

Le sternum est à peine ossifié.

Les côtes ont été tellement altérées qu'il n'a pas été possible de les préparer sans les briser. Il a été facile cependant de constater un certain nombre de fractures en rave produites pendant la vie.

Des clavicules, il ne reste que les deux moitiés externes.

Les omoplates sont constituées par du tissu poreux.

Les os du bassin sont vermoulus et tombent en parcelles.

Les os des membres, dépourvus de leurs épiphyses, sont profondément altérés, et ils présentent *tous* des traces de fractures.

Le tibia et le péroné droit sont chacun affectés d'une fracture complète; la coaptation des fragments a lieu d'une manière très-exacte.

Le tibia et le péroné gauches sont chacun le siége d'une fracture existant à peu près à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs.

Le fémur droit, considéré dans son ensemble, offre une incurvation postérieure excessive; mais quand on l'examine avec attention, on voit que cette courbure dépend d'une série d'angles obtus dont les sommets correspondent aux trois fractures dont il est le siége.

Au fémur gauche, on trouve plutôt un coude qu'une véritable courbure.

L'humérus droit est comme boursouflé dans sa moitié supérieure. Double fracture ancienne.

L'humérus gauche est fortement courbé en dedans. Deux fractures incomplètes.

Au cubitus droit, une fracture ancienne.

Du radius droit, il reste seulement deux fragments.

Le cubitus gauche présente une fracture consolidée.

Le radius gauche est fortement boursouflé. Une fracture.

Vous voyez combien est curieuse cette observation comme type du rachitis. Je n'ai pas voulu mettre seulement sous vos yeux le portrait de la malade qui en fait le sujet, mais j'ai désiré encore vous faire toucher, pour ainsi dire, du bout du doigt, les lésions anatomiques qu'a révélées l'autopsie. Le squelette, très-habilement préparé (2), a été apporté dans cet amphithéâtre; il est là; examinez-le avec le plus grand soin; car il en vaut la peine.

Après cet exposé succinct de l'historique et de l'aspect du rachitis et la relation d'un fait clinique très-intéressant, nous allons continuer l'histoire de la maladie

H. L. DU S.

(1) Les résultats de l'autopsie ne sont présentés ici que très-sommairement, dans le but d'éviter la répétition de beaucoup de détails qui seront exposés à propos de l'anatomie pathologique du rachitis. — Voir la thèse de M. Beylard. (*Note du rédacteur.*)

(2) Le squelette est exposé au musée Dupuytren. Il a été offert à la Faculté de médecine par M. le professeur Trousseau.

RÉSUMÉ D'UN MÉMOIRE SUR LE TYPHUS

observé au Val-de-Grâce de janvier à mai 1856 (1);

Lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 8 juillet 1856,

Par le docteur Ch. GODELIER, professeur de clinique médicale à l'École impériale du Val-de-Grâce.

Je viens de dire l'origine, le mode d'évolution et de propagation de notre typhus; je vais essayer de reproduire en peu de mots ses traits et sa physionomie.

En général, l'invasion de la maladie parut déterminée par une fatigue récente. Presque tous les hommes du 50e, même ceux qui ne furent atteints qu'un mois après leur arrivée, attribuent leur maladie au froid humide et prolongé qu'ils ont subi pendant le trajet de Marseille à Paris. A peu d'exceptions près, tous ceux qui furent envoyés à l'hôpital pendant le mois de janvier, éprouvaient, depuis qu'ils avaient été mouillés, un profond malaise; ils avaient de la bronchite et de la diarrhée qui précédèrent les symptômes d'invasion, et, par leur intensité comme par leur fréquence, modifièrent assez notablement la physionomie du typhus à son début, sur la première moitié des malades que j'ai observés.

Dans tous les cas, la lassitude physique et morale, la douleur gravative de la tête, des alternatives de chaleur et de frissons, des bourdonnements d'oreille et des vertiges, la diminution de l'appétit, avec un état saburral de la langue; un sommeil interrompu, parfois pénible et mêlé de rêves, précédaient de trois, quatre et cinq jours, et parfois même de plus loin encore, l'invasion réelle de la maladie.

L'affection une fois déclarée présentait dans son évolution deux phases assez différentes pour exiger une description séparée; leur durée, à peu près égale, permet de leur donner le nom de septénaire.

Le premier se caractérise ainsi; face vultueuse; teint d'un rouge sombre, qui faisait reconnaître les typhiques entre tous; yeux rouges, brillants; stupeur du visage et de l'intelligence plus ou moins marquée, semblable à un état d'ivresse produit par les liqueurs fermentées ou les narcotiques. Les malades ont de la répugnance à répondre comme à se mouvoir; toutefois ils donnent des réponses justes et assez précises, puis retombent dans une demi-somnolence; céphalalgie intense, bruissement dans les oreilles, vertiges et parfois sentiment de défaillance si le malade se lève; rêvasseries fatigantes s'il s'assoupit, pendant la nuit surtout; douleurs musculaires, souvent très-vives, des jambes et des lombes; hyperesthésies partielles de la peau dans quelques cas; langue humide chargée d'un enduit verdâtre, soif assez intense, dégoût profond, parfois des nausées; tension souvent pénible des hypocondres. Abdomen légèrement météorisé, indolent; presque jamais de gargouillement, lors même qu'il existait de la diarrhée, comme cela eut lieu chez les trente premiers malades environ; tandis que la constipation fut généralement observée chez les autres. Il en fut de même de la bronchite, qui ne manqua guère chez ceux qui eurent la diarrhée, et fut aussi plus intense; tandis qu'elle se montra plus rare et plus légère chez les derniers malades atteints. Dans le premier cas, toux assez fréquente, souvent tenace; râles de la bronchite, expectoration muqueuse peu abondante. Il y avait, même sans bronchite, un sentiment d'oppression à la base du thorax. La fièvre est continue, avec exacerbations vespériennes plus ou moins accusées; le pouls plein, peu résistant toutefois, toujours fréquent, mais variable, de 100 à 130, et au delà. Les épistaxis sont rares. La peau, pendant cette période, est généralement halitueuse, quelquefois même sudorale; mais, du troisième au sixième jour, elle présente, presque dans tous les cas, une éruption tellement spéciale, qu'elle est pathognomonique de l'affection toutes les fois qu'elle se produit.

Comme aspect, comme disposition générale, on ne saurait mieux la comparer qu'à celle de la rougeole, sauf qu'elle apparaît rarement au visage, et qu'elle est d'ordinaire moins abondante sur les membres; aussi presque tous les auteurs l'ont appelée *morbilliforme*. Nous tous, au Val-de-Grâce, nous avons cru, au premier abord, en voyant nos premiers cas de typhus, avoir affaire à une rougeole ataxique, mais non pas à une fièvre typhoïde.

Cette éruption a donc l'apparence d'un exanthème, et c'est, en effet, un exanthème à la surface; mais il y a dessous quelque chose de plus, c'est-à-dire une ecchymose, une suffusion sanguine plus ou moins abondante et colorée, assez quelquefois pour mériter le nom de pétéchie. En effet, si l'on pose le doigt sur ces taches d'un rouge un peu plus foncé que celui de la rougeole, et parfois légèrement saillantes, on en fait disparaître quelques-unes complétement; mais la plupart laissent voir, sous la teinte rose effacée par la pression, une macule d'un gris violet ou jaunâtre, qui ne disparaît pas sous le doigt. Il y a donc là deux éléments superposés; c'est un exanthème ecchymotique ou pétéchial. Les phases successives de cette éruption le démontrent de la manière la plus positive. Au bout de quelques jours, l'exanthème pâlit et la teinte rose s'efface, mais la macule ecchymotique demeure, et selon que la suffusion sanguine a été plus ou moins abondante, ou qu'elle le devient, cette macule est plus bleuâtre, plus grise ou plus pâle; quelquefois même, dans les cas graves, elle se fonce de plus en plus et devient tout à fait noire. Donc il y a une ecchymose; mais ce qui prouve qu'il y avait aussi un exanthème, c'est que la desquamation furfuracée se produit souvent comme dans la rougeole.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

Ces deux éléments combinés d'ordinaire dans la même tache peuvent toutefois se montrer séparés. Ainsi, il existe en nombre variable des taches seulement exanthémateuses; de même et plus souvent des macules qui ne sont qu'ecchymotiques. Ce sont ces dernières que le professeur Jenner (de Londres) appelle sous-cuticulaires; elles ne sont jamais saillantes, et paraissent même situées plutôt dans l'épaisseur du derme et n'arriver pas jusqu'à la surface.

Quant à la pétéchie proprement dite, la pétéchie arrondie et rouge foncé du purpura et du scorbut, qui se trouve accidentellement dans les fièvres éruptives graves, parfois même dans certaines fièvres typhoïdes des plus funestes, elle peut aussi s'adjoindre à l'éruption spéciale du typhus, la précéder même, comme je l'ai vu chez la sœur Louise; mais la pétéchie n'est en aucune sorte caractéristique de cette affection. Si j'ajoute que l'éruption que je viens de décrire, presque toujours aussi abondante sur le ventre, la poitrine et le dos que celle de la rougeole, met environ deux septénaires à parcourir ses phases, et que la peau en offre souvent encore des traces plus de vingt jours après son apparition, on s'étonnera sans doute qu'on ait pu dire qu'elle ne différait en rien des taches rosées lenticulaires de la fièvre typhoïde.

En résumé, la première période de la maladie montre une réaction assez vive, une congestion assez marquée des téguments et des muqueuses pour justifier les noms de période inflammatoire ou catarrhale que quelques-uns lui ont donnés. On n'y trouve pas, sauf complication, les symptômes abdominaux de la fièvre typhoïde, et rarement l'épistaxis. Mais ce qui l'en distingue encore plus sûrement, ce sont les douleurs vives des jambes et des lombes, la prompte invasion de la stupeur, et surtout, dans le plus grand nombre des cas, l'apparition rapide de l'éruption exanthémo-pétéchiale caractéristique.

Quant à l'affection du système nerveux pendant ce stade, il faut dire avec Hildenbrand « qu'elle consiste principalement dans » l'affaissement des sens extérieurs, le désordre de l'entendement » et de la stupeur, dans un sommeil agité et dans les lésions vagues » des puissances motrices. Maintenant tous ces accidents vont se » montrer à un plus haut degré et avec d'autres modifications. » Ils vont dominer la scène pendant le deuxième septénaire et constituer la période nerveuse du typhus.

Alors la fièvre est plus continue, les forces s'affaissent; le pouls, plus faible, est très-variable d'ailleurs en fréquence. La peau, chaude et sèche, présente parfois vers le douzième jour des sudamina, très-rarement de la miliaire, mais presque toujours l'éruption aux nuances diverses. La langue reste souvent un peu humide, mais couverte d'un enduit jaunâtre plus ou moins épais, ou bien elle est sèche, rouge, parcheminée, gercée. Ventre un peu ballonné, indolent, non crépitant; urines abondantes, selles parfois diarrhéiques, en petit nombre, ou persistance de la constipation.

Le visage a pâli, mais la conjonctive reste injectée. Délire sombre, tranquille ou stupide, rarement furieux, souvent d'une forme spéciale. Telle est l'ébriété, telle est encore la typhomanie de Hildenbrand, que j'ai retrouvée très-conforme à la description qu'il nous en donne: « Les malades rêvent sans dormir; lorsqu'ils sont » à demi-endormis, ils gesticulent sans cesse; ils délirent avec une » singulière incohérence sur des objets extérieurs, au milieu d'occupations continuelles d'impressions intérieures, confondant les » unes avec les autres. C'est par là que se distingue principalement » l'état de stupeur du typhus de tous les autres états analogues. Ils » ont aussi des idées fixes; ils ne délirent pas toujours, mais ce » qu'ils font de raisonnable passe comme un songe; je ne crains » pas de comparer cet état au somnambulisme. »

C'est ainsi que j'ai vu des militaires, raisonnables d'ailleurs sur tout autre sujet, vouloir absolument sortir pour se rendre à une revue; qu'une sœur s'est crue damnée pendant plus de trois semaines et indigne de recevoir les sacrements.

J'ai aussi observé les changements d'humeur très-remarquables notés par Razori dans la fièvre pétéchiale de Gênes; par exemple, la taciturnité morose obstinée suivie d'une hilarité et d'une loquacité puériles assez persistantes.

Ajoutez le tremblement des mains et de la langue, qui parfois ne peut être tirée, les soubresauts de tendons, les spasmes des muscles du cou et de la mâchoire, la dysphagie et l'aphonie, les selles et les urines involontaires, les urines surtout et pendant très-longtemps, plus rarement la dysurie et la rétention d'urine; enfin, la dureté de l'ouïe, la vue diminuée, l'affaissement physique et moral, et vous aurez l'aspect général de nos cas graves sans complications.

Un petit nombre seulement s'est terminé par la mort; mais du quatorzième au dix-huitième jour, il survenait chez la plupart une amélioration notable et souvent presque soudaine, sans que nous puissions la rapporter à aucune évacuation critique. Chez quelques-uns cependant la maladie se prolongeait jusqu'à la fin du quatrième septénaire, et alors on observait parfois des phénomènes nerveux plus graves, tels que le trismus, les roideurs tétaniques du cou, des bras, des mains, ou le tremblement spasmodique des membres survenant par accès, ou une profonde adynamie. Chez la sœur Thérèse, j'ai vu la catalepsie et le coma vigil pendant vingt-quatre heures, et la paralysie des génio-glosses qui persista longtemps.

Ou bien il survenait des complications: pneumonie, parotide, érysipèle de la face, angine et stomatite pultacée; chez une sœur, une hydrométrie, qui distendit en quelques jours la matrice comme au sixième mois de la grossesse; rarement l'ecthyma des fesses, du dos, des jambes; une seule fois enfin, une petite eschare au sacrum. Dans les dix premiers jours de la maladie, je n'ai noté comme complications que la bronchite capillaire, la pneumonie, et une fois la méningite.

Dans les cas où la terminaison devait être favorable, nous voyions presque toujours le pouls tomber rapidement de 140 ou 130 battements à 90, 80, 60, 50 même, et parfois le délire ou la stupeur se dissiper avec la même vitesse. La langue s'humecte et se nettoie, l'appétit renaît, et on peut le satisfaire sans danger; le sommeil revient de plus en plus calme, et cependant, malgré le régime réconfortant, copieux, et l'usage bien supporté des toniques, le malade ne reprend ses forces qu'avec lenteur, et pendant plus d'un mois de convalescence confirmée, il garde encore quelques symptômes dont la réunion atteste le passage du typhus, savoir: un pouls petit, faible et lent; des bourdonnements d'oreille et des vertiges; la débilité et parfois l'endolorissement des membres inférieurs ou des diverses articulations. Enfin quelques accès de fièvre erratique, qui parfois font craindre une rechute, peuvent retarder encore le retour complet de la santé.

La durée moyenne de la maladie, sur les 63 cas observés, à partir du moment où les malades prennent le lit jusqu'à celui où ils peuvent manger un potage, a été de 14 ou 15 jours. La moyenne des cas graves terminés par la guérison, de 21; par la mort, de 11. La moyenne des cas légers de 10.

Le chiffre total des décès est de 9 sur 63, c'est-à-dire d'un septième ou de 14, 3 p. 100.

J'ai pratiqué huit autopsies. Je ne puis en produire ici les détails, mais il m'est facile d'énoncer les résultats qu'elles ont fournis: congestions extrêmement prononcées et disséminées dans divers organes, notamment le poumon, le foie, les reins, le cerveau, ou, pour mieux dire, ses membranes; augmentation de volume et ramollissement de la rate; souvent rougeurs assez étendues et ecchymoses par places sur la muqueuse gastro-intestinale, parfois de la psorentérie ou du pointillé noir, lésions banales; mais quant à l'altération caractéristique de la fièvre typhoïde, des plaques de Peyer saillantes, molles ou dures, érodées ou ulcérées, et l'engorgement des ganglions mésentériques, nous ne l'avons jamais rencontrée.

Cela seul suffirait pour séparer radicalement ces deux affections; mais si l'on y joint la différence d'origine et d'activité contagieuse, le signe spécifique de l'éruption, l'absence de symptômes abdominaux, l'invasion rapide de la stupeur et du délire, la forme souvent particulière de ce dernier, la durée plus courte de l'évolution morbide du typhus, parfois sa prompte terminaison par la mort ou son passage rapide à la convalescence, on sera forcé de reconnaître qu'il n'y a pas plus d'identité entre le typhus et la fièvre typhoïde qu'entre la scarlatine et la rougeole, bien qu'il soit facile de constater, entre les premières comme entre les dernières de ces affections, de remarquables analogies.

Qu'il me soit permis d'ajouter que la fièvre typhoïde et ses diverses formes me sont très-familières, que depuis près de vingt années je n'ai cessé de les observer en grand nombre, tant à Paris que dans des régions très-opposées de la France et même en Afrique, et que le typhus que je viens de traiter m'est apparu comme une maladie toute nouvelle, d'une physionomie toute spéciale qui ne m'a jamais permis de le confondre avec la fièvre typhoïde.

Mais cette affection, nouvelle pour moi, ne l'était pas dans nos livres. Si ma description n'a pas été trop imparfaite, vous y aurez reconnu, sans nul doute, le *morbus petechialis* du dix-septième et du dix-huitième siècles, de Ramazzini et de Borsieri; la fièvre des prisons et des hôpitaux de Pringle, la fièvre pétéchiale de Gênes; le typhus contagieux de Hildenbrand, celui même que quelques-uns d'entre vous ont pu voir en 1814.

Pour moi, j'ai trouvé la maladie que je viens d'observer si semblable, dans ses traits principaux, à celles dont ces grands maîtres nous ont transmis la peinture, qu'ayant comparé la description générale que j'avais d'abord tracée du typhus du Val-de-Grâce, au résumé que fait Ozanam des diverses épidémies de typhus, je n'ai presque rien eu à y changer.

Sauf de légères différences de formes, que la diversité des temps, des lieux, des circonstances imprime, comme chacun sait, à toutes les affections épidémiques et contagieuses, ces fièvres pétéchiales, le typhus de Hildenbrand et le nôtre sont essentiellement la même maladie; c'est le typhus proprement dit qui diffère spécifiquement de la fièvre typhoïde.

Cette conclusion, très-explicite sur ce point, est toutefois insuffisante. Dans l'état actuel de la science, il n'est pas permis de s'y borner.

Vous savez, messieurs, que les médecins des Iles Britanniques, il y a quinze ans à peine, confondaient encore sous le nom de fièvre continue des espèces morbides fort différentes. Le livre de M. Louis vint leur apprendre à distinguer les caractères propres de la fièvre typhoïde. De ce moment la lumière se fit. On commença à en séparer une autre affection plus fréquente en Irlande, en Ecosse même, qu'en Angleterre, et pourtant endémique à Londres, comme la fièvre typhoïde elle-même. Je veux parler du *typhus fever* que Valleix nous fit connaître en France d'après de bonnes relations. On le crut d'abord propre à l'Irlande, ou tout au plus aux Iles Britanniques; mais bientôt après, les médecins américains le rencontrèrent sur divers points des Etats-Unis et sur leurs navires, puis on le reconnut dans la fièvre de famine des Flandres, et l'on peut voir, par le livre du professeur Magnus Huss, qu'il est domicilié à Stockholm comme à Londres, en compagnie de la fièvre typhoïde.

Le *typhus fever* a été parfaitement étudié dans ces derniers temps, surtout par le professeur Jenner (de Londres), et c'est une conviction générale à l'étranger, et très-nettement exprimée dans les livres classiques de Valleix et de MM. Grisolle et Monneret, que le *typhus fever* diffère radicalement de la fièvre typhoïde.

Mais ce *typhus fever*, qu'on retrouve en des régions très-distantes à l'état endémique ou épidémique, est-il donc lui-même différent du typhus de Ramazzini, de Pringle et de Hildenbrand? Telle est l'importante question que se sont déjà posée Gerhard (de Philadelphie) et M. Henri Gueneau de Mussy, après avoir vu le typhus d'Irlande, question qu'a évité M. Grisolle, M. de Mussy est disposé à résoudre par l'identité, comme Gerhard l'a fait avant lui. Valleix, au contraire, sépare le *typhus fever* du typhus, qu'il ne distingue pas de la fièvre typhoïde, tandis qu'il paraît plus sage à M. Monneret de rester encore dans le doute.

Eh bien, ma conclusion sur ce point sera aussi formelle que ma conviction est entière.

Le typhus du Val-de-Grâce est identique au *typhus fever*, comme au *typhus* de Hildenbrand. Aucune différence radicale ne les sépare. Ces trois maladies n'en sont qu'une. Elles naissent sous l'influence des mêmes causes: l'encombrement, la misère, la contagion; elles ont le même mode d'invasion, la même éruption pathognomonique (celle que j'ai décrite est celle de Jenner aussi bien que celle de Ramazzini et de Borsieri). Elles affectent la même marche, elles ont la même durée, les mêmes complications, les mêmes suites; en un mot, les mêmes traits et la même physionomie.

Egalement dépourvues de lésions anatomiques spéciales, elles peuvent revêtir les mêmes variétés de formes.

Gerhard et M. de Mussy ont bien jugé. Mais il faut, au contraire, renverser la proposition de Valleix et dire: *Le typhus et le typhus fever sont identiques; ils diffèrent spécifiquement de la fièvre typhoïde.*

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 juillet 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret qui approuve la nomination de M. Beau dans la section d'anatomie pathologique.

Sur l'invitation de M. le président, M. Beau prend place parmi ses collègues.

— M. le ministre du commerce transmet:

1° Le rapport de M. Raynaud, sur les épidémies qui ont régné en 1855 dans l'arrondissement de Montauban;

2° Le rapport final de M. Yvonneau, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné à plusieurs reprises dans la commune d'Autainville (Loir-et-Cher) en 1855;

3° Le compte rendu des épidémies qui ont régné en 1855 dans le département des Hautes-Pyrénées. (Commission des épidémies).

4° Quatre rapports de MM. Godefroy-Martin, Facachon, Frestier, Polosson, sur une épidémie de choléra qui a régné en 1855 dans le département de l'Isère. (Commission du choléra).

5° Une série de rapports adressés par MM. les médecins inspecteurs Perrin, Asseville et Calvet, sur le service des eaux minérales d'Euret et de Saint-Jean de Ceytargues, de Forges, de Sylvanès et Camarès. (Commission des eaux minérales).

6° Deux mémoires de M. le docteur Millon, sur des épidémies de variole et de rougeole qui ont régné dans la commune de Revel (Haute-Garonne) en 1855;

7° Les tableaux de vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de la Loire, de l'Oise et d'Indre-et-Loire. (Commission de vaccine).

— M. le ministre de l'intérieur annonce à l'Académie que conformément au vœu qu'elle a exprimé, il a transmis à M. le préfet de la Seine le rapport relatif au lit mécanique de M. Gros (de Dijon), en le priant d'inviter l'administration générale de l'assistance publique à faire expérimenter cet appareil.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

MM. Denonvilliers et Hutin prient l'Académie de les comprendre sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

— MM. Mialhe, Gobley, Buignet, Poggiale adressent la même demande pour la place vacante dans la section de pharmacie.

— MM. les docteurs Thiaudier (de Poitiers) et Séchaud (de Chalus) sollicitent le titre de membre correspondant.

— M. Le Roy d'Etiolles adresse à l'Académie une lettre par laquelle, tout en rappelant qu'il a pratiqué l'écrasement linéaire et la section mousse immédiate dès l'année 1825, lorsqu'il a détaché des tumeurs du col de la vessie en écrasant leurs points d'attache avec le brise-pierre articulé de Jacobson, il s'empresse de reconnaître que M. Chassaignac a fait une méthode générale de l'écrasement avec les instruments mousses, et qu'il en a posé les principes.

— M. le président informe l'Académie que le XX° volume des *Mémoires* est en distribution.

— L'ordre du jour appelle la nomination au scrutin d'une commission de cinq membres chargée de dresser une liste de candidats aux titres d'associés nationaux.

Cette commission, d'après les résultats du scrutin, est composée de MM. Rostan, Velpeau, Bussy, Michel Lévy et Bégin.

RAPPORTS.

Paralysie générale. — M. Bricheteau lit un rapport sur un mé-

moire de M. Scipion Pinel, ayant pour titre : *Des formes de la paralysie générale et de ses conditions anatomiques*.

M. le rapporteur, après avoir rappelé l'historique des travaux sur la paralysie générale, s'exprime en ces termes :

Il y a, comme cela est ordinaire, beaucoup de divergence dans la manière de considérer cette maladie parmi les nombreux spécialistes qui s'en sont occupés ; en comparant leurs travaux, on peut réduire à quatre les principales opinions qui y dominent.

La première, adoptée par MM. Delaye, Calmeil, Georget, Esquirol et ses élèves, consiste à considérer cette maladie comme une simple complication de la plupart des folies.

La deuxième, défendue par MM. Parchappe, Duchaek (de Prague), consiste à la considérer comme une forme distincte de la folie, ayant pour point de départ une lésion anatomique.

La troisième a pour patrons MM. Requin, Baillarger et Lunier ; elle considère comme une seule et même affection, qu'elle appelle paralysie générale progressive, les paralysies avec ou sans délire.

Enfin, dans une quatrième et dernière théorie, embrassée par MM. Sandras, Brierre de Boismont et Duchenne (de Boulogne), on admet deux variétés de paralysie générale : la paralysie avec aliénation, et la paralysie sans aliénation. Ce serait volontiers à cette dernière manière de voir que se réunirait votre rapporteur, ayant observé à l'hôpital Necker plusieurs cas de paralysie générale.

Dans son travail, M. Scipion Pinel a pour objet de faire mieux connaître les altérations de l'encéphale considérées comme cause de la paralysie générale. L'auteur, estimant que les résultats des recherches anatomiques faites jusqu'à ce jour sont contradictoires, ne craint pas de reprendre ce travail *ab ovo*, en se fondant sur un grand nombre d'observations recueillies à Bicêtre et à la Salpêtrière. En rapprochant les lésions qu'il avait notées dans l'encéphale et les symptômes observés pendant la vie, M. S. Pinel conclut que la paralysie générale se présente à l'observation sous quatre formes bien distinctes.

La première est une véritable cérébrite aiguë, dans laquelle domine un symptôme unique, le frémissement et l'embarras de la prononciation, et qui en quelques jours arrive à une terminaison mortelle ; elle laisse à la périphérie du cerveau, aussi bien que dans le centre de cet organe, les traces inflammatoires les plus évidentes : érosions rougeâtres, ramollissements sanguinolents et disposés par foyers, soit dans les circonvolutions, soit dans les corps striés, soit même dans les ventricules.

La seconde, décrite par M. Parchappe, est l'état chronique de la forme précédente : elle met plusieurs années à désorganiser la substance périphérique du cerveau, et surtout la couche moyenne de la substance grise, dans laquelle on trouve des ramollissements brunâtres et des ecchymoses plus ou moins profondes.

La troisième résulte d'une espèce d'hypertrophie de la substance blanche ; la substance grise périphérique reste saine, mais chaque hémisphère est comme ballonné, et les circonvolutions extérieures sont refoulées et aplaties contre la voûte osseuse. Un véritable état fébrile se lie à cette turgescence morbide de la substance cérébrale.

Dans la quatrième, opposée à la forme précédente, le cerveau paraît souvent réduit au tiers de son volume, et cette réduction laisse entre la périphérie cérébrale et la voûte osseuse un vide de 2 ou 3 centimètres, et quelquefois plus encore ; à cette résorption de la substance cérébrale est liée la contracture des membres ; la maladie affecte une marche indolente pendant des années entières, et se termine ordinairement par des hémorrhagies, par des apoplexies méningiennes, etc.

A ces quatre formes, M. Pinel en ajoute encore deux autres qu'il fait dériver de la marche de la maladie.

La première de ces deux formes revêt le type intermittent, à périodes très-éloignées, c'est-à-dire que le retour ne se renouvellent que d'année en année, et cela pendant une période de huit à dix ans. La seconde n'est fondée sur d'autres considérations que celles de la terminaison de la maladie, qui est favorable.

Telles sont les distinctions fondamentales que M. Pinel établit soit sur la nature des lésions, soit d'après la marche et la terminaison de la maladie dans la paralysie générale. Ces distinctions permettent à l'auteur d'utiliser, dit-il, tous les faits qui ont été observés, de les classer méthodiquement et d'en expliquer les contradictions apparentes.

Ainsi, dans la paralysie générale, que, suivant M. Pinel, on doit désormais appeler *cérébrite paralytique*, comme dans l'épilepsie, qu'il faut appeler cérébrite *convulsive*, c'est une chimère que de chercher une identité de siége. Les fibres, les faisceaux nerveux auxquels sont dévolues les fonctions de la masse encéphalique, allant du rachis s'épanouir dans la totalité de l'encéphale, le siége de la maladie peut se rencontrer dans des points fort éloignés les uns des autres. Pour M. Pinel, du reste, l'épilepsie a résulté d'une lésion spéciale des faisceaux moteurs et sensibles ; et, bien que ce soit dans le mésocéphale qu'en est le siége le plus fréquent, la lésion primitive peut pourtant se développer aussi bien dans le rachis et dans le cervelet que dans les lobes cérébraux, parce que tous ces centres sont traversés par des faisceaux moteurs et sensibles du cordon rachidien ; et cette lésion de la pulpe nerveuse peut varier depuis la simple irritation passagère, ou inflammation chronique curable, jusqu'à la désorganisation du tissu, l'atrophie et les kystes incurables, et pourtant les symptômes dominants sont toujours l'accès convulsif plus ou moins fort, plus ou moins rapproché. Or ce qui a lieu pour l'épilepsie devient par analogie une démonstration pour la cérébrite paralytique. Nous trouvons, en effet, dans cette maladie une grande variété de lésions et de siége, et néanmoins le symptôme caractéristique est l'altération de la parole, etc.

Jusqu'à présent les médecins aliénistes, ajoute M. le rapporteur, n'avaient fait qu'énumérer les lésions très-nombreuses et très-diverses trouvées à l'ouverture de sujets qui ont succombé à la paralysie générale. M. Pinel a tenté de les classer, de les grouper, de les diviser, et d'indiquer les avantages qu'on pouvait retirer de cette distribution sommaire et nouvelle. Les observations recueillies par l'auteur étant déjà anciennes, et leur analyse différant notablement des résultats qui se trouvent exposés dans la dissertation plus récente de M. Lunier, par exemple, il en résulte une différence que le temps, l'expérience et de nouveaux faits pourront seuls faire disparaître.

La commission, tout en appréciant la tentative ingénieuse de M. Pinel, se trouve dans l'impossibilité de porter un jugement définitif sur l'importance et l'utilité de son travail, bien qu'il soit le résumé positif des faits recueillis par l'auteur. Elle doit se borner, en conséquence, à vous proposer de le remercier de sa communication et de déposer son mémoire aux archives. (Adopté.)

Méthode curative externe pour les névralgies faciales.—M. Piorry lit un rapport sur un mémoire de M. Poggioli, ayant pour titre : *Nouvelle méthode curative externe pour les névralgies faciales*.

La méthode proposée par l'auteur pour la curation des névralgies, dit M. le rapporteur, a reçu le nom de *iatraleptique*, c'est-à-dire de médication par des frictions. M. Poggioli pratique ces frictions avec un mélange de médicaments narcotiques. Il a composé une formule particulière, à laquelle il attribue une grande efficacité. (Elle se compose d'une association de belladone, d'hydrochlorate de morphine, d'onguent populéum et d'axonge, dans laquelle on fait macérer des feuilles de stramonium et de l'eau de lavande. Nous avons déjà publié dans le temps cette formule.)

Avant d'apprécier les faits présentés par ce médecin, et d'établir un jugement sur le degré d'importance qu'il convient d'attacher au moyen qu'il propose, M. Piorry pose quelques principes sur la manière d'observer les faits thérapeutiques en général, et d'apprécier en particulier l'action des médicaments dits sédatifs ou narcotiques.

Avant tout, dit M. Piorry, il faut, quand on veut préciser l'efficacité réelle d'une médication, particulariser, organiquement si c'est possible, et au moins le plus positivement que faire se peut, la lésion qui donne lieu aux symptômes que l'on veut combattre. Ce n'est pas seulement le caractère physiologique principal d'un mal qu'il s'agit de reconnaître, mais c'est la circonstance maladive, l'altération anatomique qui cause ou entretient le phénomène pathologique qu'il est indispensable de rechercher et de déterminer.

Dans l'appréciation de l'efficacité d'un agent thérapeutique, il faut encore tenir compte, non-seulement de l'action d'autres médications, qui presque toujours sont employées d'une manière concomitante, mais encore des influences hygiéniques innombrables dépendantes du régime, de l'exercice, du repos, des variations de température, de l'habitation, des impressions morales, etc., qui dans beaucoup de curations attribuées à un remède, ont été les causes véritables du changement heureux survenu dans l'état du malade.

Il faut ensuite se poser constamment cette question : Si le mal eût été abandonné à lui-même, se serait-il amélioré ou dissipé spontanément ?

Or, s'il est facile d'établir le problème précédent, le théorème et les corollaires qui en ressortent sont d'une excessive difficulté à expliquer et à déduire. C'est seulement lorsqu'à la suite d'une médication unique et déterminée on a vu cesser un grand nombre de fois une lésion, une affection bien diagnostiquée, que l'on est fondé à rapporter un succès au médicament dont on s'est servi.

M. le rapporteur, après avoir appuyé ces préceptes par de nombreux exemples, rend compte ensuite du mémoire de M. Poggioli, et résume en ces termes le jugement qu'il en porte au nom de la commission :

M. Poggioli, pour éclairer l'opinion de vos commissaires, a fréquenté longtemps les hôpitaux, à l'effet de rencontrer des cas où sa méthode pût être appliquée. Malheureusement, il faut le dire, ces cas se sont rarement trouvés. Presque toujours, dans ceux qui se sont présentés, il s'est agi de douleurs dues à des états organopathiques appréciables, à des ruptures ou à des distensions musculaires, à des lésions plus ou moins incurables, et qui ne rentraient pas dans le cadre des affections que M. Poggioli pense devoir être traitées avec succès par les frictions et le liniment qu'il propose.

Nous avons autant que possible soumis à la méthode expérimentale le moyen thérapeutique de M. Poggioli ; mais il est fort difficile à un chef de service de suivre directement les phases et le mode d'un traitement qui dure plusieurs jours, pendant lesquels des influences très-variées viennent à agir ; de sorte que les cas cités par M. Poggioli, et qui ont été recueillis dans le service de M. Larrey, ne l'ont pas été sous les yeux de ce membre de votre commission, et que parmi ceux qui ont été observés dans les salles Sainte-Anne et Saint-Charles, il n'en est que deux dans lesquels votre rapporteur ait constaté un effet bien sensible.

D'après ce qui précède, on peut admettre que les frictions avec le liniment narcotique de M. Poggioli sont un sédatif utile ; mais est-ce la formule spéciale employée par ce médecin qui réussit à opérer ce calme ? est-ce le narcotique simple qui réussit ? serait-ce la réunion de plusieurs narcotiques divers qui auraient plus d'utilité que l'un d'entre eux donné isolément ? La friction prolongée avec un corps gras est-elle le moyen de guérison ?

De la discussion à laquelle M. Piorry se livre à ce sujet, il résulte qu'il ne serait pas éloigné d'admettre que la guérison soit due dans ces divers cas à ce dernier mode d'action.

En résumé, dit en concluant M. le rapporteur, les frictions prolongées pratiquées avec soin et habileté par M. Poggioli au moyen du liniment graisseux et narcotique, dont il a donné la formule, ont, d'après les faits recueillis dans le service de médecins honorables, fréquemment soulagé ou même fait dissiper des douleurs variées. Dans deux cas, dont l'un de nous a été témoin, c'est immédiatement après l'emploi de ce liniment et de ces frictions que votre rapporteur a vu de tels résultats obtenus. Il serait difficile de décider si le soulagement a été la conséquence de l'action des médicaments contenus dans la graisse, ou de la friction longtemps et avec soin prolongée au moyen d'un corps gras.

Nous vous proposons d'adresser des remercîments à M. Poggioli pour la communication qu'il a faite à l'Académie, et de renvoyer son mémoire au comité de publication.

M. Larrey donne quelques explications sur la part qui lui est faite dans le rapport. Il résulte de ces explications que non-seulement il n'a personnellement assisté à aucune expérience, mais qu'il n'a été fait aucun essai de ce genre dans son service (1). Quant aux observations citées dans le rapport en faveur de la méthode en question, elles lui paraissent trop concises pour être probantes.

M. Piorry répond qu'il n'a nullement rendu M. Larrey garant des faits cités dans le rapport. Il déclare ne se reconnaître garant lui-même que des deux faits observés dans son service.

M. Velpeau s'étonne que M. Piorry ait traité avec autant d'importance un travail qui ne lui paraissait justiciable que de la commission des remèdes secrets. Je sais, dit-il, que M. Poggioli est un homme honorable et zélé ; mais la médication qu'il a soumise à l'Académie est une chose informe et qui n'était pas digne d'un rapport sérieux. Les deux seules observations de quelque valeur invoquées à l'appui de l'efficacité de ce mode de traitement ne prouvent en réalité rien.

M. Robinet demande à M. Piorry s'il entend maintenir la conclusion dans laquelle il propose le renvoi du mémoire au comité de publication. Dans ce cas, il demanderait la parole.

M. Piorry déclare être tout prêt à se rendre, à cet égard, au vœu de l'Académie.

Sur l'observation de plusieurs membres, il déclare renoncer à cette partie de sa conclusion.

Les conclusions du rapport ainsi réduites sont mises aux voix et adoptées.

LECTURE.

M. Briau lit une note *sur une cause peu connue des vomissements des femmes enceintes et sur un moyen d'y remédier*. (Commissaires, MM. Moreau et Cazeaux.)

— La séance est levée avant cinq heures.

(1) Depuis la rédaction du compte rendu nous avons reçu une lettre de M. Poggioli, qui nous explique de quelle manière les choses se sont passées. Il résulte de cette explication qu'aucun essai, en effet, n'a eu lieu dans le service de M. Larrey, et que c'est par suite d'un malentendu que M. Piorry a été induit en erreur à cet égard.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le *Moniteur* d'aujourd'hui publie la liste des officiers et soldats de l'armée anglaise qui ont été décorés de la Légion d'honneur à l'occasion de la campagne de Crimée. Nous y trouvons avec une vive satisfaction les noms de plusieurs de nos honorables confrères, savoir : M. John Hall, inspecteur général des hôpitaux, nommé officier ; MM. les chirurgiens Archibald Gordon, James Mouatt, Thomas Patrick Matthew, Richard Coffin Elliot, et les aides-chirurgiens Thomas Clark Brady, Thomas Ligertwood, Henry Thomas Sylvester, George Fair et Charles O'Callaghan, nommés chevaliers.

— M. le Dr Karl Scherzer a donné devant la Société de botanique de Vienne des détails sur quelques plantes employées par les Indiens, et dont il souhaite l'introduction en Europe. Il a appelé l'attention des membres de cette Société scientifique sur l'écorce du *copalchi*, qui est usitée chez les Indiens comme remède contre la fièvre. M. Guibourt, dans son *Histoire naturelle des drogues simples*, t. II, dit que quelques centaines de kilogrammes de cette écorce ont été exportées à Hambourg en 1827, comme quinquina.

La résine du *guaco* est employée par les Indiens dans les maladies de la peau.

M. Scherzer mentionne ensuite un arbrisseau à thé nommé par M. Fenzl *lipia medica*. Cet arbuste croît dans le voisinage d'Istlavacan, sur le plateau de Guatemala, à 2,000 mètres au-dessus du niveau de la mer. Une infusion de ses feuilles guérit les maladies d'estomac et les douleurs de tête. La civilisation n'ayant pas encore introduit le thé chinois dans ces lointains parages, les habitants s'en servent à la place du produit de l'Empire Céleste.

Dans une famine qui eut lieu il y a quelques années dans le département d'Intigalpa, les Indiens eurent recours à la racine de l'*helmia esurientium*, qui comme les autres tubercules des tropiques, est farineux et possède un goût agréable. Pendant plusieurs mois, ce fut leur unique aliment. Par malheur cette plante ne pourrait s'acclimater que difficilement en Europe, de même que la pomme de terre douce (*convolvulus batatas*), qui a pourtant réussi quelquefois dans le sud et dans l'ouest des Etats-Unis.

Un autre arbuste des plus intéressants est le *frailillo*, dont les Indiens se servent comme d'un laxatif très-énergique. On le trouve aux environs de Dipilto, dans le Nicaragua. Les naturels s'imaginent que ses qualités diverses — car c'est à la fois un vomitif et un purgatif — dépendent de la manière de cueillir les feuilles, dans le haut ou dans le bas de la plante.

Enfin, M. Scherzer a terminé son curieux mémoire par la description d'une plante de chétive apparence, donnant de jolies petites graines rouges, et que l'on rencontre fréquemment au Guatemala et à Honduras. Les indigènes l'appellent tantôt *guataca* et tantôt *comida de culebra* (nourriture de serpents). Lorsqu'en 1837 le choléra sévissait sur ce grand plateau, les habitants du village indien de Cantaranos (état d'Honduras), non loin de Tegucigalpa, faisaient boire aux malades une décoction de cette plante. Il paraît que la plupart des cas de choléra, dans cette localité, ont eu une heureuse issue. M. Fenzl croit reconnaître, dans l'échantillon soumis à la Société, une *rauwolfia tomentosa*. Un examen sérieux est d'autant plus nécessaire, que les plantes de la famille des apocynées ont une vertu plutôt dissolvante qu'astringente.

Toutes les plantes, écorces d'arbres et graines rapportées par M. Scherzer vont être l'objet d'une analyse exacte de la part de deux chimistes distingués de Vienne (Autriche), et nous ne manquerons pas d'en faire connaître les résultats qui intéressent la science au plus haut degré. (*Das Ausland*.)

Le Gérant, ...

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De quelques accidents cérébraux de nature rhumatismale.

Dans l'une de ses dernières leçons cliniques, M. le professeur Trousseau signalait à l'attention de son auditoire quelques-uns de ces exemples de rhumatismes mobiles à siéges multiples, à formes variables et bizarres qui simulent parfois des affections organiques graves, au point de s'y méprendre, si l'on n'était prévenu ou par les antécédents des malades, ou par la marche même des phénomènes, dont la mobilité est le caractère essentiel. On pouvait voir à la même époque dans son service : un homme qui avait à la fois un rhumatisme des articulations, de l'endocarde et de la plèvre ; un autre malade qui, à la suite d'un bain dans une rivière très-froide par un jour très-chaud, avait été pris subitement d'une douleur articulaire très-vive à l'épaule, et qui, après plusieurs alternatives de douleurs tantôt dans une épaule, tantôt dans l'autre, avait fini par avoir une paralysie du membre thoracique droit, accompagnée de vives douleurs dans le plexus brachial, laquelle disparut un jour brusquement et fut remplacée par une douleur de la région dorsale, qui se dissipa à son tour ; une femme qui, entrée à l'hôpital avec une amaurose presque complète, fut successivement prise, dans les salles, de paralysie dans le bras gauche, puis dans la jambe droite, puis dans les autres membres, après le rétablissement du mouvement dans ceux-ci et le retour de la vue ; puis enfin d'une hémiplégie gauche, qui fit place à son tour à une série d'autres phénomènes de même nature. Mais l'un des plus remarquables, parmi ces faits, était le suivant :

Une jeune fille est prise tout à coup d'un frisson violent suivi d'une réaction fébrile ; fréquence et développement du pouls ; céphalalgie intense ; malaise général ; courbature ; nausées ; douleurs de reins et affaiblissement des extrémités inférieures. A ces premiers signes, on croit reconnaître le début d'une fièvre inflammatoire. Les douleurs rachialgiques et la semi-paraplégie font songer tout d'abord à une variole. Mais six jours s'étant passés sans éruption, il fallut bien renoncer à cette idée. La persistance de ces phénomènes fait naître alors l'idée d'une congestion de la moelle ou de ses enveloppes. On fait appliquer, en conséquence, des ventouses scarifiées. Tout allait bien le lendemain, et l'amendement obtenu semblait justifier ce second diagnostic, lorsqu'il se fait une nouvelle explosion de phénomènes plus graves et plus alarmants que les précédents. Après deux jours de bien-être, la malade est prise tout à coup d'hémiplégie avec sensation de fourmillement dans le bras droit ; crampes légères dans la jambe du même côté, et obscurcissement presque complet de la vue.

Tout portait à voir dans ces symptômes quelque lésion grave du cerveau. Toutefois, frappé de la mobilité des accidents, M. Trousseau ne se hâta point d'agir, commençant à soupçonner qu'il pourrait bien n'avoir affaire qu'à une de ces formes bizarres de rhumatisme qui parcourent et envahissent successivement les organes les plus éloignés et les plus divers. En effet, le surlendemain on voit se dissiper spontanément la paralysie du bras et de la jambe, la vue se rétablit, en même temps que la malade accuse une vive douleur dans la jambe gauche. Une violente fluxion dans le genou fut la dernière scène de cette singulière maladie.

Ces faits nous avaient fait songer à rechercher les cas analogues existant dans les annales de la science, et à voir jusqu'à quel point des observations citées dans les auteurs comme des faits de phlegmasies ou d'irritations des organes cérébro-spinaux, ne pouvaient pas être considérées comme des exemples de ces rhumatismes anomaux méconnus par les observateurs qui auraient été dupes de l'illusion produite par ces *jeux du rhumatisme*, pour nous servir de l'expression originale de M. Trousseau. Mais nous avons été prévenu dans ce projet (nous sommes loin de nous en plaindre) par M. le docteur Mesnet, ancien interne des hôpitaux, qui, dans un travail publié dans le fascicule de juin des *Archives générales de médecine*, a rapproché des faits que nous venons de rappeler les faits de méningite rhumatismale recueillis par MM. Bourdon et Vigla, ainsi que ceux qu'ils ont groupés, à l'exemple de Stoll, sous le nom d'apoplexie rhumatismale, et ceux que M. Hervez de Chégoin a décrits en 1845 dans la *Gazette des Hôpitaux* sous le nom de rhumatisme cérébral. M. Mesnet ne s'est pas borné à ces rappels et à ces rapprochements qui élargissent l'histoire du rhumatisme ; il a rapporté à cette occasion un fait extrêmement curieux de coexistence d'aliénation mentale et de chorée avec un rhumatisme articulaire, qu'il a eu récemment l'occasion d'observer. C'est sur ce fait que nous voulons appeler un instant l'attention de nos lecteurs.

Un jeune homme de 23 ans, d'une constitution assez bonne, d'un tempérament nerveux, d'une éducation soignée, après une perte d'argent assez considérable dans de fausses spéculations, était depuis quelque temps en proie à un profond chagrin auquel des excès vénériens vinrent encore ajouter leur influence débilitante, lorsqu'il fut pris tout à coup d'un violent point de côté à gauche, puis de douleurs vives dans les genoux, dans les lombes, avec difficulté très-grande à marcher.

A cette première série de symptômes en succède une seconde, caractérisée par une atteinte des facultés intellectuelles. M. A... restait des heures entières comme absorbé dans une méditation profonde, complétement étranger à tout ce qui se passait autour de lui, ne répondant qu'avec lenteur aux questions qu'on lui adressait. Son caractère, jusque-là facile, doux et affectueux, était devenu inquiet, soupçonneux, irascible. Il était en outre en proie, par moments, à des hallucinations de l'ouïe et de la vue. Ces derniers phénomènes alternaient avec les douleurs articulaires. A la même époque, on reconnut l'existence d'une pleurésie à gauche, remontant jusqu'au tiers moyen de l'omoplate.

Quinze jours s'étaient ainsi passés avec des alternatives de rémissions et d'exacerbations, lorsque M. Mesnet vit pour la première fois le malade. Il était alors dans un état d'émaciation extrême ; la marche était vacillante, il se soutenait à peine. Il avait alors une douleur assez vive dans l'articulation scapulo-humérale gauche. Interrogé, il se rendait peu compte de son état ; sa parole venait lentement ; ses réponses semblaient nécessiter de grands efforts d'intelligence. A dater du jour où ce malade fut soumis à l'observation de M. Mesnet, voici la marche générale des phénomènes et les singulières alternatives qui furent constatées :

Le 1er mars, le malade souffre dans l'épaule gauche, qui est le siége d'un épanchement.

Le 2, la douleur persiste ; mais l'épanchement est en voie de résolution.

Le 3, pas de douleurs articulaires ; agitation, hallucinations de l'ouïe et de la vue.

Le 4, calme de l'esprit ; douleur vive dans le genou gauche.

Le 5, douleur presque entièrement disparue dans le genou ; délire violent, hallucinations.

Le 6, même état, auquel se joignent des mouvements choréiques dans les membres ; le genou gauche est plus sensible à la pression ; un peu de rougeur par traînées au niveau de l'articulation fémoro-tibiale et tibio-tarsienne.

Le 7, à la suite d'un bain, calme de plusieurs heures ; les mouvements choréiques n'ont pas cessé, mais ils sont moins violents ; ils redeviennent plus intenses le soir, ainsi que le délire et les hallucinations.

Le 8, le délire et l'agitation augmentent ; il y a un tel désordre dans l'intelligence et dans les mouvements, une telle excitation nerveuse, que l'état du malade inspire des craintes sérieuses.

Le 9, il survient un amendement assez notable, qui se soutient et augmente même le jour suivant. Le 10, en effet, l'intelligence est moins profondément troublée, les mouvements choréiques moins marqués. On constate ce jour-là un gonflement notable avec douleur à la face dorsale de la main gauche.

L'amélioration du côté de l'intelligence et des mouvements va croissant jusqu'au 13, jour où l'on constate de nouveau quelques douleurs vagues dans l'articulation coxo-fémorale et dans l'épaule droite.

Le 15, même état mental. Les mouvements choréiques existent toujours à droite, quelques douleurs vagues, sans gonflement articulaire, dans l'épaule droite, le genou et le pied gauche.

Après quelques oscillations et quelques alternatives qui marquent la décroissance de la maladie durant une quinzaine de jours encore, le 31 mars tout symptôme fébrile avait disparu. La convalescence marcha régulièrement à dater de ce moment sans être troublée par aucun accident ; les forces et l'embonpoint revinrent rapidement, et le 15 avril la guérison était parfaite.

Les moyens de traitement avaient consisté principalement en bains simples d'abord, puis sulfureux, et dans l'administration du sulfate de quinine, de 40 centigrammes à 1 gramme par jour, et comme moyens accessoires et destinés à remplir des indications secondaires, l'opium, le sous-carbonate de fer et quelques purgatifs.

Était-ce à une affection rhumatismale qu'on avait eu affaire dans ce cas ? La réponse ne saurait être douteuse. Mais les symptômes d'aliénation mentale qui se sont montrés coïncidemment n'étaient-ils qu'une complication fortuite sans relation de nature, sans lien étiologique avec la maladie articulaire, ou bien étaient-ils eux-mêmes une expression, une forme particulière de la maladie rhumatismale ? Cette question est plus délicate et plus difficile à résoudre. Voici les motifs qui nous paraissent, ainsi qu'à M. Mesnet, de nature à faire considérer ces deux affections comme ayant eu au moins une influence manifeste l'une sur l'autre, sinon une communauté d'origine suffisamment démontrée.

En envisageant cette maladie dans sa marche et dans la succession des accidents si variés qui la constituent, on voit d'abord une pleurésie rester stationnaire après quelques jours de durée, sans être accompagnée des symptômes fébriles généraux qui appartiennent d'ordinaire aux pleurésies franches, puis se dissiper sans l'intervention d'aucune médication active, pour faire place à des douleurs dans les grandes articulations apparaissant brusquement et s'accompagnant de rougeurs disséminées autour des jointures, sans épanchement articulaire. Ces douleurs se déplacent à leur tour, quittent les genoux pour y revenir de nouveau ou pour se porter sur les épaules ou sur d'autres régions.

Au moment de l'invasion de ces douleurs articulaires, l'intelligence s'engourdit, s'affaisse ; c'est alors que l'on constate que le malade a de la peine à répondre, à rassembler ses idées, de la difficulté à trouver ses mots, de l'indifférence pour ce qui se passe autour de lui. Puis une remarquable alternance se manifeste entre les symptômes cérébraux et les douleurs rhumatismales. Quand les douleurs articulaires disparaissent, les troubles intellectuels augmentent, l'esprit devient plus lent, plus taciturne, l'intelligence plus obscure, puis bientôt cette première période d'affaissement fait place à de l'agitation, du délire, des hallucinations. En changeant de caractère, les désordres cérébraux conservent leur forme paroxystique et continuent à alterner avec l'état fluxionnaire et douloureux des jointures, jusqu'à ce qu'enfin, prenant tout à fait le dessus, ils finissent par devenir persistants, pour décroître ensuite d'une manière lente et graduelle. A cela, il faut ajouter les accidents choréiques marchant parallèlement avec le délire et les hallucinations, et qui viennent établir une sorte de lien entre ces deux ordres de phénomènes morbides alternes, en même temps qu'ils donnent une nouvelle confirmation de la loi de coïncidence du rhumatisme avec la chorée.

D'un autre côté, la rémission observée dans les symptômes cérébraux, l'état modéré de la fièvre, l'absence de troubles du côté des autres grandes fonctions, éloignaient l'idée d'une phlegmasie des méninges. Enfin les effets mêmes de la médication et l'action avantageuse que paraît avoir eue la médication quinique, tout tend, en effet, à démontrer une relation entre ces deux éléments morbides, et à rattacher l'un à l'autre les troubles nerveux complexes qu'a présentés ce malade et l'affection rhumatismale.

De l'emploi du bicarbonate de soude dans l'angine couenneuse.

L'angine couenneuse est toujours à l'ordre du jour, et il faudra l'y maintenir jusqu'à ce que la thérapeutique se soit définitivement enrichie de moyens efficaces et sûrs contre cette cruelle affection. L'empressement que chacun met à chercher et à préconiser le moyen qui lui a paru préférable aux autres, prouve mieux que tous les raisonnements l'insuffisance des moyens dont l'art dispose, comme l'abondance des moyens proposés prouve la pénurie réelle de la thérapeutique. Hier c'était la méthode alcaline, maintenant ce sont les médications bromurée, chloratée, etc. Jusqu'à démonstration péremptoire de leur efficacité, les méthodes nouvelles ne doivent pas nous faire perdre de vue les résultats des tentatives faites et continuées avec leurs devancières. Au train d'où vont les choses, la médication alcaline, qui a fait tant de bruit l'année dernière, peut déjà passer pour ancienne ; on s'expose d'autant moins à la qualifier ainsi, que sa prétendue jeunesse était une jeunesse d'emprunt. Quoi qu'il en soit, nous croyons qu'on aurait tort de négliger cette médication, qui a incontestablement produit de bons résultats, mais dont il reste, à notre avis, à étudier avec plus de précision et d'exactitude qu'on ne l'a fait jusqu'ici les indications et à bien spécifier les effets. En attendant qu'un examen critique rigoureux de tous les faits qui se sont produits jusqu'ici permette de discerner les effets réels des effets fictifs ou illusoires de la mé-

dication alcaline, nous exposerons quelques-uns des résultats que M. Baron a obtenus de l'emploi de cette médication, dont il fait usage depuis plusieurs années déjà dans son service de l'hospice des Enfants-Trouvés. Nous empruntons les détails qui suivent à l'analyse d'une thèse de M. Laigniez.

C'est à l'eau de Vichy que M. Baron donne la préférence : il prescrit une ou deux bouteilles, suivant l'âge, à prendre dans les vingt-quatre heures. Il prescrit souvent en même temps, selon l'intensité de l'inflammation et l'imminence du danger, une potion contenant 1 ou 2 grammes de bicarbonate, et, lorsqu'il y a beaucoup de fièvre, lorsque l'inflammation est intense ou étendue, ou rapidement envahissante, deux de ces potions sont données en vingt-quatre heures. La quantité de bicarbonate est augmentée si les urines ne deviennent pas alcalines.

Pour un adulte, la dose est de 4, 5, 6 et 10 grammes; elle doit être d'autant plus forte que la maladie est plus intense et que son siége exige un plus prompt soulagement. Lorsqu'on l'a administré d'abord à forte dose, il est prudent de diminuer aussitôt qu'une amélioration notable est obtenue. La boisson alcaline est ordinairement continuée à la même dose pendant trois ou quatre jours au delà de la disparition complète de l'exsudation pseudo-membraneuse, et la dose est ensuite diminuée graduellement pendant trois ou quatre jours.

C'est surtout dans la forme d'inflammation franche avec réaction générale prononcée, teinte rouge-cerise des membranes enflammées, soit au-dessous, soit autour des couennes, turgescence des tissus, couenne dense, blanche, un peu saillante au-dessus de la surface de la membrane, chez les sujets doués d'une constitution sanguine, que le succès par les alcalins est le plus manifeste. C'est ordinairement, d'après M. Baron, de vingt-quatre à soixante heures après le début du traitement que l'amélioration commence à se manifester, de cinq à dix jours après que la disparition complète des fausses membranes est obtenue.

L'observation suivante, rapportée dans la thèse en question, peut donner en même temps une idée de la manière d'agir de M. Baron dans ces circonstances et des effets de la médication.

Un enfant de neuf ans entre le 11 décembre dans les salles. Le 12, à la visite, il ne présente que peu de fièvre; il souffre légèrement à la gorge. Ganglions sous-maxillaires fortement augmentés de volume et douloureux; isthme du gosier sec et rouge, sans fausses membranes; un peu d'abattement.

Le 13, pseudo-membranes recouvrant les deux amygdales, assez épaisses, très-adhérentes. La douleur de gorge a beaucoup augmenté; déglutition difficile; l'émission de la parole paraît fatiguer beaucoup le malade. Pouls irrégulier (104 pulsations); peau chaude. — Potion :

Infusion de mauve.	100	grammes
Bicarbonate de soude.	3	—
Sirop de gomme ou de guimauve. . .	30	—
Eau distillée de feuilles d'oranger. . . .	15	—

et de plus une bouteille d'eau de Vichy. Diète.

Le 14, isthme du gosier gonflé et rouge; encore une fausse membrane sur l'amygdale droite; ganglions sous-maxillaires comme la veille. L'enfant se trouve mieux; peu de fièvre; inappétence. — Même prescription et bouillon de poulet.

Le 15, un peu de ronflement dans la poitrine; les fausses membranes ont disparu. — *Ut suprà.*

Le 16, mieux sensible; l'appétit reparaît et se maintient.

Le 17, la fièvre est tombée, l'isthme du gosier a repris presque ses caractères normaux. — Eau de Vichy, une bouteille; une portion.

Le 18, les ganglions ont disparu complétement. L'enfant sort guéri le 23.

D'après M. Baron, le bicarbonate de soude n'agirait pas seulement contre l'angine couenneuse développée, mais aussi comme prophylactique. Ainsi, on voit dans la thèse de M. Laiguiez, que la moitié des enfants-trouvés soumis à l'eau de Vichy à faible dose n'ont présenté, en 1853-1854, qu'un très-petit nombre d'exemples de diphthérites de peu d'intensité, et qui cédèrent très-facilement à l'administration du traitement curatif, tandis que chez les autres les maladies diphthéritiques furent communes et graves. Plus tard, lors de l'épidémie de croup de 1855, l'emploi de l'eau de Vichy comme moyen préventif empêcha la propagation de la maladie.

Tout en acceptant les faits et l'interprétation de M. Baron comme possibles, et même vraisemblables, nous ferons remarquer cependant combien il faut être réservé dans ses appréciations en matière de prophylaxie.

Sur une cause peu connue des vomissements des femmes enceintes, et sur le moyen d'y remédier.

Tout le monde sait combien les vomissements des femmes enceintes constituent un état pénible, et souvent même grave, puisque dans quelques circonstances, heureusement exceptionnelles, il est vrai, ils ont pu occasionner la mort. On sait aussi quelles sont en général les difficultés qu'éprouvent les médecins en présence de cet accident, qui reste ordinairement rebelle à tous les efforts de la thérapeutique. Cet embarras est accru encore par l'ignorance où l'on est sur la cause ou les causes les plus habituelles de cette perturbation fonctionnelle. Lorsque les vomissements surviennent à la fin de la gestation, on peut, ainsi que le fait remarquer M. Cazeaux, les attribuer avec quelque raison à la pression, à la gêne toute mécanique qu'exerce sur l'estomac l'utérus, dont le fond s'élève jusque dans la région épigastrique. Mais il n'en est plus de même quand les vomissements se manifestent dès les premiers temps de la grossesse, ce qui arrive le plus habituellement. On se rejette, dans ce cas, sur les sympathies étroites qui existent entre l'utérus et l'estomac, ce qui peut être vrai, mais ce qui n'éclaire ni n'inspire beaucoup le praticien sur les moyens de faire cesser cet accident. On a beaucoup cherché, soit dans des conditions anatomiques anormales, soit dans divers états pathologiques de l'utérus ou de ses annexes, l'explication de ces vomissements; mais jusqu'à présent toutes les tentatives de ce genre ont échoué. Aucune des lésions qu'on a pu constater ne s'est montrée d'une manière constante; loin de là, dans le plus grand nombre des cas rien de semblable n'a été trouvé, de sorte qu'il a bien fallu reconnaître que ce qu'on avait pris pour des causes n'était que de simples coïncidences. Cependant il ne faudrait pas trop se décourager dans cette voie de recherches. Voici un fait, c'est celui que M. le docteur Briau a communiqué récemment à l'Académie de médecine, qui prouve qu'il n'est pas toujours impossible de découvrir la cause qui donne naissance à ces vomissements incoërcibles, et de mettre à la fois un terme à cette cause et à ses effets, bien qu'on n'en saisisse pas parfaitement la relation.

Mme X..., âgée de vingt-cinq ans, bien constituée, d'une bonne santé habituelle, a eu, il y a six ans, une première grossesse qui a été exempte de tout accident.

Une seconde grossesse a eu lieu il y a trois ans, et, à part quelques malaises et quelques vomissements dans les premiers mois, elle a été heureuse, quoiqu'un peu moins bonne que la première. Mais les suites de couches ont été troublées cette fois par un incident fâcheux qui donna lieu à une émotion violente, suivie d'une convalescence fortement éprouvée. Aussi depuis cette époque elle a été affectée d'un écoulement blanc, médiocrement abondant, qui a persisté depuis deux ans, et qui a amené du trouble et de la douleur dans les fonctions digestives. Toutefois les époques menstruelles n'en ont éprouvé aucun dérangement.

Mme X... est devenue enceinte une troisième fois vers le commencement de mars 1856. Des vomissements, peu fréquents d'abord, se manifestèrent vers le milieu de ce dernier mois, et continuèrent en augmentant graduellement. Peu à peu leur fréquence et leur intensité devinrent telles que la malade fut obligée de garder le lit à partir des premiers jours de mai. Bientôt son estomac ne put retenir ni digérer aucune espèce de nourriture. Pendant tout ce mois de mai, elle fut affectée d'une douleur gastralgique intolérable, de constipation et de soif ardente. A ces symptômes persistants se joignirent quelques spasmes, des mouvements cloniques des membres extrêmement pénibles, puis un abattement et un découragement profonds, et des insomnies qu'on parvenait difficilement à vaincre par l'administration de la morphine suivant la méthode endermique. Ce sommeil morphitique d'ailleurs n'était point réparateur. L'amaigrissement fit des progrès d'autant plus rapides que la malade pouvait à peine garder de temps à autre un peu d'eau.

Appelé à donner ses soins à Mme X... dès le 2 mai, M. Briau eut bientôt épuisé sans aucun profit toutes les ressources de la thérapeutique ordinaire, et cela avec d'autant moins de succès que l'estomac se refusait à garder aucun médicament. Une médication externe assez énergique fut également employée sans produire d'amélioration sensible.

Cependant la famille était vivement alarmée, et il fut question de l'avortement comme ressource extrême. Mais, n'étant point encore convaincu de l'urgence ni de l'opportunité d'un moyen aussi grave, M. Briau sollicita le 21 mai l'intervention de M. le professeur Moreau. Dans une consultation qui eut lieu en effet, M. Moreau conseilla l'emploi de divers moyens, dont on n'obtint qu'un faible soulagement momentané. Il ajouta que très-probablement les vomissements cesseraient lorsque l'utérus aurait acquis assez de développement pour franchir l'excavation du bassin.

Depuis longtemps, et même avant cette dernière grossesse, ajoute M. Briau, j'avais acquis la conviction que les organes génitaux internes de Mme X... étaient affectés de quelque altération soit de texture, soit de position. La persistance de l'écoulement leucorrhéique m'avait donné cette pensée; mais la répugnance extrême de la malade à se prêter aux moyens de s'en assurer m'avait empêché d'insister à cet égard. J'engageai la famille à préparer la malade à un examen attentif des organes génitaux. J'y fus d'autant plus incité qu'en palpant avec attention l'abdomen, je n'avais senti aucune dureté, aucune tuméfaction qui indiquassent un développement quelconque de l'utérus, et cependant la malade croyait être arrivée à la fin du troisième mois de sa grossesse, et, dans l'état de maigreur où elle se trouvait, il était naturel de penser qu'on sentirait facilement l'augmentation de volume de la matrice que comporte cette époque de son évolution.

M. Moreau, dont j'avais de nouveau sollicité le concours, vint le 4 juin. Il ne sentit pas plus que moi le développement de l'utérus par le palper du ventre, et il se livra immédiatement à l'examen des organes génitaux internes. Après avoir introduit le doigt dans le vagin, il sentit que l'utérus était en état de rétroversion incomplète, et qu'en outre cet organe était profondément logé dans l'excavation du bassin. Il constata encore qu'il se trouvait incarcéré dans la courbure du sacrum et resserré de toutes parts dans cette espèce de cul-de-sac osseux sans pouvoir franchir l'angle sacro-vertébral. Aussitôt après s'être bien assuré de ces circonstances, par une manœuvre habile et prudente autant qu'heureuse, il dégagea la matrice de cette situation anormale en la faisant remonter et en la ramenant ainsi dans l'axe du détroit abdominal.

A la suite de cette opération, qui n'occasionna aucune douleur, Mme X... se sentit immédiatement soulagée. Le même jour, les vomissements cessèrent, et la malade put prendre et digérer quelques aliments légers. La nuit suivante, elle dormit bien. En un mot, à partir de ce moment elle recouvra graduellement, mais rapidement l'appétit, le sommeil, le calme, c'est-à-dire la santé, qui ne s'est pas démentie jusqu'à ce jour. En moins de quarante-huit heures le ventre prit son développement normal et proportionnel à l'époque présumée de la grossesse.

Il est à peine besoin de faire ressortir, dit très-justement M. Briau, les circonstances de ce fait et l'intérêt pratique considérable qu'il offre. Une cause pour ainsi dire toute mécanique retient l'utérus enclavé dans la courbure du sacrum, et s'oppose au développement normal de cet organe; de là une perturbation générale et des vomissements incoërcibles. Cet enclavement paraît provenir lui-même de la rétroversion incomplète de l'utérus. Une fois cette circonstance bien déterminée, l'indication thérapeutique devient positive; elle est mécanique comme la maladie elle-même, et consiste à dégager l'organe et à le remettre flottant dans le ventre par une manœuvre simple et en général facile. La guérison instantanée d'accidents formidables est la suite immédiate de cette petite opération.

Les conclusions de ce fait sont :

1° Que l'enclavement de l'utérus gravide dans la concavité du sacrum est une cause de vomissements incoërcibles;

2° Que dans ce cas le dégagement mécanique de l'organe fait immédiatement cesser les accidents.

M. le professeur Moreau a dit à cette occasion avoir rencontré plusieurs fois des cas semblables où la même manœuvre avait été suivie d'un égal succès; ce qui prouverait que ces sortes d'accidents ne sont pas très-rares, et qu'il est utile que les praticiens en aient connaissance.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MOREL-LAVALLÉE.

Luxation ancienne du coude (1).

Catherine Dagniaux, demeurant à l'Ecluse près Douai (Nord), actuellement boulevard de la Madeleine, 49, chez M. le duc de Richelieu, est entrée à la Charité, salle Sainte-Rose, n° 8, le 31 octobre 1850.

C'est une jeune fille d'environ vingt ans, grande et robuste. Le 3 août dernier, elle était sur une charretée de blé; en posant le pied sur une gerbe, elle perdit l'équilibre, et tomba, la tête la première, d'une hauteur d'à peu près quatre mètres sur les sillons. La tête porta sur l'avant-bras droit. La malade ne saurait dire dans quelle attitude était d'ailleurs cet avant-bras, s'il était allongé ou fléchi.

Elle n'a entendu aucun bruit dans le coude au moment de la chute. La douleur fut même si peu marquée qu'elle ne parle que de celle produite par les tentatives de réduction, qui furent faites une heure et demie après l'accident. Si elle ignore la position du membre dans la chute, elle affirme nettement qu'en se relevant elle avait l'avant-bras étendu au même degré qu'à son entrée à l'hôpital; elle ne pouvait ni le plier ni l'allonger davantage.

M. le docteur Aimé Louy fit faire des tractions sur le poignet par trois hommes, pendant que trois autres étaient chargés de la contre-extension. Ensuite il essaya de fléchir l'avant-bras, qui ne put l'être qu'à angle obtus, et, comme cette position déterminait une vive douleur, il ramena le membre dans l'extension, et l'y maintint avec des attelles et un bandage. Cet appareil ne put être supporté, et fut enlevé au bout de vingt-quatre heures. Il s'était développé du gonflement, qui fut combattu par une application de 25 sangsues.

Depuis lors, on se contenta de placer le membre, toujours dans l'extension, sur des coussins et de l'entourer de cataplasmes.

Dix-sept jours plus tard, on eut de nouveau recours aux attelles, qui restèrent en place pendant vingt jours, au bout desquels l'état était le même qu'aujourd'hui. Le médecin aurait dit que le coude était démis et le bras cassé à sa partie moyenne; mais il n'y a jamais eu dans ce dernier point ni douleur ni déformation.

A son entrée, la malade avait le coude dans l'état suivant :

L'avant-bras était dans une extension exagérée, au point qu'il y avait un angle rentrant en arrière et un angle saillant en avant; la figure de l'articulation était en quelque sorte renversée. La saillie antérieure était due à l'extrémité humérale, dont on sentait et dont on voyait presque la forme oblique et arrondie. L'angle rentrant de la partie postérieure était l'effet naturel de l'extension forcée, extension qui allait jusqu'à la rencontre du bec olécranien et de la face correspondante de l'os du bras. Aussi tout mouvement actif dans ce sens, comme dans celui de la flexion, était-il impossible; les mouvements communiqués étaient à peine suffisants pour montrer qu'il n'y avait pas d'ankylose. La pronation et la supination étaient conservées.

L'olécrane s'était élevé de plus d'un travers de doigt. M. Cribier, interne du service, trouva à l'avant-bras de ce côté 3 centimètres de raccourcissement, mesure prise de l'apophyse styloïde du cubitus à l'épitrochlée.

En faisant exécuter des mouvements de rotation à l'avant-bras, on sentait l'extrémité supérieure du radius tourner *derrière* l'extrémité inférieure de l'humérus.

Le membre supérieur dans sa rectitude semblait un balancier; la main ne pouvait se porter à la tête, et ne servait à la malade qu'à nouer les cordons de ses souliers.

Le lendemain de son entrée, le 1er novembre, la malade est conduite à l'amphithéâtre et couchée sur le lit; les liens extensifs et contre-extensifs étant posés, elle est chloroformée. A l'instant, dans le but

(1) Cette observation a été lue à la Société de chirurgie dans la séance du 9 juillet 1856.

de rompre les adhérences anormales, je porte l'avant-bras dans la flexion, qui est produite au delà de l'angle droit, et très-aisément, par une force si faible que j'en fus étonné. Un bruit prolongé de déchirures successives fut entendu dans le coude. En même temps l'olécrane, en s'éloignant de la face postérieure de l'humérus, entraînait avec lui le triceps auparavant collé contre cet os, et lui faisait faire la saillie caractéristique de la luxation, saillie à laquelle cette apophyse contribuait elle-même.

Ensuite, afin de diminuer l'engrenage et les frottements, une serviette pliée en cravate est placée par son plein sur la face *antérieure* de l'extrémité supérieure de l'avant-bras, et une seconde serviette disposée de même, mais en sens inverse, sur la face *postérieure* de l'extrémité inférieure du bras. Ces serviettes sont confiées chacune à un aide chargé de tirer en sens contraire et perpendiculairement à l'axe du membre au moment où les tractions parallèles allaient être exécutées. A un signal donné, toutes ces tractions commencèrent à la fois. Je fis bientôt changer la direction de l'extension en ramenant l'avant-bras dans la flexion, et la réduction s'opéra avec une facilité surprenante. En cherchant à la constater, je m'aperçus que l'olécrane était rompu à son extrémité. A quel moment s'était produite cette rupture? Je n'en sais rien; peut-être pendant la réduction.

La jointure paraissait avoir repris sa forme et jusqu'à un certain point ses mouvements passifs. Je trouvais bien à la mesure un raccourcissement de quelques millimètres; mais ce résultat était trop en désaccord avec la restitution de la configuration de l'article et avec la hauteur de l'olécrane avec les saillies appréciables de l'humérus pour être exact. J'attribuai cette différence à l'impossibilité de bien reconnaître, à cause de l'engorgement chronique des parties, l'épitrochlée et l'épicondyle, au-dessous desquels j'avais probablement placé mon point de repère supérieur. L'idée ne me vint pas de mesurer de l'apophyse styloïde du cubitus ou du bout du petit doigt à l'acromion, oubli d'ailleurs peu regrettable.

La malade voulut sortir le jour même de la réduction; je continuai de la voir en ville. J'appliquai un bandage roulé et maintins l'avant-bras dans la flexion autant que possible. Cette flexion était d'abord suffisante pour permettre à la main de se porter sur l'épaule opposée; mais peu à peu l'écharpe se relâchant, en même temps que la douleur, d'ailleurs légère, diminuait, par un retour vers l'extension, la main s'abaissa un peu. Chaque jour d'abord, puis tous les deux ou trois jours, des mouvements étaient imprimés à la jointure, et, ce qui me frappa, ce furent bientôt ceux d'extension qui furent les plus difficiles. Je ne pus dès le lendemain ramener le coude qu'à angle obtus, très-ouvert, il est vrai.

Une chose m'inspira pendant plusieurs jours quelques doutes sur l'exactitude de la réduction, c'était la saillie volumineuse au côté interne du pli du bras. Etait-ce un reste de déplacement ou un gonflement de l'extrémité articulaire de l'humérus ou des tissus ambiants? La conformation d'ailleurs naturelle de l'article et le rétablissement progressif des mouvements rendaient la dernière hypothèse seule plausible.

Aujourd'hui 19 janvier 1851, environ deux mois et demi après la réduction, l'épitrochlée est dégagée, et la mesure prise de ce point à l'extrémité du petit doigt est absolument la même que du côté sain. La main se porte à la bouche et sur la tête; la flexion spontanée va à l'angle droit, l'extension à l'angle obtus très-ouvert; quand le membre est fatigué, l'extension est presque normale. Il est probable cependant qu'elle restera toujours un peu limitée par l'inclinaison du bec olécranien vers l'humérus. La fracture de l'olécrane, dont l'écartement était d'environ 1 centimètre, s'est en effet consolidée assez promptement par un cal osseux. La poulie est encore plus volumineuse que du côté sain.

La capsule radiale fait en arrière une saillie égale au tiers de son diamètre dans la pronation, et au cinquième dans la supination. On la sent et on la voit tourner. Elle se laisse sensiblement refouler de haut en bas, pour remonter dès que la pression cesse. Si l'avant-bras est dans la pronation, cette pression lui fait exécuter un mouvement de supination. Je remarque du côté sain la séparation du radius et de l'humérus, l'interligne est aussi plus appréciable dans la pronation. Cette luxation ne se réduit pas d'ailleurs complétement.

1854. — 14 février. Quinze mois et demi après la réduction, flexion et extension incomplètes. L'avant-bras se meut autour de la demi-flexion, et sa mobilité permet facilement les travaux d'aiguille, qui ont été repris. Les mouvements auraient donc moins d'étendue que précédemment. Ce n'est pourtant pas très-positif, la malade ne paraît pas se prêter de bonne grâce à l'examen. Elle est arrivée à un moment où elle ne serait pas fâchée, quoique fille d'un riche fermier, de faire accepter par le chirurgien une certaine imperfection dans le résultat du traitement.

La luxation du radius est devenue très-évidente par l'hypertrophie de la tête de cet os.

Cette luxation me paraît remarquable:

1° Par l'extension exagérée de l'avant-bras, qui avait en quelque sorte retourné l'articulation, placé le coude en avant et le pli du bras en arrière: c'est le seul exemple que je connaisse de cette anomalie;

2° Par l'ancienneté de la lésion (trois mois);

3° Par la facilité de la réduction à l'aide de la rupture des adhérences par la flexion préalable, à l'aide aussi des tractions perpendiculaires et opposées, destinée à diminuer l'engrenage et le frottement des os;

4° Par la fracture d'abord inaperçue de l'olécrane et la guérison par cal osseux;

5° Enfin, par le rétablissement des mouvements.

DE L'IRIDECTOMIE,

ou opération de la pupille artificielle par excision de l'iris (1).

Par M. le docteur SICHEL.

Deuxième mouvement. Excision et extraction du lambeau irien. — Avant de tirer sur l'iris, l'opérateur arme la main droite s'il agit sur l'œil droit, et la main gauche dans le cas contraire, d'une paire de ciseaux oculaires courbés sur le plat, en introduisant le médius ou l'annulaire et le pouce dans les deux anneaux, et laissant reposer le côté convexe des deux branches, près de leur point de réunion, sur l'extrémité de l'index, de manière que la main se trouve en dessous de l'instrument, et que le côté concave de celui-ci regarde en haut et en avant; puis, écartant les branches, il en introduit une au-dessous des branches réunies de la pince, qui ainsi se trouve placée entre les deux tranchants des ciseaux. C'est alors seulement qu'il retire la pince dans la direction et le prolongement de la ligne imaginaire indiquée, sans baisser ni le manche ni la pointe, et de façon que l'axe de l'instrument reste exactement parallèle au plan de l'iris. On fait sortir entièrement le pli de cette membrane qui forme un petit faisceau triangulaire, et au moment où il est entièrement extrait des lèvres de la plaie et engagé entre les branches des ciseaux, on pousse le côté convexe de ceux-ci vers la cornée, de manière à l'en rapprocher le plus possible, dût-on même la toucher, et en resserrant avec célérité les deux branches, on coupe aussi promptement que possible, et tout près de la cornée, la procidence artificielle de l'iris qu'on vient d'extraire. La plus grande rapidité est nécessaire dans ce dernier mouvement, surtout quand le globe n'a pas été fixé, afin que, pendant les oscillations de l'œil et sa fuite souvent inopinée vers le grand angle, la portion de l'iris saisie par la pince ne soit pas arrachée. C'est par cette raison qu'on ne doit point tirer sur l'iris avant que la pince soit placée entre les branches des ciseaux. Ce mouvement achevé, on a obtenu une pupille large et ovalaire. Les angles ou pointes que cette pupille fait d'ordinaire, au moment de l'opération, à sa jonction avec la pupille normale, s'effacent plus tard, de telle sorte que la pupille artificielle forme avec la pupille normale un ovale continu. Ces angles ne persistent qu'exceptionnellement dans le cas de synéchies postérieures, et alors ils rendent même quelquefois la pupille un peu quadrangulaire.

Quant aux détails d'exécution de l'opération et aux règles pratiques, on les trouvera dans les observations. Ici nous ne pouvons toucher que les points les plus importants.

La procidence de l'iris, que Gibson et d'autres qui suivent son procédé, de Walther, par exemple, provoquent toujours exprès, loin d'avoir les avantages que ces opérateurs lui attribuent, est, au contraire, le plus souvent gênante. Au moins faut-il, au lieu de saisir le sommet de la procidence avec le bout de la pince, comme l'enseignent ces auteurs, avoir, ainsi qu'il a déjà été dit, la précaution d'introduire cet instrument les branches ouvertes, de manière qu'elles embrassent la procidence sur les côtés, et qu'elles s'avancent aussi près que possible de sa base; on ne doit les fermer que lorsque la pointe a atteint ce qui reste de l'ouverture pupillaire. Sans cette précaution, et surtout si l'on se hâte trop d'extraire et de réséquer le lambeau avant d'avoir poussé la pointe des branches jusque dans la pupille naturelle, on risque de laisser une bride de tissu iridien entre celle-ci et la pupille nouvellement pratiquée.

Quant aux accidents qui peuvent survenir pendant l'iridectomie, les observations les feront suffisamment connaître. Ils sont peu graves et peu fréquents, et nous n'en mentionnerons ici que quelques-uns des plus importants.

L'*hémorrhagie* est ordinairement nulle ou insignifiante, rarement considérable. Toujours l'évacuation du sang est facile, ou sa résorption prompte et complète.

Adhérences. — En général, l'opération de la pupille artificielle doit être pratiquée rapidement. La sûreté des méthodes et l'extrême précision des préceptes concernant les divers points sur lesquels il faut agir, doivent exclure toute espèce de tâtonnement. S'il est permis d'hésiter, c'est seulement dans les cas d'adhérences très-fortes entre la cornée et l'iris, cas toujours très-fâcheux, d'autant que d'ordinaire à ces adhérences en correspondent d'autres également intimes entre l'iris et la cristalloïde antérieure, causées par des fausses membranes. Il arrive souvent alors que le couteau lancéolaire éprouve une extrême difficulté à pénétrer dans la chambre antérieure, et comme assez fréquemment il en résulte que l'ouverture interne de la plaie est plus étroite que l'ouverture externe, la pince dans l'excision, l'érigne dans le décollement, pénètrent encore assez facilement par le premier orifice, mais quand elles arrivent à l'orifice interne, l'obstacle devient presque insurmontable; ou bien lorsque, dans l'iridodialysie, on est parvenu à introduire l'instrument dans la chambre antérieure, quand on veut le retirer, on accroche soit les fausses membranes et les brides formant adhérence, soit la cornée, et l'érigne ne peut plus ressortir, surtout quand on la ramène chargée de la portion de l'iris épaissie par de la matière exsudative. C'est dans ce cas, mais dans ce cas seulement, et beaucoup plus rarement dans l'iridectomie que dans l'iridodialysie, que je me sers d'une petite spatule en argent, très-mince et large de 2 à 3 millimètres environ. Avec elle je sonde la plaie, lorsque j'ai un doute sur la parité de dimension entre l'orifice interne et l'externe, et spécialement lorsque je crains d'engager la pince ou le crochet dans les adhérences. Si cette exploration démontre une trop grande étroitesse de l'orifice interne de la plaie, je l'agrandis par une nouvelle ponction avant de passer à l'introduction de l'érigne.

Modification de la ponction cornéenne. — Une des premières règles de l'opération de la pupille artificielle, c'est de ne jamais augmenter l'opacité de la cornée déjà existante, surtout lorsqu'elle est d'une étendue telle qu'elle occupe la plus grande partie de cette membrane. Par cette raison, dans le décollement, comme nous verrons, on placera toujours la ponction de la cornée dans la partie opaque, pourvu que celle-ci ne soit ni trop adhérente ni trop épaisse. Dans l'excision, on aura également soin de faire la ponction aussi près que possible de la sclérotique, et même dans celle-ci, s'il le faut, c'est-à-dire si la cornée n'a conservé que très-peu de sa transparence, et si l'espace resté diaphane est étroit et plus ou moins rapproché de la circonférence, circonstance digne des plus grandes précautions, afin de ne pas rétrécir davantage le champ du miroir oculaire. J'ai toujours beaucoup insisté dans mes leçons cliniques sur cet important précepte. Mais ce serait tomber dans l'exagération, et souvent même commettre une faute, que de vouloir l'appliquer à tous les cas, particulièrement à ceux où l'opacité est nulle ou n'occupe qu'une portion restreinte de la cornée, et plus encore à ceux où il convient d'établir par l'excision une pupille plus ou moins centrale, opération qu'une ponction cornéenne trop latérale ferait le plus souvent échouer. Pour bien pratiquer la ponction dans la sclérotique, on suit les mêmes règles que pour ponctionner la cornée, avec cette différence seulement que de prime abord on dirige le couteau plus obliquement, le manche plus incliné vers la tempe, et que, dès que la pointe apparaît dans la chambre antérieure, on l'incline encore davantage, afin de ne pas piquer l'iris avec la pointe.

Complications. — Parmi celles qui méritent une mention particulière, la principale est la coexistence d'une cataracte. Celle-ci exige une opération à part qu'il vaut mieux ne pas pratiquer en même temps, mais ajourner après la réussite de la pupille artificielle et la complète cessation de toute réaction traumatique.

Une autre complication importante est celle déjà mentionnée d'adhérences entre la cornée et l'iris, ou entre la cornée et les fausses membranes, quand ces adhérences sont assez fortes pour mettre obstacle à l'introduction de la pince dans l'iridectomie, ou de l'érigne dans l'iridodialysie. Dans ce cas, il pourrait quelquefois devenir utile de couper ces adhérences à l'aide de ciseaux, car elles résistent d'ordinaire à l'action de l'aiguille ou des autres instruments tranchants, tels que le scalpel iridien d'Adams. Parmi les ciseaux, ceux de M. Wilde (de Dublin) sont les meilleurs, par la raison que l'étroitesse de la ponction, même dans l'iridodialysie, ne met pas obstacle au déploiement de leurs branches. Pourtant je n'ai jamais eu occasion de tenter ou même de désirer leur emploi en pareilles circonstances. J'ai vu, au contraire, des cas d'extraction scléroticale de cataracte capsulaire secondaire ou traumatique pseudo-membraneuse, où les adhérences, trop fortes pour se laisser détacher à l'aide de l'aiguille et extraire par une simple traction, auraient pu être très-bien coupées avec les ciseaux de Wilde, faciles à introduire par une ponction même étroite de la sclérotique.

Iridectomie centrale. — Quand la cornée entière ou presque entière a conservé sa transparence, et que les autres indications de l'iridectomie existent, il n'est pas besoin de faire la ponction de la cornée aussi près de son bord; il est avantageux, au contraire, de la placer entre le bord et le centre de cette membrane. On introduit par cette ouverture l'érigne à iridodialysie; on l'implante dans l'iris à l'endroit qu'occupait la pupille normale, et de l'autre main on tient, toute prête et rapprochée de l'œil, une paire de ciseaux courbés sur le plat. Au moment où l'iris, attiré au dehors par l'érigne, forme une procidence artificielle, on ferme rapidement les ciseaux, et l'on résèque la portion saillante de l'iris au ras de la cornée. On obtient de cette façon une pupille artificielle centrale et arrondie, qui remplace beaucoup mieux la pupille normale que ne le ferait une ouverture plus ou moins excentrique.

Iridectomie latérale du côté interne. — On a généralement dit que l'iridectomie latérale est indiquée quand la partie saine de l'iris et de la cornée occupe le côté externe, et qu'au contraire, lorsqu'elle occupe le côté interne, l'iridodialysie seule doit être employée. Ce précepte est, selon moi, complétement erroné et dangereux. Toutes les fois que les indications rationnelles de l'iridectomie existent, cette méthode doit être mise en usage à l'exclusion de toute autre; seulement, pour la pratiquer du côté interne, on se servira d'instruments courbes qu'on introduira par-dessus le nez, en tenant de la main gauche ceux que, pour l'iridectomie latérale externe, on tient de la main droite, et *vice versâ*.

De nombreux exemples de succès m'ont permis d'ériger ce procédé en méthode, qu'une autre ne saurait remplacer; car l'iridodialysie, beaucoup plus vulnérante et plus dangereuse, et par conséquent à restreindre dans de justes limites, a en outre l'inconvénient d'oblitérer la pupille naturelle quand il en reste encore une partie.

La courbure que les instruments destinés à cette opération doivent avoir, ne peut être indiquée qu'approximativement, comme nous l'avons fait pour le couteau lancéolaire, qui est courbé sur le plat; la pince, au contraire, doit être courbée sur son champ. Il est bon d'avoir des instruments à courbure plus ou moins considérable, selon que le globe est plus ou moins enfoncé dans l'orbite et la saillie des os propres du nez plus ou moins prononcée.

NOUVEL EXEMPLE DE L'INFLUENCE DE LA PLÉTHORE SANGUINE

sur la production de l'asthme;

Par M. le docteur L. HAMON (d'Ecommoy).

J'ai l'honneur de communiquer cette nouvelle observation intéressante, et parce qu'elle vient à l'appui de l'opinion émise par moi relativement au rôle que joue la pléthore sanguine dans la

(1) Fin. — Voir le numéro du 10 juillet.

production de l'asthme, et parce que les circonstances qui président à son développement chez le sujet dont il s'agit sont dignes de remarque.

M. C... a quarante-cinq ans ; il est asthmatique depuis son enfance. Toutefois, les attaques d'asthme se produisent beaucoup moins fréquemment chez lui depuis l'âge de vingt ans. L'impression d'un air humide, l'inspiration de la poussière provenant du vannage des grains les provoquent constamment, à un variable degré d'intensité.

Mais voici ce qu'il y a de plus intéressant dans l'histoire de ce sujet. Lorsque vient l'époque du fauchage, C.., fatigant beaucoup, fait usage d'un régime alimentaire plus substantiel que de coutume. Ce confort insolite a chaque année pour effet d'augmenter singulièrement son embonpoint. Dans l'espace de dix à quinze jours, le poids de son corps subit une augmentation de 10 à 15 livres. Dès lors apparaissent diverses manifestations pléthoriques. C... se sent la tête lourde; il éprouve un assoupissement continuel, et tel qu'il lui arrive fréquemment, dit-il, de travailler en dormant. Il ne peut plus courir, monter, faire un effort quelque peu violent sans se mettre aussitôt hors d'haleine. Alors plus que jamais, il est sensible à l'action du froid et de l'humidité, et la susceptibilité des organes de la respiration va croissant pendant cinq à six semaines, durant lesquelles M. C... fait usage de ce régime réparateur. S'il survient dans ces conditions des attaques d'asthme, à proprement parler, elles sont plus intenses que jamais. Aussitôt que M. C... abandonne un tel régime pour rentrer dans les conditions ordinaires de la vie, il perd cet embonpoint insolite aussi promptement qu'il l'avait acquis, et à partir de ce moment disparaissent tous les symptômes en rapport avec cette pléthore passagère.

Je n'ai malheureusement eu l'occasion d'observer ce sujet qu'à la fin du fauchage, c'est-à-dire à la cessation des manifestations pléthoriques. Je suis intimement convaincu que la médication alcaline appliquée en temps opportun ferait prompte et entière justice de tels accidents.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 juillet 1856. — Présidence de M. Gosselin.

Le procès-verbal est lu et adopté.

Luxation ancienne du coude. — M. Morel-Lavallée demande la parole à l'occasion du procès-verbal. L'importance pratique de la question l'engage à rapporter un cas de luxation du coude chez un adulte, datant de trois mois, et dont il a obtenu la réduction avec facilité au moyen d'une manœuvre particulière qu'il croit être nouvelle, après la rupture préalable des adhérences par des mouvements appropriés. (Voir plus haut.)

— M. Guersant annonce qu'il a revu ce matin la malade à qui M. Lenoir a réduit une luxation du coude, et que, de même que chez la malade de M. Morel, le radius n'est pas revenu exactement à sa place. Ce léger déplacement du radius est du reste fréquent à la suite des luxations du coude les mieux réduites.

M. Morel-Lavallée fait observer qu'il ne tient pas le membre, après la réduction, dans une immobilité prolongée ; il le maintient, il est vrai, dans la flexion, mais chaque jour il lui imprime des mouvements, pour s'opposer à la production d'une ankylose.

Installation du bureau. — Avant d'installer les nouveaux membres du bureau, M. Gosselin adresse à la Société un discours que l'abondance des matières nous fait regretter de ne pouvoir reproduire.

Après ce discours, M. Gosselin cède le fauteuil de la présidence à M. Chassaignac, qui adresse, au nom de la Société, des remercîments aux membres du bureau sortant, et spécialement au président, pour la direction qu'il a su imprimer aux travaux de la Société.

CORRESPONDANCE.

M. le maire du 10e arrondissement fait adresser des remercîments à la Société pour la somme importante qu'elle a fait verser pour les inondés.

— MM. Legendre, Béraud et Blot écrivent pour se porter candidat à la place de membre titulaire déclarée vacante.

— M. Larrey dépose sur le bureau une observation de *gangrène spontanée de la jambe* adressée par M. Trudeau, aide-major de 1re classe à l'armée d'occupation à Rome. (M. Larrey est chargé de faire ce rapport.)

— La Société reçoit les ouvrages suivants :

Recherches anatomo-pathologiques sur la structure intime des tumeurs cancéreuses aux diverses périodes de leur développement; thèse inaugurale adressée par M. le docteur L. Ollier, pour le prix Duval.

Considérations pratiques sur la lithotritie et sur le diagnostic des calculs vésicaux, par M. le docteur E. Gouriet.

Du double virus syphilitique; thèse inaugurale adressée par M. Achille Dron, pour le prix Duval.

Nominations de commissions. — M. le président tire au sort les noms des membres de la Société qui feront partie des commissions pour la vérification des comptes de l'année précédente et des ouvrages contenus dans la bibliothèque de la Société.

La commission de vérification des comptes se composera de MM. Denonvilliers, Richard, Robert, Verneuil, Giraldès.

La commission chargée de vérifier l'état de la bibliothèque se composera de MM. Voillemier, Lenoir, Broca.

— La Société procède au scrutin pour la nomination d'une commission de trois membres chargée de poser la question du prix annuel.

MM. Larrey, Michon et Danyau ayant réuni la majorité des suffrages, composeront cette commission.

LECTURES.

M. le docteur Blot lit un mémoire intitulé *De la désarticulation de l'épaule dans un cas de version rendue impossible par l'engagement trop considérable de cette épaule et la rétraction violente de l'utérus.* (Commissaires : MM. Monod, Cazeaux, Danyau.)

— M. le docteur Béraud lit un mémoire *sur les diverticulums de la tunique vaginale.* (Commissaires : MM. Follin, Giraldès, Gosselin.)

— M. Rouyer lit un travail *sur les tumeurs du voile du palais constituées par l'hypertrophie des glandules salivaires.* (Commissaires : MM. Robert, Verneuil, Richard.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur du poignet. — Kyste osseux multiloculaire de l'extrémité inférieure du radius. — M. Larrey. Il y a quelques mois déjà, dans la séance du 27 février dernier, j'ai eu l'honneur de présenter à la Société un malade de la ville portant au poignet gauche une tumeur d'un volume énorme, d'une nature indéterminée, dont le développement progressif et lent depuis une dizaine d'années, dû à une cause mécanique, n'avait altéré cependant ni la forme ni les mouvements de la main. Cette tumeur, d'une consistance ostéo-fibreuse dans la plus grande partie de son étendue, et fortement adhérente à sa base, offrait peu de chances de succès à l'extirpation, qui cependant me semblait devoir être tentée, sauf à pratiquer l'amputation de l'avant-bras, séance tenante, s'il fallait sacrifier le membre. Le malade, plein de résolution et préparé à tout, me demande instamment l'opération, qui est décidée pour le 25 juin. M. le professeur Cloquet veut bien m'assister de ses conseils et de sa présence; l'un de mes collègues du Val-de-Grâce, M. le professeur Mounier, se charge de la compression de l'artère humérale ; et MM. les docteurs Cintrat, aide-major de l'hôpital, E. Martin, Gaujot et Judée, stagiaires de l'Ecole, me servent d'aides. L'un d'eux assure et surveille l'emploi du chloroforme.

Je commence par inciser circulairement la peau du sommet de la tumeur, et de cette incision elliptique partent trois autres incisions destinées à découvrir la base et à ménager des lambeaux convenables. Cela fait rapidement, et pour apprécier tout de suite la nature du mal ainsi que les chances de l'extirpation, je détache avec un bistouri très-fort la portion de la tumeur comprise dans l'incision elliptique, et formant une sorte de couvercle osseux assez mince. Il ne s'écoule pas de sang de l'intérieur, qui représente une excavation profonde, à cloisons multiples, remplies de sérosité roussâtre et traversées dans certains sens par des tendons. Un coup d'œil suffit pour nous assurer qu'il n'y a aucune possibilité de conserver la main ; et aussitôt je pratique l'amputation de l'avant-bras, immédiatement au-dessus des limites de la tumeur, c'est-à-dire à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur ou dans l'épaisseur des muscles. Cette amputation, faite par la méthode circulaire, n'offre rien de particulier, si ce n'est l'obligation de lier sept à huit artères développées anormalement. La section des os, et spécialement du radius, n'indique aucune altération étendue jusque-là. Une suffisante quantité de peau permet de rapprocher les lèvres de la plaie, sans la moindre traction, par des bandelettes agglutinatives, et un pansement simple complète l'appareil.

Je présente le jour même à la Société la portion du membre amputé avec la tumeur, qui offre tous les caractères extérieurs d'un kyste osseux multiloculaire formé aux dépens du tiers inférieur du radius, et je viens faire voir aujourd'hui les dispositions vraiment remarquables de la pièce anatomique, préparée avec beaucoup de soin par M. Gaujot, mon aide de clinique au Val-de-Grâce.

La tumeur, dont nous avons déjà décrit tous les caractères appréciables à l'extérieur, n'est pas moins curieuse à examiner dans ses rapports que dans sa nature. Voici l'état des parties successivement soumises à la dissection :

L'aponévrose s'est laissé distendre, comme la peau, sauf deux ou trois éraillures partielles correspondant aux bosselures amincies et dépressibles de la tumeur, qu'elle recouvre du reste complétement, ainsi que l'avant-bras.

Les muscles et leurs tendons se sont étrangement accommodés au développement de la tumeur et à la conservation des mouvements de la main. C'est ainsi que les muscles de la partie antérieure de l'avant-bras se trouvent étalés à la surface de la tumeur et insérés sur elle, au lieu de s'attacher au radius, qui n'existe plus, tout en conservant leur intégrité, leur forme et leurs rapports. L'un d'eux cependant a subi une modification notable; c'est le carré pronateur, dont les fibres charnues s'attachent directement sur la face antérieure de la tumeur, en s'y épanouissant sous la forme d'un éventail. Le long supinateur est confondu, en bas, avec le tissu fibreux extérieur ou l'aponévrose d'enveloppe.

Tous les muscles des régions externe et postérieure de l'avant-bras traversent la base de la tumeur dans une étendue variable, mais par une disposition singulière ; leurs tendons glissent largement sous des anneaux osseux développés aux dépens même de l'épaisseur du tissu morbide, et ils sont revêtus d'une membrane synoviale qui explique aussi la liberté de leurs mouvements. C'est ainsi que le long abducteur, le court et le long extenseur du pouce, passant à peu près vers le milieu de la tumeur, à travers un anneau ou canal commun, en sortent au-dessus du carpe pour se rendre à leur destination. Ces tendons se sont trouvés coupés dans la résection de la coque osseuse préalablement faite à l'amputation. Les deux radiaux offrent tout à fait la même disposition, par rapport à une gouttière qui leur est propre. L'extenseur commun et l'extenseur propre du petit doigt, un peu refoulés en dedans, traversent, chacun dans sa gaîne, la portion de la tumeur qui surmonte le niveau de l'articulation radio-carpienne, en constituant une sorte de voussure au-dessus du carpe.

En définitive, les muscles et leurs tendons, dans leurs rapports avec cette énorme tumeur, se sont adaptés pour ainsi dire à son mode de développement et à sa structure elle-même, les uns, ceux de la région antérieure, en s'étalant à la surface ; les autres, ceux de la région postérieure, en la traversant dans son centre ou vers sa base, sans perdre leurs propriétés physiques et physiologiques.

Le nerf médian et le nerf cubital ont conservé leurs rapports.

L'artère cubitale n'offre non plus aucune particularité à signaler; mais l'artère radiale, sans s'être séparée de ses muscles satellites, se trouve tout à fait déviée avec eux sur la face externe de la tumeur, et rampe immédiatement sur l'aponévrose, en subissant ainsi une sorte d'allongement ou de distension appréciable. L'artère interosseuse, très-développée, traverse le ligament, et passe en arrière, dès sa rencontre avec la tumeur.

L'espace interosseux n'existe plus, du reste, dans la moitié inférieure de l'avant-bras ; et le cubitus, refoulé en dedans par la masse morbide avec laquelle il se trouve en contact, offre une saillie assez prononcée à son apophyse styloïde.

Quant à la tumeur, elle est constituée dans toute son étendue extérieure par une coque osseuse plus ou moins mince, inégale, bosselée, fragile et crépitante sous une pression un peu forte, comme certains kystes de la mâchoire bien décrits par Dupuytren. Cette coque est recouverte à toute sa surface par un tissu fibreux dense, véritable périoste qui lui-même est revêtu d'une couche de graisse assez épaisse. Le kyste osseux produit de cette façon a disparu ou a été résorbé dans quelques points ramollis, dépressibles où il ne reste plus que l'enveloppe fibreuse. Ce kyste est évidemment formé aux dépens de l'extrémité inférieure du radius, depuis son extrémité articulaire jusqu'à une hauteur de 12 centimètres. L'os semble s'être transformé ainsi par une sorte d'expansion ou de boursouflement, désigné autrefois sous le nom de *spina ventosa*. Sa forme est à peu près globuleuse, plus développée à la région postérieure, surmontée d'une espèce de voûte ou de chapiteau rescisé dans l'opération; sa plus grande circonférence mesure 35 centimètres. L'extrémité articulaire du radius a conservé ses rapports avec le carpe, et l'articulation radio-carpienne est restée intacte.

L'intérieur du kyste présente une multitude de vacuoles ou d'anfractuosités de diverses grandeurs, de formes irrégulières, communiquant presque toutes les unes avec les autres et contenant de la sérosité roussâtre. Leurs parois sont constituées par une trame fibreuse dans l'épaisseur de laquelle se trouvent contenues des lames osseuses, et dans quelques points des amas de substance cartilagineuse. Au centre enfin, existe une excavation beaucoup plus large que les autres, renfermant un détritus rougeâtre de ce tissu ramolli et dégénéré. La même substance, diversement consistante et colorée, remplit quelques-unes des cellules, sous forme de noyaux blanchâtres, d'apparence fibreuse ou cartilagineuse et de consistance pulpeuse, comme la matière encéphaloïde en voie de ramollissement. Hâtons-nous de dire cependant que le produit pathologique, examiné au microscope avec beaucoup d'attention, surtout par M. Ch. Robin, n'a offert nulle trace de l'élément cancéreux.

Nous pouvons donc enfin considérer cette énorme tumeur du poignet comme un kyste osseux multiloculaire de l'extrémité inférieure du radius (1).

Quant à l'état de notre opéré, il est aussi satisfaisant que possible. Nul accident n'est survenu; la suppuration s'est établie régulièrement; les ligatures sont tombées successivement du dixième au quinzième jour; le moignon est aujourd'hui en voie de cicatrisation, et il se prêtera bien à l'application d'une main artificielle.

M. Maisonneuve présente à la Société un homme à qui il a pratiqué il y a six ans la résection du coude gauche pour une lésion traumatique. Les extrémités articulaires de l'humérus, du radius et du cubitus ont été enlevées, à l'exception d'une petite portion de l'olécrâne adhérente au tendon du triceps. Le membre jouit de tous ses mouvements naturels, et le malade s'en sert comme s'il n'avait éprouvé aucun accident.

— La séance est levée à cinq heures e dtemie.

Le secrétaire, Desormeaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le projet de manifestation en l'honneur du corps de santé de l'armé d'Orient est en ce moment soumis à l'examen d'une commission composée de plusieurs médecins appartenant à la pratique civile et des représentants de la Faculté, de l'Académie de médecine et de la presse médicale. Une réunion préparatoire a déjà eu lieu pour arrêter les bases de l'exécution du projet. Une seconde réunion est indiquée pour demain samedi. Nous ferons connaître ce qui aura été convenu dans cette séance.

— La Cour de cassation (chambre des requêtes) a, dans sa séance du 16 de ce mois, admis le pourvoi de M. le docteur Andreux contre la ville de Bar-le-Duc. — Nos lecteurs trouveront les détails de cette affaire dans notre numéro du 9 février dernier.

— Par décret en date du 7 mars, deux concours pour des places d'agrégés stagiaires sont ouverts à la Faculté de médecine de Paris :

1° Concours pour deux places en anatomie et deux places pour les sciences physiques.

Il commencera le 2 novembre. La liste d'inscription sera close irrévocablement le 1er septembre 1856, à quatre heures de relevée.

2° Concours pour cinq places en médecine et en médecine légale, et quatre places en chirurgie et en accouchements.

Il commencera le 2 janvier 1857. La liste d'inscription sera close irrévocablement le 1er novembre 1856, à quatre heures de relevée.

— MM. David Deas et John Rees, inspecteurs des hôpitaux et des flottes de l'armée anglaise en Crimée, et MM. James Walsh, William Edwin Richard Smart et James Jenkins, chirurgiens de la marine royale d'Angleterre, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur par décret du 16 juin dernier.

— La médecine lyonnaise vient d'être cruellement éprouvée. A deux jours d'intervalle, elle a perdu deux de ses plus dignes et de ses plus estimés représentants. M. Colrat, ex-chirurgien en chef de la Charité, professeurs d'accouchements à l'Ecole de Médecine, a succombé le 11 juillet à l'âge de cinquante-quatre ans. Praticien d'un sens exquis, c'était un de ces hommes qu'il faut avoir vus et écoutés pour connaître l'empire qu'un esprit éminent peut exercer, soit pour consoler les malades, soit pour éclairer ses confrères.

M. de Polinière est mort le 13, à l'âge de soixante-six ans. Ancien médecin et plus tard administrateur des hôpitaux de Lyon, ex-président de la Société de médecine, président perpétuel du comité de vaccine, président de l'Association de prévoyance et de secours des médecins du Rhône; la liste de ses titres, tous déférés par l'estime générale, montre quels vides il laisse dans cette ville. La douceur de son esprit, sa bonté, qu'on n'invoquait jamais en vain, lui avaient fait une véritable et légitime autorité, dont il n'usa jamais que dans l'intérêt de la profession, qui avait en lui un ardent défenseur.

---

(1) Trois dessins faits avec beaucoup d'exactitude par M. le Dr Judée, représentent la tumeur en place, dans son entier développement et dans ses rapports, sous deux faces, avec les muscles de l'avant-bras.

Le Serre.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 86. — MARDI 22 JUILLET 1856. (29e ANNÉE.) N° 86. — MARDI 22 JUILLET 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 1G fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des-postes.

PARIS, LE 21 JUILLET 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a reçu dans cette séance plusieurs communications qui ne sont, pour la plupart, que des compléments de travaux précédemment communiqués, ou des ébauches de travaux incomplets et dont on nous fait espérer la suite. Comme compléments de travaux antérieurs, nous trouvons : le mémoire de M. de Pietra Santa relatif à l'*influence de l'emprisonnement cellulaire sur la santé des prisonniers*, dont les conclusions viennent à l'appui des propositions soutenues par l'auteur dans ses précédentes recherches, savoir, que les aliénations mentales et les suicides sont plus fréquents dans le système cellulaire que dans l'ancien système ; la note de M. Scoutetten *sur les sources de l'ozone atmosphérique*, où sont indiquées les conséquences physiologiques qu'il espère pouvoir déduire un jour de l'ensemble de ses recherches sur ce sujet. Telles sont encore les notes envoyées par MM. Boulu et Delfrayssé. On peut classer encore dans la même catégorie, quoique dans un ordre plus élevé, le mémoire de M. Serres *sur le parallèle de l'œuf mâle et de l'œuf femelle*, qui est une suite à ses importants travaux d'embryogénie. Parmi les travaux nouveaux à l'état d'ébauche, nous signalerons le mémoire de MM. Calvert et Moffat *sur l'emploi thérapeutique de l'acide carbo-azotique et sur sa propriété de colorer les parties cutanées*. D'après les premiers essais qui ont été tentés, l'acide carbo-azotique paraîtrait destiné à venir en aide au sulfate de quinine. Ce n'est encore là qu'une espérance. Attendons. — Dr Brochin.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'ASPHYXIE et son traitement.

Par M. le docteur FAURE.

Il y a dix-huit mois environ, le 4 février 1855, à deux heures du soir, M. le docteur Faure était appelé près d'une jeune fille qui venait de s'asphyxier volontairement par le charbon.

Au moment où il la vit, cette fille était couchée sur un lit dans une chambre assez vaste ; elle était inanimée, froide, pâle et *complétement insensible* ; les pupilles fortement contractées. On tourmenta les narines avec les barbes d'une plume, on brûla du soufre sous le nez du sujet ; le pouls était insensible. On entendait de loin en loin un faible battement du cœur. Pas de mouvement respiratoire.

Une saignée donna à peine quelques gouttes de sang. Sinapismes, affusions froides, insufflation, tout restait inutile. Au bout de deux heures, on n'avait rien obtenu, et ce fut en vain que l'on promena sur les jambes des fers à repasser fortement chauffés.

Enfin, l'idée vint à M. Faure d'essayer un dernier effort vers le système respiratoire. Avec la pointe d'un fer chaud, il fit une légère cautérisation sur le trajet d'un des nerfs intercostaux. Aussitôt mouvement très-manifeste dans les côtes ; deux ou trois inspirations se succèdent rapidement, et la malade étend les doigts. Une deuxième cautérisation détermina un mouvement des mains et des avant-bras ; à la troisième, les bras se rejoignirent devant la poitrine comme pour la protéger contre la douleur.

Encouragé par ce succès, M. Faure renouvelle ces cautérisations coup sur coup ; la respiration s'accélère, la malade lève la tête, ouvre largement les yeux.... Abandonnée à elle-même, elle retombe au bout de quelques minutes dans le même état d'insensibilité et de mort apparente. On revient alors aux cautérisations sur le thorax, que l'on continue plus longtemps ; le résultat est plus marqué ; et la malade retire ses jambes pour éviter le contact du fer chaud que l'on y promène. M. Faure cesse encore une fois les cautérisations pour insuffler de l'air dans la bouche ; mais, au bout de quelque temps, elle retombe dans son assoupissement et semble près d'expirer. On revient une troisième fois aux cautérisations intercostales. On applique à plusieurs reprises la pointe de feu sur le creux épigastrique ; la sensibilité se ranime, et on continue, malgré la résistance, qui devient énergique.

Ceci obtenu, tout en continuant les cautérisations de minute en minute, M. Faure commence à flageller vigoureusement la malade avec un martinet à plusieurs lanières. Dès que l'on aperçoit des signes de souffrance, on cesse les applications du fer, et l'on continue pendant plusieurs heures la flagellation.

Le lendemain et le surlendemain, on recommence ce traitement ; et le quatrième jour seulement la malade est hors de danger. Il n'y eut aucun accident consécutif ; cette jeune fille ne se rappelait rien de ce qui s'était passé depuis le moment où elle était tombée de sa chaise étourdie par les vapeurs du charbon ; elle n'avait gardé aucune idée des brûlures qu'elle avait subies ni des coups qu'elle avait reçus.

Ce succès inespéré, obtenu à l'aide de procédés aussi énergiques et puissants que nouveaux, et, nous pouvons le dire, entièrement originaux, attira d'abord à M. Faure une lettre de félicitations du préfet de police ; puis, grâce à la bienveillante sollicitude de ce magistrat, notre jeune confrère eut bientôt à sa disposition tous les moyens nécessaires pour continuer les recherches auxquelles il s'était déjà livré et poursuivre ses expériences sur l'asphyxie. Ce sont les résultats de ces expériences qu'il vient de réunir et de publier dans un long et intéressant travail inséré aux *Archives de médecine*, dont nous allons présenter un court aperçu, en insistant principalement sur le côté pratique de la question.

La première partie du mémoire est relative à l'asphyxie comparativement produite par le charbon, par la privation d'air et par l'immersion. Chacune de ces trois divisions renferme une série d'expériences instituées par M. Faure, et corroborées par l'analyse ou la citation de faits empruntés aux livres spéciaux, aux recueils périodiques, ou directement observés par l'auteur, et dans tous les cas interprétés par lui de la manière la plus rationnelle.

Parmi les remarques les plus intéressantes que nous trouvons dans son mémoire, nous citerons d'abord celle-ci, que nous ne croyons pas avoir été développée par les auteurs, ou de laquelle on n'avait pas suffisamment tiré parti, à savoir : qu'il y a une grande différence dans les symptômes de l'asphyxie suivant qu'elle se produit sous une température élevée ou basse. Dans le premier cas, c'est une lutte active et violente entre la vie et la mort ; dans le second, il semble que la vie se retire d'elle-même de l'organisme, et que celui-ci s'en laisse abandonner passivement.

Il est utile en médecine légale de savoir que, suivant la disposition individuelle, les conditions les plus identiques peuvent donner lieu aux résultats les plus opposés ; les annales judiciaires renferment une foule de causes criminelles où des doutes graves ont dû s'élever en présence de faits de ce genre ; c'est là encore un point sur lequel l'auteur a longuement fixé l'attention, et il est arrivé à penser, chose curieuse, que certains individus, par des expositions répétées aux vapeurs du charbon, ont pu devenir à la longue susceptibles de les supporter presque impunément.

Nous ne saurions non plus manquer de signaler une étude des plus complètes relative à l'ordre dans lequel apparaissent les symptômes de l'asphyxie dans les conditions les plus ordinaires, et principalement dans celle de l'asphyxie volontaire. C'est l'observation de cette succession des phénomènes qui, comme nous le dirons plus loin, a conduit l'auteur à la détermination du moyen que nous lui avons vu mettre en usage dans le fait par la relation duquel nous avons commencé ce compte-rendu. En effet, la recherche des points dans lesquels s'éteint graduellement la sensibilité cutanée lui a fait connaître ceci : l'insensibilité paraît avoir deux degrés. Dans le premier, elle résiste aux excitants mécaniques, mais non à l'action du feu. Dans le second, celui-ci même n'obtient rien sur elle ; dans les deux cas, elle commence par les extrémités du corps et s'étend progressivement vers le haut du tronc. *C'est à la poitrine, et particulièrement à sa région supérieure, que la faculté d'être excitée par le calorique s'éteint en dernier lieu.* On a vu à quel merveilleux résultat a conduit cette remarque. Enfin, si la sensibilité disparaît des extrémités des membres vers le haut de la poitrine, c'est toujours en sens inverse qu'elle revient, phénomène important à noter quant au pronostic.

La mort arrive sous des formes diverses et à une époque variable, mais toujours *longtemps après* la perte de connaissance ; quand l'asphyxié revient à la vie, on voit de nouveau se dessiner les symptômes respiratoires et cérébraux qui ont caractérisé la maladie dès l'invasion, mais ils suivent une marche inverse.

Le point culminant du travail de M. Faure, c'est assurément l'étude de l'*anesthésie asphyxique*, phénomène dont l'observation doit servir de base au pronostic, comme nous l'avons déjà dit, et à la détermination du traitement. Lorsque la sensibilité générale n'est éteinte que dans une certaine mesure, le mieux est de laisser le retour à la vie s'opérer de lui-même, en plaçant le sujet dans les conditions les plus favorables ; mais dans les cas où cette fonction est gravement atteinte, c'est uniquement sur elle que doivent se concentrer les efforts, ce n'est que sur une excitation énergique et pratiquée suivant des moyens déterminés qu'il faut compter pour réussir.

Pour produire l'asphyxie chez les animaux sans employer d'agents étrangers dont il serait difficile, sinon impossible, de graduer l'action, M. Faure a imaginé un procédé aussi simple qu'ingénieux. Il coupe transversalement la trachée, et, à l'aide d'un tube et d'un lien, il y adapte une vessie remplie d'air. Le volume du gaz que respire l'animal reste le même ; mais cet air est promptement modifié par le mélange d'azote et d'acide carbonique, par l'absence d'oxygène libre et par les exhalaisons organiques qui se font dans ce récipient.

L'air ne se raréfiant que graduellement, l'asphyxie et l'abolition des fonctions sensoriales ne se font ainsi que graduellement ; il n'y a aucun signe de suffocation, et l'animal est lui-même, par le fait de sa respiration, l'agent de son asphyxie.

On conçoit qu'il ne nous est pas possible d'entrer dans le détail des expériences auxquelles s'est livré M. Faure pour établir en quelque sorte l'*échelle* de l'anesthésie asphyxique ; qu'il nous suffise de rappeler en peu de mots les résultats auxquels il est arrivé.

Lorsqu'un animal est réduit à respirer le même air, il se développe en lui une sorte d'insensibilité qui a les caractères suivants :

1° Elle n'est précédée d'aucun trouble dans l'état général, et n'est accompagnée d'aucun symptôme de suffocation.

2° Son développement est lent et progressif ; on en suit les différentes phases avec facilité ; on en élève ou en abaisse la puissance à son gré et instantanément ; on lui donne ainsi toutes les nuances possibles entre les extrêmes, depuis celle où elle cède pour une simple piqûre jusqu'à celle où elle résiste à la destruction d'une région entière par le feu.

3° On la prolonge durant un temps indéfini, on la fait cesser instantanément.

4° On a la mesure exacte de la situation générale du sujet par l'état du cœur et de la pupille.

5° D'une part, le cœur ne s'arrête jamais subitement ; ce n'est que par un ralentissement progressif que ses battements s'écartent et deviennent rares, de sorte que l'on est toujours averti du moment où ils vont cesser définitivement.

6° D'autre part, les pupilles commencent à se dilater aussitôt que l'asphyxie a manifesté son envahissement dans l'économie par l'apparition de l'anesthésie, et à dater de ce moment, tant que la respiration normale n'est pas rétablie, elles vont toujours en se dilatant ; la mort n'a jamais lieu que lorsqu'elles ont atteint leur plus grand diamètre depuis quelques instants.

Nous regrettons de ne pouvoir nous arrêter sur la partie de ce mémoire qui a trait aux phénomènes qui se passent du côté des appareils circulatoire et respiratoire. Nous avons hâte d'arriver au traitement, à la partie pratique, la plus essentielle, à notre avis, et dont nos lecteurs ont déjà une idée d'après la lecture de l'observation placée en tête de cet article.

Faisons-la précéder seulement du résumé substantiel des faits auxquels M. Faure a été conduit par l'observation.

L'asphyxie, quelle qu'en soit la cause, quelle que soit la forme sous laquelle elle se présente, est une. Si les symptômes qui dépendent de la manière dont elle s'est produite ; si ceux qui dépendent des lésions secondaires qu'elle a occasionnées sont variables, ses caractères propres, c'est-à-dire ceux qui résultent de l'altération générale consécutive aux modifications du sang par suite du défaut d'hématose, sont absolument invariables.

Elle est la représentation la plus exacte de cet état auquel on a donné le nom d'*hyposthénie* ; du commencement à la fin, ce n'est qu'un affaiblissement graduel des forces vitales. Ce sont les facultés intellectuelles qui subissent les premières atteintes ; après ce sont les forces locomotrices, puis les fonctions organiques, et enfin les propriétés propres des tissus.

De toutes les facultés, celle dont les différentes phases sont le plus faciles à suivre dans sa disparition, c'est la sensibilité. Elle s'étend d'abord dans les extrémités des membres, puis on la voit diminuer progressivement ; à un moment elle n'existe plus que dans une partie du corps très-limitée : la pupille. Non-seulement elle suit une marche progressive en disparaissant de la surface du corps, mais on retrouve encore une gradation déterminée dans la décroissance des divers degrés de sa force. On constate facilement que ce sont d'abord les excitations mécaniques qui cessent d'agir sur elle, puis le froid, puis le fer rouge. Quand le fer rouge, appliqué sur le haut de la poitrine, ne produit plus aucun effet, *la mort est certaine.*

Lorsque l'asphyxié peut être rappelé à la vie, on le voit reconquérir une à une, et dans un ordre inverse de celui de leur abandon, toutes les propriétés, toutes les fonctions et toutes les facultés. Jamais la locomotion ne se rétablit que tardivement, et les facultés intellectuelles et morales plus tardivement encore. La sensibilité, en particulier, redevient plus puissante dans le point où elle était limitée en dernier, puis elle augmente en étendue, et enfin elle gagne toute la surface du corps.

Le fait fondamental de l'asphyxie est en somme l'abolition de l'excitabilité générale, et celui du retour à la vie est le réveil de cette propriété.

Quant au traitement, voici comment l'auteur l'expose lui-même: On doit exclure du traitement tout ce qui peut, soit immédiatement, soit consécutivement soustraire des forces à l'organisme. On ne prendra pas pour les effets d'une altération organique les perturbations qui peuvent se présenter : tendance au coma, convulsions, contractures, etc. Ces accidents, qui sont uniquement fonctionnels, dépendent de l'état asphyxique; ils se dissipent avec lui, ils ne réclament aucun traitement spécial. Enfin on s'abstiendra surtout de la saignée. Il est bien entendu que ceci est dit pour l'état asphyxique seulement, ou pour les premières heures qui suivent, et non pour les accidents vraiment inflammatoires qui pourraient se développer ultérieurement.

Le seul traitement qui convienne prend exclusivement ses éléments d'action parmi les excitants. Ceux-ci perdent ou augmentent en puissance en raison du mode selon lequel ils sont appliqués. De bas en haut, c'est-à-dire dans le sens de la paralysie, si puissants qu'ils soient d'ailleurs, leurs effets peuvent être nuls. Au contraire, malgré leur grande simplicité, ils ont une puissante efficacité si on les administre en commençant par en haut. Un noyé avait résisté pendant huit heures aux efforts les plus énergiques portés sur toutes les parties de son corps; Gagé le fit revenir en lui excitant légèrement l'arrière-gorge avec une plume.

Des excitations légères peuvent suffire dans ces cas très-graves et mortels même, mais dans lesquels l'asphyxie ne dure que depuis peu de temps. Il n'en est plus ainsi lorsque l'état de mort apparente s'est prolongé longtemps, car alors l'asphyxie a déterminé des désordres qui s'ajoutent à la cause première pour rendre plus difficile encore le retour à la vie. Il faut alors agir avec persévérance et énergie, non-seulement pour obtenir les premiers signes de retour, mais encore pour lutter contre cette tendance qu'a le sujet à retomber dans sa somnolence, et à s'éteindre en définitive aussitôt qu'on cesse de le solliciter.

La première résistance devra être surmontée à l'aide des affusions froides ou des cautérisations; quelquefois par ces deux moyens employés simultanément. Les affusions atteindront toute l'étendue du corps; elles seront dirigées surtout vers la tête, de telle sorte toutefois qu'il ne pénètre pas d'eau dans la bouche. Elles seront projetées avec force et à de courts intervalles. Si l'on est à proximité d'une fontaine dont le jet a une certaine puissance, on exposera au-dessous la nuque et le sommet de la tête du sujet pendant quatre ou cinq secondes à diverses reprises. Pour les cautérisations, il suffira du premier objet capable d'être chauffé fortement : un morceau de fer, un charbon, une pipe ardente, etc.

On pourra, pour se rendre compte de l'état du sujet, commencer par éprouver la sensibilité à partir des extrémités inférieures ; mais il ne faudra jamais compter, pour le ranimer, que sur les applications pratiquées de haut en bas, à partir du point où la sensibilité existe encore. Le cautère devra être appliqué très-légèrement ; on devra multiplier les applications, mais faire en sorte qu'elles n'aient pas plus de 3 millimètres en étendue, et qu'elles ne dépassent pas l'épiderme en profondeur. Aussitôt que l'on aura obtenu quelques signes de sensibilité, on étendra rapidement les cautérisations sur toute la surface du corps, on forcera le sujet à crier, à se défendre, à s'agiter. Lorsque la sensibilité sera revenue partout, on remplacera les cautérisations par la flagellation, soit avec les mains, soit avec des orties fraîches, soit avec des cordes, des lanières, des baguettes, etc.

On ne devra donc laisser aucun intervalle dans le traitement tant que l'asphyxié ne sera pas revenu complétement à lui. Si par une circonstance ou par une autre il retombait dans son premier état, il faudrait reprendre les cautérisations.

Enfin, une fois que l'asphyxié sera ranimé, bien loin de le laisser se reposer et s'endormir, on devra encore, pendant plusieurs heures, non-seulement le surveiller, mais le tourmenter, le forcer de toutes les manières à prendre du mouvement, afin de surmonter cette tendance aux congestions hypostatiques qui est un des effets constants de l'asphyxie, et qui, selon toute apparence, est la cause déterminante de la mort lorsqu'elle n'arrive que plusieurs heures après le retour à la vie. — Dr A. Foucart.

HOPITAL COCHIN. — M. BEAU.

Des rechutes de la fièvre typhoïde (1).

Par M. Félix Barbrau, interne des hôpitaux.

Me conformant aux idées émises par M. Beau, je distinguerai deux variétés de rechutes ; j'appellerais volontiers la première fausse rechute et la seconde rechute véritable, confirmée.

Première variété. — Un individu a une fièvre typhoïde à forme bilieuse traitée dans les premiers jours. Après l'ingestion du tartre stibié il a des selles et des vomissements bilieux abondants; le lendemain, on lui donne un purgatif : la maladie semble enrayée ou jugulée; il y a une amélioration sensible; l'appétit revient un peu, mais il est exagéré par le malade, qui se croit en pleine convalescence. On donne à manger. Puis, au bout de quatre ou cinq jours, la fièvre revient, mais cette fois-ci elle n'est plus enrayée, et elle dure, en comptant la première partie, de vingt et un à vingt-cinq jours.

Ce n'est pas là ce que nous appelons une rechute; c'est la même maladie qui, imparfaitement jugulée, revient après une alimentation prématurée. Il faut dans ce cas insister sur les purgatifs quelques jours encore, et attendre pour alimenter le malade que son appétit ait pris des proportions assez intenses.

C'est là la pratique de M. Beau, qui obtient de bons résultats de cette manière d'agir.

Seconde variété. — Rechute proprement dite. — La maladie a sa durée normale ; il y a une bonne convalescence, et puis une maladie semblable à la première se déclare pour durer autant qu'elle.

Cette variété est fort rare; je ne trouve que les observations citées par MM. Rilliet et Barthez.

Voici les faits que j'ai recueillis dans le service de M. Beau et qui m'ont paru dignes d'être rapportés.

Obs. I. — La nommée Rolland, trente ans, fille de service à la Maternité, est entrée, salle Saint-Philippe, n° 11, le 7 janvier 1856, et sortie guérie le 27 mars suivant.

Cette femme est à Paris depuis le mois d'août 1855. Elle a été obligée de se livrer à des travaux fatigants. En dernier lieu, elle était à la Maternité depuis trois semaines; elle travaillait beaucoup, ne mangeait plus, avait un ennui profond. Elle était mal réglée.

Trois jours avant son entrée dans notre service, elle est prise de douleurs de tête, de malaise général, de prostration, de fièvre, etc. On lui donne un purgatif; mais son état s'aggrave, et elle est conduite à l'hôpital.

A son entrée, nous constatons l'état suivant :

Décubitus dorsal; figure triste, abattue; pommettes rouges, grande faiblesse, douleurs dans tous les membres; céphalalgie frontale assez intense; vertiges, tintements et bourdonnements d'oreille. La malade parle peu, et ne répond que très-lentement et à voix basse aux questions qu'on lui adresse; insomnie; état continuel d'agitation pendant la nuit. Bouche pâteuse et amère; mâchonnement presque continuel; langue pointue, peu humide, blanchâtre au centre, rouge sur les bords; gencives congestionnées. Soif vive, inappétence.

La malade a eu des vomissements et des envies de vomir depuis deux ou trois jours. Il n'y a point eu d'épistaxis.

Le ventre est douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite, où l'on sent des gargouillements; point de ballonnement; on n'aperçoit pas de taches lenticulaires. Garde-robes liquides en assez grande abondance, miction bonne.

La peau est chaude et très-sèche; le pouls est à 110. Au premier temps, on perçoit au cœur un bruit de souffle qui couvre le premier bruit normal; dans les carotides, il existe aussi un bruit de souffle intermittent plus marqué à gauche qu'à droite.

Un peu de toux, un peu de dyspnée; quelques râles muqueux disséminés des deux côtés de la poitrine et mêlés à des mucus sibilants.

On diagnostique une fièvre typhoïde, et on prescrit une potion avec tartre stibié, 0,10 ; ipéca, 1 gramme ; 2 pots de sirop de groseilles; diète.

Le 9 janvier, même état; peut-être un peu de mieux; vomissements bilieux, quelques selles, pouls à 106. — Demi-bouteille d'eau de Sedlitz ; bouillon aux herbes; 3 pots de sirop de groseilles ; diète.

Le 10, selles fréquentes; abattement persistant; langue sèche, blanchâtre, collante; pouls à 102. Point de météorisme du ventre. On aperçoit pour la première fois sur l'abdomen sept ou huit taches rosées, lenticulaires, ne formant pas de saillie et disparaissant par la pression. La soif est vive. — Une bouteille d'eau de Sedlitz, bouillon aux herbes, 3 pots de limonade; diète.

Le 11, même état; plusieurs selles; gargouillement, mais sans ballonnement du ventre. Pouls à 100. En raison de l'abattement extrême de cette femme, on la laisse reposer aujourd'hui. — 2 pots de limonade ; diète.

Le 12, langue sèche, dents fuligineuses, gencives gonflées, somnolence presque continuelle, pouls à 108, trois selles liquides. — Calomel, 1 gramme ; limonade; diète.

Le 13, la malade est toujours immobile dans son lit; elle ne parle pas, semble indifférente à ce qui se passe autour d'elle. Lorsqu'on l'interroge, elle répond qu'elle souffre de la tête, qu'elle a la bouche mauvaise, pâteuse. Elle a été hier fort peu à la selle. Les taches rosées persistent. Le ventre n'est pas ballonné. — Calomel, 1 gramme ; limonade, 2 pots.

Même état du 14 au 16.

Le 17, la malade paraît moins abattue ; mais elle a presque toujours des envies de vomir et la fièvre. Le pouls est à 98, petit, dépressible. La bouche est pâteuse, la langue toujours blanchâtre et collante. L'épigastre est douloureux, ainsi que la fosse iliaque droite. On perçoit bien le gargouillement. Les selles sont liquides. Les taches lenticulaires persistent, mais ont perdu une partie de leur couleur rosée. Il n'y a plus de râles muqueux. L'appétit ne revient pas du tout. — Ipéca, 1 gramme; limonade.

Le 19, la figure est meilleure, il y a plus de vivacité dans le regard; la parole est moins lente. La bouche n'est plus mauvaise, et les envies de vomir ont cessé. Le ventre est plus souple, moins douloureux. Les taches rosées disparaissent. La diarrhée persiste. Pouls à 96. Il y a peu d'appétit. Malgré ce mieux, il y a toujours une grande faiblesse. — 4 bouillons; limonade, 3 pots.

Le 21, plus de taches rosées. Mieux très-sensible. Pouls à 92. — 4 bouillons.

Le 25, retour de l'appétit ; cessation de la soif, de la diarrhée et du gargouillement ; langue large et humide; pouls à 80. La convalescence commence. — Bouillons, potages.

Le 29, le pouls depuis quelques jours varie entre 70 et 76 ; selles régulières ; appétit bon. — Une portion.

Le 31, la malade se lève. La convalescence est tout à fait confirmée. Depuis ce moment jusqu'au 12 février, cette fille aide aux soins de la salle, se promène, descend au jardin, mange avec appétit, va bien à la selle ; en un mot, elle est dans un état parfait de santé. Mais la tristesse ne l'a pas quittée; elle s'ennuie, pleure et voudrait retourner dans son pays.

Le 14 février, on s'aperçoit que depuis deux ou trois jours la malade a moins d'appétit ; elle ne se lève plus qu'une ou deux heures par jour; elle est faible, se plaint d'un malaise général ; elle va souvent à la garde-robe, et ses selles sont liquides ; sa bouche est mauvaise; elle a soif et des envies de vomir. Le pouls est à 104. — Ipéca, 1 gramme; limonade, 3 pots ; diète.

Le 17, il y a toujours de la fièvre depuis le 12 ; le pouls varie entre 98 et 112; la diarrhée ne cesse pas ; la prostration est grande.

Nous pensions depuis quelques jours à l'apparition d'une nouvelle fièvre typhoïde, lorsque aujourd'hui nos soupçons ont été pleinement confirmés. Voici dans quel état nous trouvons la malade :

Décubitus dorsal, prostration, malaise, courbature générale, céphalalgie, lenteur des réponses; langue blanche, saburrale ; bouche pâteuse, vomissements et nausées, soif, anorexie complète. Ventre douloureux, non ballonné. La fosse iliaque droite est très-sensible à la pression, et on y constate par la palpation un gargouillement manifeste, qui s'entend aussi à une certaine distance. Il y a sept ou huit selles liquides par jour.

En même temps on voit apparaître sur l'abdomen des taches lenticulaires, en nombre plus considérable que la première fois ; ces taches offrent tous les caractères des taches rosées de la fièvre typhoïde. Le pouls est plein, dicrote, ondulant, à 108. Au cœur et dans les carotides existe un léger bruit de souffle. Rien dans la poitrine. Les règles ne sont pas venues depuis l'arrivée de la malade à l'hôpital. — Eau de Sedlitz, 2 verres ; limonade, 3 pots; diète.

Le 18, même état. Faiblesse, plaintes fréquentes, ventre douloureux, selles nombreuses; nouvelles taches lenticulaires; peau chaude et sèche ; pouls à 104, dicrote. — Calomel, 1 gramme; limonade, 3 pots ; diète.

Le 19, point de ballonnement du ventre, gargouillement, soif, anorexie, dégoût pour toute espèce de choses, tristesse profonde ; pouls à 110. — Calomel, 1 gramme ; 3 pots de groseilles ; diète.

Le 20, douleurs dans tous les membres ; éruption de nouvelles taches lenticulaires ; les premières qui ont paru persistent ; quatre ou cinq selles liquides. Pouls à 100 ; peau chaude et sèche ; langue blanche, dents fuligineuses ; gencives rouges, tuméfiées, douloureuses. — Eau de Sedlitz, 2 verres ; bouillon aux herbes ; limonade; diète.

Le 21, à peu près même état; nostalgie profonde. Cependant il semble qu'il y ait un peu de mieux dans l'état général. Le pouls est à 96 ; les selles sont moins nombreuses. Du reste, mêmes symptômes. — Une bouteille d'eau de Sedlitz ; limonade.

Les 23 et 24, même état. Pouls à 98 et 102.

Le 25, quelques selles diarrhéiques ; la malade est toujours abattue et dans un état de prostration extrême. Malgré la fièvre qui persiste (pouls à 98), on donne un peu de bouillon coupé.

Le 27, l'état de la malade est évidemment meilleur. Malgré son état d'abattement, le pouls est descendu à 92 pulsations ; il est moins plein, moins ondulant. Bouche moins amère ; langue plus humide et nettoyée. Le ventre a toujours conservé sa souplesse ; la fosse iliaque droite n'est que très-peu douloureuse, et le gargouillement est encore sensible. Il n'y a plus que quelques selles liquides. Il ne s'est pas montré de nouvelles taches rosées, mais les anciennes persistent. — Bouillon.

Le 29, le mieux continue. Les symptômes généraux tendent à disparaître. Le pouls est à 90 ; la peau est bonne ; l'appétit revient.

1er mars. A partir d'aujourd'hui, la convalescence commence ; la malade se sent plus forte. Le pouls est à 86 ; langue humide ; ventre souple, non douloureux ; il n'y a plus qu'une ou deux selles liquides par vingt-quatre heures. Les taches persistent. La faim paraît revenir ; la malade demande de la soupe avec beaucoup d'insistance. On lui accorde deux bouillons, deux potages.

Le 4, le mieux continue. La malade demande à se lever. Les taches pâlissent. — Demi-portion.

Le 6, les taches ont disparu ; bonnes digestions ; selles régulières ; appétit. Elle se lève. — Une portion.

Le 8, elle commence à descendre. — Deux portions.

A dater du 10 mars jusqu'au jour de sa sortie (27 mars), la malade a été toujours de mieux en mieux. La convalescence n'a point été entravée, et la guérison est aussi parfaite que possible.

Ainsi, dans cette première observation, nous voyons que cette femme, à son arrivée à l'hôpital, le 7 janvier, est malade depuis trois jours, et ce n'est que le 25 que commence la convalescence. Cette première maladie a donc duré vingt et un jours.

Pendant dix-huit jours, c'est-à-dire du 25 janvier au 12 février, la convalescence est parfaite; la malade mange bien, se lève, se promène, aide aux travaux du ménage; il n'y a point de fièvre, de diarrhée.

Puis le 12 février la fièvre, la diarrhée, la prostration reviennent, et nous avons affaire à une véritable rechute, à une deuxième maladie ressemblant à la première par tous ses symptômes. Cette deuxième affection dure jusqu'au 1er mars, c'est-à-dire pendant dix-sept jours.

A partir du 1er mars arrive la deuxième convalescence, qui se maintient complète jusqu'au 27, sortie de la malade.

Cette femme est restée à l'hôpital en tout quatre-vingts jours.

Obs. II. — La nommée Françoise L..., vingt-deux ans, domestique, entrée salle Saint-Philippe, n° 4, le 1er février 1856, sortie guérie le 1er avril.

Cette jeune fille est à Paris depuis cinq mois, et à partir de ce moment elle s'est toujours mal portée. Obligée de faire un travail pénible, elle s'est beaucoup fatiguée, et depuis trois mois n'a pas eu ses règles.

---

(1) Voir le numéro du 14 juillet.

Elle est malade depuis huit jours, et aujourd'hui 1er février nous constatons ce qui suit :

Elle est dans la prostration; sa figure est plombée; elle rougit et pâlit alternativement. Il y a une congestion excessive des gencives et des membranes muqueuses. La bouche est mauvaise; la langue est caractéristique. Il y a des envies de vomir. Le ventre est un peu ballonné et douloureux vers la fosse iliaque droite. On ne trouve pas de gargouillement. Pas de selles. La peau est chaude; le pouls est à 108. — Potion avec tartre stibié 0,10; ipéca, 1 gramme. Diète.

Le 2, la malade a vomi, mais n'a pas été à la selle. Elle a très-soif. Même état. — 1 bouteille d'eau de Sedlitz. Diète.

Le 3, point de selles; ventre météorisé. Il y a une congestion très-grande des mains et des avant-bras; les taches lenticulaires ont paru. — 3 pots de limonade; calomel, 1 gramme. Diète.

Le 4, soif vive; langue rouge, gencives congestionnées, taches lenticulaires de plus en plus nombreuses. Selles abondantes, dans lesquelles on trouve quelques vers lombricoïdes. — Huile de ricin, 25 gr.; ablution. Diète; limonade.

Le 5, légère amélioration. Gargouillement; douleurs dans le ventre. Selles; taches lenticulaires. L'ablution est agréable. Pouls à 98. — Calomel, 1 gramme; ablution. Diète; limonade.

Le 7, la malade a été à la selle; elle se trouve un peu mieux. — 2 verres d'eau de Sedlitz. Diète.

Le 10, pouls à 102; peau chaude; prostration très-grande; ventre douloureux; gargouillement; diarrhée; langue couverte d'un enduit blanchâtre et rouge à la pointe. Les taches lenticulaires persistent. Soif vive; anorexie. — Huile de ricin, 30 grammes. Diète; limonade.

Le 11, elle a eu quelques selles et paraît mieux; la figure est moins abattue, les taches pâlissent. — Crème de tartre, 30 grammes. Diète.

Le 12, le ventre est souple et presque indolent; la figure est meilleure; les taches disparaissent, et il ne s'en montre pas de nouvelles. Encore quelques selles. Pouls à 90; peau moins brûlante. — Sulfate de soude, 30 grammes. Diète.

Le 14, la malade demande à manger. — Bouillon.

A dater du 15, l'état de la malade s'améliore chaque jour. — On donne du bouillon et du potage.

Le 17, une portion.

Le 26, la convalescense continue à être parfaite; la malade mange avec plaisir, sort dans les corridors de la maison, se promène, prend des forces, aide aux soins de la salle, etc.

Le 29. Depuis avant-hier la jeune fille est retombée malade; elle a du malaise, de la fièvre, du dévoiement. Elle nous dit s'être exposée au froid en lavant la vaisselle, etc. Elle a perdu l'appétit; la langue est blanche, la bouche pâteuse; elle a des envies de vomir. — Tartre stibié, 0,10; ipéca, 1 gramme.

Le 1er mars, anorexie complète; faiblesse; douleurs dans tous les membres. La malade a beaucoup vomi et a été un peu à la selle. Fièvre, — Diète.

Le 3, céphalalgie; pouls à 118; peau chaude; envies de vomir; ventre douloureux à droite; gargouillement; diarrhée. Des taches lenticulaires nombreuses se montrent sur l'abdomen. — 1 bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 4, pouls à 130; peau chaude; selles nombreuses; figure fatiguée; affaiblissement assez considérable. — Calomel, 1 gramme. Diète; limonade.

Le 5, 110 pulsations; bruit de souffle dans les carotides. Même état. — 2 verres d'eau de Sedlitz.

Le 6, les taches lenticulaires commencent à pâlir, mais l'état de la malade est toujours le même; pouls à 100.

Le 8, même état. Les taches lenticulaires disparaissent, mais le ventre est toujours douloureux et sensible à droite; les règles ne paraissent pas.

Le 10, la malade semblait un peu mieux depuis un ou deux jours; le pouls était redescendu à 94. Le matin, nous trouvons plus de fièvre: le pouls est à 110, la peau est chaude, la figure plus fatiguée, et deux taches lenticulaires nouvelles paraissent. Le soir, les taches lenticulaires sont excessivement nombreuses, mais n'occupent que l'abdomen; il y a du gargouillement et du dévoiement. — Crème de tartre, 30 grammes. Diète.

Le 11, selles nombreuses. Un peu de mieux. Pouls à 90. — 2 verres d'eau de Sedlitz. Diète.

Le 12, l'état de la malade va en s'améliorant. Le ventre est moins douloureux; à peine du gargouillement. Les taches lenticulaires persistent, en perdant leur couleur rouge. Selles peu copieuses. La soif est peu vive. Anorexie. La langue est humide et large; pouls à 84. — Huile de ricin, 35 grammes. Un peu de bouillon.

Le 13, le mieux continue. Les taches tendent à disparaître; il n'y a plus de douleurs de ventre; quelques selles. — Bouillon.

Le 14, la malade se trouve bien, se sent plus forte.

Le 15, amélioration progressive; disparition des taches lenticulaires.

A dater du 18 jusqu'au jour de la sortie, 1er avril, la convalescence est parfaite; la malade se lève, se promène, mange successivement deux, trois portions, et sort enfin en plein état de santé.

Cette deuxième observation nous présente encore un cas de rechute véritable. La première maladie dure vingt-trois jours; la convalescence est complète pendant douze jours, puis la deuxième maladie survient, pour durer dix-huit jours, et elle présente tous les symptômes de l'affection primitive : abattement, fièvre, dévoiement, taches lenticulaires, etc. Enfin la jeune fille ne sort guérie de l'hôpital qu'après deux mois de séjour.

Obs. III. — Le nommé Jean C..., journalier, vingt-cinq ans, entré salle Saint-Jean, n° 6, le 5 mars 1856, sorti guéri le 1er avril.

Ce malade est d'une constitution affaiblie; il est dans un état de maigreur considérable.

Il est entré à l'hôpital de la Pitié le 1er février 1856 et en est sorti guéri le 24 février. Il nous dit avoir été traité pour une fièvre typhoïde; c'est le diagnostic qu'a porté le chef de service.

Rentré chez lui, il a pris deux ou trois jours de repos, puis s'est remis à son travail.

Dès le 29 février il se sentit souffrant, courbaturé, mal à son aise. En même temps, il perdit l'appétit, et il eut un peu de diarrhée.

Le 2 mars, son état s'aggrava, et il fut obligé de prendre le lit, qu'il garda aussitôt dans les journées des 3 et 4.

Le 5 mars, il vient à l'hôpital et présente l'état suivant :

Ce malade est dans le décubitus dorsal; il est faible et a des douleurs dans tous les membres; sa face exprime un grand abattement.

La bouche est pâteuse, les gencives sont un peu gonflées, la langue est blanche, pointue; il y a eu des vomissements, qui ont maintenant cessé. L'anorexie est complète, la soif est vive.

Le ventre est souple, non ballonné, mais il est douloureux dans la fosse iliaque droite, où par la pression on sent du gargouillement. Il y a de la diarrhée depuis six jours.

La peau est chaude et sèche. Sur l'abdomen, on n'aperçoit point de taches lenticulaires. Céphalalgie et quelques tintements d'oreilles. Le pouls est à 84. On lui donne une potion avec tartre stibié, 0,10; ipéca, 1 gramme.

Le 6, le malade est soulagé; il a beaucoup vomi, mais a été peu à la selle. Soif, inappétence, peau chaude, pouls à 86. — Une bouteille d'eau de Sedlitz, diète.

Le 7, même état à peu près; cependant, comme la prostration semble augmenter, on cesse les évacuants et on donne du bouillon.

Le 10, le malade est couvert de taches lenticulaires; il en a sur tout l'abdomen, le devant de la poitrine, la partie supérieure des cuisses, les fesses, les bras, etc. La peau est chaude, sèche; pouls à 86; soif intense, gargouillement; la diarrhée continue. — Une bouteille d'eau de Sedlitz, 2 bouillons.

Le soir, l'état du malade est moins satisfaisant; il y a plus de fièvre et plus de prostration. Le pouls est à 92.

Le 12, légère amélioration depuis hier, pouls à 84, la peau est moins sèche. Les douleurs, peu vives il est vrai, tendent à disparaître; la soif est moins vive et l'appétit augmenté, mais la langue est toujours blanchâtre; on sent encore du gargouillement. Les taches lenticulaires pâlissent un peu. — 2 bouillons.

Le 14, mieux sensible; moins d'abattement, regard plus vif. Le malade se sent plus fort et demande à manger. C'est à peine si l'on sent encore du gargouillement. La diarrhée existe à peine. Le pouls est à 76.

Le 16, le mieux continue. Les taches lenticulaires tendent à disparaître; le pouls est à 70. — On accorde deux bouillons, deux potages.

Le 17, disparition des taches; plus de gargouillement ni de diarrhée; langue humide, large; appétit; les forces reviennent un peu. Le pouls est à 70. — On donne des soupes.

Le 18, la convalescence continue. — Une portion.

Le 20, le malade se lève une partie de la journée. Il demande deux portions qu'on lui accorde.

Le 1er avril, il sort de l'hôpital complétement guéri.

Malgré que nous n'ayons point suivi la première partie de cette observation, il résulte des réponses très-précises du malade et de nos renseignements que c'est bien à une fièvre typhoïde qu'on a eu affaire tout d'abord. La convalescence n'a pas été longue, mais elle était complète; et chez cet homme, la rechute a encore présenté les symptômes d'une affection typhoïde caractérisée; et même, comme on peut le voir, les taches lenticulaires sont survenues en quantité considérable, et sur presque tout le corps.

Aux trois observations qui précèdent je puis ajouter celle qui m'a été communiquée par M. Parrot.

La nommée Thérèse X..., âgée de vingt ans, couchée au n° 11 de la salle Saint-Philippe, est entrée à l'hôpital le 16 mai 1855, pour une dothinentérie Lien caractérisée.

Cette jeune fille était en pleine convalescence depuis le 1er juin; elle mangeait deux portions et se disposait à quitter l'hôpital, quand le 13 elle a été prise d'une fièvre intense et a perdu l'appétit. Il y avait en même temps de la céphalalgie, une faiblesse générale. On pensa à une fièvre éruptive.

Trois jours avant la malade avait été vaccinée. Aucune trace d'éruption ne se manifesta. On sentit du gargouillement dans la fosse iliaque droite, et on s'arrêta à l'idée d'une deuxième fièvre typhoïde.

On administra à quelques jours d'intervalle deux émétiques et deux purgatifs.

Le 22 juin, le pouls est à 134.

Le 23 au matin, il y a eu une légère amélioration. Le soir, le pouls est très-fréquent, dificile à compter.

Le 24 au matin, il y a eu de l'amélioration. Le gargouillement existe toujours. — Eau de Sedlitz, 2 verres, 1 bouillon.

Le 25, la malade se trouve bien. Le visage n'a jamais été altéré d'une manière bien notable. Aujourd'hui il est bon. On entend des râles sibilants dans toute l'étendue de la poitrine.

Le 28, l'état est meilleur; le pouls est moins fréquent; la malade se trouve bien et réclame de la nourriture. Elle quitte l'hôpital ce jour-là.

Le mieux a fait tous les jours des progrès, et plus tard mon collègue a revu la malade parfaitement guéric.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Piorry.

Cas très-extraordinaire de névropathie. — Prononciation involontaire et très-fréquente du mot UNQUE, alternant avec une toux quinteuse. — Emploi de l'électricité. — Guérison.

Mlle C... (de Besançon) est âgée de vingt et un ans; elle est d'une constitution assez forte, mais elle présente une prédisposition névropathique. Son caractère et certains accidents qu'elle a déjà éprouvés sont parfaitement en rapport avec le groupe de symptômes qui décèlent l'hystérie.

La première fois que Mlle C... est soumise à mon examen, je suis très-frappé de lui voir répéter deux ou trois fois par minute le mot *unque*, et cela très-distinctement et d'une façon tout à fait involontaire. Chose remarquable, s'il arrive que, par l'influence de la volonté ou de toute autre circonstance, la malade évite de proférer cette parole, elle est immédiatement prise d'une toux spasmodique quinteuse se renouvelant à plusieurs reprises et paraissant en tous points semblable à celle qu'on observe si souvent chez certaines femmes hystériques. Point d'expectoration.

Il est impossible à Mlle C... de prononcer volontairement le mot *unque*, et toutes les fois que, sur ma demande, elle cherche à le faire, la toux apparaît.

Cet état persiste depuis bientôt trois ans; seulement, pendant le sommeil et pendant la durée d'une maladie interne quelconque, jamais on ne le constate. Les soins les plus éclairés et les plus assidus ont été donnés à la malade par M. le docteur Coutenot (de Besançon); et c'est en suivant une grande partie de ses indications thérapeutiques que je suis arrivé à obtenir un succès.

L'examen attentif de tous les organes ne m'a d'abord présenté rien d'anormal. Néanmoins, la palpation de la région ovarique gauche m'a fait reconnaître que la pression y causait une douleur assez vive.

L'utérus, les hémorrhagies dont il est mensuellement le théâtre, n'offraient aucun indice morbide, mais les nerfs intercostaux de la région gauche et inférieure du thorax étaient le siége d'une souffrance très-marquée. J'ai recherché du côté des impressions morales s'il y avait quelque chose à noter; mais je n'ai rien trouvé; le cerveau et la moelle rachidienne ne fournissaient aucune indication, aucun symptôme susceptible d'éclairer le diagnostic.

Il y a trois mois, Mlle C... a été atteinte d'accidents aigus du tube digestif, consistant en une diarrhée très-ténue, en une légère intumescence splénique, en un état fébrile marqué, avec altération évidente des traits. Cet état, qui n'a pas eu de suites, me paraissait devoir être attribué à une iléo-spilosie (maladie des plaques de Peyer) très-légère et sans complication de septicémie. Aujourd'hui tous les symptômes en rapport avec cette lésion accidentelle sont entièrement dissipés.

Considérant l'ensemble des faits présentés par Mlle C..., me rappelant quelques observations dans lesquelles une toux analogue à celle qui alternait avec la prononciation du mot *unque* était de nature hystérique, pensant que cette toux avait évidemment pour point de départ les nerfs laryngés supérieurs et inférieurs (huitième paire), observant que la diction de la même expression était involontaire et qu'elle alternait avec la toux, je pensai qu'il s'agissait ici d'une névropathie ou névropallie progressive (oscillation nerveuse extensive) ayant son siége dans la huitième paire et son point de départ dans l'appareil nerveux des ovaires. J'admis qu'il y avait dans cet état une sorte de périodicité, et il me parut que les moyens s'opposant en général avec succès aux affections hystériques et névropathiques pouvaient avoir, dans ce cas, quelques chances de réussite.

C'est en partant de cette série d'idées que je mis en pratique le traitement suivant :

Mlle C... prit tous les jours, et en trois ou quatre doses, 0,75 centigrammes et même un gramme de sulfate de quinine, le médicament étant préalablement dissous dans 30 grammes d'eau avec addition de 3 ou de 4 gouttes d'acide sulfurique. Sous l'influence de l'agent fébrifuge et antipériodique, les moments où la malade prononçait son *unque* habituel s'éloignèrent, l'articulation de ce mot devint moins franche, le son produit parut également moins fort, mais les accidents ne cessèrent pas complétement. On recourut à différentes reprises au sulfate de quinine; il fut donné à de hautes doses et administré à des intervalles rapprochés. En somme, il survint une amélioration réelle à la suite de ce traitement.

De petits vésicatoires appliqués au cou, vers les points les plus voisins de la huitième paire et des nerfs du larynx, saupoudrés avec 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine, ont apporté aussi quelque peu de soulagement.

Il y a sept semaines, Mlle C... fut reprise de nouveau de coliques et de fièvre; elle eut des selles diarrhéiques nombreuses. Le ventre était presque constamment rempli de matières liquides. Cet état, qui heureusement a été de courte durée, n'a été, dans mon opinion, qu'une manifestation à un plus faible degré, il est vrai, de la maladie des plaques de Peyer. Ces accidents cédèrent facilement.

Comme la prononciation du mot *unque*, alternant avec la toux spasmodique, persistait encore, j'eus recours alors à l'emploi d'un courant électrique obtenu par la machine de Legendre et Morin, et de façon à suivre la direction de la huitième paire, de la partie supérieure du cou à l'épigastre. Je cherchai même à porter le pôle positif au pharynx, tandis que le pôle négatif était appliqué sur l'épigastre. L'un de mes aides de clinique, M. le docteur Frédéric Duriau, renouvela l'expérience tous les jours ou tous les deux jours pendant vingt ou vingt-cinq minutes. Grâce à l'influence de l'électricité, l'articulation du mot *unque* cessa d'avoir lieu, et la toux ne se reproduisit plus. Seulement la malade éprouva quelques douleurs dans le ventre et dans la région ovarique.

Mlle C... quitta Paris tout-à-fait convalescente; mais à son départ, je lui remis pour son médecin ordinaire, M. Coutenot, une lettre dans laquelle j'engageai cet honorable confrère :

1° A faire continuer à la malade une alimentation réparatrice;

2° A prescrire d'une façon habituelle une petite proportion de fer réduit par l'hydrogène;

3° A provoquer une ou deux selles par jour à l'aide de purgatifs très-doux;

4° A ordonner un bain tiède tous les trois ou quatre jours;

5° A conseiller l'exercice au grand air, des distractions, des voyages;

6° A appliquer, dans le cas où se déclareraient des douleurs ovariques et intercostales, de petits vésicatoires saupoudrés de chlorhydrate de morphine; et si ce moyen venait à échouer, à diriger lui-même des douches vers le cou, les côtes et l'épigastre;

7° A user, si besoin était, de l'hydrothérapie comme agent modificateur.

Mes conseils ont été ponctuellement suivis. J'ai reçu très-fréquemment des nouvelles de la malade, et tout récemment j'ai appris que l'état général s'était beaucoup amendé, et que la guérison s'était consolidée au delà de toute espérance.

L'ACIDE CARBONIQUE

comme moyen de provoquer artificiellement l'accouchement prématuré.

Par M. Scanzoni, professeur à la Faculté de Würzburg.

Se basant sur l'observation de M. Brown-Séquard, qui démontre que l'acide carbonique provoque les contractions des muscles de la vie organique; que les organes génitaux longtemps exposés à l'action de cet acide deviennent le siége de congestions assez intenses; que c'est même un moyen sûr de combattre l'aménorrhée, M. Scanzoni résolut d'employer ce gaz pour réveiller le pouvoir contractile de l'utérus et pour l'exciter au point d'amener la terminaison de l'accouchement.

Il se proposait de substituer ce procédé à l'excitation des seins par des verres à succion, moyen sur lequel il avait déjà appelé l'attention il y a deux ans, mais auquel on peut reprocher d'être infidèle, qui ne pouvait être tout au plus conseillé que comme adjuvant des douches utérines, et qui offrait l'inconvénient de provoquer l'excoriation du mamelon et l'inflammation des seins.

L'appareil employé fut le suivant. C'est un flacon de la contenance d'un litre, fermé hermétiquement d'un bouchon à deux ouvertures, par l'une desquelles un tube pénètre jusqu'au fond du vase; à l'autre orifice s'adapte un tuyau de corne, lequel s'emmanche à un tube de caoutchouc d'un mètre environ, terminé par la canule d'une seringue à injections ordinaire. On introduit du bicarbonate de soude, puis de l'acide acétique par le premier tube, qui est muni d'un entonnoir. Un spéculum conique de verre est placé dans le vagin. Le tube de caoutchouc, engagé dans un bouchon, est introduit dans le spéculum, auquel le liége doit s'adapter exactement. On augmente ou l'on diminue à son gré la production d'acide carbonique suivant qu'on ajoute ou non de l'acide acétique.

Voici l'observation dans laquelle le procédé fut employé pour la première fois :

D. S..., vingt-six ans, primipare, menstruée pour la dernière fois le 26 mai 1855, reçue à la Maternité de Würzburg le 29 janvier 1856. Bassin bas et étroit. Le diamètre antéro-postérieur, qui d'ordinaire a quatre pouces à quatre et demi, n'en a ici que trois un quart à trois et demi. La portion vaginale du col avait cinq à six lignes, et l'orifice externe était fermé exactement. La tête du fœtus ballottait au-dessus de la portion antérieure de la voûte vaginale, les bruits du cœur s'entendaient à gauche, et l'on sentait à droite et en haut, près du fond de l'utérus, les extrémités du fœtus. La mère croit se trouver dans la trente-deuxième ou la trente-quatrième semaine de la gestation, et l'examen des organes génitaux confirme cette opinion. L'étroitesse du bassin, rendant l'accouchement à terme impossible sans l'aide de l'art, donnait l'indication précise de l'accouchement prématuré artificiel, et pour le provoquer M. Scanzoni résolut d'essayer l'emploi de l'acide carbonique.

Le 2 février, à huit heures du soir, l'appareil fut appliqué pendant vingt minutes pour la première fois sans provoquer de modifications notables.

Le 3, application à huit heures du matin pendant vingt-cinq minutes, et à huit heures du soir pendant une demi-heure. La femme ressentit pendant que le gaz pénétrait dans le vagin une sensation désagréable de picotements douloureux, et pendant le jour des élancements autour du nombril. Le soir, la portion vaginale du col était sensiblement ramollie; après une nuit bonne et tranquille, les élancements dans le nombril se répètent.

Le 4, l'appareil fonctionne une demi-heure le matin et une demi-heure le soir. Même picotement pendant l'application. Le col se dilate dans la journée de manière à permettre au doigt de sentir le segment inférieur de l'œuf. Pendant la nuit, douleurs vives et rayonnantes dans les aines et dans les reins; vers le matin, la main apposée sur l'abdomen suit des contractions marquées de l'utérus, qui à vrai dire cessent peu après.

Le 5 au matin, nouvelle application pendant une demi-heure suivie du picotement ordinaire. L'orifice avait la dimension d'une pièce de 2 francs; il cédait aisément et se laissait facilement dilater avec le doigt. La sécrétion vaginale est notablement augmentée. Dans l'après-midi apparaissent les contractions douloureuses de l'utérus, qui augmentent peu à peu d'intensité. A six heures et demie du soir, la poche se rompt, et une heure après a lieu l'expulsion d'un enfant vivant pesant 1,350 grammes.

Pendant la délivrance, il se manifesta une légère hémorrhagie qui rendit nécessaire l'extraction du placenta un quart d'heure après la naissance de l'enfant; les suites de couches ne furent point troublées.

A part le picotement vaginal, qui semble n'avoir duré que pendant l'application du courant gazeux, l'emploi de l'acide carbonique n'a pas eu d'inconvénient sérieux, et il a agi assez énergiquement, puisque son action pendant trois heures trois quarts a suffi pour provoquer l'expulsion du fœtus. Malheureusement il n'y a qu'une observation, et peut-être ce procédé pourrait avoir des inconvénients chez les femmes nerveuses, et causer des spasmes utérins plutôt que des contractions normales. Le vagin pourrait s'irriter, et il n'est pas bien constaté que cet écoulement plus considérable n'était pas causé par un commencement de vaginite. Pour décider de la valeur de cette méthode, l'auteur lui-même fait appel à l'expérimentation; il est à désirer qu'on réponde à la demande du praticien distingué de Würzburg.

(*Wiener Medicinische Wochenschrift* et *Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 juillet 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy St-Hilaire.

Parallèle de l'œuf mâle et de l'œuf femelle chez les animaux. — M. Serres lit sous ce titre un mémoire qu'il résume en ces termes :

Comparée à la segmentation de l'œuf des femelles, celle de l'œuf des mâles ne présente aucune différence bien notable. L'une est la répétition de l'autre. Dans les deux œufs, la division première, puis les subdivisions subséquentes nous représentent avec évidence le procédé général de la génération par scissure. Cependant à l'époque où ces phénomènes similaires se développent, les deux œufs sont dans des conditions physiologiques bien différentes. L'un, l'œuf de la femelle, a été fécondé; il a reçu du mâle le principe, le souffle de vie qui le met en mouvement. L'autre, au contraire, l'œuf du mâle, n'a rien reçu; il a puisé en lui-même le principe de vie qui l'a mis en action. Si donc la segmentation des deux œufs est le symbole de la génération, on est forcément conduit par les faits à conclure :

1° Que la génération de l'œuf femelle est une génération communiquée, tandis que celle de l'œuf mâle est une génération spontanée;

2° Que l'œuf mâle est initiateur, et l'œuf femelle initié à la vie.

Influence de l'emprisonnement cellulaire sur la santé des prisonniers. — M. de Pietra Santa communique sur ce sujet un mémoire dans lequel il se propose d'examiner la première application du système introduit en France dans les conditions de succès les plus favorables, et de démontrer que la pratique n'a pas confirmé les promesses de la théorie :

1° Les aliénations mentales sont plus fréquentes dans le système cellulaire;

2° Les suicides s'y sont succédé dans une proportion très-considérable. Ces suicides ont été à Mazas douze fois plus nombreux qu'à la vieille Force et aux Madelonnettes, prisons régies par l'ancien système.

L'auteur adresse, en même temps que ce mémoire, deux opuscules imprimés, également relatifs à l'emprisonnement cellulaire, en priant l'Académie de vouloir bien les admettre au concours pour le prix de médecine et de chirurgie. (Commissaires, MM. Andral et Rayer.)

Emploi thérapeutique de l'acide carbo-azotique et sa propriété de colorer les parties cutanées. — MM. F.-C. Calvert et Moffat communiquent sur ce sujet un mémoire dont nous extrayons les passages suivants :

L'amertume intense de l'acide carbo-azotique suggéra l'idée que son emploi en médecine pourrait être utile : une certaine quantité de cet acide, ainsi que des carbo-azotates d'ammoniaque, de fer, de nickel, de zinc, furent placés entre les mains des docteurs Bell, Leimpson et Moffat, et bientôt on s'aperçut que les composés ci-dessus auraient des propriétés thérapeutiques d'une grande valeur, car elles avaient beaucoup d'analogie avec celles de la quinine.

On remarqua que c'étaient les carbo-azotates d'ammoniaque et de fer qui réussissaient le mieux, l'acide pur étant sujet à donner des crampes dans l'estomac. Le carbo-azotate de fer a parfaitement réussi dans plusieurs cas de céphalalgie; le carbo-azotate d'ammoniaque dans des cas d'anémie, de fièvre intermittente, d'hypocondrie. Ce sel, mêlé à de l'acide gallique et à de l'opium, a guéri plusieurs fois des diarrhées rebelles. M. Moffat a lui-même obtenu plus de vingt-sept cas de guérisons diverses au moyen du carbo-azotate. La dose de carbo-azotate qu'on a administrée en pilules a été depuis 0,05 jusqu'à 0,10, trois fois par jour. Nous examinons en ce moment quelle est la dose minimum qui peut agir sur le système. Mais ce qui rend l'emploi de ces composés excessivement intéressant, c'est que les malades deviennent jaunes comme s'ils avaient une forte attaque de jaunisse, et comme dans cette dernière maladie, non-seulement la peau, mais la conjonctive est colorée. Le temps nécessaire pour que cette coloration apparaisse varie, suivant les malades, depuis quarante-huit heures jusqu'à cinq ou seize jours; mais la moyenne a été de sept jours. La quantité de carbo-azotate qui a généralement produit la coloration de la peau a été d'un gramme. Elle disparaît de deux à trois jours après que l'on a cessé d'administrer ce produit.

La recherche de cet acide dans les urines en a fait découvrir 0,01 dans 100 grammes.

De la formation et des sources de l'ozone atmosphérique. — M. Scoutetten adresse un mémoire qui est le développement de la note qu'il avait précédemment présentée, et qui a été insérée dans le *Compte rendu* de la séance du 19 mai dernier.

De l'ensemble des faits exposés dans ce mémoire ressort, suivant l'auteur, la preuve que la nature possède des sources abondantes d'ozone, qu'elles existent à la surface du globe et dans les régions élevées de l'atmosphère, qu'il s'établit perpétuellement des courants ascendants et descendants exerçant une influence puissante sur la production des grands phénomènes électriques et sur les actes de la vie végétale et animale. La découverte des sources de l'ozone lui paraît devoir jeter un jour nouveau sur la physiologie des animaux et des végétaux, sur les combinaisons atomiques des corps, et démontrer qu'un lien jusqu'ici inaperçu unit entre eux par des rapports étroits tous les corps de notre globe. (Commission précédemment nommée.)

Physiologie de la vision. — M. Huguet adresse un travail intitulé *Note sur la vision : de la contraction et de la dilatation de la pupille attribuées à une action thermo-électrique; de la vision chez les myopes en particulier.* (Commissaires, MM. de Quatrefages, Cl. Bernard.)

— M. Boulu adresse un numéro d'un journal contenant la description des premiers *appareils électriques* qu'il a imaginés pour l'application de l'électricité au traitement de diverses maladies, et demande que cette pièce soit jointe à celle qu'il a présentée au concours pour les prix de médecine et de chirurgie. Il y joint une indication de ce qu'il considère comme neuf dans les appareils et les méthodes de traitement qu'il présente pour ce concours.

— M. Delfrayssé annonce avoir reçu de divers médecins qui ont employé, conformément à ses indications, le *tartre stibié* dans le traitement du *choléra-morbus*, des observations nombreuses constatant l'efficacité de cette méthode, observations qu'il mettrait à la disposition de la commission du prix Bréant si elle le jugeait nécessaire. (Renvoi à la commission de médecine constituée en commission spéciale pour le concours du legs Bréant.)

— L'Académie reçoit, par l'intermédiaire du ministère de l'instruction publique, un mémoire de M. Billiard (de Corbigny) ayant pour titre : *Théorie de la pneumonie.* L'auteur demande que cet écrit soit admis, conjointement avec un mémoire précédemment adressé par lui *sur les découvertes de l'ozone organique*, au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon.

— Dans la séance du 7 juillet, l'Académie a reçu la communication du mémoire de M. Colin *sur la digestion et l'absorption des matières grasses*, dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs.

La commission constituée pour l'organisation du banquet offert par le corps médical de France aux médecins de l'armée et de la flotte d'Orient a décidé ce qui suit :

1° Sont engagés à souscrire au banquet MM. les médecins civils, les médecins de l'armée et de la flotte qui n'ont point pris part à l'expédition d'Orient, les aide-majors stagiaires du Val-de-Grâce, les internes des hôpitaux de Paris.

2° Le prix de la souscription est de *quinze francs*.

3° Les souscriptions seront reçues, à partir du 22 juillet courant, chez chacun des membres de la commission, et de plus dans les bureaux de la *Gazette des Hôpitaux* (rue des Saint-Pères, 40), de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (Victor Masson, éditeur, place de l'Ecole de médecine, 17) et de l'*Union médicale* (rue du Faubourg-Montmartre, 56).

4° La souscription sera close le dimanche soir 10 août.

5° Le banquet est fixé au mercredi 20 août.

Un avis ultérieur fera connaître le local où il aura lieu.

Les souscripteurs de province pourront envoyer un bon de poste, contre le reçu duquel il leur sera fait parvenir une carte d'entrée au banquet.

MM. les invités sont priés de faire connaître leur acceptation, avant le 10 août, par une lettre écrite à M. le docteur Maheux, secrétaire-trésorier de la commission. Ils recevront aussitôt après une carte d'admission.

Les membres de la commission du banquet sont :

M. le baron Paul Dubois, doyen de la Faculté de médecine, président de la commission, rue Monsieur-le-Prince, 12;

M. Maheux, docteur en médecine, secrétaire-trésorier de la commission, rue des Jeûneurs, 39;

MM. Boinet, membre de la Société de chirurgie, rue de la Banque, 20;

Bouillaud, professeur à la Faculté de médecine, rue Saint-Dominique Saint-Germain, 32;

Cerise, docteur en médecine, rue de Sèze, 10;

Chassaignac, chirurgien des hôpitaux, rue de Richelieu, 60;

Dechambre, rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, rue de Lille, 49;

Jamain, rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux* et des *Archives d'ophthalmologie*, rue Mazarine, 20.

Latour (Amédée), rédacteur en chef de l'*Union médicale*, rue du Faubourg-Montmartre, 56;

Mayer (Alex.), médecin de l'inspection générale de la salubrité et de l'hospice des Quinze-Vingts, boulevard du Temple, 35;

Nélaton, professeur à la Faculté de médecine, quai Voltaire, 1;

Rayer, membre de l'Académie de médecine et de l'Institut, rue de Londres, 14;

Ricord (Ph.), chirurgien des hôpitaux, rue de Tournon, 6;

N. B. — Toute communication relative au banquet devra être adressée à M. le docteur Maheux, secrétaire-trésorier de la commission.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 9 juillet, M. Charcellay, professeur à l'Ecole préparatoire de Tours, est nommé médecin suppléant du lycée impérial de cette ville.

— M. le docteur Pucheran vient d'être nommé aide-naturaliste au Muséum.

— M. le docteur du Grand-Launay, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Saint-Méen, près Rennes (Ille et Vilaine), vient d'être nommé directeur médecin de l'asile départemental de la Haute-Marne, à Saint-Dizier, en remplacement de M. le docteur Mérier, dont nous avons annoncé la nomination à Maréville (Meurthe).

— M. le docteur Bitot, professeur à l'Ecole de médecine de Bordeaux, vient de prendre le service, comme chirurgien titulaire, à l'hospice des Enfants-Trouvés, en remplacement de M. le docteur Sarraméa, dont les fonctions étaient expirées.

— Par décision de la commission administrative des hôpitaux de la même ville, M. le docteur Oré, professeur à l'Ecole de médecine, a été nommé chirurgien-adjoint à l'hospice des Enfants-Trouvés.

— La pellagre devient chaque année de plus en plus endémique dans certaines parties du département de la Gironde. Aujourd'hui elle envahit un grand nombre de communes, en particulier celles de Lourtins, Carcans, Lacanau, Sainte-Hélène, Saumos, le Porge, et plusieurs autres de l'arrondissement de Bazas. M. le préfet de la Gironde a confié à M. le docteur Henri Gintrac la mission de visiter ces diverses localités, afin d'y constater le degré de fréquence et de gravité de la pellagre, et de rechercher les moyens d'en arrêter le développement.

(*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

— Le corps médical de Dijon vient de perdre récemment deux de ses membres les plus recommandables, MM. les docteurs Ripault et Maréchal.

— M. le docteur Roux commencera son cours sur l'art des embaumements et la conservation des pièces anatomiques le vendredi 25 juillet à sept heures du soir, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure, dans l'amphithéâtre de la rue Larrey, n° 8.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Lévy, de Sarrebourg (Meurthe); *De l'emploi des affusions froides dans le traitement de la méningite.*

Engelhardt, de Schirmeck (Vosges); *De l'hématocèle rétro-utérine.*

La Suite.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 87. — JEUDI 24 JUILLET 1856. (29e ANNÉE.) N° 87. — JEUDI 24 JUILLET 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 23 JUILLET 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

Un rapport de M. Robert a soulevé deux importantes questions qui eussent pu chacune devenir l'objet d'une discussion particulière. Au lieu d'une discussion nous avons eu une simple conversation, tantôt sur le premier, tantôt sur le second point, mais rien qui ait été de nature à jeter quelque jour nouveau sur ces questions ou à modifier l'impression que la lecture du rapport a dû laisser dans les esprits. Heureusement ce rapport lui-même est de nature à satisfaire à tous égards aux plus impérieuses exigences, et nous sommes amplement dédommagés de l'insuffisance de la discussion par le soin avec lequel le rapporteur a prévu d'avance les objections, examiné, discuté et résolu, autant que l'état de la science le permettait, les difficultés nombreuses de son sujet.

A propos d'une intéressante relation d'anus artificiel établi d'après la méthode de Littre par M. le docteur Leprestre (de Caen), pour une absence de rectum, M. Robert a examiné la valeur respective des principales méthodes proposées pour remédier aux divers cas d'imperforation anale ou d'absence du rectum, et il a discuté la question médico-légale de la viabilité, qui s'y rattache tout naturellement. Ce second point surtout était d'autant plus intéressant à examiner qu'il a été l'année dernière l'objet d'une lecture de M. Devergie, au sujet de laquelle les opinions sont restées partagées. La manière nette dont M. Robert a formulé les différentes hypothèses qui peuvent se présenter, ainsi que les principes simples auxquels il subordonne la conduite à tenir et la déclaration à faire par les chirurgiens en semblable occurrence, nous paraît à la fois la plus large et la plus conforme au véritable sens pratique des choses.

Deux opinions se trouvaient en présence. D'après la première, doit être seulement déclaré non viable l'enfant qui porte en lui une impossibilité de vie absolue, irrémédiable. Mais si, par une opération quelconque, on peut y remédier, alors même que celle-ci offrirait un grand danger, l'enfant doit être déclaré viable. La seconde opinion (c'est celle que M. Devergie a appuyée de son autorité) veut qu'on juge les vices de conformation tels qu'ils se montrent, et qu'on se demande s'ils étaient de nature à entraîner la mort, dans l'hypothèse où ils auraient été abandonnés à eux-mêmes, le fait devant être jugé, non pas en raison des chances possibles des secours médicaux ou chirurgicaux, mais bien en raison du vice de conformation considéré en lui-même.

Entre ces deux opinions, M. Robert adopte la première ; et les motifs qu'il invoque en sa faveur nous ont paru tout à fait déterminants. L'opinion adverse conduirait, en effet, à ceci : à déclarer non viable un enfant venu au monde avec une imperforation de l'anus ou de l'urètre, à laquelle un simple coup de lancette aurait pu immédiatement remédier.

Or, s'il doit être tenu compte dans l'appréciation de la viabilité ou de la non-viabilité des bénéfices probables de l'intervention de l'art pour les cas simples et faciles, pourquoi les rejeter alors qu'ils sont moins probables sans doute, mais qu'ils sont encore possibles cependant pour les cas plus graves et plus complexes, tels que l'absence d'une portion plus ou moins étendue de l'intestin?

En résumé, M. Robert nous paraît être dans le vrai en concluant de la longue et savante discussion à laquelle il s'est livré sur cette grave question :

1° Que l'on ne doit pas faire dépendre la viabilité de circonstances éventuelles, telles que la position sociale de l'enfant, la présence ou l'absence des hommes de l'art ou leur impéritie, etc. ;

2° Que la viabilité doit être subordonnée seulement à l'état de la science et aux progrès de l'art de guérir ;

3° Qu'il faut admettre que tout enfant né avec un vice de conformation de nature à entraîner nécessairement la mort, s'il est abandonné à lui-même, doit être considéré comme viable quand cette lésion peut être traitée et guérie, même en supposant que les opérations destinées à remplir ce but puissent être suivies d'accidents graves ou même de la mort.

Cette solution, dans une question dont l'appréciation est laissée toute entière aux hommes de l'art par le silence même de la loi sur la définition de la non-viabilité, fait une part convenable aux ressources qu'il est actuellement possible d'attendre de l'intervention de la chirurgie, et à celles que peuvent nous faire espérer encore ses progrès ultérieurs.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Des rapports qui existent entre l'âge des malades et les affections diverses dont ils sont atteints (1).

L'excrétion des urines éprouve aux différents âges de la vie l'influence des changements qu'ils apportent dans la vitalité et le développement des organes.

Pendant le premier âge, les urines sont rendues instinctivement, les contractions de la vessie sont sollicitées par la présence du liquide. A mesure que l'enfant avance en âge et que l'action de la volonté sur les organes contractiles se consolide, les moments de la miction sont réglés.

Chez les vieillards, la contraction de la vessie n'est pas mise en jeu aussi facilement que chez les enfants. La miction a lieu plus rarement ; la vessie s'agrandit ; l'expulsion des urines exige un certain effort et se fait avec moins de force.

Ces diverses circonstances inhérentes aux âges concourent à la production des calculs vésicaux. Le petit diamètre de l'urètre, chez les enfants, rend difficile le rejet des concrétions qui peuvent être descendues des reins ou avoir commencé à se former dans la vessie. D'ailleurs la faible quantité d'urine qui s'accumule dans cet organe par la fréquence des mictions, s'oppose à ce qu'un courant d'urine assez fort puisse entraîner ces concrétions. Elles restent donc dans la vessie, et elles y deviennent le noyau de calculs qui s'accroissent du dépôt des matières salines de l'urine.

Dans la vieillesse, la stase des urines est facilitée par l'ampliation de la vessie et la rareté des mictions. Ensuite, l'absence d'une action énergique des parois contractiles de la vessie et des muscles abdominaux par la masse urinaire, empêche les personnes âgées de pouvoir chasser les concrétions alors qu'elles franchiraient encore l'urètre. En somme, l'influence des âges sur la production des calculs est très-manifeste, puisque la moitié des malades n'a pas atteint l'époque de la puberté, et que l'autre moitié a dépassé quarante ans.

De l'opportunité des phlegmasies aux différents âges. — Les enfants sont fréquemment affectés de phlegmasies cutanées dont l'opportunité est évidemment préparée par la vive injection capillaire de la peau due à l'activité de la circulation et par la grande irritabilité de cette membrane dans le jeune âge. L'inflammation érythénoïde de la peau survient par les causes irritantes les plus légères dont l'action est le résultat de la condition des jeunes enfants. C'est ainsi que se développent les intertrigos, les gerçures des fesses et des cuisses, par l'action topique irritante des urines, des matières fécales liquides, ou même seulement de linges trop rudes, ou bien par des frottements mécaniques opérés sans ménagement. L'opportunité de ces phlogoses cutanées se trouve dans l'état physiologique de la peau chez les nouveau-nés.

Les vieillards sont aussi sujets à des érythèmes cutanés; mais ils ont un autre caractère que ceux du premier âge ; ils sont généralement secs, tandis que ceux des enfants se font remarquer par leur aptitude à la production de fluides muqueux, purulents à la surface des parties enflammées. Les érythèmes des vieillards participent de cette sécheresse générale des tissus qui va croissant avec le déclin de la vie ; ils tendent à devenir chroniques et à produire un état d'induration diffuse de la surface de la peau.

Les maladies qui déterminent des inflammations de certaines parties constituantes de la peau trouvent l'opportunité de leur manifestation dans le développement des éléments anatomiques des téguments externes ; elle n'existe pas au même degré à tous les âges. Quand les cryptes sébacées sont arrivées à maturité dans la deuxième enfance, les affections folliculeuses se montrent, et c'est alors qu'on voit apparaître l'acné, maladie de l'adolescence.

Les affections dartreuses qui ont leur siége dans les cryptes cutanées, comme la couperose, la mentagre, le sycosis, ne font invasion que lorsque ces cryptes sont développées à un haut degré.

Les phlegmasies des membranes muqueuses sont communes à toutes les périodes de la vie ; mais elles surviennent dans des conditions différentes qu'il est presque toujours possible de rapporter à des circonstances relatives aux âges. Les plus fréquentes maladies des enfants sont les catarrhes gastro-intestinaux. Ce ne sont pas seulement, chez eux, des affections idiopathiques ; mais elles compliquent encore la plupart de leurs états morbides aigus. C'est ce qui faisait dire à Harris : *Infantum morbi si non omnes, plurimi tamen ex ventre infimo, tanquam equo trojano prodeunt.* Il faut reconnaître que la cause de ces affections se trouve fréquemment dans le régime mal compris auquel on soumet les enfants à cette période de la vie où les fonctions digestives ne sont accommodées qu'à un genre d'alimentation déterminé, et admettre aussi la susceptibilité toute spéciale du tube digestif à sentir les excitants, à s'injecter et à se phlogoser. Cette susceptibilité ne résulte pas seulement de l'état général de prépondérance de l'appareil vasculaire à sang rouge, évident surtout dans les capillaires des téguments internes, elle provient aussi du travail d'accroissement qui se montre pendant tout le premier âge avec une grande énergie dans les organes digestifs. Cet appareil augmente en longueur et en diamètre ; ses valvules conniventes s'agrandissent ; les cryptes mucipares se développent dans ses tuniques ; ses villosités s'allongent et se multiplient ; enfin, l'appareil se complète par les deux dentitions. C'est pendant que se fait ce long travail d'évolution, nécessairement lié à une action organique plus marquée, à une véritable turgescence, que les enfants sont si fréquemment pris de catarrhes gastro-intestinaux.

Dans l'âge adulte, et pendant toute la période d'état de la vie, si les catarrhes gastro-intestinaux surviennent, on en trouve toujours la cause ailleurs que dans une disposition physiologique de ces organes provenant de l'âge. Cette disposition existe, mais en sens contraire : c'est dans l'âge moyen de la vie que l'on peut avec moins de danger surcharger ou hyperstimuler le tube digestif.

Chez les vieillards, la susceptibilité du tube digestif reparaît, mais c'est surtout dans le gros intestin qu'elle se montre ; c'est là le siége de ces diarrhées inflammatoires que l'on voit coïncider avec la conservation d'une activité presque normale, sans aucun symptôme de souffrance dans la partie supérieure et moyenne du canal alimentaire.

Deux changements organiques importants s'accomplissent chez les enfants, ce sont les deux dentitions. La turgescence subinflammatoire qu'elles provoquent aux gencives devient par son extension la cause immédiate de phlogoses qui s'étendent jusqu'aux téguments de la face, comme le prouvent les érythèmes qui s'y manifestent. Existant toujours dans ce cas sous des formes plus ou moins graves, sur les membranes muqueuses environnantes, cette turgescence occasionne des symptômes réactionnels qui ont souvent de l'intensité par leurs formes et leurs épiphénomènes nerveux. Le plus souvent ces accidents de réaction ne sont que des mouvements fébriles, et Sydenham les avait déjà signalés, en les représentant comme difficiles à discerner des fièvres. « *Vulgo » enim notissimum est infantes a doloribus ex dentitione ortis, » sæpiùs in febres agi, quæ haud ita facile ab alterius generis fe- » bribus internoscuntur.* »

Chez les vieillards, la chute des dents devient aussi la cause d'accidents dans lesquels on ne reconnaît plus les effets de cette constitution irritable et sanguine particulière à l'enfance, qui rend les maladies si aptes à se généraliser ; mais on n'y voit pas moins le résultat d'un travail organique local provoqué par l'âge : les gencives se boursouflent, passent à un état d'engorgement qui tient le milieu entre les phlegmasies et les congestions ; les dents se détachent de leurs alvéoles et tombent. Assez fréquemment, la chute des dents opérée, les gencives s'affaissent, les alvéoles se resserrent, la muqueuse gengivale se durcit, un état physiologique nouveau s'est substitué à l'ancien. Mais les choses ne se passent pas toujours aussi heureusement ; chez les vieillards, dont la constitution est détériorée, il survient des ulcérations gengivales qui durent ou plutôt se succèdent sans interruption pendant tout le temps de la chute des dents, c'est-à-dire cinq ou six ans.

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 juillet.

Les phlegmasies de la muqueuse des voies aériennes se montrent à tous les âges de la vie, mais leur opportunité varie encore dans des limites assez larges. — Le coryza s'observe souvent, chez les nouveau-nés, vers l'époque de la première dentition; il n'est pas rare aussi de le voir s'accompagner de bronchite. Le plus souvent ces phlegmasies ont la forme ordinaire des inflammations des membranes muqueuses, mais elles prennent quelquefois aussi les allures particulières des phlegmasies couenneuses. On ne peut s'expliquer ces accidents, à cette première période de la vie, que par l'activité extrême de la circulation capillaire dans ces membranes muqueuses, aussi bien que dans tout l'appareil tégumentaire interne et externe.

A l'âge de la puberté, les organes aérifères subissent une modification prononcée au moins dans une partie de l'appareil qui les constitue. Le larynx, jusqu'alors resté dans un développement incomplet, augmente de dimensions en tous sens; l'action active qui se rattache à cette évolution est vraisemblablement la cause des catarrhes laryngiens si fréquents à cette époque, et qu'on sait être si rares auparavant, quand on ne confond pas avec ces laryngites les phlogoses couenneuses dont l'extension de la gorge aux voies aériennes, à la manière des érysipèles, a été si bien établie par M. Bretonneau.

C'est à partir de la puberté que l'on devient sujet aux laryngites, et cette aptitude n'est même établie à son plus haut degré qu'à la fin de l'adolescence; alors cette partie des voies aériennes, qui ne devenait le siége de phlegmasies chroniques que par accident dans l'enfance, est exposée à ces affections chroniques si graves, le plus souvent inflammatoires, qu'on désignait autrefois sous le nom de phthisies laryngées.

MM. Trousseau et Belloc, à qui l'on doit une excellente monographie sur cette maladie, ont bien remarqué qu'elle se développe rarement avant la puberté et qu'elle est peu commune dans la vieillesse. Presque toutes les observations qu'ils ont pu rassembler ont été recueillies sur des hommes de trente à quarante-cinq ans.

Les phlegmasies des voies aériennes profondes restent fréquentes chez les vieillards; elles finissent même par constituer un état morbide continu qui complique la plupart de leurs maladies, et qui persiste comme affection habituelle chez la plupart d'entre eux. Cette bronchite sénile s'exaspère par les causes les plus légères, prenant à chaque exacerbation une forme aiguë dans laquelle la phlogose occupe à des degrés variables les fosses nasales, le larynx et la trachée-artère.

La bronchite habituelle des vieillards est ordinairement compliquée d'emphysème pulmonaire; elle est la cause de leurs plus graves maladies. Si elle s'aggrave du côté des petites bronches, elle devient le point de départ de ces broncho-pneumonies qui occasionnent la mort de tant de sujets de cet âge. Sa continuité, en déterminant une gêne habituelle de la respiration et des quintes de toux fréquentes et pénibles, exaspérées encore par la complication de l'emphysème pulmonaire, finit par faire naître ensuite des modifications qu'elle impose à l'action de l'organe central de la circulation, les hypertrophies du cœur, si communes chez les catarrheux.

La pneumonie est une maladie fréquente chez les enfants à la mamelle; on la trouve moins souvent dans la seconde enfance, plus souvent dans l'âge adulte, et beaucoup plus encore chez les vieillards, qui meurent pour la plupart de phlegmasies des organes de la respiration.

La pneumonie des nouveau-nés a des caractères qui la rapprochent de celle des vieillards; elle semble n'être que le résultat de la congestion pulmonaire qui la précède le plus souvent, et qui l'accompagne toujours dans des limites beaucoup plus étendues que celles de la phlegmasie proprement dite du tissu de l'organe.

La pneumonie est encore fréquente chez les enfants après la première dentition. Depuis cet âge jusqu'à la puberté, elle présente le plus souvent un caractère particulier qui modifie ses symptômes et sa marche. Elle occupe à la fois plusieurs points d'un ou des deux poumons; elle se caractérise alors par la présence de l'inflammation limitée à des lobules de volume variable. La phlegmasie lobulaire a tous les caractères anatomiques de tous les degrés, depuis l'hépatisation rouge commençante jusqu'au ramollissement purulent. Cette forme de la pneumonie ne se rencontre que très-rarement chez les adultes; elle est tout à fait semblable, quant à la disposition du siége de l'inflammation, à la phlegmasie pulmonaire qui se déclare par suite de la pénétration du pus dans les veines, sauf que la phlegmasie des lobules dans la pneumonie des enfants est plus prononcée, et que la suppuration ne s'établit pas aussi rapidement. Il y a évidemment pour la production de ces pneumonies lobulaires des enfants une condition proégumène qui tient à des circonstances de l'âge. Nous ne les connaissons pas.

L'opportunité de la pneumonie chez les adultes est plus grande que chez les enfants; elle se trouve dans l'activité et la prépondérance des fonctions pulmonaires, qui commencent dès l'adolescence et ne s'atténuent qu'à l'âge du retour, époque à laquelle cette maladie paraît plus rare.

La pneumonie est la cause de la mort d'un grand nombre de vieillards. Elle se montre chez eux non-seulement comme affection idiopathique, mais encore comme complication très-fréquente de la plupart des maladies aiguës et fébriles. Nul doute que cette opportunité si prononcée de la pneumonie dans le dernier âge de la vie ne soit due à l'atonie de l'appareil circulatoire. On peut en juger par l'étendue toujours considérable de la congestion pulmonaire dans ces pneumonies, qui font souvent succomber les malades avant que l'hépatisation du poumon ne se soit produite.

Le catarrhe vésical est une affection rare dans l'enfance, fréquente dans la vieillesse. L'opportunité de cette maladie, à une époque très-avancée de la vie, dépend des changements que l'âge apporte dans la contractilité et la disposition du bas-fond de la vessie. Elle s'explique aussi par la congestion veineuse habituelle qui se forme à l'extrémité inférieure du rectum, autour de la prostate et dans les sinus propres du col de la vessie. C'est cette même cause qui concourt à produire l'hémorrhagie vésicale sénile. Les catarrhes de la vessie exposent les vieillards à la phlegmasie des reins, et surtout à celle qui s'introduit dans les glandes rénales par la propagation de l'inflammation à travers les uretères et les bassinets.

Les inflammations de la membrane séreuse encéphalique sont fréquentes chez les enfants, et surtout pendant le travail de la digestion. C'est à ces phlegmasies à différents degrés d'intensité que sont dues la plus grande partie des fièvres hydrocéphaliques aiguës. Les conditions particulières de la circulation encéphalique dans le jeune âge expliquent très-bien l'opportunité de ces méningites, qui ne sont que le plus haut degré des congestions auxquelles se rapportent les épanchements séreux aigus et les apoplexies méningiennes. Les phlegmasies de la pulpe cérébrale ne sont peut-être jamais primitives chez les enfants; elles s'établissent le plus souvent au contact de l'inflammation des méninges, qui semblent les premières affectées.

Les phlegmasies sur l'opportunité desquelles l'influence des âges se montre le mieux sont celles qui intéressent des organes dont l'action se trouve limitée à certaines périodes de la vie, et s'annoncent par les phénomènes les plus tranchés: ce sont surtout les phlegmasies des organes génitaux. Chez les filles impubères, la muqueuse vaginale est assez fréquemment le siége d'un catarrhe dans l'intervalle des deux dentitions; c'est là le résultat du travail organique qui s'accomplit à la fois dans tous les organes crypteux. A l'âge de la puberté, la turgescence qui se lie à l'évolution dont l'utérus est le centre se propage souvent au vagin, et devient la cause immédiate de l'établissement de leucorrhées, qui se reproduisent ensuite à chaque époque menstruelle. Ces déperditions de liquides ne proviennent pas uniquement de la muqueuse du vagin; elles sont souvent le produit d'une exhalation qui se fait dans la matrice, et qui résulte de l'état congestionnel où l'amène le retour des menstrues.

Ces états morbides persistent souvent pendant tout l'intervalle qui sépare la puberté de l'âge critique. Leurs rapports avec les conditions de l'âge adulte des femmes sont d'autant plus évidents que de pareils accidents ne se montrent plus que par exception, après la ménopause, quand l'utérus et ses annexes passent à l'état de repos et d'atrophie imparfaite, qui les atteint dans la vieillesse.

Les phlegmasies de l'utérus et des ovaires sont aussi rares avant la puberté qu'elles sont communes après cette révolution jusqu'à l'âge critique. Leur manifestation est le plus souvent liée à l'acte de la menstruation; elles trouvent une cause prédisposante immédiate dans le molimen hémorrhagique qui s'établit chaque mois sur l'utérus pour la production de l'hémorrhagie menstruelle. L'acte organique de la rupture périodique d'une vésicule ovarienne, auquel se rattache le flux des règles comme phénomène accessoire, est nécessairement suivi d'une inflammation qui s'accomplit dans l'ovaire. Cette inflammation, accidentellement exagérée, devient la cause de l'ovarite, dont l'explosion arrive si souvent aux époques sanguines. Ainsi se trouve établie l'opportunité d'une maladie inflammatoire déterminée par des fonctions inhérentes aux âges.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL CIVIL DE DUNKERQUE. — M. Ad. Lebleu.

Compte rendu du service chirurgical. — Année 1855.

194 blessés, hommes ou femmes, ont occupé nos lits pendant l'année 1855: je ne parle pas de bon nombre d'autres cas chirurgicaux qui se sont offerts à nous pendant la même année, venant du dehors ou de la maison même, lesquels ont nécessité quelquefois des opérations, mais non le séjour dans nos infirmeries.

Sur ces 194 cas, nous remarquons 13 fractures: 1 de clavicule, 8 de jambe, 2 de cuisse, 1 de l'avant-bras, 1 du bras; 1 luxation de l'épaule; 2 tumeurs blanches du genou, dont une a nécessité l'amputation; 3 cas de congélation; 1 hydrocèle suivie d'opération; 5 cas de hernie étranglée, dont une suivie d'opération; 15 phlegmons graves, ou écrasements du pied ou de la main, dont trois ont nécessité l'amputation, et, la plupart, de grands débridements.

Parmi nos autres blessés, nous avons eu quelques cas remarquables d'ophthalmie, de commotion cérébrale, d'ulcères aux jambes, etc.

Passons en revue ces divers cas, en ne nous attachant spécialement qu'à ce qu'ils ont offert de plus saillant.

Fractures. — Toutes nos fractures, traitées généralement, suivant notre habitude, à moins de complications trop graves, par l'appareil de Scultet amidonné, ont été amenées à parfaite guérison, sans aucun raccourcissement ni notable difformité. Deux cas, dénommés *fracture*, ont été mortels; mais, chez l'un comme chez l'autre, la fracture n'a été qu'une cause très-accessoire de la mort. Chez le premier, Bouteillier, entré le 9 août, la roue d'un chariot pesamment chargé qui avait broyé l'os de la cuisse avait violemment contusionné en même temps toutes les parties du membre, et surtout la vessie et la partie inférieure de l'abdomen. La mort eut lieu le lendemain. Chez le deuxième, Verlomme, âgé de cinquante-quatre ans, entré le 18 octobre, quand nous le vîmes à midi, nous le trouvâmes en proie à une violente concentration nerveuse, offrant déjà des symptômes quasi tétaniques, sans pouls; la jambe horriblement broyée et ne tenant au genou que par quelques esquilles et lambeaux charnus. En face d'une nécessité aussi claire d'amputation et d'accidents généraux qui menaçaient si prochainement son existence, je n'hésitai pas, malgré le très-peu de chances favorables que j'avais, à lui pratiquer, sans délai aucun, l'amputation de la cuisse. Rendu insensible par l'action du chloroforme, il la supporta bien; son pouls même se releva, et les accidents convulsifs parurent s'amender; mais tous les phénomènes dépendant de l'état nerveux ne tardèrent pas à reparaître, et une heure après il succomba.

Nous fûmes plus heureux avec la femme Faseuil, que nous opérâmes aussi dans des circonstances extrêmes, et dont l'observation bien remarquable mérite, ce me semble, quelques lignes de développement.

Cette femme, âgée de trente-huit ans, placée au n° 27 de notre salle des femmes, entre le 27 juillet dans le plus grave état possible: œdématie de tout le membre inférieur gauche, genou offrant 86 centimètres de pourtour; tubérosité du tibia, rotule, condyles du fémur et les cinq sixièmes inférieurs du fémur lui-même réduits (c'est ce que nous révéla l'autopsie minutieuse du membre) en quelques rares esquilles nageant dans un putrilage où, sauf la peau, rien ne se distinguait plus des éléments anatomiques ordinaires; tel était l'état maladif local, état dont la première origine remontait à plus de dix-huit mois.

Tempérament débile, épuisée par les douleurs, l'insomnie, la fièvre hectique, et un marasme déjà bien avancé, accouchée depuis six semaines de son sixième enfant, tel était l'état général de cette malheureuse.

En face d'un pareil état de choses, la laisser succomber lentement en la consolant par l'emploi de quelques impuissants palliatifs était certainement une opinion admissible; et telle en effet paraissait être l'opinion de divers médecins qui depuis quelques mois la visitaient tour à tour et se bornaient à ces palliatifs.

Quand je fus appelé chez elle, la veille de son entrée à l'hospice, tel fut aussi mon avis au premier abord.

Cependant, en palpant profondément le haut de la cuisse, je sentis assez distinctement, tout au haut de cette masse désorganisée et diffluente, le grand trochanter et quelques centimètres du fémur qui pouvaient être sains et auraient pu supporter l'action de la scie.

Je conçus dès lors la possibilité d'enlever toute la partie malade, dussé-je porter la scie jusqu'à la naissance du petit trochanter, à savoir: immédiatement au-dessous de l'insertion du tendon réuni des psoas et iliaque et de l'attache de la capsule fibreuse.

Quant à l'état général si profondément altéré, j'ai vu tant de fois les individus les plus appauvris par de longues suppurations, les enfants les plus scrofuleux se recolorer et se régénérer en quelque sorte après nos grandes amputations, que je ne vis pas encore là un obstacle absolu.

Je lui déclarai donc cette possibilité, qu'elle rejeta d'abord bien loin. Mais l'accent de ferme conviction avec lequel je lui exprimai que cette grave mutilation, toute chanceuse que je l'avouai, la conserverait peut-être au milieu de sa nombreuse famille, à laquelle elle serait inévitablement arrachée avant trois mois de douleurs toujours croissantes, la fit hésiter, puis enfin accepter pleinement le bénéfice incertain de cette triste thérapeutique.

Le lendemain, elle s'était fait porter à l'hospice.

Rendue insensible, mais loquace et agitée, par l'inspiration pendant une minute et demie de chloroforme, j'amputai circulairement la cuisse en conservant le plus possible de peau et de chair saines ou quasi-saines; puis, avec un court bistouri, je râclai en remontant et en sondant avec l'index gauche les quelques centimètres de corps de fémur qui existaient, de manière à n'appliquer la scie que sur une portion d'os aussi saine que possible. Je dus monter effectivement jusqu'au point prévu et signalé ci-dessus, immédiatement au-dessous du petit trochanter. Et en effet, en faisant plus tard l'autopsie du membre, l'os paraissait bien sain à l'endroit de la section; mais à 1 centimètre plus bas sa partie centrale et médullaire s'annulait peu à peu, et à 2 centimètres plus bas encore le fémur n'était plus qu'une lame excessivement mince et transparente de tissu compact, ou phosphate de chaux, entièrement dépourvu de gélatine, pour s'effacer enfin et disparaître dans la bouillie putréfiée dont nous avons parlé.

Rien de particulier à noter au point de vue chirurgical, si ce n'est une très-rapide cicatrisation et du meilleur aloi, puisque l'opérée sortit de l'hospice le 11 septembre, quinze jours après la guérison complète de la plaie. Seulement les fonctions digestives et la nutrition furent très-lentes à se rétablir. Mais elle est venue dans les premiers jours de janvier me remercier avec une apparence de santé parfaite, un embonpoint complétement revenu, et disant qu'elle ne s'est jamais mieux portée.

Son très-court moignon, toujours en parfait état, ne peut s'adapter à aucun moyen de prothèse; mais une simple béquille et un béquillon lui donnent une marche facile et rapide.

Notre deuxième cas de tumeur blanche, bien que très-grave (vives douleurs, ankylose), a mis en relief une fois de plus l'efficacité du traitement que nous avons adopté: fréquentes applications de sangsues, compression avec larges bandelettes agglutinatives, puis cautérisations transcurrentes.

Congélations. — Tous les ans, au retour de la pêche d'Islande, il nous arrive quelques cas de congélation des pieds. Le froid, le manque de soins, l'humidité dans leurs grandes et larges bottes de cuir, tout favorise le développement et l'aggravation de cette maladie. Cette année, deux marins encore se sont présentés dans cet

état, sans compter un troisième cas de congélation aux mains. Les bains locaux émollients et cataplasmes de même nature nous ont toujours paru les moyens les plus propres à calmer les douleurs quelquefois très-vives et à favoriser la chute des eschares. Dans deux de ces cas, elles n'étaient que superficielles, et les malades sortirent guéris au bout de trente jours.

Chez le troisième, suivant l'ancien principe chirurgical justement développé tout récemment par M. le docteur Baudens, j'attendis la chute naturelle des parties sphacélées, c'est-à-dire des cinq orteils et de la moitié des parties molles qui recouvrent les métatarsiens. Seulement j'eus à terminer le travail de la nature en amputant les cinq têtes de ces métatarsiens, ce que je fis sans ébranlement et avec succès avec de fortes pinces tranchantes. Le malade, entré le 3 février, ne put sortir que le 9 mai, mais dans un état de solide cicatrisation et marchant facilement. L'autre pied n'avait perdu que quelques phalanges.

Hydrocèle. — Le seul cas d'hydrocèle que nous ayons eu à opérer cette année est celui de Simon, placé au n° 20. Opéré par l'ancien procédé : évacuation de tout le liquide par ponction et injection deux fois répétées de vin rouge alcoolisé, il sortit parfaitement guéri le 21 décembre. Il était entré le 2 novembre. Je ne puis que signaler ce que j'ai déjà indiqué dans plusieurs de mes rapports, à savoir que je me suis constamment bien trouvé de ce procédé dans plus de vingt cas que j'ai déjà eus à opérer; que l'inflammation artificielle, facile à contenir dans de convenables limites, a toujours déterminé une suffisante adhérence des tissus, et que l'application de l'iode constitue dans ces cas, plus encore que dans bien d'autres, un progrès des plus contestables.

Hernies étranglées. — Des cinq cas de hernie étranglée, l'une, la femme Dhoudt, entrée le 17 janvier, a été opérée dans les plus mauvaises conditions possibles (septième jour d'étranglement, etc.). Une autre est morte le lendemain de son entrée sans avoir été opérée (les conditions générales étaient par trop mauvaises). Les trois autres sont sortis guéris. L'un d'eux seulement a conservé irréductible une portion très-ancienne de la hernie crurale, mais rendue parfaitement indolente, et contenue par un bandage à pelote légèrement concave. L'application de la glace aidée de la compression, suivant le procédé de M. Baudens, m'a paru manifestement utile dans l'un de ces cas.

Sans entrer dans le détail des observations des autres cas d'amputations, des phlegmons, plaies, ulcères que j'ai énumérées en commençant, je dirai en peu de mots que tous sont sortis guéris; qu'un homme et une femme, entrés avec une main menaçant gravement la nécessité de l'amputation de l'avant-bras, ont pu la conserver l'un et l'autre et s'en servir ensuite presque parfaitement, grâce à de profonds et larges débridements de l'aponévrose palmaire et du ligament annulaire; que cette année, comme depuis vingt ans, nous avons pu apprécier que la conversion en plaies simples et saignantes des plaies et ulcères atoniques, scrofuleux, des décollements de la peau, si vastes qu'ils soient, étaient, même depuis l'invention de l'iode et de l'huile de foie de morue, quoique souvent expérimenté par nous, le meilleur sans contredit de tous les anti-scrofuleux.

Disons enfin, pour terminer, que, sur nos 194 blessés, nous avons eu trois cas de mort autres que les quatre dont nous avons parlé ci-dessus : 1° brûlure grave ; 2° abcès multiples... marasme ; 3° phlegmon à la cuisse, leucophlegmasie ; ce qui élève à 7 le nombre de nos cas mortels, c'est-à-dire à 1 sur 29 malades (car je crois pouvoir ne pas faire entrer en ligne de compte trois autres décès fournis par trois de nos vieillards infirmes et incurables, qu'on transféra dans nos salles, l'un pour y vivre trois jours, et les deux autres chacun un jour).

Cet heureux résultat me semble surtout devoir être attribué aux soins éclairés de l'administration et à l'excellente hygiène qui règne dans la maison et dans nos salles.

NOTE SUR UN CAS DE GALACTORRHÉE.

Par M. le docteur Guéneau de Mussy.

On a donné le nom de galactorrhée à ces cas exceptionnels de flux laiteux observés chez les enfants des deux sexes, chez des hommes, chez des jeunes filles impubères, des femmes avancées en âge et longtemps après la ménopause. Pierre Frank, se plaçant à un point de vue exclusivement médical, désigne ainsi tout flux laiteux capable d'épuiser les forces, quelle que soit son abondance.

M. Guéneau de Mussy (Noël), à l'occasion d'un fait de cette espèce qu'il a été à même d'observer, vient de publier dans les *Archives de médecine* une note dont nous allons donner un résumé succinct.

M. Guéneau de Mussy veut que l'on réserve le nom de galactorrhée à une sécrétion *anomale* du lait, entraînant par son abondance des désordres dans la santé. C'est ce double caractère d'anomalie dans la sécrétion et d'altération consécutive de l'organisme qui constitue la maladie, qui, ainsi limitée, est fort rare. C'est la rareté de cette affection qui l'a déterminé à publier le fait qu'il a observé, et que voici :

Une femme de vingt ans, d'une bonne santé jusqu'à sa première grossesse, devint enceinte et accoucha heureusement à terme. La fièvre de lait s'accompagna d'un gonflement énorme des seins, et la sécrétion du lait fut si abondante les premiers jours que cette femme donna à teter aux enfants du voisinage, son nourrisson ne pouvant suffire à l'épuiser. Bientôt le lait s'écoula continuellement sans succion ; le sein devint le siége de douleurs et de plusieurs abcès successifs ; mais, après de vives souffrances, ces accidents se dissipèrent assez rapidement ; la glande s'affaissa et la sécrétion se tarit. Cependant la mamelle droite continua à se développer outre mesure, et, quoique la malade eût cessé d'allaiter, son lait continua de couler sans interruption, de telle sorte qu'elle en perdait jusqu'à sept litres par jour.

Plusieurs médications furent inutilement mises en usage pour combattre cette affection : purgatifs, diurétiques, bains, etc. Depuis plusieurs mois, la malade dépérissait et allait chaque jour s'affaiblissant, lorsqu'elle fut présentée à M. Guéneau de Mussy aux Eaux-Bonnes par M. le docteur Tarras.

Cette femme était alors d'une maigreur extrême, excessivement pâle; sa peau était d'un blanc mat, sèche, complétement décolorée, ainsi que les muqueuses labiales et gingivales. Elle tenait suspendu dans un sac de toile goudronnée son sein droit, très-volumineux, qui descendait au niveau de la dernière fausse côte, et baignait dans le liquide qui s'écoulait de divers points de sa périphérie. Le mamelon, très-aplati, présentait à son centre une dépression assez profonde, où l'on apercevait trois orifices donnant issue à un lait blanc et épais.

L'aréole, considérablement agrandie, était d'un rouge très-vif; la partie inférieure de la mamelle en contact avec la paroi thoracique était rouge, et la peau était érodée en deux endroits, d'où s'écoulait un liquide semblable à du petit lait. La glande mammaire était dure, bosselée, douloureuse à la pression. Mouvements fébriles tous les jours; soif vive; il s'écoulait encore tous les jours quatre litres de lait; urines un peu plus abondantes que de coutume, donnant, quand on les chauffe avec la potasse, une coloration foncée qui semble accuser la présence d'un peu de sucre.

Toux sèche, peu fréquente, sans expectoration. A l'auscultation, on constate un peu de rudesse du bruit respiratoire. Voici ce qui fut prescrit :

Chaque jour, pendant les repas, un demi-litre de décoction de queues de cerises, additionnée de 6 grammes de bicarbonate de soude; deux fois par jour, une des pilules :

Proto-iodure de fer.	} ãã 2 grammes
Limaille de fer porphyrisée. . . .	
Miel.	S. Q.

Pour vingt pilules.

Tous les matins, une friction sur le corps avec une brosse de crin. Appliquer sur le sein des compresses imbibées d'eau blanche, et le comprimer légèrement avec une bande de toile.

Le soir, en se couchant, 0,30 de poudre de Dower.

Douze bains sulfureux.

Ces conseils furent suivis avec exactitude, et au bout d'un mois M. Guéneau de Mussy apprit que la malade était complétement guérie. Le sein avait repris son volume normal; la sécrétion du lait était tarie, et cette jeune femme avait recouvré la plénitude de sa santé.

A l'occasion de ce fait curieux, M. Guéneau de Mussy rappelle les cas fort rares consignés dans les auteurs, où l'on a observé cette exagération de la sécrétion lactée. Nous renvoyons pour ces faits au travail original. Un des plus remarquables est dû à M. Pétrequin (de Lyon).

Chez la malade qui en fait le sujet, la guérison fut obtenue au moyen d'applications stupéfiantes et narcotiques sur le sein, qui était plusieurs fois par jour recouvert d'huile de morphine, tandis que l'opium était donné à l'intérieur à la dose de 0,10 par jour.

M. Pétrequin compare la sécrétion anomale du lait dans ce cas à la sécrétion salivaire, qui augmente quelquefois d'abondance pendant la grossesse.

Pierre Frank, qui a consacré un chapitre spécial à la galactorrhée, conseille dans les cas de ce genre les topiques résolutifs appliqués à une distance éloignée des repas et après que le sein a été dégagé; des pédiluves tièdes souvent répétés. Il veut de plus qu'on excite les autres sécrétions, surtout celles des reins et de la peau, en administrant des infusions de sureau et de sauge. Il prescrit des sels neutres à doses modérées; plus tard le quinquina, les martiaux, un régime substantiel, et proscrit les saignées.

Boërhaave a comparé la galactorrhée au diabète sucré. Il existe entre ces deux maladies une radicale différence. Dans l'une, la sécrétion du sucre est un phénomène morbide qui se rattache à des troubles profonds de l'organisme, tandis que l'autre n'est que l'exagération d'une sécrétion normale, et n'exerce pas toujours sur la santé une influence très-fâcheuse.

Quelle que soit la condition de sa production, ce flux, une fois établi, amène une altération profonde de l'économie, se traduit par l'amaigrissement et la décoloration des tissus, en un mot par l'épuisement. C'est pour parer à tous ces accidents que M. Guéneau de Mussy a cherché d'abord à tarir le flux qui épuisait la malade, s'efforçant en outre d'atteindre l'état de l'organisme qui entretenait cette sécrétion immodérée, et d'imprimer aux forces nutritives une meilleure direction.

Pour relever l'activité des forces digestives, les ramener à leur type normal, il a prescrit avec un régime analeptique une solution de sel de Vichy et des pilules de proto-iodure de fer. Les alcalins ont été plusieurs fois employés avec succès dans le diabète, et, sans accepter les explications chimiques qu'on donne de leurs effets, il semble à M. Guéneau de Mussy incontestable qu'ils favorisent dans beaucoup de cas les fonctions de nutrition et d'hématose. Le fer agit dans le même sens, et dans son composé iodique l'auteur trouvait l'avantage de lui ajouter une substance dont on a constaté l'action atrophiante sur le système glanduleux.

Pour exciter l'action des autres émonctoires et tâcher d'y produire une dérivation utile, après avoir sollicité l'action du rein par les diurétiques, il a conseillé des bains minéraux, des frictions avec une brosse de crin, moyen énergique dont l'action ne lui semble pas bornée au tissu cutané, mais lui a paru, par l'intermédiaire des nerfs périphériques, retentir jusqu'aux centres nerveux.

Enfin il a fait sur la glande elle-même des applications résolutives aidées d'une compression légère, telle que pouvait le permettre l'extrême sensibilité dont cet organe était le siége pour diminuer son volume et modérer l'afflux du sang.

Quelle part chacun de ces moyens a-t-il eue dans la guérison? M. Guéneau de Mussy avoue ne pas le savoir; mais il a souvent remarqué que, là où un seul moyen échouait, plusieurs employés simultanément réussissaient, et il faut toucher l'organisme par plusieurs côtés pour le ramener à ses conditions d'équilibre.

DES EAUX DE POUGUES

et de leurs propriétés médicinales.

Il est des médecins, et malheureusement en trop grand nombre, qui ne veulent pas croire aux eaux minérales. A notre avis, ils ont tort; et nous pensons que ce peu de confiance tient moins à une conviction basée sur l'expérience et sur l'observation des faits qu'à une opinion préconçue, et, il faut bien le dire, à une ignorance absolue des propriétés réelles que possèdent ces merveilleux agents thérapeutiques.

Et cependant, combien ne serait-il pas utile d'étudier sérieusement la composition chimique, les propriétés médicamenteuses de ces eaux, qui offrent si souvent de précieuses ressources contre des affections souvent rebelles aux traitements les plus rationnels.

Parmi les sources les plus importantes, les plus énergiques du centre de la France, il faut placer en première ligne celles de Pougues, qui jaillissent au pied des montagnes du Nivernais, dans la vallée de la Loire. Excessivement chargées d'acide carbonique, qui leur donne une saveur aigrelette assez agréable, froides, limpides, les eaux de Pougues contiennent principalement des carbonates de chaux, de magnésie et de fer. Peu de jours après leur administration, les urines deviennent alcalines, comme après l'usage des eaux chargées de sels de soude ou de potasse; mais on n'observe jamais, chez les malades qui s'y soumettent, l'action débilitante, l'état chloro-anémique résultat d'une exagération de la fluidité du sang que provoquent ces dernières. Ici les effets de l'alcalinité se trouvent largement compensés par la présence du fer, qui en fait une des plus puissantes ressources contre certaines affections nerveuses de l'estomac et contre les états généraux qui en dépendent. Il est d'observation que les personnes auxquelles la plus petite quantité de fer cause des douleurs gastralgiques insupportables, prennent cette substance sans le moindre inconvénient dans les eaux naturelles de Pougues.

Légèrement stimulantes chez l'homme en santé, elles facilitent et favorisent l'action du ventricule, et triomphent dans bien des cas de ces dyspepsies opiniâtres qui simulent les affections organiques les plus graves de l'estomac, font disparaître les éructations, les aigreurs, les douleurs d'estomac et les phénomènes bilieux. Les annexes de l'organe principal de la nutrition, ainsi que certains autres appareils sécréteurs, sont énergiquement modifiés par elles. C'est ainsi que les engorgements du foie, les affections calculeuses de cet organe sont modifiés par les eaux de Pougues prises pendant quelque temps, et l'on a vu, dans des cas assez fréquents, les malades rendre par les selles des calculs biliaires.

C'est principalement contre la gravelle, contre les maladies calculeuses des reins qu'elles jouissent d'une véritable spécificité. Comme elles contiennent trop peu de sels pour dissoudre les concrétions déjà formées, leur action s'exerce particulièrement sur les fonctions de l'organe sécréteur de l'urine, auquel elles communiquent un surcroît d'activité qui a pour résultat la sortie et l'expulsion des dépôts calculeux. Les affections catarrhales de la vessie simples, c'est-à-dire qui ne sont pas liées à l'excrétion des graviers, sont modifiées avantageusement par les eaux de Pougues, qui les font momentanément repasser à l'état subaigu, à la cessation duquel succède généralement un mieux rapide.

Sans vouloir ici les présenter comme une panacée universelle, nous dirons encore que la goutte, le catarrhe utérin, les granulations du col sont avantageusement influencées par les eaux de Pougues, de même qu'un grand nombre de maladies dépendant du lymphatisme exagéré, et que, dans ces derniers temps, l'habile inspecteur de ces eaux, M. De Crozant, les a appliquées avec succès à la cure de la scrofule chez les jeunes sujets. Des expériences faites avec le plus grand soin, de 1847 à 1849, sur quarante enfants de l'hospice de Nevers, ont mis ce dernier point en lumière d'une façon incontestable.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 juillet 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Poulet sur une épidémie de rougeole qui a régné en 1855 dans la commune de Planchon-les-Mines;

2° Un rapport de M. le docteur Jobert (de Guyonvelle) sur une épidémie de diphthérite qui a régné dans plusieurs communes du canton de la Ferté-sur-Amance (Haute-Marne);

3° Un mémoire de M. Valat (de Montpellier), correspondant de l'Académie, sur le goître endémique du hameau de Couard, commune d'Autun (Saône-et-Loire);

4° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en

1855 dans le département de la Côte-d'Or (commission des épidémies);

5° Trois rapports de MM. les docteurs Peyrecave, Nivet et F. Gerdy sur le service des eaux minérales de Barbotan (Gers), Royan (Puy-de-Dôme) et Uriage (Isère) pendant les années 1854 et 1855 (commission des eaux minérales);

6° Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de l'Ardèche, du Doubs, de la Haute-Garonne, de la Mayenne et de la Meuse. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

MM. Nélaton, Bonnafont et Morel-Lavallée prient l'Académie de les comprendre sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de pathologie externe.

— M. Gobley informe l'Académie qu'il se présente comme candidat à la place vacante dans la section de pharmacie.

— M. Camille Bernard (d'Apt) se présente comme candidat au titre de membre correspondant, et joint à sa lettre la liste de ses titres.

— M. Paul-Emile Chauffard (d'Avignon) demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre associé national.

— M. le docteur Poggioli adresse une rectification relative aux observations que, d'après M. le rapporteur (M. Piorry), il aurait recueillies dans le service de M. Larrey. C'est dans les services de MM. Lustreman, Marchal (de Calvi) et Mounier que les observations citées dans le rapport ont été recueillies.

M. Goubaux, professeur à Alfort, adresse un mémoire ayant pour titre : *Du sel marin et de la saumure.* (Commission déjà nommée pour le travail de M. Raynal.)

— M. Bouvier, à l'occasion de la correspondance, présente un mémoire de M. Faure *sur l'asphyxie.* (Nous avons analysé ce travail dans le dernier numéro.)

— M. Vrolik (d'Amsterdam) est présent à la séance.

— M. le président annonce le décès de M. Giraud-Saint-Romme, correspondant à Marseille.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, lit deux rapports :

1° Sur l'eau des trois sources de l'établissement thermal de Barbazan, eau sélénito-magnésienne sensiblement arsenicale et ferrugineuse.

Conclusions. — Il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter cette source au point de vue médical.

2° Sur l'eau d'une source découverte à Châteauneuf (Puy-de-Dôme), contenant du bicarbonate de soude, du carbonate de chaux, de magnésie, de fer associé à l'acide carbonique.

Conclusions. — Il n'y a aucune raison de refuser l'autorisation demandée. (Adopté.)

Imperforation de l'anus. — Procédé opératoire. — Viabilité. — M. Robert lit en son nom et au nom de MM. P. Dubois et Huguier, un rapport sur un travail communiqué à l'Académie par M. Leprestre, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen, et professeur de clinique externe à l'Ecole secondaire de la même ville.

Le 20 août 1853. on présenta à l'Hôtel-Dieu de Caen un enfant de deux jours atteint d'une imperforation complète de l'anus, et en proie à de graves accidents. Comme il n'existait aucune trace d'ouverture anale, que rien ne faisait soupçonner l'existence dans la région périnéale d'un intestin distendu par des matières, M. Leprestre, après avoir fait inutilement une incision dans cette région, recourut de suite à une ressource ultime, c'est-à-dire à l'établissement d'un anus contre nature. Il se décida contre la méthode de Littre. Il fit au-dessus de l'arcade fémorale, à gauche, une incision d'environ 2 centimètres, ouvrit le péritoine, ce qui détermina l'écoulement d'une quantité notable de sérosité citrine. L'ouverture fut agrandie, pendant que de la main gauche le chirurgien repoussait l'intestin, qui tendait à sortir; puis l'indicateur alla à la recherche de l'S iliaque. L'intestin découvert, on l'approcha de l'incision et on le maintint à l'aide d'un stylet recourbé en crochet. Une incision longitudinale faite à l'intestin livra issue à une grande quantité de méconium. Le stylet servit de conducteur à un fil ciré à l'aide duquel on maintint en place le canal divisé.

Immédiatement après l'opération, l'état général s'améliora notablement; les matières intestinales s'écoulèrent facilement.

Le troisième jour, on retira le fil.

Dans l'espace de sept mois, aucun accident sérieux n'eut lieu. Une fois on observa un renversement de la membrane muqueuse de l'intestin; mais cet accident céda à l'usage des lavements émollients. Les matières devinrent moulées et ne coulèrent pas continuellement.

A l'âge de quatorze mois, l'enfant succomba au choléra.

A l'autopsie, on trouva que le cul-de-sac rectal s'arrêtait à 35 millimètres du périnée, au-dessus du releveur de l'anus, dont les fibres se réunissaient complétement, et lui formaient comme une espèce de plancher. De la terminaison de l'intestin partait un cordon qui allait se perdre dans la peau du périnée. Toute la partie de l'intestin comprise entre l'ouverture artificielle et le cul-de-sac rectal était remplie de matières endurcies. C'était bien sur l'S iliaque du côlon qu'avait porté l'incision.

Telle est l'observation de M. Leprestre. Une circonstance en accroît l'intérêt. Dans une petite ville du Calvados, un enfant était venu au monde quelque temps auparavant avec une imperforation du rectum, et avait succombé faute de soins convenables. Sa mort avait donné lieu à un procès dont la base reposait sur une question de viabilité.

Cette question avait été controversée, et le tribunal de Vire avait jugé, contrairement à l'opinion de M. Leprestre, que le vice résultant d'une imperforation du rectum est exclusif de la viabilité. Ce fait ne dut pas être étranger à la détermination que prit M. Leprestre, et le succès justifia sa manière de voir.

L'observation communiquée à l'Académie soulève :

1° Une question de médecine opératoire;

2° Et incidemment une question médico-légale qui a déjà appelé l'attention de l'Académie.

M. Leprestre doit un succès de plus à la méthode de Littre; mais ce succès est-il de nature à atténuer les objections qui pèsent sur cette méthode, à démontrer qu'elle doit être préférée à toute autre méthode d'entérotomie? Telle n'est pas la pensée du rapporteur. La lésion inévitable du péritoine constitue un danger des plus graves pour l'opération de Littre, et quoi qu'on en ait dit, la péritonite n'est ni moins fréquente, ni moins funeste chez l'enfant nouveau-né qu'aux autres époques de la vie. C'est ce qui résulte des observations de Billiard, des recherches de M. Bouchut, de l'excellent travail de M. Thore.

Parmi les causes de la péritonite, M. Thore signale les vices de conformation, qui peuvent être un obstacle au cours des matières, et dans toutes les opérations d'anus artificiel que j'ai faites ou vu faire, dit M. Robert, suivant la méthode de Littre, j'ai constaté qu'à l'ouverture du péritoine il s'échappe une certaine quantité de sérosité, témoignage irrécusable de l'hyperémie dont cette membrane est déjà le siége. Le contact de l'air, les manipulations réitérées doivent être dans ces conditions des causes puissantes d'inflammation. On peut encore faire à la méthode de Littre d'autres objections : si l'incision des parois abdominales, premier temps de l'opération, est simple et facile, il n'en est plus de même du deuxième temps, qui consiste à amener au dehors l'S iliaque du côlon. L'intestin grêle pendant cette manœuvre se précipite à l'extérieur, et il devient souvent très-difficile de le refouler. Dans un cas de ce genre, M. Robert s'est même vu dans la nécessité de fixer une anse d'intestin grêle pour ne pas prolonger indéfiniment l'opération. D'autres difficultés proviennent de la position anormale du gros intestin. En effet, à cause de la longueur considérable de cette portion du canal digestif, l'S iliaque du fœtus et du nouveau-né décrit une longue circonvolution, qui commence dans la fosse iliaque gauche et même plus haut, se dirige transversalement jusque dans la fosse iliaque droite, de là se replie de nouveau pour plonger de droite à gauche dans l'excavation pelvienne.

Ce fait, dont l'observation est due à M. Huguier, fait concevoir comment des chirurgiens habiles, ne pouvant trouver le côlon, ont été conduits à abandonner la recherche de cet intestin et à fixer dans la plaie une anse de l'iléon. Tous ces tâtonnements ajoutent encore aux chances de péritonite.

L'entérotomie lombaire, dite de Callisen, doit-elle être relevée de la défaveur où elle est encore aujourd'hui, et même y a-t-il lieu de la préférer à sa rivale? La méthode de Callisen, perfectionnée par M. Amussat, repose sur la possibilité d'ouvrir le côlon lombaire gauche sans pénétrer dans le péritoine. Elle est plus difficile que celle de Littre à cause de l'épaisseur plus grande des parties à diviser. De plus, en suivant le procédé généralement décrit, on n'est pas toujours certain d'éviter la blessure du péritoine ou de mettre à découvert le gros intestin sans de longs et périlleux tâtonnements. En effet, le côlon peut varier de position, et il n'affecte pas toujours les mêmes rapports avec sa tunique séreuse :

1° Il peut se diriger en dedans, passer au-devant du rein; il devient alors presque impossible de ne pas blesser le péritoine. C'est la même anomalie qui expose à saisir l'intestin grêle, comme M. Gosselin l'a observé deux fois dans l'expérimentation sur le cadavre.

2° Le péritoine derrière le côlon s'adosse quelquefois à lui-même, et forme un petit méso-côlon dont il est facile de décoller les feuillets. D'après mes recherches, cette disposition serait assez rare chez l'enfant nouveau-né.

En présence de ces faits, je conçois l'hésitation des praticiens qui, entre deux voies semées d'écueils, continuent à suivre celle dont ils ont le plus l'habitude. J'ai fait quelques recherches anatomiques sur les cadavres d'enfants mort-nés ou ayant succombé deux ou trois jours après la naissance, avant que le méconium n'ait été évacué. Cette réserve m'a paru nécessaire, parce que j'ai observé que le volume, la longueur et la position du gros intestin se modifient très-rapidement après la naissance. Or il m'a été donné d'observer deux faits importants : d'une part, c'est que le côlon descendant est d'autant moins enveloppé par le péritoine qu'on l'examine plus près de la base de la poitrine, et plus près du coude que forme l'arc du côlon pour devenir côlon descendant; d'une autre part, c'est que dans les cas de déviation le côlon descendant conserve sa position normale en haut. Il en résulte que, pour éviter la lésion du péritoine, l'ouverture de l'intestin devra être faite très-près du rebord des fausses côtes et non pas au milieu de l'espace compris entre la base de la poitrine et la crête iliaque. L'incision étant faite au lieu que j'indique, on aperçoit une portion de la face postérieure du rein, et immédiatement en dehors l'intestin distendu par le méconium.

La méthode de Littre est seule applicable à un vice de conformation dont M. Depaul a montré deux exemples à l'Académie, à l'oblitération de l'extrémité inférieure de l'intestin grêle. Dans les cas de cette espèce, il faut chercher l'iléon à travers la région de l'aine et l'ouvrir. M. Depaul est arrivé à reconnaître l'existence de cette anomalie à l'aide des signes suivants : conformation normale de l'anus et du rectum; possibilité d'administrer des lavements qui entraînent une petite quantité de mucus; possibilité d'introduire assez facilement dans le rectum une sonde de gomme élastique; vomissements précoces, matières vomies promptement colorées par le méconium; gonflement peu considérable du ventre.

En commençant notre rapport, nous avons annoncé que ce fait soulevait une question médico-légale importante, celle de la viabilité dans les vices de conformation. Nous ajouterons que dans un procès en appel devant la cour de Rennes, où il s'agissait de graves intérêts de succession, il n'a pas été étranger à une transaction entre les parties. Les faits de ce genre ont été trop rarement observés pour avoir pu fixer l'attention des jurisconsultes, et les recueils des arrêts de la Cour de cassation ne contiennent rien qui s'y rapporte. Les médecins légistes ne les ont pas tous interprétés de la même manière.

Les articles 725 et 906 du *Code Napoléon* disent que pour succéder ou jouir du bénéfice d'un testament ou d'une donation, l'enfant doit être né viable. Or, la viabilité n'est pas définie par la loi. La science traduit viabilité par aptitude à parcourir les phases diverses de la vie.

La question de viabilité ne saurait être posée tant qu'un enfant est vivant, car il y a toujours alors présomption de viabilité. Si l'on remédie par une opération quelconque à un vice de conformation dont il est affecté et qu'on réussisse, la viabilité lui est définitivement acquise. Ce n'est donc que quand l'enfant a succombé que cette question doit être posée. Or, les vices de conformation peuvent se présenter sous deux conditions différentes :

1° Tantôt la science possède des moyens faciles, certains, exempts de danger, capables de les traiter ou de les guérir; telles sont les imperforations du prépuce, du méat urinaire, de l'anus, etc.

2° Tantôt les ressources de l'art sont incertaines, c'est-à-dire que le praticien n'est pas toujours sûr de réussir, parce que l'opération offre des dangers ou que les procédés opératoires ne présentent pas le même degré de certitude que dans le premier cas. Telle est l'absence d'une plus ou moins grande partie du rectum.

Dans cette double hypothèse, trois cas peuvent se présenter :

1° L'enfant meurt sans avoir été opéré, soit par incurie des parents, soit par absence ou timidité des hommes de l'art.

2° L'enfant a succombé après l'opération, soit à des accidents inhérents à l'opération elle-même, soit à des complications qu'il est impossible de prévoir, et qui d'ailleurs sont communes à tous les actes de la chirurgie; soit enfin à ce que l'opération n'a pas été pratiquée en temps utile.

3° L'enfant succombe avant l'opération à des causes étrangères au vice de conformation dont il est affecté; tels seraient un accident, une maladie intercurrente, etc.

Deux solutions opposées se trouvent en présence pour chacun de ces cas nombreux et variés :

1° Une opinion partagée par quelques jurisconsultes est la suivante: doit être seulement déclaré non viable l'enfant qui porte en lui une impossibilité de vie absolue, irrémédiable. Mais si par une opération quelconque on peut y remédier, alors même que celle-ci offrirait un grand danger, l'enfant doit être déclaré viable.

2° Une opinion opposée a été soutenue par M. Devergie. Il faut, dit-il, juger les vices de conformation tels qu'ils se montrent, et se demander s'ils étaient de nature à entraîner la mort dans l'hypothèse où ils auraient été abandonnés à eux-mêmes. Partant de ce fait, qu'il y a présomption de viabilité toutes les fois qu'il y a vie, il dit que si, à l'aide des secours de l'art, un enfant a été soustrait à des chances certaines de mort, cet enfant qui, en l'absence de ces secours, aurait succombé, doit être déclaré viable.

Mais il n'en doit plus être de même lorsque l'art a été impuissant à remédier aux vices de conformation; alors le fait doit être jugé, non pas en raison des chances possibles des secours médicaux ou chirurgicaux, parce que tout est problématique dans leurs applications et leurs résultats, mais bien en raison du vice de conformation considéré en lui-même.

Ainsi, selon M. Devergie, en ne jugeant que d'après l'altération telle qu'elle se montre à la naissance et d'après les résultats qu'elle doit forcément amener quand elle est abandonnée à elle-même, en laissant aux enfants que le hasard ou les conditions sociales entourent de soins éclairés les éventualités et le bénéfice de ces circonstances, on pose des doctrines à la fois justes et précises.

Entre ces deux opinions, nous n'hésitons pas à adopter la première. En effet, si l'on subordonnait la question de viabilité aux conditions sociales de l'enfant, aux éventualités des suites des opérations, etc., on arriverait à des conséquences opposées à toute idée de justice. C'est ainsi qu'un enfant né dans l'aisance, à même de recevoir des soins médicaux éclairés, venant au monde avec une imperforation de l'anus, que l'art peut immédiatement guérir avec un simple coup de lancette, sera viable parce qu'il sera secouru; tandis que s'il fût né dans des conditions sociales opposées, il ne serait pas viable. Evidemment il nous serait impossible de déclarer devant les magistrats qu'un vice de conformation si léger, et auquel il est si facile de porter remède, puisse exclure la viabilité.

Ce fait étant admis, nous arrivons aux cas les plus complexes et les plus graves que la chirurgie soit appelée à traiter, tels que l'absence de l'extrémité du rectum ou celle du même intestin dans la plus grande partie de son étendue. Or, dans ces cas, la méthode de Littre, cell de Callisen modifiée par Amussat, ont déjà produit assez de succès pour que le praticien soit toujours autorisé à faire ces opérations et soit même blâmable de ne pas les tenter. Nous leur appliquerons donc les mêmes raisonnements qu'aux précédents, et nous dirons que le bénéfice de la viabilité nous semble devoir leur être acquis. Mais il n'en est plus de même lorsque l'altération est au-dessus des ressources de l'art, soit parce que celui-ci n'a pas encore trouvé de moyen d'y remédier, soit parce que les procédés employés jusqu'à ce jour n'ont fourni que des résultats négatifs.

Pour nous résumer, nous dirons donc :

1° Que l'on ne doit pas faire dépendre la viabilité de circonstances éventuelles, telles que la position sociale de l'enfant, la présence des hommes de l'art, etc.

2° Que la viabilité doit être subordonnée seulement à l'état de la science et aux progrès de l'art de guérir.

3° Qu'il faut admettre que tout enfant né avec un vice de conformation de nature à entraîner nécessairement la mort, s'il est abandonné à lui-même, doit être considéré comme viable quand cette lésion peut être traitée et guérie, même en supposant que les opérations destinées à remplir ce but puissent être suivies d'accidents graves ou même de la mort.

En terminant, nous proposerons d'adresser à M. Leprestre des remercîments pour son intéressante communication; d'appeler sur ce chirurgien l'attention de la commission chargée des candidatures aux places vacantes de membres correspondants.

— Une courte discussion s'engage après la lecture de ce rapport. MM. Velpeau, Larrey et Depaul présentent quelques réflexions sous le point de vue opératoire, et MM. Trousseau, Adelon et Laugier discutent la question médico-légale. Après cette courte discussion, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

LECTURE.

M. O. Réveil présente un mémoire intitulé *Recherches sur l'opium*, et en lit un résumé. (Commissaires : MM. Caventou, Trousseau et Chevallier.)

PRÉSENTATION.

M. Baillarger présente un enfant microcéphale de onze à douze ans. Il annonce qu'il lira une note sur ce sujet dans la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 88. — SAMEDI 26 JUILLET 1856. (29e ANNÉE.) N° 88. — SAMEDI 26 JUILLET 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Méthode de traitement de la fièvre typhoïde appliquée à l'hôpital du Gros-Caillou.

Nous avons annoncé dans notre numéro du 19 juin dernier que nous aurions à nous occuper, à l'occasion des discussions qui ont été soulevées par le typhus de l'armée d'Orient et des nombreuses communications dont cette épidémie a été l'objet, de quelques idées sur la fièvre typhoïde et sur le typhus qui sont professées depuis plusieurs années et journellement appliquées dans le premier service médical de l'un de nos grands hôpitaux militaires, le Gros-Caillou. Nous savions déjà que M. Worms, médecin principal de cet hôpital, avait sur les affections dont il s'agit des idées à lui et une méthode de traitement dont plusieurs fois les bons effets nous avaient été signalés. Dans une lettre qu'il nous a écrite récemment, cet honorable praticien nous faisait remarquer la conformité des opinions qu'il soutient depuis longtemps sur le typhus et la fièvre typhoïde avec celles qui ont été exprimées par l'un des membres de la Société médicale de Constantinople dans la partie de la discussion dont nous avons rendu compte. Désireux dès lors de mieux connaître les doctrines et la pratique de M. Worms sur ce point important de médecine pratique, nous nous sommes rendu au Gros-Caillou ; mais il n'y avait en ce moment que quelques convalescents de fièvre typhoïde.

Toutefois, notre visite n'a pas été entièrement perdue. M. Worms a bien voulu nous donner de vive voix quelques explications sur sa manière d'agir, et en même temps il nous a confié un exemplaire d'une thèse soutenue en 1852 par M. Guipon, médecin militaire longtemps attaché à son service, et où ses idées théoriques sur sa fièvre typhoïde et sa méthode de traitement sont longuement développées. Aidé de cette double source de renseignements, nous avons cru faire une chose utile pour nos lecteurs en résumant ici les motifs et les règles de la pratique de M. Worms.

Pour M. Worms, l'affection typhoïde est une maladie exanthématique, c'est-à-dire une maladie consistant en une altération du sang produite soit par une cause interne (émotions morales, chagrins longs et concentrés, changement de climat, etc.), soit par cause externe, c'est-à-dire pénétration dans l'économie d'un principe toxique quelconque (effluves animaux ou végétaux). Dans le premier cas, on aura affaire à une fièvre typhoïde proprement dite ; dans l'autre, au typhus.

C'est ici le cas précisément de nous arrêter quelques instants sur la question des analogies et des différences nosologiques du typhus et de la fièvre typhoïde, d'autant plus que les idées développées dans cette thèse, et que M. Worms nous a dit depuis être l'expression exacte de son opinion, ont été raffermies dans son esprit par les observations comparatives qu'il a eu récemment l'occasion de faire.

Quoique ces affections offrent de grands points d'analogie, leur différence n'en est pas moins réelle et sensible, d'après M. Worms. Elle est basée sur le mode et le résultat de l'action même de ces deux ordres de causes, interne et externe. Dans le typhus, le principe morbide externe est reçu dans un organisme sain ou à peu près, et la lutte reçoit son caractère du degré de puissance de l'organisme ou du poison ; mais cette lutte se renferme dans un cercle déterminé ; elle se manifeste par un exanthème, et il y a peu ou point de produits pathologiques nouveaux.

La fièvre typhoïde, au contraire, est le résultat et l'expression d'une altération préexistante du sang, par l'action prolongée d'une des causes hygiéniques générales, et dont elle est la crise. Elle se manifeste quand cette altération progressive du sang est arrivée à un degré incompatible avec la conservation de l'économie dans cet état. Cette crise se caractérise par l'émission, à la surface ou à l'intérieur des organes, de produits perceptibles à l'œil, et dont la présence et la nature sont l'occasion de maladies souvent aussi graves que la maladie primitive. Ainsi le typhus, exprimant la lutte de l'économie encore intacte contre un principe septique, a une durée beaucoup plus courte, un cercle beaucoup mieux déterminé et un traitement plus simple, plus facile, tandis que la fièvre typhoïde est beaucoup plus irrégulière dans sa durée et dans ses phénomènes, et demande une distinction marquée dans le traitement de la double maladie qu'elle comporte, à savoir : l'altération des liquides et les altérations organiques qui sont le résultat du dépôt et des altérations mêmes de la matière typhoïde.

En résumé, la fièvre typhoïde, suivant M. Worms, n'est que l'expression d'un état d'altération du sang, survenu insensiblement et arrivé à un degré incompatible avec la conservation de la vie ; il se fait alors dans le liquide une fermentation, dont l'expression est la fièvre, et dont la fin est la rénovation du sang ou sa dissolution. C'est à gouverner les phases et la marche de cette fermentation que consiste, à ses yeux, la tâche du médecin ; c'est sur l'état du pouls et celui de la peau que doit se fixer presque exclusivement son attention. Tout le but à atteindre, dans le traitement, est, d'une part, de donner et de conserver à la fermentation un caractère modéré et salutaire, et de tenir prête et ouverte la voie destinée à l'élimination des produits et du principe hostile ; ou, en d'autres termes, de maintenir la réaction dans ses limites naturelles, quand elle est modérée, à la modérer quand elle est trop vive et tumultueuse, à venir à son secours et à l'exciter quand elle est nulle et insuffisante.

Quand ces deux derniers cas se présentent, la peau est fermée à toute crise, et c'est dans les moyens qui tendent à modifier ces deux états qu'on trouve aussi le moyen d'amener la peau à une température et à une disposition favorable à la crise et au développement exanthématique. Ce résultat, M. Worms cherche à l'obtenir, non point violemment, mais en le préparant et l'amenant insensiblement.

Les moyens employés dans ce but sont, avec le repos complet, l'administration de boissons chaudes, très-légèrement aromatiques, et, selon les cas, l'emploi du nitrate de potasse ou de l'oxyde blanc d'antimoine associé au camphre ; quelquefois, suivant l'état de la peau, des lotions sur toute l'étendue de la surface cutanée, avec un mélange d'alcool camphré et de vinaigre chauds. Le sel de nitre est employé de préférence dans les réactions tumultueuses franchement inflammatoires ; mais il fait place à l'antimoine dès que la réaction a perdu sa violence. Dans les réactions médiocres, ou complétement opposées aux précédentes, c'est le tour de l'administration du vin, de l'infusion d'arnica, des acides chlorhydrique et sulfurique, du camphre, des lotions avec le vinaigre et l'alcool camphré chauds.

Quant aux moyens de préparer et de maintenir un état favorable de la réaction, le premier consiste, au début de la maladie, à administrer le tartre stibié à doses vomitives, pour débarrasser la muqueuse digestive de l'enduit dont elle est toujours revêtue, et disposer la peau à la transpiration insensible. Le second consiste dans l'emploi du sel de quinine continué jusqu'à cessation de tout mouvement fébrile. Mais les doses du sel doivent être données en raison inverse de la gravité de la maladie : au début et dans les réactions bien franches et véhémentes, à raison de 1 à 2 grammes en vingt-quatre heures ; à une époque plus avancée, et en présence d'un état typhoïde développé, au plus à 1 gramme en trois ou quatre prises, avec addition de camphre.

La raison de l'emploi du sulfate de quinine d'une manière persistante existe pour M. Worms dans la négation absolue de la fièvre continue proprement dite. Il ne voit dans celles qu'on appelle ainsi qu'une chaîne d'accès, et cette opinion est corroborée par l'examen attentif de la manière dont le plus souvent commencent et finissent les fièvres typhoïdes abandonnées à elles-mêmes : au début, frisson, mais le plus souvent céphalalgie vive, nausées, accablement ; rémission plus ou moins prononcée, jusqu'à simuler parfois une fièvre intermittente franche à type régulier ; puis sensibilité au froid simplement, céphalalgie plus opiniâtre, etc. Le tout se présentant plusieurs fois dans la journée, et finissant par s'enchaîner et ne plus présenter qu'un ou deux mouvements exacerbants, le plus fort et le plus ordinaire le soir, celui qui cause cette insomnie si fréquente et si accablante des typhiques.

Une proposition sur laquelle le médecin du Gros-Caillou se fonde encore pour donner le sulfate de quinine dans cette affection est la suivante : c'est que tout paroxysme, outre qu'il est un danger par lui-même dans le moment où il existe, entraîne par son apparition, et après qu'il a cessé, une aggravation des différentes congestions existantes, et un épuisement considérable des forces vitales. Le sulfate de quinine, prévenant l'accès paroxystique, détruit sa double influence fâcheuse sur le système nerveux et sur la constitution même des organes.

L'importance que M. Worms apporte, d'un côté à gouverner la fièvre, et de l'autre à tenir la peau ouverte, explique pourquoi il ne recourt jamais ni aux déplétions sanguines, ni aux purgatifs salins, ni à l'application de la glace ou de l'eau froide. De même, comme dans l'état de faiblesse il ne voit que le résultat de la modification du sang et de son appauvrissement par un principe ou des produits qu'il importe d'éliminer, il repousse également tout traitement tonique.

Voici quelle est, en général, la manière de procéder de M. Worms :

Maladie au début : céphalalgie, fièvre, pouls de 90 à 100 pulsations fortes, développé ; épistaxis, vertiges, constipation ou diarrhée légère ; peau chaude, sans aridité ; après s'être assuré que le malade a été à la selle, 10 centigrammes de tartre stibié, et quelques heures après le vomitif, une potion de 80 centigrammes de sulfate de quinine ; infusion de tilleul.

Réaction plus prononcée, abattement déjà marqué, plusieurs selles diarrhéiques, chaleur mordicante, soif vive, langue commençant à se sécher, céphalalgie très-violente ou délire dans la nuit ; pouls de 100 à 105, encore fort : deux potions de sulfate de quinine à 60 centigrammes, à six ou sept heures de distance l'une de l'autre ; deux potions de nitrate de potasse à 4 grammes chaque, camphrées à 5 centigrammes, prises par cuillerées d'heure en heure, le tout dans les vingt-quatre heures ; infusion de tilleul.

Le lendemain, si la langue est saburrale, s'il y a nausées, si le pouls est tombé, si la nuit a été calme, un vomitif et le sulfate de quinine.

Si le malade est parvenu au dixième ou douzième jour, s'il y a des accidents pectoraux, le sulfate de quinine est donné à doses plus petites et fractionnées ; on administre deux potions d'oxyde blanc d'antimoine, 4 grammes ; camphre, 5 centigrammes ; trois quarts de vin.

S'il y a engorgement pulmonaire prononcé, plus de fréquence et de faiblesse du pouls, on ajoute à la potion d'oxyde d'antimoine 5 centigrammes ou 1 décigramme de tartre stibié, mais en augmentant la dose du camphre et celle du vin. Si l'état indique une grande stupeur et en même temps une affection très-étendue des poumons, peau flasque, sans chaleur, pouls petit, hémorrhagies sous-cutanées, pétéchies, gangrènes, etc., limonade sulfurique et arnica, vin, potion avec camphre, oxyde blanc d'antimoine et tartre stibié, vésicatoire, lotions avec vinaigre et alcool camphrés.

Le vin simple ou alcoolisé est donc administré à hautes doses, si déjà le médecin n'en a prescrit l'usage dès le commencement de la maladie.

En présence des accidents secondaires déterminés, d'après la théorie de M. Worms, par l'apparition à la surface des organes des produits de l'altération du sang, voici comment il se comporte :

Les diarrhées secondaires provoquées par la fonte de l'exanthème folliculeux, contre lesquelles échouent l'opium, le chlorure de fer, le camphre, l'acétate de plomb, la poudre de charbon, le nitrate d'argent, l'alun, etc., cèdent entre ses mains à des demi-lavements de lait avec 4 à 8 grammes de térébenthine répétés une, deux et trois fois dans les vingt-quatre heures. Si la diarrhée se complique de météorisme, infusion de valériane ou de camomille avec addition de camphre ; de plus, on fait des frictions sur le ventre avec la térébenthine et le camphre dissous dans l'alcool chaud.

Quant aux accidents cérébraux, M. Worms s'abstient de les traiter spécialement, considérant comme très-funestes en pareil cas les déplétions sanguines, qui les aggravent le plus souvent, suivant lui, ainsi que les applications froides sur la tête, qui peuvent contrarier la crise cutanée ; il prescrit également les dérivatifs et les vésicatoires, qui ne sont indiqués que quand la lenteur du pouls, la basse température de la peau caractérisent un état torpide.

La stase pulmonaire est l'objet d'une attention plus particulière. S'il ne s'agit que d'un simple engouement, le nitrate de potasse est remplacé par l'oxyde blanc d'antimoine en deux potions de 4 grammes, avec addition de 5 ou 10 centigrammes de camphre, qui sont prises par cuillerées à bouche d'heure en heure. Si l'engouement pulmonaire passe à l'hépatisation, boissons chaudes aromatiques, infusions d'arnica, oxyde blanc d'antimoine camphré avec addition d'une faible dose de tartre stibié (de 1 à 2 décigrammes avec 3 décigrammes de camphre) ; larges vésicatoires sur la poitrine, sur le côté affecté, mais seulement quand le pouls commence à perdre de sa fréquence.

Enfin, contre les gangrènes produites par le décubitus, M. Worms prescrit l'application de la pommade de tannate de plomb sans axonge, avec addition de térébenthine, quand l'eschare commence à se détacher.

Tel est l'ensemble de moyens qui constitue la méthode de trai-

tement de la fièvre typhoïde de M. Worms. Il est évident que ces préceptes sont susceptibles de nombreuses modifications selon les cas particuliers auxquels on les applique, et que le tact et l'expérience du praticien peuvent seuls diriger. Le caractère principal de cette méthode est, comme on a déjà dû le voir, de diriger le traitement avec une grande énergie dès le début de la maladie, au moment où la réaction fébrile et l'éréthisme sont le plus intenses, en prévision des modifications ultérieures et de l'éventualité de la période typhoïde proprement dite. Ainsi, avec une fièvre ardente, une langue rouge et sèche, peau brûlante, soif vive, céphalalgie intense ou délire, le sulfate de quinine est administré immédiatement à doses plus élevées qu'à toute autre époque de la maladie.

Un second caractère de cette méthode est l'indication de l'emploi des acides et le moment de cette indication. On en évite avec le plus grand soin l'usage pendant la période véhémente de la maladie. Deux conditions principales en fixent l'emploi : la tendance hémorrhagique, avec dissolution du sang, se manifestant soit par des pétéchies, des vibices, des stries, avec coïncidence de chaleur mordicante de la peau, grande exaltation et faiblesse du pouls, ou prostration extrême du système nerveux, avec flaccidité, abaissement de température de la peau, ou ralentissement marqué et affaiblissement de la circulation.

Enfin, voici en quels termes M. Guipon apprécie dans sa thèse les résultats généraux de la méthode :

« A l'aide de cette méthode, il arrive très-souvent (quinze fois sur vingt, d'après M. Worms) d'enrayer la maladie et de l'amener à son terme dans l'espace de cinq à huit jours. Quand on ne réussit pas à la couper ou qu'elle arrive toute développée, on la voit marcher promptement, sans orages, vers une convalescence franche. La maladie dure ordinairement, dans ce cas, une quinzaine de jours..... » Marche plus simple de l'affection primitive, fréquence moins grande d'accidents secondaires, sûreté de pronostic plus grande ; guérison plus fréquente, plus complète, plus rapide ; convalescence moins longue : tels sont d'une manière générale les avantages attribués à cette méthode, et qui ressortent effectivement des observations rapportées par M. Guipon.

Nous nous sommes exclusivement attaché, dans cet article, à exposer le plus fidèlement possible la méthode de traitement de la fièvre typhoïde appliquée à l'hôpital du Gros-Caillou. Nous ne nous sommes pas dissimulé, en traçant cet exposé, que plus d'une fois l'esprit du lecteur serait arrêté par des idées dont les unes paraîtront discutables, d'autres difficiles à bien saisir, peut-être parce qu'elles s'écartent des idées généralement reçues ou qu'elles sont exprimées dans un langage qui n'a pas toujours la précision et le sens du langage scolastique actuel. Quoi qu'il en soit, et bien que ce soit d'après des vues théoriques que M. Worms a institué sa méthode thérapeutique, le point important ici serait moins d'examiner la théorie que de constater les résultats de la méthode, sauf à discuter après. C'est une œuvre longue et difficile, mais que nous n'hésiterons pas à entreprendre quand s'en présentera une occasion favorable.

Ulcère chronique simple de l'estomac.—Perforation.—Mort.

Depuis que l'attention des médecins a été appelée sur l'ulcère chronique simple de l'estomac par les travaux récents de M. le professeur Cruveilhier sur ce sujet, tous les faits qui se présentent dans la pratique des hôpitaux, et dans lesquels l'autopsie a pu faire constater l'existence de cette lésion, en permettant de la rapprocher des symptômes constatés pendant le cours de la maladie, acquièrent un intérêt particulier. Nous avons rapporté il y a environ trois mois (voir le numéro du 12 avril dernier) un exemple remarquable d'ulcère chronique de l'estomac guéri spontanément, et dont on a pu constater les traces chez un sujet qui est venu succomber à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Rostan, à une autre affection. On ne lira pas avec moins d'intérêt le fait suivant, que M. le docteur Hérard, médecin à l'hôpital de Lariboisière, vient de communiquer récemment à la Société médicale des hôpitaux, et dans lequel on verra un exemple d'ulcère chronique simple de l'estomac ayant offert pendant la vie tous les symptômes qu'on rapporte habituellement au cancer de cet organe, et qui s'est terminé par la perforation des tuniques de l'estomac.

Une femme âgée de trente-quatre ans est entrée à l'hôpital Lariboisière le 13 mars 1856, accusant des troubles de l'estomac qui remontent à plus de douze ans. A cette époque, elle vomissait déjà de temps en temps. Jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital, elle n'a pas cessé de souffrir de l'estomac et de se plaindre de digestions laborieuses. Elle n'avait que de loin en loin un calme momentané de quinze à vingt-cinq jours, quelquefois même d'un mois, puis les accidents reparaissaient. Elle accusait habituellement une sensation de chaleur, de brûlure au creux de l'estomac et dans le dos. Ses digestions étaient douloureuses, accompagnées d'élancements et d'une sensation de gonflement épigastrique. Elle n'avait alors de soulagement que lorsqu'elle avait vomi, ce qui lui arrivait le plus souvent quelques heures après le repas.

Depuis longtemps son alimentation était très-irrégulière. Elle ne mangeait pas de viande, pour laquelle elle éprouvait une répugnance prononcée ; elle ne pouvait supporter le vin, qui lui donnait immédiatement des aigreurs et était rejeté par le vomissement. L'usage du laitage lui avait été défendu. Elle se nourrissait habituellement de soupes, de pain et de fromage ; et souvent, pour éviter la souffrance, elle se privait entièrement d'aliments ; aussi l'amaigrissement avait-il fait de rapides progrès. Depuis cinq à six mois son estomac ne tolérait plus rien. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital elle avait vomi, pour la première fois, une matière noire semblable à du marc de café. Jamais elle n'avait rejeté de sang pur.

A la visite du 13 mars, M. Hérard trouva la malade émaciée, avec teint jaune paille, le corps courbé en avant, vomissant tous ses aliments et se plaignant d'une douleur épigastrique et dorsale ; sans fièvre, sans lésion pulmonaire. Quoique le palper abdominal ne fît point reconnaître la présence d'une tumeur, il resta convaincu qu'il avait affaire à un cancer de l'estomac. Au bout de quelques jours, sous l'influence du repos et du régime, une amélioration extraordinaire se manifesta dans l'état de la malade, qui put manger et digérer une et même deux portions.

Cette amélioration, qu'on s'expliquait difficilement, durait déjà depuis environ quinze jours, lorsque dans le commencement du mois d'avril les déjections redevinrent difficiles, douloureuses ; puis tout à coup, vers le milieu de la nuit, survint dans le ventre une douleur excessivement aiguë, avec vomissements, pouls petit, face grippée, suppression d'urine, etc. La malade succomba rapidement.

A l'autopsie, on trouva la cavité abdominale remplie de matières grisâtres, analogues à celles que renfermait l'estomac. L'intestin présentait dans un très-grand nombre de points, à sa surface, sous des fausses membranes molles, récentes, une injection très-prononcée. Avant de tendre l'estomac, on aperçut à l'extérieur, sur le bord supérieur, à quelques millimètres du pylore, une ouverture arrondie, de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Sur les bords de cette ouverture, on voyait un lambeau de membrane mince, se continuant avec le péritoine, et qui paraissait avoir été pendant quelque temps la seule barrière qui s'était opposée à cette perforation. Cette ouverture, vue de l'extérieur, était libre dans tous les sens, et n'avait contracté d'adhérence avec aucun organe environnant.

L'estomac incisé suivant la grande courbure, on distingua une ouverture interne correspondant à l'ouverture extérieure et présentant à peu près les mêmes dimensions. Cette perforation existait à l'une des extrémités d'une ulcération à moitié cicatrisée qui s'était formée autour de l'orifice pylorique et qui le rétrécissait considérablement. Traces d'inflammation récente aux environs de cette ulcération.

Deux ulcères à fond gris, blanchâtres, excavés, d'un centimètre d'étendue environ.

Sur le reste de la muqueuse, une multitude de petites ulcérations commençantes. Etat mamelonné de cette muqueuse au niveau du grand cul-de-sac.

Aucune trace de dégénérescence cancéreuse.

Ce fait, en même temps qu'il constitue un nouvel exemple authentique de l'existence de l'ulcère simple de l'estomac, montre toutes les difficultés du diagnostic différentiel entre cette lésion et le cancer du même organe, tout l'appareil des symptômes dits pathognomoniques du cancer s'étant trouvé réuni ici. M. Hérard en fait ressortir avec raison cette conséquence d'une grande importance pratique : « c'est que toutes les fois que des malades présenteront des symptômes analogues à ceux qui ont été décrits plus haut, et que l'on n'aura pas constaté de tumeur dans la région épigastrique, le médecin devra apporter dans son pronostic une plus grande réserve qu'autrefois, et se comporter dans tous les cas comme s'il avait à traiter la maladie la moins grave, la maladie curable, l'ulcère. » Ce fait, il est vrai, montre aussi quelle peut être la gravité de l'ulcère simple, puisque mort s'en est suivie ; mais cette terminaison est heureusement exceptionnelle, et les faits rapportés par M. Cruveilhier prouvent qu'un traitement et un régime convenables peuvent souvent amener la guérison.

Sur quelques applications des caustiques à la gutta-percha au traitement des ulcérations du col de l'utérus.

Nos lecteurs connaissent déjà les heureuses tentatives qui ont été faites pour approprier les merveilleuses propriétés de la gutta-percha à la confection de pâtes caustiques parfaitement malléables et susceptibles d'être adaptées à toutes les formes que peuvent exiger les nombreuses applications qu'on fait journellement de ces agents dans la pratique. On sait que, grâce à une habile manipulation, M. Robiquet est parvenu, en unissant par la fusion la gutta-percha au chlorure de zinc, à obtenir des pâtes que l'on peut mouler en cylindres et couler en plaques de toutes les formes et de toutes les dimensions (voir le n° du 8 mai). Mais nous n'avions pas eu l'occasion jusqu'ici de connaître les résultats pratiques de l'emploi de ces nouveaux caustiques. Des essais assez nombreux ont été tentés à la maison de Saint-Lazare, pour les ulcères du col de l'utérus, par M. le docteur Boys de Loury, qui vient d'en faire connaître les résultats dans une communication faite à la Société de médecine du département de la Seine. Ce sont ces résultats que nous allons sommairement exposer d'après les observations de M. Boys de Loury.

Disons d'abord de quelle manière cet honorable praticien procède à l'application de ces nouvelles préparations caustiques.

Pour cautériser une ulcération du col de l'utérus, on taille dans la plaque un morceau dont la dimension réponde exactement à la surface à cautériser. Le spéculum étant introduit, le caustique, après avoir été préalablement ramolli en le tenant quelques minutes dans les doigts, est placé entre les mors d'une de ces longues pinces qui servent à porter les substances médicamenteuses sur le col, et on le dépose sur l'ulcération ; les mucosités qui imprègnent le col font immédiatement adhérer le caustique. On protége par un peu de charpie les parties qui ne sont pas malades. La plaque reste appliquée jusqu'au lendemain, et voici ce que l'on observe :

Dans les deux premières heures qui suivent l'application, la malade ressent un petit picotement, une légère chaleur dans les parties génitales, mais aucune douleur. Ces symptômes disparaissent promptement, puis la malade ne ressent absolument rien.

Lorsque le lendemain on retire le tampon de charpie, on trouve la plaque de gutta-percha accolée à la surface malade. En l'enlevant, on constate que l'ulcération est recouverte d'une eschare blanche, molle, épaisse, et que les parties saines environnantes ont été respectées. L'eschare se détache complétement quelquefois au bout de quarante-huit heures ; dans d'autres circonstances, le troisième et le quatrième jour seulement.

M. Boys de Loury a appliqué ce mode de cautérisation pour des ulcérations simples et superficielles, pour des ulcérations fongueuses du col de l'utérus avec ou sans engorgement, pour des ulcérations pénétrant dans l'orifice (dans ce dernier cas il s'est servi du caustique en cylindre). Voici en quels termes il résume les effets de cette médication :

Ces caustiques, dit M. Boys de Loury, sont d'une application facile. Leur conservation est de beaucoup supérieure à celle des caustiques Filhos et Canquoin. Leur application n'est pas plus douloureuse que celle de caustiques beaucoup moins puissants, et s'il est facile de limiter leur étendue en surface, on peut aussi calculer la profondeur à laquelle ils agissent d'après l'épaisseur des plaques dont on se sera servi. On a pu agir dans l'intérieur même du col de l'utérus sans déterminer aucun accident ; et enfin dans le plus grand nombre des cas l'eschare formée s'est maintenue assez longtemps pour qu'à sa chute elle ait laissé voir une surface moins profonde, moins fongueuse, et dont la cicatrisation s'est rapidement opérée, soit après quelques applications de nitrate d'argent, soit seulement par des injections légèrement toniques.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Imperforation du vagin. — Tumeur pelvienne. — Disposition bifide du corps de l'utérus diagnostiquée par M. Nélaton. — Opération. — Mort. — Autopsie.

(Observation recueillie par M. A. Voisin, interne du service.)

Au n° 27 de la salle des femmes, est couchée la nommée P..., âgée de vingt-trois ans, entrée le 18 avril 1856.

La malade est d'un tempérament nerveux, irritable, brune, et présente dans toute sa personne un développement peu avancé.

Nous nous sommes assuré qu'aucun membre de sa famille n'était ou n'avait été atteint de vice de conformation d'aucune sorte.

Aucun accident ne s'est manifesté avant l'âge de quinze ans. A cet âge, les premiers symptômes ont été des coliques et une pesanteur pelvienne ; le siége de cette pesanteur a été dans les régions vésicale et rectale. Ces douleurs se montrèrent chaque mois jusqu'à ces derniers six mois, avec une durée de trois à quatre jours. Rien n'a jamais pu en diminuer l'intensité ni la fréquence, ni en prévenir le retour. Le médecin de la malade, croyant voir dans l'orifice urétral l'ouverture rétrécie du vagin, a cherché à dilater cet orifice par tous les moyens connus, entre autres par l'éponge préparée. La dilatation obtenue, il a senti, après un trajet de 3 centimètres, un rebord très-dur situé en arrière, mais n'a jamais pu arriver jusqu'à la communication qu'il supposait exister entre l'utérus et cet orifice. Le seul résultat qu'il obtint fut de provoquer pendant longtemps une incontinence d'urine.

Voyant, après quatre mois, son traitement sans succès, le médecin adressa la malade à M. Nélaton, comme atteinte de rétrécissement du vagin.

État de la malade à son entrée. — Les organes génitaux externes paraissent d'abord régulièrement conformés, mais en examinant plus attentivement, on voit l'orifice vulvaire obturé par une membrane dans toute son étendue. Ce plan membraneux s'étend depuis la partie la plus postérieure de l'orifice vulvaire jusqu'au méat urinaire. La surface de ce plan a la couleur des grandes lèvres, l'apparence d'une membrane muqueuse, et est légèrement excavée. Si l'on poursuit l'examen, on aperçoit vers le centre de cette membrane un petit orifice humide. Un stylet, introduit dans ce pertuis, est arrêté après un trajet sous-muqueux de 0,013. Ce paraît être l'analogue des follicules urétraux.

D'avant en arrière, cette membrane est longue de 0,015 ; que si on la déprime, on ne sent rien en arrière, rien qui puisse faire croire que le col utérin soit dans le voisinage.

Là où est normalement placé le méat urinaire, est un orifice béant, plus large, plus ouvert qu'il ne devrait être. Nous en savons déjà la cause. La sonde introduite par cet orifice pénètre dans la vessie et amène de l'urine.

Nous avons pratiqué le toucher rectal :

A une distance de 0,04 de l'anus, le doigt indicateur constate l'existence d'une tumeur très-volumineuse, donnant l'idée d'une tête de fœtus, tumeur globuleuse, dure, mais cédant un peu à la pression. C'est la résistance d'une poche fortement distendue par un liquide. Elle remplit presque toute l'excavation pelvienne, et surtout toute la moitié gauche.

Le palper abdominal fait retrouver facilement la tumeur, et principalement dans la région iliaque gauche.

La tumeur abdominale et celle constatée par le toucher rectal ne font qu'un tout ; les mouvements imprimés à l'une se transmettent à l'autre avec la plus grande facilité.

La main sent dans la fosse iliaque gauche un corps du volume des deux pouces réunis, très-dur, inséré à la tumeur principale, doulou-

reux au toucher; les douleurs que l'on provoque ainsi sont des coliques identiques à celles qui caractérisent les accès.

Jamais la malade n'a vu paraître chez elle les menstrues; c'est depuis six mois qu'elle a des douleurs excessives, et ces douleurs, qui depuis l'âge de quinze ans se montraient une fois par mois, présentent aujourd'hui le type quotidien et durent de quatre à cinq heures. Pendant les quelques jours qu'elle passe dans la salle avant l'opération, nous constatons que les accès sont quotidiens, éclatent entre onze heures du matin et quatre heures du soir, et durent pendant une partie de la soirée.

Durant l'accès, la jeune malade est en proie à des coliques, à des douleurs en barre qui partent des lombes et s'irradient dans tout l'abdomen. Les traits sont crispés, les cheveux en désordre; la malade s'agite dans son lit, se tord, se courbe en deux, étreint la personne qui l'approche, se lève, se promène dans la salle, et pousse des cris déchirants.

Pendant ces accès, il est impossible d'obtenir d'elle aucune parole; pour toute réponse, elle jette une plainte, toujours la même, et d'un ton toujours égal.

Elle éprouve même pendant ses accès des désirs vénériens, et répond sans timidité à nos questions: elle a cherché plusieurs fois à pratiquer le coït. Ainsi se trouve expliquée, nous le pensons, cette dépression que présente la membrane obturatrice.

M. Nélaton a tâché de donner à son auditoire une idée précise de tumeur de la fosse iliaque:

« J'admets que la tumeur principale, la tumeur sentie et par le toucher rectal et par le palper abdominal est formée par l'accumulation successive du sang menstruel aux dépens du vagin et de l'utérus.

» Je crois volontiers que la petite tumeur de la fosse iliaque » gauche est la moitié de l'utérus non dilatée, et que la tumeur » principale est la seconde moitié de l'utérus dilatée.

» Il est indiqué de porter secours à cette malade. Il faut créer une voie au liquide menstruel, dont la rétention produit les accidents actuels. Le plus simple est d'aller directement à la recherche de la tumeur et d'établir un canal par l'orifice vulvaire obturé.

» Pour arriver à ce but, une sonde étant placée dans l'urètre, une autre dans le rectum, je ferai à la membrane qui obture le vagin une incision en croix, lentement et couche par couche. Après avoir incisé à une certaine profondeur, je perforerai le reste du plan membraneux avec un trocart; je laisserai écouler par sa canule une certaine quantité de liquide, et je débriderai avec un lithotome simple. »

Le 23 avril, M. Nélaton exécute cette opération.

Pendant et après l'opération, on voit s'échapper un liquide très-filant, gris noirâtre, couleur chocolat, paraissant contenir une grande quantité de mucus utéro-vaginal.

Après le débridement par le lithotome, ce liquide s'écoule en grande *quantité*; la valeur peut en être estimée un litre. M. Nélaton constate par le toucher que la poche est constituée par des parois très-dures et très-épaisses, et introduit dans le vagin une sonde en gomme élastique ouverte à ses deux extrémités, jusqu'à une distance de 25 cent., et la fixe par des fils à un bandage de corps.

Le 24, la canule étant retirée du vagin, on constate la liberté complète du conduit vaginal. A 0,045 cent., le doigt est arrêté par le col utérin bien conformé; on reconnaît très-bien la lèvre antérieure et la lèvre postérieure, de même que l'orifice utérin, dont la dilatation est telle que l'on peut y introduire deux doigts.

La tumeur abdominale est revenue sur elle-même.

On ne peut aujourd'hui introduire une mèche aussi loin que la canule. M. Nélaton pense qu'il avait introduit la canule dans la cavité utérine, qui se continuait avec celle du vagin sans ligne de démarcation bien tranchée.

Hier, toute la journée, la malade a beaucoup souffert; elle n'a pas cessé de s'agiter. Du reste, aucun accident. Le ventre est souple. Par le vagin s'est écoulée une grande quantité de liquide visqueux et sanguinolent. 72 pulsations. — Bain; injections vaginales et utérines.

Le 25, la malade est agitée, pousse des cris. Chaque pansement est comme un combat qu'il faut livrer avec elle. L'introduction du doigt est excessivement douloureuse. Ecoulement de liquide sanguinolent. 72 pulsations.

Le 26, vomissements muqueux et bilieux. Douleurs abdominales vagues. 120 pulsations. — Bain; injections.

Le 27, décomposition des traits de la face; yeux caves, cernés de noir; vomissements bilieux; tension abdominale; abdomen douloureux. Le moindre toucher exaspère les douleurs. La malade accuse une sensibilité très-grande dans le côté droit. La percussion nous permet de constater l'augmentation de la matité propre au foie, matité qui se prolonge vers la poitrine. L'auscultation du poumon ne révèle rien. Sclérotiques jaunes; teinte jaunâtre de la peau.

L'écoulement vaginal est supprimé; agitation extrême; respiration anxieuse.

Le pouls est d'une extrême mollesse, presque insensible. 120 pulsations.

Mort dans la nuit du 27 au 28.

Autopsie. — L'examen des organes génitaux externes permet de constater à la partie la plus supérieure de l'orifice vaginal une ouverture béante du diamètre d'un pois. Nous avons là le méat urinaire. Il est facile de faire pénétrer un doigt par cet orifice, et d'arriver jusqu'à la vessie.

A 0,01 au-dessous du méat, est l'ouverture pratiquée par M. Nélaton. Elle est bordée par les quatre lèvres de l'incision. Elle conduit directement au vagin, reconnaissable à ses rides, à ses plis, et à la texture de sa muqueuse. Le vagin a 0,025 de longueur. Il est limité supérieurement par le col utérin, qui présente deux lèvres placées transversalement, et une ouverture. Cette ouverture elle-même conduit à la cavité utérine.

La cavité du vagin est très-peu dilatée.

Quant à l'utérus, son corps est bifide. Nous constatons l'existence d'un col utérin unique, tandis que le corps de l'organe est divisé en deux moitiés: l'une, droite, dilatée; l'autre, gauche, présentant un très-petit volume. L'examen de ces parties prouve que ce sont bien deux moitiés d'utérus.

La *moitié droite* est piriforme et du volume d'un gros œuf; elle est située dans le petit bassin, un peu plus à droite qu'à gauche. De la partie latérale droite et la plus supérieure de cette tumeur émanent une trompe de Fallope et un ligament rond. En arrière existe un ovaire. La conformation extérieure de ces trois parties est normale. L'ovaire contient des vésicules de Graaf en voie d'évolution.

Cette moitié droite, incisée, présente bien tous les caractères du tissu utérin; surface externe recouverte par le péritoine; parois épaisses de 0,007, fermes, d'un blanc grisâtre; muqueuse noirâtre et recouverte d'un muco-pus sanieux et grisâtre.

La seconde moitié a le volume d'une grosse noix, présente une forme globuleuse, est unie à sa surface et très-dure. Cette tumeur est une moitié d'utérus. En effet, si par la partie la plus élevée de la première moitié, on introduit vers la gauche un stylet, cet instrument pénètre dans la cavité de cette dernière tumeur; l'orifice de communication est même très-étroit.

En outre, à la partie latérale gauche et supérieure de cette tumeur s'insèrent le ligament rond, la trompe et le ligament de l'ovaire.

La trompe est triplée de volume et irrégulièrement disposée. Elle est recourbée en arrière, de façon à entourer complétement l'ovaire. Elle donne au toucher une sensation molle, œdémateuse, et présente à sa partie moyenne un pertuis par lequel la moindre pression fait sourdre du pus.

Quant à l'ovaire, il présente dans son épaisseur un kyste sanguin.

Dans la cavité péritonéale existent des amas de pus.

Quelques anses intestinales sont unies par des adhérences faciles à détruire.

Le foie est augmenté de volume; à sa surface existe une injection assez prononcée, et qui donne l'aspect d'une mosaïque. Il n'existe dans ce viscère aucune collection purulente.

J'ai présenté cette pièce à la Société anatomique dans une de ses séances du mois de mai.

De cette observation, il ressort un fait, suivant nous: la précision du diagnostic, malgré toutes les difficultés qui pouvaient l'obscurcir.

Nous avons vu par la relation de l'autopsie se confirmer la description que M. le professeur Nélaton avait donnée des tumeurs abdominales, et la preuve que l'utérus avait une disposition bifide.

Par quel enchaînement d'idées peut-on arriver à formuler un diagnostic si rigoureux? M. Nélaton l'a expliqué à son auditoire dans une de ses leçons cliniques.

« En sentant, dit-il, la petite tumeur de la fosse iliaque accolée à la tumeur principale, je me suis demandé si cette tumeur si dure ne serait pas constituée par l'utérus tout entier. Mais l'histoire des vices de conformation nous apprend que l'utérus participe ordinairement à la dilatation du vagin.

» Quelle est donc cette tumeur de la fosse iliaque? J'ai pensé qu'il existait là un vice de conformation. En effet, il est de principe qu'un même individu peut présenter à la fois plusieurs vices de conformation.

» Tout d'abord, j'inclinai à croire que cette petite tumeur était une moitié d'utérus non dilatée; l'examen d'un certain nombre de pièces au Musée Dupuytren me confirma plus tard dans mon opinion.

» J'ajouterai que j'éprouvais, en palpant cette tumeur à travers la paroi abdominale, une sensation spéciale: je trouvais dans le palper une de ces indications que donne l'habitude, et qui m'avertissait que je tenais entre mes doigts un utérus.

» Notre jeune malade a succombé à une péritonite purulente provoquée par la rupture d'un abcès de la trompe.

» Regretterai-je d'avoir opéré cette jeune femme? Non; les douleurs étaient tellement vives qu'elle avait tenté de se suicider.

» L'agitation de la malade, son indocilité et ses cris, toutes causes qui ont rendu tout pansement méthodique impossible ou sans résultat, ont peut-être exercé une fâcheuse influence sur les suites de l'opération et provoqué les accidents mortels. »

DIABÈTE SUCRÉ.

Administration des feuilles de noyer et du chlorhydrate d'ammoniaque. — Alimentation exclusivement animale. — Guérison rapide.

Par M. H. DELPIERRE.

Le 23 août 1854, M. L..., curé doyen de Campagne-lès-Hesdin, âgé de soixante et un ans, tempérament sanguin, constitution apoplectique, vint me consulter. Il se dit affecté d'un diabète. Il a reconnu sa maladie en lisant un ouvrage de médecine.

Antécédents. — L'époque de la naissance de cette affection remonte à quatre ans. Un jour que M. L... se trouvait en retraite à Boulogne-sur-Mer, il sentit, pendant le cours d'une promenade faite sur le bord de la mer, la transpiration considérable qui se faisait sur toute la surface de son corps depuis un grand nombre d'années, diminuer d'une manière notable, au point que dans la nuit suivante il cessa de changer de linge, comme il avait coutume de le faire jusqu'alors plusieurs fois chaque nuit. M. L... m'a répété plusieurs fois que sa chemise et les draps de son lit étaient si mouillés qu'il eût été facile d'en exprimer le liquide.

Depuis ce jour, les urines sont devenues beaucoup plus abondantes, sans attirer néanmoins l'attention du malade, qui s'aperçut seulement quatre mois avant de venir me consulter qu'il maigrissait et que ses forces diminuaient.

État du malade au moment de la première consultation. — L'appétit est normal. Les forces sont considérablement diminuées, au point que la plus petite promenade et même la pratique de son ministère sont pour M. L... des exercices pénibles. La soif est ardente; dans les grandes chaleurs des mois précédents, il en a beaucoup souffert. Le corps est amaigri, en comparaison de ce qu'il était. Les joues sont tombantes; leurs capillaires contiennent un sang moins vermeil, moins riche; leur couleur est bleuâtre. Les urines sont abondantes, mais non égales à la quantité de liquide ingéré, ne dépassant pas ou peu la somme réunie des solides et des liquides pris dans les vingt-quatre heures; elles sont très-limpides, d'un jaune paille très-clair; leur odeur, sans être forte, est très-désagréable; leur saveur est très-sucrée, et ne peut laisser aucun doute sur la présence d'une matière saccharine. Evaporées, elles répandent une odeur de caramel des mieux caractérisées. Le produit de l'évaporation est excessivement sucré; l'on douterait presque que c'est un résidu d'urines.

Il n'y avait donc aucun doute sur la nature de la maladie.

Traitement. — Je confesse avoir été un peu embarrassé sur le genre de médication à employer. Selon moi, la thérapeutique du diabète est peu avancée. Les médicaments dont l'action diffère le plus — et ils sont assez nombreux — ont été employés avec un égal succès, voire même la levure de bière. Mais en thérapie, à l'inverse de beaucoup d'autres sciences, la richesse est un signe de pauvreté. J'éloignai les ferrugineux, que j'avais d'abord l'intention d'administrer, pour m'arrêter aux prescriptions suivantes:

Hydrochlorate d'ammoniaque. . .	2 grammes.
Sirop de sucre.	68 —
Eau distillée.	90 —

F. S. A., à prendre par cuillerées à café d'heure en heure. Alimentation entièrement animale.

Cependant je permis l'usage de certains légumes verts, tels que cresson, chicorée, oseille, épinards, etc. Le pain et toutes les substances farineuses furent sévèrement proscrites. Vieux vin de Bordeaux à chaque repas, à volonté. Enfin, pour tisane, une forte décoction de *feuilles de noyer*, que le malade prenait avec un certain plaisir. Je note les feuilles de noyer; car la diminution des urines et la réapparition de la transpiration ont commencé sous son influence, avant que l'hydrochlorate fût administré. Peut-être même la guérison se serait-elle également opérée par son emploi seul. La potion ne fut prise que le lendemain.

Sous l'influence de cette thérapeutique et de ce régime, chose extraordinaire, les urines diminuèrent de plus de moitié; elles se colorèrent davantage, et acquirent une odeur ammoniacale plus prononcée; l'urée reparut; leur saveur *n'est plus aussi sucrée*; une légère transpiration a reparu sur tout le corps, ce que nous considérons comme favorable.

Le lendemain les urines sont moins abondantes encore; elles présentent les caractères physiologiques des urines normales. La transpiration est plus abondante. Le troisième jour, je les traitai par l'évaporation; je n'y retrouvai aucune trace de glycose *au goût*, ce qui me surprit fort.

Les sueurs sont modérées. La tisane de feuilles de noyer a été continuée. M. L... cessa, de ce moment, de prendre du chlorhydrate d'ammoniaque. Depuis la guérison s'est maintenue; il y a aujourd'hui seize à dix-huit mois.

Le régime animal a été continué pendant quatre mois au moins; et pendant tout ce long laps de temps, il a toujours été bien supporté. Vers le mois de janvier 1854, la liqueur cupro-potassique ne fit reconnaître aucune trace de sucre dans les urines.

RÉFLEXIONS. — Pour moi, la cause du diabète sucré chez M. L... était la suppression des sueurs habituelles. Cette cause a été signalée il y a longtemps. Ce motif me décida à faire usage de l'hydrochlorate d'ammoniaque et des feuilles de noyer, les mêmes moyens m'ayant déjà rendu de signalés services dans d'autres circonstances où, en rappelant une transpiration habituelle disparue, j'avais guéri en *deux ou trois jours* des affections nerveuses rebelles depuis longtemps à tous les traitements institués pour les combattre. Je sais le peu de valeur que possède un fait seul; mais j'ai voulu en le publiant engager mes confrères à essayer des mêmes moyens, sans toutefois soumettre le malade à une alimentation animale. Si dans cette circonstance la guérison était obtenue en peu de jours, il faudrait bien reconnaître aux feuilles de noyer, ainsi qu'à l'hydrochlorate d'ammoniaque, une vertu énergique contre le diabète.

Cette médication stimulante s'adresse particulièrement aux fonctions du cœur, au système artériel, aux glandes sudoripares:

1° Soit que sous son empire la constitution, l'état pathologique du sang soit changé; elle aiderait dans ce cas à la combustion de l'excès de glycose (ou du moins des éléments qui servent à la formation de ce principe) passée dans le torrent circulatoire en agissant chimiquement sur le liquide sanguin;

2° Soit que ces substances aient une action directe très-prononcée sur la glande hépatique et l'empêche de sécréter trop de sucre;

3° Soit, enfin, qu'elles aient agi dans cette circonstance simplement comme diaphorétique; toujours est-il que par leur usage la quantité anormale de matière glycosique a été promptement éliminée de l'économie.

Aucune des hypothèses précédentes, auxquelles je n'ajoute en réalité qu'une médiocre importance, ne me paraît répugner à la raison. Ce qui avant tout doit intéresser le praticien, c'est la constatation de l'effet obtenu. M. Trousseau tend à attribuer à l'action de l'ammoniaque « les modifications de sécrétion de tous les organes glanduleux. » Selon cet auteur, ces modifications ne seraient elles-mêmes que la conséquence de la plus grande fluidité que le sang acquiert par l'usage de ce médicament (*Dict. de méd.* ou *Répert. gén. des sc. méd.*, t. Ier, p. 389).

Les cas de diabète sucré ne sont pas très-communs; la thérapeutique de cette maladie est encore peu avancée, et les guérisons

sans récidives sont assez rares. Ces considérations m'ont fait espérer que cette observation offrirait quelque intérêt.

DE L'EMPLOI LE PLUS ÉCONOMIQUE DES SANGSUES.

L'administration de la guerre vient de prescrire l'emploi d'un moyen simple et rapide qui permet d'utiliser plusieurs fois les mêmes sangsues et procure ainsi une économie notable. Il consiste à jeter ces annélides, aussitôt qu'ils ont servi, dans un mélange composé de vinaigre une partie, pour huit parties d'eau commune entre 10 et 20 degrés centigrades.

A peine les sangsues sont-elles placées dans ce mélange qu'elles s'agitent, commencent à se dégorger et perdent peu à peu de leur vivacité.

On retire alors la sangsue du bain acide, on la presse doucement entre le pouce et l'index, sans l'allonger ni tirer sur elle, par une sorte de laminage modéré, et l'on refoule ainsi vers la bouche tout le sang ingurgité jusqu'à ce qu'il soit évacué.

Après le dégorgement, la sangsue est lavée à deux reprises dans l'eau ordinaire, puis introduite dans un vase de verre ou de terre rempli d'eau, que l'on recouvre d'un canevas, et qui est mis à l'abri de la lumière et de la chaleur. Les sangsues ainsi traitées peuvent servir de nouveau au bout de cinq jours. La même opération peut être renouvelée avec succès jusqu'à deux et trois fois.

(*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

BAUME CONTRE LE GOITRE.

Par M. TOURRAUD, pharmacien à Clermont-Ferrand.

Une jeune personne avait un goître très-avancé et qui datait de trois ans. Après avoir, sans succès, essayé la pommade à l'iodure de potassium, la pommade iodurée, les pastilles et la gelée contre le goître, enfin tous les moyens employés jusqu'ici, je préparai un chlorure de sodium et d'ammonium de la manière suivante :

Chlorure de sodium.	1	gramme.
Chlorhydrate d'ammoniaque. . .	2	—
Eau distillée.		q. s.

pour dissoudre à froid les deux sels.

Je filtrai, fis évaporer jusqu'à cristallisation, et obtins un sel double d'une blancheur éclatante et en belles aiguilles soyeuses.

Ce produit obtenu, je fis un baume composé comme il suit :

Savon animal.	30	grammes.
Chlorure de sodium et d'ammonium.	20	—
Alcool à 85 degrés.	225	—
Teinture d'iris.	25	—

On fait dissoudre le sel double dans l'alcool, le savon dans le soluté au bain-marie ; on filtre et on distribue en flacons, que l'on bouche immédiatement. De cette manière, on évite la cristallisation radiée.

(*Revue de Thérap.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 juillet 1856. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. CHASSAIGNAC présente un malade qui était affecté d'une fracture en V du tibia du côté gauche. Cette fracture, qui est parfaitement consolidée, a été traitée au moyen de la cuirasse emplastique hebdomadaire.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. BROCA offre à la Société, au nom de M. le docteur Faure, un mémoire intitulé *Considérations générales sur le traitement de l'asphyxie.*

D'après son titre, ce mémoire pourrait paraître étranger à l'objet habituel des travaux de la Société ; aussi M. Broca croit-il devoir entrer dans quelques détails pour montrer en quoi il peut offrir de l'intérêt au point de vue chirurgical. Il a assisté à quelques-unes des expériences de M. Faure, de sorte qu'il peut personnellement garantir l'exactitude des faits suivants :

M. Faure a fait la plupart de ses expériences sur des chiens. Pour produire l'asphyxie, il leur ouvre la trachée et introduit dans l'ouverture une canule à laquelle est adaptée une vessie pleine d'air ; de sorte que l'animal respire toujours le même air, dans lequel la proportion d'oxygène diminue à mesure que le gaz acide carbonique devient plus abondant. Dans ces expériences, M. Faure a été frappé de ce fait que le moment où la vie commence à être en danger est précédé d'une période d'anesthésie prolongée, et il pense que ce fait doit avoir une certaine importance dans la théorie de l'action des anesthésiques. L'anesthésie commence, en général, au bout de quatre à cinq minutes d'inhalation de l'air confiné, et suit constamment la même marche. Elle apparaît d'abord dans les membres et gagne de proche en proche le tronc, qu'elle finit par envahir complétement ; les parties latérales du thorax, voisines des aisselles, sont les dernières à conserver de la sensibilité. Lorsque l'anesthésie est complète, l'animal n'est pas encore en danger de mort, et l'on peut continuer l'expérience pendant assez longtemps sans que pour cela la vie s'éteigne. Un autre résultat bien curieux de ces expériences, et qui mérite d'être étudié chez l'homme au point de vue de l'utilité qu'on pourrait en tirer dans les opérations où l'on emploie le chloroforme, ce sont les changements qui se passent dans l'iris. La pupille se dilate dès que l'anesthésie commence, et cette dilatation augmente en raison des progrès de l'anesthésie, permettant ainsi de juger à tout moment de l'état de l'animal sur lequel on expérimente et du danger qu'il peut courir. D'après les expériences auxquelles M. Broca a assisté, le chien peut être rappelé à la vie tant que son iris présente plus de deux millimètres de largeur ; passé cette limite, la mort est certaine. Du reste, cette anesthésie est tellement complète que, sur un des chiens soumis à l'expérience, M. Broca a pu disséquer une tumeur énorme qui occupait une grande partie de la paroi abdominale et enveloppait la verge, sans que l'animal donnât aucun signe de douleur. Lorsque la sensibilité revient, elle se montre successivement dans les différents points du corps, en suivant l'ordre inverse de l'apparition de l'anesthésie. Ainsi elle reparaît d'abord sur le tronc, et gagne de proche en proche jusqu'aux extrémités. On peut prolonger à volonté l'état anesthésique en enlevant et replaçant l'appareil.

— M. LARREY présente à la Société une série de dessins qui reproduisent la pièce qu'il a montrée dans la dernière séance.

RAPPORT.

M. VERNEUIL lit la seconde partie de son rapport sur les travaux de M. Decès (de Reims).

— A quatre heures et demie, la Société se constitue en comité secret.

Le secrétaire de la Société, DÉSORMEAUX.

DISCOURS PRONONCÉ PAR M. GOSSELIN

DANS LA SÉANCE DU 9 JUILLET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Messieurs,

Qu'il me soit permis, avant de céder à mon honorable successeur le fauteuil de la présidence, de vous remercier encore une fois de l'insigne honneur que vous m'avez fait le jour où vous m'y avez appelé. Si vos suffrages en s'adressant à moi ont cherché un cœur dévoué aux intérêts de la Société, un esprit convaincu de l'utilité de son but, laissez-moi vous dire qu'ils ne se sont pas trompés, que personne plus sincèrement que moi n'aime la Société de chirurgie et ne croit à la grandeur de son avenir. Si je n'ai pu vous offrir toutes les conditions qui eussent été nécessaires pour vous représenter dignement, si surtout le talent et l'autorité m'ont fait défaut, j'ai essayé d'y suppléer par tout le zèle dont j'étais capable, et vous m'avez assez habitué à votre indulgence pour que j'ose espérer que mes efforts et ma bonne volonté vous auront suffi.

Si pourtant j'avais à faire oublier ma faiblesse, et s'il me fallait dans ce but trouver aujourd'hui quelques paroles qui pussent vous satisfaire, je n'en chercherais pas l'inspiration ailleurs que dans vos propres travaux et dans les souvenirs de l'année qui finit. Je rappellerais, ce que M. Marjolin a déjà fait beaucoup mieux que je ne le ferais moi-même, le nombre et l'importance de vos communications et de vos discussions chirurgicales. Je signalerais le bon esprit qui a animé ces dernières, je me plairais surtout à faire ressortir la bonne harmonie et la modération qui n'ont pas cessé d'y régner. Vous avez compris qu'une Société, pour être respectée au dehors, devait se respecter elle-même dans la personne de ses membres, et en aucune occasion votre président n'a eu à signaler ni trop de vivacité dans la forme ni trop d'amertume dans la pensée.

Je ferais remarquer ensuite combien la Société s'est fortifiée cette année par l'adjonction de ses nouveaux membres. Sur la liste de vos titulaires, vous avez ajouté le nom si honoré de M. Cazeaux ; sur la liste des associés étrangers, celui de l'illustre professeur Riberi (de Turin). Vous avez choisi pour correspondants nationaux MM. Legouest, de la chirurgie militaire, Desgranges et Bouchacourt (de Lyon), Bardinet (de Limoges), Clot-Bey, Coste et Pirondi (de Marseille), Drouineau (de la Rochelle) ; pour correspondants étrangers, MM. Hammer, Hannover, Williams Sands-Cox et Dupiéris. Et, si la juste réputation de ces nouveaux collègues vous donne le droit d'être fiers, combien n'avez-vous pas lieu de vous réjouir aussi en voyant le nombre et la valeur des confrères qui attendent encore vos suffrages ! La dernière place de membre titulaire dont le règlement vous permette de disposer est recherchée par huit jeunes chirurgiens qui tous l'occuperaient dignement. La liste des associés étrangers sera incessamment remplie par la nomination de trois membres, et, si les circonstances ne vous ont pas permis de le faire déjà, vous savez cependant par combien de titres sérieux se recommandent les hommes que la commission désignée à cet effet a l'intention de vous présenter. Enfin, de nouvelles demandes pour le titre de correspondant, avec des travaux remarquables à l'appui, vous ont été envoyées par sept chirurgiens étrangers et par dix chirurgiens français. Peut-être est-ce le moment de rappeler à ceux de nos collègues qui sont chargés de faire les rapports sur ces candidatures combien il importerait de répondre bientôt à cet empressement qu'on met à venir à nous de tous côtés.

Et si ces justes sujets de satisfaction ne vous suffisaient pas encore, n'aimeriez-vous pas à m'entendre rappeler combien la Société de chirurgie a été secondée dans tout le cours de l'année par la coopération de ceux de nos collègues qui ont fait avec moi partie du bureau ? Ne seriez-vous pas heureux d'entendre louer encore une fois le zèle et la persévérance avec lesquels M. le secrétaire général continue à se dévouer à l'administration de la Société ? Ne vous plairiez-vous pas à reconnaître que vos procès-verbaux ont été rédigés par vos secrétaires avec plus d'exactitude, de précision et d'élégance que jamais ? Et si, ouvrant discrètement les livres si bien tenus de notre trésorier, et anticipant sur le rapport qui vous sera présenté bientôt, je vous montrais que nos finances sont dans l'état le plus prospère qu'elles aient jamais présenté, ne serais-je pas certain cette fois d'avoir votre approbation ? Visitons enfin ensemble, si vous le voulez bien, la bibliothèque ; vous verrez qu'elle s'est enrichie, par les dons que plusieurs d'entre vous ont bien voulu lui faire, et par ceux que plusieurs correspondants étrangers, notamment MM. Prescott et Herwett (de Londres) lui ont également adressés. Et en remerciant notre savant collègue M. Giraldès du soin et du zèle qu'il a apportés dans ses fonctions de bibliothécaire, vous regretterez sans doute avec moi qu'il n'ait pu les continuer plus longtemps.

Pourquoi faut-il cependant, messieurs, qu'à côté de ce tableau de la prospérité de la Société, j'aie à placer quelques paroles de tristesse ! Nous avons perdu cette année un plus grand nombre de nos collègues que les années précédentes. Trois de nos associés étrangers, deux de nos honoraires sont descendus dans la tombe. Sans doute les noms de MM. Mayor, Guthrie et Bellinghal ajoutaient au lustre de la Société, et leur perte, sous ce rapport, est bien faite pour exciter tous nos regrets ; mais du moins ils n'étaient pas aussi connus et appréciés de la plupart d'entre nous que l'étaient Gerdy et Vidal, et le vide qu'ils laissent n'a pu être aussi vivement senti. Dans Gerdy, nous avons vu s'éteindre non-seulement un maître que nous aimions, un chirurgien dont nous respections également le savoir et la loyauté, mais encore un collègue qui, en venant s'asseoir au milieu de nous, a donné une éclatante approbation aux efforts et aux travaux de la Société de chirurgie. N'avez-vous pas remarqué avec quel plaisir Gerdy prenait part à nos discussions, et avec quelle simplicité cet orateur, partout ailleurs si fougueux et si passionné, venait ici exposer ses opinions, et nous apporter le tribut de son expérience, et comme son visage, habituellement soucieux et sévère, devenait souriant en entrant dans cette salle, où il semblait trouver un peu du bonheur qui, en apparence du moins, lui avait manqué jusque-là ? Sans doute vous l'attribuerez, et avec raison, cette métamorphose, aux égards que vous saviez rendre à son âge, à son talent, à une position élevée et à une santé délicate. Je l'attribue aussi à ce que Gerdy trouvait ici ce qui lui avait manqué dans sa jeunesse, une réunion où la science qu'il aimait était élaborée sans fiel et sans envie. Dans les luttes nombreuses auxquelles il a pris part et dont il est sorti victorieux, il n'a pas manqué de trouver des adversaires redoutables. Presque tous ses contemporains avaient été ses rivaux ; et malgré lui, il s'est longtemps laissé aller à voir un ennemi dans tout chirurgien qui l'approchait. Parmi nous, il était heureux de trouver enfin des chirurgiens qui fussent ses amis. Je me plais à croire que si à l'époque des concours mémorables qui l'ont illustré, lui et tant d'autres, la Société de chirurgie eût existé, elle aurait rapproché et réuni dans ses paisibles discussions tous ces hommes éminents qui, faute de se connaître et de se voir, ont vécu trop aigris les uns contre les autres, et sont restés assombris par des rivalités incessantes qui, lorsqu'elles se continuent ainsi dans l'intervalle des grandes luttes, laissent au cœur beaucoup de tristesse et de mécontentement.

Dans Vidal, la Société a perdu un de ses fondateurs, un collègue chez lequel elle a pu souvent apprécier des connaissances étendues, un talent remarquable de discussion, une verve quelquefois railleuse, mais bienveillante ; nous pouvons ajouter avec orgueil, un savant qui, malgré l'immensité de ses travaux, n'a guère appartenu à d'autre société scientifique que la nôtre, et qui ne manquait pas d'inscrire en tête de ses titres celui de membre fondateur de la Société de chirurgie. En nous reportant aux derniers temps de la vie si courte de ce regrettable collègue, ne vous rappelez-vous pas avec émotion quel plaisir lui aussi, il semblait chercher dans nos réunions ? Affaibli et miné par une longue maladie, il ne reculait pas devant la distance à franchir, et il venait à presque toutes les séances ; il prenait part à nos discussions, les éclairait de son savoir, les égayait parfois de ses saillies, et semblait retrouver un peu de vigueur et de vie dans les quelques moments heureux qu'il passait au milieu de nous. Pour Vidal enfin, comme pour Gerdy, ne trouvez-vous pas que la Société de chirurgie a été un lieu de consolation ; et si notre Compagnie avait encore des détracteurs, ils se laisseraient toucher peut-être par ce dernier service qu'elle a pu rendre à des hommes estimés et regrettés de tous.

Mais pourquoi parler des détracteurs de la Société ? Il n'en existe plus, si j'ai su bien recueillir tous les bruits du dehors ; il me semble que ceux qui autrefois nous blâmaient ou nous raillaient ont cessé de le faire ; que les railleurs sont devenus indifférents ; que les indifférents applaudiraient volontiers. Marchons toujours dans la même voie, messieurs ; continuons à étudier sans amertume et sans jalousie les grandes questions chirurgicales ; ne cessons pas de donner l'exemple de la concorde ; sachons rendre nos réunions assez attrayantes pour nous y trouver heureux, et soyez sûrs qu'avant peu la Société de chirurgie n'aura plus que des approbateurs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 21 juillet, M. Courty, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, a été nommé professeur titulaire de la chaire d'opérations et appareils de ladite Faculté.

—Par décret du même jour, M. Planchon, pharmacien de 1re classe, docteur en médecine et docteur ès sciences, a été nommé professeur titulaire de botanique et d'histoire des médicaments à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier.

— Le projet de banquet à offrir par le corps médical aux médecins de l'armée d'Orient a été accueilli avec la plus vive sympathie. Déjà plusieurs de nos lecteurs des départements nous ont adressé le montant de leur souscription.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Farine, d'Ornans (Doubs), *Des signes pronostiques fâcheux dans la fièvre typhoïde.*

Bouchard, de Ribeauvillé (Haut-Rhin) ; *Essai sur les synoviales tendineuses du pied.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Etudes chimiques, physiologiques et cliniques sur l'emploi thérapeutique du chlorate de potasse, spécialement dans les affections diphthéritiques ; par le docteur E. ISAMBERT, membre de la Société anatomique de Paris, etc. Un vol. in-8° de 107 pages. Prix, 2 fr. 50.

Recherches historiques sur l'épilepsie (Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine), par le docteur JOSAT. Brochure in-8° de 36 pages. Prix, 2 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine, à Paris.

LE GÉRANT.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 89. — MARDI 29 JUILLET 1856. (29e ANNÉE.) N° 89. — MARDI 29 JUILLET 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 28 juillet 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'une des difficultés de la rhinoplastie est d'obtenir une conformation régulière du lobule de nouvelle formation. Toutes les fois que le cartilage de la cloison nasale a été totalement détruit, l'extrémité du nez nouveau manquant de soutien, tend à se réunir en arrière aux parties voisines et contiguës du lambeau, et particulièrement à la face supérieure de la sous-cloison, d'où résulte inévitablement l'affaissement et l'aplatissement de la saillie du nez. Préoccupé de cet inconvénient, M. Sédillot a cherché à y obvier. Le problème à résoudre était de donner à la sous-cloison assez d'épaisseur et de longueur, et de l'isoler assez sûrement pour qu'elle ne se réunît pas à la face postérieure du lambeau, et qu'elle servît à maintenir la saillie de ce dernier sans difformité. Il fallait trouver le moyen de constituer par un double tégument superposé les faces supérieure et inférieure de la sous-cloison, en les continuant régulièrement avec le nez et avec la lèvre. Ce problème, M. Sédillot l'a résolu au moyen d'un procédé ingénieux qui consiste à former la nouvelle sous-cloison de deux lambeaux au lieu d'un : un lambeau formé comme d'habitude par la languette tégumentaire du lambeau frontal, mais auquel il donne plus de longueur et de largeur, et un deuxième lambeau formé aux dépens de la partie moyenne de la lèvre supérieure. Ces deux lambeaux sont adossés l'un à l'autre par leur surface sanglante, par laquelle ils s'unissent, de manière à former une sous-cloison épaisse, solide, et ayant deux surfaces tégumentaires : une supérieure et une inférieure. Tel est l'objet d'une communication que M. Sédillot a faite à l'Académie des sciences dans sa dernière séance. On trouvera dans le compte rendu la description détaillée du manuel opératoire, et la relation d'une opération dans laquelle ce procédé a été appliqué avec succès.

Le sel marin peut-il exercer sur les animaux une action toxique? La saumure a-t-elle une action différente de celle du sel marin qu'elle tient en dissolution? Telles sont les questions que M. A. Goubaux s'est proposé de résoudre expérimentalement dans un travail communiqué dans la même séance. On verra, par le résultat des expériences, que le sel marin, administré par les voies digestives, devient manifestement toxique au delà de certaines doses, qui varient suivant les animaux, et que M. Goubaux a approximativement fixées pour quelques espèces; que la saumure n'a pas, comme on a paru le croire jusqu'ici, une action toxique spéciale; que ses propriétés sont identiquement les mêmes que celles du sel marin, ou en d'autres termes que la saumure n'agit qu'à la manière du sel et par le sel qu'elle tient en dissolution. Ces résultats sont intéressants au double point de vue de l'hygiène et de l'économie domestique, ainsi que de la médecine vétérinaire.

Une nouvelle relation d'épidémie de typhus observée chez des militaires récemment arrivés de Crimée a été adressée à l'Académie par M. le docteur Canat; mais le *Compte rendu* ne donne à cet égard que des renseignements extrêmement brefs et incomplets. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert (de Lamballe).

Fistule vésico-vaginale. — Ulcérations du col utérin. — Double opération autoplastique. — Guérison.

La nommée F..., âgée de vingt-sept ans, modiste, est entrée à l'Hôtel-Dieu, le 17 février 1856, pour y être traitée d'une fistule vésico-vaginale.

Cette femme, intelligente, d'une bonne santé et d'une forte constitution, a commencé à être réglée à quinze ans, et depuis ce moment la menstruation a toujours été régulière. Elle n'a été précédée ni accompagnée d'aucun orage. Devenue grosse, il ne s'est passé rien de particulier jusqu'à l'époque de l'accouchement; aucun trouble n'a été signalé pendant la grossesse.

Cette grossesse se termina par un accouchement à terme, il y a environ sept mois. Nous n'avons pas à faire remarquer seulement la lenteur de l'accouchement, comme cela a lieu la plupart du temps chez les primipares; mais il a été remarquable par des accidents que nous allons signaler.

Le travail fut long et douloureux. Les médecins qui entouraient la malade se trouvèrent dans la nécessité d'avoir recours aux instruments pour extraire l'enfant. Trois applications successives de forceps furent faites. On retira enfin un enfant volumineux et dont la malade ne peut nous indiquer le poids ni les dimensions.

Les difficultés de l'accouchement paraissaient dues surtout à l'excès de volume de la tête de l'enfant.

Un travail inflammatoire local survint, et, quoique l'état de la malade fût sérieux, sa vie ne fut jamais exposée.

C'est le lendemain de l'accouchement qu'elle s'aperçut que les urines s'écoulaient en petite quantité par le vagin; ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'elles y passèrent en totalité. Des cuissons, des douleurs vaginales se manifestèrent pendant que cette malade demeura au lit. Tous ces symptômes s'aggravèrent lorsqu'elle se leva. A dater de cette époque, les urines s'écoulèrent involontairement, soit qu'elle fût couchée, soit qu'elle demeurât debout.

L'écoulement involontaire de l'urine avait fait penser qu'il existait une paralysie de vessie.

Nos confrères, pour combattre les accidents inflammatoires, eurent recours à l'application de sangsues, de vésicatoires, et conseillèrent des injections émollientes dans le vagin.

Ils reconnurent l'existence de la fistule vésico-vaginale par le toucher et l'introduction du spéculum dès qu'ils crurent opportun de procéder à cet examen. Bientôt ils s'aperçurent qu'il y avait une perforation à la paroi antérieure du vagin, laquelle communiquait avec la vessie, et ils reconnurent la présence d'une quantité considérable d'urine dans le cul-de-sac vaginal.

C'est alors que la malade se dirigea vers Paris, et que notre distingué confrère M. Hutin, chirurgien en chef des Invalides, me l'adressa.

Nous la laissâmes reposer pendant deux jours, et nous procédâmes à un examen le 19 février.

L'examen au spéculum permet de constater ce qui suit :

1° Le pourtour de l'anus, les grandes et les petites lèvres sont le siége d'un érythème douloureux et étendu;

2° Les côtés de la fourchette sont légèrement indurés;

3° Dans la cavité du vagin, on trouve un mélange de pus, de mucopus et d'urine;

4° Le col de l'utérus est ulcéré et engorgé;

5° La paroi vésico-vaginale est plissée, raccourcie, par suite de la rétraction du tissu cicatriciel qui s'est formé;

6° Du méat urinaire à la lèvre antérieure du museau de tanche, il y a un intervalle de 4 centimètres;

7° L'urine s'écoule dans le vagin pendant l'examen;

8° Derrière le bulbe, on aperçoit une gouttière transversale distante de l'urètre de 2 centimètres;

9° Dans cette gouttière existe une ouverture faisant communiquer la vessie et le vagin, laquelle permet l'introduction de trois sondes d'argent à la fois. On peut également y faire pénétrer le doigt indicateur;

10° La vessie fait hernie au travers de l'orifice de la fistule. On l'aperçoit surtout dans toute son étendue lorsqu'on a déplissé la paroi antérieure du vagin.

Pendant cinq jours, la malade fut soumise à différentes préparations. Elle prit quelques bains avec la fécule; elle fut purgée; des injections émollientes furent faites dans le vagin. Lorsqu'elle parut suffisamment préparée, l'opération fut pratiquée le 22 février par la méthode autoplastique par glissement.

Pour ne pas revenir à l'ulcération du col de l'utérus, qui n'était pas déterminée par le contact de l'urine, comme le temps nous l'apprit, disons que nous dûmes le toucher plusieurs fois avec l'azotate d'argent pour en obtenir la cicatrisation.

En quelques mots, j'indiquerai le procédé que j'ai suivi. Comme il n'existait aucune adhérence entre les parties, il fut facile de saisir le col de l'utérus, comme nous l'avons conseillé, et de l'attirer vers la vulve. Ce premier temps de l'opération permit de décoller le vagin à son insertion au col de la matrice, et de mettre la fistule en évidence. C'est un point capital que de mettre, autant que possible, la fistule exposée à une vive lumière, qui rend l'opération plus facile.

Nous ravivâmes ensuite, dans une certaine étendue, la circonférence de la fistule, nous en rapprochâmes les lèvres de droite à gauche, et des points de suture appliqués dans le même sens les main-

---

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'hygiène navale, ou de *l'Influence des conditions physiques et morales dans lesquelles l'homme de mer est appelé à vivre, et des moyens de conserver sa santé*; par le docteur J.-B. Fonssagrives, chirurgien de 1re classe de la marine, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest (1).

Le traité que je vais analyser comble une lacune qu'il y avait lieu de s'étonner de voir exister encore. Une profession qui occupe des populations entières exigeait plus que toute autre un traité spécial qui fît connaître son hygiène, ce qu'elle possède à cet égard et ce qui lui manque.

Un mot d'abord sur la division générale du *Traité d'hygiène navale* de M. Fonssagrives, afin d'en faire suivre l'appréciation avec connaissance des choses.

L'auteur divise son ouvrage en six livres.

Après avoir étudié, dans le *livre premier*, le navire dans ses matériaux de construction, ses approvisionnements, ses chargements et sa topographie, il s'est occupé, dans le *deuxième livre*, de l'homme de mer, et l'a envisagé dans ses conditions de recrutement, de profession, de travaux, de mœurs, d'hygiène personnelle, etc. Il considère, dans le *troisième livre*, des influences qui dérivent de l'habitation nautique, et examine, dans autant de chapitres distincts, les mouvements du bâtiment, l'atmosphère nautique, l'encombrement, les moyens d'assainissement du navire, et enfin l'hygiène comparative des diverses sortes de bâtiments. Dans le *quatrième livre*, il traite des influences extérieures au navire, c'est-à-dire des influences pélagiennes, climatériques et sidérales, et donne de longs développements à l'hygiène des climats excessifs. Le *livre cinquième* tout entier a été consacré à l'étude de la bromatologie nautique : il est subdivisé en cinq chapitres, dont le premier est consacré aux différentes espèces d'*eaux potables*, aux moyens de les essayer, de les conserver, de les amender. L'*eau distillée*, qui devient d'un usage de plus en plus général, ne pouvait pas être oubliée dans cette étude : l'auteur en considère l'emploi comme un bienfait pour la navigation. Les *boissons alcooliques*, *aromatiques* (chocolat, thé, café) et *acidules* (limonades) font le sujet du second chapitre de ce livre. Le troisième comprend l'alimentation; le quatrième, la ration; le cinquième, les *aliments exotiques* additionnels : parmi ces derniers, ceux qui présentent des propriétés vénéneuses permanentes ou accidentelles, sont étudiés dans un article à part, et avec le plus grand soin. Enfin, sous l'influence de cette pensée que l'hygiène de l'âme est inséparable de celle du corps, l'auteur consacre dans un *sixième livre*, aux influences morales, c'est-à-dire au régime moral disciplinaire et religieux de l'homme de mer, quelques développements.

Examinons actuellement les principales questions qui se rapportent à chacune de ces divisions, et la manière dont l'auteur les a comprises et traitées.

Si la science est l'ensemble des notions exprimant les rapports nécessaires qui découlent de l'examen des corps et de leurs phénomènes; si l'art est l'ensemble des données fournies par la science, logiquement enchaînées dans ce qu'elles ont d'utile ou d'agréable pour l'homme, l'hygiène est un art qui se fonde sur la connaissance de l'homme et sur celle des milieux qu'il habite.

Or, sous ce point de vue, le marin est un homme à part. Le milieu qu'il habite est à peu près entièrement de création humaine. Comparons un peu le milieu de l'homme de mer et celui de la généralité des hommes; nous verrons bientôt qu'il est tout naturel de voir que les règles de l'hygiène ordinaire, dont nous possédons d'excellents traités, ne s'appliquent point à lui; nous verrons aussi qu'il y a lieu de s'étonner que nous soyons restés si longtemps privés d'un ouvrage tel que le *Traité d'hygiène navale* de M. Fonssagrives.

Le milieu sur lequel nous tous nous reposons est solide; il est immobile par rapport à nous; il prête un point d'appui qui est fixé; il est varié d'aspect extérieur et de composition; nous l'avons, en naissant, trouvé tel qu'il nous reçoit après la mort, sauf de légères modifications à la surface, mais il est étendu, et nous pouvons le parcourir de manière à n'être pas incessamment soumis aux mêmes influences. Le milieu solide sur lequel repose le marin n'a aucune de ces qualités naturelles. Il est d'abord entièrement de fabrication humaine : partie ligneux, partie métallique; il n'a rien de terrestre, et l'homme, une fois qu'il y est placé, ne peut ni l'améliorer ni le changer : il faut y rester ou l'abandonner.

Pris en lui-même, ce milieu clos et artificiel n'est pas aéré comme le nôtre, et une fois placé près des matériaux qui s'y trouvent accumulés, celui qui l'habite y demeure forcément.

A la place d'un milieu solide, fixe, stable, immobile par rapport à lui, le marin repose non point sur un sol, mais sur un plancher en voie d'oscillations continuelles, transversales, longitudinales et verticales. Voilà pour les conditions générales de la partie solide du milieu

(1) Un vol. in-8° de 800 pages, avec figures dans le texte. — Paris, chez J.-B. Baillière.

tinrent en contact en comprenant dans leur anse une certaine épaisseur des parois de la cloison vésico-vaginale.

Les deux premiers temps de l'opération se firent sans difficulté, et le second ne fut accompagné que d'un faible écoulement de sang. Quant à la suture, elle fut faite sans trop de difficultés.

Vint enfin le quatrième temps, qui a consisté dans le décollement de la cloison vésico-vaginale au col de l'utérus, et dans deux débridements latéraux faits d'arrière en avant sur les côtés du conduit vulvo-utérin. Des injections furent faites, et la malade reportée à son lit.

Une sonde fut introduite dans l'urètre, et y fut maintenue à demeure. Il s'écoula bientôt une urine complétement incolore, et qui passa tout entière par la sonde. La malade ne mouilla pas son lit.

Le 28, rien de nouveau. La sonde est changée et donne issue à une grande quantité d'urine claire. Déjà l'érythème des parties génitales commence à disparaître.

Le 3 mars, nouvel examen au spéculum. Je retire un premier fil.

Le 6, après avoir retiré une anse de fil, je fais voir une cicatrice qui paraît complète. Néanmoins la malade garde encore la sonde pendant quelques jours.

Le 12, la dernière anse de fil est retirée; la guérison paraît complète. Dès lors on retire la sonde.

Le 25, la malade se lève. Dans la station debout, il tombe quelques gouttes d'urine.

Ce phénomène se reproduit encore le lendemain et les jours suivants. Un examen au spéculum, pratiqué le 31 mars, permet de constater la persistance d'une fistule très-étroite, mais suffisante pour produire l'incontinence. Une nouvelle opération est nécessaire; elle est pratiquée le 3 avril.

Elle consiste dans un ravivement des bords de la *fistulette*, qui a persisté; dans le rapprochement des bords de l'ouverture et dans leur maintien en contact par trois points de suture.

On reporte la malade dans son lit; une sonde est placée dans la vessie.

Les jours suivants, l'écoulement de l'urine se fait tout entier par la sonde. La malade ne perd nullement et ne mouille pas son linge.

Le 14, examen au spéculum. Le résultat paraît être complet.

Le 16, on retire le premier fil; la malade pourra uriner sans sonde. Elle garde ses urines sans en perdre pendant deux heures environ.

Le 18, elle se lève, mais elle perd un peu d'urine.

Le 25, nouvel examen au spéculum. Rien de nouveau; tout paraît réuni.

Dans les premiers jours de mai, la malade reste toujours levée. Qu'elle marche ou qu'elle soit assise, elle ne perd pas d'urine.

Le 13, elle demande à sortir. Je l'examine au spéculum; je retire deux fils qui restaient encore, et je l'engage à rester encore quelques jours.

Le 17, elle sort de l'hôpital complétement guérie. Quelle que soit la position qu'elle prenne, elle ne perd aucune goutte d'urine.

L'examen fait ce jour-là, en présence des élèves et des médecins, fait connaître :

1° La réparation complète de la vessie, qui fait l'office de réservoir. A l'aide d'une sonde d'argent introduite dans son intérieur, on retire une assez grande quantité d'urine transparente, sans aucun dépôt.

2° La cloison vésico-vaginale est un peu rétrécie d'avant en arrière.

3° On ne trouve aucune ouverture accidentelle. Que la malade soit debout, qu'elle soit couchée, elle ne perd pas d'urine.

4° Trois lignes transversales cicatricielles se rencontrent d'avant en arrière sur cette cloison. La postérieure indique le décollement de l'insertion du vagin au col de l'utérus; les autres indiquent l'application des points de suture, et une ligne médiane marque le point de réunion des lèvres de la fistule.

La malade conserve ses urines pendant plusieurs heures, et elle est avertie du besoin d'uriner comme dans l'état normal.

Cette observation est remarquable à plus d'un titre. C'est l'excès de volume de la tête de l'enfant qui a déterminé de graves désordres dans les organes génitaux par suite de son séjour prolongé dans l'excavation du bassin. Une fois de plus, ce fait démontre que la gangrène et le travail d'élimination ne donnent pas lieu à des accidents inflammatoires proportionnés à l'étendue de l'altération et à l'importance des organes lésés. La nature seule, aidée de l'emploi des émollients, suffit pour modérer l'inflammation éliminatrice et pour prévenir le traumatisme qui pourrait être la conséquence d'une lésion aussi grave et aussi compliquée.

C'est évidemment à la pression exercée par la tête sur la cloison vésico-vaginale qu'est due la gangrène de cette région. Si on devait ajouter foi au récit de cette malade, dès le lendemain de l'accouchement les urines se seraient écoulées involontairement par le vagin. Cela n'est guère admissible, et on doit considérer comme probable que la cloison gangrenée a pu être déchirée dans un de ses points, ou que les urines se sont échappées involontairement par l'urètre à la suite de l'accident. Toutefois, c'est par degrés que l'urine s'est frayé une route par le conduit vulvo-utérin, puisqu'elle n'a librement coulé par là en totalité qu'au bout d'un certain nombre de jours. C'est aussi d'une manière insensible que les détritus organiques résultant de la décomposition de l'eschare ont été entraînés avec les urines. La malade, en effet, n'a reconnu aucun lambeau de tissu qui pût appartenir à la cloison mortifiée. Il n'est guère possible d'expliquer autrement la disparition d'une perte de substance aussi considérable.

Le tissu inodulaire, étendu à une grande partie de la surface de la cloison, vient d'une manière claire et précise confirmer nos assertions.

Cette cicatrice rayonnée, ce plissement de la cloison vésico-vaginale résultant de la perte de substance en question, devaient rendre le ravivement difficile, ainsi que le rapprochement des lèvres de la fistule rendues préalablement saignantes. Dès lors on s'explique facilement, dans des circonstances semblables, pourquoi quelques points ont échappé à l'agglutination.

Ce fait atteste, en outre, que des cautérisations ne peuvent triompher d'une fistule très-étroite lorsque le bourgeonnement circonférentiel y est impossible; car le resserrement des tissus et leur froncement s'arrêtent presque toujours dans de certaines limites, et de manière à laisser subsister un pertuis urinaire au travers duquel le liquide sécrété passe pour baigner les organes génitaux. Les phénomènes adhésifs entre les lèvres de la petite fistule ne sont possibles que par le bourgeonnement ou par le *croisement* si rare des lèvres chevauchant légèrement l'une sur l'autre et se confondant ainsi.

Jusqu'au moment où le réservoir de l'urine a été complété, la malade n'a pu conserver ses urines, qui s'échappaient involontairement et sans qu'elle en eût conscience; mais, à dater du moment où la fistule a été tout à fait bouchée, les besoins d'uriner se sont fait sentir comme par le passé.

Pour obtenir un résultat complet, il a fallu, ainsi qu'on l'a vu, raviver largement de nouveau et réunir par la suture entrecoupée.

Il est donc d'une grande utilité, pour obtenir une agglutination complète, de mettre les lèvres de la fistule, convenablement ravivées, en un contact exact.

Nous ne terminerons pas ce qui a rapport à cette opération sans dire combien il est important de ne couper l'anse du fil que d'un côté, afin de la retirer en totalité. Il m'est démontré, en effet, qu'une portion de fil demeurée en place pendant quelque temps organise autour d'elle un trajet que désormais l'urine devra parcourir. D'ailleurs, l'urine, imbibant sans cesse le fil, l'incruste de matières lithiques.

Lors de la sortie de cette malade, la vessie avait repris une ampleur telle qu'elle pouvait conserver ses urines pendant plusieurs heures sans gêne et sans fatigue.

NOTE SUR QUELQUES VARIÉTÉS D'ABCÈS DE LA FACE.

Par M. E. FOUCHER, prosecteur de la Faculté.

Les abcès de la face, surtout ceux qui correspondent aux os maxillaires supérieurs, présentent des différences assez nombreuses quant à leur siége et quant à leur point de départ, et ces différences entraînent la nécessité d'établir dans le pronostic et le traitement des distinctions importantes.

Ainsi, assez souvent l'inflammation de la membrane du sinus n'est qu'une extension de celle de la pituitaire, et quelquefois les collections purulentes viennent des sinus frontaux ou de l'orbite, comme dans les cas rapportés par Bertrandi, Saint-Yves et Dezeimeris. Mais l'une des causes les plus fréquentes des inflammations et des abcès du sinus maxillaire, c'est la *carie dentaire*. Or, l'altération des dents peut se propager vers le maxillaire, produire des lésions dont le siége, le mode d'extension, la terminaison sont différents, de telle sorte qu'il a paru utile aux chirurgiens de les distinguer. Mais cette distinction me semble avoir été établie sur des bases trop vagues, et les observations que je vais rapporter montreront, je l'espère, qu'il y a lieu de mettre plus de précision dans l'étude des abcès du maxillaire supérieur. Les indications fournies par Hunter, Jourdain, Portal; celles empruntées à Runge, à Bordenave ne sauraient suffire, et M. Velpeau insiste avec raison, dans ses leçons, sur ce point de pathologie, qui ne devra pas être indifférent au praticien, attendu que la mort peut être et a été le résultat de quelques-uns de ces abcès.

L'une des variétés d'abcès que l'on rencontre le plus fréquemment, et qu'il faut savoir distinguer de celui du sinus, quoique Bordenave l'ait souvent confondu avec lui, c'est l'abcès qui provient de l'inflammation du périoste. Outre les causes générales de périostite, telles que les contusions, coups, chutes, il ne faut pas oublier comme cause spéciale de périostite maxillaire le scorbut et la stomatite mercurielle, qui ne produisent la nécrose de l'os qu'en attaquant le périoste.

La carie dentaire peut aussi produire la périostite de plusieurs façons. Tantôt, en effet, l'inflammation qu'elle développe s'établit entre la dent et l'arcade dentaire, dans le périoste alvéolo-dentaire, tantôt elle gagne le tissu osseux lui-même. Dans le premier cas, la suppuration s'établit entre la dent et le périodonte, forme un petit abcès qui, situé entre la gencive et la dent, ébranle celle-ci et entretient la formation d'un petit trajet fistuleux. Si l'inflammation atteint la face externe du périoste alvéolo-dentaire, on verra l'abcès se former dans l'épaisseur de la gencive, s'y limiter, y constituer une petite tumeur désignée sous le nom de *parulie*. Ce sont là les cas les plus fréquents et les moins graves. Mais dans d'autres circonstances, et ce sont les seules dont je veuille citer des exemples, c'est le périoste de l'os maxillaire lui-même qui s'enflamme, et alors encore on pourra observer deux variétés : ou bien l'inflammation débute par la face interne du périoste, produit un abcès sous-périostique, l'os est dénudé et se nécrose si le recollement du périoste n'a lieu promptement; d'autres fois, ce sera la face externe du périoste qui sera le siége de la phlegmasie, qui s'étendra vers la joue, et produira un vaste phlegmon suivi d'une abondante suppuration et de la dénudation de tout le maxillaire supérieur. C'est là un cas en réalité fort grave, et M. Velpeau raconte, dans ses leçons cliniques, l'observation d'un médecin qui mourut de cette façon.

Voici quelques observations qui viennent à l'appui de ces propositions.

OBS. I. — Le nommé H..., tailleur, âgé de cinquante-quatre ans, entre à l'hôpital de la Charité. Cet homme, habituellement bien portant, et n'ayant jamais eu la syphilis, a été atteint il y a quatre ans d'une fluxion de la joue droite, dépendant d'une dent gâtée. Cette maladie dura longtemps, la malade continuant à éprouver des douleurs sourdes dans tout le côté correspondant de la tête. Cependant les dents s'ébranlèrent aux deux arcades dentaires, et le malade pouvait les arracher avec ses doigts, surtout à la mâchoire supérieure. Il nous montre une grosse molaire supérieure droite arrachée de cette façon, il y a neuf mois. Depuis cette époque, douleurs continuelles, mais sourdes, avec des alternatives de mieux et de pis.

Il y a environ six mois, la douleur devint plus vive en mangeant, et peu à peu il se forma à la face externe du rebord alvéolaire du côté

---

qu'il habite, comparées à celles du nôtre. Ce simple aperçu, s'il était développé scientifiquement d'une manière comparative, tracerait à lui seul le plan de la première moitié au moins de l'hygiène en général, de l'hygiène navale en particulier. Mais on sait qu'il n'existe pas encore de description synthétique du *tout* physico-organique que nous habitons, comparé analytiquement aux êtres qui s'y trouvent, comparaison qui devrait être faite tant sous le rapport anatomique que sous celui de chacune des fonctions de ceux-ci auxquelles prend part ce milieu.

Ces remarques s'appliquent naturellement à ce qui suit comme aux données sommaires précédentes.

Le milieu gazeux au sein duquel l'homme est plongé, bien que le même que celui du marin au point de vue des quantités d'oxygène et d'azote, en diffère sous tous les autres rapports. Le degré d'humidité, sa température, et ses variations subites et fréquentes, son état électrique diffèrent des mêmes conditions prises dans notre atmosphère. La manière incessante et rapide dont le navire emporte ses habitants du jour au lendemain dans des climats différents, voilà encore autant de dissemblances dont il est intéressant d'étudier l'influence sur ceux qui s'y trouvent exposés pendant une partie de l'année; sans parler de l'utilité de leur étude scientifique comparative. En outre, l'atmosphère de l'intérieur du navire diffère beaucoup plus de celle de l'extérieur que celle de nos habitations ne diffère du grand air.

De la partie organique du milieu que nous habitons, le marin n'a que la portion malfaisante, celle qui vicie tout, celle qui porte partout avec elle les sources de sa propre destruction, c'est-à-dire la partie animale représentée par l'homme. Il manque de la portion végétale, au contraire, qui rend de nouveau l'air respirable pour les animaux, et fait pour l'atmosphère par rapport à l'homme ce que la respiration fait au sang veineux par rapport aux tissus. Enfin, la plupart des aliments du marin sont artificiels en ce qu'ils ne sont pas frais, mais *conservés*. Or cette conservation ne s'obtient que par des modifications isomériques des substances organiques, modifications telles qu'elles ont perdu une partie des qualités qui les rendaient assimilables lorsqu'elles étaient encore fraîches.

Ces indications suffisent pour montrer que l'hygiène navale, comme l'hygiène générale, ont un point commun sur lequel repose leur étude et dont elle part; ce point est la connaissance du milieu dans lequel agit l'homme. Mais à partir de là chacune suit une marche différente qui lui est propre, parce que presque dans toutes les parties de ce milieu où l'homme trouve des conditions d'existence favorables, le marin trouve presque toujours des conditions opposées.

L'ordre que je viens de suivre dans cette comparaison succincte des milieux habités par la majorité des hommes et par les marins est celui qu'a suivi M. Fonssagrives. Il commence naturellement son traité par un excellent chapitre sur les matériaux qui entrent dans la composition du navire, sur les moyens qui servent à les unir et à les protéger. On pourrait croire qu'il s'est trop complu dans son sujet en parlant de ces objets. Or n'est-ce pas là ce qui commence à établir une différence essentielle entre l'habitation du marin et la nôtre? Comment pourrait-on par conséquent faire connaître trop exactement la nature des choses à ceux qui les ignorent, car je suppose l'écrivain se proposant d'instruire ceux qui ne savent pas encore?

Ces remarques s'appliquent naturellement aussi à l'étendue des détails que donne l'auteur sur les chargements et approvisionnements des navires, sur la manière dont ils sont distribués dans ses diverses parties, et sur leur influence nécessaire et forcée sur le marin. Car celui-ci ne peut ni modifier ces dispositions, contrairement à ce que nous pouvons en général faire sur terre, ni éviter d'être soumis à ces actions pendant la plus grande partie de son séjour dans ces conditions factices et nouvelles. On ne saurait donc trop insister sur la nécessité de connaître toutes ces particularités, quelques minutieuses qu'elles puissent paraître, lorsqu'à côté de chaque détail se trouvent indiqués les moyens de pallier les inconvénients qu'il peut entraîner pour la santé.

Au lieu d'un milieu fixe et stable, le marin, avons-nous dit, repose sur un milieu solide, mobile par lui-même, et qui du jour au lendemain l'emporte dans des climats différents. Aussi l'étude de ces climats et celle de leur influence sur les hommes qui les parcourent sans les habiter à proprement parler est faite avec le plus grand soin et avec toute l'étendue exigée par cet important sujet. Ici les faits sont si nombreux que vouloir en aborder l'examen me ferait dépasser de beaucoup les limites accordées à une simple analyse. Les maladies particulièrement dues à l'influence de chacun de ces climats sont passées en revue à propos de chacun d'eux, et cet examen est riche en faits intéressants pour tous les médecins.

Pour plus d'une d'entre les affections particulières au marin dont parle M. Fonssagrives, il y aurait beaucoup à dire sur la place qu'elles occupent dans l'ouvrage; mais il ne s'agit pas ici d'une nosographie médicale, et l'important est que le sujet ne soit pas omis.

(*La fin au prochain numéro.*) Dr Charles ROBIN.

Quelques sujets de médecine et de chirurgie pratiques, par M. le docteur LIÉGARD. Brochure in-8°. Prix : 2 fr. 50 c. — Chez Hardel, rue Froide, 2, à Caen, et à Paris, chez Victor Masson, rue de l'École-de-Médecine, 17.

droit une petite tumeur qui s'ouvrit spontanément et donna issue à une assez grande quantité de pus mêlé de sang noir. Les douleurs cessèrent, et quelques jours après le malade se croyait guéri, lorsqu'il y a trois semaines il éprouva un violent mal de dents. Le siége de la douleur était surtout au niveau des dents grosses molaires supérieures droites. Cette odontalgie fut suivie assez promptement d'un gonflement de la gencive correspondante et, en huit jours, d'un gonflement inflammatoire de la joue avec de la roideur dans tout ce côté de la face et impossibilité d'écarter les mâchoires. Sous l'influence des cataplasmes émollients, la tuméfaction de la joue disparut, les mouvements de la mâchoire redevinrent plus libres, et le malade, se trouvant un peu soulagé, ne consulta personne.

Mais, depuis huit jours, la douleur et le gonflement se sont montrés de nouveau.

Cet homme a consulté un médecin, qui l'a engagé à entrer à l'hôpital de la Charité. A son arrivée, nous constatons une tuméfaction considérable développée dans l'épaisseur des tissus qui composent la joue droite. Cette tumeur est dure au centre, douloureuse. Sa circonférence se perd insensiblement dans l'épaisseur des tissus de la joue; la place qui la recouvre est rouge, chaude, elle fait peu de saillie à la face interne de la joue. En ouvrant la bouche du malade, on aperçoit une carie de la première grosse molaire et deux petits chicots, reste des deux petites molaires supérieures droites.

La gencive correspondante est fortement gonflée, surtout à sa face externe, où elle forme une tumeur rouge, fongueuse, mollasse, se continuant avec l'engorgement de la joue. La partie interne de la gencive est peu gonflée.

L'extraction de la grosse molaire gâtée donne issue à une certaine quantité de pus sanieux, d'une odeur infecte. Le rebord alvéolaire ne paraît pas dénudé. Un stylet introduit dans l'alvéole libre ne pénètre pas dans le tissu de l'os. En comprimant le tissu fongueux développé à la face externe de la gencive malade, on fait sortir une matière sanieuse mêlée de quelques gouttelettes de pus jaunâtre.

Le 21 avril, le malade est soulagé, le gonflement de la joue est diminué, ainsi que la tumeur gengivale; les mouvements de la mâchoire sont plus libres; la nuit a été excellente, et le malade a pu goûter le repos, qu'il avait perdu depuis longtemps. Les deux chicots sont extraits, et le lendemain la douleur est presque nulle; mais la gencive reste mollasse, un peu fongueuse. On cherche à plusieurs reprises à introduire un stylet sous la gencive pour rechercher la dénudation de l'os, et l'on peut s'assurer qu'il n'en existe pas.

Cette observation nous paraît offrir un exemple de périostite suite de carie dentaire, dans laquelle l'inflammation s'est propagée à la face externe du périoste.

Tel est encore le cas suivant :

Obs. II. — Une jeune femme, d'un bon tempérament, d'une bonne santé habituelle, est prise, vers le 8 mars, de douleurs de dents assez vives, qui cependant cessèrent d'elles-mêmes, et ce ne fut que quelques jours plus tard que la malade s'aperçut que sa joue gauche était enflée; en même temps que des douleurs s'y manifestèrent, les jours suivants le gonflement augmenta; la peau, distendue, devint rouge, et la mastication fut impossible.

Le 21 mars, la malade entre à l'hôpital, et l'on constate l'état suivant :

Paupières à demi-fermées; la bouche ne peut être ouverte; le volume de la joue est considérable; la peau en est rouge et distendue; le moindre contact y détermine une vive douleur. Le pavillon de l'oreille lui-même participe au gonflement, et l'on trouve au-dessous de lui une petite ouverture qui fournit un pus fétide.

Le doigt porté sur la joue constate l'épaississement des parois buccales; le sillon gengival est comblé par la tuméfaction de la muqueuse soulevée dans tous ses points; enfin, la sensation de fluctuation est manifeste au-dessus de la plaie qui existe déjà et par laquelle s'échappe une petite quantité de pus. La tumeur occupe toute la région gauche de la face et du cou, de l'insertion supérieure du sterno-mastoïdien à la commissure labiale, et en haut s'étend vers l'os malaire et le bord orbitaire; la soif est vive, le pouls fréquent. Des cataplasmes émollients sont entretenus sur tout le siége du mal.

Le 26, le gonflement a déjà diminué, mais le pus est toujours fétide, et la douleur vive; deux incisions sont pratiquées à la partie externe et déclive; par l'une d'elles s'échappe un énorme morceau de tissu cellulaire mortifié; dès lors le mieux se fait sentir.

Le 29, le gonflement est beaucoup moindre; la bouche s'ouvre mieux.

Le 1er avril, le mieux continue, et la malade quittait l'hôpital guérie le 6 avril.

C'est encore là une périostite de la face externe développée sous l'influence d'une douleur dentaire et se transmettant aux tissus voisins; l'étendue considérable du gonflement est remarquable.

Dans l'observation qui suit l'on voit, au contraire, la phlegmasie se propager par la face interne du périoste.

Obs. III. — L... (Marie), âgée de vingt et un ans, entre le 28 février à l'hôpital de la Charité. Cette femme vit survenir, cinq jours avant son entrée à l'hôpital, une tuméfaction avec rougeur occupant le côté droit du nez.

Le 1er mars, l'on trouve une tumeur oblongue en haut, et dont la partie moyenne correspond au sillon de l'aile du nez et de la joue. Cette tumeur est rouge, douloureuse et très-fluctuante. Le gonflement inflammatoire a même envahi le côté droit de la lèvre supérieure, au bord de laquelle l'abcès s'est fait une petite ouverture. La dent canine supérieure droite est profondément cariée.

Le 2, une incision pratiquée sur la partie moyenne de l'abcès donne issue à une petite quantité de pus; l'os est à nu au fond de l'abcès. Cependant les jours suivants le gonflement est diminué, les parois du foyer se recollent, et le 11 mars la malade sort guérie, après avoir fait extraire la dent malade.

Ici nous voyons un abcès formé à peu de distance au-dessous du grand angle de l'œil, et dont on pouvait chercher le point de départ dans une inflammation du sac lacrymal, ou dans une affection syphilitique portant sur les os du nez. Mais les abcès périostiques syphilitiques se développent plus lentement; de plus, la présence d'une dent cariée permet de croire à une propagation de l'inflammation par le périoste, d'autant plus que l'on trouva l'os à nu, et que la guérison immédiate indique que l'os lui-même n'était pas altéré. Cette observation a donc une valeur réelle au point de vue de l'étiologie des abcès de la face.

Mais la phlegmasie développée sous l'influence d'une carie dentaire ne suit pas toujours la face externe de l'os; elle peut pénétrer dans sa cavité et produire des abcès du sinus maxillaire dont les conséquences peuvent être redoutables, ainsi que le montre l'observation suivante :

Obs. IV. — *Inflammation du sinus maxillaire. — Suppuration. — Exophthalmie. — Abcès du cerveau. — Mort.*

Zoé D..., âgée de trente-huit ans, est entrée le 28 décembre 1855 à la Charité (salle Sainte-Rose, n° 18), pour se faire traiter d'une affection du sinus maxillaire. Cette maladie, dont le début daterait de deux ans, au dire de la malade, s'est annoncée par une tuméfaction légère, avec rougeur de la peau et douleur à la joue du côté gauche. Le gonflement s'étendit bientôt à la gencive, et fut suivi de la perte de toutes les dents molaires de ce côté. Jusqu'alors, du reste, la malade s'était bien portée, et elle était seulement sujette à des céphalalgies fréquentes qui devinrent plus vives à partir du moment où elle commença à souffrir de la mâchoire. Cependant la tuméfaction de la joue augmenta insensiblement et la douleur devint plus intense. Aucun traitement ne fut suivi. Ce ne fut qu'au mois de novembre que la malade vint à Paris, et bientôt une autre tumeur dont le début s'accompagna d'une fièvre intense se manifesta au cou du côté gauche. C'est alors que, souffrant de plus en plus, D... se décida à entrer à l'hôpital de la Charité, le 28 décembre 1855.

Cette malade a la joue gauche sensiblement tuméfiée. La peau de cette région rouge est et chaude; la pression y cause une vive douleur et permet de déprimer la tumeur, qui paraît reposer sur une lame flexible et revenant sur elle-même. Ce n'est qu'en se rapprochant du nez que l'on sent encore une surface dure; mais en ce point même la paroi osseuse plie en craquant. La tumeur du cou est rouge, rénitente, douloureuse, et siége évidemment dans les ganglions. A cet état local se joint une réaction fébrile intense, et la malade est dans l'abattement.

Le chirurgien du service, M. A. Guérin, pratique sur la gencive, au-dessus de la première molaire supérieure, une incision qui donne issue à un liquide séro-muqueux; et un stylet introduit dans le sinus maxillaire permet de constater que déjà la partie supérieure de cette cavité est dénudée. L'écoulement du liquide continue pendant les huit jours qui suivent sans que le gonflement diminue, et le 5 janvier l'incision est agrandie, et dès lors les injections de vin aromatique sont faites deux fois par jour dans le sinus. La tuméfaction de la joue diminue progressivement; mais le liquide qui s'écoule par l'incision est aussi abondant et prend les caractères du pus sanieux. L'état général est toujours peu satisfaisant; la fièvre continue, et la malade n'entend plus de l'oreille gauche.

Le 15 janvier, la tumeur ganglionnaire du cou, devenue fluctuante, est ouverte; la plaie qui en résulte, après avoir paru se cicatriser, reste béante, et le 25 janvier on remplace les injections dans les sinus de vin aromatique par celles de teinture d'iode étendue d'eau. La suppuration n'en reste pas moins fétide et abondante, et le pus, en partie avalé, entretient dans le tube digestif un état inflammatoire qui se traduit par une fièvre continue.

Les injections de teinture d'iode sont supprimées et remplacées par des injections d'eau froide faites plusieurs fois par jour.

Cependant, dès le 1er février, l'état général est plus grave; la fièvre est intense, le ventre ballonné, douloureux; l'abattement extrême; l'aspect typhoïde. — Un vésicatoire est appliqué à la région interne de la cuisse.

Du 1er au 12 février, cet état général ne s'améliore pas; les idées sont de plus en plus confuses; la surdité devient complète; la fièvre est toujours intense.

Du 12 au 28, l'on peut remarquer une légère amélioration dans l'état général; les idées sont moins confuses; l'appétit renaît; les forces semblent revenir et la malade arrive à se lever, à faire quelques pas dans la salle, quoique la fièvre n'ait pas complétement disparu.

La plaie de la gencive, celle du cou ne se cicatrisent pas. Mais cette amélioration ne s'est point maintenue.

Du 1er au 8 mars la malade s'affaiblit de jour en jour; le pouls devient plus fréquent; l'appétit est nul, l'abattement extrême, et la plaie de la gencive fournit une suppuration sanieuse et abondante.

Le 8 mars, à la visite du matin, l'on s'aperçoit que les paupières présentent un léger gonflement qu'on n'avait pas remarqué jusqu'alors, et dès le lendemain l'œil est fortement déjeté en avant, en bas et en dehors. Les paupières sont rouges, tendues, œdémateuses; la conjonctive est boursouflée; toute la circonférence de la cornée, qui disparaît au fond d'une dépression circulaire et le fond de l'orbite, est le siége de douleurs pulsatiles qui s'irradient au front et à la tempe. La vision n'est point encore perdue, mais tous les objets paraissent doubles.

Le 15, la peau des paupières présente çà et là quelques points gangrenés, et la cécité est complète. Nul doute que l'inflammation du sinus maxillaire a gagné le fond de l'orbite et y a produit de la suppuration.

Le 16 mars, une incision est pratiquée à la paupière supérieure, au-dessus de l'angle interne de l'œil, et donne issue à du sang sans mélange de pus. Un stylet introduit par cette ouverture pénètre de l'orbite dans le sinus maxillaire. La cornée est terne, affaissée; la conjonctive est énormément tuméfiée.

Le 17 et le 18, nouvelles tentatives infructueuses pour rencontrer un abcès dans la cavité orbitaire; l'exophthalmie est de plus en plus prononcée. Il est probable que le pus produit dans l'orbite tombe immédiatement dans les sinus.

Cependant, dans la nuit du 18 mars, la malade est prise de diarrhée, de sueurs abondantes, de fièvre intense, et les jours suivants, il survient un coma profond avec insensibilité complète.

La malade meurt le 22 mars dans la matinée.

Autopsie. — La tête seule a pu être examinée avec soin, et les lésions portent sur le maxillaire supérieur, l'orbite et le cerveau.

La peau et les muscles qui recouvrent l'os maxillaire supérieur sont sains; la paroi antérieure du sinus est détruite dans toute sa portion externe, et se trouve remplacée par une membrane pyogénique épaisse, résistante. A la partie interne, existent encore quelques petites esquilles qui se brisent facilement. L'apophyse montante et le bord alvéolaire semblent seuls intacts à la face antérieure du maxillaire. La membrane qui tapisse les sinus est détruite; et au milieu de sa cavité l'on trouve un large séquestre formé de la lame osseuse qui sépare les sinus de l'orbite et de la lame verticale de l'os palatin. La paroi postérieure du sinus est intacte. La voûte palatine est en partie détruite et recouverte par une membrane pyogénique qui tapisse aussi la paroi interne de manière à obturer l'orifice normal du sinus et la perte de substance assez large formée au niveau du méat inférieur. On retrouve la trace de l'incision pratiquée pour donner issue au liquide, et au-dessous d'elle la racine cariée de la première petite molaire, qui est entourée d'une rigole circulaire creusée dans la substance osseuse.

Les parois externe et supérieure de l'orbite sont intactes; le périoste qui les recouvre, sans être altéré, se détache avec facilité. Le globe oculaire est fortement déjeté en avant et en dehors. Les paupières sont infiltrées et sphacélées à leur partie interne. Le tissu cellulaire de l'orbite et les muscles sont réduits en une pulpe noirâtre et fétide. Les milieux de l'œil et les membranes ne sont pas altérés; le nerf optique est ramolli et noirâtre. La paroi inférieure de l'orbite est complétement détachée et flottante dans les lésions maxillaires; la paroi interne est également dénudée, amincie, perforée en plusieurs points. A travers ces ouvertures comme à travers les trous ethmoïdaux, le pus a fusé et s'est répandu dans les cellules de l'ethmoïde, dans les sinus frontaux et les sinus sphénoïdaux; puis, pénétrant par les gouttières de la lame criblée de l'ethmoïde, il a gagné la face supérieure du corps du sphénoïde en se frayant un chemin entre les os et la dure-mère. Cette membrane est décollée dans une grande étendue, détruite en certains points, et la base du cerveau présente de profondes altérations. En effet, un abcès occupe tout le lobe antérieur gauche et a amené la destruction des nerfs optique et olfactif. La suppuration est moins étendue dans le lobe antérieur droit. Les lobes postérieurs sont intacts. Rien dans les ventricules. Le cervelet est sain.

Cette observation me paraît mériter la plus grande attention. Nous y voyons, en effet, une maladie grave du sinus maxillaire, dont le développement s'est probablement effectué sous l'influence d'une simple carie dentaire; mais il est extrêmement difficile de savoir quel a été le germe de la lésion à son origine; et à cet égard, plusieurs suppositions sont permises. Serait-ce que la carie a, par l'irritation de contact, propagé l'inflammation au tissu osseux, qui se serait dès lors nécrosé. Je crois peu, pour mon compte, à cette propagation de l'inflammation directement et primitivement au tissu osseux lui-même; je crois beaucoup à sa propagation au périoste et à la membrane du sinus; mais ce à quoi je ne crois pas du tout, c'est à la nécrose consécutive à la seule ostéite. D'ailleurs, ici la nature du liquide évacué par la première incision ne permet pas de s'arrêter un seul instant à cette hypothèse, et force aussi d'en adopter une autre, à mon avis, très-séduisante, c'est celle qui consisterait à penser que l'inflammation ayant d'abord envahi le périoste, comme dans les cas que j'ai relatés plus haut, a produit une collection purulente entre cette membrane et l'os, et que cet abcès sous-périostique a amené le décollement de la membrane du sinus, d'où la nécrose, comme cela arrive à l'égard du tissu médullaire qui se détache de l'os dans les cas d'abcès sous-périostiques; et ce résultat, quant à l'os maxillaire, n'est pas une pure hypothèse, je l'ai constaté dans un cas de la façon la plus évidente. Mais ici il n'y avait pas de pus primitivement, et lors de l'arrivée de la malade à l'hôpital il est certain que la paroi antérieure du sinus était déjà en partie détruite. Il faut dès lors songer ou à une hydropisie du sinus maxillaire, ou à l'un de ces kystes si bien décrits par M. Giraldès; et j'avoue qu'il n'est guère possible de se prononcer dans l'un ou l'autre sens. Cependant, considérant que toute l'altération a porté d'abord sur la paroi antérieure du sinus, qu'au moment de l'incision la lame du plancher de l'orbite était déjà dénudée, que rien d'analogue n'existait du côté de la paroi interne, je préférerais m'arrêter à l'idée de l'existence d'un kyste; car une véritable hydropisie eût porté son action sur toutes les parois du sinus.

Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins curieux de suivre la marche de l'inflammation, qui a certainement existé dans le sinus maxillaire à partir du moment de l'ouverture. L'on rencontre bien dans les auteurs des abcès des sinus frontaux ayant gagné le sinus maxillaire à travers l'orbite, tels sont les cas de Saint-Yves, de Bertrandi, etc; mais je n'ai trouvé aucune observation ayant offert la marche inverse. Cependant ici l'on suit la progression du pus de la cavité du sinus dans l'orbite, de là dans les cellules ethmoïdales, les sinus frontaux et sphénoïdaux, puis dans le crâne; on retrouve, du reste, dans les symptômes, la traduction de ces envahissements successifs.

L'exophthalmie subite n'indique-t-elle pas l'irruption prompte du pus dans la cavité orbitaire à travers l'aponévrose, qui a dû résister pendant quelque temps et servir de barrière à la suppuration? De plus, l'entrée du pus dans la cavité crânienne ne se traduit-il pas dans les derniers temps de la vie par cet état comateux si marqué qu'a présenté la malade? Enfin, l'on aurait lieu de s'étonner de l'absence de l'écoulement du pus par la narine, si l'autopsie n'était venue montrer que les voies de communication étaient obturées par une membrane pyogénique. Tout devient donc clair dans cette affection si complexe et si fatale, bien qu'elle ait débuté avec les apparences de la bénignité.

Il reste établi par cette observation, comme par les précédentes,

que la carie dentaire est fréquemment le point de départ des maladies du sinus maxillaire. Mais, comme je l'ai dit, ce n'est pas la seule source de ces inflammations, car les affections des fosses nasales s'y propagent aussi avec la plus grande facilité, de même que dans les autres sinus. Les cavités nasales, vastes et anfractueux carrefours desquels partent à droite, à gauche, en haut, en avant, en arrière, de larges diverticulums, des impasses à embouchures étroites, forment la grande voie de communication de l'arrière-bouche avec l'extérieur, incessamment traversée par le courant d'air et tout ce qu'il entraîne avec lui, exposés aux agents du dehors et se trouvent par là constituer la partie la plus vulnérable, et ce sont les altérations qui s'y développent qui marchent vers les sinus. Si les physiologistes se sont appliqués de bonne heure à saisir la solidarité fonctionnelle qui existe entre ces diverses cavités, les pathologistes n'ont pu tarder à remarquer leur solidarité pathologique.

Somme toute, il me semble que l'on doit admettre dans la région du maxillaire supérieur, outre les abcès sous-cutanés, quatre autres variétés de collections purulentes, dont deux ont leur siége en dehors du sinus :

1° L'abcès *sus-périostique* ;

2° L'abcès *sous-périostique* ;

3° L'abcès *sous-osseux*, situé entre l'os et la membrane du sinus ;

4° L'abcès de la *cavité du sinus*.

J'ai suffisamment indiqué dans les observations l'importance qu'il faut attacher à ces distinctions, tant au point de vue du pronostic qu'au point de vue thérapeutique.

FORMULE DE L'EAU LAXATIVE DE VIENNE.

M. le professeur Schützenberger (de Strasbourg) vante beaucoup l'emploi de la préparation suivante dans le traitement des maladies de Bright récentes, etc.

Feuilles de séné.	15 grammes
Raisins de Corinthe.	15 —
Racine de polypode.	1 —
Semences de coriandre.	50 centigr.
Bi-tartrate de potasse.	2 grammes
Infusez dans :	
Eau bouillante.	q. s.
Pour :	
Colature.	100 grammes
Faites dissoudre :	
Manne.	30 —

L'effet de cette eau est d'attirer vers la muqueuse intestinale la sérosité qui infiltre les tissus et gêne les fonctions des organes.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 juillet 1856. — Présidence de M. Is. GEOFFROY ST.-HILAIRE.

Rhinoplastie. — M. Ch. Sédillot communique une note sur un nouveau procédé de rhinoplastie qu'il a imaginé pour obvier à l'un des principaux inconvénients qu'ont généralement les procédés en usage dans les cas où la cloison nasale a été totalement détruite, de ne donner qu'une saillie nasale qui s'affaisse et s'aplatit inévitablement. Le moyen proposé par M. Sédillot consiste à constituer par un double tégument superposé les faces supérieure et inférieure de la sous-cloison en les continuant régulièrement avec le nez et avec la lèvre.

Voici la description du procédé :

Dans un premier temps, on taille, comme d'habitude, le lambeau frontal, mais on donne plus de longueur et de largeur à la languette tégumentaire destinée à la sous-cloison.

Dans un deuxième temps, on détache de la partie moyenne et de toute la hauteur de la lèvre supérieure un lambeau d'un centimètre environ de largeur, dont la base est en haut, l'extrémité libre en bas, et qui s'étend en arrière jusqu'auprès de la muqueuse sans l'intéresser.

Le lambeau, relevé à angle droit, présente une face supérieure épidermique et une face inférieure traumatique ou sanglante. En plaçant au-dessous de cette dernière, et en contact avec elle, le prolongement du lambeau frontal, on forme une cloison sous-nasale épaisse, résistante, revêtue de peau supérieurement et inférieurement, isolée, sans possibilité d'adhérences avec les parties voisines, continue au nez et à la lèvre dont elle provient, et peu susceptible de rétraction, puisque les deux lambeaux qui la composent tendent chacun à se rapprocher de leur base, et que leur retrait en sens inverse doit en partie se neutraliser.

Les deux lambeaux superposés sont fixés par quelques points de suture, et l'extrémité libre du lambeau frontal est engagée dans l'angle supérieur de la plaie de la lèvre et y est assujettie par l'une des épingles qui réunissent la solution de continuité labiale, comme dans l'opération du bec-de-lièvre. Si l'extrémité de ce lambeau a été prise dans le cuir chevelu, les cheveux qui s'y développent se confondent avec la moustache et en font partie. L'extrémité libre du lambeau labial répond à la face postérieure du lambeau frontal, s'y unit, et concourt à former et à soutenir la saillie du nez.

M. Sédillot a appliqué ce procédé sur un militaire reçu à l'hôpital de Strasbourg, le 14 février 1856, pour une affection spécifique compliquée de la perte d'une grande partie du nez.

Les os du nez étaient affaissés, mais n'avaient pas été détruits. Le cartilage de la cloison, toute la portion saillante du nez et la sous-cloison n'existaient plus. Une petite portion restée intacte des ailes du nez, aplatie et dirigée en haut et en dedans, contribuait à fermer incomplétement l'ouverture antérieure des fosses nasales. Les bords de cette large perte de substance étaient d'un rouge brun, amincis, et laissaient écouler un ichor sanieux, abondant et très-fétide. Le mal étant constitutionnel, on fit d'abord usage des pilules mercurielles de Sédillot, et après deux mois et demi de traitement les ulcérations étaient cicatrisées et tous les autres symptômes avaient disparu.

L'opération fut pratiquée le 3 mai. Il fallut fendre transversalement les téguments au-dessus des segments encore intacts des ailes du nez pour pouvoir abaisser convenablement ces derniers. Le pédicule du lambeau frontal fut engagé dans une incision continuée à gauche depuis la plaie frontale jusqu'à l'avivement de la perte de substance, le procédé de M. Sédillot exécuté comme il a été décrit, et l'arête nasale soutenue par l'épingle transversale de M. Philips.

Aucun accident ne survint, et le malade, guéri et très-satisfait de son état, quitta l'hôpital le 17 juin pour reprendre son service.

M. Sédillot résume en ces termes les règles auxquelles l'expérience l'a conduit :

1° Il y a danger et inutilité à tenter la réunion immédiate de la plaie frontale, dont la cicatrisation s'accomplit avec une innocuité et une régularité remarquables sous l'influence de simples pansements à plat.

2° La conservation du pédicule du lambeau est indispensable dans la méthode indienne, la seule dont nous nous occupions. C'est le meilleur moyen d'assurer le relief de la racine du nez et d'éviter toute crainte de mortification du lambeau.

3° Les téguments anaplastiques empruntés au front n'éprouvent pas immédiatement de retrait très-appréciable et doivent offrir de prime abord la forme la plus régulière et la plus exacte. La période de perfectionnement que nous avions pu admettre pour d'autres anaplasties n'existe pas pour les rhinoplasties bien faites. Il faut seulement que le lambeau ait des dimensions plus fortes que nature et qu'il présente des saillies latérales correspondant aux anfractuosités à combler.

4° On réussit à donner à l'arête du nez une saillie mince et triangulaire par l'emploi d'une épingle passée transversalement d'un côté à l'autre du lambeau, un peu au-dessous du point correspondant à l'extrémité inférieure des os du nez, qu'ils existent ou non, et à 6 à 8 millimètres environ en arrière du bord libre formé par la plicature longitudinale du lambeau. La pression est pratiquée par de petits disques de carton et d'agaric, soutenus d'un côté par la tête et de l'autre par la pointe de l'épingle courbée et renversée sur elle-même.

5° On donne aux portions du lambeau destinées à reconstituer les ailes du nez la forme triangulaire, afin d'en reployer l'extrémité et d'obtenir un bord libre, mousse et permanent par l'adossement de la peau.

6° Le procédé que nous avons décrit sera exécuté conformément aux préceptes ci-dessus formulés.

7° Les plaies devront être disposées en lignes droites, aux points de réunion, en évitant tout pli et toute tension, afin d'avoir des surfaces planes et des cicatrices moins apparentes.

8° Les ailes du nez et la cloison seront moulées et soutenues sur des tubes d'ivoire ou d'argent d'une grandeur convenable, et conservés pendant la cure pour éviter l'affaissement et la déformation des parties. Des tuyaux de plume ou des morceaux de sonde en gomme élastique, entourés de charpie ou d'une étoffe quelconque molle et douce, offriraient les mêmes avantages.

Action du sel marin et de la saumure sur l'économie. — M. A. Goubaux adresse un mémoire sur le sel marin et la saumure. L'auteur s'est proposé dans ce travail de résoudre expérimentalement les questions suivantes :

1° Le sel marin peut-il exercer sur les animaux une action toxique?

2° Dans l'affirmative, à quelles doses précises acquiert-il cette propriété?

3° Quelle est sa manière d'agir sur l'économie animale, et principalement sur les organes digestifs?

4° La saumure a-t-elle une action différente de celle du sel marin qu'elle tient en dissolution?

Ces recherches expérimentales, mises en regard des faits observés par divers praticiens sur la plupart des espèces domestiques, peuvent se résumer dans les propositions qui suivent :

Le sel marin, administré par les voies digestives au delà d'une certaine dose, devient manifestement toxique. Cette dose varie un peu suivant les animaux et l'état de vacuité ou de plénitude de l'appareil gastro-intestinal. Ce résultat est produit par 60 à 80 grammes de sel marin chez des chiens de taille moyenne. Pour le cheval, un 200e du poids du corps est toxique en un espace de douze heures.

La première action du sel marin ingéré dans les voies digestives est semblable à celle des émétiques. Elle se traduit par des nausées, des efforts violents de vomissement.

Les effets qui se manifestent en second lieu montrent que le sel agit comme drastique drastique avec une énergie proportionnelle à sa dose. Ceux-ci consistent en déjections fréquentes opérées avec violence au début, sans effort et presque involontairement sur la fin. Ces déjections, d'abord normales, deviennent bientôt molles, puis très-fluides; elles prennent successivement la teinte blanchâtre du mucus, celle de la bile; enfin elles acquièrent une teinte rosée et rougeâtre de plus en plus foncée.

Des phénomènes généraux très-remarquables se développent parallèlement et consécutivement aux troubles des fonctions digestives. L'animal éprouve habituellement une vive excitation, des convulsions ou des tremblements épileptiformes, et au bout d'un certain temps il tombe dans un état de stupeur, de prostration, où il reste plongé jusqu'au moment de la mort.

A l'autopsie des sujets qui succombent à la suite de l'ingestion du sel marin, on trouve l'intestin plein de mucosités, souvent sanguinolentes. La muqueuse gastro-intestinale est vivement mais inégalement enflammée dans toute son étendue; il y a fréquemment un peu d'irritation à la muqueuse de la vessie et à celle du bassinet, et du côté du système nerveux de l'injection à la pie-mère, des ecchymoses diffuses à la surface du cervelet et des hémisphères cérébraux.

En comparant le sel marin à la saumure sous le triple rapport de l'action que ces substances exercent sur l'appareil digestif, de leurs effets généraux et des lésions matérielles qui se développent à la suite de leur administration, on s'assure que la saumure agit à la manière du sel et par le sel qu'elle tient en dissolution. Ainsi, les animaux auxquels on donne une quantité déterminée de saumure en éprouvent sensiblement les mêmes effets que les animaux auxquels on a fait prendre une quantité de sel égale à celle tenue en dissolution dans la saumure administrée aux autres.

Les propriétés toxiques spéciales attribuées à la saumure sont donc purement fictives; ses propriétés sont celles du sel marin lui-même. Ainsi il n'y a pas de raison de proscrire l'usage de la saumure, soit à titre de condiment, soit à celui de médicament stimulant. Toutes les précautions à prendre pour prévenir les mauvais effets de ces deux composés consistent à en régler les doses d'après les données de l'expérimentation et en se guidant sur l'instinct de chaque espèce. (Commissaires, MM. Pelouze et Cl. Bernard.)

Typhus. — M. Canat adresse une note sur des cas de typhus observés chez des militaires entrés du 16 au 24 mai à l'hôpital militaire de Châlons-sur-Saône.

Les quatorze militaires qui font le sujet de ces observations appartenaient pour la plupart au même régiment qui laissa quelques jours plus tard des malades à l'hôpital de Neufchâteau. Outre ces militaires, l'hôpital de Châlons a eu quatre personnes, un malade civil, un infirmier et deux sœurs hospitalières, atteintes du typhus. Des dix-huit malades, deux seulement sont morts de cette maladie; un troisième, qui avait été guéri du typhus, a succombé après deux mois à une diarrhée colliquative. La durée moyenne de la maladie a été de vingt jours. Les convalescences ont été généralement franches et rapides. (Commissaires, MM. Cloquet et Velpeau.)

— M. Ledentu adresse de Cherbourg au concours pour le prix du legs Bréant, une note sur le traitement du choléra-morbus. (Renvoi à l'examen de la section de médecine constituée en commission spéciale pour le prix du legs Bréant.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le *Moniteur* publie une liste de personnes qui, par décret du 26 avril dernier, ont été autorisées à accepter et à porter des décorations qui leur ont été conférées par des souverains étrangers. Nous y trouvons :

M. H. Conneau, premier médecin de l'Empereur, nommé commandeur de l'ordre des SS. Maurice et Lazare (Sardaigne), officier de l'ordre de Léopold (Belgique), et de l'ordre du Medjidié, 2e classe (Turquie);

M. Davenne, directeur général de l'assistance publique, nommé commandeur de l'ordre du Christ (Portugal);

M. Dugas, médecin, nommé chevalier de l'ordre de François 1er (Deux Siciles), et de l'ordre de Saint-Grégoire le Grand (Etats Romains);

M. Brée, médecin de 1re classe en retraite, nommé chevalier de l'ordre de Charles III (Espagne);

M. Précy, médecin aide-major au 96e de ligne, nommé chevalier de l'ordre de Saint-Grégoire le Grand (Etats Romains);

M. Mauger, chirurgien de 1re classe de la marine, nommé dans l'ordre du Medjidié, 5e classe (Turquie).

— Par suite de deux concours ouverts devant la Faculté de médecine de Strasbourg, ont été nommés internes à l'hôpital civil : MM. Ehrmann, Rapp et Sengel; et externe au même hôpital : MM. Feltz, Rapin, Schaumont, Ritzinger et Eichinger.

— S. E. Mehemmed-Bey, ambassadeur de Turquie à Paris, a bien voulu charger son ambassade d'expédier à Constantinople tous les documents qui lui seraient remis pour la Société impériale de médecine de Constantinople. En remettant ces documents à l'ambassade, on doit en prévenir en même temps M. le docteur Beyran, à l'hôtel de l'ambassade impériale de Turquie, rue de Grenelle-Saint-Germain, à Paris.

— La *Presse médicale belge* annonce qu'à l'occasion des fêtes jubilaires qui viennent d'avoir lieu à Bruxelles pour la 25e année du règne de Léopold Ier, un grand nombre de promotions ont été faites dans l'ordre de Léopold. Un très-petit nombre de décorations a été accordé au corps médical : M. le docteur Deroubaix, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Bruxelles, a été nommé chevalier de cet ordre. Nous ne connaissons pas les autres nominations.

— L'Académie royale de médecine et de chirurgie de Turin, dans une de ses dernières séances, a nommé, à l'unanimité, membre correspondant M. le docteur Thiry, professeur de pathologie chirurgicale à l'université de Bruxelles.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM.

Fristo, de Sierck (Moselle); *De l'amputation dans les cas de plaies par armes à feu.*

Cotte, de Digne (Basses-Alpes); *De quelques-unes des influences exercées par des émotions morales et des passions sur la production et la marche des maladies.*

Roche, de Besançon (Doubs); *Des complications du rhumatisme articulaire aigu.*

Lauth, de Strasbourg (Bas-Rhin); *De la hernie ombilicale considérée spécialement chez les enfants, et de son traitement par la ligature.*

Duboz, de Chilly-sur-Salins (Jura); *Quelques considérations sur les sources salées et les eaux mères des salines de Salins (Jura).*

Badoz, du Puy-en-Velay (Haute-Loire); *Que doit-on attendre du chloroforme dans certaines névroses?*

Millet, de Rombas (Moselle); *Des luxations métatarso phalangiennes du gros orteil.*

Belin, de Colmar (Haut-Rhin); *De la version du fœtus par manœuvres externes.*

Bornèque, de Bitschwiller (Haut-Rhin); *De l'emploi de l'arsenic à l'intérieur dans les maladies de la peau.*

Le Soss.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 90. — JEUDI 31 JUILLET 1856. (29e ANNÉE.) N° 90. — JEUDI 31 JUILLET 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des-postes.

PARIS, LE 30 JUILLET 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

Nous avons cru un instant hier voir l'ombre d'Orfila frémir dans sa tombe et se soulever à moitié, pour protester contre l'audacieux qui osait attaquer ses doctrines en pleine tribune académique. Il ne s'agissait de rien moins, en effet, dans la lecture que M. H. Bouley est venu faire en son nom et au nom de M. Reynal, que de mettre en question la légitimité des conclusions que l'illustre toxicologiste a déduites de ses nombreuses expériences. Ceux de nos lecteurs dont le souvenir peut remonter à une quinzaine d'années doivent se rappeler les luttes ardentes et passionnées qu'ont suscitées ces expériences. Entre autres sujets de contestation, l'influence de la ligature de l'œsophage, pratiquée dans le but de s'opposer au vomissement des substances toxiques ingérées, fut vivement débattue. Cette influence était nulle ou assez insignifiante aux yeux d'Orfila, pour qu'on pût négliger d'en tenir compte dans l'appréciation des résultats. Ces résultats, au contraire, étaient entachés d'une cause d'erreur aux yeux de ses contradicteurs, par suite des effets inhérents à la ligature de l'œsophage, qui venait les compliquer et placer l'observateur dans l'impossibilité de démêler, au milieu des phénomènes complexes que devait produire le concours de ces deux agents, ceux qui appartenaient au poison et ceux qui devaient être mis sur le compte de la ligature œsophagienne. Cependant, après de longs et vifs débats, l'opinion générale s'était prononcée en faveur de la manière de voir d'Orfila, et le temps y ajoutant sa sanction, le réformateur de la toxicologie a dû mourir avec cette douce conviction que ses doctrines, sorties victorieuses de la contradiction, étaient désormais à l'abri de toute objection, et qu'elles continueraient à avoir force de loi dans la science. N'était-ce qu'illusion? Et de cette grande œuvre accomplie avec tant de labeur et au prix de tant de luttes; de ces propositions déduites d'un si grand nombre d'expériences qui font aujourd'hui autorité devant la justice; de ce corps de doctrine toxicologique accepté par la presque universalité des médecins, ne resterait-il plus rien debout que des expériences sans valeur, que des résultats frappés d'avance de suspicion, parce qu'un élément important dans l'expérimentation aurait été volontairement et sciemment négligé?

Telle est la question grave soulevée par la lecture du travail de MM. Bouley et Reynal. « Cette question a une importance considérable, a dit M. Bouley, puisque de sa solution dépend le bien ou mal fondé des conclusions tirées des expériences, aujourd'hui si nombreuses, dans lesquelles la ligature de l'œsophage est intervenue sans que l'on ait cru avoir à tenir compte de son influence. »

Est-il vrai, d'une part, que les effets de la ligature de l'œsophage soient tels qu'on ait eu tort de ne pas tenir compte de leur influence? Et, si cette ligature donne lieu d'elle-même aux effets constatés par MM. Bouley et Reynal, s'ensuit-il nécessairement que les expériences toxicologiques faites avec le concours de ce procédé préalable soient par cela même infirmées dans leurs résultats? Tels sont les termes encore plus précis auxquels nous croyons devoir ramener cette question. Mais le second membre de la question étant entièrement subordonné à la solution du premier, c'est sur celui-ci naturellement que doit être concentrée pour le moment toute l'attention. Or, quand des expérimentateurs aussi habiles et aussi exercés que MM. Bouley et Reynal viennent affirmer les faits énoncés à la tribune et qu'un homme de l'autorité de M. Renault y joint son témoignage, il est difficile de n'en être pas profondément impressionné; on se défend avec peine d'un sentiment d'étonnement que des faits aussi patents, aussi précis aient pu échapper non-seulement à Orfila, mais à la plupart de ceux qui ont vu ou qui ont répété depuis les mêmes expériences. M. Bouley devait s'attendre à une contradiction. Il l'a rencontrée, en effet, dans les faits et les souvenirs rappelés par MM. Bégin, Jobert et Robert. Comment s'expliquer la différence des résultats observés par ces trois chirurgiens, concordant avec ceux qui résultent des expériences d'Orfila, et de ceux que MM. Bouley, Reynal et Renault viennent de constater dans leurs expériences d'Alfort? Y a-t-il dans le manuel opératoire ou dans les diverses conditions accessoires de l'expérience des circonstances particulières capables d'en rendre compte? Cela eût exigé de nombreuses explications. Mais une discussion sur une pareille question ne pouvait s'improviser. L'Académie a senti de suite quelle en était l'importance, et sur la proposition de M. Robert, accueillie par M. Bouley, elle a désigné une commission chargée de suivre et d'exécuter au besoin une nouvelle série d'expériences, et de lui en rendre compte. Si la commission accomplit sa tâche, ce dont aucun motif ne saurait la dispenser, elle pourra fournir à l'Académie l'occasion d'élucider une grave et belle question.

Avant cette communication, l'Académie a entendu la lecture d'une très-intéressante note de M. Baillarger *sur l'ossification prématurée des os du crâne chez les idiots microcéphales*. On se rappelle que M. Baillarger a présenté dans la précédente séance une jeune fille microcéphale d'une douzaine d'années environ, dont la tête très-petite était bien conformée d'ailleurs, et qui a fixé l'attention des assistants par la régularité et une certaine élégance même de ses formes. C'est à l'occasion de cette présentation qu'il a lu ce travail, où il s'est proposé de développer cette proposition, déduite de l'observation d'un assez grand nombre de faits, savoir : qu'il existe un rapport constant entre l'état des soudures des os du crâne et le développement de l'organe encéphalique; rapport tel que l'ostéose est retardée lorsque le cerveau s'accroît dans une progression rapide, et que le contraire a lieu quand le développement de cet organe est moindre que dans l'état normal. D'où cette autre proposition, que l'ossification prématurée est une condition de la microcéphalie. Cette double proposition acquiert un intérêt particulier en la rapprochant de cette considération, que le cerveau de l'homme ne diffère pas seulement de celui des animaux par son volume proportionnellement beaucoup plus grand, mais qu'il s'en distingue plus encore par l'accroissement beaucoup plus rapide qu'il prend après la naissance; conditions différentes d'accroissement auxquelles répondent des différences aussi remarquables dans l'ossification, telles, par exemple, que la longue persistance des fontanelles chez l'homme contrastant avec la rapidité de l'ossification des os du crâne chez les animaux. La disposition signalée chez les idiots microcéphales confirmerait, comme on le voit, cette loi générale qui semble se rattacher au but et à la destination des fonctions cérébrales, en reproduisant accidentellement chez l'homme un fait qui est la règle chez les animaux. Les faits signalés par M. Baillarger trouvent enfin un appui et une concordance dans les observations faites récemment par un savant anthropologiste, M. Gratiolet, relativement aux différences d'âge, de degré et d'ordre dans lesquels ont lieu les réunions de sutures crâniennes dans les diverses races humaines.

Nous regrettons que le temps et l'espace ne nous permettent pas de nous étendre plus longuement sur l'intéressante communication de M. Baillarger; mais nos lecteurs en seront amplement dédommagés par la publication textuelle de ce travail dans le prochain numéro. — Dr Brochin.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

Une grave et importante question de responsabilité qui s'est dénouée en première instance par un jugement sévère du tribunal correctionnel de Château-Thierry, vient d'être portée à la connaissance du public médical par un des organes de la presse scientifique, l'*Union médicale*. Ce fait intéresse trop tous les praticiens de notre pays pour que nous ne nous hâtions pas d'en donner connaissance à nos lecteurs, et avec d'autant plus d'empressement, que le jugement a été frappé d'appel et que la cause revient samedi prochain devant la cour impériale d'Amiens. Nous serons aussi bref que possible dans notre résumé de cette pénible affaire, en nous efforçant cependant de ne passer sous silence aucune des circonstances essentielles à la complète connaissance de la cause.

Voici l'exposé des faits :

La femme C..., de la commune de Treloup (Aisne), âgée de 48 ans, ayant été atteinte, il y a trois ans, après avoir nourri un enfant étranger, d'accidents rapportés à la syphilis, et pour lesquels elle avait suivi à l'Hôtel-Dieu de Château-Thierry un traitement spécifique, se trouvait dans un état de santé variable, plutôt mauvais que bon, mais suffisant cependant à un travail quotidien, lorsque, vers les premiers jours de mars dernier, elle fut prise de toux, d'enrouement, avec respiration pénible et bruyante. M. Renaut, officier de santé à Dormans (Marne), voit la malade dans les premiers jours d'avril, et constate les phénomènes suivants : douleurs sourdes dans le larynx, sensation par la malade d'un corps étranger dans cet organe, déglutition difficile, respiration pénible, sonore et bruyante, sentiment d'angoisse, facies pâle. M. Renaut diagnostique une laryngite chronique, qu'il traite par les moyens ordinaires. Vers la fin d'avril, les accidents s'étant aggravés, malgré le traitement prescrit par M. Renaut, et qui a consisté en pédiluves sinapisés, vésicatoires aux jambes, pilules de calomel, emplâtre stibié et vésicatoires à la partie supérieure de la poitrine, frictions mercurielles; une tumeur ou bourrelet, située au fond de la gorge, et que cet homme de l'art crut être de nature syphilitique, ayant été perçue par l'exploration à l'aide du doigt, M. Renaut, modifiant ou complétant son diagnostic, et en présence d'un œdème de la glotte, proposa et pratiqua, le 6 mai, une cautérisation de la tumeur avec le nitrate acide de mercure, à l'aide d'un linge effilé, porté par un bâtonnet d'osier.

La cautérisation fut faite, la malade étant assise sur une chaise, la tête maintenue par un aide, la langue abaissée par le manche d'une cuiller, le tampon caustique étant porté directement sur la tumeur. Ce caustique était composé de nitrate acide de mercure, dilué dans quatre parties de son poids d'eau.

La cautérisation était à peine pratiquée, que la malade est prise de spasmes. M. Renaut prescrit des gargarismes d'eau fraîche et se retire après dix minutes.

Mais, après le départ de M. Renaut, les accidents s'aggravent; il survient de la dyspnée, de la suffocation, des phénomènes d'asphyxie de plus en plus marqués, et la malade expire deux heures après la cautérisation.

La famille de la femme C... accuse M. Renaut d'avoir pratiqué une opération qui a causé la mort de la malade. M. le procureur impérial de Château-Thierry fait procéder à une enquête; une expertise a lieu, qui est confiée à deux docteurs en médecine; la conclusion du rapport des experts ne sont pas favorables à M. Renaut, qui, traduit devant le tribunal correctionnel de Château-Thierry, est condamné, le 4 juillet dernier, à trois mois de prison et à une forte amende, pour homicide involontaire et par imprudence commis sur la femme C...

Sous le coup de cette condamnation, M. Renaut interjette appel devant la cour impériale, et sollicite de l'*Union médicale* une consultation motivée.

Douze lettres et attestations des plus sympathiques et des plus pressantes en faveur de la moralité, de la science, de l'honorabilité de M. Renaut, arrivent à ce journal de tous les points du département, et le rédacteur en chef, M. Amédée Latour, rédige sous les yeux et avec l'approbation de vingt médecins de Paris un long mémoire dont nous reproduisons en abrégé les dispositions principales.

L'auteur du mémoire commence par déclarer que le procès de M. Renaut pouvant être envisagé à deux points de vue différents, le point de droit, qu'il n'est pas de sa compétence d'examiner, et le point de la science médicale, de l'art et de la pratique, auquel il se bornera exclusivement.

Et ici encore, élaguant de l'affaire des circonstances qui la compliquent, telle que l'accusation d'avoir, en contravention de l'art. 29 de la loi de ventôse an XI, pratiqué la médecine dans un autre département que celui pour lequel il a été reçu; celle d'avoir livré des médicaments dans une commune où il existe une officine de pharmacie, délit prévu par l'art. 36 de la loi de germinal an XI; toutes questions de fait et de simple intérêt particulier, il déclare ne vouloir s'occuper que des questions d'un intérêt général soulevées par cette affaire.

Ainsi réduite, la cause ne présente plus à examiner qu'une triple question de diagnostic, de thérapeutique et de déontologie médicale, laquelle se résume sous les cinq chefs suivants :

1° M. Renaut a-t-il connu le caractère et la nature de la maladie pour laquelle il a été consulté?

2° M. Renaut a-t-il institué contre cette maladie un traitement rationnel et conforme aux préceptes de l'art?

3° La terminaison rapide et funeste de cette maladie doit-elle être imputée au traitement employé par le médecin?

4° Les soins consécutifs à la cautérisation auraient-ils pu prévenir ou empêcher cette terminaison funeste?

5° En sa qualité d'officier de santé, M. Renaut avait-il le droit de pratiquer la cautérisation de la gorge et du larynx, et cette opération doit-elle être rangée au nombre de celles pour lesquelles, conformément à l'art. 29 de la loi de ventôse, l'officier de santé doit être assisté d'un docteur en médecine?

Avant d'entrer dans la discussion de ces questions, il est nécessaire de faire connaître le rapport des experts, qui constitue l'élément principal de l'affaire, et qui est un document essentiellement médical. Le voici en entier :

Nous soussignés, docteurs en médecine de Paris, demeurant à Château-Thierry, sur la réquisition de M. le juge d'instruction, nous nous sommes transportés aujourd'hui à Tréloup pour faire l'autopsie de la femme C..., morte le 6 de ce mois à la suite d'une opération qui lui aurait été pratiquée par M. Renaut, officier de santé à Dormans, entendre M. Renaut et répondre, dans un rapport motivé, aux questions posées par M. le juge d'instruction, et que nous reproduisons ici.

Après avoir prêté le serment voulu par la loi, nous avons entendu M. Renaut, qui nous a déclaré que soignant la femme C... depuis trois semaines environ pour une maladie caractérisée par l'enrouement, toux, respiration sifflante, accès de suffocation, ayant employé sans succès différents traitements, constaté l'existence d'une tumeur qui lui paraît être un œdème de la glotte, et croyant à une mort prochaine si on ne détruisait pas cette tumeur, il avait porté sur cette tumeur un petit tampon fait avec un morceau de linge fixé au bout d'un bâton, et trempé dans du nitrate acide de mercure étendu de quatre ou cinq fois son volume d'eau environ. Qu'aussitôt une crise était arrivée, et qu'il s'était retiré en prescrivant ce qu'il fallait faire en son absence.

Nous avons également entendu les personnes qui ont assisté la malade à ses derniers moments, et elles nous apprirent ce qui suit :

La femme C... avait eu autrefois la syphilis, traitée et guérie à l'Hôtel-Dieu de Château-Thierry. Elle se portait assez bien depuis quelques années, lorsque dans les environs de Pâques dernier, elle fut prise de toux, d'enrouement, avec respiration pénible et bruyante, mais sans accès, et ne l'empêchant ni de manger ni de dormir. M. Renaut avait employé des pilules, des potions, des pédiluves, des vésicatoires aux jambes, de l'onguent napolitain sur le cou et un emplâtre stibié sur la poitrine. Ces moyens n'ayant amené aucune amélioration, le mari avait été acheter chez un pharmacien de Château-Thierry un sirop qui avait procuré à la malade un soulagement marqué. Aussi avait-elle annoncé sa guérison comme prochaine, et refusé l'opération que M. Renaut avait proposée comme indispensable. Mais ce médecin, étant venu le 6 au matin, avait insisté tellement sur l'urgence de cette opération, que, malgré les conseils de sa fille et sa répugnance à se laisser opérer, elle y consentit. Alors elle se leva, se mit sur une chaise, et M. Renaut lui porta dans la gorge le pinceau de linge dont nous avons parlé plus haut. A l'instant même, la femme C... éprouva une angoisse extrême, et dit qu'elle sentait qu'elle allait mourir. Sa figure était profondément altérée, et la respiration devenait de plus en plus difficile. Enfin, après deux heures de souffrance, elle mourait conservant toute sa connaissance. Quant à M. Renaut, il avait pris la fiole qu'il avait apportée, recommandant de toucher avec l'extrémité d'une plume imbibée du liquide resté dans le verre, et il était parti annonçant sa visite pour le lendemain.

On nous a remis alors le cadavre de la femme C... qu'on venait d'exhumer, et, en présence de M. le procureur impérial, nous procédâmes à son examen. En voici le résultat :

Le cadavre paraît être celui d'une femme de 40 ans environ, bien constituée. La décomposition putride existe à peine, bien que la mort date de six jours environ. Ce phénomène se rencontre généralement dans l'asphyxie, par suite d'un obstacle à l'entrée de l'air dans les poumons. Il n'y a pas de lésion extérieure, pas de traces de caustique sur les lèvres; à la partie antérieure du cou, on trouve la peau recouverte d'une petite quantité d'onguent mercuriel. A la région sternale, des plaques noires résultant de l'action d'un emplâtre émétisé. L'abdomen est bleuâtre et soulevé par des gaz. Aux mollets, des plaies de vésicatoires en partie cicatrisées. Au dos, aux fesses et dans toutes ces parties, une teinte livide bornée à la superficie de la peau, et dépendant bien évidemment de la situation dans laquelle le corps s'est refroidi.

En ouvrant la bouche, nous trouvons les dents incisives supérieures dépolies, un peu rugueuses, comme ayant subi l'action d'un caustique. Des mucosités grisâtres épaisses et très-visqueuses remplissent la bouche et le fond de la gorge. Le voile du palais, le pharynx et le larynx sont sales et décolorés. A la partie supérieure de ce dernier, sur le côté gauche de son ouverture, la membrane muqueuse est soulevée par de la sérosité, et forme un bourrelet œdémateux ayant 0,03 centim. de longueur, 0,01 centim. de largeur à sa base, et 0,005 millim. de hauteur. Du côté droit, rien de semblable. Dans l'intérieur du larynx, évidemment rétréci, mais cependant pouvant encore admettre l'extrémité du petit doigt, nous constatons des mucosités moins épaisses, plus claires, spumeuses, légèrement rosées. Le ventricule gauche est oblitéré par suite de l'accolement des cordes vocales de ce côté. A droite, les cordes vocales et le ventricule sont intacts. Le rétrécissement du larynx et l'oblitération du ventricule gauche sont des altérations anciennes dues à une maladie antérieure guérie, ulcérations syphilitiques secondaires. Le bourrelet arythéno-épiglottique constitue un œdème de la glotte et est de formation récente. Ces deux altérations organiques expliquent le symptôme observé pendant le dernier temps de la maladie. Au delà du larynx, la muqueuse perd sa pâleur et prend une teinte rosée, un pointillé rouge de plus en plus prononcé; la trachée et les bronches, jusque dans leurs dernières ramifications, sont remplies d'un mucus spumeux, rosé, sanguinolent; les poumons, partout crépitants, sont violacés, gorgés de sang noir, surtout en arrière. Les plèvres, quoique saines, excepté à droite et en bas, où il y a quelques adhérences anciennes, contiennent chacune un demi-verre environ de sérosité rougeâtre. Le péricarde en contient également; le cœur est mou, flasque, contient, dans les cavités droite et gauche, un sang noir qu'on rencontre également dans les vaisseaux artériels et veineux. Ces altérations sont les conséquences de l'inflammation trachéo-bronchique, rougeur de la muqueuse, œdème, mucosités, et surtout du genre de mort de la femme C..., dont nous allons parler; injection prononcée de la muqueuse bronchique et pulmonaire. Ecume abondante dans les extrémités des bronches. Présence d'un sang noir abondant dans tout le tissu pulmonaire, dans les cavités artérielles et veineuses; épanchement séro-sanguinolent dans les cavités séreuses.

Dans l'abdomen, nous retrouvons cette sérosité sanguinolente dans le péritoine, sans que celui-ci soit altéré. La matrice développée contient un fœtus de trois à quatre mois; les autres organes ne présentent rien d'anormal.

Les détails que nous venons de donner de l'autopsie de la femme C... sont la réponse à la première question de M. le juge d'instruction :

1° Décrire l'état général du cadavre, les altérations et désordres que l'autopsie peut y faire remarquer.

2° Maintenant, quelle est la cause de la mort de la femme C...? C'est bien certainement une asphyxie par défaut d'air. Cette femme, par suite d'une maladie syphilitique guérie, avait un rétrécissement du larynx. Elle n'en éprouvait pas d'incommodités bien marquées, lorsqu'elle fut atteinte, comme nous l'avons dit plus haut, il y a deux mois et demi environ, d'une bronchite qui, probablement à cause de cette altération organique du larynx, présenta des symptômes inaccoutumés. Un œdème se forme à l'entrée du larynx et augmente encore l'obstacle à l'entrée de l'air dans les bronches, un corps étranger irritant est introduit dans les voies aériennes, il provoque aussitôt de la douleur, un spasme convulsif de tous les organes respiratoires, des mucosités se forment et s'accumulent dans les conduits aériens, l'air ne pénètre plus qu'en proportion insuffisante pour la respiration, la circulation s'embarrasse, l'hématose n'a plus lieu, il y a asphyxie progressive, et la mort s'ensuit.

3° La mort est-elle due à l'opération pratiquée par l'officier de santé Renaut?

Comme nous venons de le dire, la femme était atteinte d'un rétrécissement du larynx; mais celui-ci permettait encore la respiration; une bronchite était survenue accompagnée d'un œdème grave, l'œdème de la glotte; s'il augmentait, cet œdème devait amener la mort en empêchant l'air d'arriver dans les poumons; restant stationnaire ou n'augmentant que lentement, il donnait le temps d'employer des moyens rationnels et assez souvent efficaces. Le médecin, voulant détruire l'obstacle à l'entrée de l'air dans les bronches, cautérise la tumeur avec du nitrate acide de mercure étendu. Immédiatement la malade fut prise d'accidents graves de dyspnée, et mourut. Très-probablement une portion du liquide avait pénétré dans le larynx. A l'autopsie, nous avons remarqué que le nitrate de mercure n'avait pas agi chimiquement. Il n'a pas produit de lésions matérielles spécifiques, il n'a pas causé la mort directement et nécessairement, mais l'a causée secondairement, en provoquant des accidents asphyxiques qui auraient pu ne pas être mortels.

4° Cette opération était-elle capitale et de celles qui doivent commander l'intervention d'un docteur?

L'on entend par opération capitale une grande opération chirurgicale, comme la taille, la herniotomie, les amputations, la ligature des vaisseaux, etc.

La cautérisation avec le nitrate acide de mercure, pratiquée par M. Renaut, n'est pas dans ce cas; mais, si on considère comme telle une opération assez délicate et pouvant amener des accidents graves, l'opération pratiquée sur la femme C... doit être considérée comme capitale et de celles qui réclament l'intervention d'un docteur comme conseil et comme aide.

5° Cette opération paraît-elle avoir été faite suivant les règles de l'art?

Aucun auteur n'a conseillé la cautérisation avec un acide concentré ou affaibli dans le cas d'œdème de la glotte; il n'y a donc pas de préceptes de l'art à cet égard. On a proposé et pratiqué la cautérisation du larynx au moyen du nitrate d'argent dans les inflammations chroniques de cet organe, avec ou sans ulcération, et voici ce que M. Trousseau recommande en cette circonstance :

« Se servir d'une petite baleine recourbée, à l'extrémité de laquelle on fixe bien solidement une petite éponge, tremper cette éponge dans le caustique, puis l'exprimer de telle sorte que le liquide caustique ne fuse pas au delà des parties sur lesquelles on veut l'appliquer; on le porte à la partie inférieure du pharynx, puis on le ramène d'arrière en avant et de bas en haut dans le larynx au moment où celui-ci s'élève par la contraction musculaire provoquée par le contact d'un corps étranger, et cela pendant que les aides tiennent le malade assujetti fortement sur un siége, les mâchoires maintenues bien écartées par un levier et la langue abaissée avec un instrument convenable. »

Si M. Renaut a suivi ces préceptes, il a opéré suivant les préceptes de l'art.

6° Cette opération était-elle la conséquence nécessaire de la maladie accusée par Renaut et reconnue par les experts autant que possible, et pouvait-elle avoir un bon résultat?

La maladie était bien connue. M. Renaut l'avait indiquée : un œdème à la glotte : elle réclamait un remède puissant, énergique, soit des scarifications, ou même encore la trachéotomie dans le cas où l'asphyxie eût été imminente; mais il n'en était pas ainsi, puisque la malade éprouvait de l'amélioration; on pouvait donc attendre et surtout ne pas employer la cautérisation, qui, comme nous l'avons dit plus haut, n'est recommandée dans ce cas par aucun auteur. Nous ne pensons pas qu'elle eût pu avoir un bon résultat.

7° Après l'opération, était-il possible d'en conjurer les effets et de donner des soins utiles à la malade?

Ainsi que nous l'avons dit, c'est l'introduction d'un corps étranger dans les voies aériennes qui a provoqué le spasme, la suffocation et l'asphyxie. Cette crise n'était pas nécessairement mortelle, et il est très-possible que des soins dévoués, intelligents, énergiques, frictions, sinapismes, insufflations, extraction de mucosités, vomitifs, et surtout la trachéotomie en eussent triomphé.

8° Le liquide qui a servi à l'opération étant reconnu par le pharmacien chimiste du deuto-nitrate de mercure mélangé d'une petite portion de proto-nitrate additionné à quatre parties d'eau environ; le liquide ainsi étendu d'eau a-t-il encore une propriété curative, ou au contraire ne rendrait-il pas l'opération inutile sans en diminuer les dangers?

Pour nous, le nitrate de mercure n'avait aucune propriété curative dans le cas d'œdème de la glotte. Du reste, nous ne pouvons rien affirmer en cette circonstance, parce que l'expérience n'en a jamais été faite. Toutefois, le nitrate étendu offrait moins de danger que le nitrate pur, mais il était moins rationnel.

Joly, Petit.

12 Mai 1856.

Nous ne pouvons évidemment suivre M. Latour dans les développements où il entre pour arriver à la solution des cinq questions que nous avons transcrites plus haut. Nous nous bornerons donc, en déplorant l'imprudence et la légèreté qui ont, à notre avis, présidé à la rédaction du rapport des experts, à reproduire chacune de ses réponses sous un chiffre correspondant à celui des questions.

1° Oui, les phénomènes observés pendant les derniers temps de la vie de la femme C..., les altérations anatomiques trouvées sur son cadavre, justifient de la manière la plus complète le diagnostic porté par l'homme de l'art.

Nous croyons le diagnostic légitime et fondé, et justifié par la symptomatologie et par les résultats nécroscopiques; le rapport lui-même des experts le confirme.

2° En pratiquant la cautérisation du fond de la gorge pour un cas d'œdème de la glotte, M. Renaut n'a fait que suivre les préceptes de l'art et se conformer à la pratique des meilleurs médecins.

Les médecins et les chirurgiens les plus distingués, ceux qui ont vu le plus grand nombre de cas d'œdème de la glotte, sont explicites sur ce point. Quant au choix du caustique, MM. les professeurs Landouzy et Philippe, de Reims, Velpeau et Nélaton, de Paris, consultés à ce sujet, ont répondu :

La cautérisation avec le nitrate acide de mercure était d'autant plus indiquée ici, que l'affection paraissait d'origine syphilitique, et que la malade, en proie à une grande dyspnée, était menacée d'une asphyxie prochaine.

3° Rien ne prouve que la mort de la femme C... ait été causée par la cautérisation pratiquée par M. Renaut; rien ne démontre qu'elle n'ait pas succombé par une conséquence naturelle et fréquente de la maladie, et en accusant la cautérisation d'avoir produit indirectement cette terminaison funeste, on fait un raisonnement *à posteriori*, et on ne se tient pas dans la réserve que commandent la circonstance et la sévère interprétation des faits.

4° Sans prétendre complétement exonérer M. Renaut de tout reproche d'avoir trop tôt, après dix minutes seulement, et en présence des accidents qui survenaient, quitté la malade, ce reproche, tout professionnel en quelque sorte, ne peut constituer *l'imprudence*, *l'incurie*, *la faute lourde*, entraînant la responsabilité pénale ou civile, et on est fondé à répondre que rien ne pouvait faire prévoir à M. Renaut la scène fatale qui allait se passer; que sa conscience de médecin pouvait n'être pas troublée en quittant la malade, et que la mort de la femme C... a été un de ces tristes événements qui déroutent les prévisions les plus probables de l'art.

5° Quant à cette dernière question, la réponse s'en trouve, bien explicite aussi, dans la consultation que nous avons citée plus haut, de MM. Landousy, Philippe, Velpeau et Nélaton, où il est dit :

La cautérisation avec quelque caustique que ce soit, et sur quelque partie que ce soit, est une opération essentiellement élémentaire. — Dans tous les livres de chirurgie, la cautérisation se trouve rangée parmi les opérations dites *élémentaires ou de petite chirurgie* (Velpeau, Nélaton, Malgaigne). Dans aucun cas elle ne peut être regardée comme une grande opération nécessitant la présence d'un docteur.

A la suite de cette longue et remarquable consultation dont nous ne pouvons, à notre grand regret, rapporter que les conclusions, M. Latour, à titre de renseignements, et sans prétendre nullement les discuter, rapporte les considérants du jugement qui a frappé M. Renaut sur le chef d'homicide par imprudence. Nous croyons utile de les faire passer sous les yeux de nos lecteurs. Les voici :

Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats, ainsi que de l'interrogatoire du prévenu, la preuve que la femme C..., atteinte à une époque déjà ancienne d'une affection syphilitique communiquée par un nourrisson, a été traitée et guérie à l'Hôtel-Dieu de Château-Thierry;

Que vers la fin de mars 1856, elle fut prise de toux, d'enrouement avec respiration pénible et bruyante, mais sans accès et ne l'empêchant pas de manger ni de dormir;

Que l'officier de santé Renaut, ayant employé sans succès différents remèdes, la malade fit usage, en dehors de ses prescriptions, d'un sirop pharmaceutique assez efficace pour qu'elle pût faire espérer à son mari de s'associer très-prochainement à ses travaux;

Que dans cet état les époux C..., qui s'étaient ouvertement prononcés contre les visites de ce médecin, insistèrent plus énergiquement, surtout en présence de l'opération qu'il proposait de faire, et qu'il conseillait comme aussi utile qu'urgente :

Attendu néanmoins que le 6 mai, le même, profitant de l'absence du sieur C..., finit par vaincre la résistance de la femme et de ceux qui l'approchaient et l'opéra de la manière suivante :

Après l'avoir invitée à se lever et fait asseoir, il lui introduisit dans la gorge un morceau de linge fixé au bout d'un bâton et trempé dans du deuto-nitrate de mercure étendu; que le tampon à peine retiré, la malade éprouva aussitôt une angoisse extrême et se plaignit à sa fille *qu'elle allait mourir; que M. Renaut la faisait mourir*; que ses traits s'altérèrent profondément, la respiration devenant de plus en plus difficile, et qu'elle succomba au bout de deux heures de souffrance;

Attendu que les faits ci-dessus démontrent déjà le défaut d'urgence; Que bien qu'il y ait eu œdème de la glotte, le bon sens indiquait sans le secours de la science, qu'il fallait s'en tenir au résultat favorable déjà obtenu et pouvant encore progresser, plutôt que de risquer une opération délicate et fort peu conseillée dans la pratique, puisque Renaut reconnaissait le même jour, après l'avoir tentée, que sur mille cas quatre seulement réussissaient. Première faute et imprudence à signaler;

Attendu que l'événement n'a que trop justifié cette triste prévision, dont Renaut seul n'avait su profiter et qui engage évidemment sa responsabilité; que voulant parvenir jusqu'à la tumeur pour la cautériser à l'aide du nitrate acide de mercure, quelques gouttes de cette substance irritante dans le larynx, jointe au contact même du tampon à son entrée, ont provoqué des accidents graves dans les organes respiratoires, puis l'asphyxie et la mort.

Que si le liquide n'a point produit de lésion matérielle, spécifique, ni occasionné la mort directement et nécessairement, il suffit qu'il

en ait été la cause secondaire sans qu'on ait besoin d'examiner si la femme C... était atteinte d'une maladie mortelle et n'avait que peu de jours à vivre.

Attendu que cette imprudence si funeste de la part de Renaut a été consommée à l'aide de la violation des règlements qui interdisent à tout officier de santé d'exercer hors du département où il a été agréé, ce qui devait faire considérer Renaut comme tout à fait étranger à l'art de la médecine dans le département de l'Aisne, pour lequel il n'était point reçu; que s'il se fût abstenu d'exercer hors de sa circonscription, au lieu d'être dirigé par un esprit évident de lucre, on peut affirmer que la catastrophe n'eût pas été à déplorer;

Attendu, d'autre part, que si la cautérisation par le nitrate acide de mercure n'est pas habituellement rangée parmi les opérations dites de grande chirurgie, il faut reconnaître du moins que, par sa délicatesse, elle pouvait amener des accidents graves, en tenant compte surtout de l'état de grossesse assez avancé de la femme C..., et rendre par suite indispensable la trachéotomie;

Qu'à ce point de vue, l'opération dont s'agit réclamait l'intervention d'un docteur, comme conseil et comme aide;

Attendu que, non-seulement Renaut s'en est dispensé, contrairement à la loi, mais qu'il a manqué de plus aux préceptes de l'art en n'apportant pas à ses préparatifs tous les soins nécessaires et pouvant être un élément de succès;

Attendu encore que l'opération une fois terminée, Renaut, au lieu de rester auprès de la malade en proie à des spasmes et à des suffocations, l'a abandonnée lâchement et sans pitié;

Qu'il n'était point démontré que la crise fût mortelle, que des soins dévoués, intelligents et énergiques, tels que des frictions, sinapismes et d'autres remèdes désignés dans le rapport, principalement la trachéotomie, eussent pu triompher du mal;

Que cette fois encore Renaut a fait preuve d'inhumanité, de négligence et d'une incurie impardonnables;

Attendu que de l'ensemble de tous les faits ci-dessus, il demeure convaincu d'avoir:

1° Le 16 mai 1856, à Treloup, par maladresse, imprudence et inobservation des règlements, involontairement occasionné la mort de la nommée Marie-Julie R..., femme C..., ce qui constitue le délit d'homicide par imprudence, maladresse et inobservation des règlements, prévu et puni par l'art. 319 du Code pénal.

Condamne Renaut, à raison de l'homicide par imprudence, à trois mois d'emprisonnement et trois cents francs d'amende, etc.

Terminons en rapportant les conclusions générales du Mémoire de M. Latour:

1° Au point de vue médical, le diagnostic porté par M. Renaut, sur la maladie de la femme C..., a été justifié par les symptômes et par l'autopsie; le traitement qu'il a prescrit est conforme aux règles de l'art, et l'issue funeste de la maladie ne saurait lui être attribuée.

2° Au point de vue des devoirs professionnels, si le prompt départ de M. Renaut peut être l'objet d'un reproche, on ne saurait le qualifier de « faute lourde » ayant nécessairement entraîné la *mort* de la femme C...; et rien ne prouve que sa présence et ses *soins* eussent pu prévenir ou empêcher la terminaison funeste.

A ces conclusions, il nous semble impossible que tous les membres du corps médical de France n'adhèrent pas aussi complètement que nous. — Dr. A. Foucart.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Moreau (de Tours.)

Hallucinations de la vue et de l'ouïe: intermittence; traitement par le haschisch. Guérison.

Les observations suivantes, dont nous devons la communication à l'obligeance de M. Benjamin Ball, interne distingué des hôpitaux, offrent toutes deux un assez vif intérêt. Dans la première, nous attirerons l'attention sur la nature des hallucinations dont le malade n'a pas cessé un seul instant d'avoir une parfaite conscience.

C'est là un fait psychologique qui s'observe beaucoup plus souvent qu'on ne le croit généralement chez les aliénés, mais assez rarement d'une manière aussi complète et avec des caractères aussi nettement accusés.

Considérées en elles-mêmes, les fausses sensations de notre malade sont, ainsi que le faisait remarquer M. Moreau, *identiquement les mêmes* que celles dont une foule de personnages célèbres ont été atteints, sans pour cela cesser de jouir de toute l'intégrité de leurs facultés intellectuelles, entre autres, Socrate, Pascal, etc.

On remarquera encore la facilité avec laquelle la maladie cédait aux différents moyens employés pour la combattre. On est porté à croire à une véritable action substitutive; le moyen perturbateur le plus énergique est celui qui a fini par triompher de la maladie.

D..., âgé de vingt-six ans, né à Fontaine-Saint-Lucien (Oise), est entré à Bicêtre le 12 novembre 1855. Ce malade, atteint depuis deux mois d'hallucinations de l'ouïe, appartient à une famille qui présente de nombreux exemples d'affections cérébrales. Sa mère est morte, il y a dix-huit mois, dans un asile d'aliénés à Clermont; son grand-père maternel est mort paralytique; enfin, si du côté paternel il n'existe aucun cas d'aliénation mentale, on peut au moins invoquer l'abus des boissons alcooliques dont son père a largement usé.

Le malade est fils unique; il a vingt-six ans, paraît robuste et bien constitué. Il est marié depuis quatre ans, sans avoir d'enfants. Son adolescence n'a été troublée par aucune maladie grave, à l'exception d'une fièvre typhoïde qui à l'âge de douze ans a mis sa vie en danger. Depuis cette époque, il a toujours joui d'une bonne santé.

A dix-huit ans, il s'est engagé volontairement, et deux ans plus tard il était libéré du service, sans avoir jamais quitté la France. Pendant l'exercice de ses fonctions, il a contracté une maladie vénérienne dont il n'a été guéri qu'au bout de neuf mois: il se croit aujourd'hui parfaitement rétabli, bien qu'il ait toujours conservé ce léger suintement connu sous le nom de goutte militaire.

Avant d'entrer au régiment, et pendant qu'il était au service, ce jeune homme menait une vie assez légère, et faisait largement usage d'absinthe et d'eau-de-vie; il a été souvent jusqu'à prendre quinze verres d'absinthe en un seul jour. Depuis qu'il est rentré dans la vie civile, il s'est peu livré à la débauche des femmes; mais, en revanche, il a continué à faire abus des boissons alcooliques, et sa profession, qui est assez lucrative (il était fabricant d'étiquettes à la main) pour lui rapporter dix à quinze francs par jour, lui procurait les moyens de mener une vie assez dissipée.

La perte de sa mère, qu'il aimait beaucoup, lui causa un profond chagrin. Un sommeil agité, de rêves pénibles, des visions nocturnes, dans lesquelles l'ombre de sa mère lui apparaissait, enfin une céphalalgie gravative à la région temporale, tels sont les symptômes qui se sont manifestés longtemps avant l'explosion de la maladie. En même temps, pour chasser la tristesse, le malade se plongeait toujours davantage dans la dissipation.

Le 10 novembre 1855, en sortant du théâtre, il s'entendit adresser des injures qui le mirent dans une exaspération d'autant plus grande qu'il lui était impossible de découvrir les coupables.

Le lendemain matin, après une nuit sans sommeil, il court dans les rues dans un état d'exaltation fébrile. Parvenu dans la rue Saint-Honoré, il croit entendre et voir des pièces de canon prêtes à tirer sur lui, et derrière lui il entend des voix qui s'entretiennent de son supplice. Malgré sa frayeur bien naturelle, il n'eut pas un seul instant l'idée de prendre la fuite; il voulait, disait-il, faire preuve de courage, et mourir en bon soldat. Enfin, après être resté quelques heures en extase devant ses visions, il fut arrêté et conduit à Bicêtre, non sans avoir commis beaucoup d'extravagances au poste.

Depuis son entrée dans le service de M. Moreau, les hallucinations ont pris un caractère singulier; le malade entend miauler des petits chats, qui se promènent dans son oreille gauche, ce qui lui est naturellement très-désagréable. En même temps, les visions nocturnes n'ont pas tardé à se reproduire; mais un traitement énergique, comprenant des douches sur la tête, des sangsues et des ventouses à la nuque, et à l'intérieur des pilules d'aconit et de belladone à dose suffisante pour troubler la vision, a fait prompte justice de ses illusions.

Le 4 décembre, il était assez bien rétabli pour aller travailler chez l'architecte de la maison. Mais vers la fin du mois les hallucinations de l'ouïe ayant recommencé, on lui administra des douches. D... parait s'en bien trouver; mais si on le presse un peu, il finit par avouer en souriant que de temps à autre il entend les petits chats miauler dans son oreille; mais la crainte de la douche leur fait bientôt prendre la fuite.

Le 15 janvier, un abcès furonculeux s'étant fait jour dans l'aisselle, il a été ouvert avec le bistouri.

Le 20, le malade paraît bien comprendre son état. Il éprouve encore des sensations fausses, mais en sachant se rendre compte de leur absurdité. L'état général de la santé est satisfaisant. Il y a un léger mouvement fébrile (85 pulsations), qui répond peut-être à l'inflammation locale.

Le 29, une rechute brusque, et à laquelle on ne pouvait pas s'attendre, a replongé le malade dans ses illusions. Au moment où il travaillait paisiblement à faire ses additions, il entend les voix derrière lui, qui lui défendent de poser tel chiffre, de retenir tel autre, etc. Les petits chats dans l'oreille sont également revenus. Tout en se rendant compte de l'illusion, il ne peut pas s'empêcher de se retourner au moment où il entend les voix, et, craignant de céder à un mouvement d'impatience, il s'est éloigné de la place qu'il occupe devant une pendule, pour ne pas la briser. On l'interroge; il répond d'un air distrait, et marmotte entre les dents quelques paroles inintelligibles. L'inflammation dans le creux axillaire a disparu; le petit abcès, qui s'était reformé après l'incision, paraît avoir été résorbé.

Le 2 février, les illusions ayant cessé, on prescrit le sulfate de quinine à la dose de 0,50 centigrammes par jour.

Le 10 avril, après avoir joui d'une bonne santé physique et morale jusqu'à ce jour, le malade, qui se trouvait dans un état de bien-être inusité et de contentement extrême dans la prévision d'une sortie prochaine, est repris subitement des mêmes hallucinations que précédemment.

Dans le but de produire une perturbation complète des idées, on lui fait prendre de l'extrait de haschisch pendant trois jours à la dose de 0,05 cent., puis 0,10, dans du café. Ce moyen a complètement réussi. Le malade, tout entier aux sensations nouvelles qui se sont emparées de lui, a perdu pour le moment jusqu'au souvenir des anciennes. La durée du temps lui semble indéfiniment prolongée. Depuis l'administration de la pilule jusqu'au déjeuner, il y a, non pas une heure et demie, mais une journée entière. Assis à table, il voit les objets tellement éloignés qu'il ne peut pas les saisir. Il est obligé de se mettre le visage dans son assiette pour pouvoir manger. En se promenant dans la cour, il a des ressorts dans les jambes; il est sur le point de s'envoler. Bientôt il devient le directeur de l'établissement; il se promène dans les cours pour surveiller les travaux, et consigne les employés qui ne le traitent pas avec assez de respect.

Les effets du haschisch une fois dissipés, le malade se trouve à son aise et fort content d'être débarrassé de ses hallucinations.

Le 5 mai, une nouvelle rechute rend nécessaire une nouvelle dose de haschisch; cette fois les phénomènes ne sont plus identiques aux premiers. L'intelligence et la sensibilité ne sont pas atteintes; la sensation que le malade éprouve est plutôt celle de l'affaiblissement, de l'épuisement musculaire; il chancelle en marchant, et peut à peine faire quelques pas sans s'asseoir.

Le 28 mai, les hallucinations ayant cessé de se produire, on accorde au malade sa sortie, qu'il demandait avec impatience.

Obs. II. — *Hallucinations, troubles de l'intelligence, état chloro-anémique; emploi de la belladone et des toniques. — Guérison.*

Des travaux d'esprit excessifs, une continence trop prolongée suivie de pertes séminales, une constitution débilitée, telles paraissent être les conditions pathologiques qui ont été la source du délire dont le malade qui fait le sujet de l'observation qu'on va lire a été atteint.

Quant à la nature, au caractère particulier des convictions délirantes et des hallucinations, c'est dans les occupations habituelles du malade, dans les livres qu'il lisait qu'il faut en chercher l'explication.

Les deux éléments constitutifs principaux de la maladie (état chloro-anémique et accidents nerveux psychiques) ont été combattus, les premiers par les toniques (quinquina), les seconds par la belladone; la guérison a été obtenue.

L..., âgé de trente-trois ans, né à Amiens, est entré à Bicêtre le 5 février 1856.

Il n'existe, d'après lui, aucun exemple d'aliénation mentale ou de maladies nerveuses dans sa famille: ses parents, qui sont l'un et l'autre parvenus à un âge très-avancé, ont eu cinq enfants, dont trois sont morts en bas âge. L'une des sœurs du malade vit encore et se porte bien.

Le sujet lui-même est d'une constitution débile; sa physionomie pâle porte l'empreinte de la souffrance. Dans son enfance, il a toujours été faible, bien que rarement malade.

A sept ans, il eut une fièvre muqueuse, qui pendant quelque temps inspirait à sa famille de vives inquiétudes.

A quinze ans, il se trouvait en pension à Paris, et, tout absorbé par l'émulation qu'inspirent les études classiques, il a porté le travail jusqu'à l'excès: la conséquence a été une fièvre cérébrale des plus graves, qui a mis pendant longtemps sa vie en péril, et ne s'est pas dissipée sans laisser derrière elle de profondes traces. Il est sorti de cette maladie affaibli, languissant au physique comme au moral, peu apte aux travaux de l'esprit, se plaignant surtout d'un notable affaiblissement de la mémoire. En même temps des scrupules d'une délicatesse excessive et jusqu'alors inconnue se sont développés chez lui au sujet de ses devoirs religieux, bien que de tout temps son éducation ait été dirigée en ce sens. Enfin, la chute des cheveux, qui a suivi de près la maladie, semble attester les troubles profonds qu'elle a portés dans l'organisation.

Vers dix-huit ans, il paraît avoir commis quelques excès de femmes; il avoue au moins avoir eu deux blennorrhagies. Mais depuis cette époque son tempérament s'est calmé; il est devenu d'une continence extrême: il attribue à cette cause des pollutions nocturnes, qui se manifestent avec régularité tous les quinze jours, et sont pour lui, dit-il, un grand soulagement.

C'est vers la même époque que s'est développée une gastralgie, dont il souffre encore aujourd'hui. Les digestions sont pénibles, l'appétit capricieux, et il éprouve le besoin de prendre des stimulants pour hâter le travail digestif; il en a même assez largement usé pour devenir insensible à l'action du café. Quant aux liqueurs, il convient en avoir quelquefois abusé, sans avoir néanmoins l'habitude des excès.

Entré depuis l'âge de dix-neuf ans dans la carrière de l'enseignement, tour à tour professeur, surveillant, maître d'études, il a vu sa santé faiblir graduellement sous les exigences du métier, qui, d'après ses propres expressions, lui fatiguait beaucoup le cerveau. Dans ses moments de loisir, il cultivait de préférence les auteurs classiques, l'histoire et la théologie; il lisait avidement tous les livres religieux qui lui tombaient entre les mains. La lecture d'ouvrages tels que les *Études philosophiques sur le christianisme* de M. Aug. Nicolas, les *Conférences* de M. de Frayssinous, a puissamment contribué à développer sa croyance aux esprits immatériels qui depuis longtemps étaient de sa part l'objet d'une attention inquiète; déjà à vingt-cinq ans il avait conçu des terreurs vagues au sujet de ces êtres invisibles dont il redoutait l'influence, et la grande question du salut ou de la perte de l'âme était le sujet perpétuel de ses réflexions.

Vers cette époque, il avait peu d'insomnies, mais le sommeil était agité par des rêves effrayants; dans la journée, il avait des migraines intenses.

L'ouvrage de Jean Bodin, intitulé *Démonomanie*, qui lui est tombé entre les mains par l'obligeance d'un ami, est l'un de ceux qui ont le plus contribué à lui troubler l'esprit; enfin, le livre de M. de Mireville, *Des esprits et de leurs manifestations fluidiques*, a complètement achevé, il y a deux mois, ce que les écrits religieux avaient commencé il y a plusieurs années. Depuis cette époque, le sommeil l'a abandonné, car il est pleinement convaincu que des esprits infernaux viennent l'obséder et s'emparer de sa personne; mais ils n'ont d'empire sur lui que pendant les longues insomnies de la nuit; dans le jour, il leur est défendu de lui nuire: « Je suis damné, dit-il, cela me contrarie beaucoup. » Lorsqu'il décrit les sensations qu'il éprouve pendant ses luttes nocturnes: « Je suis couché, dit-il, pendant la nuit avec un autre moi-même, qui me parle sans être interrogé, et répond à mes pensées sans me laisser le temps de les exprimer. »

Il s'agit d'ailleurs de choses qui ont trait au salut ou à la perte de l'âme. Le démon lui raconte qu'il l'a suivi toute sa vie, qu'il a guetté son âme et s'en est définitivement emparé; elle lui appartient, le malade en est convaincu, car l'esprit lui raconte dans leurs moindres détails toutes les circonstances de sa vie.

Les esprits le menacent de leur toute-puissance infernale: lorsqu'ils s'approchent, le malade en est averti par une gêne extrême de la respiration; lorsqu'ils s'éloignent, il peut respirer librement. Pendant le jour, il entend à distance leurs conversations, mais sans les craindre, car ils n'ont aucun pouvoir sur lui.

Le malade a toujours eu de la gêne, de l'oppression à la région précordiale; depuis sept ou huit ans, il se croit atteint d'un anévrisme au cœur; mais, quoique le pouls soit assez irrégulier, l'auscultation et la percussion ne révèlent aucun signe d'une pareille maladie.

Le 5 février, les amis du malade l'ont conduit de son consentement à la préfecture, d'où il a été transféré à Bicêtre dans le service de M. Moreau.

Le jour de son entrée, L... prend un purgatif (huile de ricin et croton tiglium).

Le lendemain, M. Moreau prescrit un pot de macération de quinquina et un julep belladoné (5 centigrammes).

Le 7, l'état moral du malade s'est amélioré; il se plaint du manque de sommeil; on prescrit un julep avec extrait thébaïque, 5 centigrammes.

Le 25, l'état moral du malade est excellent. Les craintes chimériques qu'il nourrissait ont disparu; elles ont cédé au raisonnement.

Une série de furoncles développés à la partie interne et supérieure de la cuisse font beaucoup souffrir le malade ; ils sont successivement ouverts avec le bistouri.

Le 15 mai, le malade, dont la guérison ne s'est pas un seul instant démentie, sort de l'hospice sur sa demande. Depuis longtemps, pour passer le temps, il se livrait à des travaux littéraires, copiait des manuscrits, faisait des vers et cherchait à se rendre utile.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 juillet 1856. — Présidence de M. Bussy.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Deux rapports de MM. Dufresse de Chassaigne et Roussel, médecins inspecteurs des eaux minérales de Bagnols et de la Chaldette, sur le service médical de ces établissements pendant l'année 1854 (commission des eaux minérales) ;

2° Des états de vaccinations pour les départements de l'Aisne, Aude, Nièvre, Seine-et-Oise, Côte-d'Or et Maine-et-Loire, pour l'année 1855. (Commission de vaccine.)

— M. le ministre de l'instruction publique transmet un mémoire de M. le docteur Liegey (de Rambervilliers, intitulé *Quelques cas de fièvre intermittente à forme néphrétique, guérie par le sulfate de quinine.* (Commissaire, M. Ségalas.)

MM. Cap et Camille Bernard (d'Apt) demandent à être portés sur la liste des candidats au titre de membre associé.

— M. Dechaux (de Montluçon) informe l'Académie que cette ville est depuis un mois sous l'influence de fièvres graves dont il indique les principaux caractères.

— M. le docteur Lebon (de Besançon) communique une observation d'imperforation de l'anus. (Commissaire nommé.)

— M. Heurteloup communique une note intitulée *De la sonde à double effet, ou moyen de connaître l'épaisseur des parois des cavités qui contiennent des matières anormales non liquides, et la nature de ces matières.* (Nous la publierons plus tard.)

— M. Jules Guillet, élève des hôpitaux de Paris, soumet à l'examen de l'Académie un instrument qu'il vient de faire confectionner par M. Charrière fils, et qui est destiné à rendre plus faciles les expériences spirométriques, tout en permettant d'obtenir le degré d'approximation qu'on a intérêt à chercher. (Nous donnerons la figure et la description de cet instrument dans notre prochain numéro.)

— M. Stankiewicz (de Krasnystaw) adresse un mémoire écrit en polonais sur le traitement du choléra. (Commission du choléra.)

— M. Robert dépose sur le bureau un ouvrage de M. Alexandre Monnier, intitulé *Histoire de l'assistance dans les temps anciens et modernes.*

— M. Larrey, à l'occasion de la correspondance, donne quelques explications sur les opérations d'anus contre nature faites par M. Maisonneuve et par Amussat, dont il a été question dans la dernière discussion.

LECTURE.

M. Baillarger lit une note sur l'ossification des os du crâne chez les sujets microcéphales. Il termine cette lecture par la présentation de crânes et de dessins photographiques de sujets microcéphales. Nous publierons cette note textuellement dans un prochain numéro.

Ligature de l'œsophage. — M. H. Bouley lit en son nom, et au nom de M. Reynal, une note qui a pour but d'appeler l'attention de l'Académie sur une opération très-usuelle dans les expériences de physiologie et de toxicologie, la ligature de l'œsophage chez le chien; opération, dit M. Bouley, dont l'influence n'a pas été suffisamment appréciée, et de laquelle il n'a pas été tenu assez compte dans les conclusions que l'on s'est cru autorisé à formuler d'après les résultats apparents donnés par un grand nombre de ces expériences.

Un homme, dit M. Bouley, dont le nom fait justement autorité en toxicologie, Orfila, a prétendu que la ligature de l'œsophage devait être considérée comme un fait d'une importance tout à fait minime, et qui pouvait être facilement négligé dans les expériences où on la faisait intervenir. Cette opinion n'a pas passé, il est vrai, sans contradiction. MM. Giacomini, Devergie et Rognetta soutinrent, contre Orfila, que la ligature de l'œsophage était une opération grave, qui pouvait avoir des conséquences dangereuses, et que par cela même elle devait influer sur les résultats des expériences.

Pour soutenir l'innocuité de la ligature de l'œsophage, M. Orfila a invoqué les expériences nombreuses et répétées faites publiquement, et desquelles il résulterait que, si après avoir isolé l'œsophage en le séparant de la trachée-artère et des nerfs qui l'accompagnent, on le lie, et si on maintient la ligature pendant vingt-quatre ou trente-six heures, les animaux n'éprouvent qu'un léger abattement et un peu de fièvre ; que dès que la ligature est enlevée, les chiens boivent et ne tardent pas à manger, et sont parfaitement rétablis ; que la plaie est complétement cicatrisée au bout de dix, douze ou quinze jours, sans qu'il soit nécessaire de la soigner ; qu'enfin, si on tue les animaux pendant les deux premiers jours de l'application de cette ligature, on ne découvre *aucune lésion cadavérique.*

On comprend l'animation qu'a mise Orfila à soutenir sa manière de voir, un grand nombre de ses expériences ayant été faites par le moyen de la ligature de l'œsophage, qu'il jugeait indispensable pour étudier un poison sous tous les rapports. Il est clair que les conclusions qu'il en a tirées auraient été nécessairement entachées de suspicion si ses contradicteurs eussent eu raison contre lui ; de là cette extrême ardeur avec laquelle il a cherché à les combattre.

De quel côté est la vérité dans cette contestation ?

Nous croyons, disent MM. Bouley et Reynal, qu'Orfila s'est trompé.

C'est une erreur grave de croire qu'une ligature puisse être appliquée *sans conséquence* sur l'œsophage du chien.

La ligature de l'œsophage est très-souvent mortelle pour cet animal ; elle le tue d'autant plus vite que les substances ingérées dans le canal digestif sollicitent le vomissement d'une manière plus puissante, ou que l'animal est plus impressionnable et plus susceptible de faire des efforts pour vomir après la constriction ; elle peut le tuer par elle-même, sans aucun intermédiaire, quand bien même on n'administre rien à l'animal auquel on l'a pratiquée, et cela dans un temps très-court.

Enfin la ligature de l'œsophage est très-souvent suivie, et presque immédiatement après son application, des désordres les plus graves qui témoignent de l'influence directe qu'elle exerce sur le système nerveux de la vie organique, et qui, par leur mode d'expression, ont dû mettre souvent en défaut la sagacité des expérimentateurs, parce que, méconnaissant l'influence que pouvait avoir sur l'organisme la constriction du tube œsophagien, ils ont dû être conduits à conclure, en apparence avec beaucoup de logique, que les symptômes qui se manifestent après la ligature de l'œsophage, et consécutivement à l'ingestion dans l'estomac de substances dont ils se proposaient d'étudier les effets, procédaient exclusivement de ces substances elles-mêmes et non pas de ce fait, si peu important, croyaient-ils, la ligature de l'œsophage !

Ces conclusions ont dû être souvent entachées d'erreurs, faute d'avoir donné sa véritable signification à ce fait négligé.

On en jugera par l'exposé suivant :

Lorsque l'on a pratiqué la ligature de l'œsophage à un chien *impressionnable*, complétement à jeun et sans rien introduire actuellement dans les voies digestives, afin de simplifier le problème ; en ayant la précaution, afin d'isoler parfaitement le tube œsophagien des cordons nerveux qui l'accompagnent (pneumogastrique et trisplanchnique), voici ce que l'on observe presque immédiatement : L'animal est dans un état d'inquiétude extrême qui le force à changer continuellement de place ; incessamment il se couche sur le sternum, se relève, tourne sur lui-même, se couche de nouveau sans pouvoir trouver une position convenable. Son œil a une expression profonde d'angoisse et de souffrance, qui contraste avec la vivacité qui l'animait avant l'expérience ; puis bientôt les lèvres, les mâchoires, la langue sont agitées de mouvements continuels ; l'animal fléchit de temps à autre la tête sur le cou et se livre à des efforts énergiques, mais nécessairement impuissants, de vomissements qui aboutissent cependant à la réfection par la gueule, en quantité considérable, de mucosités blanches, spumeuses, très-gluantes. Ces efforts expulsifs se renouvellent incessamment pendant la première et même la deuxième heure avec une énergie extrême, et se multiplient d'autant plus qu'ils sont plus inefficaces.

Chez certains sujets très-irritables, ce trouble fonctionnel n'a de cesse qu'avec la vie. Mais le plus souvent il se calme au bout d'une heure ou deux. Alors apparaissent les signes d'une très-grande prostration.... La respiration se ralentit, les battements du cœur sont à peine perceptibles, la chaleur est abaissée, puis la vie s'éteint.

Chez les sujets qui sont moins impressionnables, la constriction de l'œsophage ne donne pas lieu à des efforts de vomissements. Immédiatement après l'application du lien, les animaux sont comme frappés de stupeur. Ils deviennent immobiles, abattus, muets et sans défense, accroupis ou couchés en cercle dans l'attitude du repos, et restent ainsi indéfiniment, tant qu'on ne les force pas à se mouvoir. Toutefois, si l'on vient à les frapper violemment, il est possible alors de faire apparaître d'emblée les symptômes qui se manifestent spontanément sur les sujets irritables, et, une fois que les efforts de vomissement ont commencé, ils continuent avec une énergie croissante jusqu'à la mort.

Quels que soient les symptômes qui se manifestent après la ligature, symptômes de vomissement ou stupeur, généralement les matières excrémentitielles ne sont pas rejetées en plus grande quantité et avec des caractères différents de l'état normal.

Mais si, au lieu de se contenter d'appliquer simplement une ligature sur l'œsophage, on administre simultanément une substance non toxique, soit par sa dose, soit par sa nature, mais susceptible d'exciter des efforts de vomissement, alors aux efforts de vomissement qui se manifestent dans ce cas d'une manière presque constante peuvent s'ajouter d'autres symptômes qui dénoncent un trouble plus considérable de la fonction digestive : les matières excrémentitielles sont rejetées d'abord solides, ensuite moins consistantes, puis tout à fait liquides, avec une teinte jaune qui dénote leur nature bilieuse. Enfin, suivant la nature et la quantité de substances ingérées, les matières excrémentitielles deviennent sanguinolentes.

Ces lésions cadavériques, qui consistent en une congestion sanguine considérable de toute l'étendue des organes digestifs, sont plus accusées sur les sujets auxquels on a administré une substance irritante, comme de l'émétique ou du chlorure de sodium à forte dose ; mais elles ne diffèrent des premiers que par un degré dans leurs nuances. Le fait important sur lequel nous appelons l'attention de l'Académie, est que ces lésions existent très-marquées quand même on n'a administré aux animaux aucune substance susceptible d'exercer une action directe sur la muqueuse intestinale. On comprend toute l'importance de cette observation.

Orfila a avancé dans son *Traité de toxicologie* que la ligature de l'œsophage, maintenue pendant vingt-quatre ou trente-six heures, ne produisait qu'un léger abattement et un peu de fièvre ; que dès que la ligature était enlevée, les chiens buvaient et ne tardaient pas à manger ; qu'enfin la plaie était complétement cicatrisée au bout de dix, douze ou quinze jours, sans qu'il fût nécessaire de la soigner.

Nos expériences ne sont, sur aucun de ces points, concordantes avec les siennes.

Sur huit chiens auxquels l'œsophage a été lié sans qu'aucune substance ait été introduite dans l'estomac, cinq sont morts dans un laps de temps qui a varié entre deux heures et soixante-douze heures, et sur ces cinq animaux, quatre ont présenté des symptômes extrêmement accusés. Un seul, celui qui a survécu le plus longtemps (soixante-douze heures) est resté dans un état profond d'abattement depuis le moment de l'application du lien jusqu'à sa mort.

Des trois autres chiens auxquels l'œsophage a été lié pendant deux heures seulement, un seul a voulu et a pu manger le lendemain de l'opération ; les deux autres sont restés dans un état profond d'abattement, refusant absolument toute nourriture.

Sur les sept animaux auxquels l'œsophage a été lié, après l'ingestion de substances non toxiques dans l'estomac, six sont morts dans un laps de temps qui a varié entre cinq heures et trente heures. Quatre, sur ces six, ont présenté des symptômes très-accusés. Deux n'ont eu que de l'abattement. La chienne qui a survécu avait pris 20 grammes de sel marin, tandis que deux des sujets qui sont morts n'en avaient pris, l'un que 4 grammes, l'autre que 6.

Voici en quels termes MM. Bouley et Reynal apprécient ces résultats :

Pour ce qui est des sujets auxquels on n'a fait que lier l'œsophage, la conclusion à tirer se présente de soi-même, sans aucune difficulté possible : Vous pratiquez la ligature de l'œsophage sur des chiens en parfaites conditions de santé, et vous ne faites que cela absolument. Ces chiens meurent en présentant une certaine série de symptômes ; donc ces symptômes, et la mort qui les suit, sont la conséquence de la ligature de l'œsophage.

Mais dans les expériences de la dernière catégorie, les choses sont plus compliquées. Il y a deux faits presque simultanés qui précèdent les phénomènes : l'ingestion d'une substance dans l'estomac, d'une part, et la ligature de l'œsophage, de l'autre. De ces deux faits, quel est le plus important ; celui qui remplit, par rapport aux phénomènes qui se manifestent, le rôle principal ; celui qui est la *cause*, enfin, dont ces phénomènes ne sont que l'*effet?*

En présence des résultats que nous venons d'exposer, la réponse à cette question doit être faite, ce nous semble, sans aucune hésitation. Le fait principal, c'est la ligature de l'œsophage ; c'est de lui que dérive la série des phénomènes qui se manifestent. Le fait secondaire, accessoire, qui peut être négligé, c'est l'ingestion dans l'estomac de la substance administrée.

Voici sur quoi MM. Bouley et Reynal s'étayent pour soutenir cette thèse :

D'abord, dans les deux séries d'expériences, les phénomènes qui se sont produits sont à peu près identiques dans leur mode de manifestation. Que la ligature de l'œsophage ait été faite seule, ou que simultanément on ait administré quelque chose aux sujets d'expériences, on a vu se produire les mêmes désordres du côté de l'appareil digestif et du système nerveux.

Pour compléter cette démonstration, MM. Bouley et Reynal ajoutent que les substances ingérées dans l'estomac des sujets de la deuxième expérience ne sont jamais toxiques à la dose à laquelle elles ont été administrées, lorsqu'on les fait prendre d'après le mode physiologique.

Ainsi, par exemple, le sel, si peu susceptible de nuire, même à des doses élevées (50, 60, 100 grammes même), lorsqu'il est introduit dans les voies digestives suivant le mode physiologique, a revêtu tout à coup les caractères d'un poison des plus actifs à une dose bien inférieure (4 grammes, par exemple, une, deux, trois ou dix minutes au plus après l'ingestion.

Ce sont ces résultats si opposés d'expériences faites avec la même substance et sur les mêmes animaux, mais en suivant des procédés différents, disent en terminant MM. Bouley et Reynal, qui nous ont éclairés et nous ont conduits à entreprendre la série des essais dont nous venons de vous rendre compte. En voyant la parfaite innocuité du sel administré, mais à forte dose, suivant le *mode physiologique*, et les conséquences terribles dont son ingestion paraissait être suivie lorsqu'on *liait l'œsophage* après son administration, nous nous sommes demandé si, après tout, cette ligature, considérée jusqu'à présent comme un fait si peu important, n'aurait pas une large part dans la détermination des phénomènes qui surviennent après son application ; c'est alors que nous nous sommes rappelés cet état d'angoisse extrême dans lequel se trouvent les vaches dont l'œsophage est momentanément obstrué par la présence d'une racine trop volumineuse pour en franchir le détroit, et les douleurs excessives que semblent éprouver les chevaux lorsqu'on cherche à extraire l'œsophage de sa position pour lui pratiquer une ouverture artificielle dans l'opération dite de l'œsophagotomie ; nous nous sommes aussi souvenus des sensations si pénibles que nous éprouvons nous-mêmes lorsqu'un bol alimentaire incomplétement trituré, ou une liqueur trop chaude ou trop irritante franchit le canal œsophagien, et, partant de là, nous nous sommes dit que ce pouvait bien ne pas être une chose parfaitement *innocente* que d'appliquer un lien constricteur sur le tube œsophagien, qui est enlacé par des anses nerveuses en grand nombre provenant des pneumo-gastriques et des ganglions thoraciques, et qui se trouve par cela même en relations synergiques très-étroites avec l'appareil digestif abdominal.

MM. Bégin, Jobert (de Lamballe) et Robert font quelques réflexions à la suite de la lecture de ce travail.

M. Bégin dit avoir fait dans le temps des expériences dans lesquelles il liait l'œsophage, et n'avoir jamais observé les accidents graves dont parle M. Bouley. Il a vu sans doute les animaux plus ou moins agités à la suite de cette ligature, mais ils ne lui ont jamais présenté cet ensemble de phénomènes qu'on vient de décrire.

M. Jobert a fait aussi des expériences de ce genre, et il n'a jamais observé non plus les accidents que vient de décrire M. Bouley, du moins toutes les fois qu'il a eu le soin de ne lier que l'œsophage seul, et après avoir eu la précaution d'en isoler les nerfs qui le côtoient. Dans quelques circonstances il a bien vu se former consécutivement des abcès dans le voisinage de la ligature, mais dans aucun cas les accidents graves signalés par M. Bouley.

M. Renault a été témoin des expériences exécutées par MM. Bouley et Reynal, et il témoigne de la parfaite exactitude de la relation qu'on vient d'entendre. Ces deux expérimentateurs ont eu parfaitement le soin d'isoler les nerfs pneumogastriques, ainsi que tous les autres filets nerveux dont la ligature aurait pu compliquer les résultats. Il est évident d'ailleurs que, si le pneumogastrique avait été compris dans la ligature, les résultats eussent été tout différents ; les animaux seraient morts asphyxiés presque immédiatement.

M. Robert rappelle qu'il y a une quinzaine d'années il a assisté aux expériences d'Orfila, qui faisait cette ligature avec une adresse et une promptitude extrêmes. Les chiens étaient ensuite placés dans une cage située près du pavillon où il travaillait ; il était par conséquent à même de les observer ; or il n'a jamais rien vu de semblable à ce que vient de décrire M. Bouley. Il a bien observé quelquefois des efforts de vomissements, mais sans cet appareil de symptômes si graves dont a parlé M. Bouley. Il pense, en raison de l'importance de la question, qu'il serait utile de nommer une commission qui aurait à répéter ces expériences.

M. Bouley accepte la proposition de M. Robert.

En conséquence, M. le président nomme une commission composée de MM. Bégin, Robert, Trousseau et Renault, à laquelle s'adjoindra M. Bouley.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'oblitération de la veine-porte et de quelques-uns des états morbides qui lui sont liés.

Quelles sont les causes ou les états morbides divers qui produisent l'oblitération de la veine-porte ? De quelle manière s'opère cette oblitération, de quelles lésions s'accompagne-t-elle, et quels en sont les effets pathologiques les plus habituels ?

Les rares observations disséminées çà et là dans les recueils n'ont pas permis jusqu'à présent de faire une histoire assez complète de cette lésion pour résoudre les diverses questions que nous venons de formuler. Le hasard, ou plutôt une observation attentive dirigée sur ce point de pathologie, a mis M. le professeur Gintrac (de Bordeaux) à même d'observer en quelques années, dans son service médical de l'hôpital Saint-André, un nombre relativement considérable de cas d'oblitération de la veine-porte (six observations en moins de dix ans). Réunissant ces six observations, dont il a étudié avec le plus grand soin toutes les phases et toutes les particularités, aux observations déjà connues et consignées dans les annales de la médecine, M. Gintrac a soumis cet ensemble de documents à une analyse clinique qui a eu pour résultat de jeter une vive lumière sur quelques-uns des points restés jusqu'ici les plus obscurs dans l'histoire de cette lésion. Nous empruntons à ce remarquable travail l'exposé des principaux résultats qu'il renferme, tant sous le point de vue anatomo-pathologique que sous les points de vue symptomatique et thérapeutique.

Le premier point qui a fixé l'attention de M. Gintrac est la recherche des états morbides qui ont amené l'oblitération de la veine porte. L'analyse des faits lui a permis d'établir, sous ce rapport, divers groupes qui représentent jusqu'à présent toutes les causes connues d'oblitération.

La veine-porte peut être comprimée et lésée par suite de l'induration de quelques-uns des organes qui l'avoisinent (tumeurs développées autour d'elle troublant la circulation du sang et finissant par l'interrompre ; masses tuberculeuses développées dans le voisinage du foie ; cancer de l'estomac, etc.).

Le tissu qui entoure immédiatement la veine-porte a quelquefois été le siége de la maladie (inflammation et suppuration de la périphérie du foie).

L'inflammation de la veine-porte a été produite une fois par une cause traumatique.

L'inflammation de la veine-porte a laissé pour vestiges, dans quelques-uns de ces faits, une fausse membrane tapissant les parois vasculaires ; elle a été plusieurs fois démontrée par la présence du pus.

Dans certains cas, non-seulement la veine-porte était en suppuration, mais le foie contenait des foyers purulents en rapport plus ou moins direct avec l'altération de ce tronc veineux.

Enfin, une dernière catégorie est constituée par les faits dans lesquels la veine-porte, siége de l'affection essentielle, était plus ou moins complétement oblitérée par des caillots d'une certaine consistance ou modifiés ou transformés.

C'est à cette dernière catégorie qu'appartiennent les faits observés par M. Gintrac. Nous n'en ferons pas ici l'analyse, ce qui serait beaucoup trop long ; nous nous bornerons à indiquer pour chacun d'eux le rapport des symptômes principaux observés pendant la vie avec la lésion constatée à l'autopsie.

Dans la première observation, il y avait eu, avec des signes d'affection organique du cœur et d'aortite, une ascite avec œdème des membres inférieurs ; le foie était atrophié ; la veine-porte était ossifiée et oblitérée.

La deuxième observation est intitulée (le titre dit tout) *Ascite, cirrhose du foie ; veine-porte obstruée par un caillot formé de plusieurs couches.*

Les troisième, quatrième et cinquième sont identiquement semblables à la précédente.

Dans la sixième, l'ascite est, avec des accès fébriles irréguliers, le phénomène dominant pendant la vie. Elle acquiert de telles dimensions, qu'elle nécessite plusieurs ponctions successives et une injection iodée suivie de péritonite. Le foie était petit, mou et pâle ; la veine-porte exactement remplie par un caillot volumineux.

Les premiers symptômes que présentent les malades chez lesquels la veine-porte est lésée, si surtout elle est enflammée, sont ceux d'une irritation plus ou moins vive des voies digestives ; le vomissement, la constipation chez quelques-uns, mais plus souvent la diarrhée, la tension et météorisation de l'abdomen, la soif et la fréquence du pouls. Dans quelques cas, la fièvre s'est manifestée par des accès très-prononcés, analogues à ceux d'une pyrexie intermittente débutant par un froid très-vif et des frissons répétés.

Parmi les autres symptômes plus directement caractéristiques des lésions de la veine-porte et du foie, M. Gintrac signale une douleur vive à l'hypocondre droit, s'étendant parfois à l'épigastre, et l'apparition d'un ictère. Dans les cas où la maladie s'est prolongée, il est survenu une ascite plus ou moins considérable. Ce phénomène a été constant dans les six observations de M. Gintrac. L'œdème des membres a été observé souvent aussi. Plusieurs malades ont offert le développement variqueux des veines sous-cutanées de l'abdomen.

Divers autres symptômes ont été notés, tels que la dyspnée, la toux, les palpitations de cœur, le délire ; mais ils ne se sont montrés que dans quelques cas particuliers, et sans offrir une liaison directe ou spéciale avec les états morbides de la veine-porte.

Le rapprochement de ces divers phénomènes peut éclairer dans bien des circonstances le diagnostic. M. Gintrac a fait ressortir, en effet, un certain rapport entre les lésions et les symptômes, qui permet de convertir quelques-uns de ceux-ci en signes. Ainsi, dit-il, lorsqu'aux indices d'une irritation vive des voies digestives se manifestant avec des accès fébriles irréguliers, se joindront une douleur plus forte à l'hypocondre droit, des évacuations imprégnées de sang, un épanchement séreux dans le péritoine et le développement des veines superficielles des parois abdominales, on pourra présumer que le système de la veine-porte est le siége de quelque grave lésion, qui met obstacle à la circulation du sang.

Nous avons dit que l'oblitération de la veine-porte pouvait être due à plusieurs causes : les unes extérieures et mécaniques, telles que des tumeurs de diverse nature comprimant ce vaisseau ; les autres inhérentes à ce vaisseau lui-même, et consistant le plus ordinairement en un état phlegmasique de ses parois. Les preuves de cette inflammation ont été fournies par des faits nombreux. Le pus, les exsudations pseudo-membraneuses contenues dans ce tronc veineux ; les abcès formés à la périphérie ou le long de ses divisions ; l'épaississement, l'injection, la rougeur de ses parois dilatées, élargies, hypertrophiées, attestent l'existence de cet état phlegmasique. Il en est de même de la présence d'un caillot, lorsque aucune autre circonstance connue n'a pu le produire ; la coagulation du sang dans le lieu affecté étant, comme on le sait, un des résultats les plus ordinaires de la phlébite.

L'oblitération de la veine porte a sur la circulation veineuse abdominale et sur la circulation de l'organe hépatique une double influence directe des plus notables, et que l'esprit conçoit d'avance aisément. La colonne sanguine diminuant de volume dans ce vaisseau, et finissant par l'interrompre, il en résulte : arrêt et stase du sang dans les branches abdominales ; diminution ou absence de ce fluide dans les divisions hépatiques ; partant pléthore d'un côté, et de l'autre anémie. De ce premier fait, la pléthore du système veineux abdominal, résulte : une propension à peu près constante à l'hydropisie ascite ; une tendance au flux séreux et hémorrhagique, soit par l'estomac, soit par l'intestin (vomissements noirâtres et diarrhées sanguinolentes) ; une intumescence générale des tissus, l'augmentation d'épaisseur des parois gastrique et intestinale, l'expansion des vaisseaux hémorrhoïdaux, surtout le développement de la rate, etc.

On voit par là quelle est l'importance au point de vue séméiologique du signe offert par la dilatation des veines superficielles de l'abdomen.

Mais il ressort de l'étude de cette influence en sens inverse de l'oblitération de la veine-porte sur la double circulation abdominale et hépatique, un fait plus intéressant encore, parce qu'il jette un jour nouveau sur une affection encore très-imparfaitement connue, la cirrhose du foie.

« Lorsqu'une inflammation vive s'est emparée de la veine-porte, dit M. Gintrac, et qu'elle se propage aux divisions répandues dans le foie, elle peut susciter dans cet organe une turgescence générale ou des noyaux phlegmasiques et des foyers purulents. Alors le volume du foie est plutôt augmenté que diminué. Mais lorsque l'affection est moins aiguë, et que, dès le principe, elle est circonscrite à la veine-porte, le foie subit l'influence que tout organe éprouve lorsqu'il est privé d'une partie du sang qu'il devait recevoir. La modification que cet important viscère reçoit alors doit être analogue à celle qu'il ressent à la naissance par l'oblitération

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'hygiène navale, ou de *l'Influence des conditions physiques et morales dans lesquelles l'homme de mer est appelé à vivre, et des moyens de conserver sa santé* ; par le docteur J.-B. Fonssagrives, chirurgien de 1re classe de la marine, professeur à l'École de médecine navale de Brest (1).

M. Fonssagrives a été très-bref sur la question du scorbut, trop bref peut-être, si dans les livres qui traitent de l'alimentation du marin, de l'atmosphère nautique, etc..., un certain nombre des notions d'hygiène propres à prévenir le développement de cette maladie ne se trouvaient traitées à la place qu'elles doivent réellement occuper. J'ai trouvé relativement bref aussi le chapitre qui traite de l'encombrement, de l'infection, de la contagion et des épidémies nautiques. Trente pages sur huit cents, pour toutes ces questions si importantes, cela paraîtra trop peu. Nul plus que le médecin de marine ne pourrait éclairer la science sur ces actions contaminantes, prétendues mystérieuses par ceux qui n'en connaissent pas les lois ; par ceux qui en sont encore réduits à les comparer à un germe qui *sommeille*, à une graine qui met plus ou moins de temps à germer dans tel ou tel organisme, à un principe morbifique qui peut y conserver plus ou moins longtemps sa puissance d'action loin des circonstances qui l'ont engendrée, qui peut y offrir une évolution plus ou moins lente, plus ou moins rapide.

Il est aujourd'hui bien certain que les maladies contagieuses ne le sont pas pour tous les individus, le sont ou ne le sont pas pour le même individu, selon les conditions dans lesquelles il se trouve ; que le choléra, la fièvre typhoïde, le typhus des armées, la fièvre jaune, la dyssenterie peuvent être contagieuses dans certaines épidémies ou certaines localités, et dans telles ou pas dans d'autres. Mais on ne sait pas encore exactement quelles sont ces conditions.

Les miasmes existent, on sait même un peu ce qu'ils sont, mais on est loin de connaître tous les caractères. Or nul plus que le médecin de marine ne pourrait les faire connaître mieux encore, et nous éclairer sur leur mode d'action. Il est vrai que pour cela il faut recourir à une connaissance approfondie de choses dont l'étude ne fait pas encore partie de l'éducation du médecin, bien que ces corps tiennent le premier rang par leur importance matérielle et leurs propriétés. Je veux parler des composés coagulables dits *substances organiques*, de celles qui sont naturelles, animales ou végétales, de celles qui sont de formation accidentelle ou de formation artificielle. Je veux parler de ces substances qui, solides, liquides ou en suspension dans la vapeur d'eau, offrent cette particularité que, lorsqu'elles sont altérées, elles transmettent aux substances organiques saines, par simple contact, leur genre d'altération, ou un genre d'altération analogue. Pour cela, il n'est point nécessaire que la quantité de substance organique altérée offre un rapport déterminé de masse, eu égard à celle des substances qu'elle vient modifier, comme il est nécessaire que cela soit dans les actions décomposantes qu'exercent les uns sur les autres les composés cristallisables qu'étudie la chimie. Les substances organiques dont l'altération a commencé dans certaines conditions de température, d'humidité, etc., transmettent cet état par simple contact, ou après mélange moléculaire avec les substances saines, lors même qu'elles sont en quantité excessivement minime, parce que la modification a lieu graduellement, de proche en proche, molécule à molécule.

C'est par les substances organiques animales ou végétales altérées, en suspension dans l'air, que sont déterminées certaines affections épidémiques, telles que le typhus, les dyssenteries, les affections paludéennes et autres dites maladies générales. C'est par la même cause ou par les substances organiques altérées ingérées avec les boissons ou avec les aliments que sont causées la plupart des affections analogues aux précédentes, dans lesquelles toutes les parties de l'économie sont lésées, ou mieux dans lesquelles toutes les parties de l'organisme offrent des troubles de la nutrition, et, par suite, de tous les autres actes qu'elles accomplissent. Ce sont celles qu'on a nommées maladies du sang, etc., soit parce qu'on a supposé qu'il était primitivement lésé (ce qui est souvent réel en raison du rôle d'intermédiaire nécessaire qu'il joue entre les parties solides du corps et les milieux dans lesquels nous vivons), soit parce que seul il présente des changements appréciables, ou du moins appréciés jusqu'à présent. Elles sont remar-

(1) Fin. — Voir le numéro du 29 juillet.

de la veine ombilicale et par la perte du sang que ce vaisseau lui fournis-ait. »

La diminution du volume du foie était, en effet, un fait facile à prévoir. C'est ce que l'observation directe a permis de constater. M. Gintrac a trouvé dans quatre de ses observations le foie non-seulement diminué de volume, mais encore pâle, d'une teinte jaunâtre et d'un aspect granuleux et mamelonné, offrant, en un mot, les principaux caractères de la cirrhose. Il en a été induit à conclure que si ce n'est pas là la cause unique et constante de la cirrhose, l'oblitération de la veine-porte doit être considérée désormais comme l'une des causes de cette lésion, notamment dans sa forme la plus simple, celle qui résulte de l'atrophie de la substance rouge du foie.

Les observations de M. Gintrac tendent encore, avec beaucoup d'autres faits connus dans la science, à démontrer que l'oblitération de la veine-porte n'a aucune influence sur la sécrétion de la bile. Cette sécrétion, dans tous les cas analysés dans ce travail, s'est montrée indépendante de l'état morbide de la veine-porte, ce qui a au point de vue physiologique une portée facile à apprécier.

Enfin, et c'est par là que nous devons terminer cet exposé rapide des intéressantes recherches cliniques du savant professeur de Bordeaux, des données utiles en thérapeutique, ou du moins capables de servir de jalons pour des déductions pratiques ultérieures, ressortent des divers points de l'histoire de l'oblitération de la veine-porte qui viennent d'être élucidés.

Voici en quels termes M. Gintrac les formule :

1° A quelques exceptions près, cet état pathologique a pour origine une inflammation du tronc veineux sous-hépatique, et cette affection est très-souvent liée à une phlegmasie plus ou moins intense des viscères abdominaux. C'est donc à combattre celle-ci, lo squ'on peut en supposer l'existence, qu'il faut d'abord s'attacher.

2° Les accès ou les paroxysmes fébriles irréguliers, précédés de frissons et de froid très-marqués, peuvent en imposer pour des accès d'une fièvre rémittente ou intermittente grave, ou même pernicieuse, et inspirer la pensée d'employer les antipériodiques, en particulier le sulfate de quinine à haute dose. Des faits nombreux attestent l'inutilité et même le danger d'une semblable médication.

3° On ne saurait redouter les émissions sanguines locales, et principalement l'application des sangsues à l'anus pendant la période d'acuité.

4° L'usage des délayants et des laxatifs doit concourir à favoriser la circulation des fluides dans les vaisseaux engorgés.

5° Les boissons seront rendues alcalines par l'addition du sous-carbonate ou du bicarbonate de soude, afin de s'opposer autant que possible à la tendance du sang à la coagulation.

6° La maladie faisant des progrès, l'état phlegmasique aigu étant dissipé, la sérosité s'épanchant dans l'abdomen et donnant lieu de supposer que l'oblitération de la veine-porte est accomplie, les évacuations sanguines ne doivent être employées qu'avec réserve et seulement pour diminuer la pléthore abdominale. C'est le moment d'employer les évacuants, ceux surtout qui provoquent les sécrétions séreuses intestinales.

7° Mais ces moyens seraient nuisibles s'il y avait déjà des vomissements ou de la diarrhée, et surtout si les évacuations étaient sanguinolentes. Il vaut mieux alors s'abstenir de médicaments actifs.

8° La paracentèse est le meilleur moyen de diminuer la gêne, le malaise que produit l'ascite. Cette opération peut être réitérée sans inconvénient. Il n'en est pas de même des injections iodées : les indices d'une lésion, et surtout d'une oblitération de la veine-porte, en contre-indiquent formellement l'usage.

9° Il importe d'éviter aux organes digestifs un travail fatigant, et il faut ne pas perdre de vue que, des deux voies d'absorption habituellement ouvertes dans les parois intestinales, l'une d'elles est hors de service ; il est donc bon de ménager celle qui continue à fonctionner.

Tumeurs fibreuses interstitielles de l'utérus. Nécessité de les respecter.

Faut-il chercher à combattre par une opération les tumeurs fibreuses intestinales de l'utérus? Quelles sont, dans ce cas, les chances d'une opération? Qu'adviendra-t-il si l'on n'opère pas? Telles sont les questions éminemment pratiques que se posait il y a quelques jours M. Nélaton, en présence d'une malade intéressée à leur solution, et dont voici en deux mots l'histoire :

C'est une femme de cinquante et un ans environ, qui était déjà entrée à la Clinique il y a un an, pour les mêmes accidents qui l'y ramènent maintenant, des hémorrhagies utérines. Cette femme a éprouvé pour la première fois, il y a cinq ans, les symptômes initiaux de son affection actuelle : douleurs dans le bas-ventre et dans les reins, suivies quelque temps après de petites hémorrhagies répétées à intervalles irréguliers.

Lors de sa première entrée dans les salles, M. Nélaton constata par l'exploration l'existence d'une tumeur intra-utérine faisant corps avec les parois de cet organe. Après l'avoir gardée quelque temps pour la laisser reposer et pour observer l'évolution de cette tumeur, voyant que celle-ci n'avait présenté aucune modification sensible dans son volume et que les pertes étaient diminuées, il la renvoya chez elle. Mais après plusieurs mois passés sans hémorrhagie et dans un état de bien-être et de santé relative, les pertes ayant reparu avec une nouvelle intensité, cette femme est venue de nouveau réclamer un asile et des soins à l'hôpital.

Une nouvelle exploration a fait reconnaître que la tumeur avait augmenté de volume; elle s'élève maintenant jusqu'à l'ombilic. Elle présente, comme nous l'avons dit, tous les caractères de ces tumeurs fibreuses dites interstitielles développées aux dépens et dans l'épaisseur même des parois de l'utérus.

En présence de cette double circonstance fâcheuse, l'accroissement de la tumeur et les hémorrhagies devenant de plus en plus abondantes et réitérées, et pouvant finir évidemment par compromettre la vie de la malade, qu'y avait-il à faire?

Aucune des opérations usitées pour les polypes pédiculés n'était ici applicable. Une seule opération eût été possible, celle qui a été proposée et pratiquée deux fois avec succès par Amussat. On sait qu'Amussat avait été conduit, par une étude attentive de l'anatomie pathologique des corps fibreux de l'utérus, à concevoir et à exécuter une opération qui consistait à débrider le col, à aller accrocher la tumeur avec de longues érignes ou des pinces de Museux appliquées successivement les unes au dessus des autres, et en leur imprimant une sorte de mouvement de torsion ou de rotation, afin d'abaisser la tumeur et de l'amener à l'orifice de l'utérus ainsi agrandi; puis arrivé à ce point, à inciser la membrane muqueuse utérine qui l'enveloppe, de manière à l'engager à travers cette sorte de boutonnière, et à l'amener au dehors.

Bien que cette opération ait été pratiquée deux fois avec succès par Amussat, ainsi que nous venons de le dire, les accidents graves qui l'ont suivie chaque fois (une fois une résorption purulente heureusement conjurée et un renversement de l'utérus, la deuxième fois une phlébite utérine) ont paru à M. Nélaton de nature à ne point encourager de nouvelles tentatives du même genre.

Le chirurgien de la Clinique professe donc en principe qu'il faut s'abstenir en pareil cas, en se bornant à combattre par les divers moyens que l'art possède les hémorrhagies à mesure qu'elles se produisent, à les modérer du moins autant que possible, à soutenir les forces des malades et attendre ainsi l'époque de la ménopause. Ce précepte est fondé sur l'observation de ce fait, que M. Nélaton a eu l'occasion de constater un très grand nombre de fois lorsqu'il était chirurgien de la Salpêtrière, que ces sortes de tumeurs, une fois la crise menstruelle passée, restent ordinairement stationnaires, qu'elles cessent de donner lieu à des hémorrhagies, et que les femmes qui les portent peuvent parcourir une longue carrière sans en être sensiblement incommodées.

Toute la question est donc de gagner du temps et d'arriver sans trop d'encombre à la période critique; mais il est bon que l'on sache que cette époque est ordinairement beaucoup plus tardive dans ces conditions que dans l'état normal, et la malade qui fait le sujet de ces réflexions en est elle-même un exemple.

Incontinence nocturne d'urine. — Guérison par la belladone. Moyen simple d'en prévenir le retour.

Une jeune fille de quinze à seize ans est entrée dans le service de M. Trousseau, à l'Hôtel-Dieu, pour une incontinence nocturne d'urine. Elle n'a commencé à en être affectée qu'à l'âge de huit ans; il y a environ sept ou huit ans, par conséquent, que sa maladie dure. Elle urine à volonté dans le jour, mais la nuit elle laisse échapper ses urines sans en avoir conscience. On l'a mise, dès son entrée à l'hôpital, à l'usage du traitement par la belladone, à la dose d'un centigramme par jour. Au bout de huit ou dix jours de ce traitement, elle a cessé de pisser au lit. Sur ces entrefaites, ses règles ont paru. Quelques personnes ont paru croire que la cessation de l'incontinence tenait à l'apparition des règles, et que sous cette seule influence la guérison serait désormais assurée sans le concours d'aucune médication. C'est en effet une idée reçue dans le monde, mais qui n'est fondée sur aucune raison sérieuse. L'observation journalière la dément, au contraire. C'est en effet ce qui a eu lieu chez cette jeune fille.

Après quelques jours d'une guérison apparente, et qui n'était qu'un simple amendement dans son état, la médication n'ayant pas été continuée, elle a recommencé à laisser échapper ses urines pendant le sommeil. M. Trousseau l'a de nouveau mise à l'usage de la belladone, dont la dose a été élevée à 2 centigrammes. L'incontinence a cessé de nouveau, et cette jeune fille a pu rester dix-sept jours ou plutôt dix-sept nuits sans pisser au lit. La dix-huitième nuit, il y a eu de nouveau incontinence ; on a augmenté la dose de la belladone, on l'a portée à 3 centigrammes. Depuis ce moment, l'incontinence ne s'est plus reproduite. Cependant on a gardé la petite malade quelque temps encore en observation pour s'assurer que la guérison était bien définitive, et, avant de la congédier, M. Trousseau lui a fait la recommandation de s'efforcer de garder le plus longtemps possible ses urines pendant le jour.

Quel est le motif de cette recommandation? Il est aisé à comprendre. L'incontinence nocturne d'urine tient à un spasme exagéré du sphincter vésical. Or, le meilleur moyen de résoudre un spasme, tout le monde le sait, c'est de provoquer la distension du muscle qui en est le siége.

M. Trousseau assure avoir obtenu par cette seule recommandation rigoureusement suivie plusieurs guérisons définitives, après toutefois que l'état spasmodique du col de la vessie avait été déjà modifié par l'emploi de la belladone.

NOTE

SUR L'OSSIFICATION PRÉMATURÉE DES OS DU CRANE CHEZ LES IDIOTS MICROCÉPHALES.

Par M. BAILLARGER.

On sait que l'ossification des os du crâne est plus ou moins retardée chez les enfants hydrocéphales quand la tête, ce qui arrive le plus souvent, prend un développement exagéré. Les fontanelles persistent plus longtemps, les sutures restent écartées, les os sont minces, transparents, et quelquefois flexibles comme des cartilages. Dans quelques cas rares, l'ossification semble s'arrêter presque complétement, et Gall a figuré dans son grand ouvrage un crâne qui, dit-il, avait conservé la flexibilité du parchemin. Ce crâne était celui d'un enfant de quatre mois atteint d'hydrocéphalie chronique.

Le retard de l'ostéose du crâne n'est pas propre à l'hydrocéphalie; il s'observe en général toutes les fois que la tête acquiert des dimensions plus grandes que dans l'état normal. C'est ainsi qu'il a lieu dans l'hypertrophie du cerveau, qu'on confond quelquefois avec l'hydrocéphalie chronique.

J'ai recueilli l'observation d'un enfant de quatre ans dont le cer-

---

quables souvent par l'intensité, la rapidité ou l'étendue des troubles qui se manifestent. On les dit d'autre part remarquables par l'absence de lésions ou le peu d'intensité des lésions observées. Cela n'est vrai qu'à l'égard des organes considérés quant à leur forme, leur couleur et leur consistance, comme c'est l'ordinaire. Mais les lésions ne sont pas alors cherchées où elles existent réellement, c'est-à-dire dans les substances organiques. Ce sont en effet elles qui sont modifiées moléculairement. Ce qui le prouve, ce sont : 1° les affections dans lesquelles nous pouvons constater les altérations subies par certaines substances organiques; 2° les différences de coagulation des substances organiques, les différences de réaction que ces altérations ont déterminées; 3° surtout les changements qui surviennent dans la formation et l'expulsion des principes immédiats de la deuxième classe, résultant de la désassimilation des substances organiques. Le peu d'utilité des résultats fournis à l'anatomie, à la physiologie et à la médecine, par la connaissance du poids des substances organiques, de la nature et du poids des principes cristallisables (analyses ordinaires du sang) dans les affections générales, eût dû faire prévoir qu'il y avait là des principes altérés dans leur nature moléculaire. C'est qu'en effet, modifiées dans leur arrangement moléculaire (et nous savons combien les substances organiques, par leur instabilité, se prêtent à ces décompositions), modifiées par des causes peu étudiées, soit dans la quantité des matériaux qui ont servi ou servent à leur formation, soit dans leur qualité, elles acquièrent d'autres propriétés d'ordre organique que celles qu'elles doivent avoir normalement ; il y a donc perturbation dans les actes qu'elles accomplissent. De cette perturbation naît l'état pathologique qui peut rester borné à une humeur, ou, selon sa nature, se transmettre aux tissus qui entourent la partie malade, et ainsi étendre son influence sur toute l'économie. Si, au lieu d'avoir frappé une substance organique solide et localisée, l'altération porte sur une des substances liquides qui circulent avec le sang, la maladie devient de suite générale, mais avec une plus ou moins grande rapidité encore selon sa nature. Dans ce cas aussi, pourront survenir des lésions locales (abcès, exostoses, etc.), et cette nouvelle action sera naturellement amenée par la précédente. En effet, dans le premier exemple cité, la nutrition de la partie malade ne se fait plus ou se fait mal. Il en est de même de la désassimilation. Aussi les principes qu'elle remet en circulation ne sont pas ceux que l'état normal comporte dans les humeurs, qui, par suite de leur contact avec ces produits étrangers, se modifient elles-mêmes. Dans le deuxième exemple, les substances organiques solides, mises en contact avec les liquides altérés du sang, n'y trouvent plus, au lieu des éléments normaux de leur formation, que des principes morbides qui, assimilés quand même, amènent à leur tour des modifications dans les substances solides : d'où l'état pathologique local de tel ou tel tissu subséquent aux modifications de la composition des humeurs. Nous voyons, par ces considérations, combien seront nombreuses les maladies, du domaine de la pathologie interne surtout, qui viendront se ranger dans le cadre des affections dépendant de modifications isomériques ou de composition intime des substances organiques. Les fièvres typhoïde, variolique, scarlatineuse; le choléra, la peste, le charbon, la syphilis, peuvent être cités comme exemples. Telles sont encore les infections *putride* et *purulente*, etc. Parmi ces affections, il en est qui sont franchement contagieuses; d'autres pour lesquelles la transmissibilité par contagion n'est pas démontrée; d'autres enfin qui ne le sont nullement, ou du moins, c'est ainsi que l'expérience se prononce aujourd'hui.

Mais je m'arrête; car je crois être allé déjà plus loin que je n'aurais dû. J'avais, il est vrai, promis quelque part de développer, à propos de cet ouvrage, le résultat de mes recherches sur les substances organiques, sur leur mode d'altération, sur la manière dont solides, liquides ou en dissolution dans les vapeurs atmosphériques, elles transmettent molécule à molécule leur état ou un état analogue aux substances organiques du sang et d'autres humeurs. J'avais promis de montrer en partie qu'elles sont, de la part de l'homme exposé à leur action, les conditions qui font que tel est atteint, tel autre ne l'est pas; tel dans le lieu même, tel seulement après l'avoir quitté; tel immédiatement, tel après un nombre de jours plus ou moins grand. Je crois même que je m'étais avancé jusqu'à promettre de montrer la liaison de cet ordre de phénomènes avec la question des virus, soit syphilitique, soit rabique, et particulièrement du premier, qui, d'un individu à l'autre, et selon les conditions dans lesquelles il est inoculé, entraîne des accidents différents, ce qui a donné lieu à l'hypothèse de la *duplicité* de ce virus.

Mais pour cela, il faudrait aborder quelques questions de science, sortir de ces lieux communs, bien erronés, que chacun accepte pour

veau et le cervelet réunis pesaient ensemble 1,305 grammes. Les os étaient minces, transparents, et dans certains points ils cédaient sous la pression du doigt. Dans beaucoup de cas, on constate la persistance des fontanelles, et j'ai trouvé la fontanelle fronto-pariétale chez un jeune homme de vingt-sept ans, d'une petite taille, mais ayant une tête très-volumineuse. Ce jeune homme n'avait jamais eu que trois dents, et son père offrait la même particularité.

Mais si l'ostéose est retardée lorsque le cerveau s'accroît dans une progression trop rapide, le contraire a-t-il lieu quand le développement est plus lent et moindre que dans l'état normal; en d'autres termes l'ossification prématurée est-elle une condition de la microcéphalie? Voici sur quels faits je crois pouvoir m'appuyer pour résoudre cette question.

En 1852, j'ai eu occasion d'observer au village de Saint-Léonard, dans le Valais, deux idiots microcéphales, dont la mère m'apprit une particularité curieuse.

Cette femme avait eu cinq enfants; les deux premiers bien conformés, les trois autres, au contraire, atteints de microcéphalie. Or, elle affirmait que les trois microcéphales étaient nés avec le crâne complétement dur, et qu'ils n'offraient pas, comme les deux premiers, l'espace mou qu'on observe sur la tête de tous les enfants nouveau-nés.

J'attachai à ce fait, d'une constatation si facile, d'autant plus d'importance, que je n'avais adressé à cet égard aucune question, mon attention n'ayant jamais été appelée sur ce point.

Depuis lors, j'ai vu, avec notre collègue M. Joly, un autre idiot microcéphale âgé de deux ans, dont la mère, qui avait eu quatre autres enfants bien conformés et qu'elle avait nourris, prétendait aussi que l'idiot seul était né avec le crâne complétement dur. Cependant, l'affirmation de ces deux femmes ne pourrait être acceptée comme une preuve suffisante. Je me bornai donc, dans mes leçons sur l'idiotie, à signaler l'ossification prématurée du crâne chez les idiots microcéphales, comme un point qui méritait d'être étudié.

C'est dans ce sens que M. Gratiolet a parlé, dans son ouvrage sur les circonvolutions du cerveau, du fait observé par moi dans le Valais. Depuis lors, je n'avais trouvé aucune occasion de vérifier directement l'exactitude de ce fait, lorsque j'ai appris, ces jours derniers, que l'autopsie d'un idiot microcéphale avait eu lieu dans le service de M. Giraldès, et que le crâne avait été conservé. Ce crâne, que je me suis empressé d'examiner, et que M. Giraldès a bien voulu me remettre pour le présenter à l'Académie, tend à confirmer la remarque de la paysanne de Saint-Léonard.

Le crâne est celui d'un enfant de quatre ans, qui était complétement idiot; les dimensions en sont très-petites, et la grande circonférence est à peine de 35 centimètres.

Examiné au point de vue de l'ossification, il offre cela de très-remarquable, que la suture lambdoïde est déjà complétement soudée en dedans, et remplacée même dans une partie de son étendue par une crête saillante. Vers le quart postérieur, une barre osseuse transversale très épaisse réunit encore les deux os en un seul. En dehors, la suture est visible, excepté dans le point occupé par la saillie dont je viens de parler. La suture frontale est soudée dans ses parties extrêmes et inférieures, et on perd complétement sa trace en dedans. Elle n'est plus du tout visible au point de section de l'os temporal, et les pariétaux ne semblent, dans ce point, former qu'un seul os. Quant à la suture médio-frontale, qui disparaît la première, mais à un âge plus avancé, elle semble déjà effacée depuis longtemps. On n'a plus aucune trace ni en dedans ni en dehors; elle est remplacée par une crête éburnée assez saillante à la partie inférieure. La suture lamboïde est la seule qui persiste intacte; mais elle est, comme la suture frontale, presque linéaire, sans apparences d'os wormiens, et il est probable que sa soudure n'aurait pas non plus ici tardé à avoir lieu.

On sait que les sutures ne commencent à se nouer entre elles que dans l'âge adulte, et que les dernières traces ne disparaissent que chez les vieillards. La soudure complète des deux pariétaux, dans le crâne d'un enfant de quatre ans, est donc un exemple très-curieux d'ossification prématurée, et tendrait à confirmer la remarque faite par la mère des idiots microcéphales que j'ai observés dans le Valais.

J'ajouterai que M. Vrolik (d'Amsterdam) a vu un fait semblable d'ossification prématurée chez un idiot microcéphale âgé de sept ans, et dans le crâne duquel les sutures étaient déjà soudées entre elles.

Enfin M. le professeur Cruveilhier a observé deux cas, dont l'un est des plus remarquables.

Il s'agit, en effet, d'un enfant de dix-huit mois dont tous les os du crâne, surtout ceux de la voûte, étaient déjà *soudés et sans sutures.*

L'occiput offrait, au niveau de sa protubérance externe et de sa ligne demi circulaire supérieure, une crête transversale très-proéminente, analogue à la crête occipitale des animaux. Le diamètre vertical du crâne n'était que d'un pouce. Cet enfant n'avait donné aucun signe d'intelligence.

Je dois faire remarquer que l'ossification prématurée doit surtout se rencontrer dans la microcéphalie congéniale accompagnée d'autres anomalies, et alors que le développement intellectuel reste presque complétement nul. C'était le cas des idiots observés dans le Valais et de celui dont M. Giraldès vient de recueillir l'observation. Ce dernier, en effet, avait en outre un arrêt de développement des organes génitaux restés rudimentaires.

On comprend que l'ossification prématurée pourrait ne pas se rencontrer au même degré chez des microcéphales dont la tête, quoique très petite, est bien conformée, et dont l'intelligence acquiert un certain développement.

C'est à cette classe qu'appartient la jeune fille que j'ai présentée à l'Académie le 22 juillet.

Quoi qu'il en soit, même dans le cas d'idiotie complète, l'ossification prématurée ne paraît pas être constante. Dans l'un des faits recueillis par Gall d'une microcéphale de sept ans, le crâne que j'ai examiné n'offre aucun signe d'ossification prématurée. Je dois, à cet égard, rappeler qu'il y a pour l'ossification en général des variétés extrêmes, et que tout ce qu'on peut espérer c'est de constater les faits. Dans le plus grand nombre des cas, l'ossification prématurée des os du crâne chez les idiots microcéphales, si elle était plus tard confirmée par des observations plus nombreuses, offrirait d'ailleurs une certaine importance par suite des considérations suivantes:

Le cerveau de l'homme ne diffère pas seulement de celui des animaux par son volume proportionnellement beaucoup plus grand, il s'en distingue plus encore peut-être par l'accroissement qu'il prend après sa naissance.

D'après Mekel, le cerveau de l'enfant nouveau-né pèse à peine 300 grammes, et, cinq mois après, son poids est de plus de 600 grammes; il a par conséquent plus que doublé.

C'est là assurément un accroissement très-rapide; or rien de semblable n'a lieu chez les animaux; leur cerveau s'accroît dans une progression beaucoup moindre et beaucoup plus lente. A ces conditions différentes d'accroissement répondent des différences aussi remarquables dans l'ossification; l'homme seul naît avec des fontanelles très larges et qui persistent pendant plusieurs années; les crânes des animaux n'offrent rien de semblable. Chez les singes, qui se rapprochent le plus de l'homme pour l'organisation cérébrale, les fontanelles sont très petites et peu persistantes; l'ossification des os du crâne a lieu très-rapidement.

La largeur et la persistance exceptionnelle des fontanelles dans le crâne humain ont donc évidemment pour but d'aider à un accroissement ultérieur considérable et qui n'a lieu que dans l'homme.

Les idiots microcéphales se trouvent sous ce rapport dans le même cas que les animaux, et l'ossification prématurée de leur crâne ne ferait que confirmer la loi générale.

Un fait qu'on peut encore invoquer à l'appui de ces considérations, c'est l'absence des fontanelles à la naissance chez les monstres notencéphales; on peut voir sur le crâne que je présente à l'Académie que la fontanelle antérieure manque complétement.

Enfin, le fait de l'ossification prématurée du crâne chez les idiots microcéphales viendrait encore se rattacher à des observations d'une très grande importance faites par M. Gratiolet sur l'ossification des sutures dans les différentes races.

Ce savant anthropologiste a remarqué que les sutures dans la race blanche se soudent plus tard que dans la race nègre; que dans la race blanche ce sont les sutures frontales qui s'ossifient les dernières, et que le contraire a lieu dans la race nègre: d'où M. Gratiolet conclut que la persistance de la suture frontale se lie en un plus grand développement de l'intelligence.

Je crois devoir rappeler à l'appui des opinions de M. Gratiolet la particularité suivante de l'autopsie de Pascal, autopsie dont les détails nous ont été transmis par un de ses biographes.

Pascal avait eu autrefois, dit l'auteur, la suture qu'on appelle *frontale*; mais, comme elle était demeurée ouverte fort longtemps pendant son enfance, ainsi qu'il arrive souvent à cet âge, et qu'elle n'avait pu se *refermer*, il s'était formé un calus qui l'avait entièrement couverte, et qui était si considérable qu'on le sentait aisément au doigt.... Les médecins observèrent, ajoute-t-il, qu'il y avait une prodigieuse quantité de cervelle dont la substance était fort solide et fort condensée. C'était la raison pour laquelle, la suture frontale n'ayant pu se *refermer*, la nature y avait pourvu par un calus.

En résumé, on voit que le fait de l'ossification prématurée du crâne dans les idiots microcéphales mérite d'être étudié, et que la remarque faite par la paysanne de Saint-Léonard n'est peut-être pas dépourvue d'intérêt.

NOUVEAU SPIROMÈTRE.

Par M. Jules GUILLET.

Je me suis proposé de faire exécuter un instrument portatif et d'un emploi commode, qui peut servir à rendre plus faciles les expériences spirométriques, tout en permettant d'obtenir le degré d'approximation qu'on a intérêt à rechercher.

Mon instrument se compose d'un tube en laiton de 15 millimètres de diamètre, formé d'une partie cylindrique et d'une partie recourbée raccordées entre elles. Une hélice à ailes très-légère est montée sur une tige d'acier qui se trouve dans l'axe de la partie cylindrique du tube. Une des extrémités de cette tige sort du tube en traversant un trou pratiqué dans la paroi, et porte une vis sans fin destinée à communiquer le mouvement à un compteur.

Deux roues dentées engrènent avec cette vis sans fin; l'une porte l'aiguille du compteur qui marque sur un cadran fixe divisé en autant de parties que la roue a de dents (50) les unités du nombre des tours de l'hélice; l'autre roue dentée n'a que 48 dents, par conséquent quand l'autre, qui a 50 dents, a fait un tour complet, elle a fait un tour plus deux quarante-huitièmes ou un vingt-quatrième; elle porte un cadran mobile divisé en 24 parties, et, chaque fois que l'hélice fait 50 tours, l'aiguille se déplace par rapport au cadran mobile d'une division de ce cadran. Le compteur enregistre donc le nombre des tours de l'hélice de 0 à 12,00.

Usages de l'instrument :

1° J'ai dû me préoccuper d'abord de la mesure de la quantité d'air que l'on peut expirer après une inspiration aussi forte que possible. MM. Hutchinson et Bonnet (de Lyon) ont déjà appelé l'attention des médecins sur cette mesure, qui leur a paru être d'un grand intérêt au point de vue du diagnostic des maladies du poumon. Le premier a expérimenté avec un gazomètre équilibré. Les indications de cet instrument nécessitent une correction variable avec la température de l'eau de son gazomètre. J'ignore s'il en a tenu compte; mais assurément elle n'est pas négligeable, puisqu'elle peut s'élever à près d'un litre pour de très-fortes expirations. Pour s'en assurer, on peut calculer à l'aide des formules de la physique la variation de volume qu'éprouve l'air saturé à 40° en passant dans de l'eau à 10°. La même correction est nécessaire

---

tant, parce qu'étant à la portée des esprits vulgaires comme des autres, tout le monde s'en nourrit, ces derniers sur la foi des premiers, c'est-à-dire du plus grand nombre.

Je m'arrête devant l'obligation où je serais, pour tenir cette promesse, d'aborder de front des questions scientifiques de détail et de méthode, nécessairement un peu arides.

Je reviens donc à mon sujet pour signaler, en terminant, une des parties les plus importantes de l'ouvrage, celle qui traite de l'alimentation des marins. Le chapitre qui traite particulièrement de l'emploi de l'eau, des moyens de la conserver et de ses modes d'altération, est un des plus étendus et des plus riches en faits utiles.

Le traité de M. Fonssagrives a le mérite d'être remarquablement écrit. Si j'en juge d'après mes impressions personnelles et celles de plusieurs hommes compétents, je dirai qu'il se fait lire avec facilité et même avec plaisir dans toute son étendue.

Un autre mérite qui n'est pas moindre que le premier, c'est que chaque sujet est traité à fond, de telle sorte que cet ouvrage devra être consulté non seulement par ceux qui n'ont pu savoir ce qu'est l'hygiène navale, mais par ceux mêmes qui, possédant cet ordre de connaissances, voudraient en approfondir quelque partie ou l'étendre par des recherches nouvelles.

On voit en outre, en lisant ce traité, que l'auteur a eu le courage de ne parler que de ce qu'il sait, de ce qu'il a vu, expérimenté ou vu essayer dans ses nombreuses navigations. C'est là une des grandes qualités de ce livre; elle le classe parmi les rares ouvrages que nous ayons qui puissent prouver que l'hygiène fait partie des connaissances expérimentales, et a sa méthode d'observation comme la physiologie, la pathologie, etc., ont la leur. Peu de traités montrent aussi bien que l'hygiène ne consiste point à connaître la composition chimique et les qualités physiques de notre milieu, des aliments, des humeurs de l'économie pour en tirer quelques déductions plus ou moins ingénieuses à propos de chaque fonction. Cette manière de faire est d'autant plus méritante de la part de l'auteur, qu'avec de vastes connaissances et sans doute à cause de cela, il n'a point hésité à nous faire connaître les résultats des travaux publiés antérieurement sur chacun des points particuliers qu'il examine; résultats puisés souvent dans des rapports manuscrits de ses confrères; documents inédits des archives de la marine, qui ne seront peut-être jamais connus des savants que par les citations et les analyses de M. Fonssagrives. Pourtant le soin qu'a mis l'auteur à ne traiter que des sujets qu'il a pu approfondir me conduit ici à une remarque critique.

Le défaut du livre de M. Fonssagrives est d'être un traité d'hygiène des vaisseaux de l'Etat, plus que d'hygiène navale du commerce. Je sais que la marine de l'Etat peut servir de type, qu'une fois l'hygiène de celle-ci établie dans de bonnes conditions, il sera facile d'en faire autant pour celle du commerce, que ce qui est dit de l'une peut être appliqué à l'autre sans grande peine. Mais pourtant il n'eût pas été inutile de nous faire connaître ce qui se passe dans la marine marchande, et surtout ce qu'il y a à faire pour elle. Je regrette d'autant plus que M. Fonssagrives ne l'ait pas fait que son ouvrage est écrit avec tant de talent qu'il est intelligible jusque dans les moindres détails, même pour ceux qui sont étrangers aux connaissances médicales. Cela eût été d'autant moins inutile que la marine du commerce occupe un personnel plus nombreux que celle de l'Etat; que naturellement la première tend et doit tendre à s'augmenter, et la seconde à diminuer graduellement. En outre, la première a manifestement beaucoup plus besoin de conseils et d'améliorations hygiéniques que l'autre. Sous tous ces points de vue et plusieurs autres, elle méritait certainement d'être étudiée attentivement. Nulle classe certes n'est plus utile que celle-là et plus digne d'intérêt, et ce n'est pas sans quelque peine qu'on la voit négligée aux dépens d'autres, comme cela se fait souvent dans d'autres circonstances analogues.

Mais c'est là une lacune facile à combler dans une prochaine édition à l'aide de la condensation des matières de certains chapitres.

La valeur intrinsèque de ce traité, jointe à la perfection de son exécution typographique, lui assurent donc un succès des plus brillants que désirent tous ceux qui le connaissent déjà. Charles ROBIN.

Nos abonnés des départements nous prient souvent de transmettre leurs mémoires aux Académies, de leur faire parvenir du vaccin, de leur acheter des livres, des instruments, etc. Nous rappelons qu'une personne attachée à l'administration de la *Gazette* est toujours à leur disposition pour rendre ces petits services, et que la nouvelle loi postale qui a diminué le port des livres des 4/5es, rend maintenant très-facile l'envoi des ouvrages dont ils peuvent avoir besoin.

pour les volumes que donne un compteur à gaz, et cet instrument présente de plus l'inconvénient de donner des indications inexactes (trop faibles) dans les grandes vitesses que fournissent presque toutes les personnes que l'on fait souffler. En traversant mon spiromètre, l'air conserve très-sensiblement le volume qu'il a dans le poumon. Il n'y a donc point de correction à faire aux volumes qui sont indiqués par le nombre de tours du volant. Il est très-facile de s'assurer que dans les limites des vitesses que fournit une expiration forcée dans un tube de 15 millimètres de diamètre (3 à 8 mètres par seconde environ), les indications sont très-sensiblement les mêmes pour la même quantité d'air; on fait souffler dans le tube en recommandant de ne pas faire d'effort; on a noté la position initiale de l'aiguille par rapport au 0 du cadran fixe, et au 0 du cadran mobile: on note la position finale; le déplacement sur le cadran mobile donne les cinquantaines, sur le cadran fixe les unités du nombre des tours de l'hélice. On voit, sur un petit tableau préalablement construit, à quel volume en décilitres correspond ce nombre de tours. Il est, je pense, inutile de rechercher une approximation plus grande que celle d'un décilitre, la quantité que l'on mesure étant elle-même un peu variable suivant l'effort d'inspiration qu'on a fait.

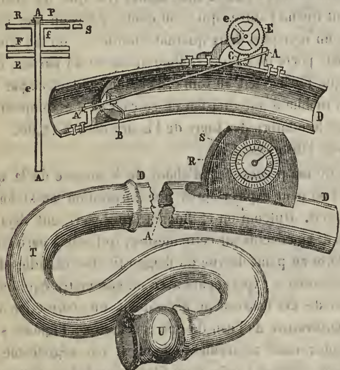
2° On peut faire respirer à travers le tube; l'effort nécessaire est assez faible pour que les malades eux-mêmes n'en éprouvent pas de gêne sensible. La durée et l'amplitude variable des oscillations de l'aiguille fournissent des données dont on pourra peut-être faire ressortir l'importance quand on aura expérimenté sur ce sujet.

On peut, en mettant un encliquetage à l'une des roues dentées, faire que le mouvement ne soit possible que dans un sens. Alors le déplacement des aiguilles sur le cadran au bout d'un certain nombre de respirations exécutées à travers le tube donne approximativement la somme de l'air inspiré ou expiré.

Quand on fait respirer à travers le tube, les roues du compteur étant libres, on observe un certain déplacement dans le sens du mouvement que donne l'air expiré: cela tient à ce que celui-ci à plus de volume que l'air inspiré. La grandeur du déplacement, après un certain nombre de respirations, permet encore de juger de leur amplitude.

La formule empirique de M. Hutchinson (que l'accroissement de la capacité est proportionnel à l'accroissement de la taille) se vérifie à peu près, dans la grande majorité des cas. Les chiffres qu'il donne m'ont paru en général un peu faibles, et peuvent être pris pour des minimum.

Je pense que cette formule, qui se recommande à la pratique par son extrême simplicité, n'est que le premier degré d'une approximation qu'on peut pousser plus loin en expérimentant avec soin, sans pouvoir jamais cependant dépasser une certaine limite d'erreur, qu'il serait utile de pouvoir reculer et déterminer de plus en plus.



La figure représente l'instrument sur trois plans:

1° Coupe passant par l'axe parallèlement aux roues dentées du compteur;

2° Élévation;

3° Plan explicatif de la disposition du compteur.

AA (Coupe) axe;

B Hélice;

C Vis sans fin;

D Tube;

E Roue dentée de 50 dents portant l'aiguille P sur son axe *e*;

F Roue dentée de 48 dents, montée sur un canon *f* qui porte le cadran mobile R;

S Cadran fixe.

N. B. — La vis sans fin C devrait être représentée parallèle à l'axe AA. C'est par erreur qu'on a mis dans ce dessin les lettres AA aux extrémités de l'axe *e*.

FRACTURE DU COL DU FÉMUR

guérie par un nouveau procédé, sans raccourcissement.

Par M. le Dr Rappe, de Sars-Poteries (Nord).

Un ouvrier mineur, âgé de trente-huit ans, ancien militaire, occupé à l'extraction du minerai de fer, fait une chute de cinq ou six mètres, en descendant dans le puits d'extraction. Il essaye vainement de se relever. Ses camarades l'attachent à la corde du treuil, et le hissent avec beaucoup de peine.

Appelé immédiatement auprès de lui, nous le trouvons dans l'état suivant:

La hanche droite, fortement contusionnée, est le siége d'une violente douleur. Il y a impossibilité absolue de lever le membre correspondant. La jambe est fléchie sur la cuisse, qui est plus courte que celle du côté opposé. Le grand trochanter se porte en haut, vers la crête iliaque. Le genou et le pied sont portés en dehors. La plus légère traction rend au membre sa longueur, mais le raccourcissement se reproduit immédiatement si on l'abandonne à lui-même.

A ces signes, on ne saurait méconnaître une fracture du col du fémur.

Le blessé, qui se trouve à cinq kilomètres de sa demeure, est transporté avec précaution sur une civière. Arrivé chez lui, je me décide à tenter pour sa guérison un moyen qui n'avait pas encore été employé, que je sache, et qui m'a paru devoir être couronné de succès.

Sans tenter une réduction inutile, à mon avis, je cherche à ce que cette réduction se fasse spontanément, et qu'elle se maintienne de même. Voici le procédé que je mets en usage:

La jambe et la cuisse sont entourées de l'appareil amidonné, comme s'il s'agissait d'une fracture du corps du fémur; mais j'ajoute à la face interne et externe du membre, parallèlement à sa longueur, une bande solide de toile neuve, maintenue par une bande roulée amidonnée, mais qui laisse de distance en distance la bande longitudinale à découvert, de manière à former des espèces d'anses ou d'anneaux, dont on verra tout à l'heure l'utilité.

Je fis placer ensuite le malade sur un lit, dont l'inclinaison est telle que le membre tient le milieu entre la position verticale et l'horizontale. Un certain nombre de lingots de plomb, traversés d'un fil de fer, furent accrochés dans les anneaux de la bande longitudinale. Ces lingots sont superposés jusqu'au-dessus du mollet; ils sont destinés, par leur pesanteur, à faire une extension continuelle, en fatiguant la résistance des muscles. Un drap contre-extensif, plié en cravate, est passé dans le pli de l'aine et attaché à la tête du lit. Une saignée fut pratiquée, et des compresses imbibées d'une liqueur résolutive appliquées sur la hanche.

Vingt-quatre heures après, le membre avait repris sa longueur et sa direction.

Le blessé s'habitua bien vite à son appareil, dont le poids le fatiguait un peu les premiers jours.

Au bout de quarante jours, le cal présentait déjà de la solidité. Vingt jours plus tard, la guérison était parfaite, sans aucune espèce de raccourcissement.

Le même procédé est applicable aux fractures très-obliques du fémur et du tibia, où il est si difficile d'obtenir une coaptation exacte.

CHORÉE VIOLENTE;

immobilisation par l'emmaillottement.

Par M. le Dr Nicod (de Lyon).

Un jeune homme des montagnes du haut Bugey, rapporte l'auteur, était affligé depuis cinq semaines de mouvements cloniques continuels fort incommodes, mais non douloureux. Il ne pouvait essayer de marcher, même soutenu par deux personnes, sans être lancé contre les meubles ou contre les murs. Les muscles du tronc et du cou étaient sans cesse convulsés; l'expression de la face était des plus singulières, et, ce qu'il y avait de pis, c'est qu'on ne pouvait alimenter le patient qu'avec une extrême adresse, en saisissant avec peine les quelques secondes de repos que la maladie lui laissait à de longs intervalles.

Après un examen minutieux, M. Nicod ne put reconnaître aucune lésion organique qui rendît raison d'un état si fâcheux. Il s'arrêta à l'idée d'une chorée générale, et, partant de ce raisonnement que le désordre de l'influx nerveux qui constitue cette chorée est entretenu par l'habitude convulsive, il se mit en devoir de dompter cette habitude au moyen de l'artifice que voici.

M. Nicod plaça le malade sur son lit, étendu sur le dos. Il fit rapprocher les membres de la ligne médiane par des hommes vigoureux, et il emmaillotta le sujet des pieds aux épaules au moyen de fortes bandes; après quoi le corps *sursautait* en quelque sorte d'une seule pièce. De l'eau froide fut appliquée sur le front pour combattre la congestion céphalique, et, pour distraire le malade de son état de gêne, on lui frottait de temps en temps les tempes avec un linge humecté d'eau fraîche. Quand la face était trop colorée, on relâchait un peu les bandes supérieures; on les resserrait quand la circulation était régularisée.

Après quarante-huit heures de cette situation, les mouvements avaient perdu les trois quarts de leur violence.

Le cinquième jour, ce jeune homme put manger seul et marcher en chancelant un peu, mais sans être soutenu.

On employa alors les bains tièdes, devenus frais à la sortie de l'eau. Enfin, au bout de huit jours la guérison était à peu près confirmée.

La cure s'est soutenue entière, sauf quelques mouvements cloniques qui se sont reproduits quelques mois après sous l'influence du froid et qui ont cédé à l'emploi des bains tièdes.

L'année suivante, car il y a déjà plusieurs années que l'observation de M. Nicod a été recueillie, il y eut encore un retour éphémère des accidents; mais depuis lors la chorée n'a plus reparu. (*Bull. de thér.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 juillet 1856. — Présidence de M. Chassaignac.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Denonvilliers écrit à la Société pour demander le titre de membre honoraire de la Société, en vertu de l'article VI du règlement. Cette demande est accordée.

LECTURE.

M. le docteur Legendre présente un mémoire sur l'anus contre nature. Ce mémoire étant trop considérable pour être lu en entier, M. Legendre en lit une analyse. (Commission, MM. Follin, Morel-Lavallée, Gosselin.)

RAPPORT.

M. Verneuil donne lecture de la suite de son rapport sur les travaux de M. le docteur Decès (de Reims).

— A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire de la Société, Desormeaux.

Rapport sur l'état de la bibliothèque de la Société de chirurgie.
(Juillet 1856.)

Par MM. Lenoir, Voillemier et Broca, rapporteur.

Messieurs,

Notre honorable collègue M. Giraldès, après avoir rempli pendant trois ans les fonctions de bibliothécaire archiviste, a récemment donné sa démission, et vous vous êtes vus, bien à regret, obligés de lui élire un successeur. A l'occasion de ce changement, vous avez désigné une commission chargée de vous faire un rapport sur les résultats de l'administration de M. Giraldès.

Nous sommes heureux de pouvoir vous dire, messieurs, que votre bibliothèque est en pleine prospérité, aussi bien sous le rapport des richesses qu'elle renferme, que sous le rapport de l'ordre admirable qui y règne. Depuis quelques années elle a subi un accroissement considérable. Beaucoup d'auteurs vous ont fait hommage de leurs ouvrages; plusieurs académies ou sociétés savantes vous ont envoyé leurs publications en échange des vôtres; enfin vous avez reçu des membres de la Société un grand nombre de dons, soit en argent, soit en livres. Aujourd'hui vous possédez de précieuses monographies, quelques ouvrages extrêmement rares, plusieurs grandes et importantes collections, et surtout un très-riche recueil de brochures chirurgicales qu'on se procurerait difficilement ailleurs.

Votre commission, messieurs, ne saurait trop louer l'habileté et le dévouement avec lesquels M. Giraldès s'est acquitté de la tâche que vous lui avez confiée. Lorsque, il y a trois ans, notre collègue accepta les fonctions ingrates de bibliothécaire, vous conserviez déjà un grand nombre de volumes et d'innombrables brochures; mais ces richesses étaient en quelque sorte perdues pour vous, car vous n'aviez point de catalogue, et les brochures, empilées sans ordre dans les armoires, étaient à peu près introuvables. M. Giraldès, avec un zèle et une persévérance qui lui donnent des droits à la reconnaissance de la Société, a fait de l'ordre au milieu de ce chaos. Aujourd'hui vous possédez deux catalogues, l'un pour les volumes et les collections de journaux, l'autre pour les brochures et les opuscules. Le premier de ces catalogues est disposé sous forme de registre; le second sous forme de cartes séparées, classées dans les tiroirs suivant l'ordre alphabétique. Cette première partie de l'œuvre du bibliothécaire était peut-être la plus fastidieuse, mais n'était pas la plus difficile; c'était un travail de patience, et si notre collègue s'en était tenu là, nous devrions déjà lui savoir gré du temps qu'il a sacrifié pour nous. Mais il a voulu faire plus encore, et il n'a pas reculé devant la difficulté d'un classement par ordre de matières.

Les brochures ont été méthodiquement distribuées par sujets dans un grand nombre de cartons spéciaux, de telle sorte que chacun de nous peut en un instant avoir sous la main tout ce que nous possédons sur chaque question particulière. C'est un avantage qu'on chercherait vainement dans la plupart des bibliothèques, et il serait superflu de dire combien cela sera profitable pour nos recherches.

Cette œuvre de pur dévouement, où notre collègue ne pouvait trouver ni gloire ni profit, venait à peine d'être terminée, lorsque nous avons appris qu'il renonçait à des fonctions devenues désormais beaucoup plus légères. Après avoir écarté les épines, il laisse à son successeur une route commode et facile.

Votre commission a pleine confiance dans les lumières et le zèle bien connu du nouveau bibliothécaire; néanmoins elle ne peut s'empêcher de regretter que M. Giraldès ait refusé d'occuper plus longtemps un poste où il nous a rendu de si grands services. En conséquence, nous vous proposons d'exprimer à la fois à notre collègue nos regrets et notre reconnaissance, et de mentionner au procès-verbal qu'il a bien mérité de la Société de chirurgie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

MM. le baron Paul Dubois et le docteur Maheux, au nom de la commission du banquet, ont adressé à l'ambassadeur de la Grande-Bretagne, à Paris, une lettre dans laquelle ils ont exprimé le désir qu'un ou plusieurs médecins de l'armée anglaise vinssent, au nom de leurs confrères nationaux, prendre part au banquet que les médecins de France se proposent d'offrir à leurs confrères de l'armée d'Orient. Son Excellence a répondu à M. Dubois que son gouvernement serait très-heureux de s'associer à ce témoignage de gratitude envers nos confrères, et qu'il s'empresserait de désigner deux médecins pour venir représenter au banquet le corps de santé militaire anglais.

Lettre semblable a été adressée aux ambassadeurs de Sardaigne et de Turquie. L'ambassadeur de Turquie s'est montré également très-flatté de cette attention; mais il a répondu que l'époque fixée pour le banquet étant très-rapprochée, il ne sera pas possible de faire parvenir cette invitation à temps pour que des représentants de la médecine militaire turque puissent y assister.

Nous sommes heureux de constater ici que l'heureuse pensée de M. le docteur Maheux a reçu déjà, à Paris comme dans les départements, l'accueil le plus sympathique. De tous les points de la France, des lettres d'adhésion nous sont déjà parvenues, et malgré le peu de bon vouloir de quelques-uns de ceux-là mêmes qui auraient dû accueillir cet hommage avec le plus d'empressement, il est certain que le banquet offert aux médecins de l'armée d'Orient sera une belle et noble manifestation.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 92. — MARDI 5 AOUT 1856. (29e ANNÉE.) N° 92. — MARDI 5 AOUT 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 AOUT 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'éther est l'*antidote* du chloroforme; telle est la conclusion d'un mémoire lu dans la dernière séance par M. A. Fabre. Ce que cette proposition a de singulier, et même d'un peu paradoxal au premier abord, elle le perd bientôt par les développements, et surtout par les faits que l'auteur apporte à l'appui; si bien qu'avant d'arriver à la fin du mémoire, le lecteur a déjà formulé lui-même cette conclusion. Il ne faut que se rappeler d'ailleurs les propriétés reconnues de tout temps à l'éther, alors qu'on ignorait encore sa propriété anesthésique, et avant que celle-ci eût fait en quelque sorte oublier les premières. Eh bien! ce sont ces propriétés excitantes et stimulantes que M. Fabre a eu l'idée d'opposer aux effets hyposthénisants du chloroforme et des autres agents anesthésiques du même genre; car l'action excitante de l'éther et son action anesthésique ne s'excluent pas; il n'y a entre elles qu'une différence de dose et de mode d'administration.

Prenant pour point de repère le sommeil et le réveil, M. Fabre a examiné les effets de l'éther sur la durée du sommeil anesthésique produit par le chloroforme et sur l'état des fonctions modifiées par cet agent. Il a constaté dans quelques cas un réveil immédiat, le plus souvent une abréviation de la durée moyenne du sommeil. L'éther lui a paru activer d'abord les mouvements, la respiration et les battements du cœur; puis ranimer les fonctions animales.

M. Fabre ne s'est pas borné à constater que l'éther convenablement employé est un antidote *physiologique* du chloroforme. Il a cherché encore s'il n'existait pas d'autres substances qui eussent la même propriété. L'ammoniaque, comparé sous ce rapport à l'éther, lui a paru produire les mêmes effets, mais avec moins d'efficacité. Essayé en inhalations continues et à fortes doses, l'ammoniaque a produit les mêmes effets anesthésiques que l'éther et le chloroforme administrés dans les mêmes conditions. Enfin, l'aldéhyde a également fait cesser le sommeil anesthésique, mais d'une manière moins active que l'éther.

La contre-épreuve, faite avec chacun de ces agents, a produit les mêmes résultats, qui peuvent être formulés ainsi : l'éther, le chloroforme, l'aldéhyde et l'ammoniaque peuvent déterminer dans l'économie des effets opposés, suivant les doses auxquelles on les administre; l'un toxique, l'autre opposé à cet effet toxique ou antidote. D'où l'on est conduit à cette conséquence pratique, qu'il ne faudrait pas trop généraliser, sans doute, mais qui peut s'appliquer à quelques autres agents que ceux dont il est question ici : connaissant chez un même agent ces deux catégories de propriétés opposées, on peut utiliser l'une pour détruire les effets de l'autre, lorsque ceux-ci ont été mis en jeu par un agent analogue.

On verra dans l'analyse du mémoire de M. Fabre le parti qu'il se propose de tirer de ce fait pour prévenir et combattre les effets de l'anesthésie poussés jusqu'à l'action toxique.

Nous sommes très-disposé à voir dans les expériences de notre jeune confrère et dans les données intéressantes qu'il en déduit des indications que la thérapeutique pourra utiliser sans doute. Mais jusqu'à ce que les résultats de ces expériences aient reçu le contrôle de l'observation directe sur l'homme, ces déductions doivent être acceptées seulement à titre provisoire. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la maladie d'Addison. (1).

Il est en médecine un usage malheureusement bien peu suivi, c'est celui d'appliquer à la découverte d'une maladie le nom de son auteur. Nous connaissons les maladies de Pott, de Bright, de Werlof; nous savons que ces hommes ont doté la science d'impérissables travaux, et c'est en signe de reconnaissance que la postérité médicale la plus éloignée redira encore ces noms avec lesquels nous sommes si familiarisés. Mais pourquoi une libéralité si restreinte? Comment ne se continue-t-elle pas de nos jours, et quelles sont les raisons qui peuvent expliquer, par exemple, que l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte ne soit pas baptisée la *maladie de Corrigan* et que l'endocardite ne s'appelle pas la *maladie de Bouillaud?* Ce préambule a sa raison d'être, car j'ai à vous rapporter aujourd'hui l'histoire d'un homme que tout médecin déclarerait sans doute atteint d'une *maladie de bronze*, sans penser à celui qui le premier a fixé l'attention des praticiens sur cette affection, mais que moi je dénomme la *maladie d'Addison*.

Il y a très-peu de temps, le docteur Addison a publié un très-remarquable travail (2) sur les maladies des capsules surrénales; il a donné l'éveil aux pathologistes et ouvert une voie nouvelle à l'observation. Il n'est point un nouveau venu, et son expérience est de celles qui peuvent faire autorité ou qui commandent au moins un sérieux examen. Doyen des médecins du *Guy's hospital*, professeur de clinique médicale depuis longues années à cette institution, Addison s'est fait connaître par des mémoires intéressants publiés séparément ou insérés dans les *Comptes rendus de l'hôpital*, et il a eu l'honneur d'être choisi par Bright comme collaborateur aux *Eléments de médecine pratique* (3).

Ce très-distingué confrère avait été frappé bien souvent de l'existence de certaines formes d'anémie générale survenant sans cause appréciable, et n'étant sous la dépendance ni d'hémorrhagies, ni de diarrhées, ni de chlorose, ni de purpura, ni d'affections des reins ou de la rate, ni de maladies de mauvaise nature, miasmatiques, glandulaires, strumeuses ou malignes, et qu'on eût pu désigner sous le nom d'idiopathiques. En observant bien attentivement, Addison reconnut une forme particulière d'anémie, caractérisée, comme les autres, par de l'anémie avec alanguissement général, de la débilité, un remarquable affaiblissement de l'action du cœur, l'irritabilité de l'estomac, mais surtout par un changement étrange de la couleur de la peau. Il lui fut donc permis d'établir une catégorie distincte; mais il restait encore à saisir la cause, ou au moins une connexion avec quelque lésion organique constante. Addison reprit ses investigations, et c'est en poursuivant une nouvelle série de recherches anatomo-pathologiques qu'il arriva à découvrir que cette forme d'anémie était sous la dépendance d'une affection des capsules surrénales.

Vous venez de voir, il y a un instant, au n° 5 de notre salle Sainte-Agnès, un homme qui se trouve précisément dans l'état si bien décrit par le médecin anglais; vous avez été témoins de la minutieuse attention que j'ai apportée à son examen, et vous attendez, avec une certaine impatience peut-être, que je vous en relate l'observation; mais laissez-moi vous faire auparavant le tableau de la maladie tel qu'Addison l'a peint lui-même, car il faut savoir la pathologie pour bien comprendre la clinique.

Dans la plupart des observations recueillies par Addison, la santé s'altère lentement : le malade devient languissant, débile, incapable d'activité physique ou morale; l'appétit est diminué ou perdu; les sclérotiques sont bleuâtres; le pouls est petit et faible, ou large, mais mou et compressible. Le malade dépérit, mais sans avoir la peau sèche et ridée, et sans l'extrême émaciation qui ordinairement succède aux affections de nature maligne longtemps prolongées; il accuse de la douleur ou au moins du malaise à la région épigastrique. Il survient parfois des vomissements, qui peuvent devenir d'une fréquence et d'une persistance désolantes; assez souvent il constate lui-même des signes irréfragables de troubles dans la circulation cérébrale.

Malgré ces symptômes évidents de défaut d'énergie dans la circulation, d'anémie, de perturbation générale, l'examen le plus attentif ne révèle aucun caractère positif et n'éclaire pas sur la nature intime de la maladie. On ne découvre pas, malgré des recherches patientes et répétées, de lésion spéciale qui explique le changement graduel, mais profond, qui s'est accompli dans la constitution. On peut bien soupçonner une affection maligne ou strumeuse; on peut bien accuser les organes qui concourent à l'hématose, mais nulle part il n'existe de traces manifestes d'une altération organique; la rate, la glande thyroïde, le thymus ou les ganglions lymphatiques ne sont pas augmentés de volume. Les maladies antécédentes, les miasmes palustres, les diverses cachexies connues sont hors de cause.

Mais, en même temps que le médecin constate ces signes négatifs, il est renseigné par la coloration de la peau véritablement caractéristique et assez marquée pour avoir fixé le plus souvent l'attention ou du malade, ou au moins de ceux qui l'entourent. Cette coloration spéciale occupe toute la superficie du corps; mais elle est ordinairement plus manifeste à la face, au cou, aux extrémités supérieures, au pénis, au scrotum, au pli de l'aisselle et autour de l'ombilic. Elle est d'un ton enfumé, ou présente des nuances qui varient du brun clair à la terre d'ombre ou au bistre. Dans quelques cas, la peau est assez brunie pour qu'en voyant l'aspect du visage du malade on ait pu le prendre pour un mulâtre.

Parfois la coloration, au lieu d'être répandue uniformément, a lieu par plaques, de sorte que la surface du corps est comme marbrée. Addison cite des exemples dans lesquels certaines portions de la peau présentaient une couleur non-seulement plus claire, mais d'un blanc mat, soit qu'elles eussent été préservées et se détachassent seulement par contraste, soit, comme cela est plus probable, qu'il y ait eu dans ces points une absence pathologique de matière colorante. Cette distribution irrégulière du pigment n'est pas bornée au tégument externe; on la retrouve sur quelques membranes internes, et Addison dit avoir constaté chez un même sujet des plaques brunâtres de même apparence sur la peau du ventre et sur le péritoine.

A mesure que la maladie accomplit ses progrès, la coloration de la peau se prononce davantage; l'anémie, la langueur, le manque d'appétit, l'affaiblissement du cœur vont croissant; une ligne plus foncée se dessine au-dessus de la commissure des lèvres; le pouls devient plus faible et plus mou; le malade dépérit, s'épuise graduellement, sans se plaindre de quelque douleur ou de quelque incommodité déterminée, et il finit par s'éteindre.

Addison a observé onze cas de maladie de bronze ou de *peau bronzée*, selon la désignation anglaise, et il a invariablement trouvé dans les capsules surrénales des kystes, des apoplexies, des indurations squirrheuses, des cancers ou des tubercules, et quelquefois plusieurs de ces lésions à la fois. Or, pour lui, toutes les fois qu'il existe, avec l'ensemble de symptômes que nous venons d'énumérer, la coloration spéciale de la peau, il y a plus que présomption d'une maladie, et surtout d'une affection maligne et incurable des capsules. Est-on en droit de dire que, toutes les fois que les capsules surrénales sont le siége d'une semblable altération, les symptômes caractéristiques en sont la conséquence obligée? Addison lui-même paraît en douter. Il cite, en effet, avec la bonne foi qui préside à tout son travail un cas récent (mai 1855) où en faisant une autopsie il a trouvé un dépôt cancéreux dans chacune des deux capsules, chez un sujet atteint de cancers multiples, sans que la couleur de la peau eût été modifiée; les produtions cancéreuses étaient d'ailleurs réduites aux plus minimes proportions.

Quels que fussent les titres d'Addison à la confiance, la foi scientifique est de celles qui exigent un contrôle, et dans les enquêtes médicales, pas plus que dans les enquêtes judiciaires, on n'aime à se fier au témoignage d'un seul. C'est devenu d'ailleurs une habitude en Angleterre que, lorsqu'une question nouvelle surgit, la presse médicale fasse appel aux recherches des observateurs en sollicitant de ses correspondants l'envoi de tous les faits qu'ils pourraient recueillir. Le *Medical Times and Gazette* (décembre 1855 et janvier 1856) a déjà publié quatre observations de maladies des capsules qui confirment et sanctionnent pleinement les vues du doyen des médecins du Guy's hospital.

C'est M. le docteur Ch. Lasègue qui le premier nous fit connaître en France, dans les *Archives générales de médecine*, le beau travail d'Addison sur les symptômes et le diagnostic des maladies des capsules surrénales. Je m'en tenais, pour mon compte, aux principales opinions émises par ce savant confrère dans la discussion scientifique à laquelle il s'est livré, lorsque hier (30 juillet 1856) il est entré à l'Hôtel-Dieu, et dans le service de la clinique, un homme âgé de quarante ans, d'une constitution en apparence

(1) La continuation des leçons sur le *rachitis* est ajournée à la semaine prochaine. L'intérêt tout particulier que présente la relation d'un cas de *maladie d'Addison* nous a engagé à agir de la sorte; les lecteurs nous en sauront gré très-probablement. (*Note du Rédacteur.*)

(2) *On the constitutional and local effects of disease of the suprarenal capsules.* In-4°, VIII — 44 p., et 11 planches coloriées. Londres, 1855.

(3) *Elements of the practice of physic.*, 1836.

robuste, qui nous rappelle assez bien les caractères de la maladie dont il s'agit. Cet homme est le cocher de M. le ministre de l'agriculture et du commerce ; il prétend que son métier est très-rude. Une semblable assertion est probablement très-contestable, mais là n'est point la question ; ce qu'il nous importe de savoir, c'est qu'il se trouvait dans des conditions hygiéniques relativement très-bonnes et qu'il était bien logé, bien vêtu, bien nourri. Le malade nous raconte que depuis cinq mois il a commencé à maigrir, et qu'il dépérissait si visiblement que sa famille, ses camarades et lui-même s'en alarmèrent. C'est alors qu'il s'est aperçu qu'*il avait toujours les mains sales*, que son visage prenait une teinte enfumée, que nous ne saurions mieux comparer qu'à celle du quarteron, ce troisième degré de la négrerie, et que tout son corps devenait comme malpropre. Il a réellement des mains de nègre, et ce qui prouve bien que cette couleur des extrémités supérieures ne tient pas aux souillures de l'épiderme, c'est qu'il a des ongles d'une blancheur surprenante ; ses ongles sont des ongles d'anémique. Il nous dit qu'il est profondément débilité, qu'*il fléchit sous lui* et qu'il ne peut plus faire la moindre course. L'auscultation nous a fait découvrir du bruit de souffle dans les vaisseaux ; l'appareil respiratoire fonctionne normalement ; les voies digestives sont en bon état ; seulement le malade accuse, comme les sujets cancéreux, un insurmontable dégoût pour la viande ; il ressent, en outre, de temps à autre, des douleurs rhumatismales erratiques dans les flancs.

Vous avez pu voir avec moi que les aisselles, le pénis, le scrotum, le pli des cuisses sont recouverts de bronze, mais que l'auréole du mamelon n'est nullement coloré, ainsi que cela a été constaté. Les muqueuses labiales sont teintes en noir ; les bras et les jambes présentent à considérer quelques taches légères de vitiligo ; le dépérissement est marqué ; l'état d'anémie est caractérisé par la pâleur des tissus qui ne sont pas bronzés, et, au total, l'alanguissement est général.

Au moyen d'une ventouse scarifiée, je ferai retirer dix grammes de sang que j'enverrai à M. le docteur Ch. Robin ; peut-être y trouvera-t-il quelque chose.

Du reste, en ce qui touche la nature intime de la maladie, tout reste à faire, et Addison ne hasarde pas la plus modeste hypothèse ; à plus forte raison, me tiendrai-je dans une égale réserve. Il est cependant un rapprochement que je me borne à énoncer : dans les cas où l'analyse du sang a été faite, on a noté une augmentation sensible des globules blancs. Cette augmentation n'était-elle que l'équivalent de celle qu'on retrouve dans bien d'autres maladies ? ou bien mérite-t-elle, au contraire, un examen plus approfondi ?

Le pronostic, vous le pressentez : Addison a observé onze cas de peau bronzée, et il a fait onze autopsies !... A ce sujet, voici un passage de son travail que je cite textuellement :

« Mon expérience, quoique nécessairement limitée, me donne » à croire que cette maladie n'est pas très-rare, et que quand on » sera mieux familiarisé avec ses symptômes et son mode d'évolu- » tion, on réussira à discerner bien des cas qui, dans l'état actuel » de nos connaissances, passent inaperçus ou sont méconnus. Je » suis convaincu que si une affection partielle des capsules surré- » nales peut donner lieu à des symptômes et à un état général trop » équivoque pour autoriser un diagnostic positif, une lésion plus » étendue détermine un ensemble de phénomènes assez nettement » accusés pour que non-seulement on soupçonne l'origine de la » maladie, mais qu'on affirme avec assurance qu'elle dépend d'une » lésion capsulaire. Quand l'altération pathologique des capsules » surrénales est aiguë et rapide, je crois que l'anémie, la prostra- » tion et la coloration spéciale de la peau suivent une marche cor- » respondante. En tout cas, qu'elle soit aiguë ou chronique, lorsque » la maladie a envahi la totalité des deux capsules, la mort en est » la conséquence inévitable. »

Un si décourageant pronostic exclut toute considération sur les divers modes de traitement ; mais il est une raison de plus pour qu'on tâche de caractériser la maladie dès son début, et qu'on n'attende pas les périodes extrêmes pour entreprendre une médication jugée d'avance. Addison insiste sur la nécessité de reconnaître les premiers symptômes de la maladie ; mais il ne se dissimule pas, et on ne peut se dissimuler les obscurités de ce diagnostic. Le signe distinctif est évidemment la coloration brunâtre de la peau ; c'est celui qui guidera le médecin dans ses investigations, comme il a déjà servi de guide à l'inventeur. Or, au début, la teinte bistrée est peu intense, et dès lors elle se confond avec cette teinte paille, commune à tant d'anémiques. Il faudra donc procéder par exclusion : l'état anémique, tel que nous l'avons exposé, une fois constaté, on n'admettra la lésion des capsules surrénales, à titre de cause efficiente, que lorsque toutes les autres sources d'où procède l'anémie auront été reconnues faire défaut. Quelque regrettable qu'il soit de ne pas pouvoir, jusqu'à nouvel ordre, reconnaître le mal à son origine, ce n'en est pas moins une chose précieuse que d'avoir acquis la notion d'une espèce neuve et bien définie, dans la classe si nombreuse et si complexe des états anémiques. Il n'est pas sans intérêt, d'ailleurs, de voir les plus curieuses découvertes médicales de notre siècle, depuis la maladie de Bright jusqu'à la leucémie et à la maladie d'Addison, se produire dans une même catégorie de maladies générales, qui avaient été toujours confondues avec les autres cachexies anémiques.

Voici donc la maladie d'Addison qui prend rang dans le cadre nosologique. Cette affection nouvelle est une maladie spécifique, une espèce d'anémie parmi les anémies. On ne saurait croire quels éminents services ils rendent, ces hommes qui établissent et introduisent ainsi dans la science des espèces pathologiques, des variétés morbides.

Je n'en veux prendre à témoin qu'un exemple ; si j'interroge mes souvenirs, et que je remonte à l'année 1818-1819, époque à laquelle malheureusement je commençais déjà mes études médicales, je suis frappé de l'effroyable chaos dans lequel était plongée l'histoire des hydropisies ! Mais voici venir les très-remarquables travaux de Bright et de Bouillaud, et la face des choses change aussitôt : on étudie les hydropisies ; on distingue celle-ci de celle-là, et soudain on pose le pied loin du profond sillon qu'avait creusé l'empirisme. Vous voyez combien il était important que Bright et Bouillaud fissent leurs recherches, et combien Addison à son tour a bien mérité de la science en publiant les siennes.

H. L. DU. S.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. MAISONNEUVE.

Cancroïde de la face. — Ablation de l'œil, de l'os maxillaire supérieur, de la moitié du nez et de la totalité des parties molles de la joue correspondante. — Guérison.

Les affections cancéreuses de toutes sortes, les tumeurs extraordinaires affluent, comme chacun sait, à l'hôpital de la Pitié, dans les salles de M. Maisonneuve, et contre de telles affections l'habile chirurgien déploie chaque jour une nouvelle énergie.

L'observation suivante donnera une idée de ce que peut la médecine opératoire et de l'étendue des mutilations auxquelles un malade peut résister :

Auguste F..., âgé de quarante-deux ans, tisseur, entra le 23 avril à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Maisonneuve ; il était affecté d'un cancroïde végétant qui avait envahi l'os maxillaire supérieur droit, l'œil du même côté, ainsi que toutes les parties molles de la joue correspondante. Il résultait de cette dégénérescence une tumeur volumineuse qui occupait la presque totalité du côté droit de la face. Malgré la profondeur et l'étendue de la maladie, M. Maisonneuve ne crut pas impossible de tenter une opération, qui fut en effet exécutée le 28 avril.

Le malade étant soumis au chloroforme, M. Maisonneuve cerna toute la base de la tumeur par une longue incision courbe, qui, partant de la région frontale, descendait sur le dos du nez, puis sur la lèvre supérieure, dont elle ne respecta que le bord muqueux ; puis, se prolongeant horizontalement jusqu'auprès de l'oreille, elle remonta sur l'os de la pommette et regagna son point de départ en circonscrivant le bord supérieur de l'orbite. Après quelques ligatures jetées sur les artérioles qui fournissaient du sang, l'opérateur divisa avec la scie à chaîne la voûte palatine et l'os de la pommette, coupa les os du nez avec la pince incisive, détacha le voile du palais, et enleva d'un seul bloc l'os maxillaire supérieur, l'œil, la moitié droite du nez et de la joue correspondante.

Après cette énorme mutilation, il n'était pas possible de songer à une restauration autoplastique. Aussi M. Maisonneuve se borna-t-il à un pansement simple avec de la charpie.

La fièvre traumatique se développa sans intensité excessive, la suppuration s'établit franchement, et la cicatrisation suivit une marche régulière. Il restait toutefois un énorme hiatus par lequel la langue, le voile du palais, le pharynx étaient vus à découvert. M. Maisonneuve ne songea même pas à tenter une restauration autoplastique. Il fit appel à l'habileté bien connue de M. Charrière, qui, par une prothèse ingénieuse, reconstruisit un visage complet en remplaçant les paupières, l'œil, la joue, le nez et la voûte palatine.

Le malade, qui est sorti de l'hôpital le 14 juillet, parle avec une netteté parfaite, mange avec facilité, et, grâce à son visage artificiel, se promène dans les rues et se mêle à la foule sans que rien attire sur lui l'attention.

Quatre autres malades, dans des conditions plus ou moins analogues, sont actuellement en traitement dans les salles de la Pitié, et c'est vraiment une chose intéressante à voir que l'innocuité de ces énormes mutilations de la face, pourvu qu'on ne complique pas l'opération principale par des opérations accessoires d'autoplastie. Dans ses entretiens cliniques, M. Maisonneuve insiste beaucoup sur ce point, et les considérations que nous lui avons entendu exposer nous ont paru dignes d'être méditées.

« Beaucoup de chirurgiens, dit-il, s'effrayent de nos opérations, qui cependant n'ont d'autre but que d'arracher à une mort horrible et inévitable des malheureux dévorés par le cancer, et ces mêmes chirurgiens exaltent des opérations d'autoplastie beaucoup plus dangereuses, qui n'ont d'autre résultat que de masquer une difformité. On a même qualifié nos opérations de chirurgie dévastatrice, et décoré celles d'autrui du nom de chirurgie réparatrice. Mais quand, au lieu de se payer de mots, on scrute le fond des choses, on ne tarde pas à voir que la vraie chirurgie est bien plutôt celle qui lutte énergiquement contre un mal redoutable dans le but de conserver la vie, que celle qui dans un but de simple coquetterie expose les jours du malade. »

MÉTRORRHAGIE

entretenue par la présence simultanée de deux faux germes dans la matrice.

Par M. le docteur P.-G. CABARET (de Saint-Malo).

> « Les exemples persuadent bien mieux que » les raisonnements, et l'expérience donne là » perfection à tous les arts. »
>
> (MAURICEAU, t. II, préface).

Il existe une espèce de fausse grossesse consistant dans la présence au sein de l'utérus d'une production qui résulte toujours dans son origine d'une bonne conception, mais dont le produit s'est dénaturé sous l'influence d'un état pathologique quelconque, s'est altéré dans sa texture et détérioré, après la mort de l'embryon, au point de ne pouvoir posséder une existence isolée après son expulsion, et de ne pouvoir séjourner dans la matrice aussi longtemps que le produit d'une conception normale. On conçoit facilement avec Levret (1) que l'embryon peut périr dans la cavité utérine, et n'être expulsé qu'après un espace de temps très-variable. L'opinion de Levret est d'autant plus admissible qu'on a vu quelques-unes de ces masses parenchymateuses accompagnées d'un autre fœtus ou de quelques-uns de ses débris qui avaient résisté à la dissolution consécutive à l'avortement. En envisageant d'ailleurs la môle comme le résultat d'une conception dégénérée, on peut facilement se rendre compte de tous les phénomènes qui l'accompagnent. La circulation continue de s'exercer à travers les débris de ce corps organisé ; ceux-ci se développent et finissent par produire une masse d'un volume plus ou moins considérable ; pendant le séjour de cette masse dans la matrice, la femme présente des phénomènes qui tendent à faire croire qu'elle est enceinte. La masse dont il s'agit a reçu le nom de môle, et on l'a appelée faux germe, ou môle embryonnaire, lorsque ce produit ne réside que deux ou trois mois dans l'utérus, et offre encore les enveloppes ordinaires de l'œuf, qui, toujours plus épaisses et plus denses, sont remplies d'un liquide clair ou sanguinolent. Les faux germes ne diffèrent donc des môles que par le temps plus long que ces dernières séjournent dans la matrice, et parce que les enveloppes de l'œuf ont acquis une consistance et une épaisseur beaucoup plus marquées. Les hémorrhagies qui accompagnent l'expulsion d'un faux germe ou d'une môle s'arrêtent le plus souvent d'elles-mêmes.

Ambroise Paré (2) observe que la môle, qui n'adhère que faiblement aux parois utérines, sort communément vers le troisième ou le quatrième mois, lorsqu'elle n'a point encore acquis un très-grand volume.

Heister (3) dit que l'utérus s'en délivre avec douleur, comme dans l'enfantement, à l'époque du deuxième ou troisième mois, et presque toujours, selon Mauriceau et Delamotte, avec une grande perte de sang avant la fin du troisième mois.

Mauriceau (4) assure n'avoir jamais vu mourir d'hémorrhagie qu'une seule femme soupçonnée grosse depuis deux ou trois mois (5).

Cependant, quoique les femmes se délivrent très-fréquemment par elles-mêmes d'un faux germe ou d'une môle, il en est quelques-unes qui, après avoir essuyé des pertes excessives, courent les risques de perdre la vie (6) si on ne s'empresse d'extraire de la matrice le corps étranger qui entretient l'hémorrhagie. Lors donc qu'on peut pratiquer cette opération sans exercer aucune violence, il est plus prudent d'y recourir que de confier à la nature le soin de délivrer la femme, excepté dans le cas où l'orifice utérin est résistant, trop peu dilaté, parce qu'alors l'extraction présenterait des difficultés peut-être insurmontables. Mauriceau redoutait tellement d'irriter l'orifice de la matrice lorsqu'il n'était pas assez dilaté qu'il préféra abandonner aux contractions utérines le soin de débarrasser l'organe gestateur d'un faux germe de deux mois, que d'exposer la femme à succomber en irritant l'orifice utérin, quoiqu'elle eût déjà éprouvé de nombreuses syncopes par suite de la quantité énorme de sang qu'elle avait perdu.

Mais si la métrorrhagie, croissant avec une excessive abondance, menaçait de faire périr la malade, comme il arriva à une autre femme mentionnée dans l'observation onzième de Mauriceau, alors il serait indispensable d'enlever en toute hâte le faux germe, dût-on user d'une certaine violence pour dilater convenablement l'orifice de la matrice. C'est indubitablement le procédé qu'aurait dû suivre cet illustre chirurgien-accoucheur pour extraire le faux germe dont il s'agit.

Dans une pareille occurrence, en effet, il faut toujours préférer un secours hasardé, même périlleux, à une mort certaine. Delamotte raconte que, voulant arrêter une perte de sang de cette nature, il ne balança pas, après avoir introduit dans l'utérus un doigt pour en extraire le corps étranger, d'en introduire un second pour mieux réussir, et il parvint effectivement à arrêter l'hémorrhagie (7).

Lorsqu'il n'est pas possible de saisir le faux germe à l'aide d'un ou de plusieurs doigts introduits dans l'orifice, le praticien ne peut rester tranquille spectateur des accidents. Il devra procéder à l'extraction à l'aide de l'instrument, pourvu toutefois qu'il n'ait recours à cette opération que lorsque l'état de la malade inspire de l'inquiétude, et après avoir préalablement mis en usage tous les autres moyens avoués par l'expérience.

Cette pratique, éminemment rationnelle, est adoptée par les plus célèbres accoucheurs des temps modernes. Puzos, Levret, Deleurye, Baudelocque, Gardien, Chevreul, Maygrier, Dugès, Capuron, MM. Velpeau, Cazeaux, Chailly, etc., la conseillent, à l'unanimité.

---

(1) *Art des accouchements*, p. 68 et 69.

(2) Lib. XXIII, cap. 34, p. 691.

(3) *Chirurg.*, part. II, sect. 5, cap. 156, p. 967.

(4) *Des maladies des femmes grosses*, chap. VI, p. 74.

(5) Leroux, de Dijon, *Observations sur les pertes de sang des femmes en couches*, p. 93 et 94, édit. de 1810.

(6) Puzos, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. II, p. 208 et 209, édit. in-12.

(7) *Traité complet des accouchements naturels*, *non naturels et contre nature*, tome Ier, pages 78 et 79 ; édition de 1765.

comme la plus efficace pour combattre la métrorrhagie causée par un faux germe.

Une autre considération milite en faveur de cette thérapeutique; c'est qu'en arrêtant promptement l'hémorrhagie, elle préserve les malades des suites graves qu'elle entraîne ordinairement quand l'écoulement sanguin a été de longue durée.

L'instant marqué pour l'extraction du faux germe est celui où la pâleur toujours croissante du sujet, son affaiblissement, la petitesse du pouls et les syncopes qui se succèdent, comparées à la quantité de sang perdu, ainsi qu'à la rapidité de son écoulement, indiquent un danger pressant et au-dessus de toute autre ressource de l'art.

Après cette opération, la métrorrhagie cesse le plus ordinairement, toutes les fois qu'on ne laisse aucune portion du corps étranger dans la matrice, ainsi que je l'ai vu plusieurs fois (1), et dans des circonstances où je me suis conduit comme je vais le rapporter.

Mme L..., âgée de trente-huit ans, grande, mince, d'un tempérament nerveux, d'une très-faible constitution, est mère de nombreux enfants. Tous ses accouchements n'ont rien présenté de particulier, et se sont terminés de la manière la plus régulière. Le dernier a eu lieu le 4 août 1846.

Mme L..., après une suppression des règles qui datait de la fin de septembre 1847, voyant son ventre acquérir un volume rapidement considérable, se crut de nouveau enceinte, et comptait environ trois mois de grossesse, lorsque, le 29 décembre, elle fut prise de frissons suivis de chaleur, inappétence, nausées, soif, lassitudes spontanées, palpitations, pâleur, tristesse, abattement, tuméfaction et lividité des paupières, sentiment de pesanteur vers l'anus et la vulve, douleurs dans les lombes, ténesme vésical, envies fréquentes et illusoires d'uriner. Après avoir duré une partie de la journée et une partie de la nuit suivante, les douleurs des lombes devinrent de plus en plus vives; elles se propagèrent dans le bas-ventre, se séparèrent par de courts intervalles, et revêtirent enfin tous les caractères des contractions utérines.

Le 30 décembre, les douleurs redoublèrent d'intensité et s'accompagnèrent d'un léger écoulement sanguin par le vagin, lequel, au bout de quelques heures, devint tellement abondant, que, se trouvant chez une voisine habitant un étage supérieur, Mme L..., dont les vêtements étaient inondés de sang, ne put regagner son domicile qu'avec beaucoup de peine.

Rentrée dans son appartement, elle se mit au lit, et, après quelques heures de repos, l'hémorrhagie diminua d'une manière sensible, mais momentanée, car, vers deux heures du soir, elle reparut subitement et se montra très-copieuse. Elle diminuait par instants pour reparaître de nouveau avec abondance à des intervalles irréguliers, surtout lorsque Mme L... se livrait à quelques mouvements.

Appelé auprès d'elle, je la trouvai couchée en supination, décolorée, *froide*, la voix affaiblie au point de pouvoir à peine articuler un mot. Le pouls était très-petit, le lit baigné de sang.

Informé de ce qui s'était passé précédemment, je pensai que l'hémorrhagie était occasionnée par un avortement ou par la présence d'un faux germe. Dans le but de ralentir, d'une part, la circulation générale, et de modérer, de l'autre, l'afflux du sang vers la matrice, Mme L... fut couchée horizontalement sur un lit composé de matelas solides; on ouvrit fréquemment les fenêtres de sa chambre afin d'y renouveler l'atmosphère, et l'on prescrivit l'application prolongée sur l'abdomen, les aines et les cuisses de compresses trempées dans de l'oxicrat froid, et souvent renouvelées. De la limonade de citron fut prescrite dans le but d'apaiser la soif, qui était assez vive.

Pratiquant ensuite le toucher, je constatai que la dilatation de l'orifice utérin, dont les bords étaient très-résistants, permettait avec peine l'introduction de la phalangette de l'indicateur. La cavité du col était en partie occupée par une tumeur du volume d'une noisette, à surface inégale et bosselée, qu'il était aisé de distinguer des caillots arrêtés dans cette région. A mesure que le doigt plongeait plus profondément, on sentait que le volume de ce corps étranger augmentait, mais on ne rencontrait aucune adhérence avec la matrice. Je cherchai à y introduire un second doigt; il me fut impossible d'y parvenir, la rénitence du col y apportant un obstacle insurmontable. Pendant cet examen, l'hémorrhagie, loin de diminuer, augmentait à vue d'œil. Les syncopes se succédaient; la faiblesse générale et le refroidissement allaient croissant. Il n'y avait pas à temporiser; il fallait agir promptement, sous peine de voir Mme L... tomber dans un état inquiétant. Je m'arrêtai à l'emploi du tampon, qui, bien appliqué, s'oppose à l'écoulement extérieur du sang, irrite par son contact l'utérus, et détermine de la sorte sa contraction et l'expulsion du corps étranger contenu dans la cavité de cet organe. Le procédé de tamponnement préconisé par Dewee (2) fut préféré à tout autre. Une éponge molle et douce, assez grosse pour remplir toute la cavité du vagin, et préalablement imbibée d'oxycrat, fut poussée le plus profondément possible jusque dans le col utérin. Sur-le-champ le sang cessa de couler, et Mme L..., revenue à elle-même, se plaignit de crampes à la région épigastrique. Sa tête était douloureuse, sa voix extrêmement faible; son pouls, qui avait été presque insensible durant la perte, devint fréquent, mais déprimé. La malade, calme, était disposée au sommeil, que je lui laissai goûter. Elle ne se réveillait que pendant les contractions de la matrice, qui étaient douloureuses, mais qui n'avaient point acquis un assez haut degré d'énergie pour me déterminer à enlever le tampon sans redouter une nouvelle hémorrhagie.

Pendant les intervalles de tranquillité, on lui administra de petites tasses de bouillon.

A onze heures du soir, l'hémorrhagie n'avait pas reparu. Je quittai la malade.

(1) *Observations sur l'hystérorrhagie déterminée par la présence des môles*, livraison de juillet 1843 du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*.

(2) *A compendious system of midwifery*. Philadelphiæ, 1824. In-8°, figures.

A six heures du matin, le 31 décembre, Mme L... était calme; le pouls plus fort et plus fréquent. Elle me pria de retirer le tampon; mais je m'y refusai formellement, craignant le retour de la perte. La malade ne tint pas compte de ma recommandation, et, peu de temps après ma visite, introduisant deux doigts dans le vagin, elle arracha l'éponge.

Elle ne tarda pas à essuyer les funestes effets de son imprudence. Après une suspension de la perte pendant trois quarts d'heure environ, on vit celle-ci reparaître, le sang couler par jets non interrompus (*pleno rivo*), avec des caillots, et plus abondamment que lors du début.

Après avoir débarrassé le vagin d'une grande quantité de sang coagulé, je pus m'assurer que l'orifice utérin, toujours très-résistant, n'offrait pas une dilatation plus marquée que la veille. Cependant il n'y avait pas un moment à perdre, et, sans attendre que la malade se fût affaiblie davantage par une perte de sang plus considérable, je me mis en devoir de procéder à l'extraction de la môle.

La malade, placée sur son lit, comme pour l'accouchement, la main d'un aide étant appuyée sur la région hypogastrique, de manière à fixer l'utérus derrière la symphyse pubienne, j'engageai Mme L... à se livrer à des efforts comme si elle voulait accoucher.

A l'aide de ces efforts, les parties génitales se dilatèrent, et le corps de l'utérus s'abaissa progressivement. Alors j'introduisis le doigt indicateur gauche dans l'orifice. Il servit de guide à une pince à anneaux dont ma main droite s'était armée, et au moyen de laquelle je fis, avec une lenteur calculée, l'extraction d'une môle charnue ayant 9 centimètres de longueur, sur 4 à 5 centimètres de largeur. Sa surface interne, tapissée d'une membrane séreuse, contenait quelques cuillerées de sérosité.

La matrice se contracta immédiatement, et l'hémorrhagie s'arrêta presque complétement.

Les applications réfrigérantes, toutefois, furent continuées, et l'on prescrivit la potion de Schneider, à prendre par cuillerée à bouche, de demi-heure en demi-heure (1).

Une heure et demie après environ, la position de la malade étant évidemment améliorée, je me disposais à la quitter, lorsque des douleurs lombaires et abdominales se firent sentir, et une métrorrhagie aussi effrayante que les précédentes se manifesta de nouveau.

Bien convaincu que lorsqu'en pareil cas la perte se renouvelle d'intervalle à un autre avec une certaine violence, il y a encore lieu de soupçonner la présence d'un corps étranger dans la cavité utérine, je prescrivis 2 grammes de poudre de seigle ergoté en deux paquets, qui furent administrés à dix minutes de distance l'un de l'autre.

Des coliques plus violentes survinrent après le dernier paquet. Le toucher, qui n'avait rien fait constater après l'extraction de la môle, fit connaître en ce moment qu'un corps mollasse, considéré comme une seconde môle, se plaçait dans la cavité du col de la matrice.

Les douleurs provoquées par le seigle ergoté ayant cessé, l'emploi de ce médicament fut réitéré à la dose de 12 décigrammes. Son action, quoique marquée cette fois, resta absolument inefficace. Le sang coulait sans interruption, avec abondance.

La malade, épuisée, en proie à des syncopes répétées, se plaignait de cécité, de bourdonnements d'oreilles, de tremblements généraux. Les extrémités étaient froides, le pouls filiforme, presque insensible. Je portai aussitôt dans l'orifice utérin le doigt indicateur, qu'il me fut facile d'introduire plus profondément que lors des premières tentatives. J'y sentis manifestement la présence d'un corps mollasse, que cette fois, avec le secours d'un second doigt, je pus saisir et détacher des parois utérines.

Après avoir attiré au dehors une seconde môle, présentant à peu près les mêmes caractères anatomiques que la première, je touchai de nouveau, pour m'assurer si la matrice était entièrement vide. Cette exploration me donna la certitude que la métrorrhagie s'arrêterait définitivement; ce qui eut lieu effectivement.

Le 1er janvier 1848, l'hémorrhagie avait entièrement cessé, et était remplacée par un écoulement aqueux et faiblement rougeâtre. Quoique très-débile, Mme L... ne se plaignait que d'une vive céphalalgie, accompagnée d'une grande susceptibilité des organes des sens.

Progressivement, Mme L... vit son état s'améliorer, et les forces se relever sous l'influence de l'administration des ferrugineux et d'un régime fortifiant, suivi pendant deux mois avec une grande exactitude.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 juillet 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy St.-Hilaire.

Emploi de l'éther comme antidote du chloroforme. — M. A. Fabre lit un mémoire sur l'emploi de l'éther comme antidote du chloroforme. L'éther, dit l'auteur, détermine dans l'économie animale des effets opposés, suivant les doses qu'on emploie, suivant la fréquence et la durée des inhalations. Il est d'abord excitant; ce n'est que par des inhalations prolongées, à des doses élevées, qu'il devient anesthésique. Sa principale propriété est d'être excitant; aussi tous les auteurs de thérapeutique le placent-ils à la tête des stimulants diffusibles. Il était donc rationnel de l'employer comme stimulant pour neutraliser les effets hyposthénisants, pour remédier aux défaillances et aux syncopes que détermine le chloroforme : les prévisions de la théorie ont été réalisées par l'expérience, c'est ce que l'auteur cherche à démontrer dans ce travail basé sur cent dix-sept expériences.

J'ai administré, dit M. Fabre, l'éther en inhalations intermittentes, à la dose d'une demi-cuillerée à café, versée sur une éponge et placée devant la bouche entr'ouverte du sujet à jeun (lapin ou cochon d'Inde). Mes deux points de repère sont le sommeil, ou suspension de la vie animale, et le réveil, ou retour du sujet à la station sur les quatre membres.

J'ai examiné les effets de l'éther sur la durée du sommeil anesthésique produit par le chloroforme; sur les fonctions de l'économie, modifiées ou suspendues par cet agent. Pour constater l'influence de l'éther sur la durée du sommeil, j'ai mesuré d'une part la durée moyenne du sommeil anesthésique non troublé, d'autre part la durée moyenne de celui contre lequel a été employé l'éther.

L'éther activait d'abord les mouvements de la respiration et les battements du cœur. En même temps ou peu après, les fonctions de la vie animale reprenaient leur cours, les paupières se mouvaient, puis les mâchoires se contractaient, le sujet relevait la tête et remuait les membres; par un nouveau progrès, il se maintenait sur ses membres antérieurs, essayant en même temps de se redresser sur ses membres postérieurs, et consumant parfois plusieurs minutes pour arriver à ce dernier résultat. Mais si les inhalations intermittentes d'éther à dose modérée neutralisent si bien l'action adynamique et anesthésique du chloroforme, les fortes doses, au contraire, et surtout les inhalations continues, reproduisent le sommeil s'il a cessé, le rendent plus profond et même mortel s'il existe déjà. Administré pendant la période d'excitation déterminée par le chloroforme, l'éther maintient l'excitation : ce sont deux actions semblables qui se succèdent, mais ne se neutralisent pas. Si, dans cette circonstance, on en continue l'emploi, l'éther produit le sommeil après un temps dont la longueur est en raison inverse des doses inhalées. Quand j'ai versé sur la même éponge la dose ordinaire de chloroforme (une forte cuillerée à café) et une quantité d'éther égale ou un peu plus considérable, le mélange a agi comme l'aurait fait le chloroforme seul. Mais quand à la même dose de chloroforme je n'ai mêlé qu'une quantité d'éther de moitié moindre, la période d'excitation a été évidemment prolongée. Dans le premier cas, ces deux substances possédant des propriétés semblables ne sont pas neutralisées. Dans le second, l'action stimulante de l'éther a entravé l'influence adynamique et anesthésique du chloroforme. Ainsi l'éther, convenablement employé, est un antidote *physiologique* du chloroforme.

La médecine peut retirer de ces expériences un triple avantage :

1° L'emploi du chloroforme deviendra moins dangereux, plus fréquent et plus utile : moins dangereux, parce qu'en activant les fonctions de l'économie ralenties ou suspendues par le chloroforme, l'éther doit remédier aux accidents que détermine cet agent; plus fréquent et plus utile, parce qu'on pourra désormais employer le chloroforme chez les sujets débiles, sans avoir à redouter l'adynamie qui en accompagne et quelquefois en suit l'administration; parce qu'on y recourra sans crainte et à plusieurs reprises dans les opérations multiples, dans les opérations longues, à plusieurs temps douloureux, dans les accouchements; enfin parce qu'on ne doit plus redouter l'anesthésie complète, et que par conséquent on ne s'arrêtera plus à cette période de demi-sommeil où la sensibilité est seulement émoussée, quelquefois même encore exaltée.

2° La science sera mieux éclairée sur le mode d'action de cette classe d'antidotes que j'appelle physiologiques, et sur les moyens de les reconnaître. Je dirai au sujet de ces antidotes, en m'appuyant sur l'exemple de l'éther, du chloroforme, de l'aldéhyde et de l'ammoniaque, qu'ils peuvent déterminer dans l'économie des effets opposés, suivant certaines conditions dont les doses sont les principales; que l'une de ces catégories d'effets est semblable aux effets toxiques de la substance qu'ils peuvent antidoter; que l'autre est opposée à l'influence toxique. Il est évident pour moi que c'est en vertu de cette seconde action opposée à l'influence toxique, et non pas en vertu d'un principe de similitude, qu'agissent ces antidotes. Il n'en est pas moins vrai que par la connaissance seule des propriétés anesthésiques de l'aldéhyde je suis arrivé à présumer et à employer les propriétés antianesthésiques de cet agent. Mais on peut aussi, et à plus forte raison, en ne connaissant d'une substance que les propriétés qui sont opposées à une action toxique, l'utiliser comme antidote; c'est ainsi que j'ai administré l'ammoniaque. On peut enfin connaître chez un même agent ces deux catégories de propriétés opposées, et employer l'une pour détruire des effets semblables à ceux que détermine l'autre; c'est ce que j'ai fait avec l'éther.

Il résulte encore de ces expériences que deux substances qui s'antidotent si on les emploie à des doses différentes, agissent au contraire dans le même sens si on les administre en proportions relativement égales; c'est ainsi qu'un mélange d'éther et de chloroforme peut déterminer l'anesthésie. Bien plus, c'est parmi les succédanés qu'il faut chercher les antidotes, et réciproquement. Ces conclusions intéressent à la fois la thérapeutique des empoisonnements, qu'elles enrichissent de règles sûres et de moyens puissants, et l'expérimentation clinique, qu'elles délivrent de ses dangers.

3° Enfin, un résultat de cette découverte, c'est qu'elle confirme d'une manière évidente ce principe important qu'un même agent peut, suivant des conditions connues, déterminer dans l'économie animale des effets opposés. (Commissaires, MM. Flourens, J. Cloquet, Jobert de Lamballe).

Electro-physiologie. — M. Matteucci, dans une lettre adressée à M. Cl. Bernard, expose quelques observations relatives aux conditions qui font varier, chez les grenouilles, la durée de la contraction musculaire après la mort et à la cause de la contraction induite.

Le phénomène électrique de la contraction induite, suivant M. Matteucci, est indépendant de l'existence d'un courant et de la direction de ce courant dans le circuit avant la contraction; ce phénomène est indépendant d'une force électro-motrice opposée qui serait en quelque sorte cachée dans le circuit; ce phénomène consiste dans un courant instantané ou plutôt dans une décharge qui a lieu dans le muscle pendant sa contraction. La nature de ce phénomène est ainsi incontestablement établie, ajoute ce savant philosophe, et je prouverai dans mon Mémoire qu'elle est d'accord avec nos connaissances actuelles d'électricité animale.

Strabisme. — M. Castorani communique un mémoire sur le strabisme, dont nous extrayons ce qui suit :

Pour moi, dit l'auteur, la cause du strabisme ne réside pas dans la contracture d'un des muscles oculaires, mais dans l'affaiblissement de la sensation rétinienne du seul œil affecté, lequel ne peut dès lors fonctionner en harmonie avec son congénère. C'est pour cela que je définis le strabisme un défaut d'accord total ou partiel d'un œil avec l'autre dans l'accomplissement de la fonction visuelle, se trahissant au dehors par un manque de convergence régulière entre les deux axes optiques. En voici le mécanisme. Si la cause éloignée du strabisme réside dans

(1)	Ether acétique.	6	grammes
	Teinture de cannelle.	16	—
	Eau de cannelle.	250	—
	Sirop d'oranges.	32	—

F. P. S. A.

les opacités ordinaires de la cornée, qui sont le néphélion, l'albugo et le leucome, lorsqu'elles sont centrales, en masquant plus ou moins le champ pupillaire, elles empêchent les rayons lumineux d'arriver normalement sur la rétine. Il en résulte que l'œil affecté devient faible pendant que l'autre, s'exerçant plus ou moins seul, finit par acquérir plus de force encore. A partir de ce moment, tout rapport visuel entre les deux yeux est rompu, l'œil faible se dévie, et si l'on ne remédiait à la cause fonctionnelle en même temps qu'à la cause organique, l'œil affecté s'affaiblirait de plus en plus, quand bien même les taches cornéennes auraient disparu, de la même façon qu'un membre longtemps privé d'exercice finit par perdre la faculté de se mouvoir. Dans ces circonstances, si l'on cache l'œil sain, l'œil louche se redresse, et il reprend tout à fait la direction normale. Mais s'il y avait contracture, l'œil louche ne devrait pas se redresser. On voit donc que l'œil malade louche quand il fonctionne avec l'œil sain, et tout simplement par défaut de simultanéité dans la vision des deux yeux.

Il peut arriver, quoique rarement, que la presbytie occasionne le strabisme. A l'inverse de ce qui a lieu pour la myopie, le malade louche de près et non de loin, à moins que la presbytie n'ait aboli les fonctions de l'œil affecté.

Lorsque la paralysie de la sixième paire est la cause éloignée de strabisme, ce que l'on observe chez les enfants, on constate qu'après la guérison de la paralysie un strabisme la remplace, parce que pendant tout le temps qu'elle a persisté l'œil sain, ayant l'habitude de s'exercer seul en grande partie, a pris le dessus et a fini par le conserver, tandis que l'autre, ne pouvant pas également fonctionner, est devenu relativement plus faible.

Une autre cause de strabisme des enfants, c'est l'habitude de les tenir près d'une fenêtre ou d'un objet brillant capable d'attirer leur curiosité quand ils sont dans leur berceau; car, dans ce cas, ils tournent toujours les yeux du même côté, tout en ne voyant souvent les objets qu'avec un seul œil, lequel s'exerçant seul chaque jour, finit par prendre plus de force sur son congénère, et de cette inégalité de force résulte, comme nous l'avons vu, le strabisme.

Il existe d'autres causes de strabisme, qui sont une cataracte pyramidale ou lenticulaire commençante, ou même quelquefois une amaurose lorsque l'une de ces affections n'existe qu'à un seul œil.

Dans le strabisme, l'œil affecté se dévie ordinairement en dedans et non dans les autres directions, parce que les axes oculaires convergeant naturellement en bas et en dedans, le muscle droit interne a, par cet exercice, acquis une prédominance de force qui a entraîné de son côté la direction moyenne de l'œil à l'état de repos, comme on le constate quand, chez une personne endormie, on soulève légèrement la paupière supérieure, qui nous laisse voir alors les deux axes oculaires tournés en bas et en dedans. Dans un œil faible et ordinairement myope, le muscle droit interne s'exerçant beaucoup plus énergiquement encore qu'à l'état physiologique, tandis que le muscle droit externe reste presque inerte, la déviation de l'œil en dedans se prononce de plus en plus, la direction moyenne est plus convergente, et le strabisme est constitué. Quant au sens de la déviation dans le strabisme, on trouve dans les auteurs que lorsque la tache de la cornée est en rapport avec la partie externe de la pupille, la déviation est en dedans, et en dehors si la tache est en regard avec la partie interne. Cela est vrai pour le premier cas; mais pour le second cela est rare, et n'arrive que lorsque la tache, par son étendue et sa position, ne permet en aucune manière à la vision de s'exercer en bas et en dedans, suivant la convergence physiologique des axes. Alors le malade, ne pouvant distinguer avec les deux yeux que les objets situés du côté externe de l'œil affecté, finit, par un effort continuel de tous les jours, par prendre l'habitude de regarder en dehors de ce côté.

On voit donc que nous croyons à la prédominance d'action, suite d'exercice d'un des muscles de l'œil strabique sur l'autre, mais non à sa contracture; car s'il y avait contracture, comme nous l'avons déjà dit, l'œil louche ne devrait pas se redresser quand on ferme l'œil sain. Ce qui vient encore à l'appui de notre explication, c'est que, si un seul œil est frappé subitement de cécité, il suit toutes les directions de son congénère, mais il ne devient pas louche, parce qu'alors aucun de ses muscles n'a pu prendre de prédominance d'action sur l'autre; tandis que, si un œil déjà louche vient à être complétement atteint de cécité, il reste dévié par suite de la prédominance acquise déjà à l'un des muscles. Dans ce cas, on a beau couvrir l'œil sain, l'œil louche ne se redresse pas, parce qu'il ne fonctionne plus; cependant, sous l'empire de la volonté, il tourne dans toutes les directions.

Lorsque le strabisme est très-ancien, nous voyons chaque jour la vision s'affaiblir par insuffisance ou défaut d'exercice, et une amaurose peut en être la conséquence. La déviation elle-même augmente par l'affaiblissement croissant du muscle relâché et par le léger retrait sur lui-même du muscle contracté, ainsi que cela arrive, par exemple, pour la déviation en dedans, qui est la plus fréquente. Ici, en effet, le muscle droit interne finit par se raccourcir très-légèrement, tandis que le muscle droit externe s'allonge en perdant sa force contractile. Alors le malade ne peut porter complétement son œil en dehors, comme on le constate en établissant la comparaison avec l'œil sain, ce qui demande une certaine habileté pratique, car la différence est très-légère.

D'après tout ce que nous venons de dire sur le strabisme, il résulte que le traitement rationnel, et sur lequel on doit insister, c'est l'exercice isolé de l'œil faible. On ne doit recourir à l'opération que lorsque le strabisme est très-ancien, parce qu'il y a réellement alors un léger raccourcissement du muscle droit interne, et qu'on a déjà essayé l'exercice.

— M. J. Guillet communique la description d'un spiromètre (voir le dernier numéro). L'examen de cette note est renvoyé à une commission composée de MM. Combes et Cl. Bernard.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 juin 1856. — Présidence de M. Caron, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. le docteur Mattei adresse à la Société un travail contenant deux observations, intitulées:

1° *Accouchement physiologique artificiel; application du forceps à articulation mobile de l'auteur; fièvre hectique cessée pendant l'accouchement et les suites de couches; influence de la grossesse et de l'accouchement sur les tubercules du larynx et du poumon;*

2° *Accouchement pathologique; chloro-anémie; rotation artificielle de la tête; application du forceps à articulation mobile; légère métro-péritonite; influence heureuse des bains chauds prolongés et des douches utérines.*

Il fait hommage, en outre, à la Société d'une brochure *sur l'observation médicale en général* et de son *Traité de l'accouchement physiologique.*

Cet envoi est accompagné d'une demande du titre de membre titulaire. (Rapporteurs, MM. Duhamel et Terrier.)

Cataracte opérée par extraction. Rapidité de la cicatrisation, malgré l'état général fâcheux du sujet. — M. Coursserant communique le fait suivant:

Mme F..., demeurant rue Saint-Antoine, n° 86, d'une constitution éminemment faible et délicate, atteinte, en outre, depuis quatre ans d'une déviation bien prononcée de la colonne vertébrale, a subi le 26 mai, à trois heures, l'extraction d'une cataracte demi-dure de l'œil gauche. Quoique le matin du jour de l'opération elle eût pris une tasse de café au lait, quoiqu'elle n'eût éprouvé dans la journée ni fièvre ni douleur dans l'œil, et que l'état moral restât des plus satisfaisants, la malade commença à éprouver, à partir de minuit, une telle dépression des forces que dix-sept lipothymies purent être comptées de minuit à huit heures du matin. Dans un tel état de choses, il était évident que les quelques cuillerées d'eau sucrée et gommée et de bouillon léger qu'on est dans l'habitude de donner aux opérés pendant les premières vingt-quatre heures qui suivent l'opération, étant impuissantes à soutenir l'organisme, une médication tonique stimulante et un régime fortement analeptique devenaient d'une nécessité urgente pour dissiper le collapsus général dans lequel l'opérée était plongée.

Une potion avec l'extrait de quinquina, des demi-lavements avec le sulfate de quinine, quelques gouttes d'eau des Carmes, plusieurs bouillons dans la journée, du vin de Bordeaux, quelques verres d'eau-de-vie suscitèrent au sein de l'organisme une réaction prompte et favorable, et le huitième jour la cicatrisation de la plaie était complète, malgré les mouvements presque continuels de la tête et de tout le corps que l'état de la malade rendait indispensables, malgré une chute qu'elle fit sur son lit le cinquième jour de l'opération, et malgré un coup qu'elle se donna sur l'œil opéré le huitième jour de sa maladie.

Glandes cervicales volumineuses enlevées par l'instrument tranchant. — M. Dupertuis présente à la Société un flacon contenant un chapelet de glandes tuberculeuses qu'il a enlevées, dans sa maison de santé, à un jeune garçon charpentier de Champigny, âgé de dix-huit ans.

Etat extérieur. — Le malade porte à la face gauche une grosseur volumineuse, simulant assez bien l'existence d'une seconde joue. La peau est distendue, n'offre pas de changement de couleur. L'examen fait reconnaître l'existence évidente de glandes nombreuses, indurées depuis un temps déjà assez long; le malade dit depuis dix ans.

L'opération jugée nécessaire, M. Dupertuis a pensé que, pour éviter au malade la cure et la difformité d'une cicatrice, il convenait et suffisait de faire une incision longitudinale courant derrière l'os maxillaire. La tumeur ouverte, on s'est trouvé en présence de tout un chapelet de glandes enveloppées chacune et séparément d'une tunique cellulo-vasculaire, et renfermées dans un kyste de même nature.

La substance propre de la glande est un tubercule d'un aspect grisâtre, d'un tissu serré, rappelant la consistance de la châtaigne; on n'y remarque pas trace de vaisseaux sanguins. La séparation de ces glandes a obligé de les extraire successivement; ce qui n'a pu se faire qu'assez lentement, le voisinage de la carotide rendant l'opération délicate. La sixième et dernière de ces glandes a présenté quelques difficultés à l'extraction; elle était logée profondément sous le bord sous-maxillaire inférieur.

Il a suffi de rapprocher les bords de la plaie avec deux épingles, en ayant soin de laisser bâiller la partie inférieure, pour donner passage à la suppuration. Le malade a un peu de fièvre, et au bout de quelques jours la cicatrisation s'est opérée; elle est maintenant parfaite, et il n'en paraît presque pas trace.

M. Dupertuis présente à ce sujet quelques considérations sur les différences de tubercules. Il en distingue trois groupes. Dans le premier, il comprend les tubercules enkystés d'apparence grisâtre, de consistance semblable à celle de la châtaigne, indolents, ne s'enflammant ni ne se ramollissant jamais, et susceptibles de prendre le plus grand développement, de persister la durée entière de la vie d'un individu sans lui causer autre chose que de la gêne; de ce genre sont les glandes indurées que M. Dupertuis présente à la Société. Au deuxième groupe appartiennent les tubercules désignés ordinairement sous le nom de glandes, lymphatiques, celluleux, parsemés de vaisseaux, susceptibles de s'enflammer, de se ramollir et se terminant en abcès froids, laissant des cicatrices toujours difformes. Le troisième groupe comprend les tubercules calcaires ou crétacés, dont les poumons des phthisiques offrent de nombreux exemples.

M. Dupertuis appelle l'attention des praticiens sur cette distinction, qu'il croit importante au double point de vue du diagnostic et du traitement.

Scarifications opérées sur la membrane pituitaire. — M. Coursserant entretient la Société des bons résultats qu'il obtient de ce mode de saignée qu'il pratique fréquemment dans les affections inflammatoires des yeux où se présente l'indication de recourir promptement à l'émission d'une certaine quantité de sang, et d'une manière plus sûre que celle qu'on obtient par l'emploi des moyens ordinaires, l'application de sangsues et de ventouses. Par ce procédé opératoire, il a pu obtenir en peu de temps depuis 45 jusqu'à 300 grammes de sang. Ce mode de saignée, dont le succès ne se fait pas attendre dans certains cas de conjonctivites suraiguës, d'iritis, de glaucome, de tumeurs lacrymales, etc., trouverait également son application, selon M. Coursserant, dans les cas où s'observe un appareil de symptômes annonçant soit un état congestionnel vers la tête, soit une activité plus considérable de la circulation dans le cerveau ou ses annexes, et où il y aurait lieu de craindre de voir survenir une attaque d'apoplexie, une hémorrhagie cérébrale, une méningite, etc.; dans les cas, en un mot, où on a proposé et pratiqué la saignée artérielle.

M. Coursserant cite à ce propos deux cas dans lesquels des épistaxis abondantes sont survenues vingt-quatre et trente-six heures après l'opération. Le sujet du premier cas est une femme qui était affectée d'une tumeur lacrymale; dans le second, les scarifications avaient été pratiquées sur un jeune homme atteint d'une conjonctivite suraiguë.

Dans un troisième cas, où l'intensité du mal avait déterminé M. Coursserant à donner plus d'étendue qu'il n'a coutume de le faire à la scarification, l'opération a été suivie d'une véritable hémorrhagie traumatique assez abondante pour qu'il dût songer à s'en rendre maître. Les moyens locaux, même le tamponnement, et les révulsifs ordinairement mis en usage en cette occurrence ayant échoué, il eut recours à une poudre hémostatique qui avait réussi à M. Canquoin dans un cas d'ouverture d'une artère volumineuse de la base de la langue, et dont voici la composition:

Gomme arabique en poudre,		de chaque, quantité égale.
Colophane	id.	
Tannin	id.	

Ayant roulé dans cette poudre un petit cône fait avec de l'amadou, et l'ayant introduit dans la narine, l'hémorrhagie ne tarda pas à s'arrêter.

M. Coursserant ne prétend pas revendiquer l'invention de l'espèce de saignée locale dont il s'agit ici; mais il en fait un emploi si fréquent et si heureux, qu'il croit de son devoir de faire connaître, sous ce rapport, le résultat de sa pratique. C'est sur la cloison des fosses nasales qu'il opère ces scarifications, auxquelles il ne reconnaît d'autre inconvénient que celui qu'il vient de signaler, et contre lequel la poudre ci-dessus, qui une fois humectée forme un puissant agglutinatif, est un remède promptement efficace.

— M. Caron, à l'occasion des hémorrhagies nasales, rappelle la propriété bien connue de l'*achillea millefolium*, dont les feuilles, introduites dans les narines, provoquent l'épistaxis, et demande si l'on ne pourrait pas substituer son emploi à celui de l'instrument tranchant.

M. Coursserant fait observer que l'écoulement de sang obtenu par ce moyen est toujours très-peu abondant, et qu'il ne pourrait produire le résultat qu'on obtient des sangsues, et à plus forte raison des scarifications de la pituitaire.

Hémorrhagies traumatiques. — M. Pertus cite le fait d'un jeune homme chez lequel ayant pratiqué la section du frein du prépuce, il survint une hémorrhagie qui prit un caractère assez sérieux pour qu'il dût chercher à l'arrêter. Après avoir mis en usage les hémostatiques ordinairement employés, sans en obtenir aucun succès, il se décida à recourir au perchlorure de fer. L'hémorrhagie s'arrêta bientôt sous l'influence de cet agent, et, ce qui lui parut digne de remarque, c'est que l'action du caustique se borna à la plaie, et que le prépuce ne fut aucunement attaqué.

M. Caron, à l'occasion du fait qui précède, parle d'un jeune homme qui s'était introduit le pénis dans le goulot d'une carafe. Il survint une hémorrhagie contre laquelle le perchlorure de fer n'eut pas plus d'efficacité que les hémostatiques ordinaires, et qui ne put être arrêtée que par la cautérisation au moyen du fer rouge.

M. Pertus pense qu'il faut attacher une grande importance au degré de concentration du perchlorure de fer; il n'emploie ce médicament, comme il l'a employé dans le cas qu'il a rapporté, que quand il marque 22 degrés.

Le secrétaire annuel: Dr Ramon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 29 juillet, ont été chargés de présider les sections d'examen des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie qui doivent avoir lieu pendant le mois de septembre prochain (réceptions des officiers de santé, sages-femmes, pharmaciens de 2e classe et herboristes):

MM. Denonvilliers, professeur à la Faculté de médecine, et Chatin, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour les Ecoles situées dans les Académies de Paris, de Douai et de Caen;

MM. Laugier, professeur à la Faculté de médecine, et Caventou, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour les Ecoles situées dans les Académies de Rennes et de Poitiers;

MM. Rigaud, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, et Gerhardt, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de la même ville, pour les Ecoles situées dans les Académies de Nancy, de Besançon, de Lyon et de Dijon.

— Par un autre arrêté du même jour, M. Daubrée, doyen de la Faculté des sciences de Strasbourg, a été chargé de présider la session d'examen pour le certificat de capacité des sciences appliquées, qui doit s'ouvrir prochainement à l'Ecole préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de la ville de Mulhouse.

— M. Sardou, médecin aide-major au 3e régiment de grenadiers de la garde, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur par décret du 18 juillet 1856.

— M. Pascali, étudiant en médecine, a succombé le 30 juillet aux suites d'une piqûre anatomique. Jeudi dernier, un grand nombre de médecins et d'élèves s'étaient réunis à l'hôpital du Midi, pour conduire cet infortuné jeune homme à sa dernière demeure. La presse prend toujours soin de livrer à la publicité les accidents auxquels donnent si souvent lieu les dissections et les ouvertures cadavériques, dans le but de faire redoubler d'attentions ceux qui manient le scalpel à l'amphithéâtre; mais, malheureusement, il ne se passe pas d'année sans que le corps des internes des hôpitaux et des élèves de la Faculté n'ait à déplorer plusieurs pertes de ce genre.

— Nous apprenons que l'administration du chemin de fer de l'Est s'est engagée à réduire de moitié le prix du voyage pour les médecins qui se rendront à Paris munis d'une carte pour assister au banquet offert aux médecins de l'armée d'Orient.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 93. — JEUDI 7 AOUT 1856. (29e ANNÉE.) N° 93. — JEUDI 7 AOUT 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 AOUT 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

Dans une des précédentes séances, l'un des plus dignes représentants de la médecine militaire est venu exposer à l'Académie, dans un remarquable mémoire que tout le monde a lu depuis, le résultat de ses observations sur l'un des points de la pathologie médicale de l'armée d'Orient qui offrait le plus d'intérêt, le typhus. Aujourd'hui c'était le tour de la chirurgie. Parmi les faits chirurgicaux nombreux qu'il a été à même de recueillir dans les ambulances de l'armée, M. le docteur Legonest a choisi pour sujet d'étude un groupe d'opérations sur lesquelles il a été à même de réunir de précieux documents, les diverses espèces d'amputations partielles du pied et de la partie inférieure de la jambe. L'auteur est entré à ce sujet dans des développements extrêmement détaillés sur les diverses considérations anatomiques, physiologiques et cliniques qui lui ont paru devoir déterminer la valeur respective de ces diverses opérations et le choix à faire entre elles. Nous regrettons que l'étendue de ce travail ne nous permette pas de le placer tout entier sous les yeux de nos lecteurs. Nous avons dû, en conséquence, nous borner à *reproduire* dans le compte rendu les conclusions partielles qui résument les considérations émises sur chacune des principales subdivisions de ce travail. Nous espérons que la commission chargée d'examiner le mémoire de M. Legouest nous mettra à même d'en apprécier plus tard la valeur.

A cette lecture en a succédé une autre que l'Académie a écoutée avec non moins d'intérêt.

Dans un mémoire dont nos lecteurs trouveront un extrait au compte rendu, M. Mialhe s'est proposé de rechercher et de démontrer quel est le rôle chimique de l'acide carbonique dans l'économie animale.

Cet ingénieux chimiste a été conduit à l'étude des dissolutions que l'acide carbonique opère dans l'économie par le souvenir de ce fait, ou plutôt de ce point de vue signalé, il y a dix ans, par M. Dumas dans une de ses leçons à la Faculté de médecine, que la force qui dissout les éléments des os abandonnés à eux-mêmes sur le sol, les divise et les fait disparaître, est l'eau chargée d'acide carbonique, l'eau des pluies, des sources, celle, en un mot, qui baigne partout le sol.

Nous n'entrerons pas ici dans des détails techniques explicatifs sur l'origine de l'acide carbonique dans l'économie et sur les réactions qui, suivant M. Mialhe, se passent dans l'économie entre cet acide et les bases alcalines du sang, d'une part, et l'action de double décomposition qui a lieu, d'autre part, entre les sels qui résultent de cette combinaison et ceux qui arrivent dans le sang par voie d'absorption. Encore moins nous aventurerions-nous jusqu'à essayer de faire comprendre à nos lecteurs l'explication à l'aide de laquelle M. Mialhe cherche à se rendre compte d'une difficulté chimique qu'il soulève lui-même, savoir : comment l'acide carbonique, acide faible et uni à des bases qui en paralysent encore l'action, peut attaquer et dissoudre les sels phosphatiques qui existent dans les tissus animaux. Il est plus que probable que nous nous perdrions au milieu de ces actions complexes, de toutes ces mutations chimiques qui s'opèrent dans les profondeurs de l'économie, et que nous aurions peut-être de la peine à suivre même dans le laboratoire.

Toutefois nous ne pouvons nous dispenser de signaler ici quelques-unes des conséquences physiologiques et pathologiques importantes que M. Mialhe a déduites de ses vues chimiques sur le rôle de l'acide carbonique dans l'économie. La double décomposition qui a lieu entre les sels ayant les origines que nous avons indiquées et d'où résultent des sels doubles (des bicarbonates alcalins), a, suivant M. Mialhe, pour but et pour effet de rendre impossible dans l'économie animale l'existence des alcalis libres ou simplement carbonatés, et d'éviter ainsi l'action trop caustique des liquides alcalins sur les tissus vivants, et d'assurer la libre circulation de tous les composés à base de chaux et de magnésie introduits par les aliments et les boissons.

Le rôle de l'acide carbonique, suivant M. Mialhe, ne se borne pas à ces phénomènes de dissolution, dont on vient de voir l'utilité ; il sert également à la combustion des matières sucrées, qui, ne pouvant s'unir directement à l'oxigène, échappent à l'oxydation intra-viscérale dès que les alcalins font défaut. On sait que c'est sur ce fait que M. Mialhe a basé sa théorie du diabète et sa méthode de traitement par les alcalins. Aussi a-t-il saisi cette nouvelle occasion d'appuyer sur de nouvelles considérations une théorie qui a été vivement combattue.

Tout en convenant combien sont séduisantes les théories chimiques de M. Mialhe, nous ne pouvons nous défendre à leur égard d'un certain sentiment de défiance ne peut-être de cette séduction même. La physiologie et l'observation médicales nous semblent toujours prêtes à protester avec toute l'irrévérence et le caprice des faits contre cet arrangement ingénieux de la théorie. Mais c'est surtout quand il s'agit de déductions thérapeutiques que nous redoutons, pour les esprits faciles à entraîner, le danger de cette tendance à faire intervenir, dans le domaine de l'organisme vivant, des explications empruntées au laboratoire. En physiologie, les explications chimiques n'ont que l'inconvénient de faire courir la chance de s'égarer en détournant l'attention de l'ensemble des phénomènes soumis à notre étude au profit d'un seul des éléments dont ils se composent. Mais en thérapeutique, si l'observation clinque et l'expérience empirique n'opposent à la chimie le contre-poids de leur contrôle, les risques sont beaucoup plus graves.

Nous ne voudrions, du reste, opposer d'autre autorité aux dangers de l'envahissement des idées chimiques en physiologie et en médecine, que celle de M. Mialhe lui-même, écrivant ces mots en tête de son bel ouvrage de chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique : « Tandis que les corps inorganiques subissent fatalement les lois générales de la nature, les corps organiques réagissent constamment contre l'action destructive de ces mêmes lois, en vertu d'une constitution qui leur est propre, et qui, pourvue de solides, de liquides, de tissus, d'organes, de systèmes, donne lieu à des fonctions dont l'ensemble détermine ce phénomène incompréhensible qu'on nomme la vie.

» La vie est donc la lutte continuelle et prolongée des lois de la nature individuelle contre celles de la nature universelle. Le degré de vie est proportionnel au degré de supériorité des premières sur les secondes. »

Nous sommes peut-être un peu moins vitaliste que M. Mialhe ne l'est dans ce passage ; nous sommes même disposé à voir un peu moins la lutte que l'accord et le concours entre les lois de la nature individuelle et celles de la nature universelle. Mais dans cet accord même, le résultat nous semble assez complexe pour nécessiter une grande réserve à l'égard de l'intervention de la chimie dans l'explication des grandes fonctions organiques.

Tout ceci soit dit sans préjudice de l'estime toute particulière que nous inspirent les travaux de M. Mialhe. Nous n'entendons nous élever ici que contre l'abus que l'on pourrait faire des idées qu'il développe avec un incontestable talent et qu'il soutient avec la juste autorité qui lui est acquise dans la science. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Quelques mots sur l'érysipèle.

L'érysipèle est une affection qui se montre souvent sous forme épidémique ou endémique dans les salles de chirurgie des hôpitaux et dans la ville. Dans ces derniers temps nous avons eu à Paris bon nombre d'érysipèles qui, par leurs manifestations, pouvaient presque tous se rapporter à la forme typhoïde, c'est-à-dire présentant des phénomènes généraux assez graves du côté du tube digestif.

C'est ce qui a fourni à M. Jobert l'occasion de résumer les diverses opinions émises sur la nature, les causes, les symptômes, le traitement de l'érysipèle, et de faire quelques remarques sur les cas particuliers qui se sont présentés chez les malades de son service.

L'érysipèle doit être rangé parmi les affections cutanées, telles que la rougeole, la scarlatine, la variole ; en un mot, parmi les fièvres éruptives. La coloration de la peau, les symptômes fébriles du début qui, au lieu de s'accroître, cessent lorsque l'éruption apparaît, la desquammation qui survient à la fin de la maladie, sont de fortes présomptions en faveur de cette idée ; et si l'on rencontre parfois des abcès dans le cours ou même à la fin de l'affection qui nous occupe, ne pourrait-on pas les assimiler à ceux que l'on observe chez les individus atteints de fièvre éruptive ?

De même qu'il y a des scarlatines, des rougeoles, des varioles sans éruption extérieure, il y a aussi des érysipèles sans manifestation cutanée. Le n° 19 de la salle Saint-Côme nous en a offert un exemple : rougeur de la langue, anorexie, nausées, constipation, céphalalgie, fièvre vive, puis vers le cinquième jour chute de l'épithélium de la langue, tels sont les symptômes que nous a présentés le malade. Ne voit-on pas là les traces de l'érysipèle avec la desquammation de la muqueuse linguale ? Le phénomène, au lieu de se produire sur la peau, s'est produit sur une muqueuse dont la structure offre tant d'analogie avec l'enveloppe extérieure du corps.

L'érysipèle se montre à tous les âges de la vie. M. Jobert rapporte avoir vu pendant cette épidémie plusieurs fois des érisypèles se développer sur des enfants de sept, huit et dix ans. Il raconte que cet érysipèle s'est compliqué d'un état dypthéritique gangréneux de la peau de la verge et de la muqueuse du gland.

On l'observe le plus fréquemment chez l'adulte, et c'est même à cette époque de la vie qu'il offre son plus haut degré d'intensité.

Quant aux tempéraments lymphatiques considérés comme causes de l'érysipèle, rien n'est moins prouvé que leur influence sur la production de la maladie. C'est, en général, au printemps et à l'automne, mais surtout lorsque la saison est humide, que l'érysipèle se montre sous forme épidémique.

Une mauvaise alimentation, les moules altérées, certains crustacés, tels que l'écrevisse, le homard, amènent quelquefois une éruption cutanée que l'on avait supposée être de nature érysipélateuse ; mais les recherches de MM. Rayer et Cazenave ont démontré qu'il n'en était rien, et qu'il fallait plutôt la ranger parmi les affections érythémateuses.

L'érysipèle n'est pas contagieux, comme l'avaient pensé certains auteurs ; il est épidémique ; et si l'on veut jeter un coup d'œil sur les salles Saint-Côme et Saint-Maurice, on verra que les érysipèles y sont disséminés. En temps d'épidémie, la moindre chose provoque l'érysipèle ; nous en avons vu cette année plusieurs exemples parmi nos malades.

L'érysipèle qui survient à la suite d'une opération ou d'une plaie n'est pas le résultat de cette plaie ou de cette opération ; du moins si elles concourent à son développement, elles n'y ont qu'une part secondaire. C'est une cause occasionnelle qui suppose le concours d'une cause interne, d'une disposition particulière préexistante, et que nous ne pouvons pas toujours apprécier. Constamment, les symptômes généraux apparaissent avant les symptômes locaux, et toutes les fois qu'un individu doit être pris d'un érysipèle, il éprouve des frissons, des horripilations, des nausées, du malaise de la courbature, de la céphalalgie ; sa bouche est pâteuse, sa langue sale et recouverte d'un enduit blanc jaunâtre ; son haleine est fétide ; il y a de la constipation plutôt que de la diarrhée ; ses urines sont d'un rouge foncé ; ajoutez à cela une fièvre assez vive, et vous aurez les symptômes généraux de l'érysipèle.

Lorsque l'éruption apparaît, les phénomènes prodromiques cessent ; c'est une coloration rouge de la peau variable quant à son intensité, mais toujours plus foncée au centre qu'à la circonférence, et disparaissant sous la pression du doigt. Cette rougeur apparaît par plaques, et s'étend sur les divers points que l'érysipèle doit envahir. A ces symptômes se joignent une douleur incommode, prurigineuse, s'accroissant par la plus légère pression, et une sensation de chaleur sèche, âcre et mordicante avec élévation

de température appréciable par la main du chirurgien, ainsi que par le thermomètre.

Il y a tuméfaction et élevure de la peau; lorsque l'érysipèle apparaît dans une région où la peau est fine et le tissu cellulaire lâche, il y a accumulation de sérosité, œdème, et la tuméfaction devient très-grande, par exemple au scrotum, aux paupières.

L'érysipèle s'accompagne souvent de l'engorgement des ganglions, et pour Blandin, qui plaçait le siége de l'affection dans les vaisseaux lymphatiques, c'était le symptôme primitif et principal; aussi s'attaquait-il toujours aux ganglions; mais cette théorie n'est guère en rapport avec les faits, non plus qu'avec l'anatomie pathologique.

D'après M. Ribes, les veinules de la peau seraient plus enflammées que les artérioles et les lymphatiques; il y aurait phlébite avec production de pus; mais les vaisseaux du corps réticulaire de la peau et des papilles sont trop ténus pour qu'on puisse y constater l'inflammation, et il est probable que les recherches de M. Ribes ont été faites sur des individus atteints d'érysipèles qui se seraient étendus au tissu cellulaire. Les recherches importantes de M. Rayer sur l'érysipèle n'ont jamais confirmé la doctrine de M. Ribes. Sur des sujets morts à la suite d'un érysipèle, M. Louis a trouvé la peau dure, épaisse et friable. Selon M. Chomel, l'épiderme se décolle facilement sur le point qui a été affecté; la pression du doigt y détermine un enfoncement plus ou moins marqué; une teinte brune remplace la couleur rouge que l'on voyait pendant la vie.

Pour M. Jobert, la congestion érysipélateuse occupe réellement toutes les parties de la peau, et plus particulièrement le corps muqueux de ce tégument. La peau est notablement épaissie dans toutes ses parties constituantes.

Le diagnostic de l'érysipèle n'est pas difficile. On ne le confondra pas avec l'érythème, qui n'offre, en général, que des symptômes locaux, qui est plus superficiel, et qui n'amène pas un gonflement aussi étendu; avec la phlébite, dans laquelle on rencontre sur le trajet des veines un cordon dur, et superficiellement une rougeur rubanée. Il faudrait peu d'attention pour ne pas le distinguer de la rougeole ou de la scarlatine. Quant à l'angéioleucite, on sait que la rougeur est moindre dans cette maladie, et n'apparaît que sur les parties où se trouvent les vaisseaux lymphatiques.

Comment se termine l'érysipèle? En général, par résolution. L'épiderme tombe vers le cinquième jour; mais quelquefois l'affection se prolonge plus longtemps, et l'on en a vu durer jusqu'à six semaines, deux mois.

Les malades succombent alors à des complications du côté du canal intestinal, revêtant généralement la forme typhoïde. C'est après avoir présenté ces symptômes qu'est mort le n° 41 de la salle Saint-Côme. Cet homme avait reçu sur la crête iliaque gauche une pierre d'un poids considérable; la pierre était tombée obliquement, de manière à effleurer la peau, et avait produit, outre des lésions plus profondes, une petite écorchure qui est devenue le point de départ de l'érysipèle.

D'autres accidents s'observent dans la maladie dont nous nous occupons actuellement. Ainsi, M. Jobert raconte que sur un enfant qu'il avait opéré d'un phimosis, il survint une rétention d'urine produite sous l'influence d'un érysipèle de la verge, lequel avait gagné, par l'urètre, le col de la vessie, y avait déterminé une sorte d'inflammation; de là l'obstacle à la miction. Nous voyons aussi l'érysipèle de la face gagner le pharynx, se manifester par une angine intense, ou bien encore il survient des troubles cérébraux; n'est-ce point alors l'arachnoïde ou la membrane des ventricules qui se trouve prise, et n'y aurait-il point des érysipèles sur les séreuses comme on en observe sur les muqueuses?

Le traitement doit être général et local. Le traitement général est très-important; il consiste à débarrasser les voies digestives au moyen de vomitifs, et en particulier de l'ipéca, qui agit non-seulement comme évacuant, mais encore comme sudorifique: puis viennent les purgatifs, l'eau de Sedlitz, la limonade magnésienne, l'huile de ricin, qui font cesser une constipation souvent opiniâtre. Lorsque l'érysipèle ne présente que peu de gravité, la méthode expectante est encore le meilleur moyen.

Les médications proposées pour le traitement local sont nombreuses; les sangsues, les onctions avec l'axonge, le fer rouge de Larrey, les vésicatoires de Dupuytren, la pommade au sulfate de fer de M. Velpeau, tout a été employé pour arrêter l'érysipèle sur place, mais aucun de ces moyens n'a atteint le but que se proposaient leurs auteurs, l'érysipèle n'est point entravé dans sa marche.

Dans la plupart des cas simples, des compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée ou d'eau de sureau conviennent très-bien: cependant M. Jobert a le plus souvent recours à un autre topique, c'est la pommade au nitrate d'argent. Les onctions faites avec cette pommade ont l'avantage d'arrêter l'éruption sur place, de l'éteindre là où elle se montre, et enfin de substituer à la douleur âcre et mordicante de l'érysipèle une douleur artificielle de peu de durée et suivie de soulagement. Les seuls inconvénients de cette pommade sont de déterminer une coloration noire de l'épiderme et une éruption vésiculo-pustuleuse sur les parties frictionnées; mais elles disparaissent toutes deux avec la desquammation, et l'éruption ne laisse jamais de traces après elle, comme celle que provoque la pommade stibiée.

Quant aux complications qui surviennent parfois, il faudra ouvrir les abcès de bonne heure, enfin cautériser avec soin les plaques diphthéritiques qui se manifesteraient, soit au moyen du nitrate d'argent, soit au moyen du nitrate acide de mercure, soit au moyen du fer rouge.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Cancer de l'ovaire gauche avec hydropisie enkystée. — Mort après la 6e ponction.

Par M. Ch. L. Bonvin, de Sion (en Valais).

Le 1er juin 1853, je fus consulté pour Mlle C. K..., âgée de dix-sept ans. Elle a perdu sa mère, âgée de trente-cinq ans, qui a succombé à une hydropisie enkystée (multilobulaire) de l'ovaire gauche, après une septième ponction.

Mlle C... n'a jamais été malade; depuis trois ans pourtant elle souffre de constipation, qui fut combattue par des laxatifs ou des pilules de coloquinte administrés de temps en temps

Dans le courant du mois d'avril, elle fut prise un jour de coliques très-vives, qui furent calmées par un bain, des sangsues et des cataplasmes. Mais le lendemain la malade fut bien surprise, en palpant son ventre, de rencontrer une tumeur du volume de la tête d'un adulte, faisant saillie au-dessus du pubis.

M. le Dr Grillet, qui fut appelé, et qui avait donné des soins à la mère, déclara que c'était la même maladie, hydropisie de l'ovaire, et prescrivit l'iodure de potassium, qui ne fut pas supporté.

Au mois de mai, à la suite d'une promenade en voiture, les coliques reparurent, et la tumeur augmenta notablement de volume, s'il faut en croire la malade. C'est à la suite de cet accident que je fus appelé.

En examinant la tumeur, qui remontait alors jusqu'à l'ombilic, je fus frappé de sa forme, qui était *régulièrement piriforme*. Elle donnait partout un son mat, était dure, sans fluctuation, occupait le milieu du ventre, et était également étendue des deux côtés vers les flancs. Ma pensée fut naturellement portée vers la matrice, et je demandai si la malade avait eu ses règles. La réponse négative, la manière dont la tumeur avait augmenté de volume, sa forme caractéristique, l'âge de la malade, firent naître quelques doutes sur le diagnostic porté par mon honorable confrère. Je voulais avant tout être assuré de ne pas avoir affaire ici à une rétention de règles. On écouta mes observations et l'on examina la malade. Malheureusement pour celle-ci, on trouva les parties génitales dans leur état normal, et je dus me ranger à l'opinion de mon confrère. Admettre une *hydropisie enkystée de l'ovaire*, maladie héritée de la mère, était la seule chose rationnelle.

Ce diagnostic me parut pouvoir se confirmer, lorsque j'examinai la tumeur le 4 juillet.

Elle s'étendait alors jusqu'à trois travers de doigt de l'appendice xyphoïde, et des deux côtés jusqu'aux épines iliaques. Au-dessus de l'ombilic, elle était un peu plus saillante qu'au-dessous, ce qui lui donnait l'apparence d'une tumeur bilobaire. Je mesurai alors pour la première fois le ventre: circonférence au niveau des crêtes iliaques, en passant par l'ombilic, 75 centimètres; de l'appendice xyphoïde au pubis, il y avait 28 centimètres.

A droite la tumeur touchait le foie. Il fut convenu d'envoyer la malade aux bains de Saxon (eaux bromo-iodurées), où elle séjourna cinq semaines. Là, douches, bains, frictions mercurielles, furent employés inutilement. La tumeur augmenta de volume; la malade maigrit beaucoup, et n'éprouva d'autre avantage de l'emploi des eaux, que d'avoir des selles régulières, qu'on devait toujours provoquer auparavant avec des pilules de coloquinte.

Quand la malade revint, le 12 août, des eaux, la circonférence du ventre avait 82 centimètres; de l'appendice xyphoïde au pubis, 31 centimètres. J'administrai alors pendant quelque temps le fer.

Le 25, circonférence du ventre, 83 centimètres; de l'appendice xyphoïde au pubis, 33 centimètres. La tumeur touche presque l'appendice xyphoïde, et s'est étendue des deux côtés de l'abdomen, de manière à le remplir complétement. Elle a un son mat partout, est très-dure au toucher, sauf un espace très-limité, dans l'hypochondre droit, où la tumeur me paraît moins dure.

Les antécédents de la malade, sa respiration gênée, nous décident à faire une ponction. Elle est faite le 5 septembre, par M. Grillet, en présence de M. le Dr Claivaz; on ponctionne du côté gauche. Nous retirons 60 grammes d'un liquide séro-citrin, qui s'écoule goutte à goutte, et en jet, si l'on fait tousser la malade. Mais bientôt l'écoulement s'arrête. La canule est retirée, et le trocart enfoncé complétement, un peu plus près de l'ombilic; il donne une sensation telle que s'il avait traversé du parchemin; aucune goutte de liquide ne s'écoule; la canule est retirée sanglante, et nous quittons notre malade, qui se refuse pour le moment à toute opération ultérieure. On lui fit placer alors un emplâtre avec de l'hydriodate de potasse sur le ventre. Après dix jours, nous sommes obligés de le lui enlever à cause d'une éruption pustuleuse et de vives démangeaisons, que nous combattons par un cérat opiacé.

Le 20 septembre, pour ne pas rester simple spectateur, j'essaye la ciguë en cataplasmes sur le ventre (trois quarts sur un quart de farine de lin).

Le 27, survient un vomissement et des douleurs de ventre plus fortes. Je suspends la ciguë, et je combats ces symptômes intercurrents avec le sirop de morphine, des cataplasmes de pavot.

Les vomissements et les douleurs de ventre continuent jusqu'au 29, avec insomnies, et agitation.

Le 7 octobre, réapparition de vomissements précédés de douleurs assez vives.

Le 10, les nuits commencent à devenir un peu plus calmes; l'appétit revient un peu, et la fièvre hectique, que la malade a déjà depuis six semaines, est moins forte; le pouls est presque toujours à 100.

Circonférence du ventre.	92	centimètres.
— de l'appendice xyphoïde au pubis.	33	—

Le 1er novembre, l'appétit est complétement revenu, la fièvre hectique moins forte, et la malade semble reprendre des forces.

Le 9, appétit bon; la malade dort bien et n'a presque plus de douleurs. La respiration est plus libre; car la tumeur s'est inclinée un peu en avant, ce qui a dégagé la région épigastrique. De ce jour au 27 février, le volume du ventre a augmenté. Sa circonférence à l'ombilic est de 99 centimètres; à l'estomac, de 96; de l'appendice xyphoïde au pubis, 33.

J'examine attentivement l'endroit de la tumeur qui me paraissait *moins dur* le 25 août; il y a une fluctuation *évidente* en ce point; seulement elle est périphérique, et ne peut pas être perçue lorsqu'on percute le côté gauche de la tumeur. Celle-ci est très-dure à gauche. J'essaye alors le bromure de potassium à l'extérieur sous forme de baume de Colignon, qu'on continue pendant un mois sans résultat. Je n'avais, du reste, pas l'espoir de faire dissoudre la tumeur.

Le 18 mai, la circonférence à l'ombilic est de 1,06 centimètres; à l'estomac, 1,01; de l'appendice xyphoïde au pubis, 0,36; d'une épine iliaque à l'autre, 0,68. La fluctuation a augmenté en étendue; on la perçoit dans tout l'hypochondre droit. Dureté très-grande à gauche. Le ventre est énorme; le foie, l'estomac, le cœur sont fortement refoulés en haut; la respiration gênée. Parfois il y a des vomissements. Les jambes enflent un peu. Malgré cela la malade n'a presque plus de fièvre; l'appétit est bon. J'insiste pour un nouvelle ponction. M. Grillet, consulté, est du même avis.

Le 1er juin, M. Grillet fait la ponction à 9 centimètres au-dessus de l'épine iliaque droite (dans une ligne qui aboutirait à l'appendice xyphoïde). Il en sort un liquide *chocolat*, de la consistance de l'huile de ricin; il faut comprimer l'abdomen pour le faire couler. De temps en temps, la canule est bouchée par le liquide presque coagulé, ou quelques petits grumeaux. Cette opération dure en tout trois heures. Le liquide retiré pesait dix-neuf livres; il était sans odeur. Le ventre, mesuré immédiatement après la ponction, donnait à l'ombilic 87 centimètres; il n'avait donc diminué que de 19 centimètres. Point d'accidents après la ponction, sauf quelques douleurs dans le ventre.

Le 15, la jambe droite commence à enfler, et dans quelques jours l'enflure gagne la cuisse, et rend ainsi la marche très-pénible. J'attribue cela à la compression des vaisseaux cruraux par la tumeur.

Le 10 juillet, la jambe gauche enfle aussi.

Le 16, circonférence du ventre à l'ombilic,	1,03
» » à l'estomac,	0,94
» de l'appendice xyphoïde au pubis,	0,34
» d'une épine iliaque à l'autre,	0,65

La tumeur a donc dans six semaines presque repris le volume qu'elle avait avant la ponction.

Le 16 août, la tumeur grandit toujours; les jambes sont si fortement gonflées que la marche est devenue très-difficile et la position assise très-gênante.

Le 10 septembre, les jambes sont moins enflées, parce que la peau a subi une espèce de racornissement spontané, dur au toucher, mais douloureux (sclérème).

Le 15 octobre, circonférence du ventre à l'ombilic,	1,18
» » à l'estomac,	1,08
» de l'appendice xyphoïde au pubis,	0,46
» d'une épine iliaque à l'autre,	0,76

Respiration très-gênée, fluctuation bien sensible du côté droit du ventre; on se décide à la troisième ponction. Elle est faite par M. Grillet à peu près à l'endroit de celle du 1er juin, avec un trocart plus gros. Le liquide ne met qu'une heure de temps à s'écouler; il y a peu de grumeaux; il est moins épais que la première fois, mais a la même couleur chocolat. A la fin de la ponction, il s'écoule à peu près un verre de liquide séro-citrin parfaitement limpide.

Pour aider l'écoulement du liquide, nous avons encore comprimé l'abdomen. Le liquide retiré pèse 26 livres. Le ventre, mesuré après la ponction, donne :

à l'ombilic.	98	centimètres.
D'une épine iliaque à l'autre. . . .	51	»
De l'appendice xyphoïde au pubis. .	31	»

La diminution n'est que de 20 centimètres.

Le 17 janvier 1855, quatrième ponction: 28 livres de liquide parfaitement identique à celui des ponctions précédentes. Le phénomène du liquide séro-citrin s'est encore reproduit à la fin de la ponction. En palpant le ventre, il me paraît que la tumeur solide a augmentée, car Il semble qu'elle s'étend plus à droite; en haut, elle touche presque l'appendice xyphoïde.

Le 30 avril, cinquième ponction, un peu en arrière des précédentes. Mêmes caractères du liquide; nous comprimons le ventre pendant la ponction; à la fin, nous avons de nouveau le phénomène du liquide séro-citrin. Le liquide retiré pèse 30 livres. La tumeur solide s'étend à droite jusqu'à la cicatrice de la première ponction; en haut, jusque près de l'appendice xyphoïde.

Le 13 août, la malade n'a jamais été aussi grosse. Je lui fais la sixième ponction en arrière des précédentes. Je ne comprime point le ventre pendant l'opération, et je n'emploie pas plus d'une heure pour retirer 35 livres de liquide chocolat; le phénomène du liquide séro-citrin ne s'est pas reproduit. La tumeur s'étend en haut jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde; à la fin de la ponction, elle touche le bout de la canule.

Le lendemain, la malade est beaucoup plus abattue que les autres fois. Le pouls est à 200 et ne peut être compté à la radiale. Je recommande à la malade de boire *beaucoup*, et je prescris une potion de 4 grammes d'extrait de quinquina et eau de laurier-cerise.

Le 15, le pouls est tombé à 160; la malade est un peu mieux.

Le 17, à deux heures de l'après-midi, survient le hoquet, suivi de vomissements noirs, d'une odeur de blancs d'œufs.

Le 19, depuis deux jours le ventre a beaucoup augmenté de volume; il est douloureux. La malade est très-agitée par moments, et son faciès exprime la souffrance; pouls petit (160). Je prévois une fin prochaine. Depuis lors, Mlle K... est toujours devenue plus faible, se plaignant par moments d'une très-grande gêne de la respiration, gêne plus grande qu'avant la ponction. Les douleurs de ventre étaient rares et non intenses.

Le 25 août, mort à une heure de l'après-midi.

Autopsie 43 heures après la mort (aux plus fortes chaleurs de l'été).

Face parsemée de quelques taches livides. Ventre météorisé, mou à la pression; il est livide du côté droit (où l'on ponctionnait). La peau est intacte du côté gauche (où était la tumeur solide). Jambes infiltrées. Maigreur extrême du corps.

Circonférence du ventre au-dessous du creux de l'estomac.	1m,22
— du ventre à l'ombilic.	1m,17
— de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. . . .	0m,35
— de l'ombilic au pubis.	0m,24

— de l'appendice xyphoïde au pubis. . . . 0m,59
— d'une crête iliaque à l'autre par l'ombilic. . 0m,78

Des gaz s'échappent à l'ouverture du ventre et environ trois litres d'un liquide sanieux très-fétide (liquide de décomposition).

En avant, la tumeur adhère presque partout aux parois de l'abdomen par des brides cellulo-fibreuses; en arrière, elle est libre, sauf un seul endroit, où elle est fixée à la colonne lombaire. Elle est formée en avant par une masse solide presque circulaire, ayant 33 centimètres en tous sens; divisée en trois lobes peu distincts, sauf le plus petit, qui a le volume du poing et termine la masse solide à droite. Derrière ce lobe commence la tumeur fluctuante, qui n'est point séparée de la masse solide, mais se continue par la même enveloppe, en dépassant la première de 4 centimètres seulement à droite, et en occupant toute la partie postérieure.

La tumeur repose sur le grand bassin; le petit bassin est libre, et nous laisse voir la vessie, la matrice, le rectum et l'ovaire droit intacts. Il n'y a point d'ovaire gauche; un ligament part de cette partie de la matrice, auquel la tumeur est attachée.

Le côlon transverse est refoulé en haut, sous les fausses côtes; le côlon descendant et le rectum sont un peu rétrécis. L'intestin grêle est refoulé vers l'estomac, et ne présente rien de notable.

Nous faisons la ponction du kyste; quelques gaz s'en échappent et dix-sept livres de liquide chocolat. Le poids de la tumeur enlevée est de quatorze livres.

Le kyste, à l'extérieur, paraît formé par une membrane fibreuse assez forte, analogue à la pie-mère; cette membrane enveloppe toute la tumeur. A l'intérieur, le kyste n'est point lisse, mais parsemé de villosités; des brides cellulo-vasculaires le parcourent en tous sens, sans former des cloisons bien distinctes. Si nous devions faire une comparaison, nous dirions que la surface interne du kyste ressemble assez bien à l'intérieur d'une caverne pulmonaire.

La tumeur, solide, présente à l'égard du kyste, c'est-à-dire de l'enveloppe propre, le rapport curieux que voici: elle occupe toute la surface extérieure du kyste, mais est située à sa face interne, à laquelle elle adhère d'une manière intime. Elle est large et aplatie; à son milieu, elle a une épaisseur de 5 centim.; de là, elle va toujours en s'amincissant, en sorte qu'au bord elle n'a plus que 1 centim. d'épaisseur. Elle s'arrête alors brusquement, et son enveloppe seule se continue pour former en arrière le kyste proprement dit. Pour être plus clair, nous dirons que notre tumeur peut presque être comparée à un placenta avec les membranes de l'œuf.

La surface interne de la tumeur est comme frangée; elle baignait continuellement dans le liquide du kyste.

En incisant la tumeur elle crie sous le scalpel, et présente à son intérieur un aspect rayonné avec des cloisons irrégulières qui contiennent un liquide visqueux, transparent. Nous croyons voir là les caractères du squirrhe.

Cette matière, examinée au microscope à un grossissement de 300, nous a montré des globules qui n'étaient ni des globules de sang ni des globules de pus. Nous nous croyons du reste trop faible dans l'art de M. Leber pour pouvoir distinguer le globule cancéreux.

L'observation nous a paru intéressante; d'abord, à cause de la rareté du squirrhe de l'ovaire; ensuite à cause de la double altération existant sur le même ovaire, dans la même enveloppe, et peut-être à cause de l'hérédité, qui semble ici bien constatée.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 août 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans le département de Seine-et-Marne;

2° Le rapport final de M. Dehée, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Arras, sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Boiry (Pas-de-Calais) (commission des épidémies);

3° Un mémoire du Consul général de France à Livourne, contenant une statistique de toutes les eaux minérales et thermales de la Toscane;

4° Un rapport de M. le docteur Kuhn, médecin inspecteur des eaux minérales de Niederbronn (Bas-Rhin), sur le service médical de cet établissement en 1854;

5° Un rapport de M. le docteur Bach, sur le service médical des eaux de Soultzmatt (Haut-Rhin), en 1854 (commission des eaux minérales);

6° Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements du Rhône et de la Sarthe (commission de vaccine).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Richet prie l'Académie de le comprendre sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de pathologie interne.

— M. Fonssagrives, médecin en chef de la marine, demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

— M. Eugène Marchand (de Fécamp) fait la même demande pour le titre de membre associé.

— M. le Dr Letellier (de Saint-Leu-Taverny) rappelle à l'Académie qu'il a émis, il y a deux ans, sur l'albuminurie, les idées qui viennent de recevoir une nouvelle consécration par le travail de MM. Becquerel et Vernois. (Commission déjà nommée.)

— M. Massola, médecin militaire, adresse une note sur l'emploi de l'ergotine dans la diarrhée épidémique des troupes sardes en Orient, pendant l'été de 1855. (Commissaires MM. Guibourt, Michel Lévy et Trousseau.)

— M. Lustreman, médecin principal du Val-de-Grâce, adresse, au sujet de la lettre dans laquelle M. Poggioli a invoqué son témoignage en faveur de sa méthode de traitement des névralgies, une lettre ainsi conçue:

J'apprends que M. le Dr Poggioli s'est appuyé devant l'Académie sur une observation prise dans mon service au Val-de-Grâce, pour établir l'efficacité de la pommade dont il est l'inventeur.

Je me rappelle en effet qu'il y a quelques années, M. Poggioli, qui avait tout naturellement ses entrées dans mes salles, en sa qualité d'ex-chirurgien sous-aide, me demanda l'autorisation d'employer cette pommade sur un malade affecté d'une névralgie rebelle, et je dois ajouter qu'une certaine amélioration s'ensuivit; mais le militaire sujet de l'observation fut bientôt perdu de vue, et rien n'autorise à donner à ce fait une valeur qu'il ne mérite à aucun égard. Prévoyant d'ailleurs la possibilité d'une publicité inopportune donnée à ce fait si simple de l'essai d'un médicament qui n'a rien de nouveau que le mode particulier d'association des éléments qui le composent, j'avais prié M. Poggioli de ne se servir en aucune circonstance ni de ce fait lui-même ni surtout de mon nom.

— M. Mounier, médecin principal au même hôpital, adresse à la même occasion une lettre dans laquelle il donne des explications sur le même sujet. Il résulte de ces explications que M. Poggioli n'a rempli dans cette circonstance aucune des conditions imposées par l'administration pour l'expérimentation des remèdes, et qu'il ne saurait se prévaloir des succès qu'il prétend avoir obtenus. Le seul malade à sa connaissance qui ait été soumis, dans son service et sous ses yeux, à l'usage de la pommade de M. Poggioli, n'a pas obtenu un résultat assez concluant pour qu'il se porte garant de l'efficacité de ce remède.

— M. E. Leudet, de Rouen, adresse:

1° Un travail intitulé *Nouvelles recherches sur l'ulcération et la perforation du gros intestin, consécutive à la fièvre typhoïde*. (Commissaires: MM. Louis, Grisolle et Barth.)

2° Le *Compte rendu du service de médecine affecté à l'Hôtel-Dieu de Rouen, à l'enseignement de la Clinique médicale*. (Même commission.)

— M. le président annonce que M. le docteur Rufs (de la Martinique), membre correspondant, est présent à la séance.

LECTURES.

M. Legouest, agrégé à l'Ecole impériale de médecine militaire, lit un travail intitulé *Etude sur les amputations partielles du pied et de la partie inférieure de la jambe*.

La valeur des opérations partielles du pied, dit M. Legouest, discutée par beaucoup de chirurgiens, admise par d'autres, reste encore indéterminée par le plus grand nombre. Chose singulière! l'espèce de défiance avec laquelle ces opérations sont entreprises n'empêche pas cependant qu'elles ne soient souvent pratiquées; leur innocuité immédiate en général, d'une part, leurs résultats définitifs souvent fâcheux, de l'autre, peuvent donner l'explication de cette sorte d'opposition entre les prévisions et la conduite des chirurgiens.

Il en est de même de l'amputation de la jambe au-dessus des malléoles, qui, tantôt condamnée, tantôt rentrée en faveur, laisse encore aujourd'hui le chirurgien indécis lorsque se présente à lui l'indication de l'amputation du pied dans sa totalité.

Telles sont les questions que M. Legouest s'est proposé d'examiner devant l'Académie, en lui soumettant les observations générales qu'une récente expérience à l'armée d'Orient lui a permis de faire sur ce sujet.

Certaines opérations partielles du pied semblent avoir pris place définitivement dans la médecine opératoire, tandis que d'autres n'ont pu s'y faire admettre qu'avec des titres contestés. L'anatomie chirurgicale du pied, la physiologie de la marche et de la station peuvent néanmoins permettre d'en déterminer à l'avance les avantages ou les inconvénients probables, et de les classer en différents groupes. M. Legouest divise en deux grandes classes les amputations du pied:

1° Celles qui se font en avant de l'articulation tibio-tarsienne;

2° Celles qui se pratiquent au-dessous de cette articulation, dans cette articulation elle-même ou à son niveau.

Les premières comprennent deux genres d'opérations: les opérations perpendiculaires à l'axe du pied, portant sur sa longueur; les opérations qui, enlevant au pied plus ou moins de sa largeur, sont parallèles à l'axe de cet organe.

Voici ce que M. Legouest conclut des considérations relatives à cette première partie de son sujet:

1° Que les opérations partielles du pied, parallèles à la direction de ces organes et portant sur son bord interne, ont pour effet de renverser le pied en dedans en élevant son bord externe;

2° Qu'il en est habituellement de même de celles qui intéressent le côté externe du pied quand on enlève les deux métatarsiens.

Les opérations perpendiculaires à l'axe du pied et en avant de l'articulation tibio-tarsienne donnent lieu à des déplacements analogues.

De l'examen et de la discussion des divers procédés opératoires pour les amputations partielles du pied faites en avant de l'articulation tibio-tarsienne, M. Legouest tire les conclusions suivantes:

1° Les opérations parallèles à l'axe du pied et intéressant son bord interne ont pour résultat de renverser le pied en dedans, c'est-à-dire d'abaisser son bord interne et d'élever l'externe, en même temps que la pointe du pied est déviée en dehors; les opérés, bien que marchant la face interne de la jambe tournée en avant, se servent facilement et utilement de leurs membres.

2° Les opérations parallèles à l'axe du pied et intéressant son bord externe ont aussi le même résultat: plus on a enlevé de métatarsiens dans les deux cas, plus la rotation du membre est sensible.

3° Toutes les opérations perpendiculaires à l'axe du pied, qui portent à égale hauteur sur ses bords, le mettent dans des conditions moins favorables à la station et à la marche que celles qui laissent au bord interne plus de longueur qu'au bord externe.

4° Les opérations perpendiculaires à l'axe du pied l'abaissent en avant et l'inclinent en dedans, d'autant plus qu'elles sont faites plus haut.

5° L'amputation des métatarsiens dans la continuité donne lieu à cette déviation à un degré d'autant plus grand que la section des os se rapproche davantage de leur extrémité tarsienne, et le *summum* de cette déviation a lieu dans la désarticulation du premier métatarsien, en sciant les autres au niveau du grand cunéiforme. Pour rendre les inconvénients moins sensibles, il faudrait faire la section des os du métatarse selon la ligne courbe représentée par leurs têtes phalangiennes.

6° La désarticulation tarso-métatarsienne constitue une excellente opération; malgré la perte plus considérable qu'elle fait éprouver au pied, elle conserve plus de longueur au bord interne qu'au bord externe, et nous paraît devoir être préférée à l'opération mixte précédente.

7° L'ablation des trois cunéiformes, en respectant le cuboïde, doit être absolument rejetée.

8° L'opération qui consiste à enlever les trois cunéiformes en sciant le cuboïde par le milieu, est l'analogue au tarse de l'opération mixte sur le métatarse; faite plus haut, elle présente des inconvénients plus grands. Nous ne pensons pas qu'elle doive être conservée.

9° L'ablation des trois cunéiformes et du cuboïde, quoique plus reculée que les deux précédentes, leur est néanmoins préférable; cette opération tarsienne mettrait le moignon dans des conditions analogues à celles que lui fait la désarticulation tarso-métatarsienne, si elle n'était faite à une aussi grande hauteur.

10° L'amputation de Chopart ne pourra réussir que dans de certaines conditions, impossibles à prévoir, difficiles à obtenir, et peut-être encore mal déterminées. Malgré quelques exemples heureux de résultats définitifs avantageux, l'expérience semble lui être aussi défavorable que la théorie et engage à la rejeter de la pratique.

Passant ensuite à l'examen des opérations qui se pratiquent au-dessous de l'articulation tibio-tarsienne ou à son niveau, M. Legouest résume et conclut ainsi en ce qui concerne cette dernière partie de son travail:

1° L'amputation sous-astragalienne, théoriquement, ne présente pas les conditions d'une bonne opération, et ne semble pas appelée à rester dans la pratique;

2° La résection tibio-calcanéenne (opération de M. Pirogoff) ne compte pas encore de résultats assez nombreux pour pouvoir être appréciée définitivement;

3° Les inconvénients de ces deux opérations ne sont contrebalancées que par la conservation d'un peu plus de longueur du membre; cet avantage est insignifiant toutes les fois que la flexion de la jambe sur la cuisse est conservée et que l'extrémité du moignon peut appuyer impunément sur le sol;

4° L'amputation tibio-tarsienne avec résection des malléoles est préférable aux deux opérations précédentes, et mérite d'être conservée;

5° L'amputation intra-malléolaire peut remplacer avantageusement l'amputation tibio-tarsienne, et pourra quelquefois être mise en usage au lieu de l'amputation sus-malléolaire;

6° L'amputation double de la jambe au-dessus des malléoles doit être rejetée;

7° L'amputation sus-malléolaire simple est une opération qui ne peut être généralisée.

(Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Bégin, Jobert et Velpeau.)

Du rôle chimique de l'acide carbonique dans l'économie animale.

— M. Mialhe lit un mémoire sur ce sujet:

Ce travail a pour but de rechercher quel est le rôle chimique de l'acide carbonique dans l'économie animale.

L'acide carbonique qui existe dans l'économie animale, dit M. Mialhe, est le résultat de la combustion directe ou indirecte de l'oxygène avec tout ou partie du carbone des matières alimentaires; il est en grande partie immédiatement saturé par les bases alcalines contenues dans le sang avec lesquelles il forme des combinaisons. Or, les expériences de Liébig, Marchand, Lehmann et les nôtres propres ont actuellement mis hors de doute que les éléments alcalins de l'économie sont à l'état de bicarbonates, et non d'alcalis libres ou simplement carbonatés, comme on l'avait tour à tour admis.

Ces bicarbonates, dont la formation est en quelque sorte forcément déterminée par la production incessante et l'excès d'acide carbonique qui sursature les liquides alcalins, ne peuvent à la pression et à la température animale être réduits en carbonates neutres ou sesqui-carbonates, de sorte que le sang qui les renferme constitue un liquide alcalin bicarbonaté offrant, abstraction faite des principes organiques, la plus grande analogie avec certaines eaux minérales, telles que celles de Vichy, de Vals, de Pougues, de Carlsbad.

Il en résulte que les composés salins à base de chaux et de magnésie qui arrivent dans le sang par voie d'absorption, se trouvant en présence de bicarbonates de soude et de potasse, doivent subir une double décomposition qui donne lieu à de nouveaux sels alcalins et à des bicarbonates de chaux et de magnésie, composés solubles, susceptibles de parcourir tout le cercle circulatoire sans éprouver de décomposition et de précipitation.

S'il est facile de comprendre que les sulfates et carbonates calcaires puissent être décomposés par les bicarbonates de l'économie, on se rend plus difficilement compte de l'action de ces bicarbonates sur le phosphate calcaire basique qui existe dans les tissus des animaux, et l'on a peine à concevoir comment l'acide carbonique, acide faible et uni à des bases qui en paralysent encore l'action, peut attaquer et dissoudre la chaux combinée avec un acide aussi puissant que l'acide phosphorique.

Cependant le fait a lieu, et les déjections fournissent de nombreux exemples de ces transformations. Voici comment M. Mialhe croit pouvoir expliquer ces phénomènes, en restant dans les lois générales de la chimie:

L'oxygène introduit dans l'économie par les voies respiratoires se porte sur les éléments organiques et les brûle en donnant naissance à de l'eau et à de l'acide carbonique dont la majeure partie est immédiatement saturée par les bases alcalines contenues dans le sang (bases qui elles-mêmes, pour la plupart, sont dues à la combustion des sels alcalins à acides organiques); mais, en même temps, il se porte également sur le soufre et le phosphore existant dans les matières albuminoïdes, et détermine la production d'une certaine quantité d'acides sulfurique et phosphorique, acides qui ont le pouvoir de transformer le phosphate de chaux basique insoluble en phosphate acide soluble, et, partant, susceptible d'être réactionné par les bicarbonates alcalins contenus dans le sang, et d'être transformé en bicarbonate de chaux et en phosphates de soude et de potasse, tous composés solubles pouvant parcourir les voies circulatoires pour aller se perdre dans les urines.

A l'appui de cette explication, M. Mialhe cite des faits qui prouvent que ces mutations chimiques ne peuvent s'opérer que sous l'influence

des bicarbonates alcalins, car les bicarbonates donnent lieu à des combinaisons solubles, tandis que les carbonates donnent lieu à des combinaisons insolubles, incompatibles avec la santé et l'existence.

Il résulte manifestement de ces faits et de ces expériences, reprend M. Mialhe, que la précipitation des sels de chaux et de magnésie a forcément lieu quand les liquides ne sont plus à l'état de bicarbonates. De sorte que le sang qui contiendrait des alcalis libres ou simplement carbonatés, ne tarderait pas, par la précipitation continuelle des éléments calcaires, à engorger la cavité des vaisseaux sanguins, de même que les eaux riches en carbonates de chaux et de magnésie encroûtent rapidement leurs tuyaux conducteurs.

En rendant impossible dans l'économie animale l'existence des alcalis libres ou simplement carbonatés, la nature a résolu un double problème : elle a évité l'action trop caustique des liquides alcalins sur les tissus vivants, et elle a assuré la libre circulation de tous les composés à base de chaux et de magnésie introduits par les aliments et les boissons.

Mais le rôle de l'acide carbonique et des bicarbonates auxquels il donne naissance ne se borne pas à des phénomènes de dissolution, il est également indispensable à la combustion de certaines substances telles que les sucres, qui, ne pouvant s'unir directement à l'oxygène, échappent à l'oxydation intraviscérale dès que les alcalins font défaut. Aux objections opposées à cette manière de voir et fondées sur des expériences desquelles il résulte qu'en augmentant l'alcalinité du sang, le sucre ne diminue pas, et que la proportion de ce principe peut s'élever très-haut dans les urines alcalines, lorsqu'on nourrit les animaux avec des aliments sucrés additionnés de bicarbonate de soude, M. Mialhe répond que les expériences et les faits qu'il a observés l'ont conduit à penser que, dans l'économie animale, la glycose doit être soumise aux mêmes lois chimiques, et qu'elle ne peut se combiner avec l'oxygène sans l'intervention des éléments alcalins. Mais il n'a jamais prétendu que les alcalins dussent seuls opérer la destruction de la glycose, il a tenu compte des phénomènes de circulation et de respiration, qui, sous la dépendance du système nerveux, exercent une si grande influence sur l'oxygénation, et a dit : Les phénomènes généraux de combustion intra-vasculaire sont en rapport direct avec la destruction de la glycose : tout ce qui activera la circulation et la respiration, marche, travail, efforts musculaires, air pur et abondant, sera favorable à cette destruction.

Or, ajoute-t-il, lorsqu'on dit avoir dans des expériences faites sur les animaux augmenté l'alcalinité du sang sans voir diminuer la proportion du sucre dans les urines, c'est qu'on n'a rempli qu'une des conditions du problème qu'on se proposait; c'est qu'on n'a pas augmenté en même temps la circulation et la respiration, c'est-à-dire le mouvement et l'oxygène nécessaires à la destruction de la glycose.

Il en est de même pour les injections faites avec une solution de glycose seule ou mélangée avec du bicarbonate de soude. Des expériences décisives et maintes fois constatées ne permettent pas d'admettre qu'après avoir injecté dans la veine jugulaire d'un lapin une solution de glycose et de bicarbonate de soude, on ait pu retrouver dans les urines autant de glycose que lorsque l'injection se fait avec une dissolution sucrée seulement.

Quant à la question de température, il est certain que l'économie n'a pas besoin de 95 et 100 degrés de chaleur pour effectuer ses phénomènes d'oxydation et de combustion. C'est à la température ordinaire de 37 degrés que tous les corps qui peuvent se combiner, soit directement, soit indirectement, avec l'oxygène, sont oxydables dans l'économie animale.

En résumé, M. Mialhe conclut que l'acide carbonique, loin d'être un produit excrémentitiel n'ayant aucune utilité et devant être rejeté de l'économie animale, comme on le professait jusqu'à présent, est au contraire, en raison des bicarbonates auxquels il donne naissance, l'agent le plus indispensable des phénomènes de dissolution et de circulation des éléments calcaires et magnésiens et de combustion des matières sucrées. (Renvoi à la section de pharmacie.)

PRÉSENTATION.

Ligature de l'œsophage. — M. H. Bouley présente les pièces pathologiques provenant d'un chien auquel il a pratiqué la ligature de l'œsophage. Il montre cette pièce pour constater qu'il n'a lié que l'œsophage seul, et qu'il a pris la précaution d'en écarter avec le plus grand soin les nerfs qui le côtoyent, afin qu'on ne soit pas disposé à mettre les accidents éprouvés par l'animal sur le compte de la compression de ces nerfs. Or, cet animal, après avoir éprouvé les symptômes que M. Bouley décrit dans son mémoire, est mort au bout de trente heures. Trois autres chiens ont été opérés de la même manière. A l'un d'eux, on a ingéré de l'eau tiède, de tous les vomitifs le plus simple; à un second, on a ingéré une très-petite dose d'émétique (10 centigr.); chez le troisième, on s'est borné à la ligature simple. L'animal qui n'a reçu que de l'eau tiède a éprouvé les mêmes accidents, la même agitation que celui qui a pris les 2 grains d'émétique; de sorte qu'il eût été impossible, à les voir, de distinguer celui qui n'avait pris que de l'eau et celui qui avait pris le tartre stibié. Ils sont morts tous deux à peu près au bout du même temps, en trente heures environ. Quant à celui qui n'a subi que la ligature simple, il est en ce moment très-malade, et probablement très-près de succomber.

— La séance est levée à cinq heures.

DE LA SONDE A DOUBLE EFFET,

ou moyen de connaître l'épaisseur des parois des cavités qui contiennent des matières anormales non liquides et la nature de ces matières.

Par M. le docteur HEURTELOUP.

(Communiqué à l'Académie de médecine, séance du 29 juillet.)

L'intéressant rapport lu à l'Académie dans la dernière séance par notre si distingué confrère M. Robert me donne l'occasion de faire à l'Académie une communication qui, si je l'eusse faite plutôt, aurait peut-être empêché M. le docteur Leprestre de pratiquer un anus artificiel qui, bien qu'opéré par une méthode très-rationnelle et très-perfectionnée, n'en est pas moins une opération très-grave et ordinairement suivie de la mort.

Il est évident que si M. le docteur Leprestre eût connu l'épaisseur des tissus qui séparaient l'extérieur du fond du cul-de-sac qui contenait le méconium, il n'eût pas abandonné la pensée de pénétrer jusqu'au fond de ce cul-de-sac, et conséquemment il n'eût pas eu recours à la méthode de Littre.

Eh bien, c'est le moyen de connaître l'épaisseur de ces parois que je crois utile de présenter à l'Académie.

Depuis longtemps j'ai employé pour arriver à ce but le moyen suivant, non pas dans le cas d'anus imperforé, mais dans tous les cas où il importe de connaître deux choses :

1° La nature de la matière non liquide contenue dans une cavité;

2° L'épaisseur des parois qui séparent l'extérieur et l'intérieur de cette cavité.

Ce moyen, le voici :

J'emploie un trocart ordinaire mince, d'à peu près un millimètre et demi de tige ou mandrin; je pénètre dans la cavité en le plongeant dans le lieu d'élection et dans la direction voulue, non pas par un mouvement prompt, mais à la manière d'une aiguille. Arrivé à une certaine profondeur, je retire la tige d'acier en laissant la gaîne en place.

J'ai un simple mandrin d'acier de 30 millimètres de long. Ce mandrin est sillonné d'encoches profondes pratiquées d'un seul côté et dans une longueur de 10 centimètres à peu près. Ces encoches sont taillées en biseau, et leur fond est tourné du côté de l'extrémité du mandrin que l'on veut introduire; cette extrémité est arrondie et mousse.

J'introduis ce mandrin à la place de la tige d'acier du trocart. S'il ne pénètre pas dans une cavité, je le retire; je remets le trocart, et je pousse plus avant. Cela fait, je recommence à mettre le *mandrin à encoches*. Je pénètre alors dans une cavité, je pousse mon mandrin avec douceur, je malaxe un peu les parties pour presser médiatement sur la matière contenue dans la cavité. Je retire le *mandrin à encoches*; j'examine les encoches, et je trouve dans leur cavité la matière que contient la poche explorée.

C'est déjà un pas, mais il importe de connaître l'épaisseur des parois. Je fais ainsi :

Le *mandrin à encoches* bien nettoyé, je le réintroduis dans la canule que j'ai laissée en place et que j'ai eu soin de pousser dans la cavité pour qu'elle ne rentre pas dans le trou fait et que je sois sûr que son extrémité déborde en dedans. Ce *mandrin à encoches*, ayant 30 centimètres de longueur, me permet de le laisser dans la cavité explorée, tout en retirant la canule. La canule retirée, le mandrin reste. Je malaxe encore, et, mettant un petit curseur pour marquer la place exacte où le mandrin sort à l'extérieur, je retire le mandrin en le tournant.

Il revient chargé de la matière contenue dans la poche, car toutes les encoches en sont pleines, et, comme ces encoches n'ont pu se remplir dans l'endroit correspondant à l'épaisseur des parois, il s'ensuit que ces parois ont juste l'épaisseur que marquent ces encoches vides, c'est-à-dire l'espace compris entre la dernière encoche pleine et le curseur.

J'ai employé ce procédé pour explorer certains kystes contenant des matières butireuses. Quand ils contiennent des liquides, j'emploie une tige qui se coude à angle droit. Un creux pratiqué dans la partie qui se coude rend ce petit instrument également capable de ramener ce mécanisme.

Dans le cas de M. Leprestre, il est très-probable que, si ce chirurgien distingué se fût servi de ce moyen, il eût pénétré dans le cul-de-sac rectal, qui est toujours dilaté dans ces cas, et qui dans le cas présenté n'était qu'à 35 centimètres, qu'il eût rencontré le méconium, qu'il en eût ramené, qu'il eût connu l'épaisseur des parois, qu'il eût persisté à les diviser, qu'il eût évité la tentative de faire un anus artificiel, et qu'il eût augmenté les chances de viabilité de l'enfant qui fait le sujet de l'observation.

Je n'avais pas donné de nom aux sondes particulières que je décris; je les appellerai sondes à *double effet*, parce qu'elles font connaître :

1° La matière contenue dans une cavité;

2° L'épaisseur des parois de cette cavité.

Pendant longtemps on a cru que les divers accidents que l'on observait chez les personnes qui habitaient des appartements fraîchement peints, tenaient aux émanations du plomb qui fait la base de la plus grande partie des couleurs employées dans la peinture en bâtiments. Les travaux concluants de M. Marchal (de Calvi), communiqués à l'Académie de médecine au commencement de cette année, et l'intéressante discussion qui s'en est suivie, ont démontré que des accidents pareils s'étaient produits, que de véritables empoisonnements avaient été observés chez des individus habitant des maisons nouvelles, dans la décoration desquelles les préparations de plomb n'entraient pour rien; en un mot, que c'était simplement aux vapeurs de l'huile essentielle de térébenthine qu'il fallait attribuer ces désordres fonctionnels.

Il était donc nécessaire de rechercher un nouveau véhicule pour les substances colorantes, qui jouît des mêmes propriétés que l'huile de térébenthine et n'eût aucun de ses inconvénients. Le *colocirium*, nouvel enduit à base de cire, et présentant en cela quelque analogie avec les enduits antiques dont on a retrouvé de si beaux spécimens dans les villes englouties d'Herculanum et de Pompeï, le *colocirium* paraît réunir toutes les qualités industrielles et artistiques de l'essence de térébenthine, sans avoir aucun de ses dangers.

L'administration des hôpitaux, dont la vigilante sollicitude est si connue pour les malades confiés à ses soins, vient d'adopter définitivement le *colocirium* dans les grands travaux de peinture exécutés naguère à la Salpêtrière, et en voie d'exécution aujourd'hui à l'hôpital Necker. Nous savons qu'un grand nombre d'établissements publics et privés, colléges et pensionnats, ont suivi déjà l'exemple donné par l'administration des hôpitaux, et nous ne pouvons que les en féliciter.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Sur la demande qui lui en a été adressée par les membres de la commission, S. E. M. le maréchal Vaillant, ministre de la guerre, a autorisé les médecins militaires qui en manifesteraient le désir, à assister au banquet offert par le corps médical aux médecins de l'armée d'Orient.

— L'administration des chemins de fer de l'Ouest (Saint-Germain, Rouen, Havre, Dieppe, Fécamp, Caen, Cherbourg et Ouest), vient d'adopter une mesure semblable à celle qu'a prise déjà l'administration des chemins de l'Est. Elle s'engage à réduire au quart le prix du voyage (aller et retour) pour les médecins qui devront se rendre à Paris les 19 et 20 août, porteurs d'une carte pour le banquet.

Nous devons rappeler, à cette occasion, que la réduction à moitié prix consentie par le chemin de l'Est est également pour l'*aller et le retour*.

— Dans l'impossibilité où s'est trouvée la commission du banquet de connaître les noms et les adresses actuelles de tous les médecins de l'armée et de la flotte qui ont pris part à la guerre d'Orient, elle n'a envoyé de circulaires d'invitation qu'à un certain nombre d'entre eux; elle prie ceux qui n'en ont pas reçu de vouloir bien néanmoins se considérer comme invités. Elle rappelle que ceux qui se proposent d'assister au banquet devront en informer, avant le 10 août, M. le secrétaire-trésorier de la commission.

Elle rappelle également aux souscripteurs qu'ils devront envoyer le montant de leur souscription (15 fr.) chez l'un des membres de la commission, ou dans les bureaux de l'un des trois journaux désignés : *Gazette des Hôpitaux*, *Gazette hebdomadaire* et *Union médicale*.

Les souscripteurs de province devront envoyer un bon de poste contre lequel il leur sera adressé une carte d'entrée du banquet.

Le secrétaire-trésorier de la commission,
Dr MAHEUX.

— La Société médico-psychologique, dans sa séance du 28 juillet dernier, a procédé au renouvellement annuel de son bureau. Ont été élus : président, M. Peisse; vice-président, M. Baillarger; secrétaire général, M. Cerise; secrétaire particulier, M. Brierre de Boismont; trésorier, M. Brochin. Membres du comité de publication pour l'année 1856-1857, MM. Trélat, Delasiauve et Michéa.

Dans la séance qui a précédé cette dernière, M. le docteur Buchez a prononcé l'éloge du professeur Gerdy, ancien président, et l'un des membres fondateurs de la Compagnie.

— On lit dans la *Gazette médicale de Lyon* : « Notre École de médecine vient d'être l'objet d'un acte de munificence que nous serions coupable de laisser ignorer au public. La famille de M. de Polinière, s'inspirant des sentiments et des intentions de son digne chef, a fait présent à l'École de la bibliothèque de notre vénéré et si regrettable confrère. Ce serait bien mal apprécier une pareille libéralité que de parler de la valeur intrinsèque, pourtant considérable, des trois mille volumes qui composent cette bibliothèque; car ce qui lui donne le plus de prix, c'est qu'elle est et restera comme un témoignage durable des sentiments paternels et de la bienveillante sollicitude que M. de Polinière montra pendant toute sa vie envers la jeunesse médicale. »

— M. Girin vient d'être élu membre du comité de vaccine de la Société de médecine de Lyon, qui, à partir de ce jour, prend le titre de *Société impériale de médecine* (ce titre lui a été conféré par décret du 27 février dernier), en remplacement de M. le baron de Polinière, décédé. Ont été élus membres correspondants : MM. les docteurs Chevandier, à Die; Germain, à Salins; Hubert Valleroux, à Paris; Macario, directeur de l'établissement hydrothérapique de Serin; Passaquay, à Lons-le-Saulnier; Ricord, à Paris; F. Vidal, à Aix en Savoie.

— M. le docteur Ph. Faure, qui a occupé pendant trois ans le poste de médecin sanitaire à Damas, en Syrie, vient d'être nommé inspecteur adjoint des eaux thermales de Néris.

— M. le docteur C. V. Répiquet, ancien chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille, membre honoraire de la Société de médecine de Lyon, médecin du dépôt de mendicité, membre de la Société d'agriculture du département du Rhône, etc., vient de mourir dans un âge avancé, à la suite d'une longue maladie qui depuis plusieurs années l'avait contraint d'abandonner l'exercice de sa profession.

— Le concours pour les prix annuels vient d'avoir lieu à la Faculté de médecine de Montpellier. Les décisions portées par les divers jurys ont été les suivantes : 1re année. Prix, M. Lugagne; mention honorable, M. Berlingeri. — 2e année. Prix, M. Batigne; mention très-honorable, M. Béraud (MM. Batigne et Béraud avaient été classés *ex æquo* par trois juges, et M. Batigne avait obtenu les deux autres voix). — 3e année. Prix, M. Planchon; mention honorable, M. Cayrel. — 4e année. Prix, M. Chabrier; mention très-honorable, M. Sabatier.

(*Revue thérap. du Midi.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes, par M. ADDE-MARGRAS (de Nancy). Un volume in-18. Prix : 3 fr. 50 c. — Chez Labé, place de l'École-de-Médecine.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 94. — SAMEDI 9 AOUT 1856. (29e ANNÉE.) N° 94. — SAMEDI 9 AOUT 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des bons effets du chlorate de potasse dans le traitement de la stomatite ulcéreuse des adultes.

Depuis l'époque où nous avons signalé pour la première fois les bons effets du chlorate de potasse dans la stomatite mercurielle, non-seulement l'expérience a confirmé les résultats des premières tentatives, mais elle en a étendu encore les applications aux autres espèces de stomatite ; si bien qu'aujourd'hui cet agent, considéré d'abord comme une sorte de spécifique de la mercurialisation, est devenu la base d'une médication beaucoup plus générale. Les faits se sont tellement multipliés dans l'espace d'un an, que ce n'est plus un article de *Revue* qui suffirait pour mettre nos lecteurs au courant de ce point nouveau de thérapeutique, mais une monographie tout entière. Heureusement l'œuvre est faite, et nous n'aurions qu'à puiser dans l'excellente monographie que vient de publier sur ce sujet M. le docteur Isambert, pour leur donner toute satisfaction à cet égard. Mais tel n'est pas notre but en ce moment, ce sera l'objet d'un très-prochain article. Nous ne nous sommes proposé, pour aujourd'hui, que d'exposer les résultats obtenus par l'emploi du chlorate de potasse dans une espèce de stomatite spéciale parfaitement déterminée, qui sévit particulièrement chez les *soldats*, et que les médecins militaires désignent tous uniformément sous le nom de *stomatite ulcéreuse.*

C'est à M. le docteur Bergeron, chargé d'un service de fiévreux à l'hôpital militaire du Roule, en qualité de médecin traitant, que nous devons la relation des premiers essais tentés dans ce cas. Et l'on jugera, par ce qui va suivre, des services que cette médication est appelée à rendre dans les hôpitaux militaires.

Il ne sera pas inutile de remonter au premier fait, qui a été le point de départ de cette série d'applications nouvelles, d'autant plus qu'il est par lui-même un des plus propres à bien faire ressortir l'efficacité du remède en question.

Le premier malade, au moment de son entrée, présentait un ensemble de phénomènes généraux assez graves et assez caractérisés pour faire craindre qu'il ne fût au début d'une fièvre typhoïde. Le troisième jour, l'état général n'avait pas changé ; mais une localisation nettement accusée s'était produite du côté de la gorge ; les amygdales étaient rouges et tuméfiées, la déglutition douloureuse. Le quatrième jour, on constatait un gonflement considérable de la joue droite, surtout à la partie inférieure, où la peau était rouge, tendue et luisante ; à la paroi interne, la muqueuse était très-rouge et creusée d'une vaste ulcération que tapissait dans toute son étendue un produit pseudo-membraneux de couleur grisâtre ; puis enfin, au centre de ce produit morbide, était une plaque noire, adhérente, du diamètre d'une pièce de 20 centimes. Le diagnostic n'étant pas douteux, M. Bergeron pensa de suite à employer le chlorate de potasse ; mais ce sel ne figurant pas dans la pharmacopée des hôpitaux militaires, il dut se borner à prescrire, suivant la méthode classique, les cautérisations, matin et soir, avec l'acide hydrochlorique et un gargarisme chlorhydrique.

Le lendemain, aucune modification n'avait eu lieu dans l'état général ni dans l'état local ; mais le jour suivant, M. Bergeron ayant pu se procurer du chlorate de potasse, le prescrivit suivant la formule usuelle.

Au bout de vingt-quatre heures, il put déjà constater une modification frappante dans l'état du malade : le gonflement de la joue, la fétidité de l'haleine et la douleur avaient notablement diminué ; l'ulcération s'était rétrécie de près d'un tiers, elle était manifestement moins profonde ; le malade était sorti de l'abattement profond dont rien jusque-là n'avait pu le tirer.

Après quatre jours d'usage du médicament, il ne restait plus de trace de la plaque gangréneuse, et le cinquième jour la cicatrisation était complète, le malade mangeait des aliments solides.

A dater de cette époque, M. Bergeron a traité exclusivement par le chlorate de potasse tous les cas qui se sont présentés dans sa division, et c'est encore à cette médication qu'ont été soumis six malades de la division des blessés atteints de stomatite ulcéreuse. Dans tous ces cas, les résultats ont été constamment heureux.

Les observations, au moment où M. Bergeron a publié le compte rendu de ses recherches, étaient au nombre de vingt et une. (Douze seulement ont été recueillies assez complétement pour servir de base à son travail.) En voici le résumé sommaire :

Chez tous les malades, l'administration du chlorate de potasse a été suivie *immédiatement*, c'est-à-dire dans les vingt-quatre heures pour la plupart, chez l'un d'eux au bout de huit heures, chez un autre au bout de dix heures, d'un soulagement que la physionomie des hommes révélait presque toujours, avant même qu'on les interrogeât, et d'une modification incontestable parfois extraordinaire dans l'état des parties malades.

En comptant rigoureusement le nombre de jours pendant lesquels le chlorate de potasse a été administré, la durée moyenne du traitement a été de six à sept jours, et de cinq à six seulement, défalcation faite des jours où le chlorate eût pu être supprimé.

Or il résulte des recherches faites par plusieurs auteurs, que, convenablement traitée, la stomatite ulcéreuse ne dure guère moins de deux à trois septénaires, et que traitée d'une manière irrationnelle ou abandonnée à elle-même, elle peut durer plusieurs mois.

Quant au mode d'administration adopté par M. Bergeron, il ne diffère pas des formules adoptées jusqu'ici. La dose de 4,0 de chlorate de potasse, renouvelée chaque jour, lui a suffi le plus souvent jusqu'à présent pour obtenir les résultats consignés dans ses observations.

A l'exemple de MM. Herpin et Blache, il a administré le chlorate de potasse en dissolution dans une potion gommeuse simple. Il est une petite modification toutefois que nous ne devons pas négliger de mentionner ici, parce qu'elle peut éviter aux praticiens et aux malades quelques inconvénients reconnus dans le mode d'administration usuel, et qui exigent des précautions qu'on n'est pas toujours sûr d'obtenir de ces derniers. Le chlorate de potasse, étant peu soluble dans l'eau, se dépose facilement au fond de la fiole si on n'a pas le soin, lorsque le malade a pris à peu près la moitié de la potion, d'ajouter à ce qui reste une quantité d'eau équivalente. Pour parer à cet inconvénient, M. Vial, pharmacien en chef du Roule, a eu l'heureuse idée de préparer d'avance une solution qui contient 1 gramme de sel pour 20 grammes d'eau, de sorte que la préparation, telle qu'on la donne au malade, se compose de :

Potion gommeuse simple.	60,0
Solution de chlorate de potasse. . .	80,0

Recommandation est faite aux hommes de prendre cette potion en quatre doses à trois heures d'intervalle.

Les effets physiologiques du chlorate de potasse n'ont pu être étudiés dans cette circonstance à cause de la difficulté d'obtenir des malades une observation assez attentive d'eux-mêmes et des renseignements suffisants. La seule chose que M. Bergeron ait pu constater, c'est que pas un des malades qui ont pris le médicament n'a ressenti à la suite le plus léger malaise, que pas un n'a trouvé qu'il fût désagréable à avaler.

En résumé, « le chlorate de potasse appliqué au traitement de la stomatite ulcéreuse soulage *immédiatement* et guérit *rapidement*, plus rapidement qu'aucune autre médication. » Telle est la conclusion qui ressort des faits observés par M. Bergeron.

Maintenant abordons avec le médecin du Roule quelques points accessoires qui ne sont pas sans intérêt pour la pratique.

Et d'abord la *stomatite ulcéreuse* des militaires, que tous les médecins de l'armée désignent invariablement sous ce nom, est-elle une maladie spéciale, *sui generis*, ou bien ne constitue-t-elle qu'un cas particulier des affections de la bouche qui ont été décrites par les auteurs sous les noms de stomatite gangréneuse, stomatite ulcéro-membraneuse, stomatite couenneuse, etc. ? Pour M. Bergeron, cela ne fait pas l'objet d'un doute : la stomatite ulcéreuse constitue une espèce à part. Elle peut se compliquer de gangrène, ainsi qu'il en cite un exemple, mais elle n'est pas la gangrène de la bouche ; elle peut encore, sous l'influence de certaines constitutions, se compliquer de diphthérite, mais elle n'est point la stomatite diphthéritique ou couenneuse ; elle n'est pas davantage une stomatite suraiguë, elle est une stomatite ulcéreuse *d'emblée*, une maladie *sui generis*, et M. Bergeron n'est pas éloigné de la qualifier de *spécifique.*

L'efficacité si remarquable du chlorate de potasse contre cette affection est-elle aussi manifeste dans les autres espèces de stomatite, et en particulier dans la stomatite mercurielle ? Bien que cette question sorte un peu du cadre que nous nous sommes tracé ici, et qu'elle doive être examinée plus au long à l'occasion du résumé que nous comptons faire prochainement des diverses applications de cette médication, nous croyons néanmoins devoir dire par avance l'opinion de M. Bergeron sur ce point, précisément parce qu'elle diffère de celle de la plupart des médecins qui ont fait usage de ce médicament dans le cas spécial dont il s'agit.

M. Bergeron n'a eu que de très-rares occasions d'essayer le chlorate de potasse dans la stomatite mercurielle, vu l'extrême rareté de cette affection dans les salles de fiévreux. Il ne l'a employé que deux fois dans cette variété de la stomatite. Dans le premier cas, il s'agissait d'un vénérien qui, après l'usage des pilules de protoiodure pendant quatre ou cinq jours seulement, avait présenté quelques signes de stomatite mercurielle. Dès l'apparition des accidents le chlorate de potasse fut administré. Le surlendemain la rougeur et le gonflement des gencives avaient disparu. Mais il est probable, dit-il, que les choses se seraient passées de même sans le chlorate, attendu qu'au degré où était cette stomatite, la guérison est toujours sûre et rapide dès que l'on cesse l'administration des mercuriaux. Il n'en était pas de même du second fait, où la stomatite était plus violente. Ici le chlorate de potasse n'a été administré que le troisième jour ; la durée du traitement a été de onze jours, durée moyenne des cas légers.

Il est un autre accident également très-commun chez les militaires, et qui, par son analogie avec la stomatite ulcéreuse, qu'il complique quelquefois, pourrait faire présumer que le chlorate de potasse y trouverait un emploi utile. Il importe donc de prévenir immédiatement les praticiens de l'inefficacité du médicament dans ce cas, afin de leur éviter des essais et des tâtonnements superflus. Cet accident, c'est la *pyorrhée interalvéolo-dentaire*, si bien décrite par M. le docteur Toirac. Le chlorate de potasse s'est montré impuissant, entre les mains de M. Bergeron, à modifier cet état, qui cède, au contraire, assez facilement à l'emploi du chlorure de chaux sec, des gargarismes au quinquina et des frictions sur les gencives et sur les dents avec la poudre de quinquina et de charbon.

En résumé, et pour borner ici ces conclusions à l'affection qui a fait l'objet spécial des recherches de M. Bergeron, il résulterait d'observations nombreuses et recueillies avec soin, que le chlorate de potasse est appelé à rendre de grands services à l'armée, où la stomatite ulcéreuse est pour ainsi dire endémique, ce médicament ayant pour effet ordinaire :

1° De diminuer en quelques heures la douleur et de modifier les deux phénomènes de la stomatite ulcéreuse que les malades supportent le plus difficilement, la salivation et la fétidité de l'haleine ;

2° D'abréger des deux tiers la durée du traitement, c'est-à-dire la durée du séjour à l'hôpital ;

3° De dispenser même le soldat, dans beaucoup de cas, de ce séjour à l'hôpital.

Nous devons ajouter que MM. Fremy et Hillairet, également attachés temporairement à des services militaires, le premier au Roule et le second au Val-de-Grâce, ont constaté les mêmes résultats que M. Bergeron.

Encore un mot sur la méthode de traitement de la fièvre typhoïde appliquée à l'hôpital du Gros-Caillou.

Depuis que nous avons publié dans la *Revue clinique* du 26 juillet un exposé de la méthode de traitement de la fièvre typhoïde instituée par M. le docteur Worms à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, il nous a été fait, soit de vive voix, soit par écrit, des observations auxquelles nous croyons utile de faire une courte réponse.

Plusieurs personnes nous ont reproché de n'avoir pas apporté assez de réserve dans l'appréciation de la méthode de M. Worms et de ses idées théoriques sur la fièvre typhoïde. Si cette méthode, nous a-t-on dit, était appliquée au pied de la lettre, on s'exposerait à des chances d'accidents graves et peut-être quelquefois mortels. D'autres nous ont fait remarquer que, le sulfate de quinine étant un des éléments essentiels de cette méthode, on devait s'expliquer les succès exceptionnels qu'obtient M. Worms, en admettant que la plupart des malades traités dans son service se sont trouvés plus ou moins longtemps avant l'invasion de leur fièvre typhoïde sous l'influence des constitutions paludéennes d'Afrique ou d'autres régions, qui en ont modifié les caractères. Un de nos confrères, M. le Dr Sabatier (de Béziers), poussant plus loin cette idée, nous écrit une longue et intéressante lettre pour prouver que les fièvres traitées ainsi au Gros-Caillou ne sont autre chose que des fièvres rémittentes ou intermittentes protéiformes, semblables à celles qu'on observe si fréquemment sur le littoral de la Méditerranée, et qui ne cèdent qu'à la médication quinique convenablement dirigée.

Nous pensions avoir été assez explicite à l'égard du but que nous

nous proposions dans cet article, pour n'avoir pas à nous défendre du reproche fondé sur le défaut d'appréciation. Une méthode thérapeutique se juge par les résultats; or, nous n'avions pas et nous n'avons pas encore en ce moment devers nous les éléments nécessaires à cette appréciation. Une circonstance particulière ayant appelé notre attention sur une méthode différente de celles qui sont le plus généralement usitées, et qui se présentait à nous sous la double garantie d'un praticien placé depuis longtemps à la tête d'un des plus importants services des hôpitaux militaires de Paris, et des médecins qui ont été à même de suivre et de juger les effets de sa pratique, nous avons cru faire une chose utile, au milieu des hésitations (pour ne pas dire plus) de la pratique usuelle, de signaler cette méthode à l'attention de nos lecteurs, et de la soumettre à leurs méditations et à leur expérience. Que cette méthode, essentiellement active et énergique, ait pu paraître à quelques-uns, et avec raison, dangereuse à manier, nous ne nous le dissimulons pas. Aussi nous serions-nous bien gardé de donner les prescriptions et les formules de M. Worms comme absolues et applicables à tous les cas, ce qui est assurément bien loin de sa propre pensée, et avons-nous dit « que ces préceptes étaient susceptibles de nombreuses modifications, selon les cas particuliers auxquels on les applique, et que le tact et l'expérience du praticien pouvaient seuls diriger. »

Quant à ce qui concerne la nature des affections combattues par cette méthode, on accordera sans doute que M. Worms, qui, avant d'être médecin en chef du Gros-Caillou, a longtemps été attaché aux ambulances d'Afrique, sait distinguer une fièvre typhoïde d'avec une fièvre intermittente ou rémittente.

Reste la part d'influence que pourrait avoir l'élément paludéen antérieurement subi par les sujets atteints de fièvre typhoïde, sur le caractère, la marche et la curabilité de leur affection. Nous sommes loin de récuser la possibilité de cette influence; mais c'est là une grave question qui en soulève une beaucoup plus considérable encore, la question de l'unité de la fièvre typhoïde ou de la pluralité d'affections groupées sous la même dénomination. On comprendra que nous n'avons pas abordé la discussion de cette grande question à l'occasion d'un article de *Revue clinique*. Tout ce que nous aurions pu faire eût été de la poser comme nous le faisons aujourd'hui. Mais, sans préjuger sa solution, on ne serait pas plus fondé à en faire une objection contre la méthode en question que contre chacun des autres traitements considérés d'une manière exclusive.

Mais ce n'est pas tout. D'autres reproches nous ont été faits. Tout à l'heure, nous n'avions pas fait assez de réserves; maintenant nous en avons trop fait. On devine de quel côté nous vient ce nouveau grief. Avant d'y répondre, nous insérerons, conformément à sa demande, la lettre suivante de M. Worms :

« Etranger à la rédaction de la thèse de M. Guipon, je n'ai point à prendre la responsabilité du style de cette œuvre; mais j'accepte pleinement celle des faits et des idées qu'elle renferme, et suis tout prêt à fournir les éclaircissements que vous ou vos lecteurs pourriez désirer relativement aux faits que vous trouvez *discutables*, et à ceux que la forme insolite dont ils sont revêtus a pu *vous empêcher de bien saisir*; mais d'abord je tiens à prouver que ma méthode n'est pas, ainsi que vous en émettez la supposition, instituée sur des vues théoriques.

» Quand après avoir complété mes études médicales simultanément au Val-de-Grâce et à la Faculté de Paris, je me trouvai en 1833 en face des terribles épidémies de Bone (Algérie), je dus reconnaître, à mon grand chagrin, le néant des théories et de l'enseignement qui m'avaient été inculqués. Je compris que ce bagage scientifique dont on m'avait appris à être fier, au lieu d'être un secours au lit du malade, devenait un embarras. Forcé de renoncer aux principes de ce qu'on appelle l'école moderne, il ne me restait qu'à chercher dans les œuvres des grands maîtres de l'art médical les traces et les préceptes de leur thérapeutique et à me familiariser avec les observations dont elles sont remplies, et qui, pour n'être ni basées sur des chiffres ni hérissées des minutieux détails qu'on exige aujourd'hui, n'en commandent pas moins une profonde admiration, à raison du caractère de vérité pratique et de saine philosophie dont elles sont empreintes.

» Après m'être ainsi familiarisé avec la matière médicale et la thérapeutique des anciens, sans cependant négliger les acquisitions de la science moderne dont la valeur m'était démontrée, je m'efforçai de me créer pour toutes les maladies qui se présentaient dans mon service la méthode de traitement qui me laissât le moins à désirer.

» Après en avoir soumis les résultats à une scrupuleuse et longue observation et les avoir vus se confirmer, il était naturel que pour mieux les coordonner j'en cherchasse une explication théorique.

» J'ai procédé exactement de cette manière en ce qui concerne les fièvres graves; il y a dix ans à peu près que je les traite par la méthode que vous avez exposée, et pendant cinq ans c'est avec un scepticisme au moins aussi prononcé que le vôtre que j'en ai scruté les résultats.

» Aujourd'hui je puis, sans crainte d'être démenti ni par les faits ni par les nombreux aides et confrères qui ont assisté à mes visites, affirmer :

» Que le plus souvent la maladie est enrayée à son début;

» Que, quand elle m'arrive entièrement développée (dix à douze jours, sauf les cas fatalement et promptement funestes), on la voit pour ainsi dire obéir jour par jour à l'influence de la médication;

» Que les rechutes, les eschares, les perforations intestinales sont choses à peu près inconnues dans mes salles.

» Qu'enfin la durée totale de la maladie atteint rarement vingt-cinq jours, que les convalescences sont rapides, franches, et que les malades n'en sortent ni épuisés ni émaciés;

» Je ne sais et ne cherche pas à savoir si ces résultats sont plus favorables que ceux qu'on obtient ailleurs; si l'on me faisait connaître une méthode plus satisfaisante, je l'adopterais à l'heure même; en attendant, je me tiens à celle-ci, et profiterai de la première occasion qui se présentera pour vous offrir le moyen de la juger vous-même. »

Nous ne pouvous que remercier M. Worms de l'offre obligeante qu'il nous fait de nous donner tous les éclaircissements désirables relativement aux faits que nous avons trouvés discutables ou peu aisés à saisir, et qui ont jusqu'à présent conservé pour nous les mêmes caractères. Nous comptons en profiter. En attendant du moins il nous justifie par là même aux yeux de ceux qui avaient pu croire que nous acceptions sans réserve ses faits et ses idées. Il n'est qu'un seul point de la lettre de M. Worms auquel nous ayons un mot à répondre.

Notre savant confrère tient à se défendre, comme d'un reproche, d'avoir institué sa méthode sur des vues théoriques. Loin que ç'ait été dans notre pensée l'objet d'un reproche, nous étions d'autant plus disposé à l'en louer que nous savions que la théorie n'était née dans son esprit qu'après de longues et mûres observations appuyées sur de nombreuses lectures et une vaste érudition. Mais nous n'en maintenons pas moins la nécessité de constater les résultats de la pratique avant d'examiner la théorie, car ceux-ci sont le *criterium* de celle-là.

Sur quelques opérations et manœuvres préalables propres à faciliter la lithotritie en une séance.

On sait la part qui revient à Amussat dans l'invention et les perfectionnements de la lithotritie. Cet habile chirurgien, de regrettable mémoire, frappé des inconvénients souvent sérieux qui sont inséparables de la fréquente répétition des séances de lithotritie, avait cherché aussi de son côté, comme l'avaient fait avant ou l'ont fait depuis, MM. Heurteloup, Le Roy-d'Etiolles et quelques autres, à diminuer la longueur des manœuvres et à résoudre, pour les circonstances les plus favorables, le problème de la lithotritie en une seule séance. Après avoir levé une des premières difficultés qui s'étaient opposées à la réalisation de la lithotritie, en démontrant les avantages du cathétérisme rectiligne, il restait, comme conséquence et complément de cette heureuse idée, à rendre possible l'introduction d'instruments assez volumineux pour broyer un calcul et en extraire d'un coup les débris. Or quel est l'obstacle principal qui s'oppose à l'introduction d'instruments volumineux? C'est le méat urinaire. Le méat urinaire est loin, en effet, de mesurer le calibre de l'urètre; il en est même la partie la plus étroite et la moins dilatable, à cause de la nature du tissu dont il est environné. Une fois cet orifice agrandi, rien de plus aisé, dans les circonstances ordinaires, que de faire pénétrer dans la vessie de grosses bougies, des instruments d'un très-gros calibre, qui n'y eussent point pénétré auparavant. Voici comment Amussat pratiquait cette petite opération, d'après la description qu'en a faite dans sa thèse inaugurale M. le docteur Edouard Gouriet, qui a longtemps suivi ses leçons et sa pratique :

Le malade étant debout, appuyé contre un mur ou un meuble solide, on saisit la verge avec deux doigts de la main gauche placés vers la rainure du gland, et on tourne le frein en haut. On insinue dans le méat la pointe d'un bistouri à lame étroite cachée par une petite boulette de cire qu'on a trempée dans l'huile d'olives. Alors on transperce la paroi postérieure du gland à la distance d'un centimètre ou un centimètre et demi, et on incise d'arrière en avant. On laisse saigner la plaie, et on place entre les lèvres de l'incision une tente de charpie; puis, pour empêcher que la cicatrice ne se fasse trop rapidement et ne compromette par sa rétractilité le succès de la petite opération, on avive légèrement, dès le lendemain et pendant les huit ou dix jours suivants, l'angle de la plaie avec la pointe d'un bistouri ou avec une lame mousse. On détruit de cette façon la membrane pyogénique, et les deux surfaces se cicatrisent séparément.

C'est, en un mot, comme on peut le voir, une application du procédé qu'Amussat employait contre les rétrécissements simples du méat urinaire.

La relation fort abrégée du fait suivant rapporté dans la thèse de M. Gouriet donnera une idée de la facilité que cette petite opération préalable a donnée aux manœuvres de lithotritie.

M. X..., âgé de trente-huit ans, souffrait depuis quatre ans de symptômes indiquant l'existence d'un calcul dans la vessie, lorsque, étant venu consulter M. Amussat, ce chirurgien constata la présence d'un calcul très-dur et très-volumineux. Comme il existait une étroitesse congénitale du méat et un rétrécissement de l'urètre, M. Amussat jugea à propos de faire disparaître ces deux obstacles avant de penser au broiement. Le débridement fut pratiqué comme il vient d'être dit; la plaie fut maintenue à l'état d'avivement pendant huit jours, et le rétrécissement dilaté avec beaucoup de précautions et de lenteur. On substitua au bout d'un certain temps des bougies métalliques aux bougies élastiques, et on parvint ainsi à introduire le n° 34 d'une filière divisée en quarts de millimètre. Rien ne s'opposant plus dès lors à la lithotritie, cette opération fut pratiquée (trente-cinq jours après la première exploration). Tout avait été préparé pour l'exécuter en une seule séance, les conditions paraissant favorables.

L'opérateur saisit une pierre marquant 12 lignes à l'instrument, et la brisa à l'aide de quelques coups de marteau. Les fragments furent repris et brisés les uns après les autres, et, après avoir fait usage du broyeur, les détritus furent en grande partie enlevés avec le ramasse-gravier.

Après ces manœuvres successives, le malade fut mis dans un bain tiède, où il rendit en urinant beaucoup de fragments et de poussière.

Les jours suivants, il ne rendit plus aucun fragment de calcul, et sept jours après l'opération M. Amussat, voulant faire une vérification avec un petit ramasse-gravier, ne put rien trouver. A dater de ce moment, tout symptôme du côté des voies urinaires avait complétement cessé.

Ainsi, avec le secours de la petite opération préalable dont il vient d'être question, un calcul d'acide urique (ainsi que cela fut constaté par l'analyse), par conséquent très-dur et mesurant 12 millimètres, a pu être broyé en une seule séance.

M. Gouriet, tout en reconnaissant les avantages de la lithotritie, frappé cependant de quelques inconvénients qui en sont inséparables, tels que la fatigue et les douleurs prolongées, a pensé qu'on pourrait singulièrement abréger les manœuvres de cette opération en une séance, et partant les souffrances des malades, par l'emploi d'un percuteur à branche mâle *creuse*. L'injection aqueuse lancée par ce canal ne nécessiterait pas, dit-il, l'introduction préalable d'une sonde, retirée ensuite pour faire place au percuteur. Il en résulte que les manœuvres seraient de beaucoup diminuées et que le malade en éprouverait bien moins de fatigue.

Cette manière d'agir lui a paru devoir convenir surtout dans les cas où l'injection, rendue après une première application de percuteur, exige une nouvelle introduction de sonde, et, après cette seconde injection de liquide, une nouvelle application du percuteur. L'instrument à *branche mâle creuse* ferait donc et l'office de sonde et l'office de percuteur.

Loin de craindre que la solidité de l'instrument en soit diminuée, M. Gouriet pense que c'est le contraire qui aurait lieu, puisqu'un cylindre *creux*, dans un certain rapport indiqué par la mécanique, est plus résistant qu'un cylindre *plein* de même diamètre, tout égal d'ailleurs.

Si l'expérience vérifiait les prévisions de notre jeune confrère, on voit quel parti on pourrait tirer de ce perfectionnement combiné avec le débridement du méat urinaire pour la pratique de la lithotritie en une seule séance. — Dr Brochin.

ORGANISATION DU SERVICE RURAL DES PAUVRES EN BRETAGNE.

Nous recevons de notre confrère, M. le docteur Verger, de Châteaubriand, les renseignements suivants sur l'organisation du service médical des pauvres dans plusieurs départements de l'Ouest; on ne les lira certainement pas sans intérêt.

« Le service médical des pauvres vient d'être organisé dans les deux cent six communes du département de la Loire-Inférieure, grâce au concours bienveillant de M. le préfet, du conseil général et du gouvernement. Le nouvel impôt sur la race canine a été appliqué avec avantage et avec une grande facilité à cette bonne œuvre d'utilité publique.

» Le service marche depuis le 1er janvier dans toutes les communes; je dis les communes et non les cantons, parce que, avec une intelligence et un bonheur que doivent nous envier les départements *à médecins cantonaux*, l'administration, cédant aux vœux unanimes des médecins (vœux qui sont les mêmes par toute la France, comme la presse périodique en fait foi) le service des médecins dits *cantonaux* a été rejeté, et tous les médecins, sauf quelques exceptions nécessaires, ont été priés de se charger du service médical des pauvres de leur localité, dans une circonscription le moins étendue possible. Au lieu de donner de 6 à 700 francs à un médecin cantonal, qui n'eût pu faire le service des extrémités de sa circonscription, on les a partagés entre tous les médecins du canton, et tout le monde s'en est bien trouvé, mais surtout les pauvres malades, qui sont sûrs d'avoir un médecin près d'eux. On a évité par là l'obstacle qui jusqu'ici avait empêché d'établir le service médical des pauvres dans plusieurs départements, et notamment dans ceux de Maine-et-Loire et d'Ille-et-Vilaine, qui nous sont limitrophes : à savoir, que les médecins cantonaux ne pourraient suffire à visiter tous les malades pauvres aux extrémités de leur circonscription, et que les médecins de ces extrémités qui le faisaient auparavant cesseraient de le faire dès qu'il y aurait un médecin cantonal chargé de ce service.

» Nos confrères, qui trouvaient d'abord la rétribution minime, s'en montrent plus satisfaits parce qu'ils s'aperçoivent que, leur circonscription étant petite et dans le rayon de leur clientèle payante, leur service n'est pas sensiblement augmenté, et qu'outre les 2 à 300 francs qu'ils reçoivent, leurs médicaments sont payés. Il y a eu des malentendus, des hésitations et des lacunes nécessaires dans un service naissant; ils tendent à disparaître de plus en plus.

» Nous ne faisons pas de doute que dans tous les départements où le service médical sera ainsi présenté, il ne trouve toutes les facilités pour s'établir.

» Déjà une trentaine de départements jouissent de cette excellente institution. Ceux qui avaient d'abord pris la circonscription

cantonale l'ont changée, et ont adopté le nouveau mode de répartition, notamment ceux du Haut et du Bas-Rhin. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 juillet 1856. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. SYLVESTRE présente au nom de M. Voillemier un homme qui a été renversé par une voiture, dont la roue lui a passé sur la cuisse droite. Le malade offre à la partie supérieure de la cuisse, sur les faces antérieures et internes, une tumeur sanguine arrondie, de 20 centimètres environ de diamètre. M. Voillemier compte l'opérer par la ponction capillaire.

M. MOREL-LAVALLÉE rappelle le mémoire qu'il a publié sur ce genre de tumeurs. Le liquide qu'elles contiennent est de la sérosité, tantôt limpide et contenant à peine quelques globules sanguins, tantôt d'un rouge plus ou moins foncé et même noir, par suite du mélange d'une forte proportion de sang. Ces épanchements guérissent très-facilement par la ponction suivie d'une compression méthodique. Ordinairement ces tumeurs sont incomplétement remplies, de sorte qu'on peut y sentir le flot du liquide comme dans l'ascite ; dans le cas présent M. Morel fait observer que ce signe manque par suite de l'état de plénitude de la poche, et de l'engorgement des parties voisines.

M. VOILLEMIER dit qu'il a présenté son malade uniquement pour faire constater le volume de la tumeur qu'il compte opérer par un procédé entièrement nouveau. Il le ramènera à la prochaine séance pour montrer le résultat de l'opération.

— M. CHASSAIGNAC présente un malade dont il rapporte ainsi l'histoire : Ce jeune homme a reçu, dans la région du carpe, que l'on désigne sous le nom de *tabatière anatomique*, un morceau de verre qui a divisé l'artère radiale et le tendon du long extenseur du pouce. L'hémorrhagie a été arrêtée par la ligature de l'artère, mais les deux bouts du tendon se sont cicatrisés isolément, de sorte que le pouce se trouvait fléchi et ne pouvait être étendu. Trois mois après l'accident, M. Chassaignac, après avoir découvert le tendon par une incision longitudinale, a fait l'avivement de ses deux bouts et les a réunis au moyen de plusieurs points de suture, passés à des hauteurs différentes. Une inflammation assez vive s'est déclarée dans la gaîne du tendon et a produit plusieurs abcès, néanmoins la réunion a eu lieu, mais la cicatrisation n'a été complète qu'au bout de cinq semaines. Aujourd'hui le pouce jouit de ses mouvements d'extension. M. Chassaignac ajoute que l'on a rapporté un certain nombre de cas de suture de tendons dans des plaies récentes, mais que rarement on l'a faite pour une lésion ancienne après la cicatrisation des parties divisées.

M. MONOD fait observer que l'extension n'est pas complète.

M. CHASSAIGNAC répond que la guérison est encore récente, et que l'on a tout lieu d'espérer que l'amélioration fera encore des progrès, d'autant plus que l'électricité appliquée à l'extenseur, a produit des mouvements beaucoup plus étendus que ceux qui sont le résultat de *la volonté* du malade.

— M. HUGUIER présente une femme à qui il a enlevé un cancer épithélial, étendu à toute une moitié de la langue, à une portion du voile du palais et à la gencive du côté correspondant. Pour pratiquer cette opération, après avoir divisé la lèvre sur la ligne médiane, il a fait la section du maxillaire inférieur ; les deux moitiés de l'os étant écartées, il a passé des fils à la base de la langue pour se rendre maître de l'hémorrhagie, puis il a divisé l'organe d'avant en arrière, et a terminé en séparant les parties malades, y compris la portion attaquée du voile du palais et de la muqueuse gengivale. C'est la seconde opération de ce genre que M. Huguier pratique avec succès. La malade est complétement guérie, toutes les parties molles sont bien souples, et les deux moitiés du maxillaire sont réunies.

M. LARREY demande si M. Huguier a suivi le premier procédé de M. Sédillot, dans lequel la section de l'os est faite verticalement sur la ligne médiane, ou le deuxième, c'est-à-dire la section oblique.

M. HUGUIER répond qu'il a fait la section verticale.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, M. le président rappelle que dans le comité secret qui a suivi la dernière séance, M. Broca a fait un rapport, d'où il résulte que la bibliothèque de la Société se trouve dans l'état le plus prospère, que, grâce aux soins de M. Giraldès, il y règne un ordre parfait, et que des catalogues complets permettent d'y faire des recherches avec la plus grande facilité.

M. LARREY s'associe aux regrets de la commission de voir M. Giraldès renoncer à des fonctions dans l'exercice desquelles il a rendu tant de services, et propose à la Société de lui conférer, en signe de reconnaissance, le titre de bibliothécaire honoraire.

M. GIRALDÈS remercie M. Larrey et la Société, qui s'est associée à sa proposition ; mais il déclare qu'il ne peut accepter le titre de bibliothécaire honoraire, qui lui paraît contraire au règlement, et qu'il lui suffira du témoignage si honorable qui lui a été rendu.

Nomination d'associés étrangers. — Dans le même comité secret, M. LARREY a fait un rapport sur les nominations à trois places vacantes d'associés étrangers. Dans ce remarquable travail, M. le rapporteur a fait un exposé complet des travaux de chacun des savants proposés au choix de la Société de chirurgie.

La Société décide que ce rapport sera conservé dans ses archives, et, adoptant les conclusions de la commission, elle nomme, à l'unanimité, MM. Bernard Langenbeck, Porta et Vrolick père associés étrangers.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une lettre de M. le maréchal ministre de la guerre, chargé par *interim* du département de l'instruction publique. Dans cette lettre, M. le maréchal informe qu'il a accordé à la Société de chirurgie, à titre d'encouragement, la somme de cinq cents francs.

Une lettre de remercîments sera adressée à M. le maréchal ministre de la guerre.

— La Société reçoit la consultation faite pour M. le docteur Andreux (de Bar-le-Duc) au nom de la Société des médecins du département de la Seine.

M. GOSSELIN communique à la Société une lettre de M. Bidart (d'Arras) *sur une luxation ancienne du coude réduite par un procédé nouveau, qui a consisté dans la suspension par les mains répétée chaque jour pendant assez longtemps.* (Commission : MM. Lenoir, Michon et Gosselin.)

M. MOREL-LAVALLÉE désirerait savoir si, avant d'en venir à ce procédé, M. Bidart a fait des tentatives de réduction au moyen du chloroforme.

M. LARREY demande si l'auteur ne s'est pas inspiré du procédé de la *porte* décrit par les anciens.

M. GOSSELIN déclare qu'il n'a reçu aucun détail qui le mette à même de répondre.

Cancer érectile du tibia. — M. le docteur SIRUS PIRONDI, chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu de Marseille, membre correspondant de la Société de chirurgie, envoie un travail intitulé *Nouveau fait pour servir à l'histoire du cancer érectile des os*, accompagné d'une pièce anatomique à l'appui.

M. le secrétaire général donne lecture de ce travail, dont nous reproduisons un extrait :

« I. Le 9 mars 1856, est entrée à l'Hôtel-Dieu de Marseille (salle Sainte-Catherine, n° 8) la demoiselle Boucon, née à Besançon et âgée de trente-six ans. Elle paraît douée d'une vigoureuse constitution, et déclare n'avoir été atteinte d'aucune maladie grave aiguë ou chronique jusqu'à l'époque actuelle. On ne peut, du reste, obtenir aucun renseignement *ascendant* bien positif, attendu que Boucon n'a connu, en fait de parents, que sa mère, et l'a perdue à l'âge de cinquante ans, sans pouvoir préciser la nature de la maladie à laquelle elle a succombé.

» Dans le courant du mois de septembre 1854, Boucon a éprouvé quelques douleurs vagues à une épaule, aux reins et aux jambes, plus particulièrement à la gauche. Ces douleurs, qualifiées alors de rhumatismales, cessèrent bientôt, et pendant un an n'ont pas reparu.

» En septembre 1855, les douleurs reparaissent, mais limitées à la jambe gauche, et accompagnées cette fois d'une toute petite tumeur dure, résistante et placée, d'après les indications de la malade, au tiers supérieur de la jambe, sur la face interne du tibia. Ces douleurs sont plus fortes que lors de leur première apparition ; elles s'aggravent considérablement avec la marche, et paraissent avoir présenté, cette fois encore, le caractère rhumatismal : on les a du moins jugées et traitées comme telles.

» Ces douleurs augmentent lentement jusqu'à la fin de décembre 1855, époque à laquelle Boucon glisse et tombe dans un escalier. Pendant la chute, qui n'a pourtant pas porté directement sur la jambe, la malade ressent un *craquement* très-prononcé dans le membre, et précisément sur le point où existait déjà la petite tumeur, qui dès ce moment a pris un développement considérable, et a acquis à peu près le volume qu'elle a offert à notre observation deux mois plus tard. La marche devient de plus en plus difficile ; la station est aussi pénible que la marche.

» Après avoir inutilement employé les frictions calmantes et résolutives de toutes espèces, des cataplasmes, des sangsues même, et différents remèdes internes, notamment des purgatifs, la demoiselle Boucon se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

» II. *Etat de la tumeur le 10 mars 1856.* — Large et un peu plate, située sur la face interne du tibia, et à la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen la tumeur mesure 0,15 centimètres transversalement et 0,12 selon l'axe du membre (la circonférence totale du membre est de 0,34) ; on la dirait bilobée ou partagée en deux parties inégales par la crête du tibia, la partie interne plus large et plus proéminente que l'externe. La peau est lisse, tendue et se laisse facilement déprimer. La tumeur présente conséquemment une certaine mollesse avec fluctuation profonde. La crête du tibia est déviée en dehors, et présente une solution de continuité ; de telle sorte que le tiers supérieur de la face externe de l'os se trouve, par rapport au tiers moyen, sur un plan plus rapproché du péroné. La différence est à peu près de 8 millimètres.

» Le toucher perçoit des pulsations très-distinctes, assez fortes et parfaitement isochrones aux battements du cœur et des artères radiales. Les battements sont très-visibles, même à distance. L'auscultation y perçoit un bruit de souffle assez prononcé. Les pulsations cessent complétement dès que l'on comprime la crurale ; la tumeur s'affaisse alors et diminue de volume, pour le reprendre aussitôt que cesse la compression de l'artère. Les douleurs éprouvées par la malade sont peu prononcées, nullement lancinantes ; elles sont ressenties plus particulièrement la nuit, et au-dessous de la tumeur du côté des malléoles. Boucon garde le lit.

» *Diagnostic.* — En présence de ces symptômes, je crois pouvoir diagnostiquer un anévrisme; et ne pouvant en placer le siége sur la tibiale antérieure après son passage au-dessus du ligament inter-osseux (puisqu'en ce cas le tibia eût été déjeté en dedans et écrasé, pour ainsi dire, sous la tumeur au lieu d'être poussé en dehors et de faire saillie sur elle), j'indique le canal médullaire, et par conséquent l'artère nourricière de l'os comme devant être le point de départ de l'anévrisme. Toutefois, ce n'était pas sans une certaine hésitation que je portais ce diagnostic; les anévrismes des os sont si rares, et les travaux sur la matière en sont tellement peu concluants et positifs, que j'étais pour ainsi dire livré sans guide à mon inspiration propre.

» C'est alors qu'après un examen plus approfondi et réitéré chaque jour, je modifiai peu à peu mon impression première, et déclarai aux élèves qu'il ne s'agissait pas ici d'un anévrisme ordinaire, qu'il y avait sans doute formation de tumeur érectile avec lésion plus ou moins profonde de l'os, et qu'on ne pouvait espérer que la ligature de la fémorale, conseillée par la plupart des honorables collègues qui avaient examiné la malade avec moi, fournît aucun heureux résultat, en supposant que l'opération elle-même fût suivie de succès. De toutes manières, le pronostic était grave, et le chirurgien se trouvait dans l'alternative de proposer immédiatement l'amputation du membre ou d'abandonner la maladie aux seules ressources de la nature, ce qui eût été, en ce cas, vouer la malade à une mort certaine.

« III. *Traitement.* — J'ai déjà dit pourquoi j'ai écarté de suite l'idée de lier la crurale. Les rares exemples de ligatures pratiquées dans ces conditions ne sont guère encourageants. Dans les cas les plus heureux la guérison n'a été que temporaire, et les battements ont reparu dans la tumeur au bout de quelques mois.

» Je songeai donc aux injections de perchlorure de fer, intimement convaincu d'ailleurs que cet essai ne pouvait nullement aggraver l'état de la malade.

» *Première injection, pratiquée le 6 avril.* — Après m'être entouré de toutes les précautions possibles, j'ai fait comprimer la crurale, et après avoir planté le petit trocart au centre et à la partie la plus culminante de la tumeur, j'ai injecté 15 gouttes de liquide, ayant soin d'en disséminer chaque fois 5 gouttes dans un endroit différent.

» Je dois noter immédiatement que le premier jet de sang issu de la canule du petit trocart ne nous parut pas aussi rutilant qu'on pouvait s'y attendre. C'était un sang peu *globulisé*, ou plutôt mêlé à une forte proportion de sérosité.

» Aucune douleur vive, sauf une légère cuisson, n'a été ressentie par la malade pendant l'opération. Aucun symptôme de la plus légère inflammation ne s'est manifesté après.

» La compression de la crurale a été continuée pendant deux heures après l'injection, et reprise deux fois dans la même journée, exercée tantôt par le compresseur, tantôt par les mains de la malade elle-même, assez intelligente pour saisir l'utilité de cette manœuvre.

» Pendant les quinze premiers jours qui ont suivi l'opération, on est revenu à cette compression intermittente au moins deux fois par jour, et chaque fois elle a été maintenue pendant une heure.

» Pendant le même laps de temps, on s'est abstenu de trop palper la tumeur, d'après la sage recommandation des chirurgiens de Lyon, notamment de M. Valette ; et, je le répète encore, aucun accident n'a suivi cette première injection. Mais en revanche, nous avons constaté avec un sentiment de vive satisfaction :

» 1° Que la tumeur s'est un peu affaissée ;

» 2° Qu'elle a durci sur toute sa surface ;

» 3° Qu'il y a cessation presque complète de toute pulsation et disparition du bruit de souffle ;

» 4° Que la malade ne ressent plus aucune douleur, même en se permettant quelques légers mouvements de la totalité du membre. Mais cette amélioration n'a pas été de longue durée.

» Le 28 avril, tous les symptômes caractéristiques ont reparu. Les battements sont petits, profonds, mais existent et se sentent très-facilement. Le bruit de souffle est encore perceptible ; la tumeur se ramollit de nouveau ; elle augmente un peu de volume du côté externe, vers le péroné ; sa circonférence mesure 0,36 centimètres ; la malade éprouve encore de légères douleurs.

» *Deuxième injection.* — Encouragé par les résultats, du moins inoffensifs, de la première injection, j'en pratique une seconde le 3 mai, et j'introduis 26 gouttes de perchlorure de fer, ayant soin de les disséminer à la partie profonde et moyenne, à la partie externe et à la partie interne de la tumeur, entourant d'ailleurs la malade des mêmes précautions que la première fois.

» Pendant l'opération, Boucon accuse des douleurs assez vives à la partie la plus déclive de la tumeur, s'irradiant vers les malléoles. Ces douleurs se prolongent pendant trois heures, et résument toutes les conséquences de cette deuxième tentative. Point de réaction ni générale ni locale ; pas la moindre rougeur autour de la partie malade ; point d'abaissement de la température dans le membre ; il y aurait plutôt augmentation de chaleur, mais presque insensible.

» La compression intermittente de la crurale est continuée jusqu'au 20 mai, et à cette époque on constate :

» 1° Une induration considérable de toute la tumeur ;

» 2° La cessation complète des battements et du bruit de souffle. Toutefois, la tumeur augmente de volume ; elle mesure bientôt 0,37, puis 0,38 ; enfin, 0,39 centimètres de circonférence.

» La face externe du tibia est de plus en plus déjetée en dehors ; on sent une large esquille qui est complétement détachée de la crête de l'os.

» La tumeur s'étend en arrière et soulève les muscles jumeaux ; elle n'est plus limitée en dehors que par le péroné, qui paraît intact ; elle se ramollit, et la fluctuation y devient manifeste. Les battements ne reparaissent pas, mais on perçoit profondément une espèce de bruissement sans souffle. La malade accuse un fourmillement général fort incommode et qui l'empêche de reposer comme par le passé. D'ailleurs, elle commence à se décourager, perd l'appétit et le sommeil ; il devient urgent de prendre un parti extrême. L'amputation paraît la seule ressource à laquelle on puisse et doive maintenant faire appel.

» Toutefois, M. Richet se trouvant en ce moment à Marseille, j'ai voulu soumettre ce fait intéressant à l'examen de notre savant collègue, sûr d'avance qu'il pouvait y avoir double profit, d'abord pour la pauvre malade, et ensuite pour la science.

» La tumeur est de nouveau examinée le 1er juin, et M. Richet constate, comme nous, quelques battements extrêmement faibles, ou, pour mieux dire, un bruissement profond, qui cesse complétement dès que l'on comprime la crurale. Sous l'influence de cette compression, la tumeur, dure et tendue, se ramollit immédiatement et s'affaisse, pour reprendre ensuite son volume et sa consistance ordinaires dès que la compression cesse ; destruction d'une partie du tibia et possibilité de fléchir la jambe en la pressant aux deux extrémités, de sorte que la continuité du membre ne semble plus maintenue que par le péroné, qui sert ainsi de tuteur.

» Cependant M. Richet, s'appuyant sur cette circonstance assez remarquable, en effet, que la force des battements n'est plus en rapport avec le développement et la mollesse de la tumeur, et qu'en cessant la compression de la crurale le flot ne se reporte pas avec violence et promptitude dans le sac (comme on devrait s'y attendre), et y arrive, au contraire, lentement et par gradation ; fort d'ailleurs d'un assez grand nombre de faits recueillis dans ces derniers temps, et qui ont été l'objet d'une discussion récente à la Société de chirurgie dans le rapport sur la candidature de M. le docteur A. Richard, M. Richet conclut, comme nous, qu'il n'y a ici espoir de salut pour la malade que dans l'amputation du membre. Mais il diagnostique un *cancer érectile* de l'os, et précise avec une remarquable clarté les désordres que l'on trouvera dans le membre si la malade se soumet à l'opération.

» IV. *Amputation.* — L'altération du tibia s'étendant probablement

aux tubérosités, d'après la position et l'envahissement successif de la tumeur, on ne pouvait songer à l'amputation de la jambe. Il fallait donc opter entre la désarticulation du genou et l'amputation de la cuisse.

» Malgré la gravité généralement admise pour la désarticulation fémoro-tibiale, j'avoue que de prime abord je lui accordais la préférence, encouragé par un succès récent dont je rendrai compte dans un autre travail (1).

» En réfléchissant néanmoins au mauvais état probable des parties molles et à la possibilité de quelques fusées de fâcheuse nature pouvant remonter près de l'articulation (probabilité déjà admise par M. Richet), nous avons opté pour l'amputation de la cuisse, et je l'ai pratiquée le 3 juin par la méthode circulaire et le plus bas possible.

» Diverses circonstances ont fixé notre attention pendant l'opération, et je crois utile de les signaler avant de passer à la description anatomo-pathologique de la tumeur.

» 1° La crurale est d'un volume si considérable, que la compression exercée avec beaucoup de soin et d'intelligence par un de nos internes ne peut arrêter l'hémorrhagie, et je pris le parti de lier immédiatement le vaisseau avant d'achever l'opération.

» 2° Les vaisseaux nourriciers du corps du fémur sont tellement considérables que la section de l'os donne lieu à une hémorrhagie par le canal médullaire, qui réclame à diverses reprises la compression directe et prolongée.

» 3° Des deux artères musculaires (superficielle et profonde), je n'en ai trouvé qu'une, et encore d'un calibre tellement limité qu'on pouvait la prendre pour une des perforantes.

» En résumé, nous n'avons appliqué que trois ligatures, dont une avant la section de l'os et deux après pour des artérioles insignifiantes. La crurale et les nourricières semblent conséquemment avoir constitué à elles seules chez notre malade les principaux vaisseaux de la cuisse.

» V. *Autopsie de la tumeur* (2). — La circonférence de la tumeur dans son plus grand diamètre mesure 0m395; la distance qui sépare la limite supérieure de la tumeur du bord inférieur de la rotule est de 0m 065. Le centre de la tumeur se trouve placé sur une ligne qui, partant du bord interne de la rotule, aboutirait à l'extrémité du gros orteil.

» La peau qui recouvre la tumeur, lisse, mince et fortement tendue, se laisse facilement détacher des parties sous-jacentes. En la soulevant, on aperçoit les muscles dits de la *patte d'oie* insérés à l'angle supérieur et interne de la tumeur.

» La crête antérieure du tibia n'existe plus; on sent vers le milieu et en dehors du centre de la tumeur deux esquilles osseuses qui crépitent facilement.

» Les muscles de la face externe de la jambe sont fortement soulevés.

» En ouvrant la poche, il s'échappe une sérosité roussâtre très-abondante; les parois sont très-minces, les muscles atrophiés.

» Le cul-de-sac de la tumeur arrive à 0,14 au-dessus du cou-de-pied; la longueur totale de la poche est de 0,21.

» Le tibia, extrêmement friable, se brisant sous le bistouri, est détruit transversalement en emporte-pièce et dans une étendue de 0,06. Plusieurs esquilles sont attachées à la paroi interne de la poche. La continuité de l'os n'est maintenue que par un isthme fort mince.

» La tumeur renferme plusieurs caillots de différentes grosseurs; un des plus considérables, offrant le volume d'un œuf de pigeon, est placé dans le voisinage de la dernière piqûre faite avec la canule à injection; on trouve aussi dans la tumeur plusieurs fragments coagulés de matière solidifiable et colorée avec laquelle on a injecté la poplitée. Un réseau vasculaire extrêmement riche tapisse la face interne de la poche. Mais tous les tissus sont ramollis, en grande partie détruits et mêlés à un magma noirâtre, au milieu duquel le microscope a trouvé des *cellules cancéreuses*.

» Les tubérosités du tibia sont creusées, ainsi que le canal médullaire, dans toute la longueur duquel on trouve des caillots fibrineux qui paraissent mêlés à une certaine quantité de cette même substance coagulable qui a servi à injecter la poplitée. Le ligament inter-osseux est détruit, le péroné intact.

» La tumeur s'étend en arrière et *creuse* sous les gastrocnémiens; sa profondeur totale est de 0,085.

» Les artères tibiales antérieure et postérieure sont intactes; nulle trace de la nourricière de l'os.

» VI. Réflexions. — En présence de ces graves désordres, le diagnostic d'un *cancer érectile* se trouve complétement confirmé, de même qu'ils justifient l'opération grave à laquelle on a dû soumettre la malade.

» Mais il est un certain nombre de questions qui se présentent encore à l'esprit du chirurgien, et, s'il ne nous est pas permis de les résoudre, nous devons au moins les poser.

» La tumeur a-t-elle débuté par un cancer, par une trame érectile, ou par un anévrisme siégeant d'abord dans le canal médullaire et ayant son point de départ dans l'artère nourricière? En d'autres termes, faut-il considérer ici le cancer comme complication ou comme premier acte du drame qui s'est déroulé dans cette région?

» Le véritable cancer des os suit ordinairement une autre marche. Il n'est pas entouré d'un réseau vasculaire capable d'en imposer pour un anévrisme. Il ne peut donner lieu à la formation d'une poche renfermant une aussi grande quantité de liquide; et d'ailleurs il est accompagné par un élément *douleur* très-prononcé, qui a fait ici à peu près complétement défaut (3).

» La maladie a débuté par le canal médullaire; le récit de la malade ne laisse, pour ainsi dire, pas de doute à cet égard, si l'on réfléchit surtout à ce fait important que la coque de l'os, déjà amincie, a tenu bon, et limité la tumeur jusqu'au moment où, par suite d'une chute, la paroi osseuse a dû céder et livrer passage à une partie du contenu.

» Si, jugeant par analogie, on peut supposer que l'artère nourricière du tibia, qui est naturellement une des plus grosses nourricières du corps, eût ici une proportion adéquate à celles du fémur, il est peut-être permis de croire que cette circonstance anatomique n'a pas été étrangère au développement d'une tumeur érectile dans le canal médullaire.

» Mais il resterait encore à expliquer pourquoi ces sortes de tumeurs érectiles sont compliquées d'une dégénérescence cancéreuse de l'os, et se compliquent rarement de diathèse cancéreuse.

» Y aurait-il donc cancer et cancer *malgré* la présence de la cellule caractéristique? »

M. Michon fait observer que les tumeurs de ce genre ne présentent des signes semblables à ceux des anévrismes qu'à une certaine période de leur développement, et qu'il est toujours facile de les distinguer par l'ensemble des signes actuels et commémoratifs. Ce sont des cancers des os, qui contiennent des vaisseaux en grande quantité et dans lesquels il se forme des foyers sanguins.

Les effets de l'injection du perchlorure de fer sont faciles à prévoir *à priori*. La tumeur étant formée de matière cancéreuse mêlée de caillots, l'injection dans les caillots sera complétement indifférente; dans le sang liquide, elle le coagulera, mais sans empêcher la marche du cancer.

— M. Verneuil continue la lecture de son rapport sur le mémoire de M. Decés, de Reims.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dr Desormeaux.

(1) Notes cliniques recueillies dans mon service chirurgical pendant l'année 1856.

(2) J'ai confié le soin de cette préparation au zèle aussi intelligent que dévoué de M. Broquier, chef interne à l'Hôtel-Dieu.

(3) La plupart de ces objections peuvent s'adresser aussi à la supposition d'un kyste médullaire ou de tubercules osseux. Il est évident qu'on ne saurait expliquer alors, entre autres choses, les pulsations de la tumeur, eur isochronisme avec les battements du pouls, et leur complète disparition par la compression de la crurale. »

Un concours sera ouvert le 1er décembre prochain, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, pour quatre emplois de professeur agrégé, créés par le décret du 12 juin 1856, à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Ces quatre emplois se rattachent à chacun des enseignements suivants:

Clinique chirurgicale;
Hygiène et médecine légale militaire;
Maladies et épidémies des armées;
Anatomie des régions.

Les épreuves de ce concours sont celles indiquées ci-après:

Médecine. — I. Composition écrite sur une question d'épidémiologie militaire. II. Examen clinique de deux malades fiévreux atteints, l'un de maladie aiguë, l'autre d'affection chronique. (Leçon sur les deux cas observés.) III. Leçon sur une question d'hygiène et de médecine légale militaires. IV. Autopsie cadavérique avec démonstration des lésions qu'elle révèle, et s'il y a lieu, de médecine légale.

Chirurgie. — I. Composition écrite sur une question de pathologie chirurgicale tirée particulièrement des lésions observées aux armées. II. Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une lésion aiguë, l'autre d'une affection chronique. (Leçon sur ces deux cas.) III. Préparation d'une région anatomique. Description de cette région. Indication des applications de pathologie interne ou externe, et de médecine opératoire qu'elle comporte. IV. Pratique de deux opérations chirurgicales avec appréciation des méthodes et des procédés qui s'y rattachent. Pansements. Application de deux bandages ou appareils.

Aux termes de l'article 6 du décret du 13 novembre 1852, organique de l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires, ne peuvent être admis au concours pour les emplois d'agrégé que les médecins des grades d'aide-major de 1re classe, de major de 2me classe et de major de 1re classe.

Les officiers de santé de ces trois grades qui désireront concourir, soumettront au ministre, avant le 1er septembre prochain, une demande régulière appuyée d'un avis motivé de leurs chefs, à S. Exc. le ministre, avant le 1er septembre prochain.

Cette demande, qui devra faire connaître pour quelle spécialité le candidat qui l'aura formée se présente au concours, devra parvenir au ministre par l'intermédiaire du général commandant la division militaire, ou par celui de l'intendant de la division, selon que ce candidat appartient à un corps de troupe ou à un hôpital.

Il sera délivré aux candidats, en temps utile, des congés pour se rendre à l'avance à Paris, afin qu'ils puissent se préparer au concours.

M. le docteur Michel Lévy, directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce, nous prie d'insérer la lettre suivante, qu'il a adressée à M. Paul Dubois, président de la commission du banquet offert aux médecins de l'armée d'Orient:

Paris, le 5 août 1856.

Monsieur le Doyen,

J'ai reçu successivement une lettre d'invitation au banquet qui se prépare, sous les auspices d'une commission dont vous êtes le président, et une circulaire qui m'engage à y souscrire.

Permettez-moi de vous soumettre quelques observations qui vous feront comprendre mon embarras.

Quand M. Maheux m'a fait l'honneur de venir m'entretenir de son projet de manifestation en faveur des médecins de l'armée d'Orient, il m'a clairement expliqué que le banquet serait offert par les médecins civils. Cependant l'appel de la commission s'adresse simultanément aux médecins militaires qui n'ont point participé à la campagne d'Orient; il s'adresse même aux stagiaires du Val-de-Grâce. Vous sentez, monsieur le doyen, vous le chef de la grande Ecole médicale de Paris, ce que cet appel aux élèves du Val-de-Grâce a de délicat pour le directeur et les professeurs de cette Ecole qui ont été en Orient.

Il ne vous échappera pas non plus que l'unité morale d'une corporation telle que la médecine militaire est jusqu'à un certain point compromise par la distinction de ses membres en deux catégories, suivant qu'ils ont ou non participé aux épreuves de la campagne d'Orient; ceux qui ont porté leur dévouement en Orient ont obéi comme ceux qui ont continué de bien servir en France et en Algérie. Une fête de famille offerte par ceux ci à leurs camarades de l'armée d'Orient ne pourrait être qu'une manifestation spontanée; je ne m'attendais pas à la voir provoquer accessoirement et comme renfort de souscriptions par une initiative civile.

Enfin, monsieur le doyen, tout en remerciant M. Maheux du bon sentiment qui l'a guidé, je l'avais engagé, en cas que la souscription pour le banquet prît quelque développement, à proposer d'en affecter le produit au soulagement des veuves et des orphelins des médecins militaires qui ont succombé glorieusement en Orient sur le champ de bataille de notre profession. L'honorable M. Maheux m'a paru goûter cette pensée. Je comptais qu'il imprimerait lui-même cette direction aux efforts qui sont venus s'associer à son zèle; je conserve encore cet espoir, et je vous demande la permission de renouveler ici le même vœu, dont l'accomplissement concilierait tous les suffrages.

Agréez, etc.

Michel Lévy.

En insérant la lettre suivante, nous ne pouvons nous empêcher d'exprimer de nouveau nos regrets de voir M. le directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce s'appliquer à trouver des difficultés imaginaires quand il s'agit d'accomplir une grande et fraternelle manifestation en l'honneur des médecins de l'armée d'Orient. A Dieu ne plaise que nous voulions soulever le voile qui semble envelopper le sens réel de cette lettre! Contentons-nous d'exprimer ici les remercîments du corps médical à M. le ministre de la guerre, qui, lui, n'a vu aucun inconvénient à autoriser les médecins militaires à assister au banquet de l'armée d'Orient. L'esprit élevé et généreux de M. le maréchal Vaillant a compris qu'à côté des malheurs que l'Etat et des souscriptions particulières doivent soulager, il y a des dévouements que la confraternité est glorieuse de pouvoir honorer!

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les membres de la commission du banquet, afin de laisser à leurs confrères éloignés de Paris tout le temps nécessaire pour faire parvenir leur adhésion, ont décidé que la clôture de la souscription serait remise au vendredi soir, 15 août.

— A l'exemple des administrations des chemins de fer de l'Est et de l'Ouest, les trois administrations du Nord, d'Orléans et de Lyon, ont fait savoir à M. le secrétaire de la commission du banquet qu'ils réduiront de moitié le prix du voyage pour les médecins qui viendront prendre part à cette grande manifestation.

— Les journaux annoncent que l'*Abeille médicale*, un des recueils de médecine les plus anciens et les plus répandus, sera vendue le 26 de ce mois, sur la mise à prix de 20,000 francs.

En portant ce fait à la connaissance de nos confrères, on nous prie de faire savoir que l'*Abeille* est dans une situation aussi avantageuse qu'elle l'ait jamais été, et que la vente annoncée n'a lieu que parce que la société qui est propriétaire de ce journal est arrivée à son terme.

— Par suite d'une remise qui a eu lieu après le réquisitoire de l'avocat général, c'est aujourd'hui samedi que la Cour impériale d'Amiens prononcera son arrêt dans l'affaire de M. Renaut, médecin à Dormans (Marne).

— Par arrêté de M. le préfet de la Seine en date du 17 juillet 1856, M. le docteur Mouzard a été nommé médecin du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement, en remplacement de M. Tavernier (de la Nièvre), démissionnaire.

— On nous annonce la mort de M. le docteur Dunal, doyen de la Faculté des sciences de Montpellier, et professeur de botanique à la même Faculté.

— Par arrêté de M. le préfet de la Seine, en date du 17 juillet 1856, M. le docteur Mouzard a été nommé médecin du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement, en remplacement de M. Tavernier (de la Nièvre), démissionnaire.

La société impériale de médecine de Lyon a proposé les questions suivantes pour sujet de prix à décerner en 1858:

Première question. — Des maladies de l'âge critique chez l'homme et surtout chez les individus qui se livrent aux travaux de cabinet. — Prix: Une médaille d'or de 300 francs.

Deuxième question. — De l'influence qu'exercent à Lyon sur la santé publique les deux fleuves qui traversent la ville.

Étudier cette influence selon les divers états des deux cours d'eau au niveau de l'étiage comme à la suite des inondations.

Indiquer les moyens que l'hygiène publique et privée suggère pour en conjurer les fâcheux effets. — Prix: Une médaille d'or de 300 francs.

Les Mémoires, écrits en français, devront être adressés, dans la forme académique ordinaire, et francs de port, avant le 1er octobre 1857, à M. le docteur P. Diday, secrétaire général de la société.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Sidi scouti. Livre de la miséricorde dans l'art de guérir les malades et de conserver la santé. Traduit de l'arabe par M. Pharaon, interprète à l'armée d'Afrique, annoté par M. le docteur A. Bertherand. — Brochure in-8°. Chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 95. — MARDI 12 AOUT 1856. (29e ANNÉE.) N° 95. — MARDI 12 AOUT 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 11 AOUT 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

Cette séance n'a eu qu'une seule communication de quelque importance qui soit de nature à intéresser nos lecteurs ; encore n'est-elle pas médicale à proprement parler ; mais elle n'en est pas moins digne de l'attention et de l'intérêt des médecins, ainsi que des hommes voués par goût ou par mission à la recherche de tout progrès susceptible de concourir au soulagement de quelque douleur ou de quelque infirmité. A ce titre, en effet, nos confrères ne sauraient rester étrangers à ce qui se rattache au problème de la régénération des sourds-muets. On n'a pas oublié la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine à ce sujet il y a quelques années ; elle fut une des plus sérieuses et des plus approfondies qu'il nous ait été donné d'entendre à la rue des Saints-Pères.

Malgré la vive opposition qu'y ont rencontrée de la part de quelques membres les idées et la pratique de M. Blanchet, ce zélé et laborieux confrère n'en a pas moins persévéré dans ses louables efforts de réforme et d'amélioration.

Dans le mémoire qu'il vient de présenter à l'Académie des sciences, il s'est proposé d'appeler l'attention de ce corps savant sur les résultats qui ont été obtenus par la fondation d'écoles où tous les jeunes sourds-muets sont appelés dès leur plus jeune âge à participer, avec les modifications appropriées à leur état, à l'éducation commune, de manière à être maintenus au sein de leur famille et mêlés aux élèves parlants, dont ils deviennent ainsi, à leur grand avantage, les compagnons d'étude et de jeu. M. Blanchet, qui a beaucoup contribué, pour sa part, à l'établissement de ce mode d'éducation à Paris, voudrait qu'il fût adopté et généralisé dans toute la France.

Nous n'avons pas à nous prononcer sur la possibilité de cette généralisation et sur les moyens d'exécution ; mais nous ne pouvons que faire des vœux pour qu'il trouve auprès du pouvoir l'appui nécessaire pour la réalisation d'un aussi généreux et utile projet. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Des rapports qui existent entre l'âge des malades et les affections diverses dont ils sont atteints (1).

De l'opportunité des fièvres suivant les âges. — Les phénomènes réactionnels qui sont les accidents principaux des maladies fébriles se montrent chez les jeunes sujets avec une intensité qu'on leur voit à peine acquérir dans l'âge adulte, et moins encore dans la vieillesse. Cette vivacité des phénomènes pyrétiques provient de l'irritabilité extrême du système nerveux chez les enfants, et aussi de l'activité prédominante de l'appareil vasculaire à sang rouge.

Chez les enfants, les états fébriles sont en général accompagnés d'une surexcitation de tout l'appareil vasculaire et nerveux et des organes encéphaliques ; chez les vieillards, c'est plutôt sous la forme de collapsus et d'accidents comme comateux que se manifestent les pyrexies intenses. Ces phénomènes, qui se rapportent à une sorte de congestion vers la tête, décèlent la disposition aux mouvements sanguins qui résulte pour les personnes avancées en âge de la prépondérance chaque jour croissante de l'appareil veineux.

Les fièvres exanthématiques ont été classées parmi les maladies propres à l'enfance. Si l'on voit plus fréquemment les enfants atteints d'exanthèmes, c'est que chez eux l'aptitude à être influencés par le principe de la maladie n'a pas été détruite par cette maladie même, comme cela est habituel pour les adultes. On ne peut guère douter, d'après le développement et l'activité extrême de leur circulation et par la perméabilité de tous leurs tissus, que les enfants ne soient dans les conditions les plus favorables pour l'absorption des principes miasmatiques. Si cela suffisait pour que les maladies qui sont produites par infection ou par contagion se développassent, on pourrait penser, *à priori*, que les enfants doivent contracter ces affections beaucoup plus facilement que les vieillards. Cette induction est très-difficile à vérifier.

La fièvre typhoïde semble assez commune chez les enfants, à en juger par le nombre de petits êtres affectés de cette maladie qui se trouvent habituellement à l'hôpital des Enfants. Elle est certainement plus fréquente chez les enfants que chez les vieillards, qui, eux, en sont rarement atteints, puisqu'on ne voit que par exception des fièvres typhoïdes après cinquante ans. L'importance de ce nombre imposant de typhus qu'on observe chez les enfants est d'autant plus grande qu'on sait que cette maladie se développe surtout dans les villes très-peuplées, sur la classe mobile des ouvriers, parmi laquelle se trouvent peu d'enfants.

L'influence des miasmes producteurs des maladies fébriles est plus prononcée sur les enfants que sur les sujets âgés. En effet, les recherches de M. Villermé prouvent que les enfants au-dessous de dix ans périssent en très-grand nombre dans les contrées marécageuses pendant l'été, quand les marais se dessèchent.

De l'opportunité des névroses suivant les âges. — L'opportunité des maladies nerveuses subit à un haut degré l'influence des âges. Ces affections, qui se déclarent surtout vers la puberté et dans l'adolescence, appartiennent principalement aux époques d'accroissement et d'état de la vie.

Les enfants reçoivent avec une facilité très-grande toutes les impressions stimulantes qui agissent sur leurs organes ; ces impressions transmises au *sensorium* sont facilement suivies d'une excitation insolite très-vive de tout le système de la vie de relation. L'exagération de cet état est la manifestation des mouvements convulsifs.

C'est à cette susceptibilité extrême de tout le système nerveux que les enfants doivent les convulsions dont ils sont fréquemment pris sous l'influence des douleurs de la dentition, ou de toutes les douleurs continues. C'est à elle qu'il faut aussi rapporter les crises occasionnées par les vers dans le tube digestif. Nous avons plusieurs exemples de convulsions violentes occasionnées chez les enfants par les douleurs prurigineuses de l'eczéma. Dans un cas, la mort a été le résultat de ces épiphénomènes.

La susceptibilité du système nerveux persiste à l'âge de la puberté ; ses effets sont modifiés par le perfectionnement des fonctions de l'appareil nerveux central. Les facultés intellectuelles sont maintenant développées ; les fonctions de relation de la myotilité volontaire s'accomplissent régulièrement. Il résulte de cette condition physiologique de l'enfant pubère au plus léger degré l'aptitude à être influencé par les causes stimulantes introduites dans l'organisme soit par les surfaces sensibles, soit par les impressions morales, de manière qu'il s'ensuit des accidents spasmodiques modérés encore par la volonté ; au plus haut degré, le frein de la volonté est insuffisant, et, tant est grande l'influence de l'irritabilité à cet âge, que toutes les impressions vives, sensitives et morales jettent dans les accidents nerveux cloniques les plus prononcés.

Dans la deuxième enfance, l'organisme est préoccupé de l'établissement d'une fonction de relation qui n'a pas encore atteint sa perfection : c'est la locomobilité régularisée par la volonté. Deux appareils concourent à cette fonction, le système nerveux incitateur et l'appareil musculaire, agent immédiat du mouvement. Dans la première enfance, les mouvements sont irréguliers et sans détermination précise ; ils s'accomplissent avec plus de vitesse que de force. A mesure que la deuxième enfance se prononce, l'influence nerveuse sur l'action musculaire s'établit et se consolide, et la volonté de l'enfant acquiert de plus en plus la puissance de produire les actes locomoteurs, de pondérer, de déterminer la force et la durée des contractions musculaires pour un résultat déterminé.

La chorée, qui se caractérise surtout par l'impossibilité de pondérer les mouvements et de les régulariser, et dont le symptôme principal est une rapidité extrême avec absence de précision et de fixité dans les contractions musculaires, survient précisément dans la deuxième enfance ; elle n'est autre chose que l'état de faiblesse et d'imperfection d'une fonction qui s'établit.

Chez les vieillards, quand tous les organes s'affaiblissent, la puissance musculaire devient faible ; elle est lente, sans énergie et peu durable ; c'est à la dernière période de la vie que se manifeste le tremblement sénile.

L'épilepsie commence quelquefois à l'époque de la deuxième dentition, mais ordinairement à l'approche de la puberté, surtout chez ceux qu'elle affecte par suite d'une cause héréditaire. Elle persiste ensuite indéfiniment.

Tous les accidents convulsifs surviennent avec une extrême facilité chez les enfants un peu avant la puberté et au moment où elle s'accomplit ; chez les jeunes filles, ils se manifestent plus facilement encore que chez les jeunes garçons ; ils deviennent souvent le signal de l'invasion de l'hystérie, maladie qui appartient à l'âge de l'adolescence chez les femmes, et qui se prolonge quelquefois dans l'âge mûr sans jamais se montrer après le temps critique.

La condition physiologique des sujets à l'âge de la puberté, à laquelle se rattache l'opportunité des maladies nerveuses dont il vient d'être question, est annoncée par des accidents spasmodiques irréguliers plus ou moins fugaces, provoqués par les moindres causes et par une grande irritabilité de tous les organes. Cette disposition s'efface peu après dans les cas les plus heureux ; mais elle devient trop souvent l'origine d'un état spécial, qui se prolonge jusqu'à la fin de l'adolescence, ne décelant sa présence que par des accidents nerveux irréguliers, déterminés par les causes excitantes les plus légères, inertes même pour la plupart des individus.

De l'opportunité des hétéro-sarcoses suivant les âges. — Toutes les fois que des tubercules se produisent dans nos organes, leur développement coïncide, suit ou précède l'inflammation. Il ne résulte pas de cela que les tubercules soient des produits de phlegmasie, mais il en résulte que les conditions qui se rapportent à l'évolution des phlegmasies ont au moins des rapports avec celles qui se rattachent à la production des tubercules. Parmi ces rapports, l'un des plus prononcés est l'identité des circonstances relatives à l'influence des âges. C'est pendant la première moitié de la vie et surtout pendant l'enfance et l'adolescence que les maladies tuberculeuses sont les plus communes ; ainsi, pour les phthisies tuberculeuses des poumons, le plus grand nombre des sujets qui se présentent à l'observation ont de vingt à quarante ans. Billard a trouvé des tubercules chez les enfants nouveau-nés ; cette lésion est cependant rare à la naissance. Il résulte des faits recueillis par MM. Lombard et Andral, que c'est surtout à l'âge de trois ou quatre et même quatre ou cinq ans que les tubercules se forment en plus grande quantité, non pas dans les poumons, où ils se montrent principalement à un âge plus avancé, mais disséminés dans divers organes, et surtout dans les ganglions lymphatiques et les viscères abdominaux.

Après la puberté, la tuberculisation des ganglions abdominaux ne se montre plus que par exception, et ce n'est que par exception aussi que la tuberculisation des ganglions bronchiques se montre à l'état d'isolement chez les adultes. Quand elle coïncide avec les tubercules ramollis, suppurés et ulcérés des poumons, on conçoit que l'affection des ganglions bronchiques, qui n'est cependant pas encore très-fréquente dans ce cas, puisse se développer secondairement.

Les maladies tuberculeuses ne sont pas dans le domaine de l'âge avancé. Lorsqu'elles se rencontrent dans l'âge de retour, et cela n'est pas rare, on peut toujours, en remontant par les renseignements fournis par les sujets eux-mêmes, arriver à reconnaître que l'affection a débuté très-longtemps auparavant.

L'observation clinique prouve que les affections tuberculeuses, même celles des poumons, dans lesquelles la gravité du trouble fonctionnel modifie la maladie par ses résultats, marchent avec d'autant plus de lenteur qu'elles existent à un âge plus avancé. La diminution de l'activité nutritive croissant avec l'âge est donc une condition défavorable au développement et au progrès des maladies tuberculeuses.

La manifestation des carcinomes ne survient presque jamais dans la première période de la vie, c'est-à-dire aussi longtemps que l'activité de la circulation et des fonctions nutritives reste prépondérante. Les faits exceptionnels qu'on a recueillis sont en petit nombre ; en examinant avec attention toutes leurs circonstances, on voit que l'on a quelquefois décrit pour des carcinomes des tubercules véritables, et plus rarement des tumeurs fongueuses cérébriformes.

Les conditions de production des tubercules et des carcinomes sont liées aux âges ; elles sont opposées. Les tubercules répondent par leur opportunité à toutes les conditions des inflammations, et à l'état physiologique qui prépare les phlegmasies ; les carcinomes répondent aux conditions de l'atrophie des organes par cessation de fonctions, et à l'état physiologique qui abaisse chaque jour la

(1) Suite. — Voir les numéros des 8 et 24 juillet.

vitalité, et qui condense et rapproche des tissus fibro-celluleux communs la texture des organes.

Nous n'avons pas encore rencontré de tubercules d'un certain volume et de carcinomes coïncidant ensemble chez un même sujet. La seule apparence de tubercules que nous ayons reconnue sur des sujets cancérés a été quelques traces de rares tubercules devenus secs et crayeux au sommet des poumons.

Faisons remarquer, comme dernier rapprochement, que l'état général qui se joint aux tuberculisations est la fièvre hectique avec activité extrême des artères, puis chaleur cutanée, injections des pommettes, tandis qu'avec les carcinomes, c'est l'atrophie des capillaires, le froid des extrémités, le marasme, la chute des dents, la sécheresse de la peau, etc., en un mot, un état général qui semble n'être que l'exagération rapidement produite de la sénilité.

De l'opportunité des cachexies suivant les âges. — L'une des cachexies qui s'observe le plus fréquemment, c'est la chlorose. Elle survient habituellement vers la puberté et au commencement de l'adolescence, pendant toute la durée de laquelle il n'est pas rare de la voir se prolonger. Cette maladie se manifeste chez des jeunes filles le plus souvent lymphatiques, et d'une faible constitution. Il est évident que la circulation, et principalement la circulation capillaire, est affaiblie au plus haut degré dans cette affection, et que toutes les secrétions ne sont imparfaites chez les chlorotiques que consécutivement à cet état général. La chlorose est nécessairement liée par son opportunité aux conditions physiologiques qui préparent la révolution de la puberté et qui s'y rattachent.

La cachexie scrofuleuse se manifeste le plus ordinairement entre la première et la seconde dentition. Les lésions locales les plus ordinaires de cette maladie consistent dans la tuméfaction inflammatoire des ganglions lymphatiques, la phlegmasie chronique des membranes muqueuses oculaires, palpébrales ou nasales, la carie de quelques os courts, plats, etc. La cachexie scrofuleuse cesse ou au moins s'atténue toujours à la puberté et pendant l'adolescence. La prépondérance de l'appareil vasculaire à sang rouge, la condensation des tissus avec diminution de la proportion des liquides blancs qui les infiltrent, la diminution d'activité des sécrétions à mesure que l'adolescence s'avance, sont en effet autant de conditions physiologiques opposées aux scrofules.

La cachexie arthritique est encore une maladie soumise à l'influence des âges. Les phénomènes saillants de cette affection consistent dans la manifestation de lésions locales occupant principalement le pourtour des articulations. On rencontre moins ici les caractères habituels des phlegmasies avec phénomènes inflammatoires ordinaires que ceux d'infiltrations de liquides contenant des sels calcaires concrescibles. Dans la cachexie arthritique, à mesure que l'âge fait des progrès, les accidents inflammatoires proprement dits des attaques de goutte perdent de leur intensité, de même qu'ils sont d'autant plus violents que le sujet est plus jeune.

Lorsque la décrépitude arrive, elle devient quelquefois l'origine d'une véritable cachexie qui n'est autre chose que le dernier terme de la détérioration progressive des fonctions organiques, c'est la cachexie sénile. L'influence des âges est la cause principale de cet état, dont les caractères consistent dans la dessiccation de tous les tissus, l'affaiblissement des forces musculaires qui s'étend jusqu'aux contractions du cœur, l'endurcissement des tuniques artérielles ossifiées, leur amincissement et l'atrophie de leurs fibres transverses dans les points non indurés, phénomène déjà indiqué par Haller. Toutes ces conditions rendent la circulation et la nutrition insuffisantes pour les besoins de la vie. Le sang se coagule dans les vaisseaux; souvent la gangrène sénile se déclare, et la mort vient mettre un terme à cet état de cachexie qui n'est en quelque sorte que le complément de la détérioration progressive de l'organisme des vieillards.

Plusieurs des phénomènes de cette cachexie sénile confirment l'origine que nous lui attribuons. Ainsi, la prépondérance des matières calcaires inorganiques, surtout dans les os, l'agrandissement du canal osseux, et par conséquent l'amincissement des parois osseuses, rendent les fractures faciles; la détérioration des forces plastiques est telle que leur consolidation est impossible, ou au moins très-difficile.

Une autre altération due aussi aux progrès de l'âge, est la déformation du squelette chez les vieillards. Cette déformation est portée quelquefois au point que les vieillards qui étaient droits et bien faits pendant l'âge moyen, sont réduits au même état que les sujets les plus rachitiques. Ce phénomène est sous la dépendance de l'atrophie inégale des cartilages intervertébraux qui détermine de véritables déviations de la colonne épinière, et prépare la soudure des vertèbres. Nous signalons cette déformation qui survient dans la cachexie sénile, pour la mettre en opposition avec les déviations rachidiennes qui se produisent à l'époque de la puberté, et qui reconnaissent pour cause une autre circonstance relative à l'influence des âges.

De l'influence des âges sur l'opportunité des maladies en général. — L'influence des âges comme cause prédisposante des maladies croît d'année en année, au moins après la puberté; la preuve, c'est que la durée absolue du temps de maladie augmente avec chaque année de la vie. Ce résultat a été constaté par une commission des associations charitables d'Écosse. Cette commission a observé que la durée annuelle moyenne des maladies était :

A 20 ans, de 4 jours;
A 30 ans, de plus de 4 jours;
A 40 ans, de 5 à 6 jours;
A 45 ans, de 7 jours;
A 50 ans, de 9 à dix jours;
A 55 ans, de 12 à 13 jours;
A 60 ans, de 16 jours;
A 65 ans, de 30 à 31 jours;
A 70 ans, de 73 à 74 jours (1).

Hippocrate avait cependant reconnu que l'âge mûr, et même la vieillesse, sont souvent plus exempts de maladie que le jeune âge, jusqu'à l'invasion des maladies chroniques, qui alors ne guérissent plus.

« *Ut plurimum quidem senes juvenibus ægrotant minùs, ut qui ipsis morbi diuturni contingunt eos fere ad mortem comitari solent.* »

L'influence des âges détermine des formes morbides, en rapport avec les conditions physiologiques qu'elle fait naître, ou tend à ramener les maladies imminentes à ces formes déterminées; elle appelle les affections pathologiques sur certains organes qui sont ou des organes prépondérants par l'effet de l'âge, s'il s'agit de maladies actives, ou des organes qui s'atrophient, s'il s'agit de maladies dans lesquelles domine l'altération de nutrition. Elle s'exerce encore sur différentes parties du corps, suivant les degrés de vitalité qu'elles ont pour la répartition physiologique des forces : la tête dans l'enfance, la poitrine dans l'âge moyen de la vie, et l'abdomen dans l'âge décroissant.

Enfin, l'influence des âges localise des maladies générales sur des parties déterminées qui sont sous sa dépendance. Ainsi le rhumatisme, en se portant à l'intérieur, affecte davantage la tête, la gorge et la poitrine chez les jeunes gens; les intestins, les hypochondres, les reins et la vessie chez les hommes plus âgés.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Villermé, *Annales d'hygiène publique.*

MALADIES DES YEUX. — M. TAVIGNOT.

De la cure radicale de la tumeur et de la fistule lacrymales.

Il y a bientôt deux ans que j'ai émis pour la première fois, dans une des leçons de mon cours public sur les maladies des yeux, des idées tout à fait nouvelles sur la nature et le traitement des tumeurs lacrymales.

A ces idées, je dois trop et de trop beaux succès dans la pratique pour ne pas m'efforcer d'assurer leur vulgarisation et par conséquent leur triomphe définitif : ce que je fais tous les jours.

On en conviendra facilement, l'étude des tumeurs lacrymales était restée bien stérile jusque dans ces derniers temps; c'était un véritable chaos; l'homme le plus intelligent en sortait fatigué, découragé presque; il suffisait, il est vrai, d'une heureuse mémoire pour retenir la foule des méthodes et des procédés opératoires les plus disparates; mais avec ce bagage scientifique, si l'on était fort au point de vue de l'érudition, on ne l'était guère dans la pratique, c'est-à-dire au lit du malade.

Non-seulement on ne s'entendait point sur les moyens thérapeutiques à mettre en usage, mais on n'était pas le moins du monde d'accord sur la nature de la maladie elle-même.

Les uns ne voyaient dans la tumeur lacrymale qu'une accumulation de larmes — *une sorte de rétention lacrymale analogue à la rétention urinaire* — dépendant d'un obstacle au cours normal de ce liquide, obstacle qui n'était autre qu'un rétrécissement plus ou moins prononcé existant ordinairement dans le canal nasal. Le traitement, d'après cette doctrine, était très-simple; il suffisait, comme on le fait pour l'urètre, de dilater le canal et de faire céder le rétrécissement.

Les autres, allant plus loin et remontant plus haut, admettaient deux éléments distincts dans la maladie, l'inflammation avec sécrétion muqueuse et purulente et le rétrécissement : ce dernier n'étant toutefois que le résultat et la conséquence de l'état phlegmasique aigu ou chronique des voies lacrymales. Le traitement, d'après cette doctrine, se déduisait de lui-même; il fallait traiter par des moyens appropriés l'état catarrhal de la muqueuse, et faire disparaître en même temps le rétrécissement du canal par d'autres moyens également appropriés : de là la méthode mixte de la cautérisation et de la dilatation combinées.

Eh bien ! les traitements dirigés d'après ces doctrines n'ont jamais produit que des guérisons temporaires; la maladie s'est toujours reproduite après un temps plus ou moins long, et cela devait être, car dans la tumeur lacrymale on n'avait voulu voir de l'état pathologique que ses résultats, ses effets plus ou moins directs, tels que le rétrécissement et l'inflammation.

Or, voici en quoi j'ai complété et agrandi le sujet. Je me suis dit d'une manière très-simple et très-naturelle : Que voit-on dans une tumeur lacrymale donnée? On voit, en procédant de bas en haut :

1° Un rétrécissement plus ou moins prononcé du canal nasal, lequel s'explique assez bien par la simple tuméfaction de la muqueuse;

2° Une sécrétion plus ou moins abondante de muco-pus qui distend le sac lacrymal;

3° Le passage dans le sac et le séjour constant d'une certaine quantité de larmes qui viennent se mêler au produit de sécrétion de la muqueuse.

Il ne restait plus qu'à déterminer le rapport existant entre ces trois éléments constitutifs de la maladie, ce qui m'a paru dès lors très-facile.

Je me suis dit : L'expression de tumeur lacrymale est certainement impropre, comme beaucoup d'autres, car la tumeur n'est pas formée seulement par des larmes, mais encore, mais surtout par du muco-pus mêlé à une certaine quantité de fluide lacrymal; cependant ce sont les larmes qui jouent le rôle capital dans la production de la maladie, car ce sont elles qui produisent, par leur action irritante sur la muqueuse du sac et du canal nasal, une hypersécrétion qui met d'abord obstacle à leur écoulement dans les fosses nasales; ce sont elles encore qui, séjournant davantage par ce fait même dans les voies lacrymales, amènent ces dacryocystites aiguës que tout le monde connaît, et provoquent comme elles l'entretiennent cette sécrétion muco-purulente du sac qui devient tout à fait chronique.

Rien n'était plus simple que la démonstration de ma doctrine; il ne s'agissait que de s'opposer à l'arrivée des larmes dans le sac, et de constater ensuite ce qui avait lieu par rapport à l'état phlegmasique et à la sécrétion muco-purulente. J'ai donc, sur plusieurs malades, excisé les points lacrymaux pour priver le sac de larmes, et immédiatement l'amélioration dans l'état phlegmasique était manifeste, la sécrétion muco-purulente diminuée et tarie.

Le rapport de cause à effet m'a paru, dès ce moment, des plus directs et des plus authentiques; et c'est alors que j'ai formulé la doctrine touchant la nature de la tumeur lacrymale, en disant qu'*elle résulte d'un désaccord organique survenu entre les propriétés chimiques des larmes et les propriétés physiologiques de la muqueuse naso-lacrymale.*

C'est d'après ces principes nouveaux — qui nous permettaient de faire quelque chose de plus que ce qu'on avait fait jusqu'alors, et surtout d'expliquer et de raisonner ce quelque chose — c'est d'après ces principes, dis-je, que j'ai traité, il y a déjà douze à quinze mois, les deux malades qui se sont représentés aujourd'hui (23 avril) à la consultation du dispensaire Saint-Côme, que j'ai soumis à l'examen des médecins et des élèves.

Voici en quelques mots leur histoire succincte, mais suffisante pour l'appréciation de notre sujet. L'observation détaillée de chacun de ces malades sera d'ailleurs publiée plus tard, avec d'autres non moins significatives, dans un travail spécial et plus étendu. On ne perdra rien pour attendre, et les faits gagneront beaucoup en valeur; car c'est surtout à propos des tumeurs lacrymales que l'on peut dire : Les guérisons les plus anciennes sont toujours les meilleures.

Obs. I. — *Tumeur lacrymale rebelle à la dilatation et à la cautérisation combinées. — Excision des conduits lacrymaux; injection de teinture d'iode dans le sac. — Guérison datant de quinze mois.*

Richard, âgé de soixante-dix-huit ans, demeurant rue Mabillon, 10, a été traité par moi dans les premiers mois de l'année 1854 pour une tumeur lacrymale au deuxième degré. Le sac ayant été incisé, la dilatation avec les bougies dites cordes à violon, ainsi que plusieurs cautérisations au nitrate d'argent avec une sonde porte-caustique, furent pratiquées alternativement. Le malade fut assez rapidement guéri, et je ne le revis que trois ou quatre mois plus tard; l'affection était revenue avec ses caractères primitifs. C'est alors que j'eus recours au traitement suivant :

Le 17 novembre 1854, deux incisions se réunissant en V et circonscrivant le conduit lacrymal inférieur furent rapidement pratiquées avec des ciseaux courbes, de manière à enlever un lambeau triangulaire renfermant une portion de ce conduit; les mêmes manœuvres furent répétées ensuite sur la paupière supérieure.

Le 30 novembre, la cicatrisation est achevée, et l'échancrure palpébrale tout à fait réparée en haut et en bas.

A dater de ce jour, la tumeur lacrymale s'est affaissée, et elle a perdu en même temps ses caractères phlegmasiques.

Le liquide que renferme encore le sac et qui s'échappe, sous l'influence d'une légère pression, par un pertuis fistuleux existant à sa partie antérieure, est muqueux plutôt que purulent : sa sécrétion atteste assez qu'un certain degré de subinflammation existe encore dans le sac lacrymal, et qu'il faudra l'attaquer directement pour la faire cesser.

Le 12 décembre, une injection de teinture d'iode pure est faite par la petite fistule du sac. Après quelques jours nécessaires pour laisser passer la réaction phlegmasique qui était survenue, nous avons pu constater que le liquide sécrété par le sac était tout à fait incolore et filant comme du blanc d'œuf. Bientôt la fistulette elle-même s'est oblitérée.

Le 3 janvier, le sac est distendu, sans changement de couleur à la peau, sans douleurs et sans larmoiement.

Le 12, je fais avec une aiguille à cataracte une ponction à la partie antérieure du sac; il s'échappe par l'ouverture une certaine quantité de liquide albuminoïde, puis puriforme, preuve que l'inflammation de la muqueuse cystique n'est pas encore tout à fait éteinte. Je fais une injection de teinture d'iode étendue par la petite solution de continuité du sac; il n'y eut pas de reflux par les points lacrymaux. Une certaine quantité du liquide s'échappa, au contraire, par le nez. A dater de ce jour, la guérison fut assurée.

Je revois aujourd'hui (23 avril 1856) M. R..., il ne présente aucune trace de tumeur lacrymale; les points lacrymaux restent oblitérés, et il n'a pas de larmoiement.

On voit d'une manière évidente, d'après l'énoncé de ce seul fait, tout ce qu'il y a de vrai dans notre doctrine étiologique de la tumeur lacrymale. Les larmes n'arrivent plus dans le sac; le sac se remplit encore sous l'influence de l'état morbide acquis antérieurement; mais déjà les phénomènes phlegmasiques ont diminué très-notablement, et la nature de la sécrétion est modifiée; bref, ce n'est plus là qu'une affection catarrhale qui, mise à l'abri de sa cause provocatrice, n'a plus de raison d'être, et va céder rapidement sous l'influence d'une injection iodée.

Obs. II. — *Tumeur lacrymale rebelle à la méthode de Nannoni — Ablation de la glande et excision des conduits lacrymaux. — Guérison datant de près d'une année.*

M. Ed. Israël, âgé de vingt-trois ans, commis dans la fabrique d'horlogerie de M. Veil, 30, rue Notre-Dame-de-Nazareth, présentait depuis trois ans les symptômes de la tumeur lacrymale, lorsqu'il s'adressa, en février 1854, à M. Desmarres, qui eut d'abord recours, d'après son récit, à la dilatation temporaire (une demi-heure tous les deux jours) opérée avec le stylet de Méjean introduit par le conduit lacrymal inférieur.

Après six semaines de ce traitement resté inefficace, comme cela devait être, on plaça dans le canal nasal le clou de Scarpa. Deux mois plus tard, notre confrère substitua à cette dernière méthode la cautérisation du sac avec le fer rougi à blanc.

La guérison n'a pas été réalisée, car le 22 octobre 1854 le malade se présenta à nous dans l'état suivant :

Vers l'angle interne de l'orbite, du côté droit, existe une cicatrice linéaire consécutive à l'opération sus-indiquée ; l'œil est sans cesse larmoyant, surtout pendant les temps humides. En pressant légèrement au niveau du sac, on fait très facilement refluer par les points lacrymaux une notable quantité de muco-pus mêlé à des larmes ; du reste, il n'existe pas de tumeur très-appréciable, et il nous paraît évident que la partie supérieure seule du réservoir des larmes a échappé à la destruction. De temps en temps, soit à cause du larmoiement, soit par l'inflammation de la portion persistante du sac, la conjonctive s'irrite, s'enflamme, et il survient une ophthalmie accompagnée de photophobie, avec retentissement sur l'œil du côté opposé, accidents qui par leur fréquence tourmentent beaucoup M. Israël.

Toutefois, le malade ne se décida pas d'emblée à une nouvelle opération, ce qui se comprend assez après le traitement déjà subi. Ce ne fut que vers le milieu de mai 1855 qu'il s'adressa de nouveau à moi, après avoir éprouvé une série de conjonctivites plus ou moins intenses.

L'ablation de la glande lacrymale, pratiquée par moi le 20 mai, a été des plus simples et des plus expéditives. J'ai réuni les lèvres de la plaie avec deux serres-fines, et prescrit pour tout traitement des compresses imbibées d'eau fraîche, le repos et la diète.

Le 23, je retire les serres-fines, la réunion étant parfaite. Il n'existe qu'une ecchymose de la paupière supérieure et un peu de sécrétion muqueuse qui s'échappe du bord libre des paupières. Régime doux ; purgatif salin.

Le 26, l'ecchymose palpébrale a beaucoup diminué ; le malade peut entr'ouvrir les paupières, ce qui permet de constater une ecchymose sous conjonctivale. L'œil est intact. Le sac est encore rempli de muco-pus ; la sécrétion a cependant notablement diminué depuis deux jours.

Le 12 juin, le sac ne se remplit que d'un liquide transparent et non de muco-pus. L'œil ne pleure plus ; le sac, qu'il fallait vider, vu son état rudimentaire sans doute, toutes les dix minutes, est abandonné à lui-même la plus grande partie de la journée. Le malade est très-heureux du changement survenu dans son état.

Depuis près d'un an que l'opération a été pratiquée, M. Israël n'a plus eu d'inflammations périodiques de l'œil ; son larmoiement a cessé ; il n'a plus de sa maladie première qu'un accident presque insignifiant : quelques mucosités s'accumulent encore dans le sac, et il est obligé de les faire refluer de temps en temps par les points lacrymaux, ces mucosités ne pouvant s'échapper par le canal nasal oblitéré. J'ai voulu néanmoins faire cesser ce dernier vestige de la maladie en excisant le 14 avril dernier les points lacrymaux ; le 23, leur oblitération était assurée ; le sac ne s'est plus rempli ; la guérison est par conséquent complète.

Je n'ai point l'intention à propos de ce fait d'établir un parallèle entre la méthode de Nannoni et la mienne ; le terrain serait trop à mon avantage ; je veux seulement faire remarquer que la seconde a du moins un avantage, celui de venir en aide à la première pour compléter les succès.

TUMEUR ÉRECTILE DE L'ARTICULATION DU GENOU.

Par M. E. Bouchut.

Une fille de trois ans, couchée au n° 14 de la salle Sainte-Rosalie, à l'hôpital Sainte-Eugénie, faible, chétive, anémique, est entrée avec une tumeur du genou faisant saillie à la partie interne des condyles du fémur.

Cette tumeur était molle, élastique, sans changement de couleur à la peau, et on y sentait une résistance semblable à de la fluctuation. Une ponction exploratrice fut faite ; il ne sortit que deux ou trois gouttes de sang, et il n'y eut pas d'inflammation consécutive.

Un mois après, l'enfant mourut de diarrhée colliquative.

L'articulation du genou disséquée avec soin montra :

1° La peau saine ;

2° Sous la peau, une couche de tissu cellulaire à travers laquelle on voyait les inégalités d'une tumeur molle et noire faisant saillie en dedans de la rotule, en dedans des condyles du fémur et du tibia, et pénétrant dans l'articulation du genou ;

3° Une articulation fémoro-tibiale saine, sans liquide intérieur, des cartilages intacts et une séreuse naturelle ;

4° Une tumeur noirâtre spongieuse pénétrant entre les condyles internes du fémur et du tibia, jusqu'aux ligaments croisés de l'articulation, et recouvrant au dehors ces condyles dans une étendue de 4 centimètres environ.

Cette tumeur, en tout du volume d'une petite noix, est formée d'une trame fibreuse aréolaire, formant des petites cavités inégales communiquant les unes avec les autres et remplies de sang. Cette trame remplie de sang a l'aspect du tissu des corps caverneux ou du tissu hémorrhoïdal ; en raclant avec le scapel, on fait circuler le sang d'une cavité à l'autre ou on le fait sortir au dehors par les ouvertures faites au moment de la préparation.

On ne saurait mieux donner l'idée de ce tissu singulier qu'en le comparant à une éponge très-fine remplie de sang.

On ne trouve dans cette trame aucun élément vasculaire, et elle paraît, au microscope, exclusivement composée par les éléments du tissu cellulaire. Une pression faite avec soin a pu enlever tout le sang contenu dans son intérieur.

Ce qu'il y a de curieux dans ce produit morbide, c'est l'absence de tout élément hétéromorphe, et sa constitution par un élément anatomique normal offrant une disposition très-rare et qui n'a pas encore été signalée. Ce n'était pas un tissu érectile vasculaire proprement dit, avec des vaisseaux distincts, qu'on a désigné sous le nom de tissu fongueux ou de fongosités sanguines ; c'était un tissu celluleux érectile spongoïde rempli de sang noir, fluide, facile à enlever. (*Société de biologie.*)

DE L'EMPLOI DE LA CONICINE

dans le traitement de la photophobie scrofuleuse.

Le docteur Mauthner prétend s'être fort bien trouvé dans plusieurs cas de cette affection, sans inflammation, de l'application répétée deux ou trois fois par jour de l'émulsion suivante :

Conicine.	25 centigr.
Huile d'amandes douces.	4 gramm.

Cette application se fait au moyen d'un pinceau de poils de chameau. Il ajoute que des sujets réfractaires à tout autre traitement, ont été guéris dans l'espace de huit à quatorze jours.

(*Journ. für Kinderkr.*)

EMPLOI DE LA BELLADONE CONTRE L'ANGINE TONSILLAIRE.

Un médecin hongrois, M. le docteur Popper, se fondant sur plus de cinq cents observations, affirme qu'il n'est pas de meilleur remède contre l'angine tonsillaire que la teinture de belladone administrée en potion. Ce médicament, qui, du reste, ne convient ni dans l'angine diphthérique ni dans celle qui est de nature syphilitique, produit si rapidement son effet désiré, que le plus souvent la guérison ne se fait pas attendre au delà de vingt-quatre heures.

(*Répert. de pharm.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 août 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy St-Hilaire.

L'Académie est informée de la perte qu'elle vient de faire de deux de ses membres correspondants, M. Girou de Buzareingues, dans la section d'économie rurale, et M. Dunal, doyen de la Faculté des sciences de Montpellier, dans la section de botanique.

Enseignement des sourds-muets. — M. le docteur Blanchet, chirurgien de l'Institution impériale des sourds-muets de Paris, présente un mémoire ayant pour titre : *De l'universalisation de l'enseignement des sourds-muets et des aveugles ; urgence, possibilité et avantages de cet enseignement obtenus par la réunion des sourds-muets avec les parlants dans les écoles primaires.* Suivant l'auteur, il y a urgence à universaliser l'instruction des sourds-muets, et il le démontre en établissant la situation des sourds-muets illettrés de la France. Sur trente mille de ces infortunés, deux mille à peine sont instruits dans les écoles. Ce chiffre n'est pas le tiers des enfants qui ont besoin d'éducation. Il corrobore son opinion par le tableau des progrès, supérieurs aux nôtres, que l'Allemagne réalise chaque jour. Aujourd'hui, en Belgique, en Prusse, en Danemark et en Suède, l'éducation est donnée à tous les sourds-muets. Au lieu de cela, en France, les conseils généraux sont forcés, chaque année, de faire un choix entre des malheureux qui tous ont un droit égal à l'instruction, et de ne prononcer l'admission que d'un tiers seulement, et cela souvent à un âge où l'instruction devrait être terminée. De plus, pour obéir à la loi, ils sont obligés trop souvent d'abandonner pour toujours à leur ignorance les infortunés qui ont atteint leur quinzième année.

L'auteur s'applique, dans la seconde partie de son travail, à réfuter les objections qui peuvent s'élever contre l'universalisation de l'enseignement des sourds-muets, et il démontre la possibilité d'étendre à toute la France ce qu'il a pu appliquer à tout Paris, où, grâce aux plus petites écoles qu'il a fondées successivement depuis 1848 sur huit points de la capitale, avec le concours de la Société d'assistance en faveur des sourds muets et des aveugles, il ne reste plus un sourd-muet, un aveugle privés d'instruction. Ainsi tous les sourds-muets et aveugles de Paris, plus heureux que ceux des autres parties de la France, peuvent recevoir l'éducation au même âge que les entendants, sans séparation de la famille et de la société.

L'enseignement que les élèves reçoivent dans les écoles, outre le précieux avantage de laisser l'enfant dans sa famille, répond à tous leurs besoins, et est assez complet pour leur permettre, comme aux parlants, d'entrer dans les ateliers à leur sortie de l'école.

Les sourds-muets, dans ces écoles annexes, reçoivent leur instruction d'un maître spécial, mais ils participent en commun, avec les parlants, à tous les exercices où le secours des yeux est seul nécessaire, comme l'écriture, le dessin, etc. Un certain nombre d'élèves parlants servent à seconder le maître pour l'enseignement de la lecture sur les livres et de l'articulation, et familiarisent ainsi les enfants avec l'usage de la parole. Dans les communes où il n'y a qu'un ou deux sourds-muets à l'école, l'instituteur, aidé d'un moniteur, pourra très-bien enseigner ces infortunés.

Lorsque l'instruction primaire sera terminée, les enfants continueront à fréquenter l'école le matin pendant les deux premières années de leur éducation professionnelle ; cette mesure aura pour but de procurer à l'élève les conseils du maître, qui pourra le guider, l'encourager et lui faciliter ainsi son éducation professionnelle. Ces principes sont mis en pratique dans les écoles de garçons et de filles créées sur divers points de Paris, dont quatre, sur les rapports du comité de l'instruction, ont été déclarées écoles municipales. Pour hâter l'universalisation de cet enseignement et l'application de ces moyens, M. Blanchet propose d'instituer des primes d'encouragement à tout instituteur qui recevra des sourds-muets ou des aveugles dans son école, et qui se livrera à leur enseignement. Cette nouvelle mesure ne peut faire craindre, suivant lui, pour les institutions existantes ; il pense, au contraire, qu'elle ne peut que les affermir et montrer davantage l'utilité de leur existence.

M. Blanchet cherche enfin à prouver que ce système offre le précieux avantage de permettre de commencer le développement de l'intelligence des sourds-muets dès la plus tendre enfance (chose utile, quel que soit le mode d'instruction adopté), de conserver à l'enfant infirme sa mère, de lui donner presque sans frais l'instruction, de lui apprendre dès le jeune âge à communiquer avec les parlants, et aux parlants d'établir des relations avec lui ; qu'il permet dans un temps très-court d'universaliser l'éducation du sourd-muet et de l'aveugle, et de pourvoir à l'instruction de l'orphelin et de l'enfant abandonné ; qu'il résout enfin immédiatement le problème de l'assistance en faveur de ces infortunés.

Application à la thérapeutique du carbazotate de potasse. — M. J. Nicklès adresse en faveur de M. Braconnot, de Nancy, dont il est le successeur, une réclamation à l'occasion d'une communication récente de MM. Calvert et Moffat, sur les propriétés fébrifuges de l'acide picrique ou carbazotique.

Il résulte de la citation que M. Nicklès emprunte à un mémoire de M. Braconnot, publié en 1830, dans les *Annales de chimie et de physique*, que ce chimiste a eu l'idée d'essayer le carbazotate de potasse en dissolution dans l'eau et à de très-petites doses sur trois individus atteints de fièvre intermittente, et qu'à sa très-grande surprise, ils furent guéris aussi promptement qu'ils auraient pu l'être avec le sulfate de quinine.

— M. Cl. Guyot présente une note intitulée *Anesthésie cutanée produite par un courant électrique ; abaissement de température sous l'influence du même moyen dans les parties électrisées.* (Commissaires : MM. Becquerel, Cl. Bernard.)

— M. Gigon adresse d'Angoulême, pour le concours Montyon (prix de médecine et de chirurgie), de *Nouvelles recherches sur l'ischurie urétrique*, et y joint, pour se conformer à une des conditions imposées aux concurrents, une indication de ce qu'il considère comme neuf dans son nouveau travail.

— M Guillon adresse, comme pièce de nature à prouver l'importance des inventions relatives à la *lithotritie*, qu'il a présentées pour le concours de médecine et de chirurgie, plusieurs exemplaires d'un opuscule concernant l'emploi qui a été fait de son brise-pierre pulvérisateur dans plusieurs opérations de lithotritie, par M. Barrier, chirurgien à Lyon. (Renvoi à la Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

L'Académie renvoie à l'examen de la section de médecine, constituée en commission spéciale pour le prix du legs *Bréant*, un ouvrage de M. Brochart, ayant pour titre *Du mode de propagation du choléra et de la nature contagieuse de cette maladie, relation médicale de l'épidémie de choléra qui a régné, en 1849, à Nogent-le-Rotrou.*

Et un opuscule de M. Roux intitulé *Dilution du sang par l'éther sulfurique soufré, comme moyen curatif et préventif du choléra.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE CONSTANTINOPLE.

Séance du 26 avril 1856. — Présidence de M. Baudens.

M. Barudel entretient la Société du traitement qu'il a adopté dans l'épidémie régnante, chez les typhiques qui ont contracté la maladie à l'hôpital même (blessés, vénériens, fiévreux).

Les principales médications qui s'offraient à son choix étaient l'antiphlogistique, l'évacuante, la tonique, la stimulante, la spécifique, l'expectante et la rationnelle ou médication des symptômes. Toutes lui ont fourni leur secours, et il insistait sur celle qui lui avait procuré de bons effets. La connaissance des tempéraments lui servait de guide pour les inductions. M. Barudel ne croit pas à l'existence des inflammations dans le typhus. Toutefois, quand il rencontrait des manifestations pyrétiques, il recourait à la saignée générale, qu'il faisait suivre d'un vomi-purgatif. A ces moyens, il ajoutait les tempérants, quelques laxatifs, etc. Si le sujet était faible, nerveux, fiévreux surtout, c'étaient les émissions sanguines locales qu'il mettait en usage, avec des applications froides sur la tête ; ensuite, il administrait les évacuants. Quand apparaissait l'ataxo-adynamie, il prescrivait le tartre stibié, qu'il continuait trois jours, et dont il a eu à se louer, surtout lorsqu'il existait des symptômes broncho-pulmonaires. Dans cette seconde période, les vésicatoires ont été l'adjuvant le plus précieux ; il leur adjoignait les sinapismes, les frictions excitantes, et, à l'intérieur, l'éther, la limonade vineuse et divers autres remèdes de la même classe. Le quinquina et le sulfate de quinine étaient employés dans la troisième période, concurremment avec les toniques qui avaient été administrés pendant la seconde. Les stimulants ont rarement trouvé leur emploi dans la pratique de M. Barudel. Un régime fortifiant commencé de bonne heure, la propreté, la sortie des salles où se trouvaient un grand nombre de malades, hâtaient chez les convalescents le rétablissement de la santé. M. Barudel a observé quelques cas à forme insidieuse et irrégulière. Dans ces cas, le sulfate de quinine régularisait la marche de la maladie ; mais, cet effet obtenu, l'usage de ce médicament lui a paru inutile. M. Barudel, grâce à cette méthode, n'a perdu que quatre malades sur quarante qu'il a traités.

M. Netter signale l'extrême dépressibilité du pouls qui se remarque pendant tout le cours de la maladie, et qui chez les convalescents et les malades est le premier signe qui annonce l'atteinte du typhus ; elle est sensible vingt-quatre heures avant tout autre phénomène.

On a admis une différence de formes suivant les sujets ; M. Netter veut qu'on ajoute, et suivant les saisons. Cette différence lui paraît tellement tranchée qu'il ne saurait considérer comme possible le rapprochement fait par M. Jacquot entre l'épidémie actuelle et la précédente. M. Netter a observé une forme pectorale, une cérébrale et une

gastro-intestinale, tenant non à des différences d'idiosyncrasie, mais de saisons ou même de mois. Si donc on veut établir un parallèle entre les deux épidémies, il ne faut pas le faire en bloc, mais bien en comparant les formes des épidémies pendant les mêmes mois correspondants, en tenant compte des phénomènes météorologiques.

Quant au traitement, M. Netter pense qu'il faut chercher seulement les moyens qui peuvent enrayer immédiatement le mal. Il a essayé le sulfate de quinine à haute dose comme abortif. Il n'en a vu ni avantages ni inconvénients. Dans les cas moyens, employée au même titre, la limonade minérale lui a rendu quelques services. Enfin, il s'est également bien trouvé des vésicatoires multiples quand dès l'invasion la tête semblait plus immédiatement compromise.

M. Arnaud, médecin de la marine, reconnaît que l'épidémie régnante est bien le typhus. Il pense que la situation de l'hôpital de M. Cazalas a pu imprimer à la maladie un caractère intermittent, qui en a changé l'aspect.

En traçant un tableau exact des caractères de l'épidémie, M. Jacquot a fait preuve d'une grande sagacité lorsqu'il en a pris les éléments dans les organisations vierges de toute influence morbide, suivant ses expressions. Dans la marine, on n'a pas eu la peine qu'a dû éprouver ce médecin pour dégager la maladie. Là les matelots ont été frappés au milieu de la plus parfaite santé. Les faits qu'il a puisés dans sa pratique ou dans celle de ses collègues viennent à l'appui des opinions de M. Jacquot.

Depuis le commencement de la guerre actuelle, quinze bâtiments de la marine impériale ont été atteints de l'épidémie. Sauf un (le *Marengo*), tous avaient embarqué des malades. C'est à la suite de l'embarquement que le typhus a éclaté. Quant au *Marengo*, la maladie se manifesta pendant son voyage pour la France, où il amenait des condamnés militaires, qui paraissaient tous bien portants lors de leur départ de la Crimée.

De l'ensemble des faits qu'il expose, M. Arnaud conclut qu'il existe dans le typhus une période d'incubation variant de dix à quinze jours et au delà, s'accomplissant fatalement dans le sein ou hors du foyer épidémique; que l'invasion est marquée par des symptômes de congestion céphalique; que les symptômes catharreux sur lesquels Frank a insisté, subordonnés à une température basse, se montrent suivant les circonstances; qu'à la fin de la période inflammatoire, variable dans sa durée, apparaît la stupeur suivie parfois d'extases et de l'éruption caractérisque, qui se fait aussi quelquefois dès le début.

En remarquant que, malgré les réclamations des médecins, on a embarqué deux fois plus de malades qu'il ne convenait, et ensuite que c'est à bord même que les soldats ont été pris du typhus, les hôpitaux de Constantinople n'ayant été infectés qu'après, M. Arnaud, qui ignore du reste à quelle cause on attribue le typhus de la Crimée, attribue celui de Constantinople à l'encombrement des bâtiments.

Pour lui, la communicabilité du typhus est prouvée, il faudrait donc pour arrêter le mal, s'abstenir d'envoyer des typhiques, ou, dans le cas où cela n'est pas possible, réduire à moitié du chiffre normal le nombre des malades placés sur chaque navire.

M. Arnaud admet que, comme la variole, le typhus a un cours nécessaire. Il pense donc que dans le traitement, le rôle du médecin doit se borner à surveiller et conduire la maladie. Cependant il a vu le vomitif arrêter le mal chez quelques individus. Il n'est pas fixé sur l'utilité des émissions sanguines, et quant au sulfate de quinine, il en reconnaît les avantages dans les cas où il existe une périodicité, mais il ne pense pas, comme M. Valette, qu'il doive constituer la base du traitement. Partant de l'idée que le typhus est un empoisonnement miasmatique, dont on ne connaît pas l'antidote, il a cherché à éliminer le poison par toutes les voies possibles. Il a par conséquent provoqué suivant le cas, les sueurs, les épistaxis, les sécrétions intestinales, sans négliger les sédatifs du système nerveux. Quant aux vésicatoires, il en conteste l'utilité.

M. Baudens fait remarquer que l'entassement des malades à bord, était une nécessité inévitable, à moins de les laisser sur la plage. Du reste il n'admet pas l'opinion trop exclusive de M. Arnaud sur les effets de l'entassement. Le séjour préalable des typhiques dans un lieu donné occasionne la maladie. Cette opinion est basée sur plusieurs exemples. M. Baudens pense donc qu'il suffit de rester dans un lieu où il y a eu des typhiques, pour avoir le typhus, sans que la présence actuelle de malades soit nécessaire.

MM. Garreau et Lustreman confirment l'assertion de M. Baudens.

M. Garreau estime que l'encombrement seul ne suffit pas pour produire le typhus. Lors du départ de France de l'armée expéditionnaire, il y avait entassement à bord, et cependant le typhus n'a pas été observé. Longtemps l'hôpital de Daoud-Pacha a été encombré, on n'y a pas vu pourtant naître le typhus. Il faut, indépendamment de l'encombrement, l'exhalaison de miasmes putrides animaux. En Crimée, l'armée campait sur un terrain qui recouvrait des cadavres d'hommes et d'animaux. Les exhalaisons qui en résultaient ont occasionné la maladie. Une fois manifesté, le typhus se généralise, qu'il y ait ou non encombrement. C'est là ce qu'il a observé à Daoud-Pacha, où le typhus a sévi, bien qu'au moment de son apparition l'établissement ne se trouvât pas encombré.

Comme M. Arnaud, M. Garreau croit à l'efficacité du sulfate de quinine quand le malade a subi l'influence palustre. Le sulfate de quinine ne lui a pas paru moins utile dans ce délire désordonné qu'on remarque parfois dans le typhus. Employé à haute dose, il fait tomber dans le délire, sans cependant enrayer la maladie. Le café produit aussi de bons effets dans la troisième période.

M. Quesnoy remarque qu'en Crimée le typhus se manifeste non-seulement dans les ambulances, mais aussi dans les régiments. Il ne faut pas, dit-il, perdre de vue cette circonstance, qui non moins que le traitement met sur la voie du diagnostic.

Il y a en Crimée des marais, et leur influence se fait sentir même dans le cœur de l'hiver. Ce sont là des conditions qui donnent une certaine valeur aux opinions de M. Cazalas, sans cependant expliquer tout. Ainsi, tout en reconnaissant l'existence des fièvres paludéennes, M. Quesnoy trouve que M. Cazalas leur a fait une trop large part.

M. Baudens répond à cette triple assertion que les Anglais n'ont eu ni fièvre intermittente, ni scorbut, ni tyhus, tandis que l'armée française leur a payé un large tribut, en établissant d'abord qu'il n'est pas exact de dire que l'armée anglaise a été exempte de fièvre intermittente; mais que si elle a été moins éprouvée que l'armée française, cela tient à la situation dans laquelle elle s'est trouvée, à une beaucoup plus grande distance de la Tchernaïa.

Quant au scorbut qui a épargné l'armée anglaise, M. Baudens énumère les diverses circonstances qui expliquent cette immunité.

Le secrétaire, Leval.

La commission du banquet offert aux médecins de l'armée d'Orient,

A monsieur le docteur Michel Lévy, *directeur de l'Ecole de médecine militaire du Val-de-Grâce, membre du conseil de santé des armées, etc.*

Monsieur et très-honoré confrère,

La commission regrette profondément que la publicité que vous avez donnée à la lettre adressée par vous à son président la mette dans la nécessité de vous répondre publiquement.

Vous parlez de vos embarras; la commission en éprouve de plus grands pour comprendre les susceptibilités que vous avez cru devoir exposer au public; susceptibilités qu'elle n'avait pu ni prévoir, ni pressentir, qu'elle a tout fait pour détruire aussitôt qu'elles lui ont été connues, qu'elle espérait même avoir effacées de votre esprit, lorsque la publication bien inattendue, et dans tous les cas bien inopportune, de votre lettre est venue lui prouver qu'elle s'était trompée.

La commission ne peut et ne doit entrer dans la discussion des motifs que vous avez exposés dans votre lettre. Elle s'est associée avec chaleur et sans réserve à la belle pensée d'honorer par une manifestation confraternelle le dévouement et le courage des médecins de l'armée et de la flotte. Il est possible que dans sa manifestation, et pressée par le temps, elle ait commis quelques erreurs, quelques inadvertances, quelques manquements aux règles de la hiérarchie; mais elle a cru que ces méprises inévitables s'effaceraient devant la pensée qui l'anime, et qu'elles passeraient surtout inaperçues par les esprits élevés auxquels elle s'adresse.

Permettez-nous de vous dire, monsieur et très-honoré confrère, que les distinctions que vous établissez dans votre lettre nous paraissent plus subtiles que légitimes. Nous avons voulu honorer nos confrères de l'armée d'Orient, il était donc tout naturel que nos invitations s'adressassent à eux seuls. Mais à cette fête confraternelle et de famille, devions-nous empêcher de participer nos autres confrères de l'armée?

C'est alors certainement que nous eussions mérité un blâme, et nos confrères de l'armée qui n'ont pas fait la guerre d'Orient eussent eu raison de nous demander les motifs d'une exclusion blessante. Pendant que nous fêterons nos confrères, nous avons voulu qu'ils pussent aussi fêter leurs camarades, et cette fusion des deux éléments de la famille médicale dans une seule fête nous a paru et nous persistons à la croire digne, loyale et sincèrement confraternelle.

Les honorables médecins stagiaires au Val-de-Grâce ont été appelés à souscrire à notre fête au même titre que les internes de nos hôpitaux civils, parce qu'il nous a paru bon et utile de placer les élèves à côté des maîtres, et que c'est toujours un enseignement sain et digne de montrer aux jeunes hommes qui entrent dans la carrière l'exemple de ceux qui la parcourent avec honneur et gloire.

Pas n'était besoin, monsieur et très-honoré confrère, de votre manifestation publique en faveur des veuves et des orphelins de nos confrères de l'armée d'Orient. Cette belle et généreuse pensée s'était fait jour spontanément dans le sein de la commission. Mais la commission a pensé qu'il ne fallait pas la jeter comme une diversion à la fête qui se prépare; elle a voulu étudier la question sur laquelle elle ne possède encore aucun élément; elle a voulu surtout éviter qu'une manifestation de ce genre pût être considérée comme une critique des actes du gouvernement, et quand les circonstances lui paraîtront favorables, soit collectivement, soit par chacun de ses membres, elle saura donner à cet acte, s'il est nécessaire, le caractère qui lui convient.

Monsieur et honoré confrère, nous avons fait un appel libre à tous les éléments de la famille médicale, et la famille médicale, qui n'a pu prévoir que des objections et des embarras nous viendraient du côté d'où nous devions le moins les attendre, a répondu avec empressement à notre appel. La fête sera digne de son but, digne des honorables et braves confrères que la famille médicale a voulu honorer; elle sera digne de vous, cher et illustre médecin militaire, car nous n'avons jamais perdu l'espoir de vous voir assis à notre table amie.

Agréez, etc.

Le secrétaire trésorier de la commission, Dr Maheux.

Le président de la commission, Baron Paul Dubois.

La lettre suivante a été adressée à M. le baron Dubois, président de la commission du banquet offert par le corps médical de France aux médecins de l'armée et de la flotte d'Orient, par l'ambassadeur de la Grande-Bretagne :

Monsieur le baron,

Je me suis empressé d'en référer à mon gouvernement au sujet de votre lettre datée du 23 du mois passé.

Le ministre de la guerre a nommé sir John Hall, chevalier commandeur de l'ordre du Bain, inspecteur général des hôpitaux en Orient, et le département de l'amirauté a désigné M. David Deas, compagnon dudit ordre et inspecteur médical de nos flottes et hôpitaux maritimes dans la mer Noire, comme devant se rendre à l'honorable invitation de la commission du banquet fixé pour le 20 août, afin d'y représenter le corps de santé militaire et maritime anglais.

Je dois observer que M. David Deas est en ce moment en route pour retourner en Angleterre, où on l'attend vers le 16 du courant; mais, s'il n'arrivait pas à temps, les lords de l'amirauté enverraient M. le docteur Charles R. Kuinear, sous-inspecteur des mêmes hôpitaux et flotte, pour représenter le service médical maritime au banquet.

Veuillez agréer, etc. Lord Cowley.

M. le docteur Sinapian, professeur à l'Ecole de médecine de Constantinople, est désigné par l'ambassadeur turc pour représenter au banquet le corps médical de l'Empire ottoman.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 2 août 1856, ont été chargés de présider les sessions d'examen des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie qui doivent avoir lieu pendant le mois de septembre prochain (réception des officiers de santé, sages-femmes, pharmaciens de deuxième classe et herboristes), MM. Alquié, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, et Pouzin, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de la même ville, pour les écoles situées dans les Académies d'Aix, de Grenoble, de Clermont, de Toulouse et de Bordeaux.

Nous avons donné dans notre numéro de mardi dernier les noms des professeurs chargés de présider les sessions d'examen dans les autres ressorts académiques.

— Ceux de nos confrères de Paris qui ont souscrit dans nos bureaux au banquet des médecins de l'armée d'Orient, peuvent y faire retirer leurs cartes d'admission.

Le courrier de demain portera à ceux des départements les cartes qui leur sont destinées.

Désormais nous pourrons remettre la carte d'admission au moment même de la souscription.

— La commission du banquet aurait voulu envoyer des circulaires de souscription aux médecins de l'armée et de la flotte qui ne sont point allés en Orient, comme elle en a envoyé à un assez grand nombre de médecins civils. Dans l'impossibilité où elle s'est trouvée, à cause des mouvements de troupes qui ont lieu en ce moment, de connaître les noms et la demeure actuelle de chacun d'eux, elle n'a fait parvenir qu'un petit nombre de circulaires. Elle prie MM. les médecins militaires et de la flotte qui n'en ont pas reçu, de vouloir bien néanmoins se considérer comme engagés à prendre part comme souscripteurs au banquet offert à leurs confrères.

— M. le docteur Létalenet, chirurgien-major de l'état-major de la garde nationale de la Seine, ancien président de la société médicale du 1er arrondissement, est mort d'une affection chronique organique de l'estomac, le 2 août 1856.

— La Société médicale du XIIe arrondissement tiendra sa prochaine séance demain mercredi 13 août, à huit heures très-précises du soir, à la mairie, place du Panthéon. L'ordre du jour est ainsi composé :

1° Classification des maladies mentales, par M. Delasiauve, médecin de l'hospice de Bicêtre;

2° Réduction des dimensions exagérées du pavillon de l'orejlle, par une opération chirurgicale, par M. Anasthasi Guido;

3° Observation de fracture de l'épitrochlée, par M. Ratti, docteur en médecine de la Faculté de Gênes;

4° Communications diverses.

Les membres des autres Sociétés médicales sont invités aux séances, qui ont lieu le deuxième mercredi de chaque mois. Les personnes qui désirent faire des communications à la Société sont priées d'en informer le secrétaire général avant le 1er du mois.

— Le bureau de la société de médecine de Toulouse, pour l'année 1856-57, a été ainsi constitué :

MM. Filhol, *président*; Gaussail, *vice-président*; Dassier (Aug.), *secrétaire-général*; Despaignol, *secrétaire du prima mensis*; Naudin (J.), *archiviste*; Couseran, *trésorier*; Dassier (Ad.), *secrétaire des consultations gratuites*; Cany et Faurès, *membres adjoints*.

La commission permanente de salubrité publique est ainsi composée : MM. Timbal-Lagrave, Marchant, Bessières, Cany, Despaignol.

— Vingt et un marchands de lait viennent d'être cités devant le tribunal (8e chambre); la quantité d'eau trouvée dans leur lait par les chimistes varie de 15 à 25 parties d'eau sur 100.

Un des prévenus, interrogé par le président, ne nie pas la fraude, mais il assure qu'elle provient des gens de la campagne, qui envoient le lait aux marchands de Paris. Nous n'y pouvons rien, dit-il; quand le lait arrive, nous le vérifions au moyen du galactomètre; mais quand le galactomètre marque le n° 1, cela signifie que le lait est pur, et l'on sait cependant qu'à ce n° 1 l'on trouve dans le lait 15 parties d'eau.

Plusieurs autres prévenus font les mêmes observations. Ils vendent le lait, disent-ils, tel qu'il leur est envoyé de la campagne, et après vérification au moyen du galactomètre.

Les défenseurs affirment que l'expérience due aux nombreuses poursuites judiciaires a démontré l'incertitude des données admises jusqu'à présent. Ils s'appuient sur un récent arrêt de la Cour impériale de Paris qui a nommé une commission composée de MM. Boussingault, Bouchardat et Cl. Bernard pour examiner cette importante question.

Cette commission, qui n'a pu encore présenter son rapport, est chargée d'examiner toute la question de principes, et notamment quelles sont la quantité normale d'eau naturelle et la proportion des matières fixes (caséum, lactine et beurre) contenues dans le lait.

Plusieurs des défenseurs demandaient en conséquence un sursis jusqu'au rapport de la commission scientifique nommée par la Cour; mais le tribunal a rejeté cette demande.

— Dans une commune voisine de Lille, une jeune femme, mère pour la troisième fois, et qui avait toujours eu deux enfants à chacune de ses couches, vient de donner le jour à cinq enfants, trois garçons et deux filles, après être restée quarante heures dans les douleurs.

Tous ces enfants étaient parfaitement conformés, d'un poids faible, on le comprend; deux jours après la naissance du dernier, ils étaient en bonnes conditions d'existence.

Une singulière particularité, c'est que durant les derniers temps de sa grossesse, la mère était affectée d'un phénomène de duplication dans la vue : tous les objets lui paraissaient plusieurs fois répétés. Y aurait-il rapport entre cette affection et le fait de la grossesse?

Depuis l'accouchement, la vue de la mère est revenue à son état normal.

Le Soeur.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 96. — JEUDI 14 AOUT 1856. (29e ANNÉE.) N° 96. — JEUDI 14 AOUT 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les ateliers étant fermés vendredi, à l'occasion de la fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas samedi prochain.

PARIS, LE 13 AOUT 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

Nous n'avions pas tort de dire que c'était une grosse question que celle qu'ont soulevée dans l'avant-dernière séance MM. Bouley et Reynal. On ne jette pas ainsi le doute et la négation sur un fait acquis à la science, et qui depuis plus de quinze ans a servi de moyen d'expérimentation entre les mains de tous les toxicologistes, sans s'attendre à une vive résistance. Le premier mouvement a été un mouvement de surprise, une vive et pénible émotion, comme l'a dit M. Velpeau, de voir mettre en question toute une doctrine toxicologique dont l'Ecole de Paris s'honore à juste titre. Et cependant le moyen de ne pas ajouter foi aux faits avancés par M. Bouley! Eh bien! sans qu'il soit besoin d'attendre les expériences et le rapport de la commission, nous croyons dès à présent pouvoir assurer que le monument élevé à la toxicologie ne périra pas, qu'il ne sera même pas ébranlé. Quelques jours après la lecture du mémoire de MM. Bouley et Reynal, M. Jobert a fait quelques expériences, dont il a bien voulu nous rendre témoin, et leur résultat n'a pas laissé de doute dans notre esprit sur l'exactitude de tout ce qui avait été avancé à cet égard par l'illustre toxicologiste. Ces expériences, que M. Jobert a exposées de vive voix à l'Académie, ne prouvent pas seulement le peu de nocuité de la ligature de l'œsophage, mais elles jettent encore du jour sur les circonstances qui peuvent la rendre nocible, et tendent ainsi à préparer la solution de la question en mettant sur la voie des causes qui ont pu faire naître la contradiction.

Mais d'autres témoignages devaient encore, dans cette même séance, raffermir les convictions ébranlées et rassurer les esprits émus par les expériences d'Alfort. Obligé par son nom et par l'héritage scientifique qu'il a courageusement accepté, M. L. Orfila est venu apporter à la tribune le tribut de son expérience personnelle à l'appui des expériences de son oncle. Enfin un jeune expérimentateur dont l'Académie a déjà pu apprécier l'habileté et le mérite, M. Colin, à l'aide d'expériences faites sur le même terrain et avec les mêmes armes, s'il nous est permis de parler ainsi, a combattu pied à pied toutes les propositions et les conclusions du travail de MM. Bouley et Reynal.

M. Bouley, qui n'était pas présent pendant ces diverses lectures, répondra probablement dans la prochaine séance; et il nous mettra à même sans doute, par la description précise du manuel opératoire qu'il a suivi, d'apprécier les causes qui lui ont fait constater des résultats si différents de ceux qui ont été presque unanimement observés jusqu'ici.

Entre deux défenseurs de la ligature œsophagienne, M. Poggiale a lu un mémoire qui a fait diversion sur le fond du sujet dont l'Académie semblait presque exclusivement préoccupée. Cependant les recherches dont M. Poggiale a communiqué les résultats dans ce mémoire, qui n'est qu'une première partie d'un travail plus complet et plus considérable, ne méritent pas moins son intérêt. Il s'agit de recherches sur la composition chimique et les équivalents nutritifs des principaux aliments de l'homme. L'énoncé seul du problème en indique assez l'importance; mais l'étendue de la séance ne nous permet par d'en aborder l'examen aujourd'hui. Nous renvoyons l'analyse et l'appréciation de ce travail au numéro prochain. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Du rachitis (1).

Symptomatologie. — Le rachitis présente deux ordres de symptômes : des symptômes généraux fonctionnels et des symptômes physiques ou organiques, selon M. Beylard, ou si vous le préférez, des symptômes précurseurs et des symptômes confirmés.

Les premiers indices de la maladie sont assez difficiles à saisir. L'enfant, sous l'influence du rachitis, devient triste, maussade ; sa curiosité n'est plus excitée, aussi néglige-t-il ses jouets ; son teint, perdant de son éclat, devient jaune et blafard ; l'appétit persiste, mais les digestions sont dérangées. Quelquefois il survient des vomissements et souvent de la diarrhée ; le ventre se ballonne ; enfin le sujet maigrit. La peau est chaude, couverte de sueur, surtout au ventre et à la tête ; fréquemment il y a des éruptions sudorales, le pouls devient fréquent, et il y a un mouvement fébrile presque continu. Les urines sont abondantes et peu colorées ; à l'examen, on constate un dépôt assez considérable de phosphate de chaux. La respiration est gênée, elle est courte et difficile ; les malades toussent fréquemment, et sont plus tard sujets à des affections aiguës des poumons (je dis *aiguës* car les tubercules paraissent exclure le rachitis et réciproquement), souvent hypostatiques, qui les enlèvent en quelques jours. L'intelligence est en général très-développée.

En même temps, les enfants montrent une aversion extrême pour toute espèce de mouvements ; ils crient et semblent souffrir lorsqu'on veut les asseoir, ou lorsqu'on les approche du sein pour les faire teter. Ils sont d'une faiblesse extrême ; s'ils commençaient à se tenir droits et fermes sur leurs reins, vers l'âge de quatre à cinq mois, ils ne le peuvent plus, laissent tomber leur tête, et ne veulent plus quitter le lit. Ils se plaignent continuellement, même s'ils sont au repos. Lorsqu'on les prend par les bras, ou qu'on veut les faire marcher, ils crient ; ils crient même par l'appréhension de tout contact.

Cette sensibilité anormale et cette aversion pour tout exercice sont les premiers symptômes saillants et propres au ramollissement des os ; ils peuvent se prolonger pendant plusieurs mois sans qu'aucune lésion physique, aucune courbure apparaisse et éveille l'idée d'un état pathologique du squelette.

Déformations. — Dans la généralité des cas, les symptômes physiques ne tardent pas à apparaître. Ils consistent presque exclusivement en des déformations dues à des altérations plus ou moins profondes des os. Ces altérations varient de siége selon l'âge des petits malades ; mais, si l'on suppose un type de rachitis, on remarque au niveau des articulations, au poignet, au genou et aux pieds surtout, un gonflement des têtes osseuses et un relâchement des ligaments, au point de permettre quelquefois aux surfaces articulaires de s'écarter : d'où il résulte à leur niveau un étranglement circulaire, comme si on avait serré le membre avec un lien. Cette apparence est d'autant plus marquée que le gonflement des extrémités osseuses est plus considérable.

L'augmentation de volume des extrémités osseuses atteint ordinairement plusieurs articulations, et elle est presque toujours accompagnée ou bientôt suivie d'autres déformations qui rendent évidente la nature de la maladie.

Chez les très-jeunes sujets, le raccourcissement des os, la tuméfaction des articulations et la déformation qui en est la suite sont très souvent les premiers symptômes et quelquefois les seuls qui apparaissent. Les articulations peuvent acquérir jusqu'au double de leur volume ordinaire, et il y a d'assez nombreux exemples de rachitis général très-marqué dans lesquels il n'y a pas eu d'autre altération physique ; tous les os longs et la colonne vertébrale ont conservé une rectitude remarquable, pendant que la maladie a parcouru toutes ses périodes.

En même temps qu'a lieu le relâchement des articulations et le gonflement des épiphyses, ou peu après, tout le squelette devient très-sensible à la pression ; les diaphyses sont douloureuses, molles et souples ; elles plient au moindre effort aussi facilement que de jeunes branches, et reprennent ensuite leur direction première.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit dans la dernière conférence à propos de l'*aspect de la maladie ;* aussi j'omets intentionnellement tous les détails relatifs à la conformation du corps, du crâne, de la face, de la poitrine, des membres, et à l'évolution dentaire.

Fractures. — Non-seulement les os des enfants rachitiques se courbent, mais souvent ils se brisent. Un mouvement brusque suffit pour produire une fracture. Ces solutions de continuité passent fréquemment inaperçues ; car, outre la mollesse du tissu osseux, l'intégrité du périoste qui maintient les fragments en place et l'absence de crépitation peuvent empêcher de les reconnaître, même quand on les soupçonne. Les douleurs habituelles, qui sont faiblement augmentées au moment de l'accident, les courbures qui existent déjà dans beaucoup de cas, la légèreté de la cause qui donne lieu aux fractures, l'immobilité dans laquelle les malades se tiennent depuis longtemps sont encore des raisons pour que ces fractures échappent à l'examen, et que l'autopsie seule les fasse constater.

Pendant que le système osseux devient le siége de toutes ces altérations, les phénomènes généraux persistent, et le plus souvent ils s'aggravent. La respiration devient plus courte, plus difficile ; les muscles extérieurs du thorax n'y prennent plus aucune part, et elle ne s'effectue qu'au moyen du diaphragme. L'oppression est considérable ; les enfants sont toujours hors d'haleine. La toux est plus fréquente ; l'auscultation dévoile la présence de bronchites ou de pneumonies qui se prolongent ou se succèdent avec rapidité, et auxquelles, ainsi que nous l'avons déjà dit, succombent souvent les rachitiques. Le pouls est toujours accéléré ; les sueurs sont abondantes. Le ventre reste volumineux. Les muscles diminuent de volume, deviennent flasques et comblent les espaces compris entre les courbures ; la peau est molle, jaunâtre, et présente des plis nombreux au niveau de la concavité des membres. Les malades condamnés à garder le lit restent immobiles ; le moindre mouvement, la plus petite pression sur les os provoquent des douleurs très-aiguës.

Anatomie pathologique. — Glisson et les auteurs du siècle dernier n'ont pas exactement indiqué les lésions du rachitis ; ils savaient bien que les os étaient ramollis, mais ils ignoraient par quel mécanisme. Duverney nous a laissé cependant quelques travaux, et M. Rufz nous a signalé (1834) les altérations dont le squelette devient le siége, mais sans les grouper et sans caractériser les diverses phases de la maladie. C'est à M. Guérin que l'on doit d'avoir établi, dans le très-excellent mémoire qu'il a présenté en 1837 à l'Institut, qu'il y a des périodes dans le rachitis. M. Beylard admet une première période, ou période de *raréfaction* et d'*épanchement*, une deuxième période, ou période d'*organisation*, une troisième période, ou période de *consolidation*, et il ajoute, comme appendice, un quatrième chapitre comprenant la consomption rachitique, ou la destruction du tissu osseux. Il m'a paru préférable de dire qu'il y a :

1° Une période de *fluxion* ou d'*épanchement* ;
2° Une période de *ramollissement* et de *transformation ;*
3° Une période de *reconstitution* ou de *consolidation ;*
4° Une période de *consomption.*

Première période : *Fluxion*, *épanchement.* — Les os ont conservé leur direction et leur forme normale ; leur consistance est légèrement diminuée, et ils semblent plus élastiques.

La membrane périostique offre une vascularisation plus grande ; elle est injectée, un peu épaissie, et adhère plus intimement à l'os. Si on l'enlève, on trouve la surface de celui-ci rosée, inégale, ayant perdu son aspect lisse.

A la coupe d'un os long, on trouve le tissu de la diaphyse moins compacte ; mais celui de son épiphyse est surtout remarquable. Sa structure est lâche, les aréoles sont dilatées. Le canal médullaire et les intervalles que laissent entre eux les éléments solides de l'os sont comblés par une matière sanguinolente, graisseuse, d'une couleur de gelée de groseilles.

La lame de cartilage qui sépare les épiphyses de la diaphyse est régulièrement découpée, demi-transparente, d'une teinte bleuâtre tout à fait ramollie. Aux épiphyses et à l'extrémité de la diaphyse, les aréoles du tissu spongieux sont dilatées.

Ces changements regardent plus particulièrement les os longs, mais on en constate dans tout le squelette. Du reste, tous les malades n'ont pas les os invariablement atteints au même degré ; ainsi quelques-uns peuvent présenter les altérations caractéristiques de la deuxième période, tandis que d'autres offrent à considérer celles qui sont propres à la première.

Les os plats sont boursouflés, plus foncés en couleur, violacés, plus flexibles ; les aréoles du diploé sont plus larges, distendues par la matière de l'épanchement ; quelques-unes des cellules ont perdu leurs parois et communiquent avec celles qui les avoisinent.

Les deux tables s'amincissent.

A l'état sec, tous ces os, dépourvus de leur périoste, sont criblés d'une multitude de petits trous dus en partie à une résorption interstitielle, en partie à une vascularisation plus grande.

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 juillet.

Deuxième période : *Ramollissement et transformation.* — La seconde période est signalée par une augmentation de volume très-apparente vers les extrémités des os longs et une courbure de leur diaphyse, qui n'est pourtant pas constante. La vascularité et le ramollissement ont fait des progrès ; et, à mesure que la maladie se développe, l'écartement des lamelles et la quantité de l'épanchement deviennent plus considérables. Partout où ce liquide se trouve, il s'organise de la même façon, en devenant adhérent aux surfaces avec lesquelles il est en contact. Vers les extrémités de la diaphyse, il se transforme en un tissu rougeâtre, très-élastique, réticulaire, semblable à une éponge très-fine et à mailles très-serrées.

Dans les diaphyses, le tissu spongoïde est disséminé sans direction spéciale ; quelquefois cependant il est formé d'un grand nombre d'aiguilles perpendiculaires aux fibres longitudinales.

Parfois ce nouveau tissu n'envahit qu'une portion du tissu spongieux et n'occupe qu'une hauteur de deux ou trois lignes, se trouvant séparé du reste du tissu spongieux normal par une ligne de démarcation bien distincte ; parfois il se perd en se mêlant insensiblement avec les mailles de ce dernier. On distingue aisément ce tissu spongieux du tissu spongieux normal par ses fibres plus denses, plus serrées et plus décolorées.

Les épiphyses des deux extrémités d'un même os ne présentent pas toujours ce développement anormal ; on ne remarque du tissu nouveau que là où il y a augmentation de volume.

Les altérations de la diaphyse des os longs varient selon que la rectitude y a été conservée ou qu'ils ont dévié de leur direction normale.

La grande mollesse des os permet aussi à cette période de les tordre sur leur axe et de les diviser aisément dans toute leur longueur avec le scalpel. Si on en sépare des lanières, on peut les replier en tous sens sans les rompre. A la coupe, on trouve des changements plus grands encore et plus intéressants à étudier. Au premier abord, on est frappé de la diminution dans le calibre du canal médullaire, et des différences considérables de l'épaisseur des parois qui le circonscrivent. La substance compacte est plus faible à l'union du tissu spongoïde nouveau avec la diaphyse ; on constate, en effet, alors même que la partie moyenne de l'os est très-épaisse, qu'il n'existe en ce point qu'une ou deux couches assez minces de tissu compacte.

Dans cette seconde période, il y a ramollissement manifeste du tissu ancien et transformation en un tissu nouveau, qui tend à prendre de la consistance ; c'est une déviation des forces vitales de l'os. Il y a une désorganisation et une reconstitution simultanées.

Dans les différents os du même sujet le ramollissement est inégal. Cette circonstance, jointe aux fractures, au poids du corps, aux contractions musculaires, à l'usage que font les petits malades de leurs membres, peut empêcher la symétrie dans les mêmes os de côtés opposés. Ainsi, dans quelques circonstances, les courbures des jambes ont lieu dans le même sens et semblent s'emboîter, ou bien les pieds se touchent en circonscrivant entre les membres inférieurs un espace elliptique. D'autres fois, les pieds s'éloignent et les genoux et les tibias ne peuvent passer l'un devant l'autre sans que le malade écarte préalablement les jambes. Dans quelque endroit que se fassent les courbures rachitiques, l'os tend à s'aplatir dans le sens contraire. Si la courbure, par exemple, est antéro-postérieure, l'aplatissement est transversal.

Quant aux fractures, nous dirons en passant que dans certains squelettes de rachitiques, qui peuvent d'ailleurs présenter des courbures peu sensibles, les os sont aussi friables que mous, et qu'ils sont le siége d'un grand nombre de fractures complètes ou incomplètes, dont les unes se consolident et dont les autres présentent des pseudarthroses.

Les déformations des côtes, souvent très-prononcées, sont presque toujours les mêmes à leur partie moyenne. Elles sont courbées sur leur plat en sens inverse de l'état normal, de telle sorte qu'au lieu d'une convexité, elles offrent une concavité sur les parties latérales de la poitrine ; et si la même disposition a lieu du côté opposé et que l'on suppose le thorax coupé par un plan horizontal, il aura la forme d'un 8 de chiffre. Les côtes sont souvent le siége de fractures et de fausses articulations dont l'existence n'a pas toujours été soupçonnée pendant la vie ; elles sont aussi renflées à leur extrémité sternale, et ne présentent point de dédoublement de leur table externe.

Les os courts sont ceux qui conservent leur structure normale le plus longtemps.

Les os plats, ceux du crâne, les omoplates, les os des îles, sont mous, élastiques, et se laissent déprimer avec les doigts. Dans tous on constate un amincissement considérable de leur table interne et externe ; ils sont boursouflés, leurs surfaces sont poreuses, quelquefois le siége de productions osseuses en plaques. Le diploé est constitué par de larges cellules d'une texture peu résistante, qui contiennent un suc médullaire de couleur violacée, appréciable à l'extérieur de l'os par la transparence de ses tables.

Troisième période. *Reconstitution, consolidation.* — Une fois arrivé à ce degré d'organisation, le système osseux tend de plus en plus à recouvrer sa solidité première. C'est aux parois de la diaphyse des os longs que l'on constate d'abord les changements les plus notables vers une reconstitution de tissu. Les couches compactes emboîtées deviennent plus épaisses, plus denses ; le tissu nouveau acquiert aussi de la consistance. La transformation est assez lente quand les lamelles ont subi un écartement considérable.

Les parois ne perdent rien de leur épaisseur anormale, le bord concave et le canal médullaire conservent, le premier l'épaisseur, le second le calibre et la position qu'ils avaient dans l'état aigu de la seconde période. Vers les extrémités épiphysaires, le tissu nouveau tend à se résorber en partie, en laissant à sa place une trame moins fine et plus résistante, qui, par ses mailles plus larges, se rapproche du tissu spongieux normal.

Dans les os plats, le tissu qui s'est développé dans le diploé devient plus serré, ses mailles sont fines, l'os entier est envahi et reste augmenté de volume. Ce n'est que dans certains endroits que l'on retrouve des portions de diploé, les tables elles-mêmes se confondant avec le tissu nouveau.

Quatrième période. *Consomption.* — Si l'on considère un os long à ce degré avancé, on le trouve :

1° A l'*état frais*, ramolli en même temps que friable ; en pressant avec les doigts, l'os cède d'abord ou se courbe ; si l'on appuie davantage, on sent de la crépitation ; il se produit une fracture. Le degré de ramollissement est cependant assez grand pour permettre, au moyen du scalpel, la séparation de l'os en deux moitiés, suivant son axe. Cette coupe laisse voir la diaphyse dans toute sa longueur, excepté au niveau des fractures, réduite à une coque poreuse très-mince, contenant une bouillie épaisse de matière grasse, tour à tour blanchâtre, ou d'un rouge plus ou moins foncé dans quelques endroits, et circonscrite dans des espaces cellulaires beaucoup plus grands dans les épiphyses que dans le reste de l'os, où l'on ne retrouve que des traces de cellules.

2° A l'*état sec*, on remarque une légèreté, une friabilité et une transparence très-prononcées.

Les os plats et les os courts sont des plus légers et très-poreux ; le tissu compacte de leurs tables a presque complétement disparu, surtout dans les premiers, car dans les seconds il n'a pas perdu tous ses caractères.

Les altérations des os longs ne sont pas toujours aussi générales ; souvent les épiphyses seules sont atteintes, et la partie moyenne de la diaphyse est éburnée ; d'autres fois, l'épiphyse et la diaphyse présentent simultanément ces désordres pathologiques à un haut degré, et il suffit du plus petit effort pour fracturer l'os. Cette consomption incomplète est encore assez fréquente chez les enfants rachitiques, et la marche parallèle de la désorganisation et de la reconstitution du tissu osseux dans le jeune âge en donnent une suffisante explication. On rencontre souvent, en effet, sur le même sujet, des os longs avec des dépôts calcaires considérables à leur concavité, tandis que les os plats sont boursouflés ; ces derniers, loin de présenter un épaississement de leurs tables, sont partout d'une structure fine ; le diploé est envahi et les tables sont d'une minceur extrême. Cette conversion du tissu compacte en tissu réticulaire se fait par un travail de nutrition en quelque sorte rétrograde.

Enfin, et pour terminer tout ce qui a rapport à l'anatomie pathologique du rachitis, disons que M. Guérin explique le mécanisme de la consomption de la manière suivante : « Elle consiste, » dit-il, uniquement dans le dédoublement considérable des lamelles » osseuses, au point d'interrompre leur communication vasculaire » et de les frapper plus ou moins complétement de mort. » Nous ne savons jusqu'à quel point cette explication est fondée ; il nous paraît cependant que le principal rôle dans cette décomposition de l'os est joué par la résorption interstitielle, dont l'intensité est très-grande, et qu'aucune partie n'est frappée de mort.

HOPITAL MILITAIRE DU ROULE — M. Bonnafont.

Observations d'une névralgie faciale très-intense entretenue pendant plus de quinze mois, par la présence d'un fragment de balle enchassé dans l'os maxillaire droit, et comprimant le nerf sous-orbitaire ; guérison immédiate par l'extraction du projectile.

Le nommé B..., soldat au 2e voltigeurs de la garde, reçut en Crimée un coup de feu. La balle, rencontrant la bayonnette de son fusil placée à peu de distance de la face, se divisa en deux parties : l'une passa sur le côté gauche du crâne, en faisant une plaie légère au cuir chevelu, tandis que l'autre fragment, beaucoup plus petit, pénétra dans la joue immédiatement au-dessous du bord inférieur de l'orbite du côté droit. L'ouverture d'entrée était si étroite qu'elle n'éveilla même pas l'attention des chirurgiens appelés à lui donner les premiers soins. Le malade n'accusa d'ailleurs aucune douleur dans cette région pendant tout le temps qu'il resta à l'ambulance, pour attendre la cicatrisation de la plaie du crâne, laquelle ne fut complète qu'au bout d'un mois. Rentré dans son régiment, il ne tarda pas à éprouver une douleur assez vive dans la région sus-maxillaire du côté droit, se compliquant bientôt d'un agacement dans toutes les dents correspondantes, assez violent pour l'empêcher de manger. Peu à peu ces douleurs augmentèrent au point de mettre B... hors d'état de faire son service, et l'obligèrent à aller chercher des soins dans une ambulance, d'où il fut évacué sur l'hôpital de Constantinople. La douleur parut se calmer sous l'influence du traitement qu'on lui fit subir, tel que frictions, vésicatoires, etc. Mais à peine sorti de l'hôpital, les douleurs revinrent des plus vives, et pendant la traversée pour se rendre en France, elles furent parfois si intolérables, que le malade voulait se jeter à la mer. Rien sur la joue ni gonflement de la peau, ni rougeur, ni aucun signe enfin qui pût en déceler la cause. Le toucher même ne pouvait faire connaître dans les profondeurs de la joue la présence d'un corps étranger, et la disparition complète de toute trace de blessure, faisait douter qu'un projectile eût pénétré dans cette région. C'était pourtant là ce que le malade répétait sans cesse.

Arrivé à Paris, il fut envoyé de suite à l'hôpital du Roule, où, à ma première visite, le malade me raconta l'historique de sa blessure, en m'engageant à examiner avec soin la région qui était le siége de la douleur. La joue du côté droit ne présentait aucune différence avec la gauche, la pression même n'augmentait pas les douleurs incessantes que le malade éprouvait, et l'examen le plus attentif ne put me faire découvrir les traces de la plaie que le projectile avait dû faire en pénétrant. Je laissai le malade trois ou quatre jours en observation, et à force de palper dans la fosse canine, je sentis, en comprimant fortement la peau, une légère tumeur immobile de la grosseur d'un tout petit pois, dont la pression provoquait une douleur très-vive. Le malade m'assura que c'était là probablement la cause de son mal, et qu'il désirait que je m'en assurasse le plus tôt possible, devrais-je lui fendre toute la joue, ajouta-t-il. Je saisis aussitôt mon bistouri, et je fis sur la joue une incision de trois centimètres de longueur, que je rendis peu à peu assez profonde pour me permettre de porter mon doigt au fond de la plaie et de toucher le plus immédiatement possible l'aspérité précitée.

Alors, en effet, je pus constater que la tumeur n'était pas arrondie, qu'elle offrait, au contraire, des aspérités, lesquelles se trouvaient adoucies par une gaîne celluleuse qui l'enveloppait. Mon doigt servant de conducteur au bistouri, je fendis en plusieurs sens cette enveloppe ; je procédai à l'extraction du corps étranger, qui était dessous. Mais les pinces glissèrent, et la résistance que je rencontrai confirma ce que mon doigt avait déjà pressenti, c'est-à-dire qu'une portion du projectile avait pénétré dans le tissu osseux.

Afin d'en faciliter l'extraction, je me servis en forme d'élévatoire de l'extrémité pointue de la spatule, et je pus ainsi dégager le corps étranger, et en opérer l'extraction au moyen des pinces. Je fus étonné de la petitesse du projectile, consistant en un fragment de plomb allongé, roulé légèrement sur lui-même, comme un petit copeau de plomb, et dont le volume ne dépassait pas un grain d'avoine.

Cette petite opération, n'ayant présenté d'autre accident que la section de deux artérioles, fut réunie par première intention ; et la plaie complétement cicatrisée au bout de trois ou quatre jours.

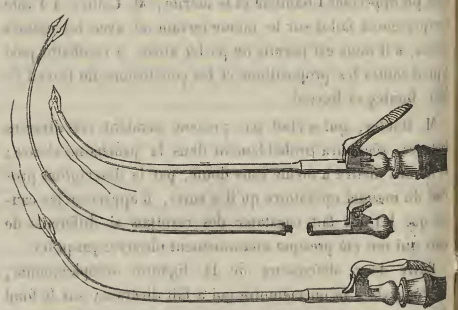
Ce qu'il y eut de remarquable, c'est que les douleurs cessèrent le soir même pour ne plus reparaître depuis ; il est évident que celles-ci étaient entretenues par la compression que le projectile exerçait sur la branche sous-orbitaire du nerf facial, laquelle, comme on le sait, envoie de nombreux filets nerveux qui s'anastomosent avec le nerf dentaire supérieur, et c'est bien ici le cas de faire l'application du fameux axiome d'Hippocrate : *Sublata causa*, etc.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE STAPHYLORAPHIE.

Nous avons déjà appelé l'attention de nos lecteurs, il y a environ deux ans, sur un procédé extrêmement ingénieux imaginé par M. Jules Rouyer, pour faciliter le passage des fils à travers les lèvres de la division du voile du palais dans l'opération de la staphyloraphie. L'application qui a été faite de cet instrument ayant amené son auteur à en modifier l'usage, afin de le rendre encore plus facile, nous croyons devoir faire connaître ces modifications, qui nous paraissent destinées à simplifier le manuel opératoire de la staphyloraphie. Mais il est indispensable pour cela que nous revenions sur la description de l'instrument primitif, description dont les figures ci-jointes faciliteront beaucoup l'intelligence.

Rappelons d'abord que cet instrument est destiné à passer les fils d'avant en arrière des lèvres de la division congénitale.

Il se compose d'une canule courbe supportée par un manche, et dans laquelle se meut une aiguille percée d'un chas à sa pointe (fig. 1, A). Cette aiguille est formée de deux moitiés latérales pouvant s'écarter et laisser ouvrir le chas qu'elles comprennent (fig. 1, B) ; leur séparation se produit quand, par une pression sur la petite bascule placée près du manche, on fait avancer l'aiguille, qui sort de la canule ; les deux branches s'écartent alors par leur élasticité, comme celles d'une pince à dissection (fig. 1, C). Cet instrument se démonte avec facilité ; cela permet de changer l'aiguille si on le désire, pour la remplacer ou changer sa forme.

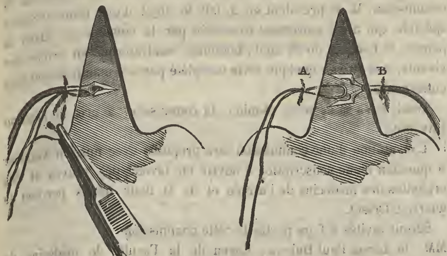


Pour opérer, le chirurgien, après avoir disposé un fil ciré dans le chas de l'aiguille fermée (fig. 1, A), fait pénétrer la pointe à 7 ou 8 millimètres du bord droit de la division, le voile étant maintenu par une pince qui le tend (fig. 2). Quand l'aiguille a pénétré, une pression exercée sur la bascule fait ouvrir le chas ; on laisse échapper le fil en retirant un peu l'aiguille ouverte, pour qu'elle ne le ramène pas, et on ne la laisse refermer qu'au moment où elle va traverser le voile d'arrière en avant. Le fil se trouve alors passé dans une des lèvres de la division, et formé une boucle ou anse placée en arrière du voile (fig. 3, A).

On introduit alors l'aiguille fermée et sans fil d'avant en arrière encore, à travers le bord droit de la division, dans un point symé-

trique du premier; on ouvre l'aiguille par la pression de la bascule (fig. 3, B), puis on laisse refermer les deux branches de manière qu'elles saisissent l'anse de fil qui a été passée en arrière du voile, et on ramène alors l'aiguille, armée de ce fil, d'arrière en avant.

Le fil se trouve alors placé et disposé pour la suture, l'aiguille

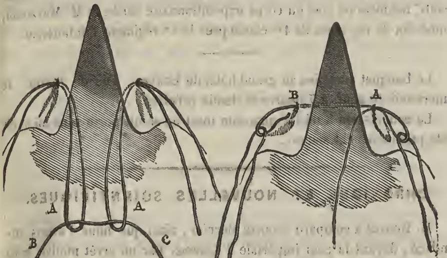


ayant toujours passé d'avant en arrière.

On pourra, au besoin, faire sortir le fil de l'aiguille dans le premier temps de l'opération (fig. 2), avec la pince qui a servi à tendre le voile, cette tension devenant inutile une fois que l'aiguille a pénétré. Mais cette précaution est généralement superflue.

Voici maintenant la modification que M. J. Rouyer a introduite dans son procédé, et qui constitue en réalité un second procédé, d'une exécution plus facile que le précédent.

On passe de chaque côté du voile une anse de fil en agissant comme il a été dit précédemment (fig. 2); c'est-à-dire que l'on répète de chaque côté du voile le premier temps de l'opération qui vient d'être décrite; puis, avec une pince courbe, on saisit en arrière du voile du palais les deux anses ainsi disposées et on les amène en dehors de la bouche (fig. 4, AA); on passe alors un seul fil dans les deux anses (fig. 4, BC), et on ramène ces deux anses



d'abord à la position qu'elles occupaient en arrière du voile, en tirant sur les extrémités des fils qui constituent ces anses; en continuant le même mouvement, on leur fait traverser le voile d'arrière en avant. Dans tout ce trajet, elles ont emmené le fil qu'elles embrassaient (fig. 5); c'est ce fil qui doit servir à la suture, les deux anses devenant inutiles après l'avoir ramené en avant.

On agit de la même manière pour faire passer les deux ou trois autres fils, et on termine l'opération comme d'habitude.

M. Rouyer pense cependant que l'on pourrait faciliter l'avivement en agissant de la manière suivante :

Saisir le bord inférieur du voile, près de la lèvre correspondante de la division (c'est-à-dire le petit tubercule qui représente la moitié de la luette), avec une pince à griffes, droite ou courbe; faire à quelques millimètres au-dessus du bord libre du voile une ponction verticale avec un bistouri pointu, sur le trajet de l'incision qui doit produire l'avivement, puis, avec un bistouri boutonné, prolonger cette incision jusqu'au delà du sommet de la division congénitale. On agirait de même de l'autre côté. Quand on a procédé ainsi, le petit lambeau qui reste attaché des deux côtés par son extrémité inférieure tombe et forme un V en se renversant. On pourrait alors l'utiliser, suivant l'indication de M. le professeur Nélaton, pour former après la suture un petit tubercule médian remplaçant la luette; ou, si l'on préfère le sacrifier entièrement, on le détache de chaque côté et on l'enlève.

M. Rouyer trouve à agir ainsi l'avantage de tenir le voile et le petit lambeau fixés et tendus tous deux par leur partie inférieure, en se servant d'une seule pince au lieu de maintenir avec celle-ci seulement le petit lambeau.

Le procédé de M. Rouyer, que nous venons de décrire, trouve un adjuvant très-utile dans un moyen très-simple de fixer les fils, qui a été imaginé par le professeur Galli, de Lucques. Voici en quoi il consiste : on fait passer les deux chefs du fil destiné à la suture dans un petit tube de plomb à parois minces, puis on conduit ce petit tube le long des fils jusque sur le voile du palais; en forçant légèrement, on produit une striction plus ou moins forte; quand elle a atteint le degré voulu, on écrase avec une pince le petit tube; les parois, en se rapprochant, fixent le fil et l'empêchent de se desserrer. Cette manière de serrer les fils a été employée plusieurs fois avec succès par M. le professeur Nélaton, et par un chirurgien anglais, sir Ph. Crampton. On évite ainsi une manœuvre qui présente toujours quelque difficulté, lorsqu'on agit dans une cavité plus ou moins profonde, comme dans le cas dont il s'agit.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que ce procédé ainsi que son annexe pourront être employés avec le même avantage toutes les fois qu'il s'agit de passer une suture dans une cavité étroite ou profonde.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 août 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. Lecœur, médecin des épidémies à Caen, sur une épidémie de variole compliquée de rougeole et d'angine qui a régné en mai et juin derniers sur les soldats du 41e de ligne en garnison dans cette ville (commission des épidémies);

2° Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département du Pas-de-Calais (commission de vaccine).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Valentin (de Vitry-le-Français) adresse des observations sur la rage. (M. Renault, rapporteur.)

— M. le professeur Tigri (de Sienne) adresse :

1° Un mémoire sur le sang et sur l'urine (renvoi à la commission déjà nommée, à laquelle M. Lecanu est invité à s'adjoindre);

2° Un travail sur la pathologie générale du choléra-morbus.

— M. Pons (de Bez) communique une observation relative à un rétrécissement de l'urètre.

— M. Laforêt donne des renseignements complémentaires sur une épidémie de variole dont il a déjà entretenu l'Académie dans une précédente communication.

— M. le docteur Guépin (de Nantes) adresse un mémoire intitulé *Deux mots sur le traitement des cataractes sans opération.* (M. Velpeau, rapporteur.)

— M. Poggioli écrit pour donner de nouveaux renseignements au sujet des expériences qui ont été faites au Val-de-Grâce avec la préparation anti-névralgique dont il est l'auteur. D'après M. Poggioli, MM. Mounier et Lustreman auraient été mal servis par leurs souvenirs, et les choses se seraient passées comme il l'a indiqué dans sa précédente communication. Il adresse à l'appui des observations signées par ces deux médecins.

— M. Heurteloup demande à être admis à concourir pour le prix d'Argenteuil. Il s'offre à faire les opérations devant la commission. (Renvoi à la commission du prix d'Argenteuil.)

— MM. Chapel, Chassinat et Crozant prient l'Académie de les inscrire sur la liste des candidats au titre de correspondant.

— M. Poggiale écrit pour rectifier une assertion émise dans le mémoire récemment communiqué à l'Académie par M. Mialhe, où il est dit qu'il n'avait pas rapporté exactement une expérience de MM. Bernard et Lehmann, relative à l'action des alcalis sur le sucre de l'économie animale. M. Poggiale prouve, en rapprochant le texte même du passage des leçons imprimées de M. Bernard auquel il a été fait allusion, de ce qu'il a écrit lui-même dans le *Journal de pharmacie et de chimie* en 1856, que M. Mialhe s'est complétement trompé à cet égard. Et de ce rapprochement, qui met en évidence la ressemblance des résultats de M. Bernard et des siens, M. Poggiale fait ressortir la condamnation de la théorie de M. Mialhe.

— M. le président fait part à l'Académie de la mort de M. Vallet, membre correspondant au Mans.

— M. Jobert (de Lamballe), à l'occasion du procès-verbal, expose à l'Académie les résultats d'expériences qu'il vient de faire pour constater les effets de la ligature de l'œsophage.

Nous publierons la relation de ces expériences dans le numéro prochain.

M. Velpeau dit avoir été également très-surpris et même vivement impressionné lorsqu'il a entendu la communication de M. Bouley, parce qu'il a été plusieurs fois témoin des expériences d'Orfila, et qu'il a pu juger du soin et de l'habileté qu'il y apportait, et que, si les expériences de M. Bouley étaient exactes, elles mettraient en question tous les travaux de toxicologie d'Orfila. Il se demande comment M. Bouley a pu observer des résultats aussi différents; il y a là quelque chose d'étrange. Ce que vient de dire M. Jobert, cependant, lui paraît éclairer un peu la cause de cette dissidence. Il ressort des expériences de M. Jobert ce fait très-important, et dont il faudra que la commission tienne compte, c'est que, dans les cas où la ligature de l'œsophage entraîne des accidents et la mort, ce n'est qu'au bout d'un temps qui est plus que suffisant pour qu'on ait pu apprécier avant les résultats de l'expérience toxicologique pour laquelle on a lié l'œsophage. Cela ne changerait donc rien aux résultats constatés par Orfila.

M. Chatin a fait un grand nombre d'expériences dans lesquelles il a dû lier l'œsophage. Cette ligature a été en général si inoffensive, qu'il a pu la pratiquer deux fois sur le même animal, à plusieurs jours d'intervalle. Il a même gardé longtemps en sa possession deux chiens qui avaient subi deux fois cette opération.

M. Bégin prend la parole pour appuyer ce que vient de dire M. Jobert, dont il a suivi les expériences. Il pense, comme lui, que la nature du lien, son volume et le degré de constriction auquel il est soumis, ne doivent pas être étrangers à la différence des résultats observés.

Quelques autres membres demandent la parole; mais sur l'observation du président, qu'il convient d'attendre le rapport de la commission avant d'engager la discussion sur ce sujet, l'Académie passe à l'ordre du jour.

RAPPORTS.

Opium. — M. Chevallier, au nom d'une commission composée de MM. Caventou, Trousseau et Chevallier, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. O. Réveil, professeur agrégé à l'école supérieure de pharmacie, intitulé *Recherches sur l'opium.*

Dans ce travail, l'auteur a étudié et comparé entre eux les divers procédés d'essai des opiums, et il fait connaître les produits de la combustion de l'opium, lorsqu'on le brûle dans les mêmes circonstances où il est fumé. Il résulte des expériences qui y sont rapportées, que la morphine et les autres alcaloïdes de l'opium sont tout à fait étrangers aux phénomènes que produit cette substance quand on la fume; il se base sur ce qu'il n'a pas trouvé d'alcali organique dans les produits de la combustion, et sur l'amertume très-prononcée des bases organiques. L'auteur pense que les phénomènes physiologiques et toxiques produits par les fumées de l'opium doivent être attribuées en grande partie au principe vireux insaisissable au cyanhydrate d'ammoniaque, et surtout à l'oxyde de carbone.

La commission reconnaissant que le mémoire de M. O. Réveil contient des faits nouveaux et curieux et que ses analyses ont été faites avec soin, propose :

1° De remercier l'auteur pour sa communication;

2° De renvoyer son mémoire au comité de publication. (Adopté.)

LECTURES.

Ligatures de l'œsophage. — M. L. Orfila lit une note sur la ligature de l'œsophage à propos de la communication récente de MM. Bouley et Reynal. Le but de ce travail est d'exposer les résultats que l'auteur a observés à la suite de la ligature de l'œsophage, pratiquée en vue d'étudier divers points de toxicologie.

Entre les résultats que j'ai obtenus, dit l'auteur, et ceux qui avaient été observés par Orfila, la concordance est si complète, que j'ai cru inutile de consacrer plus de temps à la vérification d'idées généralement adoptées.

Les cinq expériences suivantes me paraissent suffisantes pour la démonstration que je vais essayer :

Le sujet de la première expérience est un chien que je voulais empoisonner avec du phosphore grossièrement pulvérisé. Après avoir amené au dehors et ouvert l'œsophage, je m'aperçus que ce conduit était trop exigu pour que le passage des morceaux de phosphore fût facile. L'animal devait donc être bien petit et bien faible.

Pour l'utiliser, j'appliquai tout simplement la ligature, afin d'en étudier les conséquences.

L'opération fut faite le 21 décembre, à quatre heures, et le chien n'est mort que dans la nuit du 29 au 30.

Nous n'avons constaté pendant tout ce temps d'autres symptômes que de l'abattement.

Deuxième expérience. — La même opération est faite le 15 mai, à quatre heures, sur un chien maigre et très-jeune; la mort ne survint que le 23 mai, dans la matinée.

Troisième expérience. — Même opération que sur les deux chiens précédents, faite le 15 mai, à trois heures. L'animal opéré est pendu le 17, à dix heures du matin, et ouvert immédiatement. L'autopsie ne nous découvre d'autre lésion que celles qui accompagnent la mort par asphyxie; le tube digestif était dans l'état normal.

Quatrième expérience. — Cette expérience m'a servi à montrer dans une leçon les effets de la ligature de l'œsophage. En voici les détails :

Elle se termine par un incident qui n'en atténue pas la valeur, quoique l'animal ait succombé. Le sujet est un chien petit et faible en apparence. Le 19 mai, à midi, je lie l'œsophage.

Le 22, à quatre heures, c'est-à-dire quarante heures après, je lève la ligature.

Le 23, l'animal opéré mange sans avidité, il est vrai, un peu de mie de pain dans du lait.

Le 24, on lui offre le même repas : l'appétit avait singulièrement augmenté. L'animal était parfaitement dispos.

Le lendemain, il fut trouvé mort; mais on a eu facilement l'explication de cette fin inattendue. Il avait dévoré en partie le corps d'un lapin gisant auprès de lui, et qui avait été empoisonné la veille par la strychnine.

Cinquième expérience. — Cette expérience, dans laquelle il y a eu ingestion d'une forte dose d'une substance toxique en même temps que ligature de l'œsophage, concourt avec les précédentes à démontrer la thèse que nous soutenons.

L'opération a été pratiquée le 17 juin sur un chien boule-dogue très-vigoureux. Par l'ouverture faite à l'œsophage, j'ai introduit une dissolution renfermant 4 grammes d'acétate de morphine, et je lie l'œsophage. Le lendemain, comme l'animal paraissait bien portant, et que je désirais le tuer promptement, j'introduis encore une dissolution de 5 grammes d'acétate de morphine. La mort ne survint que le 21 juin, dans la matinée, 96 heures après la première opération.

En comparant les résultats obtenus, d'un côté, par Orfila et par moi, ajoute l'auteur, et ceux, d'un autre côté, qui ont été publiés par MM. Bouley et Reynal, il est facile de reconnaître une divergence, une opposition si absolue qu'il n'est pas permis de supposer que dans les deux cas les conditions de l'expérience soient identiques.

En bornant cette comparaison pour le temps pendant lequel les animaux survivent à l'opération, M. Orfila fait voir que, dans ses expériences comme dans celles de son oncle, les chiens dont on a lié l'œsophage après l'avoir isolé de la trachée-artère et des filets nerveux qui l'accompagnent, n'éprouvent qu'un léger abattement et un peu de fièvre; qu'ils survivent 24 ou 36 heures, et, bien plus, qu'ils guérissent même, si après ce laps de temps on lève la ligature; tandis qu'au contraire les chiens opérés par MM. Bouley et Reynal succombent une heure trois quarts, trois heures, 23 heures, 30 heures après l'application de la ligature. Un seul survit 72 heures.

La contradiction entre ces résultats saute aux yeux. MM. Bouley et Reynal le reconnaissent, et en concluent que ceux qui n'ont pas vu comme eux se sont trompés. Quelques conclusions de ces auteurs nous ont paru au moins prématurées.

On a songé à faire dépendre d'un accident de l'opération la contradiction du résultat. L'habileté bien connue de MM. Bouley et Reynal, les explications qu'ils ont données à ce sujet, ne permettent pas d'accepter cette supposition.

Évidemment une opposition aussi surprenante dépend de ce que les conditions de l'expérience ne sont pas les mêmes. Le mémoire de MM. Bouley et Reynal ne permet pas de découvrir où est la différence; des expériences comparatives la feront bien vite ressortir. La nouvelle étude que l'Académie a ordonnée nous donnera la clef de l'énigme. Alors toute hésitation s'évanouira; personne ne doutera plus du passé. Les fondements de la toxicologie, qui auront résisté à tant d'épreuves, inspireront enfin assez de confiance, il faut l'espérer, pour que les nouveaux travailleurs ne se préoccupent plus que de faire monter l'édifice. (Cette communication est renvoyée à la commission.)

Composition chimique des aliments de l'homme. — M. Poggiale lit un mémoire ayant pour titre : *Recherches sur la composition chimique et les équivalents nutritifs des aliments de l'homme.* (Nous donnerons un résumé analytique de ce travail dans un prochain numéro.)

Des effets de la ligature de l'œsophage sur les animaux de l'espèce canine. — M. G. Colin lit sous ce titre un travail dont voici le résumé :

Dans le but de rechercher ce qu'il peut y avoir d'exact dans les assertions nouvellement émises sur les suites de la ligature de l'œsophage, M. Colin a entrepris depuis quinze jours des expériences sur dix animaux de l'espèce canine.

Il m'a semblé d'abord, dit l'auteur, que le point litigieux comportait deux questions distinctes et d'importance inégale qu'il fallait éclaircir isolément pour éviter toute espèce de complication, et laisser aux résultats des vivisections la netteté qu'on doit en attendre.

La première de ces questions, celle qui doit dominer les débats actuels, peut être appelée expérimentale ; elle touche à la fois à la physiologie, à la toxicologie et la thérapeutique : c'est celle de savoir si l'application d'un lien constricteur autour de l'œsophage, dans la région du cou, permet d'étudier d'une manière exacte et complète l'action d'une substance toxique, d'un contre-poison ou d'un médicament, et si les phénomènes résultant de cette ligature, soit pendant la vie, soit après la mort, ne sont pas susceptibles de troubler profondément la manifestation des effets particuliers à la substance examinée.

La seconde question, la moins importante ici, et purement chirurgicale, a pour objet de rechercher ce qui arrive à l'œsophage dont on n'enlève pas la ligature, et comment la continuité du canal se rétablit après avoir été interrompue.

1° *L'œsophage peut-il demeurer lié assez longtemps pour permettre à l'observateur d'étudier l'action d'un agent introduit dans l'estomac, et les effets de la ligature peuvent-ils empêcher de reconnaître ceux de la substance ingérée?*

Persuadé que toutes les dissidences relatives à l'innocuité ou aux résultats fâcheux de la ligature de l'œsophage ne sauraient tenir qu'à la manière d'opérer, j'ai agi avec précaution sur tous mes sujets d'expériences.

L'animal étant couché sur le côté droit et muselé, on pratique en avant de la trachée et un peu à gauche, dans le tiers supérieur du cou, une incision de 5 à 6 centimètres entre le mastoïdo-huméral et le faisceau des muscles sterno-hyoïdiens et thyroïdiens; puis, avec le doigt, on achève de décoller le tissu cellulaire qui recouvre l'œsophage.

Cela fait, on attire doucement celui-ci vers l'entrée de la plaie; on le dégage des vaisseaux et des nerfs en évitant de les pincer ou de les tirailler; enfin, à l'aide de pinces ou d'une aiguille courbe à pointe mousse, on passe la ligature sous le conduit, et on fait le nœud, dont l'un des bouts doit être laissé pendant hors de la plaie si on se propose d'enlever plus tard ce lien. Ces manipulations courtes et extrêmement simples sont peu douloureuses, et ne donnent pas lieu le plus souvent à la moindre hémorrhagie.

Dès que l'animal est rendu à la liberté, il se secoue et va se coucher dans un coin, comme il le fait après avoir subi une opération quelconque. Quelquefois, au bout d'un temps variable, dix minutes, un quart d'heure ou plus, il commence à éprouver des efforts de déglutition alternant avec des efforts de régurgitation, de même que s'il avait un os arrêté dans l'œsophage. Alors l'animal, ne pouvant avaler sa salive, qui embarrasse le pharynx, la rend gluante et écumeuse avec une difficulté manifeste. Mais ces efforts de réjection de salive ne tardent pas à cesser pour se reproduire quelquefois dans la journée.

Ces premiers effets de l'application du lien constricteur autour de l'œsophage sont loin d'être constants si on opère d'une manière convenable. Ils ne s'observent pas sur les deux tiers au moins des animaux : sur dix chiens opérés, trois seulement les ont offerts, et plusieurs n'ont même pas rendu une seule fois de la salive pendant les vingt-quatre heures qui ont suivi l'opération. Leurs causes me paraissent être la traction un peu trop forte exercée sur l'œsophage, l'application du lien un peu trop près du thorax, et enfin le tiraillement des cordons nerveux, toutes choses faciles à éviter.

Il ne faut donc pas, lorsque ces premiers effets momentanés se manifestent, y attacher une grande importance. Leur apparition ne s'oppose nullement à l'étude de l'action d'une substance toxique.

Passé les premiers moments, ou immédiatement après l'opération, si l'animal n'a pas fait d'efforts, celui-ci devient très-calme; il s'assied sur le train de derrière, ou bien il se couche en cercle sur le côté, comme il le fait d'habitude. Rien dans son facies ni dans l'état extérieur des fonctions n'indique qu'il soit sous le coup d'une souffrance un peu profonde.

Du côté de la digestion, l'animal n'éprouve pas de troubles manifestes. S'il avait jeûné un ou deux jours avant l'opération, il cherche à manger les aliments qu'on lui présente, et souvent il les prend avec une avidité remarquable. Comme ces aliments ont bientôt rempli le pharynx et la partie de l'œsophage située au-dessus de la ligature, il fait des efforts inouïs pour les déglutir, puis les rejette par la bouche mêlés à une grande quantité de salive gluante et écumeuse. Les liquides qu'il cherche à avaler sont aussi rendus de la même manière, et souvent leur réjection s'accompagne d'une toux violente indiquant la chute de quelques gouttes dans les voies aériennes.

Les déjections sont rares et tout à fait normales. Il y a tendance à la constipation et jamais de diarrhée. C'est seulement à compter du quatrième ou du cinquième jour que les matières excrémentitielles deviennent molles et prennent la teinte bilieuse qu'elles ont souvent chez les animaux soumis à l'abstinence.

Les facultés cérébrales instinctives et intellectuelles n'ont rien de changé. L'animal a ou du moins semble avoir conscience parfaite de son état; il tombe à plat ou s'enfuit quand on le menace, s'approche des personnes qu'il connaît quand on l'appelle, caresse celles qui le flattent, témoigne sa joie par les mouvements de sa queue et quelquefois par son murmure ordinaire; il aboie encore à la vue des étrangers, et sa voix n'est guère plus grave qu'à l'état normal.

Tout cela n'a donc rien qui puisse masquer, aux yeux de l'observateur, les effets d'un agent toxique ou d'un contre-poison.

Si on vient à ôter la ligature au bout de 12, 24, 30, 40 heures, en ayant soin de ne pas tirailler l'œsophage gonflé et induré au voisinage du lien et même coupé, soit en totalité, soit dans une partie de sa circonférence, l'animal peut immédiatement après boire du lait, manger de la bouillie, même de la viande en petits morceaux.

Dans les jours qui suivent l'enlèvement du lien, la tuméfaction des bords de la plaie diminue; celle-ci se resserre et bientôt se cicatrise, si toutefois les aliments ne s'y frayent pas une voie, dans le cas où le conduit œsophagien a été coupé.

Lorsqu'on tue l'animal ou lorsqu'il meurt, un, deux ou trois jours après l'opération, on ne trouve pas de lésions ni à l'estomac ni à l'intestin, si ce n'est peut-être une légère injection partielle à la muqueuse du rectum, due sans doute à la constipation.

L'auteur rapporte ici le détail des expériences dont il vient de résumer les résultats, et continue en ces termes :

Les six expériences qui précèdent confirment donc pleinement les expériences propres d'Orfila, celles qui ont été citées par MM. Bégin, Jobert (de Lamballe), Robert, et enfin celles que l'on doit à M. Sédillot. Elles démontrent de la manière la plus manifeste que la ligature de l'œsophage, pratiquée avec les précautions convenables, n'apporte pas de perturbation grave dans l'état de l'animal, ni de troubles sensibles dans les fonctions digestives, et ne fait point naître de lésions gastro-intestinales.

1° *Quelles sont les conséquences de la ligature appliquée sur l'œsophage et laissée jusqu'à sa chute ou son élimination?*

M. Colin résume ainsi tout ce qui concerne cette deuxième question.

En faisant abstraction d'une expérience dans laquelle la mort résultait de la ligature d'un récurrent et du pincement d'un nerf vague, on voit qu'il est possible d'étudier l'action des substances toxiques ou des contre-poisons, même sur les animaux dont on n'enlève pas la ligature de l'œsophage. Si ces animaux peuvent mourir des suites de l'opération faite de cette manière, c'est au bout d'une période tellement longue, qu'elle laisse à l'observateur tout le temps nécessaire pour suivre à toutes ses phases l'action d'une substance donnée.

Du reste il n'y a aucune utilité à procéder de cette manière. Car, passé un certain nombre d'heures, le lien de l'œsophage devient tout à fait superflu.

Il est aujourd'hui parfaitement acquis à la science qu'en moins de dix à douze heures une substance soluble ingérée dans l'estomac a dû être absorbée ou poussée dans l'intestin. Aussi les toxicologistes seraient-ils bien inspirés s'ils enlevaient le lien constricteur après ce laps de temps.

Quant au mode d'élimination de la ligature, et à celui de la cicatrisation du conduit œsophagien, ce sont des points éclairés par les expériences de M. Jobert et par celles de M. Sédillot. Dans tous les cas, il est certain que l'œsophage fortement serré par un lien se coupe en partie ou en totalité, que ses deux bouts s'écartent pour se rejoindre ultérieurement, soit immédiatement, soit par l'intermédiaire d'un jabot. La ligature peut être entraînée ou par la plaie du cou ou par la cavité du conduit œsophagien. Des résultats tout à fait analogues à ceux-là s'obtiennent à la suite de l'application d'un lien sur les canaux biliaires et pancréatiques.

De ce qui précède, il résulte clairement que la ligature de l'œsophage faite comme elle doit l'être, ne peut fausser les données fournies par les expériences physiologiques et toxicologiques, attendu qu'il n'y a point parité, sous aucun rapport, entre les effets de cette ligature et ceux qui dérivent de l'ingestion dans les voies digestives d'une substance irritante ou toxique. Les notions acquises à la science, avec le secours de cette opération, conservent toute leur signification et leur valeur.

Quant aux dissidences élevées au sujet des effets produits par la ligature de l'œsophage, elles tiennent, comme on l'a fort bien dit, au mode opératoire. Pour quiconque se donne la peine de réfléchir, il est manifeste que les accidents graves et la mort qui résultent de cette opération doivent tenir à l'une ou à plusieurs des causes suivantes :

1° La ligature de l'un ou des deux nerfs vagues et celle des récurrents ;

2° Le tiraillement, la dilacération, le pincement de ces nerfs, lésions graves, dont les effets ne sont souvent pas moins funestes que ceux d'une ligature ou d'une section ;

3° La blessure de vaisseaux qui peuvent verser assez de sang pour comprimer les nerfs laissés intacts ;

4° La trop grande étendue donnée à la plaie, dans laquelle les nerfs mis à découvert peuvent vivement s'irriter ;

5° La traction trop considérable exercée sur l'œsophage, laquelle peut entraîner un emphysème à l'entrée de la poitrine, à la base du cœur et dans les médiastins. (Renvoi à la commission nommée.)

PRÉSENTATION.

M. Maisonneuve présente à l'Académie le sujet sur lequel il a pratiqué, il y a plusieurs mois, l'ablation complète du maxillaire inférieur, et auquel il a fait appliquer depuis un maxillaire artificiel. M. Maisonneuve fait constater chez ce sujet l'absence de toute trace de mutilation et la facilité avec laquelle s'opèrent les divers mouvements nécessaires pour l'exercice de la mastication ou de la parole.

La séance est levée à cinq heures.

BANQUET OFFERT AUX MÉDECINS DE L'ARMÉE D'ORIENT.

La commission du banquet a fait individuellement auprès de plusieurs personnes tout ce qu'il était possible qu'elle fît pour dissiper certaines préventions qu'on lui faisait connaître, et elle a été assez heureuse pour y réussir souvent; mais il paraît que ses efforts n'ont pas eu le même succès sur tout le monde, et que quelques personnes persistent à donner à la manifestation du 20 août un but et un caractère que la commission ne peut accepter.

La commission croit donc devoir publiquement déclarer qu'aucun de ses membres ne se serait associé à une autre pensée que celle qui a été ouvertement annoncée dès le début, que celle qui a été comprise par les nombreuses adhésions qu'elle a reçues, que celle à laquelle ont répondu nos confrères de l'armée d'Orient, qui lui ont déjà fait l'honneur d'accepter son invitation, c'est-à-dire d'honorer dans leurs personnes, collectivement et non en vue de telle ou telle individualité, le courage, le dévouement et le talent de TOUS nos confrères de l'armée d'Orient, quelle que soit la position qu'ils occupent dans la hiérarchie militaire.

La commission repousse avec énergie toute autre interprétation, et elle exprime l'espoir qu'après cette déclaration loyale toutes les préventions se dissiperont.

La fête du 20 août a pour but d'honorer nos confrères de l'armée d'Orient qui ont survécu à cette grande guerre; mais cette manifestation aurait paru incomplète à la commission si un pieux souvenir n'était aussi donné à ceux qui sont morts pour la patrie et loin d'elle. Le meilleur moyen d'honorer leur mémoire est de secourir les veuves et les enfants que la mort a privés de leur soutien. La généreuse pensée qui a été exprimée à cet égard a trouvé de l'écho dans le sein de la commission. M. le président en a fait le sujet d'une communication spéciale, qui a été mûrement examinée par la commission. Dans sa pensée, le banquet du 20 août, hommage confraternel en faveur des vivants, doit être en quelque sorte complété par une manifestation d'un autre genre.

Aussi, dans sa dernière réunion, la commission a pris la décision suivante :

L'institution d'une commission sera proposée avec mission d'étudier a question d'une souscription à ouvrir en faveur des veuves et des orphelins des médecins de l'armée et de la flotte morts pendant la guerre d'Orient.

Seront invités à faire partie de cette commission :

MM. le baron Paul Dubois, doyen de la Faculté de médecine de Paris;
Bégin, président du conseil de santé des armées;
Michel Lévy, membre du conseil de santé des armées, directeur de l'Ecole militaire de médecine;
Baudens, membre du conseil de santé des armées;
Rayer, membre de l'Institut, etc.;

MM. le professeur Bouillaud;
le professeur Nélaton;
le baron H. Larrey, professeur au Val-de-Grâce;

M. le docteur Maheux, comme secrétaire.

Au nom de la commission :

Le secrétaire-trésorier, Dr MAHEUX.
Le président, Baron Paul DUBOIS.

Son Excellence M. de Villamarina, ambassadeur de Sardaigne, vient d'informer M. le président de la commission du banquet que son gouvernement a désigné pour assister au banquet M. le chevalier Comisetti, médecin en chef du corps expéditionnaire sarde, et M. Mazzolini, médecin de régiment de 1re classe près le 6e régiment d'infanterie.

Le banquet aura lieu au grand hôtel du Louvre, rue de Rivoli, le mercredi 20 août, à 7 heures et demie précises.

La commission a décidé qu'aucun toast ne serait porté sans lui avoir été préalablement soumis.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Renaut a comparu samedi dernier, ainsi que nous l'avions annoncé, devant la cour impériale d'Amiens. Par un arrêt motivé, mais dont nous n'avons pas encore le texte, la Cour, réformant le jugement du tribunal de Château-Thierry, a relaxé M. Renaut sur le fait d'homicide par imprudence. La peine de l'amende a été seulement maintenue sur les deux faits de contravention aux lois de ventôse et de germinal.

— On nous prie d'informer nos lecteurs que le *Fernandez* (armateur M. Danticolle, à Bordeaux) doit quitter cette ville le 5 septembre prochain. Ce navire se rend à Hong-Kong, où il prendra chargement pour la Havane ou pour Porto-Rico. Le capitaine désire embarquer un médecin (docteur ou officier de santé). Les avantages offerts sont : la nourriture, le logement à la chambre avec le capitaine, des appointements fixés de gré à gré, et la faculté de quitter le navire à la Havane ou à Porto Rico, ou bien de revenir en France avec lui. Le voyage entier doit durer de douze à quatorze mois.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

M. Lorquin, né à Cambrai (Nord); *Considérations générales sur quelques applications du dessin aux sciences médicales.*

Marchandon, né à Versailles (Seine-et-Oise); *Etude sur l'angine de poitrine.*

Caillet, né à Tours (Indre-et-Loire); *De la chlorose pendant la grossesse, et de sa véritable proportion.*

Barteau, né à Touvois (Loire-Inférieure); *De la teigne tonsurante.*

Morin, né à Nocé (Orne); *De l'influence des privations et des excès sur la tuberculisation.*

Silve, né à Digne (Basses-Alpes); *Quelques considérations sur le goître.*

Bouhin, né à Esbarres (Côte-d'Or); *De la chorée.*

Le Paulmier, né à Bayeux (Calvados); *Des affections mentales chez les enfants, et en particulier de la manie.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Clinical lectures on surgery by M. NELATON, from notes taken by Walter F. ATLEE, M. D. Philadelphia, J.B. Lippincott et Ce, 1855. In-8° de 735 pages. — Cet ouvrage est la reproduction en langue anglaise des leçons cliniques de M. le professeur Nélaton, que M. F. Atlee a recueillies avec soin pendant trois années consécutives. Il est vivement à désirer qu'une traduction française mette bientôt les médecins qui ne sont pas familiers avec la langue anglaise à même de profiter de cette utile production.

Du siége commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité chez l'homme, par le docteur Max. PARCHAPPE. Première partie : Preuve pathologique. Un vol. in-8° de 180 pages. — Prix, 2 fr. 50. A Paris, chez Victor Masson.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 AOUT 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a entendu dans cette séance la lecture d'un mémoire de M. Beau sur le siége et la nature de la coqueluche. Qu'est-ce que la coqueluche? Une bronchite catarrhale, disent les uns ; une névrose des bronches, disent les autres ; l'une et l'autre à la fois, suivant le plus grand nombre; et enfin, une affection convulsive spéciale, *sui generis*, pour ceux qui ne veulent pas en scruter la nature. Pour M. Beau, la coqueluche est une phlegmasie des voies respiratoires, mais une phlegmasie très-circonscrite, qui occupe exclusivement la région sus-glottique du larynx, c'est-à-dire cette petite zone étroite qui existe entre l'orifice supérieur du larynx et les cordes vocales supérieures.

Comment une inflammation limitée à cette région peut-elle produire la série des phénomènes caractéristiques de l'accès de coqueluche? Le voici : la membrane muqueuse de la région sus-glottique, comme toutes les muqueuses enflammées, devient le siége d'une sécrétion muco-purulente. Il arrive un moment où le produit de cette sécrétion, quoique très-minime, se réunit en goutte et vient tomber sur la glotte, qu'elle irrite à la manière d'un corps étranger. Il arrive alors ce qui a lieu quand on avale de travers, c'est-à-dire que la glotte se resserre tout à coup. Il en résulte cette inspiration sifflante et puis cette toux quintaire et saccadée caractéristique de la coqueluche. Les diverses périodes qui partagent la durée de la coqueluche, la période catarrhale et la période dite nerveuse, les divers phénomènes et symptômes qui la constituent, sa marche paroxystique et jusqu'à la contagionabilité de la maladie, tout s'explique très-naturellement, d'après M. Beau, par l'inflammation sus-épiglottique.

Il y a deux choses à considérer dans la théorie de M. Beau sur le siége et la nature de la coqueluche : un point de fait et une hypothèse. Le point de fait, c'est l'existence de la phlegmasie sus-épiglottique démontrée par des recherches cadavériques. Le fait s'impose de lui-même ; nous devons donc l'accepter, sous les réserves cependant de sa vérification ultérieure sous le double point de vue de son existence constante dans la coqueluche et exclusive à la coqueluche. Quant à l'hypothèse, l'explication de l'accès par l'action de la goutte sur la glotte, comme toutes les hypothèses, elle est acceptable sous bénéfice d'inventaire. On ne peut nier qu'elle ne rende compte d'une manière satisfaisante de la production des accès, de leur retour périodique à de plus ou moins longs intervalles, et de la facilité avec laquelle on les produit en quelque sorte à volonté en plaçant les petits malades sur leur séant. Mais il reste une difficulté que la théorie ne nous paraît pas avoir prévue, c'est l'influence sédative souvent très-remarquable et très-prompte de la belladone sur les accès de coqueluche, et l'influence curative plus remarquable encore du changement de lieu et que nous avons vue se produire quelquefois du jour au lendemain. — Dr Brochin.

Nous avons annoncé dans le dernier numéro un important travail de M. Poggiale *sur la composition chimique et les équivalents nutritifs des aliments de l'homme.* L'abondance des matières ne nous ayant pas permis de publier dans le compte rendu de la séance le résumé analytique qu'en a présenté l'auteur, nous allons tâcher d'y suppléer en indiquant ici les faits et les résultats les plus généraux qu'il renferme.

Appelé à participer depuis quelques années aux travaux de diverses commissions chargées d'étudier la composition, la valeur nutritive et la substitution des aliments, M. Poggiale a cherché à résoudre ces diverses questions par l'expérience. Avant d'en faire connaître les résultats, il est essentiel de nous arrêter un instant sur les procédés d'analyse.

Dans l'ignorance où l'on est sur la composition des principaux aliments, et en l'absence de données certaines pour établir une échelle de nutrition, on s'est attaché presque exclusivement à la détermination des substances azotées, en cherchant dans la proportion de ces principes la mesure de la valeur nutritive des aliments. D'un autre côté, la détermination des matières grasses, de l'amidon, du sucre et des substances congénères, n'ayant pas été faite avec le degré de précision nécessaire, on les a négligées ou on les a représentées par une quantité déterminée de matière amylacée. Considérant que la matière amylacée et les matières grasses ne remplissent pas dans l'économie les mêmes fonctions, et qu'elles ne sauraient dans l'appréciation des résultats être indifféremment remplacées l'une par l'autre, M. Poggiale a senti la nécessité d'entreprendre de nouvelles études sur ce sujet et de modifier les procédés analytiques usités jusqu'à présent, de façon à déterminer d'une manière aussi précise que possible les proportions d'eau, de matières fixes, de ligneux, de matières azotées, d'amidon, de dextrine et de matières grasses contenues dans les substances alimentaires soumises à son examen.

Bien que ces études analytiques constituent une des parties les plus importantes du travail de M. Poggiale, on comprend que nous ne puissions le suivre ici dans ces nombreux détails techniques. C'est aux résultats exclusivement que nous devons nous attacher.

M. Poggiale s'est proposé d'étudier principalement dans ce premier mémoire les aliments fournis par les céréales et les légumineuses. Il résulte de l'analyse qu'il a faite d'un grand nombre d'échantillons de blé de différentes espèces, que la proportion de ligneux qui est contenue dans les enveloppes du grain est beaucoup plus considérable qu'on ne l'a cru jusqu'ici, résultat qui concorde avec les essais de décortication du blé qui ont été faits dans ces derniers temps à la manutention militaire. La proportion élevée de matières non assimilables contenues dans le son justifierait donc son élimination de la farine et la perte qui résulte de l'opération du blutage. Cependant ce n'est pas tout à fait là la conclusion pratique qu'en déduit M. Poggiale. Il est d'avis que le son qu'on laisse dans le pain de ménage et dans le pain de munition est utile, en ce sens qu'il retient plus longtemps dans les organes digestifs les matières assimilables.

« Avec un pain blanc trop léger, dit-il, des hommes robustes et soumis à des travaux pénibles, comme le sont nos soldats et les habitants des campagnes, ne seraient peut-être pas aussi bien nourris qu'avec le pain de ménage ou de munition. »

L'analyse de l'orge a montré que cette graine contient, en moyenne, moins d'azote que le blé, et une proportion un peu plus élevée de matières grasses. Diverses expériences faites sur des animaux ont prouvé que l'orge est moins nutritif que le froment, contrairement à ce qui a été avancé par quelques observateurs.

On sait que les opinions diffèrent sur le pouvoir nutritif du riz. Suivant les uns, cette substance alimentaire n'a qu'un pouvoir nutritif très-faible ; suivant les autres, elle doit être considérée comme une nourriture très-substantielle. Il résulte des analyses de M. Poggiale que le riz est très-riche en aliments respiratoires, et qu'il renferme, au contraire, peu de substances azotées, grasses et salines. Le principe carboné dépassant, dans une forte proportion, les matières grasses et albuminoïdes, l'alimentation animale ne saurait être complète avec le riz qu'à la condition de l'associer avec des aliments riches en substances plastiques, comme la viande, le poisson, le lait, etc. L'expérience a confirmé de tous points les prévisions théoriques tirées de la composition chimique. L'analyse et les expériences physiologiques et l'observation pratique sont d'accord pour établir que le riz employé seul n'est pas un aliment substantiel, et qu'il doit toujours être associé aux aliments azotés. Il en résulte également que dans l'alimentation normale du soldat, par exemple, le riz ne pourrait pas être substitué à la viande et aux légumes secs.

Enfin, M. Poggiale a également fait sur les semences des légumineuses des recherches nombreuses qui ont fait ressortir l'influence de la maturité sur les proportions relatives d'eau et de matières azotées. Ainsi il a trouvé que la quantité relative d'azote diminue dans les aliments du règne végétal parvenus à leur maturité ; que les semences légumineuses conservées par le procédé Masson, renferment plus de substances albuminoïdes et ont par conséquent un pouvoir alimentaire plus grand que les légumes secs ordinaires.

Tels sont les résultats les plus généraux qui ressortent de cette première partie du travail de M. Poggiale. Ce ne sont encore que quelques échelons à l'aide desquels le savant pharmacien en chef du Val-de-Grâce espère pouvoir dresser plus tard, et après avoir complété cet ordre de recherches, une échelle de nutrition fondée sur la connaissance des équivalents nutritifs. Nous ne pouvons qu'encourager l'auteur dans l'accomplissement de cette œuvre importante, dont l'utilité ressort trop d'elle-même, pour que nous ayons besoin d'y insister.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Grossesse extra-utérine.

(Observation communiquée à la Société de biologie par M. DUMONT-PALLIER, interne des hôpitaux.)

L'observation suivante, que M. Dumont-Pallier a recueillie dans le service de M. Velpeau, à la Charité, et qu'il a communiquée à la Société de biologie, nous a paru intéressante comme fait d'abord, comme exemple rare de grossesse péritonéale (développée dans le cul-de-sac recto-utérin), mais surtout par le soin avec lequel ont été examinées et discutées toutes les questions relatives au diagnostic et à la détermination de la variété de grossesse extra-utérine à laquelle on avait affaire.

OBS. — Julie Avis, âgée de trente-quatre ans, est entrée le 7 septembre 1855 à la Charité, salle Sainte-Catherine, n° 11, se plaignant de douleurs vives dans le ventre et d'impossibilité d'uriner. Le toucher vaginal faisait constater l'existence dans le petit bassin de deux tumeurs, l'une antérieure à l'utérus, molle, fluctuante, mal limitée à cause de sa grande étendue, et qui paraissait formée par la vessie distendue. La seconde tumeur était postérieure à l'utérus, d'un volume considérable, de forme arrondie; c'était là surtout que la malade accusait de grandes douleurs.

La matrice semblait donc comprimée par ces deux tumeurs qui s'étendaient de chaque côté; aussi était-elle immobilisée, surtout par sa paroi postérieure, et le doigt introduit dans le vagin ne pouvait porter l'utérus ni en avant ni en arrière; une pression un peu forte sur le col utérin était très-douloureuse.

Le toucher rectal ne peut être convenablement pratiqué, tant l'introduction du doigt faisait pousser des gémissements à la malade.

Depuis quelques jours il existait un écoulement vaginal fétide et sanguinolent, et depuis une quinzaine de jours de la diarrhée. La figure était pâle, grippée, et attestait de profondes souffrances.

1° Julie Avis était-elle enceinte? Depuis cinq mois elle n'a point eu ses règles, et dans les premiers jours de mai, d'après son rapport, elle a eu des envies de vomir, des digestions difficiles; mais le col utérin n'est point ramolli; l'utérus n'est point augmenté de volume, ce qui est facile à établir par le toucher vaginal et le palper abdominal. Le col utérin peut être parfaitement circonscrit par le toucher; on ne peut introduire le doigt dans le museau de tanche, dont les lèvres sont dures.

2° Etait-ce une tumeur fibreuse? Mais une tumeur fibreuse, tout en augmentant le volume de l'utérus, permet encore une certaine mobilité du col utérin et de toute la masse utérine, et elle ne s'accompagne point ordinairement de symptômes inflammatoires subaigus. Ces tumeurs se développent ordinairement lentement; les organes environnants s'habituent à leur présence, et un seul symptôme, l'hémorrhagie, appelle l'attention du malade et du médecin. De plus, les corps fibreux ne s'accompagnent point de suppression des règles. Au contraire, ils en augmentent souvent la quantité et la durée.

3° On ne doit point s'arrêter à l'idée d'un cancer de l'utérus, car le corps utérin ne devient cancéreux que consécutivement au col, et le col *est intact.*

4° Est-ce un phlegmon péri-utérin ou une hématocèle rétro-utérine enflammée?

Les phlegmons péri-utérins ne s'observent guère que chez les femmes récemment accouchées; la dernière couche de cette femme remonte à cinq ans, et il n'y a que quelques mois qu'elle se plaint de douleurs dans le petit bassin. Quant aux phlegmons péri-utérins en dehors de l'état puerpéral, quand ils existent, ils s'accompagnent le plus souvent d'une augmentation des règles, et chez notre malade, depuis cinq mois elles sont complétement supprimées.

5° Est-ce une hématocèle rétro-utérine? Peut-être; car le mal a débuté tout à coup, et s'est accompagné de douleurs dans le petit bassin, qui se sont répandues dans tout l'abdomen; puis peu à peu le mal s'est limité, ainsi que la douleur; une tumeur rétro-utérine a été reconnue, et cette tumeur paraît être le siége de secousses inflammatoires qui s'irradient plus ou moins dans l'abdomen pour se limiter de nouveau au siége de la tumeur rétro-utérine. Comme dans le cas d'hématocèle rétro-utérine, l'écoulement vaginal et la diarrhée fétide peuvent être rapportés à des ouvertures spontanées de l'hématocèle dans le vagin et le rectum. Mais dans le cas d'hématocèle, les règles ne sont point supprimées, dans la majorité des cas, elles sont au contraire souvent plus abondantes et plus douloureuses, et c'est surtout aux époques des règles qu'ont lieu les secousses inflammatoires que l'on observe dans

l'abdomen, et qui ont pour point de départ la tumeur rétro-utérine. Chez notre malade, pendant les quatre mois qu'elle a passés dans la salle Sainte-Catherine, il n'a pas été possible de rattacher les secousses inflammatoires aux époques des règles, qui étaient complétement supprimées.

6° Est-ce enfin à une grossesse extra-utérine siégeant dans le cul-de-sac recto-utérin et dont le kyste se serait enflammé après la mort du fœtus, inflammation qui aurait eu pour résultat l'élimination des débris fœtaux et de ses annexes, que l'on doit rattacher les symptômes observés chez Julie Avis? La diarrhée et les pertes sanguinolentes fétides seraient alors le résultat d'ouvertures de communication entre le kyste fœtal et le rectum d'une part, et le vagin d'autre part.

Le doigt introduit dans l'ampoule rectale reconnaît des altérations organiques d'inflammation chronique. On a observé deux fois dans les alèzes des fragments des membranes altérées par les matières fécales. Ces détritus membraneux étaient noirâtres et d'une fétidité de putréfaction. On pensa alors que ces débris pouvaient appartenir à un fœtus mort depuis un temps plus ou moins long. Telle était l'opinion de M. Velpeau.

La femme ne fut jamais soumise à l'examen du spéculum, et le toucher vaginal, pratiqué à plusieurs reprises, ne fit jamais reconnaître de fistule vaginale ni aucune altération spéciale du vagin, bien que, dans le dernier mois, novembre à décembre, il servît de passage à l'écoulement d'un liquide sanieux et fétide.

Deux fois, pendant son séjour à l'hôpital dans les mois de septembre et d'octobre, la femme Avis avait eu des accidents inflammatoires se propageant à toute la cavité abdominale. Pouls fréquent, petit; ballonnement du ventre, envies de vomir, ventre très-douloureux. Deux fois ces accidents, dus à de la péritonite, furent calmés par des applications de sangsues, des frictions mercurielles et des vésicatoires sur l'hypogastre.

Le 5 décembre 1855, elle fut de nouveau prise de violentes douleurs dans le ventre, d'envies de vomir, puis de vomissements bilieux. Le pouls était fréquent, petit. Epuisée par les douleurs, la diarrhée et l'écoulement vaginal, elle s'affaiblit rapidement, la poitrine s'embarrasse, la respiration devient difficile, et elle meurt le 10 décembre 1855.

Autopsie. — Dans toute son étendue, le péritoine présentait les traces d'inflammation chronique et aiguë : adhérences et vascularisation anormales, sérosité citrine et dépôts pseudo-membraneux.

La masse de l'intestin grêle, insérée sur le mésentère, avait conservé ses rapports normaux; le petit intestin, rejeté à droite, laissait apercevoir les rapports des organes contenus dans l'excavation pelvienne.

Sur la ligne médiane, symphyse pubienne, vessie, fond de la matrice, cul-de-sac utéro-vésical. En arrière de la matrice, le cul-de-sac et les replis utéro-rectaux n'existent plus; ils sont remplacés par une tumeur dont les limites et les rapports seront décrits ultérieurement.

En arrière de cette tumeur se voient la terminaison de l'S iliaque du côlon et l'intestin rectum avec son méso-rectum. De chaque côté de la ligne médiane, rapports normaux des organes compris dans les fosses iliaques. A droite, cœcum et fin de l'iléon; ovaire, dont on ne voit qu'une faible portion. A gauche, S iliaque du côlon et ovaire droit qui plonge dans l'excavation pelvienne en s'adossant à la partie latérale gauche de la tumeur recto-utérine. Disposition normale du ligament large du côté droit, tandis qu'à gauche le ligament large paraissait adhérent à la tumeur.

Sur la ligne médiane, au niveau de l'angle de réunion de la paroi postérieure de la matrice et de la paroi antérieure du rectum, existait une déchirure, résultat d'une traction maladroite sur l'S iliaque. Cette déchirure conduisait dans une cavité qui avait les limites suivantes :

En avant, la paroi postérieure de la matrice;

En arrière, la paroi antérieure du rectum.

Sur les parties latérales, les replis recto-utérins, les trompes, les ovaires et les adhérences d'ancienne formation, complètent latéralement et supérieurement une cavité qui est limitée en bas par la portion du vagin qui répond au cul-de-sac utéro-rectal.

Cette cavité ou kyste, qui présente à sa périphérie les traces d'inflammation chronique, est de forme assez régulièrement ovalaire et de capacité à contenir un très-gros œuf de poule. Cette cavité, dont on agrandit la déchirure supérieure, était remplie de matières fécales et de détritus organiques, parmi lesquels on reconnaissait des tissus membraneux en voie de décomposition, et, de plus, des os appartenant à un squelette de fœtus.

Une coupe médiane comprenant la symphyse pubienne, l'ouverture de la vessie, du canal de l'urètre et de la paroi antérieure du vagin, fit constater ce qui suit :

Vessie et urètre dans un état normal.

Vagin, vascularisation considérable de la muqueuse; point d'ulcération. Mais sur la ligne médiane de la paroi postérieure du vagin et à un centimètre et demi du cul-de-sac vaginal, existe une ouverture fistuleuse, circulaire, comme taillée à l'emporte-pièce, fistule communiquant avec le kyste fœtal : ce qui rend parfaitement compte de l'écoulement fétide que l'on avait observé par le vagin.

Col utérin normal, de petit volume, nullement ramolli; parois du col et du corps de la matrice non épaissies; orifices libres. La cavité de la matrice, réunie à celle du col, mesure une étendue de 7 centimètres. Muqueuse utérine parfaitement normale. Ouvertures des trompes perméables avec un stylet d'Anel.

Trompe du côté droit perméable dans toute son étendue, pavillon de la trompe adhérent à l'ovaire, qui lui-même offre le volume normal et se rattache à l'utérus par son ligament, et se trouve accolé à la paroi latérale droite du kyste fœtal.

La trompe du côté gauche, aussitôt après avoir quitté l'utérus, passe au-dessous d'une adhérence anormale, et vient tomber en se dilatant sur la paroi latérale gauche du kyste. Elle était perméable dans toute son étendue et dilatée dans tout son tiers externe, de façon à pouvoir loger en cet endroit une plume d'oie. Les parois de la trompe, au niveau de la dilatation, étaient épaissies, et la muqueuse présentait des traces d'inflammation chronique.

De plus, la partie dilatée de la trompe gauche s'ouvrait directement dans le kyste fœtal, et venait s'y aboucher par un orifice béant.

L'ovaire gauche n'était point hypertrophié, et était adhérent à la paroi gauche du kyste.

La muqueuse du rectum était le siége d'une inflammation chronique. A 18 centimètres à peu près de l'ouverture anale, existait une ouverture de la grandeur d'une pièce de deux francs, de forme ovalaire, à bords lisses, recouverts de la muqueuse intestinale, de teinte grisâtre, faisant communiquer directement et largement le rectum avec le kyste fœtal, ce qui explique la présence des matières fécales dans le kyste d'une part, et l'écoulement fétide et les détritus membraneux qui avaient été rendus par l'anus d'autre part.

La cavité fœtale, de forme sphéroïde, avait de 12 à 15 centimètres dans son plus grand diamètre vertical, et 7 à 8 centimètres dans son diamètre transversal. Toute la cavité était tapissée d'une membrane analogue aux muqueuses affectées d'inflammation chronique. Elle présentait à la partie supérieure de sa paroi postérieure l'ouverture de communication avec le rectum, et à sa partie inférieure, son ouverture fistuleuse avec le vagin. De plus, deux os du squelette fœtal, un péroné et un tibia étaient restés accolés à la paroi antérieure de cette cavité. Les parois correspondantes du rectum et de la matrice faisaient parties intégrantes des parois du kyste fœtal.

On y trouva : 2 frontaux avec leur arcade sourcilière et la portion orbitaire, 2 pariétaux, 1 temporal, 2 fémurs, 2 tibias, 2 péronés, 2 rotules, ayant chacun 2 centimètres de longueur, 1 clavicule et plusieurs côtes.

Nous n'avons point trouvé les os du bras et de l'avant-bras, non plus que ceux du bassin;

Point de vertèbres.

Aucun vestige de placenta dans la cavité fœtale.

Ces faits établis, reste à déterminer quelle variété de grossesse extra-utérine nous avons eu à observer;

Nous croyons devoir éliminer d'abord toutes les variétés qui se rapportent à l'utérus et à l'ovaire. Ces parties ne présentaient rien d'anormal dans leur structure.

Restent donc deux variétés principales : la grossesse tubaire et la grossesse péritonéale.

Il n'est point probable que la grossesse ait été tubaire, car la trompe gauche ne présente point de développement suffisant pour admettre cette variété, tout au plus pourrait-on penser que l'ovule fécondé se serait d'abord greffé sur le pavillon de la trompe, puis serait consécutivement tombé en entraînant la trompe dans le cul-de-sac recto-utérin. Mais ce serait là une variété mixte que l'on pourrait appeler grossesse tubo-abdominale ou tubo-péritonéale, parce que primitivement la trompe aurait servi de point de départ à la grossesse, et que consécutivement l'œuf se serait développé dans la cavité péritonéale en se greffant en partie sur une portion du péritoine.

N'est-il pas plus naturel de penser, bien que les observations d'un semblable fait soient rares, que, dans le cas qui nous occupe, l'ovule fécondé est primitivement tombé dans le cul-de-sac recto-utérin et s'y est développé jusqu'au jour où a eu lieu la mort du fœtus (entre quatre et cinq mois). Alors le fœtus mort est devenu un corps étranger; l'inflammation déterminée par ce corps étranger dans la cavité péritonéale a donné lieu à des adhérences des organes avoisinant, et un kyste s'est formé. Les organes voisins, le vagin et le rectum, se sont enflammés à leur tour dans leur portion correspondante au kyste, et des fistules se sont établies, fistules par lesquelles seraient sorties toutes les parties du fœtus mort, si la femme n'avait été épuisée par la diarrhée et la souffrance.

EXPÉRIENCES DE LIGATURE DE L'OESOPHAGE.

Par M. JOBERT (de Lamballe).

(Communication faite à l'Académie de médecine dans la séance du 12 août.)

Première expérience. — Le 1er août, sur un chien noir âgé de sept mois, l'œsophage a été mis à nu, séparé des parties environnantes, lié avec un fil qui a été coupé au ras d'un double nœud.

L'animal a perdu peu de sang, et il s'est plaint beaucoup pendant l'opération.

Abandonné à lui-même, il a marché sans embarras et sans gêne; mais bientôt il s'est couché. Il semblait abattu, puis il s'est relevé, s'est promené, comme s'il voulait éviter quelque chose qui le gênait. Il a fait quelques efforts en ouvrant la bouche, comme dans le dernier temps du vomissement. Il a rendu pendant quatre heures une grande quantité de liquide blanc, filant, mousseux. A différentes reprises, le même liquide s'est écoulé.

Le soir même, il est sorti.

Les sens étaient intacts. L'intelligence était complète : lorsqu'on appelait cet animal, il se levait et se rapprochait des personnes qui l'avaient opéré, remuant la queue en signe de satisfaction.

Le lendemain, le même liquide sortait de la bouche. Le chien a pu descendre un deuxième étage et le remonter sans difficulté.

La plaie du cou est guérie.

L'animal, depuis le samedi 2 août, veut boire de l'eau; mais bientôt elle retombe mêlée à du mucus.

Aujourd'hui 7 août, le chien a parfaitement avalé le lait. Il est fort, plein de santé, a les mouvements libres, faciles; on ne dirait pas qu'il a subi une opération.

Deuxième expérience. — Le 2 août, à deux heures, la ligature de l'œsophage est pratiquée sur un chien blanc, très-intelligent, âgé de deux ans.

La plaie extérieure est réunie par deux points de suture entrecoupée, et l'animal est abandonné à lui-même. Comme le premier, il marche, se promène, et semble vouloir fuir quelque chose qui le tourmente; il se glisse sous les meubles, monte sur les chaises, se rapproche des personnes qui ont assisté à l'expérience.

Cet animal a conservé entièrement l'intelligence, les sens, les mouvements et la sensibilité; mais il fait des efforts comme pour vomir, et bientôt il rend une grande quantité d'un liquide blanc, mousseux, filant et adhérant fortement aux lèvres : l'animal appuie dessus avec ses pattes pour s'en débarrasser. Depuis ce moment, il perd beaucoup de ce liquide, qui maintenant est expulsé sans effort.

Le 4 août, l'animal a l'œil parfait; il jouit de tous ses mouvements, de la sensibilité et de l'intelligence; mais il rend un liquide blanc et tenace. Il a voulu boire de l'eau, il a pu y réussir parfaitement, mais il a dû la rendre mêlée à du mucus.

Le mardi 5 août, cet animal est mort. L'autopsie a été faite le mercredi, à trois heures et demie.

Entre l'œsophage et la colonne vertébrale, se trouvait un abcès étendu. Le pus, dans certains endroits, était à l'état d'infiltration, et, dans d'autres, à l'état de foyer. Dans la région carotidienne du côté gauche, on trouvait de la matière purulente, ainsi que sur le bord gauche de la trachée.

Le canal intestinal contenait beaucoup de bile, et le foie était congestionné.

L'œsophage, entouré par le lien, était complétement divisé par la ligature, si bien que l'anse du fil était contenue à peu près complétement dans l'intérieur de l'œsophage. J'ai dit à peu près complétement, parce que quelques points de fil se trouvaient encore recouverts par de la membrane muqueuse œsophagienne. Tout l'extérieur de l'œsophage était cicatrisé et réuni avec lui-même.

Troisième expérience. — Le 4 août, à trois heures, l'œsophage a été lié sur un jeune chien de cinq mois, fort et intelligent. Quelques nerfs ont été agacés volontairement, et l'animal a poussé de grands cris.

Abandonné à lui-même, il s'est promené, s'est couché à différentes reprises, et il a écarté ses deux pattes de devant, afin d'appuyer la partie antérieure du cou sur le sol, comme pour se soulager.

Peu d'instants se sont écoulés sans qu'il ait fait des efforts de vomissement. Il a ouvert la bouche, a expulsé un liquide abondant, blanc, séreux et filant.

L'expulsion de ce liquide l'a soulagé. La quantité de liquide versée à l'extérieur m'a paru beaucoup plus considérable que chez les précédents animaux.

L'intelligence, les mouvements, la sensibilité ont été complétement conservés.

Pendant presque tout le temps, il demeure debout pour retirer le liquide filant, qui adhère fortement à ses lèvres.

L'animal vient lorsqu'on l'appelle.

Le 7 août, le chien paraît abattu. On lui présente du lait, qu'il lape parfaitement; mais il le rend mêlé à du mucus.

Le 9, tous les liquides parviennent dans l'estomac.

Aujourd'hui, 13 août, l'animal mange toutes espèces d'aliments sans difficulté. Il a pris de l'embonpoint.

Quatrième expérience. — Sur un chien de chasse, la ligature de l'œsophage a été faite avec un gros fil ciré.

L'œsophage a été isolé, et, sur lui, une constriction a été exécutée avec le lien à double nœud.

Après l'opération, l'animal, qui a perdu fort peu de sang, était un peu abattu; mais il a continué à demeurer debout et à se promener, sans éprouver aucun trouble nerveux. Au bout d'une heure, il y a eu quelques efforts de vomissement, et il est sorti par la bouche, largement ouverte, une grande quantité de liquide blanc, filant et spumeux.

Le lendemain, cet animal était abattu; mais il a été conduit avec deux autres chiens, de la rue Saint-André-des-Arts à l'Hôtel-Dieu.

Cette opération a été faite le 5 août, à trois heures de l'après-midi.

Le 7 août, l'animal a bu du lait. Mais au bout d'une demi-minute, il l'a rendu en faisant de grands efforts pendant lesquels la respiration était embarrassée; et il était haletant comme si le liquide avait pénétré dans la trachée. Bientôt il s'est apaisé, et tout est rentré dans l'ordre.

Le 9 août, à six heures du soir, cet animal est mort. Le matin même il avait été examiné et n'avait offert aucun trouble nerveux; mais i était abattu, et ne bougeait pas de la place où il s'était niché.

Le 6, le 7 et le 8 août, il a voulu boire de l'eau et du lait, et chaque fois il a fait de grands efforts, et a éprouvé des symptômes de suffocation.

L'animal a vécu quatre jours et quatre heures.

A l'autopsie, faite avec soin, nous avons trouvé du côté droit un foyer purulent qui communiquait avec l'œsophage. Cet organe était béant, et présentait deux bouts continus par un point seulement.

La trachée et les bronches contenaient du mucus et une longue bandelette de sang.

Les deux poumons étaient adhérents à la plèvre costale par des fausses membranes récentes. Ces adhérences étaient partielles et se rencontraient sur des surfaces assez étendues de pneumonie lobulaire. Il n'y avait pas de pus dans le foie ni dans les veines.

L'œsophage me paraît s'être rompu pendant les efforts qu'il a faits en dernier lieu pour expulser les boissons et les aliments.

La pneumonie lobulaire est-elle due à l'introduction de corps étrangers dans la trachée?

Il résulte des précédentes expériences qu'aucun animal n'a présenté de troubles nerveux après la ligature de l'œsophage, que les sens sont demeurés parfaitement intacts ainsi que l'intelligence, et qu'enfin la sensibilité et le mouvement n'ont pas éprouvé de modification.

Comme on a pu le voir sur tous ces animaux, rien de particulier ne s'est montré avant le quatrième jour, et c'est alors seulement que les complications sont survenues chez ceux qui ont succombé.

On peut reconnaître dans la ligature de l'œsophage trois périodes : période de constriction, période adhésive, et une troisième qui est représentée par la chute du fil.

Première période. — Au moment où le fil exerce une constriction autour de l'œsophage, il y a douleur, et elle se continue pendant assez longtemps sous la forme d'une gêne, d'un embarras, qui fait que l'animal appuie le cou sur le sol, le frotte, et se déplace comme s'il voulait éviter les effets du lien.

L'obstacle que le lien apporte à la déglutition se fait connaître en un temps plus ou moins court par la sortie d'une grande quantité de liquide spumeux, filant, blanc, expulsé avec effort de la cavité pharyngienne. Après les premières heures, ces spasmes pharyngiens se calment, et le liquide est chassé sans trop d'efforts, excepté lorsqu'il va pénétrer dans le larynx.

L'animal a conservé toute son intelligence; il vient quand on l'appelle. Il est souvent calme ou abattu après l'expérience.

Le mouvement et la sensibilité sont parfaitement intacts.

Lorsque les nerfs pneumo-gastriques ou autres ont été tourmentés, la respiration est gênée et les battements du cœur sont exagérés pendant quelques instants. Mais, hors ces accidents, je n'ai pas observé ces phénomènes.

Deuxième période. — Elle commence très-peu de temps après que la constriction a été exercée autour de l'œsophage. L'action du fil ramollit, coupe tous les tissus de dehors en dedans, et de la lymphe coagulable le recouvre pour fermer la plaie, qui persisterait sans elle.

Les tissus sont par conséquent ramollis, et pendant tout le temps que dure ce travail, l'obstacle à la déglutition persiste. De temps en temps, le chien expulse le liquide avec ou sans effort. Il peut bien laper le lait, l'eau, les liquides, mais bientôt il est menacé de suffocation par leur entrée dans les voies aériennes. C'est alors qu'il fait de grands efforts d'expiration pour les expulser.

Troisième période. — Dans cette dernière période, le fil a coupé les parois de l'œsophage, qui se sont cicatrisées à mesure qu'il cheminait vers son intérieur, où il tombe, pour être rejeté par la bouche ou par les voies inférieures. L'animal peut avaler des liquides et des aliments; il devient plus gai, et il se jette avec précipitation sur ce qu'on lui présente.

C'est le quatrième, le cinquième, le sixième jour que tout le travail est terminé. Le chien aboie comme par le passé.

Dans aucune de ces périodes, le mouvement, la sensibilité et l'intelligence ne sont troublés.

M. Bouley regarde la ligature de l'œsophage comme étant à peu près toujours mortelle, tandis que je suis disposé à la regarder comme infiniment moins sérieuse, et j'oserais même dire à peu près constante dans ses effets sur l'organisme.

Il est important de se demander si ces dissidences ne sont pas dues à des *modus faciendi* différents. Je suis tout disposé à le croire, et je pense qu'il sera même facile de le prouver. L'habileté bien connue de M. Bouley à expérimenter dans les races ovine, bovine, canine, etc., ne permet pas de croire qu'il ait compris autre chose que l'œsophage dans la ligature. A quoi sont donc dus les accidents mortels qu'il signale dans ses expériences? Il me semble possible d'en rechercher l'origine dans le procédé ou dans les moyens d'exécution qu'il emploie.

Dans l'espèce humaine, nous savons très-bien que le procédé opératoire exécuté par deux mains différentes et également habiles n'est pas toujours suivi du même résultat. Je me bornerai à donner quelques exemples.

Un chirurgien fait une petite ouverture dans la taille latéralisée, et se sert de grosses tenettes pour aller à la recherche du calcul. Un autre opérateur fait une longue incision, et se sert d'une tenette moyenne pour extraire le corps étranger.

Un médecin, dans la ligature d'une artère, fait une petite fenêtre aux tissus pour la mettre à découvert, et un autre en fait une grande. L'un se sert d'un gros lien placé dans le voisinage d'une anastomose, et l'autre en emploie un moyen et dans un point éloigné d'une communication anastomotique. Il est évident que les résultats ne doivent pas être les mêmes; car la petite incision ne permet pas qu'on arrive facilement sur les vaisseaux. De là des tâtonnements, des hésitations, des déchirures des tissus qui compromettent l'opération.

L'opération de la cataracte par abaissement est exécutée par les uns par dépression et enfoncement du cristallin et de sa capsule dans le corps vitré, et par d'autres par broiement, déchirure du cristallin et abaissement ensuite.

Dans les amputations par la méthode de Nermale, de Ravaton, de Verduin, etc., on laisse trop peu ou trop de chair; de là des résultats différents.

Pourquoi les choses ne se passeraient-elles pas ainsi dans les expériences faites sur les animaux? Quand on opère sur ceux-ci, il faut prendre les mêmes précautions que sur l'homme, et c'est ce que notre confrère M. Bouley a parfaitement fait.

Je me suis demandé quelle était la forme des liens dont notre confrère faisait usage. M. Trousseau a bien voulu me dire que M. Bouley se sert tout simplement d'un gros et large lien, tandis que je me sers de fil ciré.

Je vais rapporter en peu de mots les expériences que j'ai exécutées avec un large ruban, comme celui dont se sert M. Bouley.

Le 9 août, à neuf heures un quart du matin, j'ai mis l'œsophage à découvert sur deux chiens blancs de petite race.

L'œsophage a été isolé complétement de tous les filets nerveux qui pouvaient l'entourer; un lien large, non ciré, ayant les dimensions d'un lien de tablier, a été jeté autour, et une constriction a été assurée sur lui par un double nœud.

Les deux chiens ont ensuite été abandonnés à eux-mêmes. Ils ont offert la même agilité, la même force qu'avant l'opération.

Aucun trouble nerveux n'a existé.

L'intelligence est demeurée complète, et il semblait qu'on ne leur eût rien fait.

Le 10 au matin, le plus faible était grandement abattu et respirait avec peine. Pendant la nuit, il a eu de la difficulté à respirer. A midi et demi, il était mort.

L'autopsie a été faite en présence de mon honorable collègue M. le docteur Bégin, de plusieurs autres médecins et de quelques élèves.

Il existait une fort petite quantité de pus infiltré; les lèvres de la plaie étaient réunies à peu près partout.

L'œsophage a été délié, et on a pu reconnaître un amincissement considérable à l'endroit où la constriction avait été exercée. En plaçant cette portion de l'œsophage devant la lumière, on apercevait la transparence.

La trachée contenait une petite quantité de sang dans son intérieur. Une ecchymose très-prononcée existait dans toute l'épaisseur de la paroi postérieure de ce conduit dans l'étendue d'une pièce de dix sous. C'est dans cet endroit que la ligature de l'œsophage avait porté. A la surface du poumon, on apercevait plusieurs points ecchymotiques.

— Le chien le plus fort offrait de la résistance; mais il était affaibli, et à trois heures de l'après-midi il l'était davantage. Cependant il marchait, allait, venait et obéissait parfaitement. La surface du cou était baignée de pus.

J'ai enlevé les fils qui réunissaient la peau, j'ai désuni profondément les lèvres de la plaie, et, saisissant le lien qui en occupait le fond, j'ai coupé le nœud et l'ai enlevé.

L'animal a été mis en liberté. Du lait lui a été donné, et il l'a bu avec une certaine hésitation, et, voyant qu'il passait bien, il a continué.

Un flot de pus s'est écoulé au moment de l'écartement de la plaie.

EMPLOI DE L'ACIDE GALLIQUE COMME HÉMOSTATIQUE,

Par M. NEALE.

Il y a près de dix ans que l'attention de M. Neale a été fixée sur la grande importance de l'acide gallique comme hémostatique dans un cas grave d'hémorrhagie vésicale survenue chez une femme âgée. Chaque fois que l'hémorrhagie avait lieu, M. Neale lui administrait 6 grains d'acide gallique, à la fin et invariablement chaque hémorrhagie était arrêtée après deux ou trois doses. Cette femme mourut il y a deux ou trois ans. On trouva un polype dans la vessie.

M. Neale cite vingt observations à l'appui des heureux résultats qu'il a obtenus de l'emploi de cet acide.

Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant âgé de onze ans affecté d'hydropisie scarlatineuse. L'urine se chargeant chaque jour de plus en plus de sang, il administra l'acide gallique à la dose de 5 grains, trois fois par jour, ce qui diminue beaucoup la perte. Ce ne fut qu'après l'avoir administré pendant quelque temps à la dose d'une drachme par jour que le sang et l'albumine disparurent de l'urine, qui augmente en quantité, et dont le poids spécifique, qui était d'abord de 1,018, s'élève à 1,022.

Dans deux cas d'hématémèse, le premier résultant d'une chute et presque mourant par suite de l'hémorrhagie excessive qui avait lieu du côté de l'estomac et des intestins, le deuxième dû à un ulcère chronique de l'estomac, et qui avait vomi trois à quatre pintes de sang avant que M. Neale eût été appelé, l'administration de l'acide gallique eut un plein succès.

Dans un cas d'albuminurie au dernier degré, M. Neale obtint d'abord de très-bons résultats; mais, vu l'état presque désespéré dans lequel se trouvait le malade lors de son arrivée à l'hôpital, l'amélioration ne fut que temporaire.

Dans un cinquième cas, une femme âgée de trente-trois ans, ayant des hémorrhagies fréquentes et excessives, des avortements fréquents, suivis d'hémorrhagies graves, chaque fois l'hémorrhagie fut arrêtée rapidement par l'acide gallique donné à la dose de 5 grains. Il en fut de même dans un cas de ménorrhagie chez une femme de quarante-deux ans.

Dans un cas d'hémorrhagie intestinale chez un nouveau-né, l'acide gallique ne réussit pas; l'enfant mourut exsangue avant qu'on eût eu le temps d'administrer une seconde dose.

Une épistaxis abondante dans un cas de fièvre typhoïde fut arrêtée après deux doses d'acide gallique de 5 grains dissous dans l'eau chaude.

Dans un cas d'angine tonsillaire aiguë, les effets astringents d'un gargarisme fait avec l'acide gallique, le chlorure de soude et l'eau distillée furent très-favorables après deux ou trois applications. En vingt-quatre heures, la gorge avait repris son état naturel, et toute odeur avait disparu. Il en fut de même dans deux autres cas semblables.

Dans deux cas de polypes utérins, l'hémorrhagie fut arrêtée par l'acide gallique à haute dose; on conserva ainsi les forces des malades jusqu'à ce qu'on pût les opérer.

Dans un cas d'hémorrhoïdes internes suivies d'hémorrhagie intense, l'acide gallique, à la dose de trois grains répétée toutes les trois heures, a arrêté l'hémorrhagie.

Dans un cas d'érysipèle de la face, une lotion contenant trois gros d'acide dissous dans une pinte d'eau chaude fut appliquée sur la figure toutes les trois ou quatre heures avec un effet très-marqué et très-avantageux; après trois ou quatre applications, l'inflammation fut arrêtée.

Une petite quantité d'acide en poudre placée sur une coupure qui saignait abondamment arrêta immédiatement l'hémorrhagie, bien que d'autres moyens eussent été employés en vain. L'application ne causa pas la moindre douleur au patient.

(*Medical Times* et *Gaz. méd.*)

FORMULES DE SUPPOSITOIRES ET DE LAVEMENTS

contre les vers ascarides.

Par M. le professeur TROUSSEAU.

I. *Suppositoires.*

Tannin.	1 gramme.
Beurre de cacao.	1 —

Fondez le beurre de cacao à une douce chaleur, réduisez le tannin en poudre fine, mélangez-le avec le beurre, et agitez jusqu'à ce que la matière grasse soit figée; coulez dans un moule en papier pour lui donner la forme convenable.

Bi-iodure de mercure.	4 centigrammes.
Beurre de cacao.	4 grammes.

Fondez le beurre comme ci-dessus, et, lorsqu'il est presque froid, ajoutez-y le bi-iodure de mercure; triturez et coulez dans un moule en papier.

II. *Lavements.*

Suie de bois tamisée.	25 grammes.

Faites bouillir un quart d'heure dans :

Eau.	222 grammes.

Passez pour un lavement, que l'on donne plusieurs jours de suite le soir, une demi-heure avant de coucher l'enfant.

Calomel.	25 centigrammes.
Mucilage de graine de lin. . .	125 grammes.

Suspendez le calomel dans le mucilage, et donnez ce mélange en lavement matin et soir.

Bi-chlorure de mercure. . . .	2 centigrammes.
Eau distillée.	100 grammes.

Dissolvez. Pour un lavement, que l'on administre dans une seringue de verre, comme le précédent.

Bi-iodure de mercure.	1 centigramme.
Iodure de potassium.	1,10 —
Eau distillée.	100 grammes.

Triturez les deux sels ensemble avec quelques gouttes d'eau. Le bi-iodure de mercure rouge se dissout dans l'iodure de potassium. Ajoutez le reste pour un lavement.

Acide arsénieux.	1 centigramme.
Eau distillée.	40 grammes.

Faites dissoudre à chaud. On vide l'intestin à l'aide d'un lavement simple, et l'on introduit ensuite la solution dans le rectum en se servant d'une seringue de verre, comme pour le lavement au sublimé. (*Journ. de méd. pratiq.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 août 1856. — Présidence de M. Is. GEOFFROY ST.-HILAIRE.

Siége et nature de la coqueluche. — M. Beau lit sur ce sujet un mémoire dont voici le résumé :

La coqueluche est caractérisée symptomatiquement par une sorte de toux convulsive qui ressemble, à s'y méprendre, à l'état momentané de suffocation que l'on éprouve quand on a avalé, comme on dit, *de travers*. Cette maladie, propre à l'enfance, qu'elle affecte souvent épidémiquement, est encore inconnue dans son siége et sa nature. Suivant quelques auteurs, c'est une forme de bronchite; pour d'autres, c'est une névrose pure et simple des voies respiratoires; pour d'autres enfin, c'est une maladie complexe qui tient à la fois des affections catharrales et des névroses. Le but de cette lecture est de montrer que la coqueluche est une phlegmasie des voies respiratoires, c'est ce que m'ont appris les différentes nécroscopies que j'ai pratiquées. Je montrerai de plus que cette phlegmasie occupe un point assez étroit et singulièrement circonscrit; et c'est justement, comme nous le verrons, le siége particulier de cette phlegmasie qui nous expliquera facilement les symptômes caractéristiques de la coqueluche.

La coqueluche, avons-nous dit, ressemble à l'état momentané de suffocation que produit la pénétration d'une goutte de liquide dans le larynx. Il ne reste plus, pour la parfaite justesse de l'assimilation, qu'à trouver dans les circonstances matérielles de la maladie la goutte qui vienne tomber de temps en temps dans le larynx et détermine, comme celle qui s'y introduit quelquefois pendant l'acte de la déglutition, les accidents de suffocation que nous avons signalés. Or la possibilité d'une chute de liquide existe aussi dans la coqueluche, comme nous allons le prouver.

Le point de la membrane muqueuse des voies respiratoires, qui, comme nous l'avons annoncé, est enflammé dans la coqueluche, est cette zone assez étroite qui existe entre l'orifice supérieur du larynx et les cordes vocales supérieures. Cette région sus-glottique assez peu étendue, comme l'on sait, va progressivement en s'élargissant à mesure que l'on remonte de l'hiatus glottique vers l'orifice supérieur du larynx, de telle sorte que sa forme générale ressemble assez à un *infundibulum* ou entonnoir dont la base est en haut à l'orifice supérieur du larynx, et le sommet en bas à l'orifice glottique. Voilà le point que les investigations anatomiques auxquelles je me suis livré m'ont démontré de la manière la plus positive être affecté d'inflammation. La membrane muqueuse qui constitue cet entonnoir sus-glottique est rouge, légèrement gonflée, et souvent enduite d'un peu de muco-pus. Maintenant, le produit de cette sécrétion muco-purulente, lorsqu'il est en suffisante quantité, doit tomber ou couler sur la glotte, et elle ne peut manquer d'y être reçue en véritable corps étranger. C'est en effet ce qui arrive, c'est-à-dire que tout à coup la glotte se resserre, et qu'il en résulte un sifflement aigu à l'inspiration; puis il se fait un mouvement de toux quintaire et saccadé à l'expiration, et cette toux donne lieu au rejet d'une assez grande quantité de liquide pituiteux extemporanément sécrété, dans lequel la goutte muco-purulente, cause de tous ces symptômes, est délayée et entraînée.

Il nous reste maintenant à démontrer par l'ensemble des autres caractères de la coqueluche la réalité de la symptomatogénie que je viens de développer.

On partage généralement en deux périodes la durée de la coqueluche, une période *catarrhale* et une période *nerveuse*, et l'on part même de là pour lui reconnaître une nature complexe qui tient à la fois des affections catarrhales et des névroses. La période catarrhale, en sus

des symptômes de suffocation intermittente et caractéristique, est marquée par des phénomènes généraux, tels que du malaise, de l'abattement, de l'anorexie, de la courbature et même quelquefois de la fièvre.

La période nerveuse, beaucoup plus longue que la précédente, est constituée seulement par les symptômes de suffocation caractéristiques qui dans cette période sont à la fois très-marqués et très-fréquents.

On doit voir que ces deux périodes sont parfaitement intelligibles au point de vue de la laryngite sus-glottique. En effet, dans la première période dite catarrhale, il y a malaise, courbature, fièvre même, parce que la laryngite sus-glottique est à l'état aigu. Dans la seconde période, dite nerveuse, il n'y a plus de symptômes généraux, parce que la phlegmasie est passée à l'état chronique, et les symptômes locaux de suffocation caractéristiques sont à la fois plus intenses et plus rapprochés, parce que la sécrétion du muco-pus qui va tomber sur la glotte est tout à la fois plus facile et plus abondante.

Les quintes de coqueluche sont souvent hâtées par une cause morale, telle qu'une émotion, une colère, etc. Cette circonstance étiologique, qu'on considère comme un cachet de névrose, s'explique très-bien par la nature phlegmasique de la maladie. En effet, on voit habituellement les individus affectés d'une dartre humide de la face présenter une recrudescence subite de sécrétion dartreuse sous l'influence d'une vive émotion; pourquoi ce qui arrive dans l'inflammation sécrétante de la peau de la face n'arriverait-il pas dans l'inflammation sécrétante de la laryngite sus-glottique en provoquant plus facilement des paroxysmes de coqueluche?

On a dit jusqu'à présent que les paroxysmes de coqueluche sont précédés par une sensation particulière de gêne au gosier ou à la partie supérieure du cou. Voilà un prodrome qui s'explique tout naturellement par le siége de la coqueluche à la région sus-glottique du larynx.

Enfin, reste la question de contagion qui est admise dans la coqueluche, et qui se comprend facilement d'après les idées qui font l'objet de cette lecture. En effet, l'analogie porte naturellement à admettre que la laryngite sus-glottique qui donne lieu aux symptômes de la coqueluche peut être contagieuse, comme la laryngite pseudo-membraneuse, comme certaines stomatites et conjonctivites. Des corpuscules ténus et en quelque sorte volatils de la matière inflammatoire peuvent très-bien, après avoir été expulsés dans l'expiration, être inspirés par d'autres individus, et se déposer dès lors sur un larynx sain qui s'enflamme ainsi par influence contagieuse.

(Commissaires, MM. Serres, Andral, Bernard.)

— M. Chassinot envoie pour concourir pour les prix de médecine et de chirurgie une analyse de deux ouvrages qu'il présente à ce concours, et qui ont pour titre: l'un, *Etudes sur la mortalité dans les bagnes et dans les maisons centrales de force et de correction;* l'autre, *Des mesures et des précautions à prendre pour la conservation de la santé des détenus dans les prisons cellulaires.* (Commission du prix de médecine.)

— M. Castano prie l'Académie de vouloir bien compléter la commission qu'elle a chargée de l'examen de son mémoire *sur la nature de la syphilis*, commission devenue incomplète par le décès de M. Magendie.

M. J. Cloquet fera partie de cette commission avec les deux membres déjà nommés, MM. Andral et Velpeau.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur et très-honoré confrère,

Dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 21 juin, vous avez donné la formule d'un carton anti-asthmatique de M. Carrié. Puisque l'attention de vos lecteurs a été attirée sur un genre de médication encore trop peu connue, permettez-moi de vous parler d'une préparation fort en usage à Nantes, et qu'on retrouve d'ailleurs comme faisant la base du carton de M. Carrié; je veux parler du papier nitré, dont j'ai été tout étonné de me voir cité dernièrement comme l'inventeur dans quelques articles de journaux.

Bien que l'orthographe de mon nom soit un peu altérée dans les articles auxquels je fais allusion, j'ai quelques raisons de penser que c'est de moi qu'il s'agit, et j'avoue que je verrais avec regret se propager une erreur que je ne puis attribuer qu'à un malentendu.

Dans de savantes leçons sur l'asthme essentiel, M. le professeur Trousseau avait parlé l'année dernière, à propos du traitement de cette maladie, de l'utilité des fumigations de papier nitré *employées avec avantage par le docteur Letanneur*. Dans ces derniers temps, plusieurs journaux ont reproduit un passage du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* où il est dit que M. Trousseau, conseille, contre l'asthme nerveux, le *papier nitré du docteur Letanneur*.

On a mal compris M. Trousseau, qui, en disant que j'employais ce moyen avec avantage, n'a pas ajouté, par discrétion sans doute, que c'était *sur moi-même*.

Comme il s'agit d'une question de thérapeutique fort importante, il ne sera peut-être pas inutile, en rétablissant la vérité des faits, de vous communiquer quelques détails sur les effets d'une médication dont j'ai pu apprécier personnellement toute la valeur.

Il y a bien des années déjà qu'un médecin italien, Nicolo Frisi, avait conseillé les fumigations nitrées d'après la méthode américaine, comme un excellent remède contre l'asthme.

M. le docteur Lefèvre, aujourd'hui médecin en chef de la marine à Brest, rappelle ce fait dans un excellent mémoire sur l'asthme, publié seulement en 1847, mais écrit dès 1835.

M. Lefèvre, qui, lui aussi, a pu étudier sur lui-même la maladie dont il a donné une si bonne description, n'a pas fait usage du papier nitré, mais il est porté à croire à son efficacité parce qu'il a éprouvé souvent du soulagement en respirant la fumée de l'amadou en combustion.

Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, en rendant compte, en 1847, du mémoire du docteur Lefèvre, fit connaître le papier nitré et son mode de préparation.

A cette époque, un officier de santé d'un des faubourgs de Nantes obtint par l'emploi de ce papier des succès remarquables qui ne tardèrent pas à attirer sur ce moyen l'attention des médecins de notre ville. C'est ainsi que je fus conduit moi-même à y avoir recours pour combattre des accès d'asthme devenus aussi fréquents et assez graves pour menacer mon existence. Je me hâte d'ajouter que j'en ai éprouvé les meilleurs effets, et qu'il a contribué pour une grande part à ma guérison.

Je ne connais pas de moyen comparable à celui-là pour prévenir l'invasion de l'accès ou pour l'arrêter au début; mais il est loin d'avoir une influence aussi constante et aussi marquée sur les accès qui sont arrivés à leur summum de gravité; bien que, même dans ce dernier cas, il produise toujours un certain soulagement.

Le papier nitré est tout simplement le gros papier gris des épiciers; on doit le choisir poreux, léger et peu chargé de matières animales; on le plonge dans une forte solution de nitrate de potasse; on le fait sécher à l'étuve, et on le conserve pour l'usage. Pour employer ce papier, on en brûle sur une assiette, entre les rideaux du lit, un morceau de la grandeur d'une carte à jouer; la combustion a lieu avec un flamme vive, accompagnée de pétillements et d'une fumée épaisse qui remplit tout l'espace renfermé par les rideaux. Cette fumigation doit se faire, comme moyen préventif, au moment du coucher, et le bien-être qu'elle procure dure ordinairement toute la nuit. Cependant, malgré cette précaution, il arrive quelquefois que l'accès se déclare vers le milieu de la nuit; la respiration devient courte, sifflante, anxieuse. Au début, le sommeil n'est pas interrompu, et par conséquent le malade n'a pas conscience de son état. Si alors on fait brûler près de lui un morceau de papier nitré, la dyspnée disparaît à l'instant, le sommeil devient calme, la respiration se ralentit, et le malade échappe sans le savoir à une nuit d'angoisses et de souffrances.

Lorsque l'accès a acquis une plus grande intensité, les fumigations déterminent quelquefois un peu de toux et l'expectoration de ces petits crachats perlés ou en chapelets qui semblent moulés sur l'extrémité des bronches inégalement dilatées, et qui sont si caractéristiques.

Ces fumigations ont une action d'autant plus grande et d'autant plus prompte qu'elles sont employées à un moment plus rapproché du début de la crise. Elles n'ont pas sans doute une efficacité égale chez tous les malades; mais il est certain que de tous les moyens proposés contre l'asthme, c'est celui qui donne le plus constamment d'heureux résultats, ainsi qu'il est facile de le constater dans nos départements de l'Ouest, où il existe tant d'asthmatiques.

Il est un fait qui a frappé tous les observateurs, c'est que certains asthmatiques ne peuvent vivre dans telle ou telle localité, et que d'autres malades, qui semblent être exactement dans les mêmes conditions de santé que les premiers, ne trouvent de soulagement qu'en allant habiter les lieux dont le séjour est si pernicieux pour les autres; les uns n'ont une existence supportable qu'au milieu d'une grande ville, au sein d'un quartier populeux; les autres ont besoin, au contraire, de choisir leur habitation en rase campagne, dans des lieux élevés, ou même sur les côtes de l'Océan. Or je connais des malades de ces diverses catégories qui font usage avec un égal succès des fumigations nitrées.

Est-il possible de se rendre compte du mode d'action de ce remède? Par le fait même de la combustion du papier et par suite du mélange de la fumée avec l'air ambiant, cet air est échauffé, et la quantité d'oxygène libre y est relativement moins considérable que dans l'air ordinaire.

C'est surtout à ce changement dans les proportions de l'air et à l'élévation de la température que j'ai été d'abord porté à attribuer les heureux effets des fumigations nitrées.

Mais comment expliquer, me dira-t-on, qu'un air chaud et peu oxygéné soit un remède contre l'asthme, lorsque chacun sait que les asthmatiques recherchent avec avidité un air frais et vif, et passent souvent des nuits entières en face d'une fenêtre ouverte?

Ceux qui feront cette objection (et peut-être ils seront nombreux) confondent le spasme des bronches qui constitue l'élément principal de l'asthme avec l'asphyxie qui en est la conséquence.

La respiration d'un air froid est la cause habituelle du retour des accès, et si, lorsque l'accès dure déjà depuis quelque temps, les malades se précipitent instinctivement vers l'air extérieur, c'est que par suite du resserrement des bronches, contre lequel luttent en vain tous les muscles inspirateurs, il ne pénètre dans les poumons qu'une quantité d'air insuffisante pour revivifier le sang; alors il devient nécessaire de suppléer à la quantité de l'air inspiré par la qualité; on remédie au danger le plus pressant, on cède à la nécessité, mais on ne fait pas cesser l'accès, qui dans ce cas se prolonge au contraire jusqu'au moment où le soleil se lève.

A l'appui de l'explication qui précède, je puis dire encore que bien souvent j'ai fait cesser un accès d'asthme commençant en allant dans des salons où se trouvait une réunion nombreuse, tandis qu'une promenade au grand air augmentait toujours alors la gêne de la respiration.

Cependant il existe peut-être dans les produits de la combustion du papier nitré des principes qui ont une action anti-spasmodique spéciale sur les bronches.

C'est ainsi qu'un savant professeur de chimie, témoin des bons effets des fumigations nitrées, émettait, il y a quelques années, l'idée que ces bons effets pourraient bien être dus à la présence dans cette fumée d'une quantité notable du gaz protoxyde d'azote (gaz hilariant). Cette explication est assez séduisante; cependant je dois déclarer qu'un jeune étudiant en médecine, asthmatique depuis plusieurs années, a été pris d'un très-violent accès pour s'être trouvé dans le laboratoire de chimie de l'Ecole de Nantes au moment où on venait de préparer et de faire dégager du gaz protoxyde d'azote. Il est vrai que dans ce cas le gaz avait été respiré en quantité beaucoup plus considérable que dans les fumigations de papier nitré, et la différence de dose entraîne nécessairement une différence dans les résultats.

Quelle que soit la manière dont on cherche à se rendre compte du mode d'action des fumigations nitrées, il est constant que ce moyen a une grande efficacité. Reste à savoir si, avec l'adjonction des substances aromatiques et calmantes, le papier nitré produira des effets plus avantageux: c'est là assurément un sujet d'expériences bien digne d'attirer l'attention des médecins.

J'avais l'intention, monsieur et très-honoré confrère, de vous adresser une simple note sur l'emploi du papier nitré, et je m'aperçois que je vous ai écrit une longue lettre; veuillez la recevoir à titre de renseignements, et ne l'insérer *in extenso* dans votre estimable journal que si elle vous paraît de nature à intéresser vos lecteurs.

Agréez, etc. G. LETENNEUR.

Nantes, 2 juillet 1856.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La commission du banquet, dans sa dernière réunion, en attendant l'institution de la commission qui a été annoncée pour préparer les voies et moyens de souscription en faveur des veuves et des orphelins de nos confrères de l'armée et de la flotte, a décidé qu'une souscription serait ouverte immédiatement parmi ses membres.

Ont souscrit les membres présents:

MM. Paul Dubois. . .	200 fr.	MM. Dechambre. . .	20 fr.
Maheux. . . .	20	Chassaignac. . .	20
Jamain. . . .	20	Boinet.	20
Cerise. . . .	20	Latour (Amédée).	20
Bouillaud. . . .	100	Ricord.	100
Mayer. . . .	20		

Les souscriptions seront reçues chez M. le président Paul Dubois.

— Ceux de nos confrères qui ont souscrit dans les bureaux de la *Gazette* au banquet offert aux médecins de l'armée d'Orient et qui n'ont pas encore retiré leurs cartes d'admission, sont invités à le faire aujourd'hui avant cinq heures. Il ne pourra plus être reçu de nouvelle souscription passé trois heures. Nous rappelons que le banquet a lieu demain mercredi, à 7 heures 1/2 précises, au grand hôtel du Louvre, rue de Rivoli.

Nous sommes heureux de compter au nombre des souscripteurs qui se sont fait inscrire dans nos bureaux tous ceux des honorables membres du conseil de santé des armées qui, n'ayant pas servi en Crimée, n'étaient pas appelés à y prendre part en qualité d'*invités*.

— A la veille d'une manifestation qui raffermira, nous en sommes certains, les liens qui devraient tenir toujours unis les membres de la famille médicale, nous aurions mauvaise grâce à raconter ce qui a été fait pour entraver la réalisation de cette grande et noble pensée. Laissons donc à leurs regrets ceux qui, par un sentiment qu'ils n'oseraient pas avouer, s'étaient si malheureusement déclarés ses adversaires.

— On lit dans la *Presse médicale belge:*

« La médecine française prépare une belle manifestation qui aura un grand retentissement en Europe. On vient d'ouvrir une vaste souscription pour organiser une fête en l'honneur des médecins militaires qui ont pris part à la guerre de Crimée. Les médecins civils français veulent témoigner à leurs confrères de l'armée l'admiration produite par leur conduite pendant cette guerre de Crimée, où le dévouement, le courage et l'abnégation ont été au-dessus de tout éloge. Des représentants de la médecine anglaise, piémontaise et turque, ont été conviés à ce banquet.

» Nous ne doutons point que tous les médecins de l'Europe ne s'unissent sympathiquement à cette grande et juste manifestation; tous les médecins sont solidaires; entre eux pas de frontières, tous sont les apôtres de l'humanité, tous s'associeront par la pensée aux sentiments qui seront exprimés dans cette touchante réunion. »

— Par décret du 11 août, M. Maisonneuve, chirurgien de 1re classe de la marine, a été nommé au grade de médecin professeur.

— Un concours pour l'admission à des emplois de médecin stagiaire à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, à Paris, aura lieu à Strasbourg le 3 septembre prochain; à Montpellier, le 26 du même mois, et à Paris, le 16 octobre suivant. (*Voir*, pour les conditions d'admission, la nature et le mode d'exécution des épreuves, notre numéro du 4 août 1855.)

Sans rien préjuger pour l'avenir, l'administration de la guerre est fondée à croire qu'un concours de même nature aura lieu au mois de septembre 1857, pour que les candidats qui seraient reconnus aptes se trouvent en mesure d'entrer en fonctions à l'Ecole du Val-de-Grâce, du 10 au 20 janvier 1858.

— Un concours pour deux places de médecins des hôpitaux civils de Lyon s'ouvrira le 27 février 1857 devant le conseil d'administration des hôpitaux de cette ville, assisté d'un jury médical.

— M. le docteur Verhaege (d'Ostende) vient d'être nommé chevalier de l'ordre de Léopold. C'est une juste récompense des travaux de ce praticien distingué.

— M. le docteur E. Badin d'Hurtebise vient de mourir à Mailly-le-Château (Yonne). Cette mort laisse vacante une place qui pourrait être très-avantageuse pour un jeune médecin.

— On nous prie d'informer nos lecteurs que le clipper l'*Anita*, de 1500 tonneaux (armateurs MM. Le Quellec et Bordes, à Bordeaux) doit quitter cette ville du 10 au 15 septembre prochain. Ce navire se rend à Valparaiso (Chili). Le capitaine désire embarquer un médecin (docteur ou officier de santé). Les avantages offerts sont: la nourriture, le logement à la chambre avec le capitaine et des appointements fixés de gré à gré. Le voyage entier, aller et retour, doit durer de huit à neuf mois.

— M. le docteur Mazade (d'Anduze) vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie impériale des sciences, belles-lettres et arts de Rouen.

— Le gouvernement russe vient de rendre un ukase qui, dans le but de protéger la santé publique, interdit dans les journaux de Russie les annonces de toute préparation se rattachant aux spécialités pharmaceutiques et de parfumerie.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Nº 98. — JEUDI 21 AOUT 1856. (29e ANNÉE.) Nº 98. — JEUDI 21 AOUT 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 20 AOUT 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

La question de la ligature de l'œsophage a failli devenir hier l'objet d'un engagement général. M. Bouley, qui n'avait pu répondre immédiatement dans la séance dernière aux diverses communications qui ont été faites sur cette question, a répondu dans celle-ci avec une verve, une force d'argumentation et un talent que nous nous plaisons à reconnaître ici. La plus subtile dialectique ne pouvait détruire la valeur et la signification des faits qui lui étaient opposés en preuve de la tolérance des animaux pour la ligature de l'œsophage. Mais, se retranchant derrière le fait plus complexe en vue duquel il a institué ses expériences, savoir, l'étude des effets de la ligature chez un animal auquel on a ingéré une substance propre à provoquer le vomissement, M. Bouley a fait ressortir avec une rare vigueur de logique les conséquences de ses expériences sur ce point, et il a plus d'une fois impressionné l'assemblée par les exemples empruntés à l'auteur même de la *Toxicologie*, pour montrer la perturbation qu'apporte la ligature de l'œsophage dans la production des effets inhérents à la substance ingérée.

M. Jobert, de son côté, a maintenu avec non moins de fermeté les conclusions qui ressortent des faits qu'il a exposés dans la dernière séance. M. Bouley voulait répliquer, et déjà M. Malgaigne, sous le prétexte d'une simple question, allait s'engager sans doute aussi dans le débat, lorsque l'Académie, rappelée au respect de sa précédente décision, s'est hâtée de mettre un terme à la discussion.

Cette séance n'en aura pas moins été très-instructive. De part et d'autre, soit en ce qui concerne les effets directs et immédiats de la ligature simple, soit au point de vue beaucoup plus complexe de la ligature pratiquée dans les conditions de plénitude de l'estomac, il a été introduit des éléments nouveaux dont on ne saurait se dispenser de tenir compte désormais dans l'étude de cette grave question.

Nous nous abstenons pour le moment de les apprécier ici, comme nous avons cru devoir nous abstenir de reproduire d'après une simple audition les argumentations de MM. Bouley et Jobert. Nous espérons être à même de combler prochainement cette double lacune. Nous ne pouvons tarder d'ailleurs à revenir sur ce sujet, la commission ayant contracté vis-à-vis de l'Académie, par la déférence que celle-ci a montrée pour ses droits, l'obligation de remplir le plus promptement possible sa mission.

M. Piorry, au nom de MM. Gaudin et Choumara, a fait part à l'Académie d'une découverte dont nous n'osons prévoir ni prédire la destinée, mais qui, en supposant même ses applications beaucoup plus restreintes que ne l'a laissé entrevoir l'honorable académicien, ne laissera pas encore que de présenter un véritable intérêt.

Il s'agit de la production de toute pièce d'un *lait artificiel*, ou, pour parler plus exactement, d'un liquide qui présente la plus grande ressemblance avec le lait par ses qualités physiques et sa composition. Nos lecteurs trouveront la note de M. Piorry au compte rendu.

Nous ne devons pas terminer ce rapide aperçu de la séance sans mentionner la communication que M. Larrey a faite au nom de l'honorable M. Willaume (de Nancy) et la présentation de M. Scoutetten. == Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gendrin.

Des rapports qui existent entre l'âge des malades et les affections diverses dont ils sont atteints (1).

De l'influence des âges sur les phénomènes des maladies. — Les phénomènes des maladies se rapportent soit à des lésions locales de texture affectant des organes ou des appareils, soit à des lésions fonctionnelles, soit à un état général de perturbation de l'organisme, manifesté surtout par le trouble simultané des grandes fonctions. Ces derniers sont collectivement compris dans l'expression de *phénomènes réactionnels*.

Lorsque des organes ayant dans la vie une existence et une activité temporaires viennent à être malades, les phénomènes qui résultent de l'affection locale acquièrent ou perdent de leur intensité et de leur importance, suivant que l'organe affecté en acquiert ou en perd lui-même. Ainsi les douleurs ressenties du côté de l'appareil de la gestation, les hémorrhagies qui se lient à certaines maladies utérines, le gonflement inflammatoire de la matrice, les phénomènes réactionnels qui se rattachent aux phlegmasies de l'utérus, sont, toutes choses égales, plus prononcées dans les maladies où l'utérus est affecté pendant la période de la puberté jusqu'à l'âge critique, qu'à toute autre phase de la vie. C'est surtout pendant l'adolescence, à cet instant où la matrice semble tenir sous sa dépendance tout le système nerveux des femmes, que les phénomènes des maladies utérines ont de l'intensité, principalement par les névroses qui s'y rattachent.

Les phénomènes morbides locaux, qui expriment immédiatement les lésions d'organes dont le développement est une des circonstances prépondérantes de l'âge, ont toujours une grande intensité ; ainsi, pendant la première enfance, lorsque le tube digestif acquiert progressivement son développement et que l'ensemble de l'appareil de la digestion se perfectionne, tous les accidents pathologiques locaux ont une extrême gravité.

Les âges exercent aussi leur influence sur les phénomènes des maladies par la condition même d'état incomplet ou imparfait des organes. Ce mode d'influence est en quelque sorte négatif. Le développement de la glotte, moindre chez les enfants que chez les adultes, devient la cause de phénomènes morbides graves dans toutes les maladies dyspnéiques. L'étroitesse de la glotte des enfants en rend l'occlusion plus facile dans les cas où la muqueuse laryngienne est tuméfiée ou œdémateuse. Les maladies dyspnéiques des vieillards occasionnent une plus grande difficulté de respirer, à cause de l'ossification des cartilages costaux, du rétrécissement de la poitrine, de l'atrophie des poumons, et enfin de la présence dans les voies aériennes d'une certaine quantité de mucus. Cette dernière circonstance, d'où suit la nécessité de l'expectoration, même dans l'état physiologique des vieillards, est la cause de l'engouement facile des poumons dans les affections de la sénilité et de l'asphyxie mortelle qui s'observe si fréquemment.

Le développement imparfait du tube digestif, plus court chez les enfants que chez les adultes, pourvu d'un petit nombre de valvules conniventes encore peu prononcées, rend le trajet des aliments plus rapide au travers de cet appareil ; il contribue sans doute à ces diarrhées lientériques si communes chez les enfants, soit comme lésion idiopathique, soit comme épiphénomène de la plupart de leurs maladies. Il est ainsi la cause indirecte de l'épuisement et du marasme dans lesquels ces petits êtres tombent rapidement, même quand cette insuffisance des digestions ne trouve sa cause que dans l'irritabilité exagérée du tube digestif.

L'atrophie de la muqueuse des intestins, dont les parois sont devenues minces et semi-diaphanes, dont les valvules conniventes sont diminuées de nombre et d'étendue, contribue aux phénomènes locaux dont les organes digestifs sont souvent le siége dans les maladies des vieillards.

C'est à cet état amené par la sénilité qu'est due la fréquence de la lientérie, ou au moins de ces diarrhées stercorales si ordinaires dans les affections des personnes âgées, de ces coliques flatulentes si communes, et de cet état de demi-météorisme de l'abdomen après les repas.

Les phénomènes de trouble fonctionel dans les maladies subissent toujours l'influence des âges, quant à leur intensité et quant à leur forme. Ainsi, toutes choses égales d'ailleurs, le trouble fonctionnel des organes digestifs sera plus marqué chez un enfant que chez un adulte, par suite du degré de prépondérance qu'ils ont dans le jeune âge. Le trouble fonctionnel des organes encéphaliques sera toujours plus prononcé chez un enfant qui approche de l'adolescence, car c'est à cette période de la vie que l'encéphale prédomine manifestement par l'activité de ses fonctions et par le perfectionnement progressif de ses actes. Là se trouve la cause de cette fréquence si grande à cet âge, dans les maladies aiguës, des accidents convulsifs.

Après la puberté, surtout chez les femmes, cette même prépondérance encéphalique vient trop facilement introduire des épiphénomènes dans les maladies, le délire surtout.

Les enfants du premier âge ne peuvent encore exécuter qu'un petit nombre d'actes de myotilité. Ceux qui se rapportent à la respiration se font dès la naissance ; les modifications fonctionnelles de ces actes se montrent toujours dans la maladie ; ainsi les enfants toussent dans les affections pulmonaires qui peuvent provoquer la toux, mais cette toux n'est point jointe à l'expectoration, qui exige des mouvements plus complexes et jusqu'à un certain point des mouvements réglés par la volonté. Aussi les pneumonies des enfants et leurs bronchites ne déterminent-elles pas d'expectoration avant douze à quinze ans. Dans la première enfance, elles n'occasionnent même la toux que d'une manière peu prononcée.

Parmi les mouvements coordonnés sous l'influence de la volonté, il en est un qui se régularise des derniers, c'est celui de l'excrétion des urines et des matières fécales. Ces actes s'accomplissent dans la première enfance instinctivement et sans être réglés par la volonté. Dans la fin de la seconde enfance, cette impossibilité de commander aux excrétions se reproduit dans les maladies ; à peine les jeunes sujets sont-ils malades, qu'ils urinent dans leur lit, surtout dès qu'ils s'endorment. L'irritabilité de la vessie règle seule l'excrétion ; la volonté n'y prend point part. Chez les vieillards, l'irritabilité étant détruite, il y a rétention d'urine.

Les phénomènes de réaction sont peut-être de tous les phénomènes des maladies ceux qui subissent au plus haut degré dans leur forme et dans leur intensité l'influence des âges. Chez les enfants, où la circulation s'accomplit avec une très-grande activité et où elle prédomine par l'étendue de l'appareil qui l'exécute, et par la vitalité de cet appareil, la réaction pyrétique survient avec une extrême facilité et toujours avec plus d'intensité qu'à l'autre extrémité de la vie. Elle conserve cette prépondérance pendant l'adolescence, cependant déjà à un moindre degré ; mais elle la perd à mesure que la vie approche de son terme, parce que l'appareil circulatoire perd alors de son activité et de son énergie, et que son aire se réduit tous les jours d'étendue par la diminution du nombre des capillaires, évidente à la seule inspection des parties externes des vieillards.

Chez les enfants, la réaction n'atteint que rarement un certain degré d'intensité sans qu'il s'y joigne des accidents nerveux. Toutes les maladies qui déterminent de la douleur provoquent facilement ces phénomènes convulsifs ; c'est là la cause spéciale des convulsions si habituelles dans les fièvres des enfants.

Dans l'âge moyen, les accidents nerveux s'expriment à la fois par le délire et les mouvements spasmodiques ; le cerveau a acquis toute sa puissance fonctionnelle, et comme organe de l'intelligence et comme centre de la locomotion à la fois.

Chez les vieillards, les accidents spasmodiques manquent. Le délire continue à se montrer, quand les facultés intellectuelles viennent à s'affaiblir avec l'âge, aussi bien que dans la plupart des maladies fébriles ; quant à la forme, il se rapproche de la démence.

L'aptitude aux phénomènes spasmodiques dans l'enfance n'est que le résultat de l'influence d'un âge dans lequel toute impression vive sur les surfaces sensibles provoque des mouvements mal coordonnés. Si ces mouvements irréguliers deviennent dominants, ils constituent ces accidents convulsifs qui compliquent d'une manière si grave les maladies des enfants, et qui sont quelquefois portés au point d'épuiser les forces et de déterminer la mort.

Plus les sujets sont jeunes, plus les symptômes réactionnels des maladies tendent à la forme spasmodique. Cette forme est encore très-prononcée chez les adolescents. C'est à elle qu'il faut rapporter les convulsions des fièvres exanthématiques varioleuses déjà signalées par Sydenham chez les jeunes sujets. Lorsque les enfants n'ont pas dépassé la dentition, les convulsions sont automatiques, et semblent se produire à l'insu des malades. Chez les adolescents, elles sont souvent plus ou moins modifiées par la volonté, et elles n'ont dans beaucoup de cas que le caractère des mouvements des maniaques exécutés et dirigés sans but, ou vers un but déraisonnable. Ces différences dans la forme des accidents convulsifs sont en rapport avec le mode de connexion fonctionnelle des actes du cerveau, des nerfs et des muscles, à ces stades successifs de la première période de la vie.

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 8, 24 juillet et 12 août.

Dans l'âge avancé, les accidents réactionnels sont, en général, lents et difficiles. C'est chez les vieillards qu'on voit les troubles morbides les plus étendus et les plus graves se circonscrire et se localiser complétement; tandis que chez les jeunes sujets, et même encore dans l'adolescence, il suffit d'une stimulation locale légère et quelquefois peu étendue pour provoquer des symptômes fébriles. Les symptômes de réaction des vieillards se lient toujours à un état d'accablement et de collapsus; c'est pourquoi les personnes âgées tombent facilement dans le coma, qui se montre comme épiphénomène de presque toutes leurs maladies graves, et surtout de toutes celles de ces maladies qui sont de nature à déterminer la fièvre. Cette disposition se révèle même dans la manière de vivre ordinaire des vieillards : ils tombent dans le sommeil dès que l'organisme accomplit ses fonctions avec plus d'activité, pendant la digestion, par exemple.

Les maladies des vieillards qui ont assez d'intensité pour déterminer des symptômes réactionnels, ou même seulement pour troubler des fonctions importantes, sont toujours accompagnées d'une asthénie générale qui domine en elles comme caractère principal. Cette asthénie, à laquelle Pinel attribuait avec raison une grande importance, se montre surtout par la petitesse du pouls, la sécheresse constante de la peau, la faiblesse et l'imperfection des mouvements respiratoires, la lenteur et l'embarras dans l'émission des idées. Elle consiste dans l'imperfection des fonctions nutritives augmentée dans ces cas par la maladie. Cette imperfection se décèle par l'œdème des extrémités, la formation de sugillations sous la peau, la rupture des cicatrices, la suppression des urines, etc.

En parcourant rapidement les divisions nosologiques, on peut déterminer ce qu'il faut rapporter à l'influence des âges sur les phénomènes appréciables des maladies.

Les hémorrhagies chez les enfants sont rapides, facilement supportées et difficilement coercibles, à cause de l'activité de l'appareil circulatoire ; la congestion hémorrhagique est ordinairement épuisée par l'écoulement du sang, aussi l'organe reste-t-il rarement affecté après la perte du précieux liquide. La rapidité et l'activité de la circulation capillaire sont les causes de la facilité avec laquelle chez ces sujets toutes les phlegmasies, et surtout celles qui atteignent des organes pénétrés par beaucoup de sang et de capillaires, sont souvent suivies d'hémorrhagies. L'entérite des enfants offre souvent la preuve de ce fait par la fréquence des hémorrhagies intestinales qui se joignent à elle.

Chez les adolescents, les hémorrhagies conservent les mêmes caractères; seulement les effets de la perte du sang sont plus facilement réparés. L'appareil digestif étant plus complet, la source de réparation est plus puissante, et les besoins de l'organisme sont d'ailleurs moins grands, puisqu'il n'a plus à pourvoir à l'accroissement du corps actuellement terminé.

A mesure que la vie s'avance, les phénomènes congestionnels deviennent dominants dans les hémorrhagies; ils persistent après la perte du sang, et laissent ainsi subsister un état de maladie locale : c'est le résultat de l'affaiblissement des forces circulatoires. Ainsi, dans les hémorrhagies des vieillards, on voit fréquemment à la fois d'abord la perte de sang (toujours alors très-préjudiciable), ensuite la congestion sanguine que l'hémorrhagie ne dissipe pas le plus souvent, puis la lenteur de la réparation du sang perdu et des forces qui se sont pour ainsi dire écoulées avec lui. C'est dans l'affaiblissement des forces plastiques dans la vieillesse, dans la faiblesse de la circulation et l'imperfection des fonctions digestives et respiratoires que la constitution sénile trouve la cause immédiate de tous ces graves accidents occasionnés par les hémorrhagies.

Chez les enfants, mais surtout chez les adolescents, les pertes de sang peuvent avoir d'heureux résultats en faisant cesser cet état de pléthore, et en épuisant ces congestions sanguines accidentelles qui occasionnent un trouble fonctionnel. Chez les vieillards, une hémorrhagie peut bien diminuer cet état de pléthore des gros vaisseaux, celle qui est la plus ordinaire au déclin de la vie ; mais la difficulté de la réparation diminue beaucoup la valeur de ce bienfait.

Quant à déterminer la résolution de la congestion, ce résultat ne peut s'obtenir que par l'intermédiaire de l'activité de la circulation, et surtout de la circulation capillaire. Cette circulation est trop languissante chez les vieillards pour que cet effet s'obtienne ; aussi ne le voit-on presque jamais succéder aux hémorrhagies.

Les diacrises sont communes chez les enfants ; elles s'établissent d'autant moins aisément que l'âge devient plus avancé. Chez les vieillards, elles ne s'observent que rarement ; les sécrétions s'accomplissent par l'activité de l'appareil vasculaire, et l'état d'atonie de cet appareil les rend difficiles, et par suite leur suractivité morbide plus difficile encore.

Les diacrises chez les jeunes sujets s'accompagnent toujours de phénomènes de turgescence et d'orgasme, qui ne se retrouvent pas plus tard. Presque toutes les diacrises des enfants et des adolescents provoquent des phénomènes de souffrance locale, et même des accidents réactionnels, qui ne se voient plus qu'à un faible degré chez les vieillards ; ainsi les embarras gastriques des enfants donnent lieu à des coliques, à des vomissements, à de la tension du ventre ; ils provoquent de la fièvre et même des accidents nerveux. Chez les vieillards, la maladie ne s'annonce que par quelques symptômes immédiats peu prononcés, l'anorexie, une lenteur des digestions, une douleur obtuse dans l'abdomen.

Les altérations de sécrétion qui surviennent comme phénomènes secondaires de beaucoup de maladies ou qui se montrent comme effet immédiat de certains agents hygiéniques ou thérapeutiques, ne se comportent pas de la même manière aux différents âges de la vie.

Chez les enfants qui approchent de la puberté et pendant toute l'adolescence, on détermine facilement des sueurs ; mais la diaphorèse devient de plus en plus difficile à mesure que l'âge avance ; elle est ordinairement nulle chez les vieillards.

On ne peut encore méconnaître dans ces remarques l'influence des conditions physiologiques des âges principalement exprimée par l'activité différente de la circulation, qui fait varier l'action des organes sécréteurs ou exhalants.

Le produit de la diaphorèse se modifie suivant les âges. Dans l'enfance, la sueur est acide et fort odorante ; elle devient de plus en plus onctueuse et grasse en approchant de l'âge adulte, probablement par les modifications qu'elle reçoit de son mélange avec la matière sébacée.

L'activité de la circulation, augmentée dans les maladies où la réaction fébrile est intense, modifie les sécrétions de manière à occasionner des symptômes spéciaux qui sont le résultat de leur interruption absolue, par suite de la trop grande activité de la circulation capillaire. C'est là la cause de la sécheresse de la bouche par interruption des sécrétions muqueuses et salivaires, pendant l'intensité des mouvements fébriles. C'est pourquoi dans ces mêmes circonstances la peau est sèche, la sécrétion des urines peu considérable. Ces accidents surviennent chez les enfants à un degré plus prononcé encore que chez les adultes, il en résulte chez les enfants une forme particulière d'accidents en ce qui touche la sécrétion des voies urinaires, c'est l'ischurie et la dysurie.

Willan et Abercrombie ont décrit ces symptômes d'ischurie des fièvres très-intenses, et surtout des fièvres liées à des phlegmasies abdominales. Le premier a surtout remarqué la suppression absolue de la sécrétion urinaire chez les enfants affectés de phlegmasie cérébrale ; le second l'a observée chez des enfants atteints d'entérite. Quand les accidents réactionnels diminuent, la sécrétion de l'urine se rétablit, et les liquides rendus sont troubles, âcres, briquetés, et irritent les organes génitaux ; quelquefois ils contiennent évidemment des principes constituants du sang, notamment de l'albumine.

Les phénomènes qui se rattachent à la présence des vers dans le tube digestif des enfants consistent souvent dans des accidents nerveux quelquefois très-intenses, et qui peuvent avoir toutes les formes variées des convulsions, depuis les convulsions toniques plus ou moins voisines du tétanos, jusqu'aux convulsions cloniques les plus intenses semblables à celles de l'épilepsie.

Cette forme particulière des accidents chez les jeunes sujets dépend de la susceptibilité du système nerveux ; on ne la rencontre plus chez les adultes, au moins au même degré.

Nous regardons comme importante une distinction sur les symptômes nerveux des affections helminthiques. Elles ne surviennent le plus souvent que chez des enfants débilités, même par suite de la maladie saburrale qui précède souvent et accompagne toujours la vermination. Cet état morbide de l'organisme suffit pour rendre les accidents nerveux faciles. Nous pensons donc que ces accidents, et par exemple la chorée, qui a été regardée souvent comme un symptôme de vermination, sont dus tout autant à l'état morbide qui précède et accompagne la vermination, qu'à la présence même des vers dans les intestins.

(La fin à un prochain numéro.)

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Suture du tendon du long extenseur du pouce. — Ponction d'une hydrocèle compliquée chez un vieillard de soixante-huit ans. — Opération du phimosis par écrasement linéaire.

I. Le premier malade que nous ayons à opérer est un jeune homme qui a perdu complétement les mouvements d'extension du pouce droit, et qui par là se trouve dans l'impossibilité de continuer les travaux de sa profession.

La blessure produite par la fracture d'un carreau de vitre a divisé du même coup et complétement le tendon du long extenseur du pouce et l'artère radiale dans le point où celle-ci s'enfonce dans ce que l'on appelle la tabatière anatomique. Quoique l'artère soit assez difficile à lier en ce point, à cause de la profondeur à laquelle elle est placée, nous sommes parvenus à arrêter l'hémorrhagie, et la plaie s'est cicatrisée. L'accident date d'il y a deux mois. Mais le tendon du long extenseur du pouce s'étant rétracté dans l'intérieur de sa gaîne, les deux bouts du tendon coupé se sont cicatrisés isolément, et par suite il y a eu cessation complète des fonctions de ce muscle.

Que doit-on faire pour remédier à l'impossibilité où se trouve ce jeune homme de se servir de sa main droite ?

Deux moyens se présentent.

On peut, en ayant recours aux méthodes ingénieuses que M. Duchenne (de Boulogne) emploie dans les paralysies partielles de la main, suppléer à l'action de l'extenseur perdu.

La nécessité d'un appareil prothétique et la diminution très-notable de puissance d'action qui résulte de la substitution d'un appareil à un muscle, nous engageraient à ne recourir à ce moyen qu'en désespoir de cause, et après avoir reconnu l'impuissance des moyens chirurgicaux proprement dits.

Il est une opération délicate assez rarement pratiquée, mais qui dans certains cas nous a donné les plus heureux résultats. Ce procédé consiste à mettre à découvert les deux bouts du tendon divisé, à les raviver, et à les maintenir rapprochés par un ou plusieurs points de suture.

J'ai déjà pratiqué une opération de ce genre chez une jeune fille de seize ans, que j'ai présentée à la Société de chirurgie dans la séance du 12 avril 1854.

Au mois de novembre 1853, cette jeune fille étant tombée avec une carafe à moitié vide qu'elle tenait à la main, un fragment de carafe fit à la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras gauche une plaie transversale, qui se cicatrisa après avoir suppuré pendant quelque temps. La perte des mouvements de flexion du pouce et de l'indicateur s'en étant suivie, la malade vint à l'hôpital Saint-Antoine. L'examen fit reconnaître aussitôt cette paralysie partielle. On constata de plus que le bout inférieur du tendon divisé adhérait solidement à la cicatrice. Il s'agissait donc, en ramenant le bout supérieur au contact de la cicatrice dans le point correspondant au bout inférieur, de rétablir les mouvements perdus.

Tel fut le but de l'opération pratiquée le 4 février 1854. On mit à découvert les tendons fléchisseurs dans une étendue de deux travers de doigt ; on disséqua des parties environnantes l'extrémité adhérente du tendon. Puis le tendon, saisi avec des pinces, fut attiré vers la cicatrice, et mis en contact avec son tissu par un point de suture.

En moins de quinze jours, le travail de cicatrisation était entièrement achevé, et la malade sortait après avoir recouvré les mouvements perdus.

Dans le cas actuel, comme dans le cas dont je viens de parler, le procédé que nous allons employer consistera à mettre à découvert les deux bouts du tendon divisé, à les raviver et à les maintenir rapprochés par des points de suture.

Nous ne devons pas perdre de vue que la même cicatrice comprenant dans son épaisseur l'artère radiale et le tendon qu'il s'agit de disséquer, il importe de ne point ouvrir l'artère de nouveau. De plus, la veine céphalique du pouce, qui est assez volumineuse en ce point et que vous voyez se dessiner sous la peau, devra être l'objet d'une attention particulière, non pas qu'elle puisse donner lieu à une hémorrhagie sérieuse, mais parce que l'écoulement de sang qu'elle produirait dans la tabatière anatomique rendrait plus difficile la recherche déjà si délicate des deux bouts du tendon.

Une incision parallèle à la direction connue du tendon, et n'ayant pas moins de 5 centimètres de longueur, met à découvert la direction de celui-ci. On reconnaît alors que les deux bouts se sont cicatrisés isolément et à distance, et que de plus le bout qui se rend vers le pouce a contracté des adhérences avec le périoste du premier métacarpien. Le tendon est notablement épaissi dans toute l'étendue de l'incision ; mais le fait le plus remarquable, c'est l'état de vascularisation de la gaîne de ce tendon. La continuité de cette gaîne n'est complétement interrompue sur aucun point, mais elle est comme étranglée dans toute la partie qui correspond à l'intervalle compris entre les deux bouts du tendon, intervalle qui n'a pas moins de 4 centimètres.

Cette gaîne est incisée longitudinalement ; elle est décollée doucement dans les adhérences qu'elle a contractées avec chacun des bouts du tendon ; puis les deux extrémités tendineuses, ayant été ravivées en perdant le moins de substance possible, sont rapprochées jusqu'à un contact exact.

En faisant contracter le muscle, on reconnaît que le tendon a repris la possibilité de mouvoir le pouce, et que la fonction pourra s'effectuer si rien ne vient entraver la cicatrisation.

Afin de conserver au pouce l'attitude dans laquelle devra s'opérer la cicatrisation, et pour éviter tout tiraillement des points de suture, la main est placée sur une palette digitée, après pansement par occlusion de la plaie d'opération.

Le bras sera mis dans une position très-élevée, et à la moindre imminence d'inflammation des sangsues seront appliquées sur le trajet des aboutissants lymphatiques et veineux de la partie opérée, c'est-à-dire à la face interne du bras. C'est, comme on le sait, un complément très-souvent usité de notre méthode de pansement des plaies.

II. Le second malade est un vieillard de soixante-dix ans atteint d'une hydrocèle volumineuse, de forme tout à fait exceptionnelle, et qui de plus se complique de deux autres affections : d'abord d'un polype assez considérable du rectum, et en second lieu d'une rétention d'urine, sur laquelle nous appellerons votre attention à raison du mécanisme assez curieux qui lui a donné naissance.

Chez ce malade, la portion bulbo-caverneuse de l'urètre est plus longue que cela ne s'observe généralement.

Par suite du volume énorme de l'hydrocèle, qui ne mesure pas moins de 22 centimètres de longueur, toute la portion pénienne de l'urètre se trouve fortement recourbée, et met un obstacle non pas complet, mais réel, d'une part à l'introduction des sondes, d'autre part à l'émission spontanée de l'urine.

Il est résulté de cette cause peu commune de dysurie que le malade se trouve atteint d'une de ces paralysies par perte de ressort de la vessie.

Le malade n'a point les accidents aigus de la rétention d'urine, parce que le trop plein, passé une certaine limite de distension, parvient à s'écouler ; mais il a la vessie constamment distendue par plus d'un litre de ce liquide. Telle est du moins la quantité d'urine que nous retirons chaque matin en pratiquant le cathétérisme. En outre, il ne peut rendre le trop plein qu'au prix d'efforts violents, par suite desquels on voit se contracter comme convulsivement les muscles des parois abdominales.

La transparence de l'hydrocèle n'a pas été constatée. La tumeur, au lieu de présenter, comme cela se voit souvent dans les hydrocèles volumineuses, un léger resserrement en forme de gourde vers le milieu de sa hauteur, offre deux étranglements et par conséquent trois bosselures.

Il est possible que nous ayons affaire à une hydro-hématocèle.

Toutes les fois que je me trouve en présence d'une hydrocèle compliquée soit par une lésion des organes voisins, soit par quelque incident relatif à l'hydrocèle elle-même, je n'institue jamais d'emblée le traitement curatif soit par l'injection iodée, soit par le drainage. Je fais toujours dans ce cas l'essai de la cure palliative, et cela principalement en vue d'obtenir à titre exploratif une connaissance plus exacte de la maladie. C'est là ce que nous allons faire.

Dans les hydrocèles qui ne sont pas transparentes, et qui par suite de leur volume et de leur tension considérables, comme dans ce cas particulier, ne permettent pas de reconnaître la position du testicule et les divers états pathologiques de cet organe susceptibles de coexister avec l'hydrocèle, le chirurgien est fort embarrassé et craint toujours de blesser la glande séminale.

Il y a cependant un moyen bien simple, et que j'ai employé plusieurs fois, de faire cesser toute inquiétude à cet égard. Voici en quoi il consiste :

L'expérience ayant appris qu'une seule piqûre avec un instrument très-fin, faite dans un testicule même parfaitement sain, est tout à fait inoffensive; je suis dans l'habitude, quand il s'agit de position douteuse du testicule, de pratiquer, avant de ponctionner avec le trocart à hydrocèle, une petite ponction explorative au moyen d'un trocart excessivement fin.

La canule du trocart donne-t-elle issue au liquide habituel de l'hydrocèle, je la retire sur-le-champ, et je connais le point sur lequel devra porter la ponction définitive.

Ne s'écoule-t-il, au contraire, que du sang par la canule, j'en infère que la glande séminale saine ou malade s'est rencontrée sur le trajet de l'instrument, et je choisis pour la ponction avec le gros trocart un point sinon tout à fait opposé, du moins situé à une bonne distance.

Grâce à cette ponction explorative, le chirurgien se trouve délivré de tout souci relativement à la blessure du testicule par un instrument volumineux.

Il résulte de là que, soit qu'on ait reconnu par l'épreuve de la lumière la position du testicule dans le cas d'hydrocèle transparente, soit qu'on n'ait pas réussi à déterminer cette position, on est toujours parfaitement sûr au moyen de la manœuvre indiquée de ne point blesser l'organe séminal.

Je dois vous faire remarquer en passant qu'on s'est fait d'étranges illusions sur la possibilité de déterminer par l'épreuve de la transparence la situation de la glande séminale. Sauf le cas de maladie, le testicule présente rarement assez de volume pour qu'on puisse tirer quelque valeur de l'emploi de la lumière artificielle.

M. Heurtaux, interne du service, ayant examiné au microscope le liquide évacué par la ponction, y a constaté :

1° Une quantité énorme de spermatozoïdes parfaitement développés, mais sans mouvement;

2° Des vésicules spermatiques bien moins nombreuses que les spermatozoïdes;

3° Enfin, un certain nombre de globules sanguins plus ou moins altérés.

III. Le dernier malade est un jeune garçon atteint d'épididymite blennorrhagique.

Il présente, de plus, un de ces phimosis qui donnent lieu à la variété de paraphimosis que j'ai décrite sous le nom de paraphimosis frénulaire (*Traité de l'écrasement linéaire*, p. 345).

Voici ce qu'on observe, et ce que vous pouvez constater chez ce jeune homme :

L'orifice du prépuce est évidemment assez souple pour que le gland puisse le franchir sans constriction notable; mais chez ce malade la brièveté du frein est telle que, quand le prépuce est ramené tout entier en arrière du gland, il étrangle celui-ci à son collet, et ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'on parvient à opérer la réduction du gland dans ses rapports normaux.

Ce genre de phimosis peut se guérir par le seul fait de la section du frein, et si nous avons recours chez ce sujet à la méthode de la circoncision, c'est uniquement pour diminuer l'excédant de longueur que présente le prépuce.

Le procédé auquel nous avons recours, et qui nous a donné jusqu'ici d'excellents résultats, dispense de l'emploi des sutures après l'opération et de l'usage des serres-fines, qui sont excessivement douloureuses lorsque le malade vient à être pris de ces érections si pénibles et si fréquentes chez les sujets opérés de phimosis, ainsi que cela a dû être remarqué par tous les observateurs attentifs.

Voici en quoi consiste le procédé :

Nous faisons pénétrer à l'intérieur de la cavité préputiale l'érigne à branches multiples; ses crochets, en se déployant par le mécanisme propre à cet instrument, s'implantent dans la muqueuse, puis à la face interne de la peau, et unissent invariablement ces deux membranes.

Une forte ligature circulaire pédiculise alors par delà les crochets de l'érigne la portion de prépuce qui doit être enlevée. Une fois le pédicule formé, il suffit d'appliquer la chaîne de l'écraseur. La section s'opère sur-le-champ d'une manière douce et sans trop de rapidité; puis, lorsque l'opération est terminée, la peau et la muqueuse se trouvent si fortement juxtaposées l'une à l'autre par l'action de l'écraseur, qu'il nous suffit de recourir, pour tout pansement, à l'application de l'amidon en poudre.

Par ce procédé se trouve donc singulièrement simplifiée cette petite opération, puisque, d'une part, tout écoulement sanguin se trouve prévenu, et, d'autre part, le pansement est nul, ou du moins est tellement simple, que le malade lui-même peut s'en charger, n'ayant rien autre chose à faire que de saupoudrer la plaie tout à fait linéaire qui résulte de ce procédé opératoire.

DE LA CONTAGION DES ACCIDENTS SYPHILITIQUES SECONDAIRES DU NOUVEAU-NÉ A LA NOURRICE.

La transmission des accidents secondaires de la syphilis, si énergiquement repoussée par M. Ricord et son école, est chaque jour démontrée par de nouveaux faits recueillis chez de jeunes enfants atteints de syphilis héréditaire. En effet, des nourrissons infectés au moment même de la fécondation et atteints plus ou moins longtemps après la naissance de syphilides pustuleuses cutanées, de roséole syphilitique, d'ulcérations buccales, etc., donnent à des nourrices mercenaires bien portantes une syphilis très-grave, qui a tous les dangers de la syphilis inoculée ou communiquée par un chancre primitif. Dans ce cas, la maladie débute ordinairement par le mamelon de la nourrice, qui se gerce sur un point, se couvre d'une plaque muqueuse, et les ganglions axillaires s'engorgent et s'indurent. Une angine syphilitique produite par des plaques muqueuses dans le pharynx et sur les amygdales, se déclare, puis des syphilides aux parties génitales et à l'anus, puis la roséole syphilitique, la chute des cheveux, et tous les accidents secondaires et tertiaires de la syphilis.

Ces faits, déjà signalés par Hunter, par Cullerier, par M. Bouchacourt, et par M. Bouchut, qui a rassemblé douze observations de ce genre dans son *Traité des maladies des nouveaux-nés et des enfants à la mamelle*, reçoivent une nouvelle confirmation par le fait suivant, qui vient d'être jugé par le tribunal de la Seine :

Le 20 octobre 1855, le sieur B... et son médecin, le docteur Tavel, choisissaient entre plusieurs nourrices, au bureau de la rue Pagevin, une femme Périllat, et l'emmenaient à Maisons-Laffitte, où l'enfant des époux B... lui fut confié. Deux mois après se manifestait chez la nourrice une altération profonde; des plaques muqueuses et des ulcérations apparaissaient sur les seins; des ulcères envahissaient les amygdales, les cheveux tombaient, enfin les accidents secondaires d'une affection syphilitique se révélaient à l'œil le moins exercé. Les époux B... rassurèrent d'abord la nourrice sur des symptômes dont la nature lui était inconnue; mais son état empirant tous les jours, elle voulut consulter elle-même, et se rendit avec son mari chez un médecin, le docteur Dupont. Là elle apprit de quelle maladie elle était infectée, et n'hésita pas à en attribuer la cause au nourrisson qu'elle allaitait. Les époux B... nièrent énergiquement.

Les époux Périllat s'adressèrent alors à la justice, et une ordonnance de référé rendue sur leur demande commit trois médecins spéciaux pour examiner la femme Périllat et s'expliquer sur la question de savoir si la maladie dont elle était atteinte lui avait été communiquée par l'enfant des époux B...

Du rapport des experts résultèrent les faits suivants :

La femme Périllat était entrée chez les époux B... dans un état de santé parfaite. En effet, son enfant, qu'elle allaitait à cette époque, était parfaitement sain; son mari ne portait pas la moindre trace d'une affection ancienne ou récente. Quant à elle-même, les altérations, indices du mal, n'avaient atteint que les parties supérieures du corps.

D'un autre côté, l'enfant des époux B... était infecté d'un virus héréditaire, et il résultait, de l'aveu même du docteur Tavel, que cette maladie s'était manifestée chez l'enfant antérieurement à l'arrivée de la femme Périllat; que ce médecin a proposé à une première nourrice de la soumettre à un traitement mercuriel pour soigner l'enfant; que cette femme, ayant repoussé les offres qui lui étaient faites, avait quitté la maison B...; qu'on avait alors fait choix de la femme Périllat, et que, sans la prévenir, on lui avait administré des potions et des pilules mercurielles.

Sur les trois experts, deux conclurent que la communication du nourrisson à la nourrice était certaine; le troisième déclara seulement qu'elle était probable.

S'appuyant sur tous ces faits, les époux Périllat ont formé contre les époux B... une demande en 10,000 fr. de dommages-intérêts, qui a été soutenue devant le tribunal par Me Bertin.

M. l'avocat impérial Perrot s'est prononcé en faveur de la demande. La communication de la maladie semble un fait hors de doute. Les époux B... et le docteur Tavel ont d'ailleurs, dit-il, eu le tort de dissimuler à la nourrice la nature de la maladie dont l'enfant était infecté et du traitement violent qu'à son insu on lui faisait subir.

Conformément à ces conclusions, le tribunal, reconnaissant : 1° que pendant trois mois la femme Périllat avait subi un traitement mercuriel sur la nature duquel elle avait été trompée; 2° que l'enfant du sieur B... lui avait communiqué une affection syphilitique qui avait eu pour sa santé les conséquences les plus graves, et que tous ces faits constituaient de la part de B... une faute inexcusable, l'a condamné par corps à 5,000 fr. de dommages-intérêts.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 août 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Masson (de Mirecourt), relatif à différentes maladies épidémiques qui ont sévi sur les enfants de cette commune;

2° Un rapport de M. le docteur Heullard d'Arcy, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Pougues (commission des épidémies);

3° Un rapport de M. le docteur Méjaulac, sur le service médical des eaux minérales de Sainte-Marie (Puy-de-Dôme) pendant l'année 1854 (commission des eaux minérales);

4° L'état des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de la Lozère, du Finistère, de la Meurthe et du Puy-de-Dôme (commission de vaccine).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Lefort prie l'Académie de le comprendre au nombre des candidats à la place vacante dans la section de pharmacie.

— M. le docteur Lunier, médecin de l'asile des aliénés du département de Loir-et-Cher, sollicite le titre de membre correspondant, et envoie ses titres à l'appui de sa demande.

— M. Scoutetten sollicite le titre d'associé national (Renvoi aux commissions nommées.)

— M. Jules Rochard (de Brest) adresse à l'Académie un mémoire sur l'opération de l'anus artificiel par la méthode de Littre dans le cas d'imperforation de l'anus.

L'auteur rapporte l'histoire de plusieurs opérés qui ont survécu pendant de longues années, et notamment d'un homme âgé de plus de quarante ans, et jouissant d'une parfaite santé. (M. Robert, rapporteur.)

MM. Socquet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et Bonjean, pharmacien à Chambéry, adressent un travail intitulé *Mémoire pratique sur l'emploi du plicate et du benzoate de soude unis aux préparations de colchique et d'aconit dans le traitement de la gravelle et du rhumatisme chronique et goutteux, du catarrhe vésical, de la sciatique et de plusieurs névralgies.* (Commissaires, MM. Ségalas et Guibourt.)

— M. le docteur Joire, médecin de l'asile d'aliénés de Lommelet, adresse un mémoire sur l'assimilation de l'ivresse à la folie, et sur l'ivrognerie considérée comme une forme de folie suicide (Commissaires, MM. Falret, Guérard.)

— M. Mialhe, en réponse à la lettre de M. Poggiale, déclare maintenir l'exactitude de ce qu'il a dit dans son mémoire relativement à la nécessité des alcalins pour la combustion du sucre dans l'économie; il rappelle le témoignage de plusieurs physiologistes, et fait ressortir la contradiction dans laquelle est tombé M. Bernard, en affirmant, d'une part, que le glucose injecté dans les veines ne s'élimine pas par les urines, à moins que l'on n'ait dépassé une certaine dose, et rapportant, d'une autre part, une expérience dans laquelle un demi-gramme de glucose apparaît dans les urines, que l'on y associe ou non une solution alcaline. M. Mialhe invoque à l'appui de ces assertions l'autorité de M. Cl. Bernard lui-même, celle de MM. Bouchardat et Sandras, et de M. Lehmann. (Renvoi à la section de pharmacie.)

— M. Larrey, à l'occasion du procès-verbal, communique une lettre adressée par M. le docteur Willaume (de Nancy) pour servir de document dans la discussion sur l'établissement d'un anus artificiel.

En janvier 1825, M. Willaume fut appelé auprès d'un enfant âgé de treize jours, et sur le point de succomber par suite d'un vice de conformation de l'anus qu'avait occasionné la rétention des matières alvines. On n'observait au périnée qu'une petite rainure borgne; quelques matières s'échappaient par l'urètre. M. Willaume fit au périnée une ponction avec le bistouri; il agrandit l'ouverture vers le coccyx; avec le doigt porté au fond de la plaie, il parvint à sentir l'extrémité du rectum distendu; une incision faite sur l'intestin livra issue à une grande quantité de matière; il parvint, quoique avec peine, à maintenir l'orifice en y plaçant des corps dilatants. Le sujet fut perdu de vue. Mais M. Willaume eut l'occasion de le revoir âgé de trente et un ans; il apprit qu'il y avait eu plusieurs abcès dans les bourses (l'un de ces abcès avait été déterminé par un noyau de prune avalé quatre mois auparavant).

Depuis l'âge de vingt-huit ans, l'opéré n'avait employé aucun moyen pour maintenir béant l'anus artificiel; cependant les fèces sont excrétées sans difficulté et retenues même quand leur consistance est faible. Le jeune homme est bien portant, gai et aimable.

M. Depaul, tout en reconnaissant l'intérêt que présente ce fait, ne le considère pas cependant comme étant de même ordre que ceux qui ont fait le sujet de la discussion sur l'établissement d'un anus artificiel, et dans lesquels la question porte sur le choix à faire entre la méthode de Littre et de Callisen.

M. Larrey fait remarquer que, bien qu'il ne s'agisse pas en effet dans l'observation de M. Willaume d'un de ces vices de conformation qui exigent l'une des opérations dont vient de parler M. Depaul, il n'en est pas moins digne d'intérêt.

DISCUSSION.

Ligature de l'œsophage. — M. Bouley, qui était absent mardi dernier lorsqu'ont été faites diverses communications sur ce sujet, demande à répondre.

M. Bouley entre de vive voix dans de très-grands développements qu'il nous serait impossible de reproduire aujourd'hui. Nous renvoyons à un prochain numéro le résumé de cette argumentation, ainsi que la réponse qu'y a faite immédiatement M. Jobert.

M. Bouley, demandant à répliquer à M. Jobert, et quelques autres membres réclamant la parole, M. Velpeau fait une motion d'ordre pour l'ajournement de toute discussion jusqu'à ce que la commission nommée ait fait son rapport.

La proposition de M. Velpeau est mise aux voix. Après un premier vote, dont le résultat est douteux, elle est adoptée.

En conséquence, l'Académie passe à l'ordre du jour.

COMMUNICATIONS.

Lait artificiel. — M. Piorry lit sous ce titre la note qui suit :

L'inventeur de ce microscope portatif, d'un grossissement de 100 diamètres, applicable aux expérimentations cliniques, M. Gaudin, chimiste dont l'esprit d'observation est si bien connu, remarqua un jour avec M. Choumara que du bouillon qui s'échappait d'un autoclave mal fermé avait l'aspect lactiforme; ils recueillirent la substance, la firent condenser dans un vase, et trouvèrent que le liquide résultant de cette condensation présentait un grand nombre des caractères du lait.

Ce liquide présente exactement l'apparence d'un lait crémeux; il offre la même coloration, la même consistance, il coule de la même façon; à l'aréomètre, son poids est, en général, supérieur à celui du lait ordinaire. Son odeur est de même genre, mais moins suave; à chaud, elle rappelle celle du bouillon.

La saveur de ce liquide est analogue à celle du lait naturel; pour ne pas m'en laisser imposer par mes propres sensations, j'en ai fait goûter par vingt élèves, dont la moitié ne savait pas d'où il provenait, et je leur ai demandé ce qu'ils en pensaient : tous l'ont considéré comme du lait.

En général, ceux qui l'ont trouvé mauvais étaient ceux qui en connaissaient l'origine. Pour ma part, je le trouve faible, point aromatique, et, quand je l'ai bu, il me laisse sur la langue un goût de crème très-marqué et très-agréable.

Mélangé avec le café et sucré, il est excellent.

Vu au microscope, le lait artificiel présente, comme le lait naturel, des globules ronds de dimensions diverses : dans une première expérience, ils m'ont paru moins nombreux et plus petits; ils avaient une tendance plus grande à s'accoler les uns aux autres, en formant de petits groupes; mais ils ne se réunissaient pas véritablement, car, à la moindre secousse, ils se séparaient et flottaient de nouveau dans le liquide séreux où ils étaient suspendus.

J'ai repris avec plus de soin ces expériences microscopiques, et je les ai faites comparativement sur du lait artificiel frais et naturel frais, sur des laits artificiels et naturels condensés par l'ébullition, sur des laits artificiels et naturels conservés depuis quelques jours, comme aussi sur ces deux liquides commençant à présenter l'odeur putride; or, je déclare que, dans ces divers liquides, la diminution, la forme des globules, la manière dont ils coulaient, les variations dans les diamètres de ces mêmes globules, dont les uns étaient plus gros et les autres plus petits, n'ont pas différé dans le lait naturel et dans le lait artificiel.

Le troisième lait qui m'a été adressé était peut-être plus riche en globules que la meilleure crème naturelle; bien plus, les deux espèces de lait, traitées par l'acide acétique et vues au microscope, ne pouvaient être distinguées entre elles, et cependant ce même acide acétique coagulait le lait de vache, et ne coagulait pas le lait artificiel.

Abandonné à l'air même, le lait de MM. Gaudin et Choumara se coagule incomplétement, et le caillot, ainsi que les agrégations de globules, vus au microscope, se dissolvent facilement et surtout à l'aide de la chaleur, ce qui n'arrive pas pour le lait naturel. Ce caillot est mollasse et ressemble à celui d'un lait incomplétement caillé. Les inventeurs affirment qu'abandonné à lui-même il prend l'odeur du fromage.

Ce lait se putréfie difficilement; j'en conserve depuis dix jours dans un bocal par une température de 30 + 0, en contact avec l'air, et ses propriétés restent en partie les mêmes; seulement l'odeur en devient fétide. Une couche d'un corps gras, qui n'est pas de véritable beurre, se dépose sur les parties supérieures du vase qui contient le liquide; ce corps gras est sans doute la moelle des os qui ont servi à la confection du liquide.

On ignore encore si ce lait est nourrissant, et surtout à quel degré il peut l'être. J'ai commencé avec M. le docteur Belouino des expériences sur ce sujet : je rendrai compte plus tard à l'Académie des résultats ultérieurs de mes recherches.

Les expérimentations chimiques faites sur ce liquide sont aussi à l'état initial; on n'y trouve ni sucre de lait, ni beurre, qui est ici remplacé par le corps gras dont il a été parlé. Dans une communication ultérieure, je ferai part à l'Académie des résultats de l'analyse chimique du liquide remarquable dont il est ici question.

Voici comment on obtient le lait artificiel :

On dépose dans un autoclave ou marmite à Papin une quantité déterminée, 3 kilogrammes, par exemple, d'os frais concassés, et 1 kilogramme au plus de viande. On y ajoute cinq ou six fois autant d'eau; l'autoclave est hermétiquement fermé, un double fond l'entoure, et dans cette cavité on fait circuler un courant de vapeur qui chauffe le contenu de la marmite à 140 + 0. Après 40 minutes de cette élévation de température, on ouvre un robinet dont l'ouverture est étroite, et de laquelle s'échappe brusquement un flot de vapeur, dont l'arome rappelle celui du bouillon; quelques secondes après sort avec violence un jet d'un liquide blanc, qui, recueilli dans une bassine, n'est autre que le lait artificiel dont je viens d'indiquer les caractères physiques et microscopiques; lorsqu'on en a extrait la quantité que l'on juge convenable, on ouvre l'autoclave, et l'on n'y trouve autre chose que la viande et les os bouillis et un bouillon de qualité médiocre.

Quels que soient les résultats ultérieurs que donnent la chimie et les expérimentations sur les animaux et sur l'homme, ajoute M. Piorry, on ne peut nier que ces faits puissent avoir une grande partie au point de vue de la science, de la pratique et de l'alimentation publique.

Le mécanisme des sécrétions peut être d'abord singulièrement éclairci par ce les faits : de la gélatine, de l'albumine, peut-être de la fibrine, de l'osmazome, suspendues ou dissoutes dans de l'eau, passent en un jet continu, à une haute température, à travers un tube de petites dimensions : voici que tout à coup, dans ce canal rétréci, s'engendre un liquide lactiforme; il contient des globules du même genre que ceux du lait.

Comment une telle transformation peut-elle avoir lieu? Serait-ce une coagulation de molécules d'albumine et de gélatine, qui, par les frottements qu'elles exercent les unes sur les autres, en roulant avec une extrême rapidité, prendraient la forme ronde? S'opérerait-il encore quelque chose de semblable à ce qui a lieu, alors que sur une pelle rougie à blanc, l'eau passe à l'état sphéroïdal? Serait-ce sous une influence électrique qu'un semblable phénomène se manifesterait? Ce sont là des suppositions que des expériences bien faites pourraient seules renverser, ou bien élever à la hauteur d'une théorie.

Se passerait-il dans les organes sécrétants quelque chose d'analogue au mécanisme de la transformation précédente, alors que du sang artériel composé d'éléments animalisés divers, et poussé avec force par le cœur, sous une température de 38 + 0, passe par des ouvertures capillaires, où il peut être modifié par l'action électrique et par l'action nerveuse? Des ouvertures vasculaires variables en dimensions, en forme, et admettant chacune des molécules organiques diverses, des canaux différents en longueur, des variations dans la rapidité des courants, etc., seraient-elles les circonstances organiques qui déterminent la diversité si grande observée entre les fluides sécrétés par les membranes, par les glandes, etc.? Quel champ les faits précédents n'ouvrent-ils pas à l'expérimentation!

Le lait artificiel encore imparfait ne peut-il pas être amélioré, soit par des conditions variées de température, soit par des quantités relatives d'os, de viande, de gélatine, etc., soit par la longueur, la dimension et la forme du tuyau à travers lequel s'échappe le liquide; soit encore par les variations survenues dans la force de l'impulsion avec laquelle il est lancé; soit enfin par les additions que l'on peut faire aux substances qui sont ainsi transformées en lait?

La pratique médicale peut utiliser le lait artificiel, qui, tiré des os, doit contenir de fortes proportions de phosphate de chaux. C'est même là l'idée qui tout d'abord a frappé M. Gaudin, qui, ayant entendu parler de mes travaux sur l'emploi de ce sel dans l'ostéomalacie, la rachisophymie, les ostéies chroniques, est venu me proposer d'employer, dans des cas pareils, le liquide qu'il a découvert.

Avant d'apprécier la découverte de MM. Gaudin et Choumara, il faut préalablement avoir recours à des expériences sur l'alimentation des animaux et de l'homme. Il est actuellement permis de supposer qu'un liquide analogue au lait, contenant comme lui des globules, ayant en grande partie sa saveur, fabriqué avec la gélatine, l'albumine, la fibrine et l'osmazome, enfin avec du bouillon, est propre à nourrir; mais pour le savoir il faut expérimenter, et c'est là ce qui se fait actuellement, soit au point de vue chimique, soit au point de vue hygiénique.

Si l'on était assez heureux pour que le lait artificiel pût remplacer le lait naturel, ce serait un immense bienfait pour l'humanité. Son prix de revient est si faible — 10 centimes le litre —, alors même qu'il est fait avec des os et des viandes de choix, qu'en vérité il serait pour l'alimentation du pauvre, pour l'engraissement des volailles, des bestiaux, d'une immense utilité.

Quand même il arriverait, ce qui n'est pas probable, que le lait artificiel ne nourrisse pas, il n'en résulterait pas moins que ce serait là une substance nouvelle dont les applications à l'industrie et à l'économie sociale pourraient être nombreuses et d'une grande utilité.

Je propose d'encourager la découverte de MM. Gaudin et Choumara, en nommant une commission pour suivre les travaux auxquels se livreront, sur le lait artificiel, MM. Gaudin et Belouino, sous la direction du chimiste que vous désignerez, et sous celle de celui de vos membres qui a l'honneur de vous soumettre cette note.

MM. Boullay, Velpeau et Moreau présentent quelques observations sur ce que la communication de M. Piorry a d'insolite et de contraire aux usages académiques.

MM. Boullay et Moreau adressent, en outre, quelques objections à M. Piorry sur l'impropriété du mot *lait* appliqué à ce liquide, qui n'a du lait que quelques apparences.

M. Piorry répond que l'examen microscopique et l'analyse chimique peuvent seuls résoudre la question de ressemblance, et que ce n'est qu'après qu'on aura vérifié l'exactitude des recherches qu'il a faites lui-même, qu'il acceptera des objections.

M. le président, prenant en considération les observations de MM. Velpeau et Boullay, propose de renvoyer la question au conseil d'administration. L'Académie approuve.

Nouvel appareil à suspension pour les fractures et les blessures graves du membre inférieur. — M. H. Scoutetten, médecin en chef de l'hôpital militaire de Metz, présente un hamac ou appareil à suspension pour les fractures et les blessures du membre inférieur.

Cet appareil se compose d'un cerceau ordinaire et d'un morceau de linge.

Le cerceau doit avoir quatre demi-cercles en fil de fer et cinq traverses en bois : deux de ces traverses servent à fixer les demi-cercles en fer; la traverse supérieure maintient les distances; les traverses latérales produisent aussi cet effet, mais elles servent encore à soutenir les cordons attachés à la pièce de linge.

La pièce de linge forme un parallélogramme, dont le grand côté a 60 centimètres; le petit côté en a 40. Les bords des deux grands côtés sont repliés sur eux-mêmes pour former une coulisse dans laquelle doit glisser une baguette en bois, et mieux une tringle en fer; disposition adoptée pour donner à toute la surface du linge une parfaite égalité de tension.

Quatre cordons doubles sont fixés à la pièce de linge, en observant une distance égale à celle qui sépare les montants en fer.

Un chausson en toile, lacé sur le cou-de-pied, porte aussi trois cordons doubles : deux sont placés latéralement, le troisième est à la partie supérieure; ils servent à maintenir le pied dans une direction convenable.

Lorsque tout est préparé, que le membre est haussé, on glisse sous lui la pièce de linge, on la soulève et on l'attache, à l'aide des cordons, à la traverse moyenne du cerceau, en lui donnant l'obliquité qu'on juge convenable.

Cet appareil se prête facilement à plusieurs modifications. Lorsqu'on doit faire un pansement douloureux, exigeant de grandes précautions et la suppression presque complète des mouvements, on pratique une ouverture à la pièce de linge; on lui donne la dimension nécessaire pour que la plaie soit facilement mise à découvert; lorsque le pansement est terminé, on relève la pièce de linge détachée et qui forme une véritable porte, qu'on ferme en la retenant à la traverse en bois à l'aide de cordons attachés à son bord libre. Si la plaie est au talon, on se borne à abaisser la partie inférieure de l'appareil en déliant les cordons qui y correspondent et en retirant légèrement les tringles en haut.

Lorsque l'on juge nécessaire de continuer l'extension de la partie inférieure de la jambe, on ajoute une tringle en fer, ou un morceau de bois qui s'appuie sur les traverses longitudinales, auxquelles on le fixe à l'aide de liens.

L'usage de cet appareil a permis de lui reconnaître les avantages suivants :

Le membre, reposant sur un morceau de toile, s'y place facilement; l'élasticité du tissu se prête aux inégalités de la forme, et permet que toutes les parties soient également soutenues. Aussi, à la fin du traitement, les membres fracturés ne sont pas déformés, comme cela a lieu quand on se sert de tout autre appareil.

L'air, qui constamment circule en liberté sous l'appareil, empêche que le membre ne s'échauffe.

La douleur du talon ne se produit jamais, avantage immense, qui évite aux blessés des agitations, des nuits pénibles et souvent la fièvre.

Tout l'appareil étant mobile, il suffit de saisir le cerceau d'une main pour que le malade puisse être transporté d'un lit à un autre, ou assis sur un fauteuil, l'appareil étant soutenu par une chaise mise à côté.

Si on juge utile d'arroser constamment le membre blessé, l'irrigation se fait avec facilité et sans inconvénient pour le lit; on pose un bassin sous l'appareil ou on arrange un morceau de toile cirée, qui, se rattachant à l'un des côtés de l'appareil, forme un plan incliné qui rejette l'eau au dehors.

En somme, cet appareil, soumis à toutes les épreuves, a répondu à tous les besoins; il nous a permis de faire transporter de Constantinople en France des blessés qu'on aurait été forcé de laisser dans leur lit exposés aux dangers de l'infection.

L'un des exemples les plus intéressants que je puisse rappeler est celui d'un brave colonel d'artillerie, M. R..., qui reçut en Crimée une blessure faite par un boulet qui lui emporta le tiers inférieur du péroné gauche et une grande partie des autres tissus placés à la hauteur de cette région.

La pourriture d'hôpital se mit dans la plaie; les douleurs étaient excessives; la seule pensée d'un mouvement imprimé au membre donnait des agitations nerveuses; le blessé lui-même restait immobile sur son lit dans la crainte de remuer sa jambe.

Les nuits étaient sans sommeil, la fièvre s'activait, le danger était extrême. J'applique le hamac, les douleurs se calment, les pansements deviennent faciles, le sommeil reparaît, les forces se relèvent, et bientôt le blessé quitte Constantinople, emportant son appareil, qui lui permet de faire sans inconvénient une longue traversée, bientôt suivie d'une guérison complète.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Au moment où nous mettons sous presse, les magnifiques salons de l'hôtel du Louvre se remplissent, et dans quelques instants la fête sera dans toute sa splendeur. Cette fois encore, comme il arrive trop souvent dans notre beau pays de France, la première réponse à une noble pensée a été une objection; et puis, dès que le succès a été assuré, chacun s'est repenti de sa tiédeur; chacun aurait voulu s'asseoir au banquet confraternel : si bien qu'aujourd'hui, aux seuls bureaux de la *Gazette*, plus de vingt souscripteurs attardés n'ont pu avoir de cartes d'admission.

Si nous sommes bien informés, les adversaires les plus déclarés de cette grande et digne manifestation se seraient enfin décidés à y prendre part. Honneur à ceux qui savent avouer une faute et réparer un mauvais mouvement!

— Le choléra vient de reparaître à Londres. Pendant la semaine qui a fini le 2 août, il est mort 16 personnes de cette maladie. Sur 13 cas dont la durée a été notée, cette durée a varié de 12 heures à 7 jours.

Il sévit bien plus gravement à Lisbonne. Les relevés officiels portent qu'en sept jours 1,770 personnes en ont été atteintes, et que 730 ont succombé.

— Le concours pour deux places d'aide d'anatomie, ouvert à la Faculté de médecine le 15 avril dernier, s'est terminé le 14 août par la nomination de MM. Guyon (Félix) et Nélaton (Eugène).

— On lit dans l'*Abeille médicale* :

« L'adjudication de la propriété entière de l'*Abeille médicale* vient d'être annoncée et affichée. A cette occasion, quelques confrères, qui paraissent vouloir se rendre acquéreurs de ce journal, nous demandent si notre intention est d'abandonner entièrement la direction et la rédaction de l'*Abeille*, ou si, au contraire, nous consentirions à conserver une part de la propriété et à continuer de diriger l'administration et la rédaction de ce recueil.

» Nous devons déclarer franchement qu'il nous conviendrait de conserver, sinon la totalité, au moins une part notable de la propriété de l'*Abeille*, ainsi que la direction et la rédaction de ce journal, mais à des conditions qui nous permettraient d'en poursuivre la publication avec une entière indépendance, sans être obligé de nous soumettre à des considérations industrielles qui priveraient l'*Abeille* du caractère scientifique et du but d'utilité dont nous l'avons dotée lors de sa création.

» Nous nous empressons de faire cette déclaration, pour n'éloigner aucun amateur de l'adjudication annoncée pour le 26 de ce mois. Quant à ceux qui auraient l'intention de modifier la nature de la publication de l'*Abeille*, ils devront en acquérir la propriété entière pour en disposer comme bon leur semblera, sans pouvoir aucunement compter sur notre concours personnel. Notre abstention sera immédiatement manifestée par le retrait de notre signature que nous apposons au bas de la dernière colonne de chaque livraison.

» Dans le cas où nous aurions quelque communication à faire à nos confrères qui nous ont si constamment donné des preuves de leur sympathie depuis la fondation de l'*Abeille médicale*, nous leur adresserions particulièrement une circulaire. Le docteur Comet. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Recherches anatomiques sur l'urètre de l'homme, par le docteur Jarjavay, chef des travaux anatomiques et professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-4°, avec 7 planches. Prix, 14 fr. — A Paris, chez Labé.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 99. — SAMEDI 23 AOUT 1856. (29e ANNÉE.) N° 99. — SAMEDI 23 AOUT 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des-postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladie de bronze ou d'Addison.

Le fait si curieux, si inconnu encore parmi nous, que nous signalions récemment, et à l'occasion duquel M. Trousseau a fait une leçon qui n'aura certainement échappé à l'attention d'aucun de nos lecteurs, ce fait d'anémie spéciale avec coloration bronzée de la peau, et que nous appellerons provisoirement avec ce professeur *maladie d'Addison*, vient de recevoir le triste complément qui avait été prévu. Pour tous ceux qui ont pu voir ce malade, il y a dix ou douze jours à peine, dans un état de faiblesse et d'alanguissement assez notable sans doute, mais cependant assez plein de vie encore pour se lever, aller, venir dans les salles, mangeant et buvant à peu près comme un homme en état de santé, jouissant de la plénitude de son intelligence, remplissant, en un mot, toutes ses fonctions avec une certaine régularité, et ne présentant pour tout symptôme morbide que les signes de l'anémie et la coloration bronzée d'une partie des téguments : c'était un étrange sujet d'étonnement que d'entendre M. Trousseau porter un pronostic de mort. Sur quoi se fondait ce pronostic ? Ce n'était assurément pas sur des motifs physiologiques connus ; mais c'était sur l'expérience. Sur quinze cas de peau bronzée recueillis jusqu'ici, tant par Addison que par ses confrères d'Angleterre, quinze fois la maladie s'était terminée par la mort. S'il n'y avait pas certitude absolue, il y avait au moins, on en conviendra, une grande présomption que l'issue devait être la même. L'événement a justifié ce pronostic ; il l'a justifié plus tôt probablement qu'on ne s'y attendait. Est-ce là un effet de la marche naturelle de la maladie ? Le terme fatal a-t-il été devancé, dans cette circonstance, par des accidents indépendants de la maladie principale? C'est ce qu'il nous serait difficile de dire, dans l'ignorance où nous sommes de la marche habituelle de cette affection. Voici comment les choses se sont passées :

Le 14 août (jeudi), le malade ayant été jusque-là dans le même état où nous l'avions vu quelques jours après son entrée à l'hôpital, et tel à peu près qu'il a été décrit dans la leçon de M. Trousseau, il a été pris tout à coup d'un frisson. Le lendemain vendredi, il est survenu une diarrhée assez abondante, une dizaine de selles dans les vingt-quatre heures ; le pouls est devenu fréquent. La diarrhée a continué le samedi, et il s'y est joint du délire ; le pouls est devenu de plus en plus petit et fréquent ; la peau s'est refroidie, à l'exception du ventre, qui était brûlant. Ces symptômes ayant été croissant, le malade s'est rapidement affaibli, et il a succombé le dimanche 18, à onze heures du matin.

A l'autopsie, on a trouvé les deux capsules surrénales profondément altérées ; elles étaient envahies l'une et l'autre par des tubercules. La capsule du côté gauche surtout, dont le volume était notablement augmenté, était presque complétement dégénérée en matière tuberculeuse. Les reins étaient sains. Les autres organes étaient généralement sains aussi. Aucun d'eux n'a rien présenté de particulier à noter.

Nous ajouterons que le sang et les urines, examinés pendant la vie, n'ont présenté non plus aucune altération sensible.

Voilà donc un fait qui vient encore tristement confirmer la proposition d'Addison, relative au pronostic de l'affection dont on lui doit la connaissance, ainsi que la relation, jusqu'ici constante, que le médecin de Guy's-Hospital a établie entre l'espèce particulière d'anémie en question et les lésions des capsules surrénales. C'est le seizième cas de ce genre qui démontre, en effet, qu'avec la peau bronzée coïncide constamment une lésion des capsules surrénales. Mais cela implique-t-il entre ces deux faits une relation tellement constante et nécessaire que l'on doive désormais s'attendre à les voir se produire toujours simultanément, que toute lésion des capsules doive s'accompagner nécessairement de la teinte bronzée de la peau? Cette seconde proposition serait parfaitement inexacte ; aussi n'a-t-elle point été formulée par Addison. Un grand nombre d'observations de lésions diverses des capsules surrénales sont consignées dans les annales de la science, sans qu'on ait constaté pendant la vie la série des phénomènes caractéristiques de cette espèce d'anémie. Addison lui-même en rapporte un exemple, ainsi que l'a rappelé M. Trousseau. En voici un nouveau qui nous arrive tout à point pour protester, si besoin était, contre la déduction abusive que l'on aurait pu tirer à cet égard des observations de peau bronzée. Il nous est communiqué par M. le docteur Delpierre (de Campagne-lès-Hesdin) :

« Les capsules surrénales peuvent être le siége d'altérations graves, sans voir pour cela se produire la coloration bronzée de la peau, nous écrit notre honorable correspondant. Le 31 janvier 1844, j'eus l'occasion de faire l'autopsie de la nommée Joyal (Marie-Françoise), née à Arras, âgée de 81 ans, d'un tempérament sec, nerveux, décédée à l'hôpital d'Arras des suites d'un cancer multiple, je dirai presque général, qui avait débuté par le clitoris.

» Je ne parle pas à dessein des altérations trouvées dans la plupart des organes, pour arriver de suite à celles des capsules surrénales. Celles-ci étaient entièrement converties en masses cancéreuses. Je n'ai pas la mauvaise habitude d'écrire de souvenir. J'ai dans mes notes toute l'histoire de cette malade. Elle n'a jamais eu la peau bronzée ; elle offrait la couleur commune aux cancéreux, jaune paille. Ce cas est à ajouter à celui qu'Addison lui-même a observé en mai 1855, « où, en faisant une autopsie, il a trouvé un dépôt cancéreux dans chacune des deux capsules, chez un sujet atteint de cancers multiples, sans que la couleur de la peau eût été modifiée. Les productions cancéreuses étaient d'ailleurs réduites aux plus minimes proportions. » (*Leçon citée.*)

» Il existe cette différence, que dans l'observation que je rapporte la dégénérescence avait envahi totalement la substance des capsules. »

On peut donc, d'après ce qui précède, conclure du symptôme à la lésion, mais non de la lésion au symptôme. Quelle est l'espèce de rapport qui lie ainsi l'anémie bronzée à l'existence d'une lésion et de lésions diverses des capsules surrénales, tandis que ces mêmes lésions peuvent se montrer indépendamment de cet état pathologique ? C'est là une question profondément obscure, aussi obscure que la physiologie de ces organes. Bornons-nous, jusqu'à nouvel ordre à la constatation du fait.

Emploi des lavements iodés dans les diarrhées rebelles.

Un vieillard, affecté de la maladie de Bright, dans le service de M. Becquerel, à l'hôpital de la Pitié (salle Saint-Raphaël), était depuis quelque temps en proie à une diarrhée excessive (il avait de trente à quarante selles par jour). On avait employé sans aucun succès, chez ce malade, tous les astringents, tous les narcotiques et tous les agents substitutifs imaginables : tannin, ratanhia, diascordium, mélange d'opium et d'alun, sous-nitrate de bismuth, nitrate d'argent, etc. Sa diarrhée n'en était diminuée ni en abondance ni en fréquence. Cet état durait depuis un mois, et cet homme, déjà très-affaibli, allait dépérissant sous l'influence de ces évacuations répétées, lorsque, d'après l'avis d'un médecin de la Pointe-à-Pitre, M. le docteur Descorps, présent à la visite, M. Becquerel le mit à l'usage des lavements iodés. M. Descorps lui disait (ce qu'il nous a répété à nous-même depuis), qu'à l'exemple d'un de ses confrères de la Guadeloupe, il ne traitait pas autrement depuis quelque temps les dyssenteries, ainsi que les diarrhées chroniques rebelles, et qu'il s'en était si bien trouvé, que cette pratique était actuellement usuelle dans ce pays.

M. Becquerel prescrivit un lavement ainsi composé :

Teinture d'iode. . . . . 25 centigr.
Iodure de potassium (quantité suffisante pour la dissolution).
Eau. . . . . 250 gramm.

Dès ce premier lavement, les selles ont considérablement diminué. Il n'y en a eu que cinq à six dans la journée qui a suivi. Ce lavement a été répété le lendemain. Après ce deuxième lavement, il n'y a eu que trois ou quatre selles. On a continué encore, et au bout de deux ou trois jours, le nombre et la qualité des selles étaient revenus presque à leur état normal.

Hâtons-nous d'ajouter, sans que cela ôte rien, bien entendu, à la valeur de ce fait, que cette pratique n'est pas nouvelle. Les lavements iodés ont déjà été préconisés et usités avec des succès divers, dans des circonstances plus ou moins analogues à celle où se trouvait ce malade.

Dès 1849, M. Boinet a proposé les lavements iodés contre la diarrhée cholérique ; il a attribué quelques cas de guérison à l'emploi de ce moyen, qui a été mis en usage depuis par un petit nombre de médecins, notamment par M. Delioux, à Cherbourg, et par M. Aran, à Paris, pendant l'épidémie de 1853. Les résultats n'ont pas paru assez satisfaisants, sans doute, puisque l'usage ne s'en est pas répandu, du moins pour cette application spéciale. Mais il n'en a pas été de même dans d'autres circonstances.

Ainsi, en 1852, M. Eimer faisait connaître dans *Hente's zeitschrift*, que les lavements iodés possédaient une efficacité au moins aussi marquée que les lavements au nitrate d'argent, contre les diarrhées incoërcibles. Les lavements prescrits par M. Eimer étaient préparés de la manière suivante :

Iode pur. . . . . de 25 à 50 centigr.
Iodure de potassium (quantité suffisante pour la dissolution dans)
Eau distillée. . . . . de 30 à 90 gramm.

Pour un lavement que l'on renouvelle deux fois dans les vingt-quatre heures, plus rarement trois et quatre fois.

Dans le cas de ténesme et de difficulté à garder le lavement, M. Eimer le fait additionner de 10 à 15 gouttes de teinture d'opium, et remplace l'eau par un véhicule mucilagineux.

A peu près à la même époque, M. Delioux se livrait à des essais analogues, et en communiquait les résultats à l'Académie de médecine dans un mémoire qui n'a pas été encore publié.

C'est dans les formes chroniques surtout, alors que les ulcères, le boursouflement œdémateux ou hyperémique des tuniques intestinales, la tuméfaction des ganglions mésentériques pervertissent les fonctions normales de la portion terminale du canal digestif, que M. Delioux a tenté de porter sur le siége même des désordres anatomiques ce puissant modificateur. Il a formulé les lavements iodés de la manière suivante :

Teinture alcoolique d'iode. . 10 à 20 grammes.
Iodure de potassium. . . . 1 à 2 —
Eau . . . . 200 à 250 —

Il fait administrer préalablement un lavement émollient pour vider l'intestin, afin que l'injection iodée agisse immédiatement et dans toute sa force sur la muqueuse.

M. Delioux a commencé ses essais avec de petites doses de teinture d'iode. Après s'être assuré de l'innocuité de l'injection, il a élevé progressivement la dose de teinture, et il a vu que l'on pouvait aller hardiment au moins jusqu'à 30 grammes.

Il a remarqué que la plupart du temps les lavements iodés ne déterminaient que peu ou point de coliques. Quelquefois, après le premier ou le second, dit M. Delioux, les déjections alvines augmentent, pour diminuer ensuite en changeant de caractère ; d'autres fois elles diminuent ou se suppriment immédiatement. En aucun cas la lésion intestinale n'a été aggravée ; le plus souvent elle a été notablement amendée ou guérie. L'injection, dans les essais de ce médecin, a pu être conservée généralement 15 à 30 minutes ; il l'a vue plus rarement être tolérée sans souffrance pendant plusieurs heures.

Enfin, en 1854, M. le professeur Mauthner s'est assuré que cette médication n'était pas moins efficace chez les enfants que chez les adultes. Chez les enfants, deux lavements suffisent en général, suivant M. Mauthner, pour arrêter les selles sanglantes et les ténesmes.

Voici la formule du professeur de Vienne :

Carbonate de chaux. . . . 0,30 centigr.
Teinture d'iode. . . . . 6 gouttes.
Eau distillée, de. . . . 60 à 100 grammes.
Pour deux lavements.

On voit que cette médication n'en est pas tout à fait à ses premiers essais ; mais elle est peu connue encore, et elle nous paraît mériter d'être étudiée, surtout au point de vue des diverses sortes de diarrhée qui en indiqueraient plus spécialement l'usage.

Corps étrangers de la conjonctive et de la cornée.

Parmi les nombreuses variétés de corps étrangers qu'on rencontre à la surface de la conjonctive et de la cornée, il en est une qui mérite de fixer l'attention des praticiens à cause de sa ressemblance frappante avec une maladie très-commune, la conjonctivite ou la kératite pustuleuse : nous voulons parler des coques de millet. Demours est le premier qui en ait fait mention ; depuis, cette variété a été signalée par presque tous les auteurs qui ont traité de la pathologie oculaire, et M. Desmarres, dans son *Traité des maladies des yeux*, insiste sur les caractères qu'elle présente pour la différencier des pustules de la conjonctive bulbaire. Nous rapportons à l'appui les deux faits suivants, observés dernièrement

à sa clinique par M. le docteur Ed. Arrachart, qui a bien voulu nous les communiquer :

Une femme de trente-huit ans se présente à la clinique, le 25 juillet, pour une affection de l'œil droit datant de deux mois, et contre laquelle ont échoué plusieurs collyres.

La vision est parfaite ; la malade n'accuse qu'un peu de gêne dans les mouvements des paupières ; au moment où son mal a commencé, il y avait du larmoiement, de la cuisson ; sous ce rapport, il y a, dit-elle, beaucoup d'amélioration ; mais ce qui l'inquiète, c'est la persistance du petit bouton blanc et de la rougeur. A l'inspection de l'œil, on constate sur la conjonctive, à 2 millimètres au-dessous de la circonférence de la cornée, une petite élevure d'un blanc jaunâtre, lisse, arrondie, de 1 millimètre et demi de diamètre ; la muqueuse est légèrement tuméfiée à l'entour, et semble au premier abord se continuer avec elle ; mais, en regardant attentivement, on découvre un petit sillon circulaire qui l'en sépare. Un large faisceau triangulaire de vaisseaux d'un rouge sombre, ayant sa base dans le cul-de-sac conjonctival, vient aboutir par son sommet à l'élevure décrite plus haut.

Le diagnostic avait été fait par M. Desmarres à la première inspection de l'œil, lorsqu'on apprit de la malade qu'elle avait des oiseaux et qu'elle soufflait dans leur cage pour la nettoyer, mécanisme par lequel la coque de millet avait pénétré dans l'œil.

Pour tout traitement, on enleva la coque avec un stylet, et on prescrivit un léger collyre au borax.

On put alors constater très-nettement le sillon d'encadrement formé autour du corps étranger par la conjonctive tuméfiée.

Un fait exactement semblable avait déjà été observé à la clinique au commencement de cette année.

— Le même jour se présentait une femme de trente-cinq ans souffrant de l'œil gauche depuis trois semaines. Cette fois c'était un fragment de coque de millet siégeant sur la cornée à 1 millimètre de la partie inférieure de sa circonférence et reconnaissable aux légères angularités de son contour. Il n'y avait pas de tuméfaction périphérique, pas d'infiltration interlamellaire ; le corps étranger s'était creusé sa place dans l'épaisseur de la cornée et paraissait de niveau avec le reste de cette membrane. Quatre à cinq petits vaisseaux disposés en triangle faisaient communiquer l'ulcération cornéenne avec la conjonctive. Vision parfaite, pas de photophobie, peu de douleur.

Comme la malade de l'observation précédente, celle-ci avait usé inutilement des collyres ; elle possédait également des oiseaux.

On releva la coque, et on mit ainsi à découvert une ulcération superficielle, pour laquelle on prescrivit de simples lotions d'eau froide.

MALADIES DES YEUX. — M. TAVIGNOT.

De la cure radicale de la tumeur et de la fistule lacrymales (1).

En acceptant les idées que je viens d'émettre sur l'origine des tumeurs lacrymales, on est naturellement conduit à adresser à qui de droit cette simple question : Puisque les larmes sont, par leur pénétration dans les voies lacrymales, la cause première de l'inflammation du sac et du rétrécissement consécutif du canal nasal, n'est-il pas beaucoup plus simple, et par conséquent plus rationnel de supposer, *par l'excision des points lacrymaux*, à l'abord des larmes dans le sac plutôt que d'opérer, à la manière de Nannoni, une mutilation plus ou moins étendue de ce sac lui-même ?

Il n'y a pas l'ombre d'un doute à cet égard ; et la méthode de Nannoni n'eût sans doute pas été imaginée, ni surtout mise en usage aussi souvent, si les chirurgiens avaient su plus tôt à quoi s'en tenir sur les causes qui provoquent, entretiennent et aggravent la dacryocystite.

L'excision de la partie antérieure des conduits lacrymaux est donc bien préférable à la méthode qui consiste à détruire, soit avec des caustiques, soit par le fer rouge, le sac lacrymal, car, tout en conduisant au même but, elle est beaucoup plus simple dans son exécution, plus sûre dans ses effets, et surtout bien moins grave dans ses conséquences.

Cependant je ne considère pas l'excision des points lacrymaux comme devant constituer à elle seule, et dans tous les cas, le traitement chirurgical de la tumeur et de la fistule lacrymales, car, s'il est vrai de dire que l'on peut en triompher assez facilement et même assez rapidement, surtout si l'on a recours aux injections de teinture d'iode dans le sac, comme nous l'avons fait sur le sujet de notre première observation, il n'en est pas moins certain qu'il faut se préoccuper encore, et mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, de l'état fonctionnel ultérieur de l'appareil lacrymal ; en un mot, de l'existence ou de l'absence de larmoiement consécutif.

Or, à cet égard, une distinction importante m'a paru devoir être faite. Les glandes lacrymales sont loin d'avoir, chez les différents sujets, la même puissance de sécrétion, laquelle paraît surtout liée dans l'espèce, à l'impressionnabilité plus ou moins grande des centres nerveux ; mais c'est surtout aux âges extrêmes de la vie qu'il devient possible d'établir une distinction nette et précise, et par conséquent des plus importantes pour notre sujet.

En effet, il est évident que l'enfant et le vieillard ne sauraient être considérés comme doués d'une égale puissance de sécrétion lacrymale, et on peut dire, en quelque sorte, que l'un pleure à plaisir, et l'autre à regret ; d'où il résulte que l'on pourra se borner, chez un vieillard, à pratiquer, comme nous l'avons fait, l'incision des points lacrymaux, tandis qu'il est nécessaire chez un adulte ou un jeune sujet, de pratiquer l'ablation de la glande elle-même, sauf à exciser encore l'extrémité antérieure des deux conduits qui charrient les larmes dans le sac.

Cette double opération peut être exécutée dans la même séance, ou bien on peut remettre sans inconvénients à un autre jour l'excision des conduits.

Je dis l'excision plutôt que la cautérisation, parce que la première opération est beaucoup plus sûre que la seconde, qui échoue trop souvent, à moins de s'exposer à des pertes de substance trop étendues.

L'excision elle-même ne réussit pas toujours d'emblée ; le reflux de muco-pus emprisonné dans le sac déchire assez souvent la cicatrice ; une nouvelle excision est alors nécessaire ; il ne faut pas s'en préoccuper davantage ; la guérison n'est retardée que de quelques jours, et ces excisions, même multiples, ne laissent après elles, — je puis pertinemment l'affirmer, — aucune trace appréciable de difformité.

Voici maintenant deux nouveaux cas de guérison de tumeurs lacrymales ; ces guérisons, à quelques jours près, ont un an de date, et les deux malades m'ont été adressés le même jour, du département de l'Oise, par mon vieil ami M. le docteur Jules Cantrel, médecin à Mouy :

Obs. III. — *Fistule lacrymale s'étant établie d'emblée ; ablation de la glande et excision des conduits ; guérison datant d'une année.*

M. Gérard (Pierre-Louis), manufacturier à Mouy, âgé de quarante ans environ, vint me consulter, à la fin d'août 1855, pour une fistule lacrymale de l'œil droit.

Cette affection remonte à six mois seulement, et, au dire du malade, elle n'aurait pas été précédée de tumeur appréciable vers le grand angle de l'œil. La narine droite est plus sèche que la gauche, et l'œil du côté malade est sans cesse larmoyant ; il s'enflamme, en outre, de temps en temps, ce qui empêche M. G... de se livrer à ses travaux ordinaires, et le décide à se confier à mes soins.

Le 3 septembre, je pratique l'ablation de la glande lacrymale sans difficulté ; réunion avec deux serres-fines.

Le 6, ablation des serres-fines ; réunion immédiate parfaite ; ecchymose bi-palpébrale.

Le 10, excision des conduits lacrymaux ; le malade quitte Paris le même jour dans un état des plus satisfaisants.

Je revois le malade six semaines après ; la fistule est fermée, le larmoiement à peu près nul ; néanmoins le sac se distend encore de temps en temps par une certaine quantité de mucus mêlé à des larmes. Je constate alors, ce qu'il était facile de deviner, que le conduit inférieur est resté perméable ; j'excise de nouveau ce conduit. La guérison fut dès lors définitive, et j'ai pu constater lors d'un dernier voyage du malade à Paris que non-seulement il n'existait plus de traces de la fistule lacrymale, mais que l'œil restait tout aussi lubréfié par les larmes que celui du côté opposé.

Obs. IV. — *Tumeur lacrymale et fistule consécutive d'un caractère insolite ; accidents phlegmasiques graves, vingt-cinq à trente érysipèles ; ablation de la glande et excision des conduits. Guérison datant d'une année.*

Mme Delaporte, de Saint-Félix, près Clermont, âgée de quarante et un ans, se présente à moi avec les antécédents que voici :

Il y a dix-sept ou dix-huit mois est apparue une petite tumeur vers l'angle interne de l'œil gauche ; l'œil était en même temps larmoyant ; il y a cinq mois, survinrent des accidents nouveaux, c'est-à-dire des érysipèles qui gagnaient le nez, la face, et plusieurs fois le cuir chevelu ; ils ont été si nombreux (25 à 30) que pendant ces cinq derniers mois Mme D... a toujours été à peu près alitée ou convalescente. Sa vie a même été réellement en danger.

A l'examen de la malade, je constate les désordres suivants :

L'œil gauche paraît beaucoup plus petit que l'autre par la tuméfaction chronique des tissus palpébraux. Au niveau du grand angle de l'œil, et s'étendant assez loin dans le sillon naso-facial et vers la partie supérieure de la joue, existe une rougeur érysipélateuse de la peau, distendue et amincie ; la pression permet de constater en haut, du côté de l'arcade orbitaire et au niveau du sac, une tuméfaction dure, rénitente, et qui résulte de l'inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire sous-jacent. Plus bas, au contraire, la sensation qu'éprouve le doigt explorateur ne permet pas de douter qu'il n'existe une périostite chronique développée par contiguïté de tissu.

Quoi qu'il en soit, la pression exercée sur le sac fait refluer du muco-pus par le conduit lacrymal inférieur ; la même pression exercée un peu plus haut fait refluer une certaine quantité de pus phlegmoneux. Par une petite ouverture fistuleuse, qui est située, non en regard du sac, mais bien entre le sac et l'orifice externe du conduit lacrymal supérieur.

Il est donc évident pour moi qu'il existe, dans le cas particulier, une tumeur lacrymale et une fistule du conduit supérieur des larmes ; ce sont les larmes s'infiltrant dans le tissu cellulaire ambiant qui ont déterminé et cette inflammation phlegmoneuse si étendue et les érysipèles dont nous avons parlé.

Le 4 septembre. Je pratique l'ablation de la glande, comme je l'avais fait la veille pour le malade de notre troisième observation. Le pansement fut aussi simple, et le résultat immédiat tout à fait semblable.

Le 10, j'excisai les extrémités des conduits lacrymaux, et madame D... put, de compagnie avec M. Gérard, prendre le chemin de fer du Nord.

Plus tard, c'est-à-dire cinq semaines après l'opération, il m'a suffi d'exciser de nouveau l'extrémité du conduit lacrymal supérieur, qui était resté en partie perméable pour achever la guérison ; celle-ci fut obtenue sans autre médication, et par le fait seul de la soustraction des tissus au contact des larmes.

Pendant quelque temps, l'espèce de clapier placé autour et au-dessus du sac, lequel fournissait, comme nous l'avons dit, la matière purulente qui s'écoulait par la fistulette palpébrale, a persisté à fournir du pus ; j'ai conseillé à la malade de presser souvent avec la pulpe du doigt sur la peau décollée, de manière à vider le plus vite possible cette espèce de foyer : ce moyen si simple a très-bien réussi, et la fistulette a disparu d'elle-même.

Aujourd'hui, 16 août, je revois madame D... guérie depuis longtemps. L'œil, qui était resté pendant plusieurs mois plus petit que l'autre, a repris à peu près ses dimensions naturelles ; il n'existe plus rien d'appréciable vers le grand angle de l'œil ; les orifices des conduits sont et demeurent oblitérés ; la cicatrice linéaire qui résulte de l'ablation de la glande, est cachée par l'arcade orbitaire et à peine perceptible. L'œil reste humecté et lubréfié par les larmes provenant des granulations lacrymales palpébrales. Il est, par conséquent, dans les mêmes conditions que son congénère.

En résumé, voilà un bien beau résultat obtenu par une opération très-simple, la seule d'ailleurs qu'il eût été possible de mettre en usage dans le cas particulier.

Est-il besoin d'insister beaucoup, maintenant, pour prouver :

1° Que l'ablation de la glande lacrymale est une opération des moins graves ;

2° Que l'œil privé de cette glande ne s'en trouve pas plus mal, et continue ses fonctions comme son congénère ;

3° Que notre mode opératoire, qui guérit si vite, guérit pour toujours.

(1) Voyez le numéro du 12 août.

DE L'ACTION DE L'HUILE DE CHÈNEVIS

sur la sécrétion mammaire.

Par M. Contenot.

Il ne s'agit ici que d'une application topique. M. Contenot a mis hors de doute, par des observations très-nombreuses, que cette substance, employée en embrocations sur les mamelles, jouit de la propriété de diminuer toujours, quelquefois d'arrêter la sécrétion du lait.

Le mode d'emploi exige quelques précautions : il faut que l'huile soit récente, obtenue par expression ; on la fait chauffer, et on en oint abondamment le sein toutes les deux ou trois heures, en le recouvrant ensuite de ouate.

La galactorrhée, ou sécrétion laiteuse exagérée, peut avoir lieu avec écoulement de lait au dehors, ou avec rétention de ce liquide. C'est dans ce second cas que l'action de l'huile de chènevis est plus marquée. Elle amène, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, une diminution de moitié dans la sécrétion lactée.

Si l'inflammation de la glande est déjà franchement développée, l'huile de chanvre ne l'arrête pas ; cependant il convient encore d'y avoir recours, car elle agira favorablement sur la partie saine de la glande. En s'opposant à ce que cette dernière fonctionne à un degré exagéré, elle préviendra l'inflammation que cet excès de travail aurait pu y produire.

Ce médicament, selon M. Contenot, est tellement actif qu'il faut se garder de l'employer sans lui associer quelques laxatifs. Deux faits de métastase laiteuse grave consécutive à son administration (et portant l'une sur l'axe cérébro spinal, l'autre sur l'un des membres inférieurs), qui ne furent amendées que par le rétablissement de la fonction supprimée, montrent avec quelle prudence il faut manier un agent qui paraissait aussi inoffensif.

(*Ann. méd. de la Flandre occidentale.*)

SUR LA TRANSFORMATION DES ACÉPHALOCYSTES EN TÆNIAS.

Par le docteur Kuchenmeister.

Nous reproduisons, d'après le n° 20 du *Wiener medizinische Zeitung*, une partie d'une note communiquée par le savant médecin de Zittau, et servant de complément aux publications antérieures de ce praticien sur la parenté qui unit les cysticerques aux tænias.

« 1° La transformation du *cysticerque celluleux* en *tænia solium* a été démontrée par une expérience faite, dans le courant de l'année dernière, sur un meurtrier condamné à mort.

» Quant aux cysticerques *tenuicollis* du cou, on trouva, huit à douze jours après leur ingestion, le jour de l'autopsie, trois segments de *tænia solium* avec des crochets dont le plus long, sur les pièces qui viennent de m'être envoyées, a environ un demi-pouce de long. Du pigment en granulations épaisses se montra très-distinctement à la tête d'un des tænias ; un autre présentait sur la tête, jusque vers le cou, du pigment brun, noir et jaune, tel qu'on le trouve chez le tænia développé. Les poches n'étaient pas encore visibles ; mais elles manquent souvent également sur les jeunes *tænia solium*, chez lesquels le pigment n'est pas encore développé. »

Le mérite d'avoir le premier avalé des cysticerques de cochon, en vue de produire des *tænia solium*, appartient à Leuckart (de Giessen), qui en effet en obtint des tænias.

Sous ce rapport, cependant, le docteur Möller (d'Altona) avait pris les devants : il avait ingéré plusieurs cysticerques *tenuicollis* (du mésentère du cochon ou des ruminants). Mais aucun tænia ne s'est formé dans l'intestin humain, tandis que j'en ai tiré facilement de l'intestin du chien, et qu'en donnant à manger des œufs de semblables tænias à des agneaux, j'avais vu se produire des milliers de cysticerques dans le mésentère et dans le foie de ces animaux.

(*Gaz. hebd.*)

SESQUICHLORURE DE FER COMME HÉMOSTATIQUE.

Par M. VICENTE.

1° *Comme hémostatique local ou externe.*

Eau distillée. . . . . 100 grammes.
Sesquichlorure de fer. . . . . 3 à 5 —

Mêlez, pour imbiber de la charpie, de la ouate, de l'amadou, etc., et l'appliquer sur la partie saignante en ayant soin d'imbiber de nouveau et comprimer plus ou moins, selon l'intensité de l'hémorrhagie.

2° *Comme hémostatique interne.*

Eau distillée. . . . . 250 grammes.
Sesquichlorure de fer. . . . . 50 centigr.
Sucre. . . . . *ad libitum.*

Mêlez, pour en prendre une cuillerée à bouche d'heure en heure, de demi-heure en demi-heure, ou tous les quarts d'heure, selon la gravité de l'hémorrhagie,

La dose de cette formule, prise dans les vingt-quatre heures, m'a toujours suffi pour arrêter les hémorrhagies les plus graves. Cependant, je crois que l'on pourrait même dépasser la dose d'un gramme de sesquichlorure de fer dans la journée sans aucun inconvénient. C'est donc le praticien qui augmentera ou diminuera la dose selon les cas.

Cette même formule, sans le sucre, doit servir pour injections et lavements, soit pour arrêter les pertes utérines, etc., soit pour combattre les diarrhées chroniques, colliquatives, cholériformes ou cholériques, comme il a été dit dans le précédent article.

3° *Pommade hémostatique et résolutive.*

Axonge. . . . . 30 gram.
Sesquichlorure de fer. . . . . 4 à 15 —

selon l'effet que l'on veut obtenir.

J'ai traité et guéri avec cette pommade, plus ou moins chargée de sesquichlorure de fer, des plaies lardacées datant de douze ans, une tumeur blanche datant de quatre ans, plusieurs cas d'arthrite rhumatismale aiguë, deux rhumatismes goutteux, des ulcérations chroniques du derme chevelu, des excroissances polypeuses, verruqueuses et condylomateuses à l'anus. (*Répert. de pharm.*)

TRAITEMENT DU VERTIGE DYSPEPTIQUE.

Par M. BERTONNEAU.

Bicarbonate de soude. . . . 50 à 60 centigr.
Carbonate de magnésie. . . 25 à 30 —

Mettez en paquets; en prendre un le matin, un dans la journée et un le soir, à un moment éloigné des repas. Après cette prescription vient l'*infusion amère*, qui se prépare ainsi :

Copeaux de quassia amara. . . . . 2 grammes.

Infusez à froid pendant onze heures, puis décantez et sucrez. Une tasse de cette infusion pendant dix ou douze jours. Dans la presque totalité des cas, ces moyens réussiront à merveille.

(*Répert. de pharm.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 août 1856. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. FOLLIN présente un enfant de quinze ans qui avait un testicule arrêté dans le canal inguinal. Il lui a appliqué un bandage dont la pelote est bifurquée de façon à repousser l'organe vers le scrotum, en même temps qu'il soutient les piliers de l'anneau. Le cordon, se trouvant dans l'intervalle qui sépare les deux branches, ne peut être comprimé.

Aujourd'hui le testicule n'est pas encore complétement à sa place, mais il est dans la partie supérieure du scrotum et ne remonte plus vers l'abdomen ; l'anneau est rétréci, et l'intestin n'a pas de tendance à former hernie. Les douleurs testiculaires qui existaient lorsque le testicule était dans le canal inguinal ont disparu. C'est déjà un résultat important ; mais M. Follin espère que ce ne sera pas le seul ; en effet, il a montré que le liquide sécrété par les testicules restés dans le ventre ne contient pas de zoospermes. Il est donc, à ce point de vue, de la plus haute importance de tâcher d'amener cet organe dans sa position normale, qui paraît nécessaire à l'accomplissement de ses fonctions.

M. HOUEL a été consulté pour un enfant qui avait également un testicule retenu au-dessus de l'anneau ; mais derrière l'organe se trouvait une portion d'intestin qui le suivait dans son mouvement de descente. Il était d'avis de ne pas appliquer de bandage pour laisser le testicule tomber dans le scrotum, après quoi on aurait réduit et contenu la hernie. M. Nélaton, consulté pour cet enfant, a pensé, au contraire, qu'il fallait appliquer de suite un bandage, parce que, suivant lui, la chute du testicule dans les bourses serait nécessairement suivie d'une hernie, et que, dans ce cas, les hernies sont très-difficiles à contenir. En terminant, M. Houel demande si la pelote en fourche de M. Follin ne conviendrait pas dans ce cas.

M. MOREL-LAVALLÉE a soigné un enfant qui offrait la même anomalie que le malade de M. Houel ; les intestins suivaient également le testicule dans sa descente, mais ils ne lui étaient pas adhérents, et il put les en isoler et les retenir dans la cavité abdominale au moyen d'un bandage dont la pelote était en forme de croissant. Au bout d'un an, le testicule était complétement descendu, et la hernie ne sortait plus.

M. GOSSELIN, tout en applaudissant à ces tentatives, parce que les cas auxquels elles s'adressent sont souvent très-embarrassants, déclare cependant que, pour lui, le succès obtenu par M. Follin n'est pas complet ; le testicule est arrêté à la partie supérieure du scrotum, et il est douteux qu'il descende jamais jusqu'au fond. Il pense qu'il sera toujours très-difficile de réussir complétement sur des enfants âgés de quinze à dix-sept ans. Enfin il est très-avantageux d'avoir placé le testicule dans une meilleure position, où il est plus à l'abri des violences extérieures et ne cause plus de douleurs ; mais il est douteux qu'il puisse sécréter un sperme contenant des spermatozoaires. M. Gosselin engage donc M. Follin à suivre son malade jusqu'à l'âge de la puberté.

M. FOLLIN répond à M. Houel que l'application de son bandage n'aurait pas d'inconvénient, et pourrait amener la guérison de la hernie. Il demande si M. Gosselin possède des faits contraires au développement de ces testicules descendus tardivement dans les bourses.

M. GOSSELIN déclare qu'il en connaît plusieurs.

M. CHASSAIGNAC. Les hernies qui accompagnent ces testicules restés dans le canal sont très-difficiles à réduire, et ne peuvent être maintenues si elles n'ont été préalablement séparées de l'organe au moyen d'un bandage analogue, dans son mode d'action, à celui de M. Follin. Cette voie est donc très-importante à suivre au point de vue de la hernie, autant qu'au point de vue du testicule.

M. MICHON approuve la modification imaginée par M. Follin, mais il ne voudrait pas qu'on dise d'une manière absolue que les hernies qui accompagnent la chute tardive des testicules sont irréductibles ; on en réduit un grand nombre, mais elles sont assez difficiles à contenir, et il faut les surveiller avec soin et pendant longtemps.

M. CHASSAIGNAC répond qu'il n'a eu en vue que les cas de hernies adhérentes aux testicules.

M. CLOQUET, qui s'est beaucoup occupé de ce sujet, et a souvent été consulté pour des cas de ce genre, insiste pour que l'on distingue avec soin ce qui regarde les hernies non adhérentes et les hernies adhérentes aux testicules. Celles-ci seules offrent des difficultés ; les premières sont faciles à réduire et à contenir. Il ne faudrait pas croire qu'il n'y a pas d'adhérences parce que le testicule se laisserait éloigner de l'anneau sans entraîner l'intestin, car lorsque les adhérences ont lieu avec l'épididyme, cet organe peut se séparer du testicule, s'étirer et remonter jusque dans le canal. On conçoit qu'alors l'application d'un bandage serait extrêmement douloureuse. M. Cloquet a vu deux cas de ce genre qu'il a traités au moyen d'une pelote en gouttière, dont l'action était analogue à celle de la pelote de M. Follin ; elle repoussait la hernie dans l'abdomen, tandis que ses deux saillies soutenaient les deux piliers de l'anneau.

— M. CHASSAIGNAC présente un malade qu'il a traité, à l'hôpital de Lariboisière, pour une fracture du fémur à la partie inférieure, avec séparation des condyles. Il a placé le membre dans une gouttière pendant tout le temps qu'il y a eu des symptômes inflammatoires ; ensuite il a appliqué un appareil inamovible au plâtre. La fracture est guérie sans ankylose. M. Chassaignac n'a imprimé de mouvements à l'articulation qu'après la consolidation complète. Il pense qu'on doit agir ainsi de peur de produire une fausse articulation par des mouvements imprimés prématurément.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. MARJOLIN dépose sur le bureau les ouvrages suivants, qui lui ont été adressés par M. le professeur A. Hannover (de Copenhague), membre correspondant étranger.

H. Lehmann. *De rationibus physiologicis humoris aquei oculi humani ;*
Hornemann. *De rationibus dosium calomelis, imprimis maiorum zoochemicis ;*
Brandes. *De rheumatismo gonorrhoico in universum et de forma ejus acuta ;*
Hasling. *De colica scortorum ;*
Hempel. *De monstris acephalis ;*
Bang Bendz. *De anastomosi Jacobsonii et ganglio Arnoldi ;*
Scharling. *De chemicis calculorum vesicariorum rationibus commentatio.*

Des remerciments sont adressés à M. Hannover.

— M. VOILLEMIER lit un mémoire intitulé *Des ponctions capillaires dans le traitement de certaines collections de sang et de pus.*

M. MOREL-LAVALLÉE se plaint que M. Voillemier, dans le mémoire qu'il vient de lire, n'ait fait autre chose que refaire son mémoire sur le même sujet sans le citer ; seulement il appelle épanchement de sang ce que M. Morel avait appelé épanchement de sérosité, et ce changement de mots pourrait faire croire que le sang contenu dans ces épanchements forme des caillots, et ne peut s'évacuer que par des incisions.

Quant au traitement, M. Voillemier propose des ponctions capillaires, à l'aide du poinçon du trocart explorateur, au lieu d'employer le trocart avec sa canule; il dit que de la sorte le liquide coule mieux, et qu'on évite plus facilement l'introduction de l'air. Mais M. Morel ne croit pas que le liquide passe plus facilement, par la simple ouverture des tissus que par la canule du trocart, et l'accès de l'air est facile à éviter au moyen de la ponction sous-cutanée. Par des ponctions plus grosses, on a l'avantage de vider plus vite le foyer et de ne pas multiplier les opérations, ce qui a l'inconvénient de renouveler la douleur inutilement, et d'augmenter les chances d'accidents inflammatoires et d'érysipèles.

M. VOILLEMIER répond que, sans doute, M. Morel n'a pas écouté avec une suffisante attention la lecture qui vient d'être faite ; il aurait vu que le mémoire présenté à la Société n'a rien de commun avec le travail de M. Morel, et qu'il est même avec le sien en complète opposition. C'est pour cette raison qu'il n'a pas cité M. Morel, car il eût été obligé de le combattre, ce qu'il désirait éviter. Mais puisque la question est portée sur ce terrain, M. Voillemier ajoute : Qu'un premier fait à constater, c'est que les épanchements décrits par M. Morel sous le nom d'épanchements de *sérosité*, ont été signalés, comme il le reconnaît lui-même, par MM. Cloquet et Velpeau. Seulement, ces deux professeurs les avaient notés comme une particularité, et M. Morel a voulu en faire une règle. Il aurait pu aussi citer Pelletan, qui a fait des épanchements de sang le sujet d'un long et intéressant mémoire, dans lequel il décrit avec tous les détails possibles les collections de sérosité sanguine. Mais M. Morel veut que ces épanchements soient de la sérosité, et non du sang ; cela se comprend très-bien, car alors le travail de M. Morel ne serait plus qu'un morceau du mémoire de Pelletan. Aussi n'ayant que trois faits qui lui soient personnels, il sent qu'il lui faut d'autres autorités ; il s'adresse à divers auteurs, à Pelletan lui-même, leur emprunte des faits, mais les altère ou les dénature par une mauvaise interprétation. Et en preuve de ce qu'il avance, M. Voillemier cite les faits suivants :

(Page 705). M. Morel cite une observation de La Motte, qu'il termine ainsi : « Ils furent obligés d'ouvrir la tumeur, d'où il sortit beaucoup d'un sang clair et haut en couleur... »

Là M. Morel s'arrête et dit : Ce sang clair et haut en couleur, et *sans coagulum*, était-il autre chose que de la sérosité ? Oui, sans doute. Deux pas de plus, et M. Morel marchait sur la vérité, car de La Motte ajoute : *Le sang mis dans un plat fut caillé peu de temps après.* Cette dernière ligne a été omise par M. Morel.

Avec Pelletan, c'est le même sans gêne. Page 703, il dit que dans deux observations du professeur de l'Hôtel-Dieu l'épanchement de *sérosité pure* s'est montré à la jambe une fois à la suite de la chute d'une pierre, une fois à la suite d'un coup de pied de cheval. Voici les paroles de Pelletan :

« Il sortit une grande quantité de *sang noir* qui coulait en nappe. » Chez le second malade, il sortit du *sang fluide et noirâtre.* » Voilà ce M. Morel appelle de la sérosité PURE !

M. Voillemier, loin de suivre la même voie que M. Morel, nie d'une manière absolue les épanchements de sérosité. Acceptant la théorie de Pelletan, il s'estime heureux d'avoir pu la compléter par ses observations. Comme lui, il reconnaît qu'à la suite de fortes contusions on rencontre des poches vastes, complétement ou incomplétement remplies de liquide, mais que ce liquide diffère essentiellement de la sérosité. Ce n'est autre chose que la partie séreuse du sang qui s'amasse dans un point donné. Il peut s'y mêler une exsudation plastique, du liquide épanché de vaisseaux lymphatiques rompus ; mais la masse est la sérosité du sang. C'est pour cette raison que le liquide d'un épanchement récent présente tous les caractères du sang ; tandis qu'au bout d'un certain temps le même liquide, par suite du dépôt des globules sanguins et de la fibrine sur les parois de la poche, peut devenir semblable à de la sérosité. Ce n'en est pas moins du sang. Mais cela est décrit partout.

Quant au traitement, M. Morel le juge apparemment différent du sien, puisqu'il le trouve mauvais. C'est que, à vrai dire, il n'a pas de traitement à lui. Il pense qu'on doit inciser les épanchements de sang dans un point, introduire une mèche dans l'ouverture et comprimer la poche. Cela, c'est ce que recommande Pelletan ; M. Morel l'indique lui-même, et ne réclame aucun droit. Si M. Voillemier avait emprunté quelque chose du travail de M. Morel, il n'en devrait donc compte qu'à MM. Cloquet, Velpeau et Pelletan, à qui appartient et la description des épanchements de sérosité sanguine et leur traitement. Mais, comme il l'a déjà dit, il a accepté franchement les idées de Pelletan, dont il a cherché à démontrer la justesse.

Cependant, ajoute M. Voillemier, M. Morel n'a pas appliqué exactement ses idées thérapeutiques aux deux seuls cas qu'il a traités. *Dans le premier*, voici le résumé du traitement :

Troisième jour, ouverture sous-cutanée avec un bistouri étroit, compression sur la poche.

Sixième jour, ponction avec un trocart.

Seizième jour, ouverture sous-cutanée avec bistouri étroit, mèche dans la plaie, compression. L'ouverture se bouche ; vésicatoire volant.

Vingt-deuxième jour, il y a un abcès ; ouverture au moyen du bistouri, mèche dans l'ouverture.

Guérison le quarante-quatrième jour.

Dans le second cas, douzième jour, ponction avec trocart, compression.

Les jours suivants, un vésicatoire.

Dix-huitième jour, ponction avec trocart, compression.

Vingt-quatrième jour, ponction avec trocart et vésicatoire volant sur la poche.

Vingt-neuvième jour, ponction avec trocart, introduction de brins de charpie dans la piqûre et compression autour. Il y a eu écoulement de pus.

Le malade sort, puis rentre dans le service, que M. Gerdy a repris. Accidents graves.

Le quarante-septième jour, mort.

M. Morel, peu satisfait, dit lui-même, page 701 : « Je ne dois pas » omettre la pénétration de l'air dans la poche, malgré toutes mes » précautions, à la deuxième ponction, et l'influence presque certaine » de ce gaz sur le développement de la suppuration qui n'a pas tardé » à se montrer. »

M. Voillemier pense qu'en présence d'un pareil aveu M. Morel aurait dû ne pas se hâter de condamner un moyen qui compte des succès déjà nombreux ; qu'il aurait dû examiner les faits, essayer le procédé avant de le blâmer avec tant d'aigreur.

— La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

— M. VOILLEMIER présente un malade qui a été renversé par une voiture. Une des roues est passée sur la cuisse gauche, qui est très-tuméfiée, bleuâtre, et présentant les traces d'une contusion profonde. Il fait avec la tige d'un trocart explorateur trois ponctions, d'où le liquide ne sort qu'en suintant ; à la quatrième, ce liquide s'écoule en jet très-net.

Sur le désir de M. Hervey, une nouvelle ponction est faite avec un trocart explorateur muni de sa canule. La piqûre a été plus douloureuse; le liquide s'écoule également. Ce liquide est noir et semblable à du sang veineux altéré. M. Voillemier représentera le malade dans quinze jours.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, DESORMEAUX.

CORRESPONDANCE.

Sur la lithotritie en une séance.

Mon cher confrère,

Je viens de lire dans votre numéro du 9 courant, avec un vif intérêt,

un article signé de votre main, et dans lequel vous vous occupez de lithotritie. Cet article m'a fait ressentir un grand plaisir; car c'est le premier, que je sache, qui touche au cœur de cette belle et intéressante question. Je vous remercie donc d'avoir bien voulu concourir à son étude. Je vous prie de me permettre quelques observations sur cet article, dans lequel je vois que vous avez bien voulu placer mon nom.

Cet article tend à ériger en principe de terminer l'opération de la *lithotripsie* (car il ne s'agit plus maintenant de *lithotritie*, qui n'est qu'un *procédé* de la *lithotripsie*) en *une séance*. Eh bien, permettez-moi de vous faire remarquer que ce principe est subversif, et mènerait, s'il était admis, à des conséquences funestes.

Amussat, comme vous le dites, a voulu ériger en principe la terminaison en une séance. Effectivement, il a, dans la *Gazette médicale* du 8 octobre 1853, fait un long article sur ce sujet, et il a tenté d'ériger ce principe en disant *que le premier je l'avais posé*. Ce long article d'Amussat, intitulé *Quelques considérations pratiques sur le broiement de la pierre en une seule séance*, avait cela de singulier que ledit principe n'était étayé que d'un seul fait, fait que je crois être le même que celui que vous rapportez. Comme vous le voyez, c'était le Panthéon soutenu par un manche à balai. Cet article, d'un intitulé attrayant, qui sans doute avait été fait dans un but scientifique, et dans lequel j'étais cité à l'appui, donna lieu de ma part à une vive dénégation, et je rejetai bien loin le *principe* de terminer la lithotripsie en *une seule séance*.

Et cependant, mon cher confrère, il m'était arrivé bien souvent, et il m'arrive bien souvent encore, de terminer l'opération, comme on dit, en une seule séance, ce qui est un mauvais mot, car souvent il ne faut qu'un moment; mais je n'agis pas ainsi en vertu d'un principe que je me suis posé, mais bien parce que les instruments employés ont une puissance pour pulvériser ou extraire les pierres qui permet de terminer en une seule fois.

Faites bien attention qu'en posant ainsi *le principe*, vous engagez celui qui ne peut employer que les instruments du commerce et le procédé banal, à persister à exécuter un acte contre lequel se révoltent la nature du corps à détruire et la nature de l'opéré, qui succomberait sous cette persistance. Si, au contraire, vous posez comme principe la puissance des instruments, vous êtes logique, et vous arrivez droit, dans votre *desideratum*, à la prompte délivrance du malade.

Ainsi donc il faut ériger en *principe* de donner le plus de puissance possible aux instruments qui détruisent le corps étranger, et ce n'est que lorsque cette puissance aura été étudiée et constatée (ce que l'on ne fait pas), que l'on pourra rationnellement poser les règles à suivre relativement à l'emploi de ces instruments.

Agréez, etc. Baron Heurteloup.

Nous ferons remarquer à notre honorable confrère que le principe que nous avons formulé au nom d'Amussat ne diffère pas, quant au but qu'il avait en vue, de celui qu'il professe lui-même. Amussat était si bien convaincu du danger des longues séances de lithotritie, que c'est précisément dans le but de les abréger le plus possible, autant que d'en éviter la répétition, qu'il avait imaginé la petite opération du débridement à l'aide de laquelle il rendait plus facile l'introduction d'instruments assez volumineux et assez puissants pour broyer le calcul en une seule séance, quand cela toutefois lui paraissait possible. C'est précisément sous ce point de vue que nous avons cherché à faire ressortir la valeur de la modification opératoire proposée par Amussat.

LE BANQUET.

Le banquet a répondu à tout ce que nous en avions espéré, à tout ce qu'on pouvait désirer. Il a été, en même temps qu'une brillante et joyeuse fête de famille, un hommage éclatant auquel les médecins de l'armée et de la marine n'ont pas dû rester insensibles. Le caractère de cette manifestation était relevé encore par la présence des délégués de la médecine militaire et navale des puissances alliées. Ainsi se trouvaient confondus dans une même expression de reconnaissance et d'admiration tous les médecins des diverses nations, qui ont accompli avec le même zèle, le même dévouement et une égale intelligence des devoirs que les circonstances rendaient pour tous si difficiles et si périlleux. C'était même là le caractère principal de cette grande et belle manifestation, de réunir sans distinction de rang, dans une seule et même ovation, tous les services, à quelque titre, en quelque temps et lieu qu'ils aient été rendus, sur le champ de bataille ou dans l'ambulance, en présence du choléra ou du typhus. C'était évidemment la pensée générale. Nous sommes heureux qu'elle ait été enfin comprise ainsi par tout le monde. Aussi est-ce avec une vive satisfaction que nous avons vu figurer à cette fête tous les médecins de l'armée d'Orient, que leur éloignement de Paris ou des causes majeures n'avaient point retenus. Quelques-uns même n'ont pas craint de franchir les plus grandes distances pour s'y rendre : qu'ils en reçoivent nos remerciments.

Nous renonçons à peindre la physionomie de cette réunion, qui empruntait à la splendeur du lieu et à la richesse des uniformes de nos confrères militaires un éclat particulier. Mais ce qui était encore au-dessus du coup d'œil, c'était l'expression de bonne et franche cordialité qu'on lisait sur toutes les figures.

Le banquet terminé, est venu le moment solennel des toasts. Par une mesure très-louable en soi, la commission avait d'abord décidé qu'il n'y aurait que deux personnes admises à prendre la parole, le président de la commission du banquet, qui devait proposer les toasts collectifs au nom des médecins civils, et l'un des membres du corps médical militaire, qui devait y répondre au nom de ses collègues. M. Dubois avait proposé à M. Michel Lévy de prendre la parole au nom des médecins de l'armée d'Orient; mais, par un sentiment de délicatesse que tout le monde appréciera, M. Michel Lévy a décliné cet honneur, et manifesté le désir qu'il fût déféré à M. Bégin, le chef et le doyen de la médecine militaire. Les choses étaient donc ainsi convenues. M. P. Dubois a prononcé, en effet, de manière à être très distinctement entendu de tous les points de la vaste galerie, l'allocution que nous reproduisons ci-après, allocution si pleine d'à-propos, si complète dans sa concision, et qui répondait si bien, dans toutes ses parties, aux sentiments communs de l'assemblée, qu'elle était à chaque instant interrompue par d'unanimes applaudissements. M. Bégin a répondu ensuite avec cet accent chaleureux qui lui est familier.

Mais les programmes sont rarement suivis à la lettre en pareille circonstance. La spontanéité se fait toujours sa part, qui n'est pas la moins large. L'assemblée du reste n'a nullement paru disposée à s'en plaindre, et elle n'a point eu à le regretter, surtout après avoir entendu l'excellent discours que M. Jules Roux (de Toulon) a prononcé au nom des médecins de la flotte.

M. Baudens, au nom de ses collègues, est monté ensuite à la tribune pour remercier ses confrères de la médecine civile. Puis sir John Hall, délégué des médecins militaires de la Grande-Bretagne; M. Comisetti, de l'armée piémontaise, et M. Sinapian, de l'armée ottomane, ont exprimé chacun au nom de leurs nationaux les sentiments que leur inspirait l'accueil dont ils ont été l'objet.

Enfin, MM. Ricord, Piorry et Maheux ont successivement pris la parole. M. Ricord, dans une de ces vives improvisations qui lui sont si faciles, a porté un toast aux médecins russes, qui ont soigné les soldats français tombés sur le champ de bataille. Ce toast a été couvert d'applaudissements prolongés. M. Piorry a emprunté le langage des muses pour chanter l'union et l'harmonie confraternelle si heureusement cimentées dans cette circonstance. Quant à M. Maheux, dont la bonne pensée recevait à l'instant même une si éclatante sanction, dans une courte allocution, accueillie avec une grande faveur, il a remercié ses confrères du concours empressé qu'ils ont apporté à sa réalisation.

Nous regrettons de ne pouvoir reproduire aujourd'hui tous ces discours; mais nous espérons pouvoir le faire dans le prochain numéro.

Voici le discours de M. P. Dubois :

Messieurs et chers confrères,

Lorsqu'au milieu de l'émotion la plus vive et la plus profonde, Paris vit rentrer dans ses murs les premières colonnes de notre armée victorieuse, une voix illustre et puissante rappela, dans un magnifique langage, qu'après les guerres heureuses de la république, le sénat et les consuls allaient aux portes de Rome pour recevoir et féliciter leurs légions triomphantes.

La fête qui nous rassemble ne saurait avoir le prestige de ces grands souvenirs, mais elle tend au même but moral; elle a lieu dans les mêmes circonstances, elle est inspirée par les mêmes sentiments, et la table hospitalière, à laquelle nos invités sont venus s'asseoir, est le symbole modeste de ces anciennes et sympathiques ovations.

Vous le savez, mes chers confrères, un double sentiment de reconnaissante admiration et de pieux patriotisme a inspiré la pensée de cette réunion confraternelle. Nous avons voulu féliciter et fêter ceux de nos confrères de l'armée et de la flotte d'Orient qui ont eu l'heureuse fortune de braver les dangers et de résister aux labeurs indicibles d'une guerre formidable et lointaine. Nous avons voulu signaler à la haute estime et à la gratitude de notre pays l'humanité courageuse et habile dont ils ont donné tant de preuves.

Mais un devoir plus impérieux encore nous était imposé, celui d'évoquer le souvenir et de glorifier la mémoire de ceux de nos confrères qui, dans l'accomplissement de leurs fonctions périlleuses, sont tombés victimes de leur zèle et de leur dévouement.

Vous avez répondu à notre appel avec un empressement digne de la noble profession à laquelle vous appartenez, des grands événements qui viennent de s'accomplir, et de l'œuvre sainte à laquelle vous vous êtes libéralement associés.

Lorsque pour assister à cette réunion vous avez presque tous franchi de grandes distances et délaissé vos occupations et vos familles, vous ne vous êtes pas mépris sur le caractère et sur la portée de cette imposante manifestation. Vous n'avez songé ni au choix de l'heure et du lieu, ni aux détails secondaires et insignifiants de la forme qu'elle revêtirait; vous n'avez eu qu'une pensée, celle de donner un grand et généreux exemple de patriotisme et d'union confraternelle. C'est à l'expression de ces sentiments élevés que se sont associés les gouvernements de la Grande-Bretagne, de la Sardaigne et de l'Empire Ottoman, lorsqu'ils nous ont fait l'honneur de choisir, pour représenter la médecine militaire de leurs nations, les hôtes illustres qui sont assis à nos côtés.

Mais quelque éclatants que soient les témoignages de votre gratitude, ne craignez pas qu'ils puissent être supérieurs aux mérites que vous voulez honorer. Nos confrères ont dû malheureusement donner l'exemple de tous les courages.

Dans cette guerre de siége, l'ambulance était pour ainsi dire sur le champ de bataille; elle touchait à la tranchée, et là, protégés imparfaitement par des murs délabrés, confondus avec des bataillons accroupis dans la neige et dans la boue, à travers les balles et les obus, les représentants du corps médical veillaient jour et nuit, et quand sonna l'heure de l'attaque du mamelon Vert et de la tour Malakoff, le sang de plusieurs d'entre eux, blessés dans les colonnes d'assaut, se mêla à celui de leurs compagnons d'armes, et scella cette noble et suprême communauté. Mais ce champ de bataille sur lequel se déployaient les qualités brillantes de nos soldats, l'intrépidité, la bravoure, l'ardeur impétueuse et irrésistible, ce champ de bataille n'est pas le théâtre exclusif de tous les courages et de tous les dévouements. La force d'âme, le respect inébranlable du devoir porté jusqu'à l'héroïsme, se sont montrés souvent sur une autre scène, annexe douloureuse et inséparable du champ de bataille, l'hôpital.

Aucun des fléaux qui naissent sous les pas des armées nombreuses, qu'elles traînent fatalement après elles, et qui les déciment sans relâche, aucun de ces fléaux n'a épargné notre armée d'Orient. Afin de suspendre ou du moins de modérer, si cela en était possible, les conséquences redoutables de cette calamité, on s'empressa de créer des hôpitaux sur les hauteurs qui dominent Constantinople et sur les rives du Bosphore et des Dardanelles; mais des transports périodiques et nombreux de la Crimée les remplirent trop rapidement, et ces asiles de la souffrance et du courage malheureux devinrent en quelques jours des foyers pestilentiels.

La conscience d'un péril dont ils connaissaient toute l'étendue n'ébranla pas un instant, chez nos confrères, la conscience de leur devoir; ils le remplirent jusqu'à la fin avec la constance et l'abnégation des âmes fortement trempées. Beaucoup d'entre eux succombèrent, et tel est aujourd'hui le nombre connu de ces glorieuses victimes, qu'il n'a d'égal dans aucun des corps d'officiers de l'armée d'Orient. Ces pertes sont douloureuses; elles laissent des veuves et des orphelins dans un état voisin de l'indigence. Une loi, devant l'autorité de laquelle nous devons nous incliner, aurait pu adoucir cette situation regrettable elle l'a fait incomplétement.

Nous venons d'honorer par une manifestation bien méritée le corps médical de l'armée d'Orient dans la personne de ceux qui le représentent à ce banquet. Après cette justice éclatante rendue aux vivants, honorons utilement la mémoire des morts; nous ne le ferons jamais mieux, mes chers confrères, qu'en soulageant autant qu'il est en nous les veuves et les orphelins qui sont restés sans fortune et sans appui.

Après ce discours, M. le président propose les toasts suivants, qui reçoivent de l'assemblée l'accueil le plus cordial.

A la mémoire des médecins de l'armée et de la flotte d'Orient qui ont glorieusement rempli leur devoir, et sont tombés, victimes généreuses de leur zèle et de leur dévouement.

A l'Empereur!

Sa sollicitude pour tout ce qui touche à l'honneur et au bien-être de l'armée ne s'est jamais démentie. En aucun temps elle ne fut plus vive et plus efficace que dans la guerre qu'il a terminée par une paix glorieuse.

Puisse la médecine militaire lui devoir un jour le rang et les avantages que possèdent les autres hiérarchies de l'armée, et qui assureraient la considération et le bien-être dont elle est si digne.

Puisse cette sollicitude bienveillante et généreuse ajouter son puissant concours à nos propres efforts pour le soulagement des veuves et des orphelins que la mort de nos confrères a laissés sans fortune et sans appui.

A nos confrères de l'armée et de la flotte d'Orient qui, par leur humanité courageuse, habile et infatigable, ont mérité l'admiration et la reconnaissance de leurs concitoyens.

Aux membres du corps médical de la Grande-Bretagne, de la Sardaigne et de l'Empire ottoman qui nous ont fait l'honneur d'assister à ce banquet. L'union politique de ces puissances a fait notre force. Que notre union confraternelle soit la consécration de notre estime et de notre affection réciproque.

Le lendemain de la fête, les médecins militaires, représentés par une députation, ont été remercier M. Paul Dubois, président du banquet, et MM. les membres de la commission.

M. Scoutetten, ancien médecin-chef des hôpitaux de Constantinople, a prononcé les paroles suivantes :

Monsieur le président,

Les médecins militaires de l'armée d'Orient, reconnaissants de l'accueil bienveillant et chaleureux des médecins civils de Paris et de la France, ont voulu, avant de s'éloigner, vous exprimer leurs sentiments de reconnaissance et de parfaite confraternité.

La fête que vous leur avez donnée, et que vous avez présidée avec une dignité qui en relève l'éclat, présente un caractère de grandeur et de noblesse qui frappe tous les esprits. N'écoutant que vos inspirations, vous avez voulu honorer des actes de courage, de dévouement ou de ferme résignation.

Cette manifestation nous touche et nous élève. Personne mieux que nos pairs ne peut être juge de notre conduite; et lorsque vous dites qu'elle a répondu aux sentiments qui vous animent vous-même, la France vous croira, parce qu'elle sait que vous et vos collègues vous êtes des hommes de cœur et de haute intelligence.

Aux bonnes et grandes pensées, vous avez su allier les sentiments généreux; personne n'a été oublié; présents et absents ont eu part à vos souvenirs et à ceux de MM. les membres de la commission; vous avez honoré les morts, et vous voulez consoler les veuves et les orphelins.

Cette sympathie touchante trouvera de l'écho; les médecins civils et les médecins militaires s'uniront encore dans cet acte de pieuse confraternité, et bientôt des voix reconnaissantes s'élèveront pour remercier et bénir les amis des pères qui n'existent plus. Merci à vous, monsieur le président; merci à vous, messieurs les médecins civils : les annales de notre corps enregistreront soigneusement tous les faits de cette belle et bonne journée.

M. le docteur E. Barthez, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, vient d'être nommé médecin ordinaire de S. A. le prince impérial.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la cryptorchidie chez l'homme et les principaux animaux domestiques, par MM. A. Goubaux, professeur à l'École d'Alfort, et Follin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. In-8° de 42 pages. — A Paris, chez Labé.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. — Six mois. . 16 » — Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des-postes.

SOMMAIRE. — Paris. Sur la séance de l'Académie des sciences. — Hospice de Bicêtre (M. Duplay). Kyste de la face postérieure du foie. Examen chimique et micrographique. Atrophie partielle du diaphragme et du rein. — Académie des sciences, séance du 18 août. — Le banquet. — Chronique et nouvelles.

Paris, le 25 aout 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'abondance des communications faites dans cette séance, dont quelques-unes sont d'une importance capitale, nous met dans la nécessité de n'en présenter qu'une partie aujourd'hui et de renvoyer à un autre numéro la publication de celles qu'il n'est pas possible de résumer. Le même motif nous oblige à être très-bref ici sur leur appréciation, et à nous borner à signaler les points principaux de chacune d'elles.

La première en titre, par son importance comme par l'ordre d'inscription, est la communication de M. Cl. Bernard sur la température animale, dont il a fait l'objet de nouvelles recherches expérimentales.

On admet généralement aujourd'hui que la production de la chaleur animale est liée à l'accomplissement des actes physiques et chimiques qui accompagnent les phénomènes vitaux ; mais le problème est extrêmement complexe : il est une multitude de conditions dont il faut tenir compte pour sa solution, et sur lesquelles on ne possède que des notions très-incomplètes ou très-inexactes. Au point de vue des conditions purement physico-chimiques, MM. Regnault et Reiset ont dû y renoncer, déclarant que, « dans l'état actuel de la science, il n'était pas possible d'obtenir une équation satisfaisante de ce phénomène. »

D'un autre côté, on connaît à peine les conditions organiques qui interviennent soit pour concourir à la production de la chaleur animale, soit pour la régulariser et la répartir dans les différentes parties du corps. M. Cl. Bernard s'est proposé d'étudier expérimentalement quelques-unes de ces conditions. Déjà, en 1852, il a fait connaître une expérience remarquable, démontrant qu'il suffisait de couper certains filets nerveux pour voir soudainement la température des organes dans lesquels se distribuent ces nerfs augmenter localement d'une manière considérable et persistante. Le résultat de cette expérience l'a conduit à découvrir plusieurs autres phénomènes du même ordre. Mais avant de chercher à en déduire quelques conséquences propres à éclairer la théorie de la chaleur animale, et surtout pour apprécier d'une manière exacte ces états physiologiques et comprendre le mécanisme des modifications que l'on peut ainsi produire artificiellement dans la température de certaines parties du corps, il manquait un terme de comparaison : c'était la connaissance exacte de la température de ces mêmes parties à l'état normal. Il fallait donc préalablement dresser une sorte de topographie calorifique des diverses parties du corps ; mais ce travail préliminaire est devenu lui-même un travail d'une haute importance. Il a conduit M. Bernard à constater les faits intéressants qui font l'objet de cette communication.

En cherchant à déterminer expérimentalement la température des organes et celle du sang qui circule dans leur tissu, cet habile physiologiste est arrivé, en ce qui concerne l'appareil digestif, à des résultats curieux et qui sont de nature à modifier les opinions reçues dans la science sur la distribution de la chaleur dans le corps. Nous renvoyons au compte rendu pour l'intelligence des détails descriptifs des expériences et des procédés opératoires qu'elles ont nécessités ; nous nous bornerons ici à indiquer en gros les résultats constatés. Ces résultats sont les suivants :

Il y a un accroissement constant de la température du sang dans tout son trajet à travers l'appareil digestif. L'intestin et le foie prennent part à cet accroissement, ce dernier d'une manière beaucoup plus sensible et plus constante. D'où M. Bernard conclut que le sang qui sort de l'appareil digestif par les veines hépatiques est une source constante et même la source principale de calorification pour le sang qui va au cœur par la veine-cave inférieure ; et que le foie occupant le premier rang parmi les organes qui concourent au réchauffement du sang dans l'appareil digestif, cet organe doit être considéré comme un des foyers principaux de la chaleur animale.

Nous ne nous arrêtons pas pour le moment sur ces conclusions, que nous nous bornons à enregistrer comme exprimant un fait physiologique considérable, dont il y aura à examiner plus tard la signification réelle et les conséquences. Ce n'est là d'ailleurs encore qu'un fait partiel, tout important qu'il est, et qu'on ne pourra juger que lorsque le nouvel ordre de recherches dans lequel M. Bernard vient de s'engager aura été conduit à son terme, c'est-à-dire lorsqu'il aura recueilli tous les faits relatifs aux modifications de température que le sang éprouve en traversant l'appareil pulmonaire, l'appareil génito-urinaire, les appareils des sens et de la vie de relation, etc. M. Bernard nous fait espérer que les résultats de ces diverses séries d'expériences seront prochainement communiqués à l'Académie. Nous prenons acte de cet engagement.

M. Coste, en présentant à l'Académie l'atlas d'un ouvrage en voie d'exécution, qui est un vrai monument élevé à l'étude de l'embryogénie, a exposé, d'une manière sommaire, les faits principaux que ces planches reproduisent et le programme des questions dont l'examen devra faire l'objet de la suite de cette importante publication. On trouvera cet énoncé dans le compte rendu, ainsi que la relation des expériences à l'aide desquelles le savant embryogéniste est parvenu à déterminer le lieu précis où s'opère la fécondation chez l'espèce humaine, chez les mammifères et chez les oiseaux.

Nous signalerons seulement en passant la note de M. Massola sur l'emploi de l'ergotine dans la diarrhée, ainsi qu'un court travail de M. Heiser sur le rachitisme des poules, travail très-curieux et très-intéressant au double point de vue de l'économie domestique et de la médecine comparée, pour terminer par un mot sur le rapport de M. J. Cloquet.

Nos lecteurs se rappellent avec quelles réserves et quelles précautions oratoires nous avons inscrit cette proposition qui résumait le mémoire de M. A. Fabre : « L'éther est l'antidote du chloroforme. » La manière dont l'auteur développait cette proposition, appuyée sur des expériences, ne laissait pas que de se présenter sous une forme spécieuse, et nous ne dissimulons pas que nous en avions même été un peu séduit. Nous n'avons pas été seul à nous en émouvoir, à ce qu'il paraît. La commission que l'Académie avait chargée d'examiner la communication de M. Fabre s'en est émue aussi, et, avec un zèle que nous ne saurions trop louer, elle s'est immédiatement mise en mesure de contrôler ses expériences. Elle s'est malheureusement convaincue que ce jeune physiologiste avait dû être dupe de quelque illusion, et que, loin de constituer un antidote du chloroforme, l'éther ne faisait qu'accroître son action. Il importait que l'opinion fût immédiatement éclairée sur la valeur d'une pareille proposition avant qu'on s'engageât dans des expérimentations thérapeutiques qui pouvaient devenir dangereuses. C'est l'œuvre utile qu'a accomplie la commission. — D Brochin

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Duplay.

Kyste de la face postérieure du foie. — Examen chimique et micrographique. — Atrophie partielle du diaphragme et du rein.

(Observation recueillie par M. Jules Michel, interne du service.)

Depuis Hawkins, auteur d'un si remarquable travail sur les kystes hépatiques, des documents assez nombreux sont venus jeter une lumière nouvelle sur ce point de pathologie. Tout récemment encore M. C. Cadet de Gassicourt et M. Dolbeau en faisaient le sujet d'intéressantes recherches. Il y a quelques jours, la *Gazette des Hôpitaux* annonçait que M. le professeur Trousseau était sur le point d'appliquer la méthode des injections iodées sur un malade de la salle Sainte-Agnès affecté présumablement d'une tumeur de ce genre. On pouvait voir dernièrement à l'infirmerie de l'hospice de Bicêtre, dans le service de M. Duplay, un vieillard porteur d'un kyste très-volumineux du foie.

Voici cette observation, qui offre plusieurs particularités assez dignes d'intérêt :

Pétermann (Michel) est couché au n° 21 de la salle Saint-André, service de médecine.

Il est âgé de soixante ans ; domestique dans un établissement d'instruction publique, il a été exposé pendant plusieurs années à la fatigue et au froid. Ses parents sont morts d'une affection thoracique aiguë à un âge avancé, et il a perdu une sœur d'une affection du cœur.

Souffrant depuis six années, il entre à Bicêtre il y a trois ans. Peu à peu une toux habituelle, l'essoufflement, la faiblesse, la diminution de l'appétit l'empêchent de se livrer à toute occupation suivie.

Dans le courant de l'hiver dernier, il vient faire un premier séjour à l'infirmerie. Des râles bullaires humides en arrière des deux côtés, en assez petit nombre, une sonorité un peu exagérée au sommet droit, des accès d'oppression passagère durant un jour ou deux furent les symptômes observés pendant un mois qu'il resta dans le service.

Rentré à l'infirmerie le 13 juin 1856, il offre à cette époque les symptômes suivants :

Emaciation progressive, considérable vers la fin. Teint pâle, présentant la pâleur de l'anémie plutôt que celle attribuée à la cachexie cancéreuse. Œdème des membres inférieurs, accru et diminué insensiblement, imperceptible dans les derniers temps.

Rien de particulier dans le système nerveux ; intelligence très-nette jusqu'à la fin. Affaiblissement général.

Respiration très-brève à l'auscultation. Il respirait avec difficulté et avait souvent des accès de dyspnée.

Battements du cœur très-superficiels, secs, comme métalliques ; pouls marquant 64 pulsations en moyenne. Mais il a eu deux ou trois accès de fièvre peu intenses. Légère hémorrhagie intestinale, à peu près insignifiante.

Urine normale, sans albumine. Absence de sueurs ; la peau, très-amincie, sèche, un peu rugueuse, était devenue tout à fait impropre à ses fonctions.

Langue normale, soif médiocre ; parfois des vomituritions sans effet. Dans les derniers temps, un peu de diarrhée.

Etat local. — Au niveau du foie est une tumeur volumineuse offrant une saillie très-remarquable en *forme de massue*, ne proéminant nullement en arrière, mais projetée tout entière en avant et en dehors. Elle s'est accrue insensiblement ; peu ou point douloureuse, non mobile, sans changement de coloration à la peau, qui offre seulement un large réseau de veines hypertrophiées ; elle présente une sorte de rénitence élastique.

Le palper circonscrit assez facilement une masse globuleuse, sans inégalités, continue avec le foie ; on ne constate aucun frémissement hydatique, aucun frottement péritonéal.

La percussion révèle une matité absolue depuis le bord inférieur de la quatrième côte jusqu'à quatre travers de doigts au-dessous du rebord des côtes, et se continuant à gauche, mais en diminuant sensiblement dans le sens du diamètre vertical, jusqu'à la rate. L'auscultation ne présente rien de particulier. La mensuration thoracique, pratiquée d'après les procédés de M. Woillez, offre, dans les derniers temps, où la tumeur est le plus volumineuse, quatre centimètres de plus à droite qu'à gauche.

Le traitement consiste dans l'application de deux cautères ; légers purgatifs ; toniques dans les derniers temps ; alimentation modérée.

Le malade s'affaiblit de jour en jour, et meurt le 21 juillet, après huit jours de diarrhée et d'assoupissement.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Aspect extérieur. — Emaciation extrême ; pâleur générale ; déformation sensible du côté droit, décrite plus haut.

La moitié antérieure de la cage thoracique ayant été enlevée avec précaution, on trouve le cœur à sa place habituelle, et les poumons fortement refoulés. Celui du côté droit dépasse à peine le rebord inférieur de la quatrième côte. Immédiatement au-dessous apparaît le foie, normal en apparence, mais projeté en avant ; il descend jusqu'à l'ombilic, emplit la partie correspondante de l'hypocondre droit et empiète considérablement par son lobe gauche sur l'estomac.

La face inférieure du foie, devenue complétement postérieure, offre, au lieu de la concavité normale, une vaste surface convexe dont la forme globuleuse présente une sensation de rénitence toute particulière et une élasticité voisine de la fluctuation. Celle-ci est manifeste sur quelques points isolés, qui semblent appartenir aux parois d'un kyste.

Isolée des parties voisines, cette masse sphérique attenant à la face postérieure du foie est incisée dans toute sa hauteur, ainsi que l'organe, au niveau du ligament suspenseur ; cette coupe révèle l'existence d'une vaste poche d'où s'écoule un liquide particulier. Le kyste, le liquide et les parties voisines sont successivement examinés.

Kyste. — Il consiste en une énorme poche d'un blanc jaunâtre, du volume de la tête d'un enfant de quatre ans. Il n'est pas simplement contigu à la face concave du foie par sa face externe, mais il pénètre jusqu'au milieu de cet organe par sa moitié postérieure, et sépare en

deux portions distinctes toute cette moitié postérieure du foie. Sa face interne offre une paroi extrêmement anfractueuse, couverte de fausses membranes stratifiées assez régulièrement, mais d'étendue très-variable et inégalement découpées. Ces fausses membranes ressemblent moins à celles des pleurésies qu'aux productions stratifiées qu'on trouve dans les sacs d'anciens anévrismes. Elles offrent une assez grande résistance, accrue de dedans en dehors.

Le tissu du kyste est d'un blanc sale, extrêmement résistant, offrant deux centimètres d'épaisseur en beaucoup de points, un peu plus mince vers la partie inférieure. On le sépare en le déchirant ou avec le scapel en une dizaine de couches assez minces, mais très-résistantes, et cette dissection est difficile. Le microscope n'y révèle que du tissu fibreux en proportion considérable. On ne trouve dans les parois du kyste et à la face interne aucune trace de crochets d'échinocoques. A la face externe de la tumeur se trouvent sept ou huit petits kystes pisiformes à membrane mince, à liquide demi-transparent, où les traces d'échinocoques sont recherchées en vain par M. Desaneaux, interne de M. Desprès, très-familier avec ce genre de recherches.

Dans l'épaisseur des parois on ne découvre aucune trace de vaisseaux.

Contenu du kyste. — Il est constitué par une bouillie assez épaisse, d'un jaune verdâtre comme du pus phlegmoneux, mais beaucoup plus consistante. Le poids de ce liquide est évalué au moins à onze cents grammes. Il n'a aucune odeur. Le microscope n'y découvre que la présence d'une matière amorphe et de granulations moléculaires, ni globules de pus, ni traces d'hydatides, etc.

L'analyse chimique de ce liquide, faite avec soin par MM. Magne, interne en pharmacie des hôpitaux, et Joulie, ancien préparateur de M. Baudrimont, offre une proportion considérable d'albumine, une matière grasse saponifiable, un peu de phosphate de chaux, pas de carbonates. L'incinération donne 3 centigr. de matières salines pour 3 grammes.

Rapports du kyste avec les parties voisines. — Nous avons vu que, postérieurement, le foie était comme séparé d'arrière en avant en deux parties à peu près égales. La partie la plus élevée du foie se termine au même niveau que la partie la plus élevée du kyste, qu'il recouvre très-peu et dans une très-petite étendue, par une mince languette. Le diaphragme coiffe immédiatement le kyste, dont il n'est séparé que par quelques minces fausses membranes péritonéales. Il est évidemment aminci, surtout dans les points musculaires. Il y a une véritable atrophie de la fibre musculaire dans le point correspondant, c'est-à-dire autour du foliole droit, dans un rayon de 4 centimètres au moins.

Mais l'atrophie n'a pas seulement envahi le diaphragme. Le rein droit, offrant 4 centimètres de long sur 3 de large, est fortement accolé à la partie inférieure de la tumeur. Il offre à la coupe ses éléments distincts dans les deux substances, mais extrêmement serrés. On distingue quatre pyramides de Malpighiseulement. Les calices, les bassinets sont tout à fait rudimentaires. L'urétère est oblitéré et extrêmement petit. Aucune trace de la capsule surrénale. Le rein gauche est très-normal, il ne paraît pas hypertrophié.

Quant au foie lui-même, le tissu, examiné au microscope, est parfaitement normal. La vésicule et le liquide qu'elle contient n'ont rien de particulier. Les canaux biliaires sont aplatis, mais nullement oblitérés, non plus que le canal cholédoque et le conduit cystique. La veine porte est comprimée légèrement, et contient quelques caillots fibrineux peu anciens et du sang fluide en petite quantité. La veine cave inférieure est parfaitement normale.

L'estomac est distendu. Tous les autres organes sont sains, y compris le cerveau. Les poumons sont légèrement refoulés, mais ils sont très-normaux et surtout nullement emphysémateux.

A quelle époque remontait l'origine de cette tumeur? Quelles étaient les données fournies au diagnostic par l'examen minutieux des symptômes? Quelle pouvait être l'influence du traitement ordinaire, classique? Quelle était la nature intime du kyste et de son contenu? Quels furent les résultats de la présence de la tumeur, soit sur l'organe hépatique, soit sur les organes voisins? Telles sont les questions principales qu'on peut se poser en lisant cette observation.

Il est difficile de fixer, même approximativement, l'époque à laquelle remonte ce kyste, mais on peut affirmer qu'il est de date fort ancienne, ainsi que le prouvent, d'une part, le simple examen des symptômes; de l'autre, la structure de la poche et la nature de son contenu.

Le diagnostic a pu être établi dans les derniers mois avec de grandes apparences de probabilité par M. Duplay.

La déformation si remarquable de l'hypocondre droit, ce déjettement en forme de massue, l'absence de bosselures et d'inégalités à la surface, la lenteur du développement opposée à la rapidité avec laquelle le cancer hépatique marche si fréquemment; cette sorte d'élasticité toute particulière; enfin, l'absence des phénomènes et de la teinte qu'on attribue à la cachexie cancéreuse, et la rareté du cancer primitif dans le foie, alors qu'on ne trouvait aucune manifestation morbide de cette nature dans aucun autre organe, tout cet ensemble de signes concourait à faire présumer un kyste du foie. Est-il besoin de rappeler que le frémissement hydatique ne pouvait exister, et que si sa présence devient un signe d'une grande valeur, l'absence de ce signe ne peut être prise en considération?

L'étude des lésions anatomiques dont ces phénomènes étaient l'expression démontre tout d'abord combien il faut se garder de tenir trop de compte des perceptions de nos sens; et cependant combien, dans une certaine mesure, il convient d'y avoir égard. Que serait-il résulté d'une ponction ayant pour but, soit d'explorer, soit de vider le kyste? Tout au moins les résultats eussent été négatifs. Que pouvait, dans un cas de ce genre, la méthode des incisions et des cautérisations couche par couche pour arriver à travers presque toute l'épaisseur du foie jusqu'à la tumeur? Et pourtant cette sensation de rénitence n'a-t-elle pas été précieuse pour le diagnostic?

Si on examine la nature intime du kyste, on ne tarde pas à reconnaître qu'elle n'est guère douteuse. Malgré les recherches infructueuses du microscope sur des tissus d'ailleurs altérés depuis longtemps, on doit croire qu'il y avait là les restes d'un kyste hydatique fort ancien, siége d'un travail subinflammatoire plus ou moins récent, et dont l'action s'était continuée jusqu'à un temps assez voisin de la mort. Ce qui contribuerait à prouver cette proposition, c'est la grande analogie du liquide contenu dans la poche avec du pus, malgré la différence apparente des qualités physiques, malgré l'absence de toute trace de globules purulents sur le champ du microscope. Ce dernier phénomène s'explique naturellement par l'altération, par l'ancienneté de la tumeur, ainsi que la consistance épaisse du liquide. Mais là, comme dans le pus, on trouvait de l'albumine, de la matière grasse, des phosphates, des sels de chaux et de magnésie.

Enfin, un des points les plus remarquables est sans contredit le rapport de la tumeur avec les parties voisines; il explique parfaitement l'ancienneté du kyste. L'atrophie du rein et celle du diaphragme, tandis que le foie continue ses fonctions sans aucune lésion appréciable, sont encore des faits dignes d'intérêt. La mort s'explique ici moins par la suppuration, terminaison la plus commune de ces kystes, que par la gêne des diverses fonctions, gêne qui paraît avoir été purement mécanique, et qui a eu son maximum vers un ordre d'organes les plus indispensables à l'existence, le poumon et le diaphragme.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 août 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy St.-Hilaire.

Emploi de l'éther comme antidote du chloroforme. — M. Jules Cloquet, au nom d'une commission composée de MM. Flourens, Jobert (de Lamballe) et J. Cloquet, rapporteur, lit le rapport suivant:

Un jeune physiologiste, M. Augustin Fabre, a lu devant l'Académie, dans sa séance du 28 juillet dernier, un mémoire sur l'emploi de l'éther comme antidote du chloroforme.

« L'éther, dit l'auteur, détermine dans l'économie animale des effets opposés suivant la dose qu'on emploie, suivant la fréquence et la durée des inhalations: il est d'abord excitant; ce n'est que par des inhalations prolongées, à des doses élevées, qu'il devient anesthésique; sa principale propriété est d'être excitant... »

D'après ces faits bien connus de l'action de l'éther sur l'économie animale, l'auteur a pensé « qu'il était rationnel d'employer cet agent comme stimulant pour neutraliser les effets hyposthénisants, pour remédier aux défaillances et aux syncopes que détermine le chloroforme. »

« Les prévisions de la théorie, dit-il, ont été réalisées par l'expérience, » et il croit l'avoir démontré dans son travail, qui est basé sur cent dix-sept expériences.

La lecture de ce mémoire et sa publication par extraits dans vos *Comptes rendus* et dans les journaux de médecine ont vivement impressionné l'Académie, les savants, et surtout les chirurgiens, qui font un usage journalier du chloroforme comme moyen anesthésique pour la pratique des opérations et dans celle des accouchements.

Il était donc urgent de prendre connaissance des faits contenus dans le mémoire de M. Fabre, et d'en apprécier la valeur par des expériences répétées par l'auteur sous les yeux de vos commissaires.

L'importance du sujet, qui touche de si près aux intérêts les plus sacrés de l'humanité, vous expliquera l'empressement qu'a mis votre commission à s'acquitter du devoir dont vous l'aviez chargée, et à savoir si réellement l'éther pouvait être proclamé, ainsi qu'on l'avait dit, comme l'antidote du chloroforme; si l'on pouvait trouver dans cet agent anesthésique lui-même un moyen puissant d'arrêter, en les neutralisant, les effets parfois pernicieux du chloroforme. La commission s'est donc réunie dans le laboratoire de M. Flourens, au Muséum d'histoire naturelle, le 9 et le 12 août. Elle avait convoqué M. Fabre pour lui faire répéter devant elle les principales expériences qui servent de base à tout son travail.

C'est l'exposé succinct de ces expériences que le rapporteur de la commission va faire connaître.

Première séance (9 août 1856). — *Première expérience*, faite par M. Fabre:

Un lapin adulte est soumis à l'inhalation des vapeurs de chloroforme. Au bout de trois minutes, sommeil complet, anesthésie absolue.

On cesse la chloroformisation, et on laisse le lapin respirer librement l'air atmosphérique. Une minute trente secondes se sont à peine écoulées, que le lapin remue la tête et se lève sur ses pattes antérieures. Quelques instants après il se dresse sur ses quatre membres; il est complétement revenu à lui.

Deuxième expérience. — Lapin adulte. M. Fabre expérimentateur.

On chloroformise l'animal. Au bout d'une minute le sommeil est complet.

M. Fabre pratique alors l'éthérisation intermittente. Au bout de trois minutes quarante-cinq secondes seulement, l'animal se réveille, et se met sur ses quatre pattes.

Troisième expérience. — M. Fabre expérimentateur.

Chloroformisation d'un lapin adulte. Deux minutes quinze secondes jusqu'au sommeil complet.

M. Fabre pratique ensuite l'éthérisation intermittente. Au bout de deux minutes trente secondes commencement du réveil. Au bout de trois minutes, réveil un peu plus complet.

Quatrième expérience. — M. Jobert expérimentateur.

Un lapin est soumis pendant deux minutes aux vapeurs du chloroforme. La chloroformisation est poussée très-loin; l'animal semble mort. Pendant quelques instants la respiration cesse complétement; puis après un court espace de temps, les mouvements respiratoires se montrent de nouveau.

Il y a quelques convulsions cloniques.

Quatre minutes après la cessation de l'inhalation du chloroforme, les convulsions disparaissent; une demi-minute plus tard, l'animal se réveille, mais la faiblesse dure longtemps. Environ cinq à six minutes après le réveil, le lapin ne s'est pas encore relevé sur ses membres. M. Jobert propose alors de le galvaniser. Un pôle de la pile de M. Duchenne (de Boulogne) est introduit dans la bouche, un autre dans l'anus. Secousses générales et violentes. L'action galvanique est suivie immédiatement d'une grande amélioration: l'animal peut se tenir sur ses quatre membres.

Deuxième séance (12 août 1856). — *Première expérience*, faite par M. Fabre:

Un lapin adulte est soumis à l'inhalation des vapeurs de chloroforme. L'anesthésie et le sommeil ne sont complets qu'au bout de huit à neuf minutes.

M. Fabre pratique alors l'éthérisation intermittente. Au bout de six minutes, l'animal n'est pas encore revenu, il est sur le point de succomber; M. Fabre renonce à l'éthérisation. Immédiatement on place un pôle de la pile dans la bouche de l'animal et un autre dans l'anus. Secousses violentes. On interrompt de temps en temps la galvanisation. Au bout de six minutes, l'animal peut se tenir sur ses membres antérieurs.

Deuxième expérience, faite par M. Philipeaux:

On chloroformise un lapin adulte. Au bout de deux minutes, le sommeil est complet, l'anesthésie absolue. On laisse l'animal respirer librement l'air atmosphérique. Deux minutes quinze secondes après, il se lève sur ses pattes antérieures. Au bout de trois minutes, il se lève sur ses quatre membres et marche.

Telles sont les principales expériences dont nous avons été témoins dans les deux longues séances que nous avons eues au laboratoire du Muséum d'histoire naturelle.

Les expériences répétées par M. Fabre sont loin de répondre aux résultats annoncés dans son mémoire. Peut-être ce jeune physiologiste, au zèle, à la candeur, à la persévérance duquel nous aimons à rendre justice, n'a-t-il pas encore acquis cette dextérité, cette précision que donne seule une longue habitude des expériences tentées sur les animaux.

Il a paru, par exemple, à vos commissaires que M. Fabre, en faisant inspirer le chloroforme à ses animaux, bouchait trop hermétiquement leurs narines avec son éponge et ne laissait pas pénétrer dans les poumons une quantité d'air atmosphérique suffisante pour entretenir la respiration, de sorte que l'anesthésie dans laquelle tombaient ces animaux dépendait peut-être autant, sinon plus, de l'asphyxie que de l'action directe du chloroforme sur le système nerveux; ce qui change nécessairement les éléments de la question, et a dû tromper M. Fabre dans ses observations.

Vos commissaires ont donc cru pouvoir conclure:

1° Que les fonctions vitales se rétablissent plus promptement chez un animal anesthésié par le chloroforme quand on l'abandonne à lui-même, que lorsqu'on lui fait inspirer de l'éther, soit d'une manière continue, soit à de certains intervalles;

2° Que l'éther, loin d'être un antidote du chloroforme, ne fait qu'en prolonger, peut-être aggraver les effets anesthésiques, et que, par conséquent, on doit se donner garde de l'employer pour neutraliser et arrêter les effets du chloroforme, dans les cas où l'action de cet agent aurait été poussée au delà des limites qu'enseigne la prudence dans son administration.

Température animale. — M. Cl. Bernard lit un mémoire intitulé *Recherches expérimentales sur la température animale.* Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer la publication de ce travail à un prochain numéro.

Développements des corps organisés. — M. Coste en présentant à l'Académie l'atlas de son grand ouvrage intitulé *Histoire générale et particulière du développement des corps organisés*, dont il a déjà présenté le premier volume, s'exprime de la manière suivante:

Parmi les faits que ces planches représentent, se trouvent d'abord ceux qui se rapportent à la menstruation chez la femme, à la maturation de l'œuf, maturation qui, par son influence sur l'ovaire et par la réaction de cette influence sur le reste de l'organisme, provoque une évolution spéciale de la muqueuse utérine, et, si je puis ainsi dire, prépare le lit de cet œuf pour le moment où il y descendra; car, chez l'espèce humaine, l'œuf ne se borne pas, comme chez les mammifères, à se mettre en contact avec la muqueuse utérine, il s'enterre dans cette muqueuse, et la transfigure en ce que les auteurs ont désigné sous les noms de membrane *caduque pariétale*, de membrane *caduque réfléchie*, de membrane *caduque sérotine*; ce que je démontre par la représentation des pièces anatomiques comprenant l'histoire tout entière de la gestation jusqu'après l'accouchement. Ces préparations anatomiques, dont j'ai formé une collection unique dans le monde, m'ont permis de suivre pas à pas toutes les phases du développement du fœtus humain dans d'aussi favorables conditions que s'il se fût agi d'animaux sur lesquels on expérimente. C'est un but que j'ai atteint en ouvrant, pendant une douzaine d'années, tous les cadavres des femmes suicidées, qu'on apportait à la Morgue de Paris.

Après l'histoire de la gestation et du développement de l'œuf chez l'espèce humaine, vient celle de la gestation et du développement de l'œuf des mammifères, qui a été pour moi le sujet d'un très-grand nombre de recherches, et que j'établis en prenant pour types le lapin et la brebis.

Passant ensuite au développement de l'œuf des oiseaux, j'y remplis une lacune considérable en découvrant une phase tout entière de son évolution qui était restée jusque-là complétement voilée: je veux parler du remarquable phénomène de la segmentation de la cicatricule, phénomène qui m'a permis de démontrer que cette cicatricule était l'analogue de tout le contenu de l'œuf des mammifères et de l'espèce humaine, et de la plupart des invertébrés.

A la suite du développement des mammifères et des oiseaux, je donne des figures représentant le développement de l'œuf des poissons osseux, et, par des observations complétement neuves, j'établis que cet œuf se présente à deux états différents et successifs. Dans le premier cas, les granules moléculaires destinés à former le germe, y sont dis-

persés ou uniformément répartis dans la cavité de la membrane vitelline, et, à ce moment, cet œuf a une certaine analogie avec celui des mammifères; dans le second cas, les granules moléculaires changent de place et vont se réunir à l'un des pôles de l'œuf pour y former une cicatricule qui, après la fécondation, deviendra le siége du phénomène de la segmentation. Cet œuf a alors une certaine analogie avec celui des oiseaux, et par là toutes les classes de la série se trouvent, en ce qui concerne l'organisation du germe, dans une règle commune.

Enfin, parmi les planches qui composent cet atlas, il y en a deux qui se rapportent à l'histoire de la formation de la matière séminale : elles sont consacrées à l'étude du développement des spermatophores chez les mollusques céphalopodes, et montrent, par une série d'observations qui ne laissent entre elles aucune lacune, que ces amas d'animalcules spermatiques s'entourent, en parcourant le canal vecteur, de produits adventifs tout à fait analogues à ceux dont se recouvre l'œuf des oiseaux en parcourant l'oviducte.

M. Coste expose ensuite en ces termes quelques-unes des expériences qui doivent faire partie du second volume : elles sont relatives à la fécondation.

Quel est le lieu où s'opère la fécondation chez les mammifères, chez les oiseaux et par conséquent chez l'espèce humaine? Tel est le problème que je me suis proposé de résoudre par des expériences de précision.

L'œuf tombant spontanément de l'ovaire sans que l'intervention du mâle soit nécessaire, il s'ensuit que la rencontre de cet œuf avec les molécules fécondantes peut se faire soit à l'ovaire, soit dans l'oviducte, soit dans la matrice, suivant le moment où ces molécules fécondantes ont été introduites dans le sein maternel. Ainsi, par exemple, si le rapprochement des sexes a lieu un certain nombre d'heures avant que les capsules ovariennes se déchirent pour laisser échapper l'œuf, les molécules fécondantes ont le temps de parcourir toute l'étendue du canal vecteur, et dans ce cas c'est à l'ovaire que se fait la rencontre; si le rapprochement a lieu au moment même de la déhiscence, c'est dans l'oviducte que se fait la rencontre; si le rapprochement a lieu plus tard, l'œuf aura le temps de descendre dans la matrice, et c'est là que se fera la rencontre. Mais de ce que le fluide séminal peut rencontrer l'œuf soit à l'ovaire, soit dans un point quelconque du canal vecteur, il ne s'ensuit pas que partout la fécondation soit possible. Voici des expériences qui le démontrent :

Je me suis assuré que les poules qui pondent régulièrement tous les deux jours, vers midi, par exemple, ont un nouvel œuf qui se détache de l'ovaire le lendemain vers cinq heures du matin, c'est-à-dire dix-huit heures environ après la dernière ponte.

Je me suis également assuré que chez la poule les molécules fécondantes mettent douze heures pour arriver du col de l'utérus, où elles sont introduites, jusqu'à l'ovaire.

Ces deux faits étant constatés, j'ai pris soin que l'accouplement eût lieu de façon que les molécules fécondantes n'arrivassent au haut de l'oviducte que deux ou trois heures après qu'un œuf s'y était engagé, et, toutes les fois que l'opération a été faite dans ces conditions, le premier œuf pondu, c'est-à-dire celui que le fluide séminal a rencontré dans le haut de l'oviducte, était stérile, tandis que les cinq ou six suivants étaient féconds; d'où il suit que, chez les oiseaux, c'est exclusivement à l'ovaire ou *seulement* à l'entrée du pavillon que se fait la fécondation.

Chez les mammifères, l'expérience n'est pas aussi facile à conduire par la raison que les femelles ne sont disposées à s'accoupler que lorsque les œufs se trouvent en état de maturation dans l'ovaire. Aussitôt que ces œufs ont rompu leur capsule et sont tombés dans l'oviducte, l'excitation causée par le travail ovarien cessant, les femelles résistent aux tentatives du mâle, et l'on ne peut opérer à son gré comme chez les oiseaux. Cependant, comme il n'y a pas de règle sans exception, il m'est arrivé en multipliant les essais de rencontrer des lapines qui ont consenti à s'accoupler après l'époque du rut et lorsque les œufs étaient déjà dans l'oviducte. Dans ces cas, les molécules fécondantes ont fait leur ascension comme de coutume, sont arrivées jusqu'au point du canal vecteur occupé par les œufs, ont passé sur eux sans pénétrer l'albumen qui les entoure, sans même y rester adhérents, et n'ont exercé sur eux aucune influence; car, loin de présenter les traces caractéristiques de développement, c'est-à-dire le phénomène de la segmentation du vitellus, ces œufs étaient les uns complétement inertes, et les autres en partie détériorés. Par conséquent la fécondation chez les mammifères ne peut se faire ni dans la matrice ni dans l'extrémité inférieure de l'oviducte : j'ajoute même qu'elle ne peut avoir lieu qu'à l'ovaire, dans le pavillon, et peut-être aussi à quelques millimètres au-dessous, mais pas plus bas; car, d'après des expériences antérieures que j'ai depuis longtemps publiées, les signes de décomposition du germe commencent à se manifester avant que l'œuf ait parcouru la moitié de la longueur de l'oviducte.

LE BANQUET.

Voici les divers discours et toasts qui ont été prononcés au banquet à la suite du discours de M. Paul Dubois.

M. Bégin, président du conseil de santé des armées :

Messieurs,

Vous trouverez naturel sans doute que le plus ancien des médecins de l'armée ajoute quelques mots aux paroles chaleureuses que vient de vous adresser le digne doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Puissent les vœux qu'il a si parfaitement exposés, avec la double autorité d'une haute raison et d'une mûre expérience, en faveur du corps médical militaire, arriver jusqu'au chef auguste à qui aucune amélioration n'est présentée en vain.

Après une guerre glorieuse, qui illumine de l'éclat de la victoire les conquêtes merveilleuses et pacifiques des sciences, des arts et de l'industrie, c'est une fête de famille douce à nos cœurs que celle dans laquelle nous honorons ceux des officiers de santé de l'armée qui ont prodigué avec tant de constance et de dévouement aux braves de tous les grades atteints par le feu de l'ennemi ou par le fléau des contagions les secours de notre art réparateur.

Médecins de l'armée d'Orient, vos camarades, retenus en France par le devoir, ont suivi avec un anxieux intérêt vos pénibles travaux; ils ont partagé par la pensée et par le cœur vos fatigues et vos dangers; ils vous ont applaudi avec transport à vos services courageux autant qu'éclairés; ils vous sont reconnaissants du lustre que vous avez jeté sur le corps médical tout entier, en obligeant la voix publique de proclamer que, fidèle à sa tradition, il a, cette fois encore, bien mérité de la science, de l'armée et du pays.

Et vous, très-honorables confrères des armées alliées de la France, nous nous félicitons de vous voir réunis dans ce banquet, comme vous l'étiez naguère sur le champ de bataille et dans les hôpitaux, à nos camarades de l'armée d'Orient. Ils ont admiré votre organisation hospitalière, un grand nombre de vos moyens d'action, et surtout l'habileté et l'excellente direction pratique de vos services. Ces souvenirs ne s'effaceront pas parmi nous. Recevez et transmettez à vos collaborateurs le témoignage de parfaite estime que je suis heureux de vous exprimer au nom de la médecine française.

Messieurs, si la médecine est *une* dans son origine, dans ses principes, dans ses études, cette unité se montre bien plus fortement encore dans son esprit et dans l'accomplissement du devoir qu'elle impose. Partout où il y a une douleur à soulager, le médecin accourt tout d'abord.

Exercée dans la population isolée de nos campagnes ou au milieu des classes pauvres de nos cités, sollicitée au profit de tous pendant des épidémies meurtrières ou à la suite de sinistres catastrophes, la profession médicale s'élève, dans l'ordre civil comme à l'armée, à la hauteur d'un sacerdoce, auquel, à la gloire de notre patrie, elle est toujours restée fidèle. (Applaudissements.)

Les médecins de l'armée sont profondément touchés des sentiments qui ont inspiré cette réunion, où ils reconnaissent avec bonheur des condisciples, des émules et des maîtres. Ce jour aura de l'écho dans l'avenir; il resserre encore, s'il est possible, les liens qui ont uni dans tous les temps les enfants de la même famille lorsqu'il s'est agi du progrès de l'art et de l'amour de l'humanité. (Bravos.)

A nos confrères de la médecine civile, reconnaissance pour leur cordial accueil!

M. le docteur Jules Roux, chirurgien en chef de la marine à Toulon :

Messieurs et chers confrères,

Que de motifs de reconnaissance et de joie pour les médecins de la marine quand ils apprendront quels ont été à leur égard votre accueil, vos paroles et vos sentiments dans cette grande et solennelle réunion! Vous leur avez prodigué tout ce que la bienveillance a de plus délicat, le langage de plus flatteur, le cœur de plus chaleureux, et pour répondre à tant de témoignages de sympathie confraternelle, c'est moi que vous choisissez pour parler en leur nom dans cette imposante assemblée! Combien je regrette davantage encore que M. Quoy, inspecteur général du service de santé de la marine, soit retenu loin de cette enceinte; nul mieux que lui n'eût répondu au toast du président du banquet et aux acclamations unanimes de nos confrères; l'âge, l'élévation du grade, la distinction du mérite, ne permettant qu'à lui seul d'honorer le corps médical de France par un juste hommage rendu :

A la commission du banquet;

A l'illustre doyen de la Faculté de médecine de Paris, M. le docteur baron Paul Dubois (applaudissements);

A l'illustre président du conseil de santé des armées, M. le docteur Bégin (applaudissements);

Au modeste promoteur de cette magnifique fête, M. le docteur Maheux (applaudissements).

Dans son absence, je ne puis décliner l'honneur de le représenter ici et de parler au nom de mes confrères de l'armée navale; mais permettez-moi, je vous prie, d'accepter ce périlleux honneur comme un devoir et en échange de votre hospitalité.

Recevez, messieurs, les remercîments bien sentis et l'expression de la profonde gratitude de tous les médecins de la flotte pour votre invitation à ce banquet splendide, dont la pensée restera dans nos annales comme une éclatante manifestation de votre estime pour leur savoir, de votre admiration pour leur dévouement. (Applaudissements.)

Vous le savez, messieurs, la médecine s'exerce en France dans trois conditions: *la vie civile, l'armée, la marine.* Mais ces trois lignes de notre noble profession sont comme les embranchements d'une même famille, ou, si vous l'aimez mieux, comme trois sœurs que le même cœur anime et que dirigent les mêmes instincts. (Approbation.)

Dès nos premiers pas dans la carrière, nous avons appris à aimer nos confrères honorables qui, dans les campagnes et dans les villes, sous le chaume comme sous les lambris dorés, dans les temps calmes comme dans les jours d'agitations et d'épidémies, répandent sans cesse les secours d'un art bienfaiteur; nous avons appris à admirer ceux qui, dans les hôpitaux, la presse, la littérature médicale, les arts utiles à notre profession, consacrent chaque jour les plus belles facultés de l'esprit et les impulsions du génie, au bien de l'humanité, au développement de la science, au perfectionnement de nos institutions; nous avons appris à vénérer les intelligences d'élite qui, dans les Facultés, les Sociétés savantes, l'Académie, l'Institut, par la grandeur de l'enseignement et la consécration du progrès, sont la gloire et l'éternel honneur de la médecine française. (Applaudissements.)

Vous connaissez, messieurs, comme nous les connaissons nous-mêmes, nos braves camarades de l'armée; ils ont le bonheur d'avoir des hôpitaux, une école de médecine dans la capitale, de vivre en grand nombre au milieu de vous et de s'associer à toutes vos réunions. Vous savez qu'aussi instruits que modestes, aussi courageux qu'infatigables, ils sont si dévoués que chez eux l'abnégation est une vertu vulgaire : et vous appréciez tous, au degré de leur haute valeur, ces chefs éminents qui, par la distinction de leurs services, l'importance de leurs travaux, la supériorité de leurs talents, dignes émules des Percy, des Broussais, des Desgenettes, des Larrey, jettent le plus vif éclat sur la médecine militaire.

Il faut en convenir, messieurs, vous connaissez moins les médecins de la marine, également dignes de toutes vos sympathies; leur destinée est de vivre loin de vous, de n'avoir que très-rarement l'occasion de prendre part à vos fêtes de famille et de resserrer avec vous, par l'échange des meilleurs sentiments, les liens de la plus cordiale confraternité. Les nécessités du service les retenant habituellement à la mer ou dans les hôpitaux des ports, ce n'est qu'exceptionnellement, et pour ainsi dire qu'à la dérobée, qu'ils viennent dans les Facultés demander le diplôme de docteur, et dans vos hôpitaux chercher le perfectionnement pratique aux inspirations cliniques des grands médecins et des grands chirurgiens dont la France s'honore. Je voudrais vous entretenir encore de vos confrères de l'armée navale, vous dire leur avancement au concours, leurs études sérieuses, leurs connaissances étendues, les services qu'ils rendent à la flotte, les travaux dont ils ont enrichi l'hygiène, la médecine, la chirurgie, l'histoire naturelle; mais je craindrais de m'éloigner du but qui nous rassemble, et d'abuser de votre attention si bienveillante pour moi.

Dans le siége mémorable qui vient d'étonner le monde, et dans cette guerre exceptionnelle, la plus grande du siècle, où, secondant les impulsions du chef de l'Etat, tous ont rivalisé d'intrépidité héroïque, les médecins des armées et des flottes alliées, dans la Baltique comme dans la mer Noire, et leurs illustres chefs, que j'ai l'honneur de saluer ici, sont constamment restés à la hauteur de leur noble position, toute de courage, de science et de charité. Compagnons fidèles des soldats et des matelots, ils les suivaient dans les combats et dans les épidémies, les disputaient à la mitraille comme aux fléaux destructeurs, les protégeaient contre les atteintes d'invisibles ennemis, jusqu'au jour où, frappés comme eux du fer des batailles ou des coups de la contagion, plus de cent les ont accompagnés dans la tombe!

Dans tous les temps, il a été beau de mourir pour la patrie, le glaive à la main, dans l'excitation de la gloire et l'enthousiasme du combat; c'est là une vertu antique. Mais mourir lentement dans une épidémie, attendre froidement la mort, la recevoir avec fermeté, sans éclat, sans bruit, sans renommée, c'est là plus que de la bravoure, messieurs, c'est de l'héroïsme! (Applaudissements.) Sainte abnégation, fille d'une moderne civilisation; vertu sublime, que l'antiquité païenne aurait divinisée, et que les sociétés contemporaines, grandies sans doute par les exemples de nos confrères, considèrent comme le simple accomplissement du devoir!

Messieurs, nos pères avaient la pieuse coutume de se réunir dans des banquets de famille, pour s'entretenir des parents qui n'étaient plus et célébrer leur mémoire. Quel moment plus solennel pour les imiter? Honneur, mille fois honneur au talent, au courage, au dévouement de nos généreux confrères des armées et des flottes d'Orient, morts du choléra, du typhus, au champ d'honneur, au chevet du matelot et du soldat!

M. le docteur Baudens, membre du conseil de santé de l'armée, comme le médecin le plus ancien et le plus élevé en grade de l'armée de Crimée :

Messieurs et très-honorés confrères,

Jamais solennité pareille n'a réuni les membres de la grande famille médicale dont vous êtes les délégués.

Jamais aussi les officiers du corps de santé n'avaient trouvé une plus belle occasion de prouver leur dévouement traditionnel à la France, à l'armée, qui les a toujours traités en frères, et dans les rangs de laquelle ils ont toujours été si fiers de compter.

Il appartenait à des hommes de labeur, de science, comme vous, chers confrères, de récompenser par une manifestation encore sans exemple, le travail et le savoir. « La gloire s'achète par le travail, » disait, il y a peu de jours, le savant et illustre maréchal Vaillant. (Bravos.)

Tandis qu'à l'Alma, à Inkermann, à Tracktir, et sur les ruines sanglantes de Sébastopol, nos intrépides soldats burinaient l'histoire moderne de la Chersonèse Tauride avec leurs baïonnettes victorieuses, le chirurgien parcourait ces glorieux champs de bataille, calme et recueilli au milieu des boulets. Il disputait à la mort ses victimes par d'ingénieux procédés nouveaux, et ajoutait une grande page scientifique au livre des plaies d'armes à feu.

Plus tard, pour préserver l'armée, nous avons isolé le typhus contagieux, nous l'avons emprisonné dans des hôpitaux spéciaux. Y pénétrer, c'était aller au devant de la mort. Nul n'a reculé devant le danger; aussi, presque tous les médecins ont-ils été atteints par l'épidémie. Quinze de nos confrères, MM. Arcelin, Gaullet, Caumont, Lambert, Daga, Huard, Didion, Quesnoy, Carmouche, Vansteenkiste, Petibon, Coynard, Darcy, Gouraud, Courbet, avaient été déjà blessés par le feu de l'ennemi; plus de quatre-vingts sont morts sur ce champ de bataille des officiers de santé de l'armée, où les avait si noblement dirigés leur digne chef, M. Scrive.

Ce dévouement, cette abnégation, vous les aviez inculqués par votre exemple, bien chers et illustres maîtres, à vos élèves de l'armée d'Orient. Ils n'ont voulu que vous imiter en perpétuant les saines traditions des écoles et du corps médical tout entier. Souffrez que je vous rende ici un public et éclatant hommage.

Cette fête fera époque : l'Angleterre, la Turquie, la Sardaigne, en s'y faisant représenter par les plus grands médecins de leurs armées de terre et de mer, lui ont donné les proportions d'un véritable événement.

Vous avez, chers confrères, cédé à l'élan et à l'inspiration du cœur; le sentiment public, si bon appréciateur des pensées généreuses, partage en ce moment vos sympathies.

Le gouvernement de l'empereur, dont le nom soutenait l'intrépide courage de l'armée et exaltait tous les genres de dévouement : le vainqueur de Sébastopol, dont l'énergique concours ne nous a jamais fait défaut, vous sauront aussi gré d'avoir, à votre tour, glorifié l'immortelle campagne de Crimée.

C'est par de tels actes que les professions s'honorent et grandissent dans l'estime publique.

Je propose le toast suivant :

Les médecins de l'armée de Crimée reconnaissants, à leurs confrères de l'ordre civil!

Sir John Hall, inspecteur général des hôpitaux anglais en Orient, prononce en anglais l'allocution suivante, dont voici la traduction :

Monsieur le baron, Messieurs,

En mon nom et au nom de MM. les médecins de l'armée anglaise, employés à la guerre d'Orient, je vous offre mes remercîments pour la manière gracieuse avec laquelle nous, et les médecins des armées alliées, avons été accueillis dans cette réunion mémorable.

Je regrette d'être empêché de m'exprimer dans la langue française, et je le regrette d'autant plus, que plusieurs d'entre vous peut-être, n'entendent pas la langue anglaise. Or, je voudrais, messieurs, que vous pussiez comprendre combien nous tous, médecins de l'armée anglaise, estimons ces médecins de l'armée française que vous avez réunis aujourd'hui dans cette enceinte, et dont vous fêtez l'heureux retour dans la patrie après une campagne si périlleuse et si rude.

Comme chef du département médical de l'armée anglaise en Orient, pendant toute la durée de la guerre, que de nombreuses occasions n'ai-je pas eues d'admirer le talent, le zèle et le courage de nos braves confrères de France, et leur bonne et utile entente cordiale avec leurs confrères des armées alliées! Je me rappelle avec une vive gratitude les secours que vous nous avez offerts après la bataille de l'Alma, et l'assistance que vous nous avez prêtée en plusieurs occasions pour le transport de nos blessés et de nos malades à Balaklava, pendant l'hiver de 1854, quand nos moyens de transport étaient devenus insuffisants. Je me suis si bien convaincu alors de la supériorité de vos *cacolets* et de vos *litières* sur nos voitures, que j'ai recommandé l'emploi des mêmes moyens dans l'armée anglaise, et que maintenant ils forment une partie de notre équipage pour le champ de bataille.

Une alliance comme celle qui existe entre la France et l'Angleterre devait porter les médecins des armées alliées vers un rapprochement agréable et sincère. Je conserverai toujours un précieux souvenir des occasions qui m'ont valu de faire la connaissance de médecins aussi distingués que MM. Baudens, Michel Lévy, Scrive et tant d'autres, que je peux, je l'espère, compter à l'avenir au nombre de mes meilleurs amis.

Messieurs, un lien nouveau est venu resserrer notre confraternité, c'est la réciprocité des récompenses qui nous ont été accordées par nos gouvernements respectifs. Vous le voyez, comme vous, et grâce à la générosité de l'Empereur, je porte sur la poitrine l'étoile de l'honneur. Je suis fier de cette distinction, et j'en porte les insignes avec orgueil, car tout homme doit se trouver bien honoré d'appartenir à un ordre si célèbre et qui compte tant d'illustres membres.

M. le chevalier Comisetti, médecin en chef du corps expéditionnaire sarde :

Chef du corps sanitaire piémontais en Orient, et son représentant à cette mémorable réunion, en même temps que je vous félicite de l'heureuse idée de donner un banquet aux braves confrères de retour de la campagne d'Orient, je vous remercie de toute mon âme de m'avoir procuré l'honneur de connaître personnellement tant d'hommes illustres, que j'avais appris depuis longtemps à suivre, à admirer dans leurs ouvrages scientifiques. Veuillez, messieurs, agréer de ma part, et de la part de mes confrères du Piémont, les félicitations les plus sincères et l'assurance d'une gratitude éternelle.

Permettez-moi de porter un toast à vous tous, messieurs, au doyen, digne représentant de la Faculté de médecine de Paris, à tout le corps médical, qui a tant mérité de la science et de l'humanité par ses productions intellectuelles et son habileté; à cette illustre branche de la grande famille sociale, qui de tout temps a contribué si puissamment aux progrès et à la gloire des nations. Puisse ce banquet rester le symbole éternel de l'union et de la fraternité; puisse-t-il étendre son influence et ses bienfaits sur le monde médical entier, et être apprécié par tous, comme sont appréciés les bienfaits de vos travaux scientifiques. (Applaudissements unanimes.)

M. le colonel-docteur Sinapian, professeur à l'Ecole de médecine de Constantinople :

Messieurs,

Vous avez bien voulu m'associer à cette fête fraternelle comme représentant de mes confrères de Turquie qui ont pris part à la glorieuse campagne de Crimée; je vous remercie en leur nom et en mon nom particulier, et je vous prie de croire qu'ils auraient été aussi heureux et aussi fiers que moi de pouvoir venir s'asseoir à cette table, où ils eussent vu de près leurs maîtres illustres, et leurs confrères, gloires du corps médical de France et de l'armée française.

Messieurs, en conviant aujourd'hui à ce banquet les médecins de l'armée et de la flotte, vous avez voulu proclamer hautement et une fois de plus leur zèle, leur courage, leur dévouement, et leur abnégation sur le champ de bataille.

Lorsqu'il s'agit de proclamer et de fêter de pareilles vertus, c'est la France qui prend toujours l'initiative, comme c'est à la France aussi que revient l'honneur de précéder les peuples dans la voie du progrès et de la civilisation; suivons, messieurs, la France dans cette voie et buvons tous à sa prospérité. (Bravos et applaudissements.)

M. le docteur Ricord :

Messieurs et chers confrères,

Après les paroles éloquentes que vous venez d'entendre, j'ose prendre la parole avec confiance, convaincu que vous accueillerez avec sympathie le toast que je vais vous proposer.

Lorsque le canon a cessé de gronder, lorsque nous n'entendons plus que la détonation pétillante du champagne, nous devons nous souvenir des confrères absents.

Avant, pendant et après les grandes luttes, tous les membres de la famille médicale sont toujours unis et doivent toujours être unis, car ils ont un même but à atteindre : le soulagement de l'humanité; le même ennemi à combattre, la mort.

Pour qui tombe sur ce champ de bataille, il n'y a pas de nationalité, pas plus que pour celui qui a le bonheur de le secourir.

Dans la grande guerre qui vient de se terminer d'une façon si heureuse, tout le monde a fait son devoir : nous devons à tous des remercîments.

Permettez-moi donc de vous proposer un toast à nos confrères de Russie, aux médecins et aux chirurgiens des armées russes de Crimée. (Applaudissements prolongés.)

M. le docteur Maheux :

Je suis touché des paroles si flatteuses qui viennent de m'être adressées par M. Jules Roux (de Toulon); je remercie mon honorable confrère du plus profond de mon cœur.

Lorsque j'ai conçu l'idée de cette réunion confraternelle, je n'ai obéi qu'à un sentiment d'admiration pour la glorieuse conduite des médecins de l'armée et de la flotte; j'ai cru que le corps médical de France, qui a lieu d'être si fier d'eux, se ferait une joie et un devoir de leur en témoigner publiquement sa reconnaissance. Je vois avec bonheur que je ne me suis pas trompé, puisque le corps médical a répondu avec tant d'empressement à mon modeste appel.

Si après l'estime de soi, celle de ses pairs est la plus douce, nos confrères de l'armée doivent être doublement heureux, car chacun de nous peut dire : Ils ont bien mérité de la profession. Non-seulement ils ont servi honorablement la patrie en se dévouant pour nos soldats sur les champs de bataille, dans les épidémies, mais encore, et dans nombre de circonstances, ils se sont souvenus que le médecin se doit à tous; nos ennemis eux-mêmes, en effet, ont reçu constamment de leur part des soins aussi empressés qu'ils en eussent trouvé chez leurs propres médecins.

Je dois ajouter du reste, pour être juste, que les officiers de santé de l'armée russe ont fait preuve à notre égard des mêmes sentiments d'humanité, et que notre pays doit à leur dévouement désintéressé la vie d'un grand nombre de ses braves défenseurs.

Les grandes réunions, dit-on, élèvent l'âme; elles inspirent l'idée du bien. Espérons que celle-ci aura pour heureux résultat de resserrer les liens de la grande famille médicale en développant chez nous l'amour de la vraie, de la pure confraternité, et en faisant comprendre à tous que le meilleur moyen d'honorer la profession, c'est de nous honorer nous-mêmes par une vie médicale exempte de tout reproche.

Je porte un toast à la confraternité médicale ! (Applaudissements.)

M. le professeur Piorry a lu la cantate suivante, qui a été couverte d'applaudissements.

Formant une seule famille,
Des médecins jadis rivaux,
Par le vin mousseux qui pétille
Se délassent de leurs travaux.
L'amitié remplace la haine;
Après la nuit vient la clarté;
Ils ne veulent pas d'autre chaîne
Que l'union et la gaîté!
Soyons unis comme des frères!
En médecins, en bons Français,
Au bruit du champagne et des verres,
Chantons l'union et la paix!

L'affreux démon de la bataille
Est foudroyé par nos guerriers;
Contre les coups de la mitraille
Ils s'abritent sous des lauriers.
Les enfants de la Gaule antique
Font planer leur aigle vainqueur;
Ils ornent la France héroïque
D'un nouvel écusson d'honneur.
Soyons unis, etc.

Sur le grabat de l'indigence
Demain vous allez vous pencher;
Les perles de la bienfaisance
De votre cœur vont s'épancher.
Hier l'étude périlleuse
Traçait le sillon du progrès.
La science est laborieuse,
Que le plaisir arrive après.
Soyons unis, etc.

Chantons la paix et la victoire,
Nous, amants de l'humanité,
Et qui ne découvrons la gloire
Que rayonnant d'utilité!
Français, nous donnerions la vie
Pour secourir un ennemi.
Le médecin en Moscovie
Dans le blessé voit un ami.
Soyons unis, etc.

Buvons, frères, à notre armée,
Buvons à nos blessés français,
A notre France bien-aimée,
A l'Empereur, aux fiers Anglais!
Buvons aux braves d'Italie,
Aux Ottomans sablant du vin;
Buvons aux Russes, à l'Asie,
Buvons à tout le genre humain!
Soyons unis, etc.

LISTE DES PERSONNES QUI ASSISTAIENT AU BANQUET.

Invités.

Sir John Hall, chevalier commandeur de l'ordre du Bain, inspecteur général des hôpitaux anglais en Orient; David Deas, chevalier de l'ordre du Bain, et inspecteur médical des flottes et des hôpitaux maritimes de l'Angleterre dans la mer Noire; le docteur Wyatt, médecin dans la garde de la reine.

Le chevalier Comisetti, médecin en chef du corps expéditionnaire sarde; le docteur Mazzolini, médecin de régiment de 1re classe près le 6e régiment d'infanterie.

Le colonel-docteur Sinapian, professeur à l'Ecole de médecine de Constantinople.

Médecins-inspecteurs de l'armée française. — Baudens, membre du conseil de santé des armées; Michel Lévy, directeur de l'Ecole de médecine militaire du Val-de-Grâce.

Médecins principaux de 1re classe. — Cambay; Morgue, médecin en chef à l'hôpital militaire de Lyon; Scoutetten, ex-médecin en chef de tous les hôpitaux de Constantinople; Scrive, ex-médecin en chef de l'armée de Crimée.

Médecins principaux de 2e classe. — Artigues; Castano; Lustremann, professeur à l'Ecole de médecine militaire du Val-de-Grâce; Méry, médecin en chef du 3e corps de l'armée de Crimée; Mounier, professeur à l'Ecole de médecine militaire du Val-de-Grâce.

Médecins-majors. — Armand; Bertrand; Bertrand (du 39e de ligne); Brisset; Brivin; Caumont; Chenu; Delahaye; Ditz; Garnier; Huart; Lacronique; Laforest; Legouest, agrégé au Val-de-Grâce; C. Latour; Masse; Maublanc, pharmacien; Mérimée; Nicolas; Périer, médecin des Invalides, ex-médecin en chef de la 3e division à l'armée d'Orient; Pietri; Thinus; Raichon; Tholozan, professeur agrégé au Val-de-Grâce; Varlet; Vergesse.

Médecins aides-majors. — Th. Bailly; Barberet; Billon; Blin; Chabrely; Ed. Chartier; Chevassu, Corne; Courboulis; Darcy; Paul Dauvé; de Glaesel; de Guillin; de Potor; de Séré; Drouet; Ely; Germain; Hubert de Sainte-Croix; Isidore (dit Dukerlay); Janvier; A. Lacome; Maupou; Martin; Mignot; Morel; Mouret; Noël; Normand; Nuzliat; Perrin; Poignet; Prévost; Pucelle; Puech; Rollet; Rozan; Rueff; Sala; Sancery; Sardou; Thomas; Vallois; Vincent.

Médecins de la marine. — A. Bastin, ex-chirurgien sur le vaisseau amiral le *Montebello;* Damicourt, chirurgien-major de la corvette à vapeur l'*Aigle;* Legoarant; Mondière; Morin; Ollivier, chirurgien de 1re classe.

Invitants.

Adde-Margras; Allaire; Allevin, de Montreuil-aux-Lions; Andrieux, de Saint-Denis; Arasté, de la Chapelle-Saint-Denis; Arnal, médecin de l'Empereur par quartier; Augé, de Pithiviers; Augouard père; Aulet d'Houdan; Auzelly, de Brie-Comte-Robert; Azum, d'Egreville (Seine-et-Marne).

Babut, de Clermont-Ferrand; Barailler, médecin en chef de la marine à Toulon; Barbin, de Droué (Loir-et-Cher); Bardinet, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges; Baret; Baroilhet; Barthélemy, de Saumur, médecin-major en retraite; Batbie, de Meudon; Bédor fils, de Troyes; Bédor père, de Troyes; Bécourt; Becquet, de Neuilly; Bégin, président du conseil de santé des armées; Bellière, d'Houdan; Berger, de Bischewiller (Haut-Rhin); Bergeron, médecin des hôpitaux; Bergonier; Beugnot; Bigelow; Bigot, de Montmartre; Bisson; Blanc; Blatin; Blondet, interne des hôpitaux; Boinet, membre de la Société de chirurgie; Bonjean, pharmacien à Chambéry; Bonnafont, médecin de l'hôpital militaire du Roule; Bossu; Boucher-de-la-Ville-Jossy, médecin des hôpitaux; Boué; Bouillaud, professeur à la Faculté de médecine; Bouland; Boulland, de Limoges; Bourdin; Boutin de Beauregard; Brawaski, de Chaumont (Oise); Brierre de Boismont; Brochin, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux;* Brou, de Maisons-Laffitte.

Cabanellas, secrétaire général de l'Association des médecins de la Seine; Cadet, de Maintenon; Calvo; Campbell; Camus, médecin-major au 2e carabiniers, à Versailles; Capron; Caron; Carrère; Cellières; Cerise; Chabory, de Moy (Aisne); Chambard, de Lyon; Chamerot; Charrière père; Charrière fils; Chassaignac, chirurgien des hôpitaux; Chenet, de Belleville; Chénier, d'Orsay (Seine-et-Oise); Civiale, membre de l'Institut; le chevalier Chermside; Jules Cloquet, professeur à la Faculté de médecine; Collin, de la Villette; Combe, de Saint-Germain en Laye; Cominal, aide-major au 6e chasseurs à cheval, à Verdun; Compérat; Conneau, premier médecin de l'Empereur; Contour; Coster; Courtin, de Valenciennes; Crestey.

Dassonneville; Dechambre, rédacteur de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie;* Déclat; Deflandre, de Bohain (Aisne); Dehaut, pharmacien; Delage; Delanglard; Delarue; Deleau jeune; Delmas, médecin-major, secrétaire-adjoint du conseil de santé des armées; Denisart; Deperrière, de Saumur (Maine-et-Loire); Dequevauvillers; Deschaumes; Desmarres, professeur d'ophthalmologie; Desprez, chirurgien des hôpitaux; Détousches; Deval; Devergie, médecin des hôpitaux; Deverre; Doquin, médecin-major au 16e régiment de ligne; le baron Paul Dubois, doyen de la Faculté de médecine, président de la commission du banquet; Dubois, de Montfermeil; Dubuc, de Monville (Seine-Inférieure); Duchenne, de Boulogne; Duchesne, du Havre; Ducommun; Ch. Dufour; Dufour, aide-major à Saint-Germain en Laye; Dumas; Dupertuis, de Champigny; Dupont; Durozier; Durriau; Duval, de Chaillot; Duvivier.

Espérou.

Faivre; Falret, médecin des hôpitaux; Fantin; Faure, médecin à l'hôpital des Invalides; le professeur Faye, de Christiania, médecin de S. M. le roi de Suède; Ferrand, de la Petite-Villette; Fiaux; Filhos; Finot, de la Chappelle-Saint-Denis; Foucault, de Nanterre; Fouques; Fourneret, de Fontainebleau; Fournier-Deschamps; Furnari.

Galet; Germer-Baillière; Giboin; de Gislain, de Montargis (Loiret) Girault, de Rambouillet; Godelier, professeur au Val-de-Grâce; Gorlier, de Rosny (Seine-et-Oise); Gosselin, chirurgien des hôpitaux; Gonpil; Grenet; Jules Guérin, rédacteur en chef de la *Gazette médicale;* Guersant, chirurgien des hôpitaux; Guillon père, Guillon fils.

Hadou, d'Armentières (Nord); Handvogel; Harsans, de Rambouillet; Heath, premier aide-chirurgien à l'hôpital de Manchester; Hénoque; Henri de Navenne; Héricé, de Livourne (Gironde); Hervé, de Lavaur; Hervez de Chégoin; le baron Heurteloup; Houzelot, de Meaux; Hulard, de Monville (Seine-Inférieure); Hurteaux; Hutin, médecin en chef de l'hôpital militaire des Invalides.

Jallon, d'Orléans; Jamain, rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux* et des *Archives d'ophthalmologie;* Janin; Jobert (de Lamballe), professeur à la Faculté de médecine; Josias, de Charenton-Saint-Maurice; Junod; Juzanx, aide-major au 13e de ligne.

Kunckel.

Labé; Labitte, de Clermont (Oise); Lacipière, aide-major à l'artillerie à pied de la garde à Versailles; Lacroix, de Fontenay-aux-Roses; Lagneau, membre de l'Académie de médecine; Laloy, de Belleville; Lamaestre; le baron Larrey, sous-directeur et professeur de l'Ecole militaire du Val-de-Grâce; Larroze; Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union médicale;* Lebreton; Le Cœur, de Caen; Lécorché, interne des hôpitaux; Lefebvre, Lefebvre (Alfred); Lefol; Legendre, médecin des hôpitaux; Legoux, docteur en médecine, pharmacien en chef de l'hôpital militaire de Saumur; Lemaire; Lerma; Leroy-d'Etiolles; Leroy-des-Barres, de Saint-Denis; Leroy-Dupré; Le Sourd frères; Lhoste, aide-major au 17e de ligne; de Lignerolles, à Lignerolles (Calvados); Lisle; Loiseau, à Montmartre; Lorne; Lubanski, à Longchène, près de Lyon; Lucas, d'Orléans; Lucas-Championnière; Lucien Boyer; Lüer.

Machelard; Maher, directeur du service de santé à Rochefort; Maheux, secrétaire-trésorier de la commission du banquet; Maigrot, de Saint-Dizier; Maillot, médecin-inspecteur du service de santé des armées; Maisonneuve, chirurgien des hôpitaux; Malingre; Manget; Marchal (de Calvi), agrégé libre de la Faculté de médecine; Margain, chirurgien de la marine; Marie; Martin, médecin-major; Massiani, de Melun; Mathieu; Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie; Matteï; Alex. Mayer, médecin de l'inspection générale de la salubrité et de l'hospice des Quinze-Vingts; Mazard, de Limoges; Meding, président de la Société médicale allemande; Meliet de Saint-Arnoult; Mennessier; Mesnet; Meurdefroy; Mialhe, pharmacien de l'Empereur; Michel; Migon; Moissenet, médecin des hôpitaux; Monod, chirurgien des hôpitaux; Montée; Mouzard, Moynier.

Nélaton, professeur à la Faculté de médecine; Nicot.

Obiglio Buchey; Olliffe, médecin de l'ambassade d'Angleterre; Ortiguier, de Chevreuse (Seine-et-Oise); O'Rorke; Otterbourg; Ozouf.

Paquet, de Roubaix; Paris, de Gray; Pelport; Perdrix, secrétaire général honoraire de l'Association des médecins de la Seine; Perron; Pétel, du Câteau (Nord); Petit, de Château-Thierry (Aisne); Peyre, médecin à l'hôpital militaire des Invalides; Peyron, de Marines (Seine-et-Oise); Piedallu, d'Ouzouer-le-Marché (Loir-et-Cher); Pinault, de Châteauroux (Indre); Pineau, interne des hôpitaux; Piorry, professeur à la Faculté de médecine; Pirault des Chaumes, de Puteaux; Plouvier; Poggioli; Portallier; Poterin-Dumotel; Protheroe-Smith; Putel, de Neuilly (Seine).

Quinement, de Muron (Charente-Inférieure).

Raciborski, ancien chef de clinique de la Faculté; Rampont, de Villiers-le-Bel (Seine-et-Oise); Raoul, de Toulon; Rapatel, de Brunoy; Rayer, membre de l'Institut; Reboul, de Lisieux; Riboullet, médecin principal, secrétaire du conseil de santé des armées; Richard, d'Evreux, Richelot; Ricord (Ph.), chirurgien des hôpitaux; Riégé; Riembault; Rigo di Macedo, médecin en chef de l'armée brésilienne; Rochard; Roelands, de Courbevoie; Rogé, de Guitres; Henri Roger, médecin des hôpitaux; Rousset; Jules Roux, chirurgien en chef de la marine, à Toulon.

De Saint-Germain, interne des hôpitaux; de Saint-Jean; de Saint-Martin-de-la-Plagne, de Nantes; Samson; Sarret; Schnepf; Ségalas; Sellier; Semelaigne, de Neuilly; Sénard, chirurgien principal adjoint à l'inspection générale du service de santé de la marine; de Séré; Sestier, médecin des hôpitaux; Shrimpton; Sichel, professeur d'ophthalmologie; Simonet; Surbled, de Corbeil (Seine-et-Oise).

Ambroise Tardieu, médecin des hôpitaux; Tassel, interne des hôpitaux; Theullier, chirurgien-major de la gendarmerie de la Seine; Thibaut; Thinus, pharmacien à Fontainebleau, Thomas, de Longueville; Tiger; Tournier; de Trétaigne.

Ulcocq.

Vaillant, membre du conseil de santé des armées; Variu, de Metz; Vaucanu, d'Yvetot (Seine-Inférieure); Verdé de Lisle; Verdier; Vergne; Vernet, de Villeneuve-de-Berg (Ardèche); Verron, de Vertus (Marne); Vidal, de Poitiers; Villeneuve; Vincenot, de Gentilly; Voisin, médecin des hôpitaux; Vosseur.

Wertheim.

Le baron Yvan.

Zurcher.

Nous apprenons de bonne source que notre honorable confrère M. le docteur Maillot va être appelé au conseil de santé de l'armée en remplacement de M. Michel Lévy, qui a cessé ses fonctions en prenant la direction de l'Ecole du Val-de-Grâce.

M. Scrive, ancien professeur des hôpitaux d'instruction, et tout récemment médecin en chef de l'armée de Crimée, remplacera M. Maillot comme médecin inspecteur.

— C'est aujourd'hui mardi, à une heure, qu'aura lieu, en l'étude de Me Berceon, notaire, rue Saint-Honoré, 346, la vente de l'*Abeille médicale.*

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 AOUT 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

La ligature de l'œsophage n'ayant plus la parole devant l'Académie, se réfugie dans la correspondance. MM. Sédillot et Follin ont communiqué les résultats des faits qu'ils ont observés et des expériences qu'ils ont faites, soit en vue de contrôler les faits récemment communiqués à l'Académie, soit dans un autre but.

Les expériences de M. Sédillot confirment tout à la fois, sans que cela implique le moins du monde contradiction, les observations de M. Bouley relativement à l'influence de la ligature sur la production des efforts de vomissements, et celle de M. Jobert sur les phénomènes inhérents à l'action locale du lien sur les tissus de l'œsophage et sur l'innocuité de la ligature considérée en elle-même. Quant aux observations de M. Follin, elles ont une portée toute différente; elles introduisent un nouvel élément dans le problème soumis en ce moment à l'appréciation de l'Académie, en faisant connaître l'influence qu'exerce sur le résultat de la ligature la constriction du museau ou tout autre obstacle mécanique apporté à l'expulsion des liquides salivaires. Il y a là une nouvelle série de faits dont la commission aura à tenir compte.

Nous avons déjà entretenu plusieurs fois nos lecteurs de cette affection si singulière, qu'Addison a appelée *maladie bronzée*, et à laquelle M. Trousseau propose de donner le nom de son inventeur. Le fait curieux que nous avons publié a été porté hier à la tribune. Ce fait, rapproché d'une observation analogue encore inédite, recueillie dans le service de M. Cazenave à l'hôpital Saint-Louis, et de résultats d'une série d'expériences physiologiques récemment instituées par M. Brown-Séquard, a fourni à M. Trousseau le texte de considérations physiologico-pathologiques très-ingénieuses sur les relations qui semblent exister entre les fonctions jusqu'ici inconnues des capsules surrénales et le développement de l'élément pigmentaire de la peau.

Nous aurons l'occasion de revenir sur cette dernière question lorsque nous rendrons compte du mémoire que M. Brown-Séquard a lu sur ce sujet dans la dernière séance de l'Académie des sciences. Pour le moment, nous nous bornons à constater l'intérêt avec lequel a été accueillie la communication de M. Trousseau, malgré les observations atténuantes de MM. Bouillaud et Gibert.

Un mot a été dit, dans cette petite discussion, que nous n'avons pas entendu sans quelque regret. C'est là, a dit M. Bouillaud en faisant allusion aux expériences de M. Brown-Séquard, de la *physiologie amusante*. Qui d'entre nous, dans le cours de ses études ou dans les loisirs de sa carrière, n'a cherché à répéter quelques-unes de ces expériences physiologiques faciles dont les résultats sont toujours si intéressants à constater? M. Bouillaud lui-même n'a-t-il pas aussi occupé quelques-uns de ses moments de loisir à des études de ce genre? Nous nous rappelons encore l'époque, qui n'est pas assez éloignée de nous pour que les habitués de l'Académie aient pu l'oublier, où le grave médecin de la Charité s'amusait à faire pirouetter sur le bureau de pauvres petites colombes dont il avait mutilé le cervelet, pour démontrer que cet organe est le régulateur des mouvements. Nous comprendrions, à la rigueur, qu'on appelât cela de la physiologie amusante; mais cette qualification a paru peu convenable, appliquée aux travaux d'un homme qui, exclusivement voué à l'étude de la physiologie expérimentale, passe à bon droit pour avoir fait, depuis une quinzaine d'années, de la physiologie très-sérieuse.

Trois membres correspondants et un médecin étranger ont occupé le reste de la séance pour des communications diverses, et qui ont toutes leur part d'intérêt. Nous devons surtout mentionner celle de M. Jules Roux (de Toulon) sur le traitement des kystes congéniaux du cou par les injections iodées, où sont rapportés deux exemples remarquables de succès de cette méthode encore inappliquée jusqu'ici dans cette circonstance.

M. Quadri fils (de Naples) a exposé quelques vues nouvelles sur l'iritis envisagé sous le point de vue de l'influence qu'exercent sur elle les divers climats. M. Rufz a présenté une pièce d'anatomie pathologique assez curieuse, relative à un anévrisme de l'artère dentaire inférieure, dont il n'existe probablement que de très-rares exemples dans la science, puisqu'il ne s'en est présenté aucun au souvenir de M. Broca, si versé dans l'histoire des anévrismes; enfin M. Bonnafont a expliqué de vive voix son procédé opératoire pour le traitement du phimosis, dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Du rachitis (1).

Etiologie. — Parmi les causes nombreuses auxquelles on attribue le rachitis, l'hérédité tient le premier rang, et si elle ne suffit pas à elle seule pour déterminer la maladie, elle y prédispose bien certainement, ainsi que le prouvent les nombreux exemples d'enfants rachitiques dont les parents l'avaient été dans leur jeunesse, ou dont les mères avaient été ou étaient encore, au moment de leur accouchement, atteintes d'ostéomalacie à un degré plus ou moins avancé. Je ne prétends pas dire cependant que des enfants dont les parents ont été rachitiques le soient fatalement, ou que des mères frappées d'ostéomalacie donnent fatalement encore naissance à des enfants qui sont ou seront rachitiques. Mon opinion n'est point aussi absolue. Je pense seulement que des parents ayant été rachitiques, ou des mères actuellement ostéomalaciques, procréeront des enfants *prédisposés* au rachitis.

Tout ce qui a été dit de certaines constitutions prédisposant à la maladie est loin d'être prouvé. On a prétendu, par exemple, que la constitution scrofuleuse était une des causes du rachitis et que le rachitis n'était qu'une expression de la scrofule. Pendant les quatorze années que j'ai passées à l'hôpital Necker, ayant certainement dans mon service plus de trente rachitiques par an, et pendant les quatre années que je suis resté à l'hôpital des Enfants-Malades, ayant toujours cinq ou six rachitiques en traitement, j'ai observé une si grande disparité entre la scrofule et le rachitis, que je suis arrivé à la conviction qu'il y a antipathie entre ces deux maladies, et que l'une exclut l'autre. Aussi, quand je voyais dans mes salles d'enfants des petits sujets atteints d'engorgement des ganglions du cou, j'affirmais qu'ils n'étaient point rachitiques.

Ce ne sont point non plus les enfants chétifs depuis leur naissance qui sont seulement voués à la maladie; très-souvent, au contraire, avant la manifestation de la faiblesse et de la fièvre, avant le gonflement du ventre, ils ont eu de l'embonpoint et tous les attributs de la santé.

Dans les hôpitaux d'enfants, il est maintenant bien avéré que chez les neuf dixièmes des petits malades (pour ne pas dire chez tous) qui succombent à des affections chroniques, le tubercule est la règle; eh bien, il faut en excepter le rachitis, car là encore il y a antagonisme : le rachitis exclut le tubercule. Je sais bien que M. le docteur Beylard a cité, dans sa très-excellente thèse, deux cas où il avait trouvé un ou deux noyaux tuberculeux dans les poumons d'enfants rachitiques; mais je n'en conserve pas moins mon dire, même dans tout ce qu'il a de plus exclusif.

L'humidité paraît avoir une influence très-marquée sur le développement du rachitis. Dans le centre de l'Europe, en France, en Angleterre, en Allemagne, en Hollande, il y a des rachitiques; mais en Espagne et en Italie on en compte bien peu. Lorsqu'on laisse de jeunes animaux dans des basses-cours humides, froides, peu éclairées, ils deviennent rachitiques, et les travaux des médecins et des vétérinaires ont fort bien mis ce point en relief qu'avec la même alimentation, mais dans des lieux mieux exposés, ces mêmes animaux viennent à merveille. Ce qui est vrai pour des couvées entières de poussins et d'oies, pour de jeunes chiens de chasse, dont les articulations sont gonflées et dont les os sont courbés, l'est à bien plus forte raison pour l'homme qui vit dans un milieu malsain et dans des conditions hygiéniques généralement mauvaises. En voici un bien frappant exemple rapporté par M. Beylard :

Obs. — Un menuisier, d'une bonne santé, marié à une jeune femme bien constituée, habitait un rez-de-chaussée sombre, humide et peu aéré; sur cinq enfants, qui naquirent robustes et qui furent pendant longtemps allaités par leur mère, trois présentèrent à un haut degré les signes du rachitis.

L'aînée, fille de dix ans, eut un engorgement ganglionnaire du cou.

Un frère, âgé de huit ans en janvier 1851, était devenu rachitique vers l'âge de quinze mois. Les membres étaient courbés, au point qu'à l'angle formé par la courbure de la jambe droite, par exemple, le frottement continuel de la robe usait son bas dans l'espace de quelques jours. Il n'avait marché pour la première fois qu'au mois d'août de l'année 1850.

Sa sœur, âgée de sept ans, devint malade au même âge que lui; à trois ans et demi, elle se cassa le bras droit en tombant d'un tabouret sur lequel elle était assise, et qui n'était haut que de 12 à 15 centimètres. Trois mois plus tard, son bras était remis, et elle s'en servait, lorsqu'il se produisit une nouvelle fracture dans le même point de l'humérus, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, et par suite d'une cause tout aussi légère. L'os resta gonflé pendant quelque temps, puis la fracture se consolida de nouveau; elle ne marcha qu'à l'âge de six ans et demi. Quand nous la vîmes, elle était guérie, mais ne s'était point redressée; les humérus étaient tordus sur leur axe; le droit décrivait une S, dont la concavité supérieure très-marquée était antérieure et interne, et l'inférieure externe et un peu antérieure; les jambes formaient à leur tiers inférieur une saillie extrêmement anguleuse; la convexité des fémurs se trouvait en avant et en dehors. La déformation des côtes n'était plus très-marquée, seulement le sternum était très-proéminant à sa partie supérieure.

Un autre frère, moins âgé, portait encore quelques traces d'un rachitis très-violent, qui avait commencé à quatorze mois, d'après le rapport de la mère; celui-ci a marché à l'âge de quatre ans et demi.

Nous pourrions multiplier ces exemples.

Il est aujourd'hui hors de doute que le genre de nourriture joue un rôle très-important dans le développement du rachitis. On sait depuis longtemps que les enfants sevrés de bonne heure, et auxquels on donne une nourriture qui n'est pas en rapport avec leur âge, sont ceux qui deviennent rachitiques; mais les expériences que M. J. Guérin a faites sur des chiens ont mieux mis en relief la fâcheuse influence de cette cause. M. Guérin prit des chiens d'une même portée, laissa teter les uns et fit manger de la viande aux autres; ces derniers eurent au bout de peu de temps de la diarrhée; ils maigrirent, puis devinrent tout à fait rachitiques, et marchèrent bientôt sur le milieu de leurs fémurs ployés.

La grande loi de la nature, celle à laquelle on ne saurait se soustraire sans péril, c'est que les jeunes êtres demandent à être allaités, mais allaités selon les conditions requises. Nous voyons tous les jours dans le monde des jeunes mères animées du bon vouloir de suivre à la lettre les conseils du philosophe de Genève, et qui viennent bientôt au secours de la vanité offensée de leurs mamelles vides, en faisant ingérer à leurs enfants des jus de viande. Savez-vous l'avenir qu'elles préparent à l'objet de leur inintelligente tendresse? Les enfants de ces femmes à sollicitude maternelle si mal éclairée et les petits chiens de M. Guérin deviennent rachitiques les uns et les autres, et pour la même cause : leur alimentation est mal appropriée, trop succulente. Les voies gastro-intestinales de l'enfant ne sont propres qu'à recevoir le liquide nourricier, les viscères ne sont pas encore disposés à l'acte digestif d'aliments trop réparateurs; aussi les accidents que nous avons vus survenir chez les jeunes mammifères sur lesquels on a expérimenté ne manquent-ils pas d'apparaître ici. Malgré cela, le rachitis n'est point une maladie des classes riches; il attaque comparativement bien davantage les enfants des pauvres qui sont placés dans de mauvaises conditions hygiéniques.

Bien que le rachitis soit une affection très-commune, les relevés statistiques n'établissent pas d'une façon très-péremptoire s'il sévit plus fréquemment sur un sexe que sur l'autre. Dans les premières années de la vie, le chiffre des garçons semble balancer celui des filles; mais un peu plus tard les filles paraissent être en majorité. Dans l'ostéomalacie de l'adulte, on ne rencontre presque exclusivement que des femmes.

Tous les auteurs s'accordent sur ce point, que le rachitis se développe le plus souvent à l'époque de la première dentition. L'évolution dentaire n'en est sans doute pas la cause, car le rachitis est une des maladies qui se manifestent le plus lentement, et les enfants nés dans de mauvaises conditions ou sevrés peu de temps après leur naissance en ressentent les effets quelques mois après, lorsque ces effets funestes, bien entendu, doivent produire le ra-

(1) Suite. — Voir les numéros des 17 juillet et 14 août.

chitis; de façon que l'affection se montre d'ordinaire de six à dix-huit mois, mais surtout entre huit et douze mois.

Plusieurs fois déjà, dans ces conférences, le mot ostéomalacie a été prononcé, et nous n'en avons avec intention encore rien dit, mais voici le moment venu, et cela avant que de continuer et de finir tout ce qui a rapport au rachitis.

De l'ostéomalacie. — L'influence que, dans l'étude du rachitis, nous avons reconnue à l'hérédité, comme cause prédisposante, nous paraît aussi exister dans l'ostéomalacie; mais elle est encore bien plus difficile à constater. L'exemple cité par Ekman, unique il est vrai dans la science, nous semble cependant une preuve manifeste que l'ostéomalacie peut se transmettre en tant qu'ostéomalacie, c'est-à-dire que les enfants, ayant joui d'une immunité complète jusqu'à l'âge de l'adolescence, peuvent alors être pris d'ostéomalacie, comme leurs parents.

OBS. — Une famille vivant dans l'Upland, où elle travaillait à des mines de fer, présenta, jusqu'à la troisième génération, de la fragilité et de la déviation des os. Personne, dans cette famille, n'avait eu de maladies sérieuses; son habitation n'était point dans une contrée marécageuse, sa nourriture était la même que celle des autres ouvriers de la mine.

Le chef, appelé Nicolas Ekroth, était né de parents employés aux mines; tout ce que l'on sait sur lui, c'est qu'il était contrefait et qu'il marchait difficilement. Cet homme épousa une femme robuste, dont il eut quatre enfants, constituant la *première génération*.

L'aîné, d'une bonne santé dans son enfance, devint impotent et fut obligé de mendier pour vivre; il mourut à l'âge de soixante-treize ans. Le deuxième enfant fut une fille; on ne connait rien de ses premières années. A son adolescence, sa taille se courba, ses pieds se renversèrent, sa démarche ressemblait à celle d'une oie.

Point de renseignements sur le troisième enfant, qui était une fille.

Le quatrième était un garçon de la taille d'un nain, qui ne pouvait marcher. On dit que dans son enfance, il était d'une belle conformation, mais que ses bras et ses jambes se courbèrent au bout d'un certain temps, ce qui ne l'empêcha pas de se marier avec une femme bien constituée.

Deuxième génération. — De cette union naquit un fils, qui, dès sa plus tendre enfance, eut de nombreuses fractures et devint contrefait. Pour changer de place, il se traînait en s'appuyant sur ses coudes; il vécut d'aumônes, et mourut à l'âge de cinquante-six ans, ayant toujours éprouvé des douleurs vagues dans tout le corps.

Troisième génération. Il eut deux enfants d'une femme robuste; l'aîné, un mois après sa naissance, avait les membres si mous, qu'au moindre contact, ses os se courbaient ou se brisaient. Il marchait à quatre pattes comme les animaux, et pouvait se tenir debout à l'aide de béquilles seulement; à vingt-deux ans, il eut une fracture du tibia; elle se consolida en huit semaines avec un cal apparent. Il mourut à la suite d'excès de boisson. En examinant son squelette, on constata que les articulations et les épiphyses étaient restées saines, quoique tous les os fussent courbés et présentassent un grand nombre de fractures.

Sa sœur, huit jours après sa naissance, eut une fracture du bras par la cause la plus légère; elle éprouva des accidents en tout semblables à ceux de son frère. Sa taille était courbée; à vingt-trois ans, elle avait 49 pouces 1/2 et n'avait pas encore été réglée.

Dans l'histoire de cette famille, on remarquera que les maladies que l'on désigne communément sous les noms d'ostéomalacie, de rachitis et de fragilité des os, se montrent combinées ou isolées sur le même individu; que tous les membres de la famille ont été affectés d'ostéomalacie, et qu'une guérison plus ou moins complète a pu s'opérer et leur permettre de vivre pendant longtemps. Il est difficile de ne pas admettre ici une influence héréditaire qui présente ceci de remarquable, qu'elle est du côté paternel. Chez les uns, elle agit immédiatement après la naissance; chez les autres, elle attend jusqu'à l'âge adulte pour se manifester.

Étiologie. — Outre l'hérédité, dont nous venons de rapporter un si bel exemple, on s'est généralement accordé pour reconnaître comme causes prédisposantes de l'ostéomalacie les mauvaises conditions hygiéniques, l'habitation dans un logement humide et mal aéré, des vêtements trop légers, insuffisants pour des climats froids et pluvieux, comme ceux du Nord; l'air malsain de certaines parties des villes populeuses. Ces causes paraissent, en effet, puissantes; mais en y regardant de plus près, on est forcé de convenir:

1° Que le nombre de cas de ramollissement simple des os des adultes est trop restreint pour que l'on puisse juger de l'effet de ces causes;

2° Que l'ostéomalacie, à son début, est très-souvent confondue avec le rhumatisme et les maladies de la moelle, qui naissent aussi sous ces diverses influences, et que cette erreur de diagnostic, au début de la maladie, a dû nécessairement rapprocher, dans l'esprit des auteurs, les causes de l'ostéomalacie de celles du rhumatisme et des maladies de la moelle épinière;

3° Que l'ostéomalacie se montre dans tous les pays, sous tous les climats. Cependant, nous devons le dire, il a été constaté dans plusieurs observations, que l'humidité semblait prendre une part importante dans le développement de cette maladie.

L'âge auquel l'ostéomalacie survient le plus fréquemment est de trente à quarante ans. Du reste, voici un tableau qu'a dressé M. le docteur Beylard:

Au-dessous de 20 ans. . . .	2 cas.
Entre 20 et 30 ans. . . .	5 »
Entre 30 et 40 ans. . . .	17 »
Entre 40 et 50 ans. . . .	10 »
Entre 50 et 60 ans. . . .	2 »
Au-dessus de 60 ans. . . .	3 »

Quant au sexe, il est établi que la proportion des femmes est infiniment plus considérable que celle des hommes.

L'ostéomalacie est moins fréquente chez les filles que chez les femmes, et les grossesses répétées en sont, sans contredit, une cause puissante, sans être toutefois indispensable.

Au nombre des causes prédisposantes, on a aussi rangé les cachexies cancéreuse, scorbutique, siphylitique, arthritique, les métastases exanthématiques, l'abus du mercure, etc. Mais nous allons voir bientôt jusqu'à quel point elles peuvent produire l'ostéomalacie.

En rapprochant toutes ces causes de celles qui semblent faire naître le ramollissement des os des enfants, nous voyons de part et d'autre que celles qui sont négatives, ou sur lesquelles on peut conserver des doutes, comme celles dont on peut le mieux apprécier l'influence, se retrouvent à peu près au même degré. L'alimentation, qui joue un rôle si important chez les enfants, est la seule que l'on ne retrouve pas comme cause ordinaire de l'ostéomalacie.

Symptômes. — Le début de l'ostéomalacie est insidieux et difficile à préciser. On observe d'abord des douleurs vagues, erratiques, se développant pendant le mouvement ou après une fatigue, disparaissant par le repos. Elles se présentent parfois sous forme d'accès, qui se dissipent entièrement pour ne se renouveler qu'à de longs intervalles; c'est cette forme qui a fait assigner à la maladie un terme exagéré. Le plus ordinairement elles deviennent bientôt de plus en plus fréquentes, sous l'influence de la moindre cause, et surtout de l'humidité: elles durent plus longtemps, sont plus difficiles à soulager, et finissent par devenir continues.

Au début, ces douleurs sont vagues, profondes, sans siége déterminé; elles affectent indistinctement la tête, le thorax, les cuisses, les reins, les articulations, et alors elles sont presque toujours prises pour des douleurs rhumatismales ou goutteuses. D'autres fois la douleur, quoique générale, affecte plus particulièrement une moitié du corps, beaucoup plus rarement un membre. Jamais elle ne se fixe pendant très-longtemps dans un point circonscrit, le reste de l'économie en étant exempt; seulement, comme nous le verrons, une douleur vive dans un point limité est souvent le signe précurseur d'une fracture dont l'existence peut n'être constatée qu'après la mort.

En général, les douleurs vont en augmentant avec les progrès de la maladie, surtout s'ils sont rapides. Lorsque l'ostéomalacie est avancée, elles persistent, et sont spontanées et continues; les mouvements, la pression les exaspèrent; il survient même quelquefois une susceptibilité nerveuse extrême chez certains sujets.

En même temps que les douleurs du début, il survient un sentiment de fatigue qu'augmente le moindre travail. Les malades sont courbaturés; ils ont de la faiblesse dans les reins et les jambes, de l'aversion pour l'exercice, de l'hésitation dans la marche qui devient presque impossible sans aide; ils se tiennent moins droits et semblent toujours craindre d'être renversés au moindre choc.

Les sujets maigrissent sans qu'on puisse en découvrir la cause; la peau devient chaude, le pouls fréquent, sans que la nature de la fièvre ait été bien caractérisée; cependant on sait qu'elle s'est montrée plusieurs fois avec des intermittences manifestes. Il existe une certaine corrélation entre cette accélération du pouls et les douleurs. On observe quelquefois des sueurs abondantes, particulièrement lorsque les malades sont obligés de garder le lit; mais elles ne paraissent pas tout à fait au début.

La respiration est gênée, il y a de la toux sans expectoration et sans signes stéthoscopiques; mais lorsque la maladie a fait des progrès, la cage thoracique est déformée, la respiration devient plus courte, la toux plus fréquente et plus douloureuse: alors les côtes se fracturent avec une grande facilité, et il survient des hémoptysies et de la suffocation. La circulation se trouve embarrassée par suite de la compression du cœur et des gros vaisseaux, ce qui donne souvent lieu à un œdème plus ou moins général.

L'appétit est bien conservé, la soif est normale; quelquefois cependant les digestions sont troublées, il y a quelques vomissements; le ventre est volumineux et souple à la pression; il y a des alternatives de constipation et de diarrhée; celle-ci finit, dans certains cas, par devenir colliquative.

Les urines sont abondantes; elles forment un dépôt de phosphate de chaux, quelquefois même de petits graviers. D'autres sécrétions contiennent aussi du phosphate de chaux.

Les fonctions génitales s'exécutent bien, et la menstruation reste en général assez régulière chez les femmes qui, malgré un état avancé de la maladie, peuvent un grand nombre de fois devenir enceintes et accoucher à terme. L'intelligence est nette, et dès que les douleurs se sont dissipées, les malades ne se préoccupent point de leur état et montrent même une certaine gaieté.

Tels sont les symptômes fonctionnels dont l'ensemble peut mettre sur la voie de l'ostéomalacie; mais quelquefois, et en leur absence, il se montre une série de modifications organiques. Ainsi, il semble aux malades que leur taille diminue, sans qu'ils puissent s'en rendre compte; leurs vêtements deviennent trop longs. Ce raccourcissement n'est que trop réel; il tient à l'altération profonde qui survient dans le système osseux, par suite du tassement des os et de leur déformation par courbures et par fractures.

Si nous supposons un type de déformation ostéomalacique, voici ce que nous rencontrons: le crâne a sa forme régulière, mais les os deviennent mous et s'épaississent, la face se raccourcit et s'élargit, les mâchoires se ramollissent et une partie des dents tombent; les gencives deviennent molles et saignantes, les malades ne peuvent plus broyer d'aliments durs. La colonne vertébrale diminue de longueur; ses courbures naturelles sont augmentées, il peut aussi s'en former d'anormales dans le sens latéral. Le corps des vertèbres de la fin de la région dorsale et de la région lombaire, qui sont toujours plus profondément altérés que les autres, perdent de leur épaisseur, ce qui contribue à diminuer la hauteur du tronc. Les omoplates se déforment et s'épaississent. Les clavicules et les côtes s'altèrent, comme chez les enfants; les premières, servant d'arc-boutants aux épaules, sont constamment pressées à leurs deux extrémités, et leurs courbures s'exagèrent. Les os du bassin s'étalent, les diamètres diminuent, l'épine iliaque se renverse au dehors, et l'angle sacro-vertébral se porte en avant. Le fémur décrit généralement la courbure à convexité antérieure et externe, si fréquente chez les enfants, à moins que quelque fracture n'en fasse changer la direction. Les os de la jambe sont courts, tordus dans divers sens, mais ils sont moins altérés que le fémur. Les pieds sont dans une extension forcée, raccourcis et comme tassés; les orteils sont rarement déformés. Les os des membres thoraciques subissent diverses courbures; ils se tordent aussi sur leur axe; mais toutes ces déformations sont moins prononcées qu'aux membres inférieurs.

En même temps que les os se ramollissent et se courbent, les fractures qui surviennent augmentent encore la déformation. Tantôt elles précèdent les courbures, tantôt ce sont celles-ci qui paraissent les premières; dans la majorité des cas, on les observe simultanément.

Une fois l'affection arrivée à un haut degré, le malade ne peut plus quitter le lit; il y est condamné à une immobilité presque complète, aussi n'exécute-t-il des mouvements qu'avec les plus grandes précautions. En effet, la moindre cause, un mouvement brusque, le poids d'une couverture, un accès de toux, suffisent pour produire des fractures, dont beaucoup échappent à l'attention du médecin, et ne sont constatées qu'après la mort.

Quant à la marche et à la durée de l'ostéomalacie, il est difficile de les déterminer avec précision. Dans quelques circonstances, l'affection tend toujours à s'aggraver; dans d'autres on remarque des intermittences assez notables, sans que les accidents disparaissent entièrement, s'ils ont été bien caractérisés; leur réapparition est alors due à des grossesses successives, ou à l'influence des saisons froides et humides.

La durée moyenne est de cinq à huit ans; la terminaison qui a si souvent été fâcheuse, a presque toujours eu lieu par suite de quelque accident intercurrent: des affections des poumons, l'asphyxie par suite de leur compression, des escarres du sacrum, et l'opération césarienne, ou enfin une fièvre hectique, déterminée par les progrès incessants de la maladie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 août 1856. — Présidence de M. BUSSY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Le rapport de M. le docteur Mattez, sur le service médical des eaux de Castera-Verduzan en 1854 (commission des eaux minérales);

2° Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements des Pyrénées-Orientales, de la Haute-Loire, du Loiret, du Cher, de l'Hérault, des Hautes-Alpes, des Landes (commission de vaccine).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Brachet (de Lyon) sollicite le titre de membre associé national.

— M. Vigier (de Pontoise) adresse un mémoire sur une épidémie de varioloïde qu'il a observée dans cette ville pendant les six premiers mois de 1856. (Commission des épidémies.)

— M. Hecquet (d'Abbeville) adresse un mémoire sur une épidémie de rougeole observée dans cette ville pendant l'année 1855. (Même commission.)

M. Festal, vétérinaire à Sainte-Foy, adresse un mémoire sur quelques effets de la saumure sur le porc. (Commission nommée.)

— M. Guilhon (d'Orléans) adresse un travail intitulé *Observations raisonnées sur la manière de traiter les cholériques.*

— M. le professeur Retzius (de Stockholm) adresse une lettre accompagnant l'envoi d'un moule en plâtre d'après le bassin gigantesque de la grande laponienne.

— M. Poggiale adresse une note sur l'action des alcalis sur le sucre dans l'économie animale, en réponse à la dernière lettre de M. Mialhe sur le même sujet. L'abondance des matières nous oblige à ajourner la publication de cette note.

Ligature de l'œsophage. — M. Colin adresse une lettre dans laquelle il réclame contre l'interprétation que M. H. Bouley a donnée à ses expériences. Il cherche à établir:

1° Que le prétendu traitement hydrothérapique qu'il aurait fait subir à un de ses opérés, a consisté à jeter sur la tête de l'un des chiens, et précisément de celui qui a succombé, un bassin d'eau froide;

2° Que si M. Bouley n'a pas vu l'autopsie de cet animal, c'est qu'il ne l'a pas voulu.

M. Colin a entrepris de nouvelles expériences confirmant pleinement celles dont il a rendu compte à l'Académie; elles démontrent, comme les précédentes, que la ligature de l'œsophage, exécutée convenablement, n'a pas de conséquence fâcheuse.

— M. Sédillot (de Strasbourg) adresse une lettre accompagnée de deux dessins, dans laquelle il rappelle ses recherches sur le rétablissement spontané de la continuité de l'œsophage à la suite de la section complète de cet organe par la ligature. Il a toujours constaté, dans ses expériences, de grands efforts de vomissements, dus, selon lui, à la section ou à la blessure des nerfs pneumo-gastriques et de leurs branches, lésion qui laisse libres et sans antagonisme les mouvements anti-

péristaltiques de l'estomac. C'est ainsi, ajoute M. Sédillot, que certaines émotions violentes, les coups sur la tête, les commotions, le mal de mer, certains poisons, les blessures, compressions ou sections des nerfs de la huitième paire, agissent d'une manière presque constante, et la ligature de l'œsophage appartient à cet ordre d'influence et devait déterminer les mêmes effets.

— M. Follin adresse sur le même sujet la lettre suivante :

Depuis que la question de la ligature de l'œsophage a été soulevée par M. Bouley, j'ai entrepris quelques expériences qui serviront peut-être à jeter un certain jour sur quelques points de ce débat.

Trois de ces expériences ont été faites dans des conditions telles, qu'il existait un léger obstacle à l'expulsion de la salive épaisse et spumeuse qu'on voit se produire rapidement chez les animaux auxquels on a pratiqué la ligature de l'œsophage. J'ai placé, en effet, sur le museau de ces chiens quelques tours de ficelle assez serrés pour empêcher ces animaux de crier, et j'ai pu m'assurer que leur salive épaisse n'était expulsée qu'avec une certaine difficulté; de là est née sans doute l'agitation assez violente que j'ai pu constater sur ces animaux, et qui, dans les trois cas, s'est rapidement terminée par la mort.

Dans les trois cas, l'autopsie m'a montré des lésions qui ont un rapport direct avec un trouble notable dans les fonctions respiratoires. Il existait, en effet, une vive rougeur de la muqueuse trachéale et de la muqueuse bronchique, en même temps que des plaques ecchymotiques disséminées dans les lobes pulmonaires.

Ces trois faits n'auraient peut-être pas grande valeur si, rapprochés d'autres cas où le museau des chiens n'ayant pas été lié et la mort étant survenue, plus tardivement à la vérité, il a été possible de retrouver sur ces derniers animaux des lésions identiques. Ces expériences s'éclairent alors les unes par les autres.

Chez un premier chien, l'œsophage est lié à trois heures, et quelques tours de ficelle sont maintenus autour du museau de l'animal, qui ne tarde pas à s'agiter et à laisser couler avec peine de chaque côté de la bouche une salive fort épaisse. Cette agitation dure tout le reste de la journée, et l'animal succombe dans la nuit.

A l'autopsie, M. Follin constate que le lien n'a porté que sur l'œsophage, et qu'aucun filet nerveux n'est compris dans la ligature. Il existe une salive épaisse dans le larynx et dans la partie supérieure de la trachée; rougeur vive des muqueuses trachéale et bronchique. Nombreuses ecchymoses dans les lobes pulmonaires.

Sur un deuxième chien, la ligature de l'œsophage est pratiquée de la même manière et dans les mêmes conditions. Un quart d'heure après, l'animal commence à s'agiter. Une salive épaisse et blanchâtre sort avec difficulté des parties latérales de la bouche. Une demi-heure après, l'agitation est si grande et l'asphyxie tellement imminente qu'on enlève la ficelle qui étreignait les deux mâchoires. Malgré cela, l'animal continue à être étouffé par la salive, et la mort a lieu dans la nuit qui suit.

A l'autopsie, on constate les mêmes lésions : salive gluante entre les cordes vocales, ecchymoses disséminées dans les lobes pulmonaires.

Les choses se sont passées identiquement chez le troisième chien.

Il ressort déjà de ces trois faits que, dans les expériences toxicologiques avec la ligature de l'œsophage, on devra laisser le museau des chiens complétement libre.

Dans une seconde catégorie de faits qui comprend quatre chiens, j'ai eu soin, ajoute M. Follin, de mettre les animaux dans des conditions telles que l'expulsion de la salive pût se faire facilement.

Un premier chien subit la ligature de l'œsophage, sans ligature du museau. La ligature de l'œsophage est un peu lâche. Il expulse la salive sans efforts, et n'est point agité. Le lendemain, l'animal est dans un état de calme parfait. On enlève la ligature. Il guérit.

Chez un deuxième chien, la ligature de l'œsophage est fortement serrée, le museau est laissé libre. Expulsion difficile de la salive; agitation plus marquée que chez le précédent. La ligature est laissée en place. L'animal meurt le troisième jour. On trouve les lésions analogues à celles qui ont été constatées dans les expériences précédentes.

Sur un autre animal auquel il a lié l'œsophage, M. Follin, afin de faciliter la sortie de la salive, pratique au-dessus de la ligature une incision longitudinale à l'œsophage. Peu d'instants après, un liquide spumeux sort à la fois par la bouche et par la plaie de l'œsophage, sans aucun effort d'expulsion, sans aucune agitation. La ligature est laissée le lendemain, et n'est enlevée qu'après deux jours, sans qu'il y ait eu plus de trouble ni d'agitation que le premier jour.

De ces faits, il serait téméraire sans doute de tirer des conclusions absolues. Mais en interrogeant les lésions trouvées dans les poumons des chiens qui sont morts, n'est-on pas admis à supposer que ces animaux ont succombé à une asphyxie rapide ou lente, et que cette asphyxie a été produite par la salive épaisse et gluante qui est venue boucher les parties supérieures des voies respiratoires?

Si cette opinion paraît facilement admissible pour les animaux que j'ai maintenus muselés, ne peut-on pas trouver chez les autres chiens laissés libres certaines conditions de faiblesse, certaines idiosyncrasies enfin, qui sont rebelles à cette expulsion de la salive, et favorisent ainsi l'asphyxie?

Si l'opinion que j'émets est confirmée, on devrait, lorsqu'on fait la ligature dans un but toxicologique, pratiquer l'opération sur de gros animaux, et de telle sorte que l'écoulement de la salive fût toujours laissé libre; à cet égard, il faut reconnaître qu'une incision au-dessus de la ligature met l'animal dans des conditions très-favorables à la guérison.

Quoi qu'il en soit de mon hypothèse, j'ai voulu seulement exposer devant l'Académie les faits que j'ai observés.

— M. le président informe l'Académie que M. Saucerotte, correspondant à Lunéville, est présent à la séance.

— Le conseil d'administration a décidé, au sujet de la communication faite dans la dernière séance par M. Piorry, qu'il ne serait nommé de commission pour examiner le lait artificiel qui a été l'objet de cette communication, qu'autant que la demande en serait faite par les inventeurs.

— D'après l'avis du conseil d'administration, deux membres seront adjoints à la commission chargée de répéter les expériences de ligature de l'œsophage. Le bureau propose de désigner MM. Larrey et Delafont; l'Académie approuve.

LECTURES.

Maladie d'Addison. — M. Trousseau entretient l'Académie de la maladie à laquelle M. le docteur Addison a donné le nom de *peau bronzée*, de *maladie bronzée*, et à laquelle il a cru devoir donner lui-même le nom de *maladie d'Addison*. (Voir nos numéros des 16 et 23 août.)

Après avoir exposé les faits déjà connus de nos lecteurs, M. Trousseau fait connaître les résultats suivants, d'expériences que M. Brown-Séquard a entreprises récemment sur les capsules surrénales, qui jouent, comme on sait, un rôle important dans cette maladie.

1° Les capsules surrénales sont très-sensibles;

2° Elles gagnent considérablement en poids et en volume depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte (chez l'homme et chez tous les mammifères examinés) : d'où il suit que ces organes n'appartiennent pas exclusivement, comme on l'a dit, à la vie embryonnaire.

3° L'extirpation des deux capsules surrénales tue plus rapidement et aussi constamment que l'extirpation des reins. En moyenne, la survie n'a été que de onze heures et demie environ sur plus de soixante animaux dépouillés de leurs deux capsules surrénales.

4° Jusqu'ici M. Brown-Séquard n'a pas non plus vu survivre définitivement un seul animal après l'extirpation d'une seule capsule surrénale. La survie en moyenne a été de dix-sept heures.

5° Il s'est assuré que la mort, dans ces expériences, ne peut être attribuée ni à une hémorrhagie, ni à une péritonite, ni à une blessure des reins, du foie ou d'un autre organe voisin des capsules;

6° Les lésions du ganglion semi-lunaire qui accompagnent quelquefois (très-rarement) l'extirpation des capsules, ont une influence marquée sur les battements du cœur : mais ce n'est pas là la cause principale de la mort chez les animaux dépouillés de leurs capsules.

7° Les phénomènes qu'il a observés après l'ablation des deux capsules sont les suivants : affaiblissement graduel, excessif dans les dernières heures; respiration d'abord active, puis notablement diminuée, irrégulière, saccadée, convulsive; battements de cœur affaiblis, mais plus rapides qu'à l'état normal, pendant plusieurs heures après la première; abaissement graduel de la chaleur animale. Enfin, dans les dernières minutes de la vie : vertiges, tournoiement, convulsions cloniques (le plus souvent) ou toniques; de l'éclampsie quelquefois, du tétanos plus rarement, souvent un état comateux.

8° Après l'extirpation d'une seule capsule surrénale, tous les phénomènes que nous venons d'indiquer s'observent, mais après une période durant laquelle l'animal a paru se rétablir à la suite des premiers effets de l'opération. Quand les convulsions existent, elles sont souvent plus violentes du côté de l'opération que de l'autre côté. Quelquefois l'animal roule en vrille, comme après la piqûre d'un des pédoncules cérébelleux moyens, et ce roulement commence par le côté du corps opposé au côté de l'opération.

9° Les lapins, à Paris, sont, dit-on, décimés par une maladie enzootique ou épizootique qui semble être toujours mortelle, et dans laquelle on trouve une inflammation des capsules surrénales produisant les mêmes symptômes que l'extirpation de ces organes.

10° Le sang des lapins sur le point de mourir après l'extirpation des capsules, détermine, quand on l'injecte dans les vaisseaux, une mort prompte sur des lapins dépouillés d'une seule capsule, depuis quelques heures seulement. Du sang pris sur un lapin en bonne santé fait revivre pendant quelques heures des lapins à l'agonie à la suite de l'extirpation des capsules.

11° Les plaies de la moëlle épinière dans certaines régions sont suivies d'une hyperémie des capsules, et plus tard d'une hypertrophie. En outre, il arrive quelquefois qu'à la suite de plaies de la moelle épinière, une inflammation violente survienne dans les capsules et tue l'animal en très-peu de temps.

Les conclusions à tirer de ces faits sont nombreuses. Les principales sont :

1° Les capsules surrénales paraissent être absolument essentielles à la vie;

2° Leurs altérations ou leur extirpation semblent agir de deux manières sur l'organisme : d'une part, leur fonctionnement, comme glande sanguine, manque, et le sang ne subit plus la modification que ces organes à l'état normal lui font subir; d'une autre part, leurs nerfs sont irrités, et causent différents phénomènes (tels que les convulsions limitées à une moitié du corps) qu'on ne peut considérer comme dépendants de l'état du sang.

M. Trousseau rapporte à la suite de ces expériences l'observation du malade qu'il a recueillie dans son service à l'Hôtel-Dieu, et que nous avons déjà publiée, et une observation recueillie par M. Second *dit* Féréol dans le service de M. Cazenave, à l'hôpital Saint-Louis. (Nous publierons prochainement cette seconde observation.)

M. Trousseau termine par quelques considérations de physiologie pathologique sur le rapport qui paraît exister entre certains états de la capsule surrénale et le développement pigmentaire de la peau, considérations qui sont déduites du rapprochement des faits qui précèdent.

M. Bouillaud demande la parole au sujet de cette communication. Deux choses ont frappé son attention, le fait clinique signalé par M. Trousseau, et une sorte de prologue philosophique. La partie clinique lui a paru extrêmement intéressante; mais il ne voit dans la relation des expériences que ce que l'on pourrait appeler de la physiologie amusante. Si ces expériences étaient exactes, il faudrait en conclure que les capsules surrénales jouent un rôle immense dans l'économie, ce dont on était loin de se douter jusqu'à présent. Mais on comprend avec quel soin et quelle sévérité de semblables expériences devraient être faites avant d'en tirer une pareille conclusion.

Quant à l'observation de M. Trousseau, elle est du plus haut intérêt. Avec les notions qu'il avait acquises sur cette maladie d'après le travail de M. Addison, M. Trousseau a pu porter avec la plus grande précision un diagnostic et un pronostic qui ont été de tous points vérifiés; c'est là assurément un fait très-curieux. Cependant il ne faudrait pas non plus attacher trop d'importance à la lésion des capsules surrénales. On peut vivre avec des altérations semblables à celles que M. Trousseau a constatées sans que les grandes fonctions vitales soient notablement altérées. D'un autre côté, voici qu'un médecin, attaché au ministère de l'intérieur et qui avait connu le malade avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, vient nous apprendre que cet homme était d'une avarice telle qu'il se laissait mourir de faim. Cela pourrait bien changer un peu l'idée que l'on s'était faite de l'étiologie de cette affection.

M. Trousseau trouve que M. Bouillaud se montre un peu sévère quand il parle de physiologie amusante à propos des expériences d'un physiologiste très-sérieux et dont tout le monde connaît et apprécie le zèle scientifique. M. Brown-Séquard peut avoir tort dans ses conclusions, cela est très-admissible; mais lorsque dans plus de soixante expériences il a vérifié constamment le même résultat, il faut bien reconnaître, quelque étrange que soit ce résultat, que c'est là un fait d'une grande valeur.

Pour mon compte, ajoute M. Trousseau, je n'ai voulu tirer aucune conclusion du fait que j'ai observé. J'aurais eu bien garde de dire que c'est la tuberculisation des capsules surrénales qui a fait périr ce malade. Je n'en sais rien. Je ne sais pas davantage quel rapport il y a entre cette lésion et la coloration bronzée de la peau. Mais il y a entre ces deux faits une coïncidence très-remarquable signalée par Addison, et que je n'ai fait que vérifier après lui. C'est tout ce que j'ai voulu faire remarquer à l'Académie.

On m'oppose maintenant un fait que j'ignorais, parce que cet homme, comme tous les avares, cachait son défaut, c'est l'état d'inanition volontaire qui avait dû le plonger dans l'anémie et la débilité dont la mort a été la dernière conséquence. J'accepte à merveille que l'inanition produise l'anémie, et consécutivement de graves altérations du sang; mais je ne l'ai jamais vue produire la maladie bronzée. Il y a ici quelque chose de spécial que nous ne connaissons pas et qu'il faut bien admettre, c'est cette anémie spéciale avec coloration bronzée de la peau, qui se lie comme un effet très-éloigné peut-être, mais enfin comme un effet avec l'altération des capsules surrénales. C'est précisément ce qui constitue, à mes yeux, toute l'importance de ce fait, c'est qu'il nous révèle une espèce morbide que nous ne connaissions pas, une anémie spéciale, une cachexie qui paraît avoir sa source dans une altération des capsules surrénales, comme nous en connaissons qui ont leur source dans une altération de la rate, du cœur, etc. C'est toujours un fait d'une importance considérable que la connaissance d'une espèce particulière de cachexie ignorée jusque-là, alors même que l'expérience nous apprend qu'elle est fatalement mortelle et au-dessus des ressources de l'art.

Le travail de M. Addison ne nous eût-il appris que cela, ce serait déjà beaucoup, et nous lui en devons de la reconnaissance.

M. Gibert. Ce n'est pas sans surprise que j'apprends qu'un médecin a pu recueillir un aussi grand nombre d'exemples d'une semblable altération dans la coloration de la peau, lorsque nous savons combien les altérations de ce genre sont rares. J'ai fait dans le temps un rapport à l'Académie sur un cas de coloration noire de la peau, le seul exemple de ce genre qui soit parvenu à ma connaissance. J'ai vu depuis un cas semblable, mais qui m'a paru devoir constituer une espèce différente : c'était un cas de coloration bronzée de la peau avec taches de purpura, assez analogue à celui que M. Trousseau vient de nous communiquer; mais on n'a trouvé à l'autopsie aucune lésion des organes urinaires.

M. Trousseau regrette que M. Gibert ait cru devoir jeter une sorte de défaveur ou de suspicion sur des recherches qui nous viennent de l'étranger. Il suffira de rappeler que l'auteur de ces recherches, médecin d'un des grands hôpitaux de Londres, a été le collaborateur de Bright, à qui l'on doit ces beaux travaux qui ont jeté une si vive lumière sur l'histoire des hydropisies. On s'expliquera pourquoi M. Addison a dû rencontrer un aussi grand nombre de fois l'affection dont il s'agit, et comment il a été conduit à constater le rapport constant de l'altération des capsules surrénales avec la peau bronzée, lorsqu'on saura que, poursuivant les recherches de son ancien maître et collaborateur, il n'a jamais cessé depuis d'examiner les reins sur tous les sujets qui succombent dans son service. Ces faits, d'ailleurs, ne nous ont paru rares jusqu'ici sans doute que parce qu'ils n'avaient pas encore appelé notre attention. Maintenant qu'on y regardera de plus près, il est probable qu'on vérifiera l'exactitude de tout ce qu'a avancé M. Addison, comme cela a été vérifié déjà dans l'observation qui vient d'être communiquée à l'Académie.

Injections iodées dans les kystes congéniaux du cou. — M. Jules Roux (de Toulon), correspondant de l'Académie, lit une note dans laquelle il soumet à l'appréciation de l'Académie le résultat de sa pratique sur les injections iodées à un âge et dans une affection où jusqu'ici on ne les croyait pas applicables, dans les kystes congéniaux du cou. (Nous publierons incessamment ce travail.)

Iritis. — M. Quadri fils (de Naples) lit un travail ayant pour titre *Considérations sur l'iritis et son traitement*. L'auteur se propose d'établir dans ce travail un fait qui n'a été signalé jusqu'ici par aucun ophthalmologiste, c'est-à-dire que l'inflammation de l'iris présente des différences très-remarquables suivant les différents climats.

Anévrisme de l'artère dentaire inférieure. — M. Rufz, correspondant à la Martinique, présent à la séance, communique une observation d'anévrisme de l'artère dentaire inférieure, dont il ne connaît aucun exemple dans la science. L'anévrisme occupait l'artère dentaire dans son passage à travers le maxillaire inférieur, dont il avait usé en grande partie les parois. M. Rufz met la pièce anatomique sous les yeux de l'Assemblée. Il a déjà soumis cette pièce à l'examen de MM. Broca, Oudet et Velpeau, qui lui ont dit n'avoir jamais rien observé de semblable.

— M. Bonnafont expose de vive voix à l'Académie le nouveau procédé qu'il emploie pour l'opération du phymosis, et les instruments qu'il a imaginés pour mettre ce procédé à exécution. Nous avons déjà entretenu nos lecteurs de ce procédé.

— La séance est levée à cinq heures.

ADDITION A LA SÉANCE DU 19 AOUT 1856.

Ligature de l'œsophage. — M. Bouley, après avoir rappelé les circonstances et les motifs qui lui ont fait entreprendre, avec M. Reynal, ses expériences de la ligature de l'œsophage, annonce qu'il va ramener la question sur son véritable terrain, la physiologie, où il l'avait mise tout d'abord, et démontrer les deux propositions suivantes :

1° La ligature de l'œsophage est chez les chiens une cause toujours

prédisposante et souvent immédiatement déterminante des efforts du vomissement;

2° Les efforts du vomissement sont d'autant plus prompts à se manifester et d'autant plus énergiques, qu'il y a quelque chose dans l'estomac au moment de la constriction de l'œsophage; ces efforts sont d'autant plus prompts, plus énergiques et plus prolongés, que ce quelque chose jouit des propriétés émétiques.

Et, quelle que soit leur cause, ces efforts sont susceptibles d'entraîner la mort, dans un grand nombre cas.

La ligature de l'œsophage est une cause toujours prédisposante et souvent immédiatement déterminante des efforts du vomissement chez le chien. Je pourrais, dit M. Bouley, citer à l'appui de cette proposition les expériences rapportées dans ma première communication à l'Académie. Mais ces faits, je ne veux pas m'en servir aujourd'hui, parce que l'on a paru croire que les résultats que nous avions obtenus dépendaient exclusivement d'un procédé opératoire qui nous serait particulier. J'admets cela, soit.

Mais voici que depuis cette communication, deux auxiliaires nous sont venus, qui vont vous prouver que nous n'avions pas mal observé. Le premier est M. Jobert (de Lamballe).

On voit, d'après son témoignage, que les chiens opérés par un procédé autre que le nôtre ont fait des efforts de vomissement. Ceci vient donc fortement à l'appui de la thèse que je soutiens, à savoir : que la ligature de l'œsophage provoque le vomissement.

Passant ensuite à la communication de M. Colin, M. Bouley rapporte ce qu'il a observé chez les deux premiers chiens opérés par M. Colin.

L'un d'eux a été en proie, trois quarts d'heure après l'opération, à des efforts de vomissement qui se sont prolongés, presque sans discontinuer, pendant vingt-quatre heures. Il est mort quelques jours après, par suite de la rupture de l'œsophage.

L'histoire du second chien est pleine d'intérêt pour l'éclaircissement du point qui se débat actuellement. M. Colin avait l'intention de me prouver que les résultats que j'avais signalés à l'Académie dépendaient exclusivement du procédé opératoire dont nous nous servions, et non pas de la ligature de l'œsophage, comme je le soutenais. Alors il fit l'opération en ma présence; une fois l'œsophage extrait de la plaie, on eut soin de l'isoler parfaitement des nerfs qui l'environnent, puis on appliqua le lien, en me faisant bien observer qu'aucun nerf n'était compris dans l'anse de ce lien. A peine était-il serré, qu'immédiatement les efforts de vomissement se manifestèrent avec une extrême violence, une violence telle, qu'au bout de quelques heures l'animal épuisé était couché sur le flanc et pouvait à peine se tenir. J'avais annoncé dans ma communication que la ligature de l'œsophage pouvait tuer en quelques heures : nous l'avions vu, M. Reynal et moi. Le chien de M. Colin allait nous donner raison, car il est mort le lendemain. Il est vrai qu'on est venu vous dire qu'à l'autopsie on avait trouvé un des récurrents compris dans la ligature. J'étais présent à l'opération, et j'affirme avoir vu l'œsophage parfaitement isolé de ses nerfs au moment où il a été serré dans le lien.....

Quoi qu'il en soit, il demeure avéré, d'après les faits de M. Jobert et ceux de M. Colin lui-même, que la ligature de l'œsophage est susceptible de déterminer de violents efforts de vomissement. C'est ce que je voulais démontrer.

Je ne veux pas dire cependant que *toujours* la ligature de l'œsophage produit les résultats que je viens d'indiquer. Il y a des chiens moins impressionnables chez lesquels les efforts de vomissement ne se manifestent pas; chez certains sujets, l'abattement déterminé par cette opération est moindre que chez d'autres, mais il n'en reste pas moins parfaitement établi ce premier point : la ligature de l'œsophage donne lieu à des efforts de vomissement dans un grand nombre de cas.

Or, l'effort de vomissement que peut déterminer la ligature de l'œsophage est un fait considérable.

La suite de cette démonstration va faire voir quelle est son importance.

J'arrive à ma deuxième proposition : Les efforts de vomissement sont d'autant plus prompts à se manifester et d'autant plus énergiques, qu'il y a quelque chose dans l'estomac au moment de la constriction de l'œsophage;

Ils sont d'autant plus prompts, plus énergiques et plus prolongés, que ce quelque chose jouit de propriétés émétiques;

Et, quelle que soit leur cause, ils sont susceptibles d'entraîner la mort dans un grand nombre de cas.

Voici les faits que j'apporte à l'appui de cette proposition.

Première série d'expériences.— Ligature de l'œsophage après ingestion d'eau tiède.

Première expérience. — 2 août, sept heures du matin. Chien caniche de deux ans. Ligature de l'œsophage après ingestion de 2 décilitres d'eau tiède. Efforts de vomissement pendant quatre heures. Ils diminuent dans la soirée. Abattement pendant toute la journée du 3 août. Rejet de mucosités spumeuses de temps à autre. Mort dans la nuit du 3 au 4, quarante heures après l'expérience.

Autopsie. La ligature n'embrasse que l'œsophage. Intestin grêle rempli de bile. Foie congestionné. Muqueuse de l'estomac congestionnée par places.

Deuxième expérience. — Griffon de deux ans. Même opération le 2 août. Mêmes symptômes. Mort au bout de vingt-quatre heures.

Troisième expérience. — Chien de race commune de deux ans. Même opération le 3 août. Mêmes symptômes. Mort le 4 août, à trois heures, trente-deux heures après l'opération. Même état morbide de l'intestin.

Quatrième expérience. — Chien très-vigoureux de dix-huit mois. Même opération le 4 août. Immédiatement efforts considérables de vomissement, qui continuent jusqu'au moment de la mort, survenue le 5, à quatre heures du soir, trente-deux heures après l'opération.

A l'autopsie, on constate que la bile accumulée dans l'estomac a reflué dans l'œsophage jusqu'au point où la ligature a été appliquée.

Résumé. — Quatre chiens auxquels on a fait prendre 2 décilitres d'eau chaude avant la ligature, quatre morts.

Deuxième série d'expériences. — Ingestion d'émétique. — Ligature de l'œsophage.

Première expérience. — Chien blanc de dix-huit mois. Ingestion de 10 centigrammes d'émétique. Ligature de l'œsophage avec un fil ciré. Vomissements excessifs au bout de trois quarts d'heure. Mort dix-huit heures après l'opération.

Deuxième expérience. — Chien de petite taille. Même opération le 8 août, à quatre heures du soir. Mort le lendemain à neuf heures du matin.

Troisième expérience. — Même opération, même résultat au bout de dix-huit heures.

Ces faits sont déjà par eux-mêmes assez concluants. Mais on peut toujours dire : C'est votre procédé opératoire qui tue. Soit, je fais encore cette concession; mais je vais invoquer, pour porter témoignage de la vérité de la thèse que je soutiens, Orfila lui-même.

Troisième série d'expériences.

Veut-on savoir à quelle dose le nitrate de potasse est toxique d'après cet auteur? A la dose de 4 grammes. Rien de plus exact, si l'on en juge d'après les expériences où l'œsophage a été lié. Je les ai répétées, et en effet, avec 4 grammes de sel de nitre, j'ai fait mourir deux chiens dans l'espace de quinze heures. Mais j'ai fait aussi la contre-épreuve : cette même dose de 4 grammes, je l'ai administrée à deux chiens, qui l'ont absorbée sans la vomir; ils ont été indisposés, ont eu du tremblement, de la diurèse, mais le lendemain ils étaient complétement rétablis. Ce n'est pas tout : quatre jours après, nous avons repris l'un de ces chiens, qui avait supporté sans aucun dommage et sans vomir l'administration de 4 grammes de sel de nitre. Nous lui avons administré une deuxième fois 4 grammes de sel de nitre, mais cette fois en liant l'œsophage, et il est mort au bout de quinze heures.

Quatrième série d'expériences.

Le sulfate de zinc est un émétique puissant pour les chiens dont on n'a pas lié l'œsophage; il est toxique à la dose de 30 grammes, d'après Orfila. Eh bien, 2 grammes de ce sel ont suffi pour donner la mort à deux chiens, à l'un en vingt heures, à l'autre en dix-huit heures; la ligature de l'œsophage leur avait été pratiquée et avait provoqué des efforts excessifs de vomissement. Pour rechercher si le sulfate de zinc est vénéneux par lui-même à la dose de 2 grammes, voici les deux expériences qui ont été faites :

A deux chiens, administration de 2 grammes de sulfate de zinc. Ligature de l'œsophage pendant deux heures et demie, et déligature au bout de ce temps. Cessation immédiate des efforts de vomissement. Grand abattement des sujets pendant toute la journée. On leur donne de l'eau à boire; elle est déglutie. Le lendemain, mieux-être. Aujourd'hui, ces chiens sont parfaitement bien portants; il y a quatre jours que l'expérience a été faite.

Est-ce clair? Le chien meurt quand on lui donne une dose de substance supposée toxique, en maintenant l'œsophage lié; et il ne meurt pas si on le délie à temps.

Cinquième série d'expériences.

Encore une preuve tirée de l'ouvrage d'Orfila... M. Trousseau donne le sous-nitrate de bismuth à la dose de 30 grammes; M. Monneret en prescrit, me dit-on, jusqu'à 80 grammes! Et quelle est la dose toxique d'après Orfila? 3 grammes. Le sous-nitrate de bismuth, cette substance inerte, insoluble, insipide, donne la mort en dix-huit à vingt heures aux chiens... dont on a, bien entendu, lié l'œsophage.

Nous avons administré à trois chiens 3 grammes de sous-nitrate de bismuth, et l'œsophage a été lié. Efforts excessifs de vomissement après la ligature. Mort en dix-huit à vingt heures.

Cette même substance, qui paraît tuer à cette dose quand on lie l'œsophage, laisse les chiens parfaitement indifférents lorsqu'on la leur administre par la bouche et qu'ils ne la vomissent pas. Cette contre-épreuve a été faite sur deux chiens, et l'un de ces animaux, qui avait supporté parfaitement la dose de 3 grammes de sous-nitrate de bismuth, est mort ensuite sous l'influence de la même dose, quand lui eut lié l'œsophage.

Voici une dernière preuve de l'influence de la ligature.

M. Goubaux a cru démontrer que le sel marin constituait un poison pour le chien à la dose de 40, 50 ou 60 grammes; M. Goubaux a raison aussi, si l'on veut ne pas tenir compte de la ligature de l'œsophage.

Mais voici deux expériences qui prouvent que cette ligature joue un rôle important.

Nous avons pris deux chiens de grande taille, et à chacun 50 grammes de sel en solution concentrée ont été administrés; puis ligature de l'œsophage.

Sur l'un de ces chiens, les efforts de vomissement ont été immédiats et très-accusés; au bout de deux heures et demie, enlèvement de la ligature : cessation immédiate des efforts de vomissement, aucune réjection de l'estomac; grand accablement du sujet. On lui donne de l'eau pure, qui est déglutie, et un peu de vin de quinquina sucré. Le lendemain, mieux-être; le surlendemain, appétit revenu. Aujourd'hui l'animal se porte bien.

Le deuxième chien était réfractaire au vomissement. La ligature était enlevée aussi au bout de deux heures et demie. L'animal est un peu abattu, mais moins que le premier sujet. Il boit avec avidité l'eau pure qu'on lui offre. Le lendemain, c'est à peine s'il présente quelques signes morbides. Il boit et mange. Aujourd'hui, santé parfaite.

Cette démonstration me paraît irréfutable. Le nitrate de potasse, le sous-nitrate de bismuth, le sel, le sulfate de zinc paraissent évidemment toxiques si l'œsophage est maintenu lié; ne le liez pas ou déliez-le à temps, et les effets toxiques s'évanouissent.

M. Orfila neveu, guidé par un sentiment bien honorable, est venu aussi protester à cette tribune contre nos assertions. Lui aussi, pour se rendre compte des résultats qui lui semblent contradictoires, a invoqué une différence probable de procédés opératoires. On s'inquiète beaucoup de notre procédé; c'est celui de tout le monde. Nous incisons la peau un peu sur le côté gauche de la trachée, puis le mastoïde huméral sur son bord, puis avec les doigts nous divisons le tissu cellulaire jusqu'à la rencontre de l'œsophage, et nous essayons de le saisir avec un doigt. Là se trouvent souvent les difficultés de l'opération. L'œsophage est difficile à distinguer par le toucher des tissus qui l'entourent, il s'échappe facilement lorsqu'on cherche à le saisir. Et puis tous les chiens ne se prêtent pas également à l'opération. Il en est qui se livrent à des contorsions, à des mouvements désordonnés, poussent des cris, et alors il arrive que le doigt, en cherchant l'œsophage, touche l'une ou l'autre des trois paires de nerfs qui longent ce conduit. Mais ce n'est pas de ce fait accidentel que dépend l'issue de l'opération; elle est subordonnée à une autre condition bien plus insaisissable et cependant capitale : la susceptibilité individuelle des sujets. Il est des chiens qui sont absolument réfractaires au vomissement.

Enfin on nous a fait une dernière objection : nous tiraillons trop l'œsophage; sans ce tiraillement nous n'aurions pas vu se manifester d'efforts de vomissement et la mort. Erreur. Tel chien opéré avec une élégance parfaite succombe, et tel autre guérit dont l'œsophage n'est lié qu'après de laborieuses recherches.

Je conclus en disant qu'il faut maintenant isoler la ligature de l'œsophage, lui attribuer son vrai rôle dans les expériences passées, et le réduire le plus possible à l'avenir en ne maintenant l'œsophage serré que deux ou trois heures, et je crois qu'au lieu d'un lien on fera bien de ne se servir que d'une pince à coulants et à larges mors faite exprès pour cette opération, facile à mettre en place et facile à ôter.

Et quand on aura pris toutes ces précautions, il faudra tenir compte de ce fait important, les efforts de vomissement, dont la constriction de l'œsophage est, dans un si grand nombre de cas, la cause déterminante.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 19 août, ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur, à l'occasion de l'Exposition universelle agricole :

Au grade d'officier : M. Renault, directeur de l'Ecole impériale vétérinaire d'Alfort.

Au grade de chevalier : MM. Magne, professeur à l'Ecole impériale vétérinaire d'Alfort; et Lhomme, jardinier en chef du jardin botanique de l'Ecole de médecine.

— La science vient de faire une perte douloureuse et irréparable. M. Gerhardt, dont nous annoncions il y a quelques mois à peine la double nomination aux chaires de chimie de la Faculté des sciences et de l'Ecole de pharmacie de Strasbourg, vient de succomber de la manière la plus inopinée. Jeune encore (il avait quarante ans à peine), M. le docteur Gerhardt, déjà depuis plusieurs années correspondant de l'Institut, s'était fait un nom dans la science, et occupait parmi les savants de l'Europe un rang des plus distingués.

— La vente du journal l'*Abeille médicale*, fondé en 1844 par M. le docteur Comet, a eu lieu avant-hier mardi. Il a été adjugé à M. le docteur Bossu, moyennant la somme principale de 30,100 fr., outre les frais et charges, qui s'élèvent à plusieurs mille francs.

— On lit dans la *Presse médicale belge* :

« Une ordonnance des ministres de l'intérieur et des finances de l'empereur d'Autriche vient de sanctionner que les veuves et les orphelins des médecins, des chirurgiens et des infirmiers morts à la suite des services prêtés pendant l'épidémie cholérique, ont droit aux pensions et aux subsides ordinaires pour l'éducation, quand même l'individu décédé compterait moins de dix ans de service. — Exemple bien digne d'être imité! »

Mortalité de la ville de Londres. — Semaine du 9 au 16 août 1856. Mortalité générale, 1,250, savoir :

760 individus au-dessous de 10 ans.
150 de 10 à 40 ans.
145 de 40 à 60 »
156 de 60 à 80 »
39 de 80 et au-dessus.
1,250

275 individus ont succombé à la suite de diarrhées violentes et de choléra sporadique. Ce nombre, au point de vue de l'âge, se répartit comme il suit :

Au-dessous de 10 ans,	242
De 10 à 60 »	11
De 60 et au-dessus,	22
	275

Observations météorologiques. Hauteur barométrique moyenne, 74,8. Température moyenne, + 19° centigr.; la plus élevée, + 30°,5; la plus basse, + 9°. Vent du sud-ouest. Electricité positive.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Casteran, de Lapvôté (Ardennes); *De la variole au point de vue de son traitement.*

Hellot, de Saint-Aubin-Celloville (Seine-Inférieure); *Fragments sur l'appareil dentaire.*

Aubès, de Nissan (Hérault); *Quelques considérations sur l'inflammation et le catarrhe de la vessie.*

Ollier, des Vans (Ardèche); *Recherches anatomo-pathologiques sur la structure intime des tumeurs cancéreuses aux diverses périodes de leur développement.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces libraires aux mêmes conditions qu'à Paris.

Indicateur médical et topographique d'Aix-les-Bains (Savoie) pour 1857, par le docteur baron Despine, comprenant un Précis topographique et historique d'Aix, ses sources minérales, les maladies traitées, les divers modes d'application des eaux, les précautions nécessaires avant, pendant et après la cure. Prix, 1 fr. — A Paris, chez Victor Masson.

Le Gérant,
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 102. — SAMEDI 30 AOUT 1856. (29e ANNÉE.) N° 102. — SAMEDI 30 AOUT 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes. — Diarrhées. — Choléra infantile.

Le retour des mêmes causes ramène invariablement les mêmes effets. Tous les ans, à l'époque où nous sommes, on voit se manifester une disposition générale aux affections gastro-intestinales presque inséparable des chaleurs estivales. Quoi de plus naturel que de voir en ce moment, après les chaleurs tropicales que nous venons de traverser, un assez grand nombre de personnes atteintes de diarrhées, d'affections saburrales dont les symptômes sont élevés quelquefois à un assez haut degré, et quelques-unes présenter même tous les symptômes d'un véritable choléra-morbus? Nous avons su, en effet, bien qu'il ne nous ait pas été donné d'en voir nous-même, qu'il y avait eu dans plusieurs services d'hôpitaux quelques cas de choléra; on nous en a signalé aussi quelques exemples en ville, notamment chez un de nos savants et honorables confrères attaché à l'un des grands établissements hospitaliers de la banlieue, et qui, très-heureusement, a été promptement rétabli. Il y a eu enfin quelques cas de diarrhée mortelle chez les enfants en bas âge, particulièrement dans les services de nourrices. Mais y a-t-il dans cette situation de quoi inspirer des craintes sérieuses sur notre état sanitaire ? Nous ne craignons pas d'affirmer que, quant à présent du moins, rien ne justifierait ces craintes. Sauf les accidents que nous venons de signaler, et qui s'expliquent si naturellement par le double concours de l'action débilitante d'une haute température et des perturbations apportées dans les fonctions digestives par les abus de boisson et les fréquentes infractions au régime, il serait difficile de trouver, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile, le moindre indice d'une affection épidémique quelconque.

Ce que nous disons pour Paris nous paraît pouvoir s'appliquer à la généralité de nos départements, si nous en jugeons par nos correspondances et malgré les appréhensions que les inondations avaient fait naître pour la santé publique dans certaines localités. Il n'en est pas tout à fait de même sur quelques autres points de l'Europe.

Le dernier bulletin sanitaire de Londres nous apprend qu'il y avait eu 38 décès par le choléra sporadique dans deux semaines, chiffre très-minime sans doute eu égard à la population, mais proportionnellement beaucoup plus élevé que celui de la mortalité par la même maladie à Paris dans un égal laps de temps. Mais on a pu voir par les nouvelles du même courrier qu'en Portugal la maladie sévissait en ce moment avec une grande intensité, et des nouvelles plus récentes nous apprennent que le choléra s'est déclaré à Stockholm. Le 17 août, il y en avait déjà eu 17 cas, dont 11 morts. Les médecins de ce pays, qui inclinent généralement vers l'opinion contagioniste, croient que l'épidémie a été importée de Lubeck par un navire récemment arrivé de cette dernière ville, où règne le choléra, et qui avait des cholériques à bord.

Mais revenons à ce qui se passe chez nous.

Bien que les faits que nous venons de signaler n'aient rien que de très-ordinaire, nous le répétons, il n'est pas moins utile, quand l'occasion s'en présente, de rappeler quelques-uns des préceptes pratiques qui y sont applicables. Nous ne nous arrêterons pour le moment que sur ceux de ces effets d'une haute température qui ont peut-être le moins attiré l'attention des praticiens et qui méritent le plus leur sollicitude à cause de leur gravité; nous voulons parler du *choléra infantile*, ou de ce que l'on appelle la *maladie d'été* dans l'Amérique du Nord. Nous avons eu l'occasion de voir récemment plusieurs exemples de cette maladie dans la petite salle des nourrices du service de M. Trousseau à l'Hôtel-Dieu, et ce professeur l'a déjà signalée à l'attention de son auditoire dans une leçon clinique que nous avons reproduite dans le numéro du 1er avril.

C'est une idée généralement reçue dans le monde et même parmi les médecins, qui n'ont pas peu contribué à l'accréditer auprès du public, que la diarrhée des enfants est salutaire dans la plupart des circonstances, et particulièrement à l'époque du travail de la dentition. Cette idée, fondée à de certains égards et vraie dans de certaines limites, et peut-être aussi pour certains climats (et il faut bien qu'elle soit appuyée sur l'observation pour avoir été soutenue comme elle l'a été par des auteurs tels que Sydenham, Hufeland, Franck, etc.), devient un préjugé des plus dangereux lorsqu'on la généralise et qu'on l'applique indistinctement à toutes les conditions, à tous les climats et à toutes les températures. Sans parler ici de la distinction importante à faire entre les diverses causes organiques de la diarrhée, entre la diarrhée catarrhale simple, par exemple, ou la diarrhée spasmodique, sans altération du tube digestif, et celles qui résultent d'une inflammation ou d'une modification morbide quelconque de la muqueuse intestinale, il est des circonstances où toute diarrhée, quelle qu'en soit la cause, devient dangereuse si elle n'est promptement arrêtée, parce qu'elle conduit rapidement sur la pente du choléra infantile, presque toujours inévitablement mortel. La température élevée est la condition qui favorise le plus cette fatale terminaison, surtout dans les hôpitaux, où elle se joint aux influences non moins pernicieuses d'une mauvaise alimentation et d'un air impur.

Le choléra infantile, dit M. Trousseau, n'est pas seulement l'exagération de la diarrhée ordinaire ; c'est une maladie nouvelle qui survient chez les petits enfants déjà affaiblis et prédisposés à son invasion par une diarrhée plus ou moins persistante. Tandis qu'ils n'avaient eu jusque-là que des selles jaunes ou verdâtres plus ou moins abondantes et dont la fréquente répétition avait fini par les affaiblir, maigrir et ramollir leurs chairs, mais sans altérer encore sensiblement leur physionomie, il arrive bientôt un moment où, la diarrhée persistant avec une abondance toujours croissante, on voit la scène changer complétement. Ces enfants changent tout à coup de physionomie, pâlissent, s'agitent, poussent des cris, revêtent le masque cholérique, en même temps que la peau se refroidit, que le pouls devient filiforme, et qu'aux garde-robes aqueuses presque incessantes se joignent des vomissements accompagnés d'une soif inextinguible. Après quelques heures de cet état, il survient des convulsions qui annoncent l'approche de la mort.

C'est, comme on le voit, une affection qui rappelle beaucoup le choléra des adultes, sinon le choléra asiatique, du moins le choléra *nostras* ou endémique.

Cette affection guérit rarement ; aussi doit-on surtout s'attacher à la prévenir en combattant la diarrhée par tous les moyens possibles pendant les chaleurs, et en surveillant surtout l'alimentation et le régime des enfants. Mais lorsque, soit par défaut de surveillance ou malgré cette surveillance, le choléra infantile est déclaré, que reste-t-il à faire?

Nous avons dit dans l'article cité plus haut quels étaient les principaux moyens que M. Trousseau met en usage en pareil cas. Nous croyons utile de les rappeler ici : les faits qui se sont passés tout-récemment sous nos yeux et qui pourraient encore se reproduire, donnant à ces préceptes une véritable opportunité.

M. Trousseau proscrit formellement et énergiquement en pareil cas l'emploi des opiacés, la plus mauvaise, la plus *lâche* de toutes les médications, suivant lui, parce que, sous le prétexte de stupéfier les intestins, elle ne fait qu'accroître la débilité, empêcher la réaction, et détourner l'attention de moyens plus énergiques, dont l'action s'adresse plus directement et plus topiquement à la cause même du mal.

Parmi ces moyens, celui auquel M. Trousseau donne la préférence est le bain sinapisé, moyen d'une extrême énergie, dont nous avons eu l'occasion de constater les bons effets dans d'autres circonstances, et qui n'est pas assez employé à notre avis. Puis viennent les stimulants internes, l'eau distillée de menthe avec le sirop d'éther pour rappeler la chaleur et l'activité circulatoire. La réaction une fois produite, c'est le moment de recourir aux moyens anti-diarrhéiques proprement dits. La craie et le mercure (*hydrargyrum cum cretâ*), donnés pendant deux ou trois jours de suite à la dose de 10 à 15 centigrammes, ont rendu quelquefois dans ce cas de très-grands services. Après quelques prises de ces poudres, la diarrhée cesse, ou du moins, d'excessivement abondante qu'elle était, elle devient très-modérée, et les selles, auparavant aqueuses et à peine colorées en jaune, changent d'aspect, elles deviennent franchement bilieuses.

Que si la maladie n'était point amendée par ce moyen, M. Trousseau conseille de recourir à l'ipécacuanha, à la dose de 1 à 2 grammes. Le sel de Seignette, à la même dose de 1 à 2 grammes, lui a paru aussi très-utile dans cette circonstance.

Enfin lorsque les dangers inhérents au choléra sont dissipés, que la réaction est complète et franche, que toutes les fonctions sont rétablies, et qu'il ne reste plus qu'une légère diarrhée persistante, c'est le cas d'avoir recours aux astringents ou aux incrassants combinés avec les opiacés ; tels sont les mélanges de craie ou de bismuth avec de petites proportions d'opium.

Nous ne nous arrêterons pas sur les moyens à opposer à la diarrhée des adultes, et aux autres accidents gastro-intestinaux de la saison, qui n'empruntent aux circonstances actuelles aucune indication spéciale. Quant à l'hygiène et à la prophylaxie, si nous nous adressions aux gens du monde, nous n'aurions qu'à leur rappeler les sages et vulgaires préceptes de l'école de Salerne.

Anasarque et albuminurie suite de rougeole.

Les hydropisies sont aussi rares à la suite de la rougeole qu'elles sont fréquentes après la scarlatine. On les observe même si rarement dans la première de ces maladies, que le fait a longtemps été nié par un grand nombre de pathologistes. Il ne peut qu'être utile d'ajouter de nouveaux exemples de cette complication à ceux qui sont déjà connus, et nous allons en rapporter deux récemment observés dans le service de M. Bouchut, à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Dans le premier cas, l'enfant, âgée de quatre ans, toussant encore ayant de la fièvre et de la diarrhée, est sortie de chez elle au bout de quatre semaines par un temps froid, et l'anasarque s'est déclarée le lendemain.

A son entrée à l'hôpital, la peau était le siége d'une desquammation furfuracée ; elle était pâle, infiltrée. L'enfant avait de la fièvre, de la diarrhée, de la toux et un commencement d'hydrothorax gauche qui s'est accru en quelques jours d'une façon notable. Ses urines, chargées de sels, s'éclaircissaient par une douce chaleur et se troublaient par l'ébullition, en formant un précipité albumineux modérément abondant.

Malheureusement pour la clinique, cette enfant a été retirée de l'hôpital avant sa guérison, et on ne sait quelle a été la terminaison des accidents.

Voici le fait dans ses détails :

Mulot (Adèle), âgée de quatre ans, est entrée le 16 juillet 1856 au n° 5 de la salle Sainte-Marguerite, à l'hôpital Sainte-Eugénie. Le père et la mère sont bien portants ; ils ont un enfant épileptique depuis l'âge de dix mois (il a aujourd'hui seize ans, et est aliéné).

Adèle Mulot n'a jamais été malade.

Il y a cinq semaines, elle a été prise d'une éruption caractérisée par de petites plaques rouges séparées par des places de peau saine ; les yeux étaient rouges, larmoyants ; coryza. Pas d'angine au moment de la rougeole, mais seulement après l'éruption.

Depuis ce temps, l'enfant a eu toujours de la fièvre, de la toux et de la diarrhée.

Il y a cinq jours qu'elle a été prise d'anasarque. La veille du jour où est survenue l'anasarque, l'enfant était sortie par un temps froid ; tous les autres jours elle était restée chez elle.

Appétit conservé ; pas de vomissements ; un peu de diarrhée; toux fréquente. Sommeil agité ; frémissements, surtout la nuit.

Le 17, l'enfant est pâle, bouffie, infiltrée des pieds à la tête.

Langue naturelle, soif très-fréquente ; pas de vomissements : diarrhée fréquente, peu abondante.

La peau est sèche, couverte de desquammation épithéliale furfuracée abondante.

Un peu d'appétit ; pas de sommeil.

Etouffements continuels ; orthopnée ; toux fréquente, sans expectoration. On constate une bonne résonnance dans la poitrine ; la respiration est naturelle à droite, un peu rude dans le côté gauche en arrière ; il n'y a pas de râles d'aucun côté.

Peau modérément chaude ; pouls, 120 : le thermomètre marque 37° dans l'aisselle, 32° dans la main.

Les urines, très-chargées de sels, s'éclaircissent par la chaleur, se troublent par l'ébullition, et forment un précipité modérément abondant d'albumine ; elles ne se troublent pas par l'acide nitrique. — Bain sulfureux de deux heures.

Le 18, bain de deux heures.

Le 21, l'anasarque continue au même degré ; elle urine très-peu. Diarrhée très-fréquente et peu abondante. L'enfant ne dort pas, elle tousse beaucoup. Il y a dans le côté gauche un épanchement caractérisé par la matité ; en arrière, un peu de souffle en bas, sans égophonie ni retentissement de la voix ; au sommet, la respiration vésiculaire s'entend à l'état normal. A droite, la respiration est naturelle. Pouls petit, irrégulier, presque insensible (108).

Le 24 juillet, les parents de l'enfant la retirent de l'hôpital dans l'état qui vient d'être indiqué.

— Dans l'autre cas, il s'agit d'une enfant de trois ans devenue hydropique quelques jours après sa sortie de l'hôpital Sainte-Eu-

génie, où elle avait été guérie de la rougeole. A son retour, il y avait un commencement de leucocythémie; il y avait de la fièvre, de la diarrhée, et les urines, d'abord peu albumineuses, furent un peu plus tard très-fortement chargées d'albumine.

L'enfant est morte subitement sept jours après son entrée à l'hôpital, offrant une anasarque considérable jointe au premier degré de la maladie de Bright.

Voici cette seconde observation :

Courtois (Marie), âgée de trois ans, est entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Sainte-Marguerite, n° 3, le 5 juillet 1856. Née d'une mère maladive (affectée par l'utérus), elle a été vaccinée, a eu des gourmes, et n'a jamais fait de maladies graves.

Il y a un mois, l'enfant est restée douze jours à Sainte-Mathilde pour la rougeole, soignée par M. Barthez.

Peu après son retour chez ses parents, l'enfant est devenue bouffie, et a eu par l'oreille droite un écoulement qui dure encore aujourd'hui.

Il y a huit jours, elle aurait eu des convulsions internes caractérisées par une demi-perte de connaissance, de la stupeur, de l'égarement des yeux, sans mouvements convulsifs. Bon appétit; pas de vomissements ni de diarrhée.

Etat actuel. — L'enfant est pâle, et son corps est le siége d'une anasarque assez considérable, sans ascite; elle a des gourmes dans la tête et de l'impétigo dans les deux oreilles. Il y a aussi quelques pustules d'impétigo sur le visage. Langue jaunâtre, soif, bon appétit; pas de vomissements; une selle en diarrhée noirâtre, chocolat.

Ventre souple et indolent.

L'enfant ne tousse pas; pas de râles dans la poitrine; peau médiocrement chaude; pouls à 112.

Les urines, traitées par la chaleur et l'acide nitrique, précipitent légèrement.

Le sang, examiné au microscope, contient une certaine quantité de globules blancs (15 à 20 par préparation). — Potages.

Le 7, pas de diarrhée; une selle noirâtre, un peu solide.

Le 9, la quantité de l'albumine des urines a beaucoup augmenté. L'état général est d'ailleurs le même ; pouls à 112.

Le 12, la diarrhée a cessé, et l'enfant a très-bon appétit. Le visage est très-pâle et la bouffissure considérable; pouls à 120.

Mort subite le 12 juillet au matin.

Autopsie faite le 14 juillet 1856.

Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est infiltré de liquide; les ventricules latéraux contiennent aussi une assez grande quantité de liquide épanché.

Les sinus de la dure-mère et les vaisseaux de l'encéphale sont congestionnés; toute la substance cérébrale présente le piqueté abondant, sans ramollissement appréciable.

Le péricarde est plein d'un liquide un peu trouble et dans lequel nagent quelques flocons albumineux.

Il y a sur le cœur deux dépôts grisâtres.

L'endocarde est sain.

Les cavités du cœur contiennent des caillots assez gros et grisâtres. Les deux plèvres renferment une notable quantité d'un liquide jaune dans lequel flottent quelques pseudo-membranes.

Les deux poumons sont congestionnés, œdématiés à la base. Il y a aussi un peu de ramollissement du tissu pulmonaire qui annonce le commencement d'inflammation.

La cavité péritonéale présente un épanchement assez notable, qui a les mêmes caractères que ceux signalés pour les autres épanchements.

La face convexe du foie offre plusieurs fausses membranes; fausses membranes de même aspect dans le bassin, mais en plus grande quantité et d'apparence gélatiniforme.

Le foie est assez gros et congestionné, brun foncé.

La rate est dure et ferme.

L'intestin grêle contient une dizaine de lombrics.

Les follicules isolés sont tuméfiés, et les plaques de Peyer rouges et un peu gonflées, mais sans ulcérations.

Les reins, hypertrophiés, offrent le commencement d'anémie; la substance corticale, parsemée d'arborisations étoilées à l'extérieur, est décolorée; plusieurs pyramides de la substance tubuleuse sont aussi complétement décolorées.

Le rein droit présente une anémie plus avancée que le gauche.

Le tissu cellulaire sous-cutané général est infiltré de sérosité, qui s'écoule facilement à la simple piqûre.

Orchite syphilitique et dégénérescence tuberculeuse de l'épididyme. Diagnostic différentiel de ces deux affections.

Un malade est entré à la Clinique pour une affection du testicule qui a présenté des particularités intéressantes à signaler dans son mode de développement, sa marche et ses caractères, ainsi que dans les résultats du traitement. Au premier aspect, à en juger par le volume, la forme et la consistance du testicule, et en rapprochant surtout ces diverses circonstances des antécédents syphilitiques avoués par le malade, tout portait à penser que l'on avait affaire à une orchite syphilitique. Tel fut d'abord le diagnostic porté par M. Nélaton. L'événement prouva qu'il était juste; mais ce n'était là, comme on le verra, qu'un des éléments de la maladie. En effet, le malade ayant été mis à l'usage de l'iodure de potassium, on vit le testicule diminuer rapidement de volume. L'efficacité de la médication semblait indiquer assez par elle-même la nature de la maladie. Mais le traitement étant continué, on ne tarda pas à s'apercevoir que le testicule cessait de décroître; non-seulement le mouvement de décroissance s'arrêta; mais au bout d'un certain temps on vit l'organe augmenter de nouveau de volume, si bien que non-seulement on avait perdu en quelques semaines le terrain que l'on avait gagné sur la maladie par le traitement; mais que bientôt la tumeur avait dépassé même ses premières limites.

Cette circonstance donna à penser à M. Nélaton qu'on pouvait avoir affaire à une affection mixte ou plutôt composée, à une dégénérescence organique probablement méconnue dans son origine et ses débuts, sur laquelle serait venue se greffer l'orchite syphilitique. Celle-ci, après avoir cédé au traitement spécifique, aurait en quelque sorte mis à découvert l'affection primitive, qui se serait développée à son tour avec une nouvelle activité à dater de cette époque.

En effet, en questionnant de nouveau le malade avec grand soin, on finit par apprendre qu'il y a trois ans il s'aperçut pour la première fois de l'existence d'une petite tumeur indolente dans la région de l'épididyme, que cette tumeur se serait graduellement accrue en se développant surtout vers la partie postérieure et inférieure du testicule. Enfin, un examen attentif fit reconnaître qu'il existait, en effet, dans la région indiquée trois ou quatre bosselures d'une dureté considérable. En avant de ces bosselures, on sentait une tumeur molle, offrant au toucher cette sorte de fluctuation obscure que présente habituellement le testicule à l'état sain, et donnant à la pression la sensation douloureuse spéciale à cet organe, tandis que la pression sur les bosselures était tout à fait indolente. Il existait donc là une dégénérescence manifeste de l'épididyme. Les signes qui précèdent, joints aux résultats des recherches récentes de M. Robin, ne permettaient pas de douter que la lésion ne fût bornée à l'épididyme. Mais de quelle nature était cette lésion? Etait-ce du tubercule, de l'encéphaloïde ou du squirrhe? L'absence de points ramollis et de fistules excluait tout d'abord, vu l'ancienneté de la maladie, l'idée d'une tuberculisation. La consistance de la tumeur ne permettait guère non plus de penser que l'on eût affaire à un encéphaloïde. Malgré l'extrême rareté du squirrhe dans cette région, M. Nélaton inclina plutôt à penser que telle était la nature de cette tumeur. Quoi qu'il en pût être, l'ablation étant indiquée dans tous les cas, l'opération fut pratiquée. L'examen de la tumeur vérifia la justesse du diagnostic. Le microscope y fit reconnaître du tissu squirrheux dans une masse de tissu fibro-plastique.

Ce fait soulève une question intéressante, celle du diagnostic différentiel des diverses espèces de dégénérescences de l'épididyme et dont l'épididyme paraît être seul le siége, et de l'affection syphilitique qui occupe, au contraire, exclusivement le tissu même du testicule ou sa tunique albuginée, ce qui lui a fait donner, par M. Ricord, le nom d'*albuginite*; deux sortes d'affections très-distinctes qui paraissent avoir existé coïncidemment à un moment donné chez ce malade.

Nous trouvons, à ce sujet, des renseignements cliniques extrêmement instructifs dans une excellente dissertation qui a été soutenue il y a deux ans par M. le docteur Calvo, sous la direction et les auspices de M. Ricord, et qui a pour titre : *De l'albuginite syphilitique et du diagnostic, du pronostic et du traitement des sarcocèles cancéreux et tuberculeux.* Nous demandons la permission de transcrire ici quelques passages de ce travail sur le sujet qui nous occupe, convaincu que les données cliniques qu'ils renferment pourront contribuer à éclairer plus d'une fois des diagnostics obscurs et difficiles :

« D'après M. Ricord, l'albuginite commence par le corps du testicule, d'un seul côté ou de deux à la fois, ou successivement par la trame cellulo-fibreuse du testicule ou par la tunique albuginée; cette lésion n'envahit jamais l'épididyme ni le canal déférent.

» Le testicule syphilitique est dur et résistant, et lorsqu'il est envahi en totalité, les douleurs spontanées disparaissent, et il est très-difficile d'éveiller la sensibilité par la pression.

» Dans l'albuginite, le scrotum ne change jamais de couleur ni de température, et reste entièrement libre d'adhérences.

» Dans quelques cas il y a un peu d'hydrocèle.

» La marche du sarcocèle syphilitique est le plus souvent indolente et chronique; elle a une durée indéfinie, si elle n'est point traitée.

» Si l'on tient compte des antécédents du malade, de la période à laquelle la syphilis est arrivée, de l'existence simultanée ou successive de la maladie dans les deux testicules; dans quelques cas de l'intégrité de l'épididyme et du canal déférent; de l'absence de toute lésion des vésicules séminales et de la prostate, lorsqu'il n'y a pas d'autre complication; de l'absence d'engorgement du système veineux et lymphatique; de l'évolution de la maladie; de la disparition des douleurs à mesure que la maladie se prolonge; de la tendance qu'a la tumeur à s'homogénéiser ou à cesser de présenter des bosselures; si l'on tient compte enfin d'une tendance fatale à l'atrophie, de l'absence de suppuration, de l'influence salutaire d'un traitement approprié, on trouvera dans tout cela des symptômes plus que suffisants pour différencier le testicule syphilitique des maladies avec lesquelles on l'a le plus souvent confondu, c'est-à-dire avec l'orchite chronique, le sarcocèle strumeux, le sarcocèle tuberculeux, et le testicule cancéreux. »

Mais voici des signes plus précis encore, qui permettent d'asseoir le diagnostic différentiel des testicules syphilitiques, cancéreux et tuberculeux.

« En ce qui concerne la douleur :

» 1° Dans le testicule syphilitique, la douleur est sourde, légère, nocturne ; elle est augmentée lorsqu'on comprime cet organe. Mais ce qu'il y a de bien remarquable, c'est qu'à mesure que le mal fait des progrès, la tumeur perd de sa sensibilité pour devenir complétement indolente.

» 2° Dans le testicule cancéreux, la douleur est vive et lancinante; il semble au malade qu'on lui enfonce des aiguilles à travers la tumeur. Cette douleur est intermittente, et se propage souvent dans la région lombaire. Au début à peine sensible, elle augmente chaque jour avec le volume de la tumeur, et finit par devenir intolérable.

» 3° Dans le testicule tuberculeux, la douleur, nulle au début, devient vive, à mesure que la fonte purulente arrive, lorsque la maladie passe à l'état aigu. Les progrès de l'inflammation sont ici la cause de ces douleurs pulsatives et continues qui occasionnent au malade des souffrances affreuses.

» Sous le rapport de la forme et du volume :

» 1° Le testicule syphilitique a d'abord une forme irrégulière que l'on peut constater en comprimant l'organe; mais à mesure que le mal fait des progrès, les irrégularités disparaissent, la tumeur devient lisse, non bosselée, et prend une forme piroïde; son volume n'est jamais très-considérable.

» 2° Le testicule cancéreux a une forme d'abord régulière; sa surface est lisse, unie; sa consistance assez ferme. Les téguments sont parfaitement sains et mobiles; mais bientôt la tumeur augmente de volume, et peut même devenir énorme; puis la masse morbide se ramollit, et de larges bosselures dépressibles et fluctuantes apparaissent à sa surface. Le scrotum devient adhérent et s'ulcère.

» 3° Le testicule tuberculeux est, en général, petit au début, l'épididyme présente de petites bosselures, qui augmentent ensuite insensiblement de volume jusqu'au moment où elles se ramollissent et s'abcèdent; le corps du testicule se prend, mais on peut encore le distinguer pendant longtemps de l'épididyme. »

Enfin la marche de l'altération fournit des signes qui n'ont pas moins de valeur.

« Le testicule syphilitique ne sort pas des bourses, c'est-à-dire que le mal ne gagne ni le canal déférent, ni le cordon, ni les vésicules séminales, ni la prostate, et qu'il ne va pas retentir dans les ganglions inguinaux et lombaires.

» Le testicule cancéreux respecte le canal déférent et se propage par le cordon jusque dans la région rénale. Les ganglions du cordon et ceux de la région rénale deviennent cancéreux, et on peut, par la palpation, constater à travers la paroi abdominale un chapelet de noyaux agglomérés.

» L'affection tuberculeuse se propage le long du canal déférent, gagne les vésicules séminales, la prostate, l'urètre; l'épididyme augmente de volume, se recourbe par la tête et la queue sur les deux extrémités du testicule, qu'on ne sent souple qu'en avant, dans une très-petite étendue... Le canal déférent se prend aussi à son tour; il est dur, volumeux, inflexible, et son altération s'arrête souvent au niveau de l'anneau inguinal, mais se propage quelquefois dans la portion intra-pelvienne du canal. Les vésicules séminales sont souvent augmentées de volume, et sont farcies de noyaux tuberculeux, en partie crus, en partie ramollis, que l'on peut constater par le toucher rectal... Enfin les tubercules peuvent se déposer dans la prostate et le canal de l'urètre; c'est alors qu'on observe les cavernes de la prostate, les dépôts purulents au périnée, les abcès urineux et les fistules.»

Il resterait, pour compléter ce tableau, à rapprocher de ce qui précède les caractères de la dégénérescence squirrheuse de l'épididyme. Les observations sont trop rares jusqu'ici pour le faire; et d'après l'observation de M. Nélaton, on ne pourrait que s'aider de caractères négatifs.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Cazenave.

Observation sur un cas de coloration bronzée de la peau coïncidant, chez un phthisique, avec une dégénérescence graisseuse des deux capsules surrénales.

Par M. F. Second-Féréol, interne à l'hôpital Saint-Louis.

(Observation communiquée à l'Académie de médecine par M. Trousseau. Voir le dernier numéro.)

Le 4 décembre 1855, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Napoléon, n° 46, dans le service de M. Cazenave, un nommé L. F..., âgé de trente-cinq ans, exerçant la profession de frotteur de parquets, atteint depuis vingt mois de cette coloration spéciale de la peau qu'Addison a désignée sous le nom de peau bronzée (*bronzed skin*).

Antécédents. — Sa mère est morte en couches il y a vingt ans; son père, âgé de soixante-cinq ans aujourd'hui, est d'une bonne santé. Une sœur est morte à l'âge de douze ans de la fièvre typhoïde; un frère et quatre sœurs sont d'une bonne santé habituelle.

Né et élevé dans un village des Vosges, il n'a présenté dans son enfance aucun signe de scrofules. A l'âge de sept ans, il eut une *fièvre tremblante* (fièvre intermittente) qui dura un an; mais depuis il ne s'en est point ressenti.

Il y a une douzaine d'années, il eut une fièvre typhoïde assez grave, et depuis lors sa santé paraît avoir été moins bonne. Il s'enrhumait facilement, et même, sans avoir de rhume bien caractérisé, il toussait et crachait souvent. Deux ans plus tard il fut pris d'une jaunisse qui dura assez longtemps; puis il se maria et eut quatre enfants, dont

trois sont morts ; l'un d'une rougeole, les deux autres en bas âge, de maladie indéterminée.

Enfin, il y a vingt mois, commença la maladie actuelle, dont le début coïncida avec de nombreuses contrariétés de ménage et d'argent. Sa femme l'avait quitté ; il se fit garçon de café. Sa conduite se dérangea ; il eut une gonorrhée intense qu'il garda d'abord sans modifier ses habitudes alcooliques, favorisées par sa profession, puis qu'il traita ensuite plus qu'énergiquement, d'après les conseils d'un pharmacien. Il prit des doses énormes d'huile de copahu et d'ammoniaque, et des quantités considérables de tisanes, sirops (jusqu'à 12 litres par jour, à ce qu'il assure). Une semaine de cette médication le rendit fort malade ; il ne pouvait plus rien avaler sans le vomir immédiatement. Il cessa donc ce régime, et alla consulter un autre pharmacien, qui le guérit par des injections. Cependant, plusieurs fois depuis cette époque il a vu l'écoulement reparaître.

C'est à la suite de ces traitements que la teinte bronzée commença à se montrer au front, d'où elle descendit petit à petit sur la figure ; et en même temps apparaissaient des troubles digestifs, diminution de l'appétit, dégoût, vomissements, et une faiblesse musculaire accompagnée de vertiges, étourdissements. Par moments, la santé paraissait se rétablir ; la coloration brune du visage diminuait, s'effaçait presque, et l'appétit revenait ; puis venaient des rechutes nouvelles ; et en fin de compte, le malade constatait lui-même que la teinte brune se prononçait de plus en plus, et qu'elle commençait à paraître sur les mains.

Huit mois se passèrent ainsi. Il y a environ un an, le malade eut une première hémoptysie qui dura plusieurs jours. Le sang était vermeil, peu abondant, et mélangé par filets aux crachats. Depuis lors les hémoptysies ont reparu très-souvent, une ou deux fois par mois, et toujours avec les mêmes caractères.

C'est seulement il y a huit mois que le malade se décida à voir un médecin, et il s'adressa à un homœopathe, dont il suivit les prescriptions pendant trois semaines. Son état empirait ; la faiblesse, le dépérissement, l'émaciation se prononçaient de plus en plus ; les vomissements continuaient, mais à d'assez grands intervalles. Il y a quatre mois, il entra à l'hôpital Necker, et il n'y resta que douze jours. On lui donnait des Eaux bonnes et de l'infusion de quinquina coupée avec du lait.

Enfin il entra à Saint-Louis, et voici l'état que je constatai au commencement de janvier 1856.

La coloration brune du visage est si intense, qu'à distance, n'était la conformation des traits et le type occidental de la face, on prendrait le malade pour un mulâtre. Cette coloration n'a point la teinte gris plombé que donne l'usage interne du nitrate d'argent, ni la teinte jaune terreuse du masque des femmes enceintes. Elle est d'un brun de *sépia* assez foncé, net et pur, sans nuance olivâtre. Son maximum d'intensité est au front ; en haut elle se termine par une ligne assez nettement accusée, à un demi-centimètre de la racine des cheveux ; elle descend, en s'atténuant un peu, sur tout le reste de la face, s'étend aux oreilles, et se perd insensiblement sur le cou et sur les épaules.

En l'examinant de près et à la loupe, on voit que cette coloration est due :

1° A une teinte égale, uniforme, plate, comme lavée, d'un brun pâle ;

2° A une multitude de petites taches d'un brun très-foncé, parfois même d'un brun noir, très-confluentes, parfaitement arrondies, d'inégale grandeur, mais ne dépassant guère le diamètre d'une grosse tête d'épingle. Ces taches, absolument semblables aux nævi pigmentaires, ne font aucune saillie sur la peau, et ne sont couvertes d'aucune desquammation. La peau en est comme mouchetée, on dirait une espèce de granit.

La teinte brune pâle, plate et unie, se retrouve aux mains, prononcée surtout aux doigts, et plus du côté de l'extension que du côté de la flexion ; par une dégradation insensible, elle se perd aux poignets. Il n'y a que fort peu de ces taches que j'ai comparées aux nævi pigmentaires.

Sur la muqueuse des lèvres, il y a trois ou quatre taches irrégulières, pas très-grandes, bien limitées sur leurs bords, sans saillie, de nuance brune foncée un peu grise, mais d'une teinte plate, uniforme, et n'offrant pas le piqueté granitique. Elles sont absolument semblables à celles qu'on observe sur la muqueuse de certains chiens de race.

La face dorsale de la langue offre une coloration d'un gris bleuâtre, qui tranche avec le rose de la muqueuse ; sur ses bords et sa face inférieure, les papilles sont grosses et saillantes, et offrent à leur sommet un point noirâtre.

La muqueuse palatine est d'une teinte sombre, mais sans taches limitées.

Sur le reste du corps la peau est d'une teinte un peu brune, mais qui n'a rien d'extraordinaire ; elle est flasque, sèche et d'apparence anémique. On y remarque un assez grand nombre de ces petites taches pigmentaires déjà décrites, mais très-petites et très-clair-semées.

Les cheveux et la barbe, bien plantés et assez fournis, sont d'un beau noir ; ils sont droits et n'ont aucune tendance à friser. Les ongles, convexes et recourbés sur l'extrémité du doigt, sont blancs et normaux.

L'iris est de couleur grise ; les sclérotiques sont d'un blanc bleuâtre : on dirait qu'on voit par transparence le pigment de la choroïde, comme chez les jeunes enfants. Pas de teinte ictérique.

Le malade éprouve une faiblesse générale. Sa parole est lente, sans fermeté dans l'articulation, et a un timbre un peu enfantin. Debout, la sueur lui perle sur le front au bout de quelques instants ; il ne peut rester levé plus d'une heure par jour, et garde souvent le lit plusieurs jours de suite. Quand il est levé, il ressent des douleurs dans les articulations, dans les reins et à l'épigastre. Couché, les douleurs disparaissent. Il est sujet à une céphalalgie très-irrégulière dans son siége, son intensité et ses apparitions. Appétit nul, dégoût, vomituritions ; mais il n'a point vomi depuis près d'un mois. Plusieurs fois par jour, il est pris d'un hoquet qui dure de cinq à quinze minutes, et qui le fatigue beaucoup. Borborygmes, flatuosités et éructations nidoreuses ; point de diarrhée. Le ventre est souple, plat et indolent, si ce n'est à l'épigastre, où la percussion est un peu douloureuse ; on n'y sent que le lobe gauche du foie, qui est plane et uni.

Les urines sont abondantes, de couleur normale, sans albumine ni sucre.

Le pouls est sans fréquence pour l'ordinaire ; mais souvent le malade est pris, vers la fin de la journée, de frissons irréguliers avec horripilations, sans tremblement. A ce stade succèdent une légère amélioration du pouls, puis un peu de sueur. Les accès n'ont aucune régularité ; quelquefois ils se reproduisent plusieurs jours de suite, et même deux fois en vingt-quatre heures, tandis qu'à d'autres temps le malade reste jusqu'à une semaine sans en avoir. Il tousse un peu en ce moment, et rejette, le matin surtout, quelques crachats muqueux, épais, nummulaires, mais non striés de sang. A l'auscultation, il y a sous les deux clavicules un peu d'expiration soufflante, et la sonorité est moins bonne en ces mêmes points que trois travers de doigt au-dessous. En arrière, la sonorité est médiocre ; partout on entend des râles sibilants à timbre musical, mélangés en haut de quelques craquements humides.

M. Cazenave prescrit : tisane amère avec bicarbonate de soude, 1 gramme ; une goutte d'ammoniaque dans une cuillerée d'eau tous les matins ; deux portions.

Le malade reste à l'hôpital jusqu'au 18 février dans l'état que nous venons de décrire, avec quelques alternatives de mieux et de rechutes ; et M. Cazenave remarque un rapport évident entre l'état des voies digestives et la coloration de la peau, celle-ci augmentant et diminuant selon que les phénomènes dyspeptiques s'aggravent ou s'amendent.

Le 18 février, le malade se trouvant dans une période de soulagement, quitte le service.

Il y rentre le 12 mars, avec une aggravation de tous les symptômes.

La coloration de la face et des mains est plus marquée ; une légère teinte brune, sans piqueté granitique, s'est montrée à la face dorsale des orteils, et s'étend un peu sur le dos du pied. Une teinte semblable existe aussi dans les deux aines, remonte sur les crêtes iliaques, s'étend sur les régions iliaques externes dans la largeur d'un travers de main, et se continue en s'élargissant et se perdant insensiblement sur les fesses ; celles-ci sont en outre mouchetées de petites taches brunes lenticulaires, nombreuses.

La douleur épigastrique a augmenté, toute pression est insupportable ; le malade ne peut supporter que son pantalon soit boutonné à la ceinture. Il s'y joint de la douleur dans les régions lombaires, surtout à gauche, et descendant en ceinture vers les aines, douleur profonde, contusive, augmentant et devenant lancinante par les mouvements, par la toux.

Le matin, le malade a eu un vomissement, ce qui ne lui était pas arrivé depuis trois mois. Il a une diarrhée qui remonte à huit jours ; depuis la même époque, il tousse davantage et crache un peu de sang. L'auscultation et la percussion donnent les mêmes signes qui ont été notés en janvier. Le pouls, petit, sec et dur, marque 80 ; chaleur sèche à la peau. — Tisane de mauve sucrée ; julep gommeux avec sirop de saponaire, 50 grammes : bicarbonate de soude, 1 gramme ; une pilule de cynoglosse.

Le 15 mars, pas de vomissements nouveaux. Un peu d'appétit, mais le malade ne peut manger que très-peu à la fois, le dégoût arrive très-vite ; puis bientôt la sensation du besoin se reproduit. Hoquet fréquent ; langue un peu sale à la base. La diarrhée s'est un peu calmée. Chaleur sèche à la peau ; le pouls varie de 80 à 90. Toux fréquente et grasse ; crachats verdâtres, épais, nummulaires, mélangés de stries d'un rouge vif et de grumeaux de sang épais et noir comme celui qui a séjourné longtemps dans l'arrière-gorge. Respiration rude et soufflante, avec quelques craquements sous les clavicules et matité relative.

Le 19, chaleur sèche à la peau ; pouls à 104, fort et plein ; frissons irréguliers ; douleur lombaire, surtout à gauche, au niveau du rein, s'irradiant dans l'aine du même côté, un peu aussi à droite, mais moins ; douleur épigastrique ; quelques nausées, pas de vomissements ; inappétence absolue. Pas de hoquet depuis quatre jours ; pas de diarrhée. — On retranche le sirop alcalin.

Le 20, diarrhée abondante ; pas de vomissement. — Eau de gomme sucrée avec sirop de coings ; décoction blanche ; quart de lavement amidonné avec 8 gouttes de laudanum.

Le 21, diarrhée, un vomissement le matin avant d'avoir mangé ; vomituridion dans l'après-midi. Toujours mêmes crachats sanguinolents. Insomnie, agitation ; une teinte brune, comme lavée, s'est montrée aux coudes. Les autres altérations pigmentaires restent ce que nous les avons décrites. Le pouls marque 108 ; il est dur et plein.

Le 22, légère teinte ictérique des sclérotiques.

Le 23, la coloration ictérique se montre sur tout le tégument. Douleurs à l'épigastre. Le foie déborde légèrement les fausses côtes à droite.

Urines rouges et douloureuses, moins abondantes que d'habitude, offrant par l'acide nitrique la coloration verdâtre, ne contenant ni albumine ni sucre.

Le 24, diarrhée jaunâtre, non décolorée. Un vomissement par jour, tantôt le matin, tantôt dans l'après-midi. — Julep gommeux avec 6 gouttes de teinture de Rousseau.

Le 25, vomissement, diarrhée ; l'ictère se prononce de plus en plus, et sa teinte modifie la teinte brune du visage, qui devient un peu olivâtre. Le foie déborde les fausses côtes à droite de deux travers de doigt, et est douloureux à la pression. On n'y sent point de tumeur, non plus que dans la région épigastrique. Faiblesse croissante.

Le 26, sueurs copieuses depuis hier, amaigrissement notable, yeux caves ; pouls à 90, petit et sec. Mêmes crachats sanguinolents, qui du reste n'ont plus cessé qu'à la mort. — Six sangsues à l'anus.

Le 27, moins de diarrhée, pas de vomissement. Le pouls est un peu plus large, et marque 96. L'ictère est très-foncé.

Le 28, un vomissement, un peu d'appétit. Les forces semblent revenir. Une seule selle moulée et colorée en brun.

Le 29, trois vomissements, diarrhée, hoquet fréquent. Le malade est très-abattu.

Le 30, même état ; un seul vomissement.

Le 31, pas de vomissement. Diarrhée. — On retranche la décoction blanche et le julep laudanisé. Eau de gomme sucrée ; sous-nitrate de bismuth, trois prises de 0,25.

Le 4 avril, pas de vomissement, pas de diarrhée depuis trois jours, un peu d'appétit. Le malade semble encore une fois reprendre un peu de forces.

Du 4 au 9, la diarrhée ne s'est pas reproduite ; mais les vomissements ont recommencé une ou deux fois par jour. Faiblesse ; pouls à 80, petit, sec. Douleurs épigastriques. Le malade ne se plaint plus des reins.

Le 10, trois vomissements.

Le 11, deux vomissements. Ces vomissements, qui n'étaient jamais composés que de matières alimentaires ou de boissons ou de liquide incolores et filants, contiennent actuellement, en outre, de la bile. — Un vésicatoire de la largeur d'une pièce de 5 francs est appliqué au creux épigastrique pour l'absorption de 0,10 d'acétate de morphine.

Le 12, un vomissement.

Le 13, pas de vomissement.

Les 14 et 15, un vomissement par jour.

Le 16, le malade vomit toutes les nuits ; grande faiblesse, prostration, douleur épigastrique. Parole à peine accentuée. Ventre rétracté, un peu de diarrhée. Chaleur sèche à la peau ; pouls à 90, petit, dur et sec. — Bicarbonate de soude, 1 gr. ; julep diacode. Continuer le sous-nitrate de bismuth et la morphine.

Le 17, vomissements continuels ; le malade ne peut prendre une cuillerée de tisane sans la vomir l'instant d'après ; diarrhée, chaleur à la peau ; pouls à 110 ; intelligence entière. A deux heures, il cause avec sa famille, et à quatre heures il s'éteint sans agonie.

Autopsie faite le 19 avril.

Le cerveau n'a pu être examiné.

Poitrine. — Nombreuses adhérences très-résistantes, ligamenteuses, des deux côtés. Un peu de sérosité roussâtre dans les plèvres. Les deux poumons sont criblés de petits tubercules durs et gris, gros comme des têtes d'épingle, en très-grand nombre dans les deux lobes supérieurs, disséminés et rares dans les autres. En outre, les deux sommets contiennent une grande quantité de petites masses tuberculeuses jaunâtres et ramollies, de la grosseur d'un noyau de cerise, et tout à l'entour le tissu pulmonaire est fortement congestionné et gorgé de sang noir. Nombreux ganglions bronchiques très-gros, d'un noir bleuâtre, sans matière tuberculeuse.

Cœur. — D'aspect normal, mais remarquablement petit.

Abdomen. — Le foie, assez volumineux et dur, dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt ; son tissu est de teinte ictérique, et ses canaux biliaires sont très-remplis. La vésicule, fortement distendue, dépasse le bord libre du foie d'un travers de doigt. Dans l'épaisseur de l'épiploon gastro-hépatique, à la jonction du col et de la vésicule avec le canal cystique, on remarque un ganglion très-volumineux, gros comme l'extrémité du pouce, qui appuie sur le canal, et paraît avoir par compression mécanique déterminé l'arrêt de la circulation biliaire. Ce ganglion, énucléé et ouvert dans son milieu, ne renferme point de matière tuberculeuse ; il paraît formé de matière graisseuse très-compacte.

L'estomac est petit, rétracté ; les parois semblent un peu épaissies ; la muqueuse n'offre pas trace d'ulcération ni de cicatrice, ni d'injection ; elle présente seulement un état mamelonné, qui paraît dû au gonflement des glandes stomacales.

Rien à noter dans le duodénum et le jéjunum.

Psorentérie abondante dans l'iléon et dans le gros intestin ; en outre, on remarque dans l'iléon les diverses formes d'ulcérations si communes dans la phthisie et dont quelques-unes sont très-profondes.

Ganglions mésentériques volumineux, les uns rouges et mollasses, les autres durs, jaunes et offrant la dégénérescence graisseuse déjà notée sur le ganglion hépatique.

Rate un peu grasse, molle, sans tubercules.

Rien dans le pancréas.

Reins volumineux, notablement congestionnés et offrant la teinte ictérique.

Ils mesurent :	en hauteur,	en largeur.
Le gauche. . . .	0,140	0,070
Le droit. . . .	0,125	0,065

Les capsules surrénales sont toutes deux manifestement altérées ; mesurées extérieurement et sur leurs faces postérieures :

La gauche. . .	0,065	0,045	0,025
La droite. . .	0,050	0,035	0,020

Elles sont très-dures, et paraissent comme bosselées lorsqu'on les serre entre les doigts. Elles sont entourées d'une grande quantité de tissu cellulo-adipeux, qui à gauche surtout semble faire corps avec elles.

Les rapports de chaque rein avec sa capsule sont changés. Celle-ci au lieu de coiffer le sommet du rein en s'étendant un peu sur la face convexe de l'organe, a subi une sorte de mouvement de bascule en dedans, et est venue se loger dans le hile du rein, en s'appliquant sur les vaisseaux. Ce déplacement est sensible surtout à gauche.

La structure des deux capsules est complétement modifiée et de la même manière des deux côtés ; on n'y reconnaît plus ni substance corticale ni substance centrale ; elles forment deux masses d'apparence graisseuse d'une coloration jaune intense, à laquelle la présence de la bile n'est pas étrangère. En faisant une coupe médiane, cette masse paraît parcourue par des tractus filamenteux, d'un blanc rosé, durs, comme fibro-cartilagineux, décrivant des courbes sinueuses, et circonscrivant des espaces de formes très-irrégulières. Ces sortes de cavités sont remplies d'une substance jaune, ayant la consistance et l'aspect de la graisse ; quelques-unes de ces cavités qui semblent canaliculées, contiennent une matière semi-fluide, épaisse, jaunâtre, qu'on fait sortir à la pression, et qui ressemble absolument à du pus concret.

Les capsules surrénales ont été examinées au microscope par M. Robin, qui n'y a trouvé que des globules graisseux et quelques globules de pus. Il n'y avait point de matières tuberculeuses.

J'ai pu prendre sur les doigts du cadavre quelques minces lanières de peau ; celle-ci, examinée au microscope, sur une coupe verticale, a présenté une parfaite analogie avec la peau du nègre ; on voit une énorme quantité de granulations pigmentaires déposées dans toute l'épaisseur de la couche épidermique, dont la coloration brune tranche avec la couleur jaunâtre un peu rosée du corps papillaire. Cette préparation a été faite par M. Velpeau pendant une séance de la Société de biologie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 août 1856. — Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Voillemier présente un jeune homme qui était affecté d'enchondrome des quatrième et cinquième métacarpiens et de la première phalange du quatrième doigt. Le cinquième métacarpien a été enlevé en totalité avec le doigt correspondant; l'enchondrome du quatrième doigt a été détruit par la cautérisation, et celui du quatrième métacarpien a été extirpé. Aujourd'hui le malade est complétement guéri.

M. Voillemier présente en même temps le moule en plâtre de la main de ce malade avant l'opération.

M. Giraldès désire savoir s'il n'est pas resté de l'enchondrome sur le quatrième métacarpien, parce qu'en explorant cet os on y sent une tumeur.

M. Voillemier répond que l'enchondrome est venu en totalité, sans rien laisser; il ne sait pas au juste ce que peut être la tumeur en question; mais il fait observer que les parties n'ont pas encore eu le temps de revenir à leur état naturel, et que quelques indurations pourraient faire croire à l'existence d'une tumeur.

M. Giraldès ne doutait pas que l'enchondrome n'eût été complétement enlevé; mais lorsqu'on examine un os où il se forme de l'enchondrome, on trouve souvent des noyaux enchondromateux isolés, soit à la surface ou dans la profondeur de l'os. Ne serait-ce pas un de ces noyaux qui, en se développant, aurait formé la tumeur en question?

M. Voillemier pense qu'il pourrait bien en être ainsi, mais constate qu'au moment de l'opération il ne devait pas enlever le quatrième métacarpien.

— M. Chassaignac présente un malade qu'il a traité d'un empyème purulent au moyen d'un tube de caoutchouc vulcanisé introduit dans la cavité pleurale. Le côté du thorax correspondant à la maladie est revenu sur lui-même; le tube, qui d'abord entrait de plus d'un pied, a été chassé peu à peu à mesure que l'écoulement du liquide diminuait, et la guérison a été complète au bout de cinq mois.

M. Monod fait observer que cette méthode avait déjà été employée avec succès. Dans un voyage qu'il fit à Londres en 1830, un médecin lui montra plusieurs malades guéris d'épanchements thoraciques par l'introduction de sondes élastiques.

M. Chassaignac répond qu'il a simplement voulu présenter à la Société un cas intéressant; mais que l'on a déjà souvent employé les tubes dans les sétons, dans le traitement des épanchements abdominaux et des empyèmes.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Cullerier dépose sur le bureau, de la part de M. Mirault, professeur de clinique externe à l'Ecole préparatoire de médecine d'Angers, un travail sur la suture entrecoupée substituée à la suture entortillée pour la réunion des bords du bec-de-lièvre unilatéral simple et de celui qui est compliqué de bifidité des os maxillaires. Ce mémoire est accompagné d'une lettre pour obtenir le titre de membre correspondant. (Commission, MM. Cullerier, Michon, Guersant.)

— M. le secrétaire général donne ensuite lecture d'une lettre de M. le professeur Gérard Vrolick, récemment nommé associé étranger.

— M. le docteur Caron adresse, pour le prix Duval, deux exemplaires de sa thèse sur le traitement des varices par les injections de perchlorure de fer dans les veines.

— M. Morel-Lavallée fait hommage de son mémoire sur les épanchements traumatiques de sérosité.

— M. Bertherand adresse une notice sur les tumeurs du sein.

— La Société reçoit en outre plusieurs notices sur l'ophthalmologie, publiées par le M. le docteur Warlomont (de Bruxelles) et M. le docteur Alexandre Quadri (de Naples). — Des remercîments sont adressés aux auteurs de ces envois.

— M. Jarjavay demande un congé d'un mois pour motif de santé.

— M. Verneuil termine la lecture de son rapport sur le mémoire de M. Decès par les conclusions suivantes :

1° Nommer M. Decès membre correspondant de la Société de chirurgie;

2° Insérer son travail dans les *Mémoires de la Société*.

M. Decès est nommé membre correspondant à l'unanimité.

Le vote sur la seconde conclusion est renvoyé à la prochaine séance.

Suite de la discussion sur le mémoire de M. Voillemier. — M. Voillemier demande, dans le cas où M. Morel persisterait à dire qu'il n'a fait que reproduire son mémoire, qu'une commission soit nommée pour juger la question.

M. Morel soutient que le terme d'*épanchement de sang*, que M. Voillemier conserve comme juste et parce qu'il est employé dans les auteurs, n'est, en effet, ni juste ni employé par les auteurs. Il cite à l'appui M. Cloquet, qui appelle ces tumeurs des épanchements de sérosité: M. Velpeau, qui les appelle des hydrocèles; et enfin M. Cruveilhier, qui les désigne sous le nom de kystes séreux, et qui a déclaré à M. Morel qu'il approuvait complétement ses idées.

Suivant M. Voillemier, la sérosité qui remplit ces tumeurs provient du sang coagulé; cela a lieu dans les épanchements sanguins, mais non pas dans ceux qu'a décrits M. Morel. Dans un cas où la maladie fut traitée par incision, et où l'on fit l'autopsie, on ne trouva pas de traces de sang ni de caillots. L'explication la plus rationnelle, c'est que les vaisseaux qui se rendent à la peau, après leur rupture, laissent suinter la sérosité du sang.

M. Voillemier a critiqué deux des observations rapportées par M. Morel, et a cherché à prouver qu'il ne s'agissait pas d'épanchements séreux. M. Morel déclare que, trouvant dans ces faits des cas analogues à ceux qu'il a recueillis, il a cru devoir, par esprit de justice, les rapporter pour ne point retirer aux auteurs leur droit de priorité; il soutient, par la discussion des faits, que ce sont bien des épanchements de sérosité.

L'ouverture produite par le poinçon du trocart donnerait au liquide, suivant M. Voillemier, une issue plus facile que la canule; mais devant la Société, il a fait plusieurs piqûres avant que le liquide jaillît. Quant au danger de l'accès de l'air dans la cavité, ce gaz doit entrer par l'ouverture du poinçon plus facilement que le liquide ne sort. M. Morel, s'il adoptait cette méthode, préférerait la simple aiguille; il rappelle qu'il a proposé dans ce but un petit trocart dont la canule est garnie de baudruche. M. Voillemier lui paraît avoir exagéré la portée de son invention.

En somme, dans les deux mémoires, les caractères assignés à la poche et à son contenu sont les mêmes; il n'y a de différences que pour la manière de procurer l'évacuation du liquide.

M. Giraldès trouve que M. Voillemier a fait un tableau trop sombre des résultats des procédés antérieurs; il a employé dans des cas de ce genre le trocart et la seringue évacuatrice, et n'a vu survenir aucun accident. Pour ce qui est de la nature du liquide, il trouve que M. Morel n'est pas dans la vérité en l'appelant de la sérosité; c'est un mélange de sang et de lymphe plastique qui ne présente ni les caractères, ni la composition de la vraie sérosité. La production de ce liquide est facile à comprendre: la violence qui déchire les tissus donne lieu d'abord à une collection sanguine, puis les surfaces traumatiques fournissent plus tard de la lymphe plastique qui se mêle au sang,

M. Voillemier dit qu'il ne reviendra pas sur les faits qu'il a cités; il a rapporté le texte même des auteurs, et ces faits resteront pour tout le monde ce qu'ils étaient pour de Lamotte et Pelletan, de véritables épanchements de sang. M. Morel le conteste, et, tout en voulant bien admettre des épanchements mixtes, il ajoute que dans les cas qu'il désigne sous le nom d'épanchements de sérosité, il n'y a jamais de caillots. Et sur quoi fonde-t-il son assertion? Sur trois cas qu'il a observés, car on ne peut mettre en ligne de compte le fait qui lui a été communiqué par M. Huguier, et celui de M. Laugier, qui était de date trop ancienne. Or, de ces trois cas, deux ont été traités par la ponction, et le troisième seul, pour lequel une grande incision a été pratiquée, présentait à l'intérieur de la poche une fausse membrane de l'épaisseur des parois de l'artère crurale. Il est bien à regretter que M. Morel n'en indique pas la couleur, qu'il ne l'ait pas examinée avec plus de soin; peut-être n'y aurait-il trouvé rien autre chose qu'un dépôt sanguin. Mais à défaut d'observations personnelles, pourquoi n'a-t-il pas mis à profit les faits rapportés par Pelletan, qui, traitant souvent les épanchements par des incisions, pouvait fournir des documents précieux sur l'état du liquide? J'ai eu la curiosité de relever ces faits: ils sont au nombre de 16, et il a noté la présence de caillots *douze fois!*

Quand M. Morel veut bien citer des cas où il existe des caillots, voici comment il les interprète: Larrey rapporte l'observation d'un homme qui avait été blessé à gauche du sternum, et avait une plaie d'un pouce et demi d'étendue. L'artère mammaire avait été coupée, et il y eut effusion considérable d'un sang vermeil. Vers le vingtième jour, il crut devoir opérer pour une hydro-péricardite. Après divers accidents, le malade succombe, et on trouve à l'autopsie, dans le médiastin, une poche tapissée d'une substance villeuse, noirâtre, purulente, qui entretenait la suppuration qui pendant la vie avait lieu par la plaie. Le jour de l'opération faite par Larrey, il était sorti un *liquide jaune tirant sur le brun, mêlé de petits caillots sanguins*. M. Morel dit que Larrey s'est trompé en attribuant la grande quantité du liquide trouvé à l'ouverture du péricarde. Je le veux bien un instant; mais ce liquide brun, ces caillots, cette substance villeuse et noirâtre tapissant la poche, qu'était-ce autre chose que du sang décomposé, que des caillots déposés en couche sur les parois de la poche? Non, dit M. Morel. « Probablement la plaie du vaisseau en laissant filtrer entre ses bords rétractés et contigus la partie la plus ténue du sang, probablement aussi et surtout la sécrétion du kyste lui-même étaient l'origine de la grande quantité du liquide. »

M. Voillemier a vu bien des artères coupées, et il avoue n'en avoir jamais vu se comporter ainsi.

Si on adoptait les idées de M. Morel, toutes les notions sur les épanchements de sang seraient renversées. Ainsi, il dit, page 706: « Le temps n'exerce d'influence sensible ni sur la couleur ni sur la consistance de l'épanchement, qui paraît conserver jusqu'à la fin ou sa limpidité, ou sa nuance rougeâtre, ou sa teinte noire, et toujours sa fluidité première, même lorsqu'il se reproduit après les évacuations successives. »

Le temps n'exerce pas d'influence! Il n'y a donc plus d'épanchements qui se résorbent? plus d'épanchements qui se trouvent réduits à un caillot par la disparition de la partie séreuse? plus d'épanchements transformés en véritables kystes séreux? Mais les faits que M. Voillemier a présentés, les seuls dont la composition du liquide a pu être examinée chaque jour, puisque seuls ils ont été soumis à des ponctions journalières, montrent, au contraire, que la composition du liquide varie incessamment jusqu'à la guérison achevée. Il a montré l'influence que l'inflammation avait sur la composition des liquides épanchés. Enfin, jusque dans les moindres détails, il est en opposition avec M. Morel.

Pas plus que Pelletan et que tous les auteurs, M. Voillemier ne nie qu'on ne trouve dans certains cas un liquide d'apparence séreuse, de la sérosité, si l'on veut, mais cette sérosité vient du sang, au moins pour sa plus grande portion. M. Morel a cité quelques lignes de la dixième observation de Pelletan, et il aurait dû la rapporter entièrement. La voici:

« Un homme ivre tomba dans la rue, et eut toute la longueur de la » cuisse gauche, à sa face externe, violemment froissée par la roue » d'une charrette. Il s'ensuivit la plus forte ecchymose le long de la » cuisse et de la jambe. Cependant la résolution parut se faire par la » disparition successive de la couleur jaune. Mais il resta entre la peau » et l'aponévrose fascia lata un épanchement avec fluctuation d'une » matière dont la légèreté annonçait qu'elle était aqueuse. Ce fluide » *était flottant dans la poche qui le renfermait et qu'il ne remplissait* » *pas en entier*.

» J'attendis fort longtemps la résolution de cette humeur. Voyant » que *deux mois* n'y avaient rien changé, et le malade n'éprouvant » aucun accident, je me déterminai à faire une incision dans le lieu le » plus déclive. Il en sortit plus d'un litre de sérosité rougeâtre et limpide. J'appliquai une compression méthodique sur toute la longueur » du foyer, ne laissant libre que l'ouverture que j'y avais pratiquée. Il » s'en échappa encore une grande quantité de sérosité; mais au bout » de quelques jours, le recollement des parois fut complet, et la plaie » ne tarda pas à guérir. »

Nous retrouvons dans cette observation *le fluide flottant dans une poche qu'il ne remplit pas en entier*; le liquide est aqueux, mais c'était après deux mois!

Quant au traitement, M. Voillemier ne peut le comparer à ce qu'a fait M. Morel avec tout le monde, car les ponctions capillaires ne présentent avec ce traitement aucun point de ressemblance.

M. Boinet rappelle à la Société que les ponctions capillaires ont été pratiquées depuis longtemps, principalement dans les cas d'abcès par congestion. On a employé dans ce but les aiguilles à cataractes et même de simples épingles, et pour se mettre mieux à l'abri de l'introduction de l'air, on appliquait des ventouses sur les piqûres.

Si, malgré l'étroitesse de l'ouverture, l'air parvenait à s'introduire dans le foyer, il serait impossible de le retirer, tandis qu'avec une canule rien n'est plus facile; il suffit d'y adapter une seringue, dans laquelle on fait le vide. C'est ce que fait toujours M. Boinet pour ses ponctions; il ne prend aucune précaution contre l'entrée de l'air, mais bien contre son séjour dans la plaie.

M. Michon pense qu'il serait facile de terminer le débat, car MM. Voillemier et Morel se sont occupés d'objets entièrement différents: M. Voillemier a traité des épanchements de sang, accident fréquent et dont personne ne conteste l'existence, tandis que M. Morel s'est occupé des épanchements séreux, qui sont plus rares; mais M. Morel n'a pris qu'une partie de la question, car ces épanchements séreux peuvent être ou primitifs ou consécutifs. En effet, on voit des malades qui sortent de l'hôpital se croyant guéris d'épanchements sanguins ou séreux, et qui reviennent plus tard avec un épanchement séreux produit dans la poche, dont les parois s'étaient adossées mais non confondues.

M. Voillemier propose une méthode de traitement nouvelle, il faudrait l'expérimenter pour savoir si elle vaudra mieux que les autres opérations, et si elle tiendra ses promesses mieux que la ponction sous-cutanée, qui presque toujours finit par se rouvrir et permettre l'accès de l'air qu'elle était destinée à empêcher.

En résumé, M. Michon trouve que M. Morel a fait, il y a quelques mois, un très-bon travail, et celui de M. Voillemier est aussi très-intéressant. Il propose de le renvoyer au comité de publication.

Le secrétaire de la Société, Desormeaux.

SESQUICHLORURE DE FER SUBLIMÉ

contre le choléra et la diarrhée,

Par M. Vicente.

Sesqui-chlorure de fer sublimé. . . .	2,5 gram.
Eau.	400 —

Mêlez. Moitié en boisson dans l'espace de cinq heures; moitié en lavement. (*Journ. des conn. médic.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 27 août, M. Paul Gervais, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Montpellier, a été nommé doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. Dunal, décédé.

— La mort d'un nombre considérable de médecins de l'armée d'Orient a laissé des veuves et des orphelins qui se trouvent actuellement dans le plus grand dénûment. Nous rappelons qu'une commission s'est formée pour leur venir en aide, et qu'elle a décidé qu'une souscription serait ouverte chez MM.:

Le baron Paul Dubois, doyen de la Faculté de médecine, président de la commission, rue Monsieur-le-Prince, 12;

Le docteur Maheux, secrétaire de la commission, rue des Jeûneurs, 39.

On acceptera les souscriptions des personnes étrangères à la profession médicale.

Mortalité de la ville de Londres. — Semaine du 16 au 23 août 1856. Mortalité générale. 1,122.

Diarrhée, 214 décès, dont 190 ont été observés chez des enfants audessous de trois ans.

Choléra sporadique, 22, sur lesquels on compte 6 adultes seulement. *Observations météorologiques.* — Hauteur barométrique moyenne, 73,5. Température moyenne, + 13°,5. Vents du nord-est. Pluie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 103. — MARDI 2 SEPTEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 103. — MARDI 2 SEPTEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 1er SEPTEMBRE 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nous publions dans le compte rendu un extrait étendu du mémoire que M. Brown-Séquard a lu dans cette séance sur la physiologie des capsules surrénales. Les faits curieux et inattendus révélés par ses expériences auraient en tout temps excité l'attention ; ils la sollicitent d'autant plus vivement aujourd'hui qu'ils paraissent à de certains égards venir à l'appui des faits pathologiques nouveaux que nous venons de faire connaître. On trouvera dans l'analyse de ce mémoire, à côté des résultats qui concernent exclusivement les capsules, les résultats d'autres expériences également dignes d'intérêt sur le mode d'influence que les lésions ou l'excitation du nerf grand sympathique abdominal exercent sur les fonctions du cœur.

On se rappelle l'intéressante communication que M. Baillarger a faite récemment à l'Académie de médecine sur l'ossification prématurée des sutures chez les idiots microcéphales, et sur l'absence de fontanelle chez ces sujets au moment de la naissance. Ce fait, dont notre savant confrère a fait ressortir quelques-unes des conséquences physiologiques et psychologiques, se rattache à un ordre de faits beaucoup plus général, à la loi physiologique du développement de la forme du crâne de l'homme, aux variations et aux modifications que présente ce développement dans les diverses races humaines depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte. L'étude de cette loi et de ces modifications est le sujet d'un mémoire lu par M. Gratiolet dans cette même séance. L'auteur a constaté par ses recherches que la tête de l'enfant français nouveau-né est très-longue eu égard à sa largeur, ce qui constitue une condition très-avancée de *dolichocéphalie*, et montre, suivant lui, que d'une manière générale le cerveau s'accroît plus rapidement en largeur qu'en longueur. A partir de la naissance, le crâne, d'après M. Gratiolet, s'accroîtrait plus rapidement dans ses régions supérieures que dans les autres régions, et, en acquérant des formes définitives, le crâne s'accroît plus en haut et en avant qu'en bas et en arrière, ce qui est parfaitement en rapport avec les résultats fournis par l'étude du développement relatif des différents groupes de plis cérébraux.

L'étude des sutures a fourni à M. Gratiolet des remarques non moins intéressantes, et qui donnent des éléments précieux à la comparaison des différentes races entre elles. Ainsi, de la direction générale de la suture fronto-pariétale sur le profil du crâne et de la disposition de la grande aile du sphénoïde, comparées dans la plupart des races sauvages et dans la race blanche, il résulte qu'un plus grand champ est ouvert chez le blanc aux accroissements possibles du frontal.

Ce premier aperçu est confirmé par les différences observées dans la marche de l'ossification des sutures. Dans l'homme blanc, les sutures s'oblitèrent d'une manière tardive, et dans un ordre tel que la suture fronto-pariétale est la dernière formée. Dans les races éthiopiennes, au contraire, l'oblitération des sutures est précoce, et la fronto-pariétale se soude avant la lambdoïde ; ce qui revient à dire que chez le blanc le crâne se ferme d'abord en arrière, et chez le nègre d'abord en avant. Les choses se passent exceptionnellement à la loi précédente sur les crânes des idiots de la race blanche comme elles ont lieu régulièrement sur les crânes de la race nègre. M. Gratiolet termine l'exposé de ses recherches, dont nous venons de présenter les résultats les plus généraux, par la réflexion suivante, que nous croyons devoir transcrire textuellement, parce qu'elle en fait apercevoir toute la portée philosophique :

« La longue persistance des sutures dans la race blanche aurait-elle quelque rapport avec la perfectibilité presque indéfinie de l'intelligence dans les hommes de cette race? Cette durée de l'une des conditions organiques de l'enfance ne semble-t-elle pas indiquer que le cerveau doit, chez ces hommes perfectibles, demeurer capable d'un accroissement lent mais continu? De là peut-être cette perpétuelle jeunesse de l'esprit, qui, chez les hommes qui pensent beaucoup, semble défier la vieillesse et la mort. Mais, chez les idiots et dans les races abruties, le crâne se ferme sur le cerveau comme une prison. Ce n'est plus un temple divin, pour me servir de l'expression de Malpighi, c'est une sorte de casque capable de résister à des coups de massue. »

Dans la même séance enfin, M. Matteï a présenté une note sur l'existence fréquente d'une poche amnio-choriale, qui persisterait jusqu'à une époque avancée de la grossesse, contrairement à ce qui a été admis jusqu'ici en obstétrique. Les exemples rapportés dans cette note, en même temps qu'ils paraissent établir l'existence de cette seconde poche, expliqueraient, suivant l'auteur, quelques faits soit physiologiques, soit pathologiques, de la grossesse, dont on se fait difficilement une idée nette d'après les idées reçues. Nous publions la note de M. Matteï : les lecteurs apprécieront. — Dr Brochin.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. — M. Jules ROUX (de Toulon).

Traitement des kystes congéniaux du cou par les injections iodées.

Depuis Maunoir, les kystes séreux, qu'il appelait *hydrocèles du cou*, ont été bien connus sous le rapport du siége, des symptômes, de leur composition multiloculaire, du diagnostic différentiel, du pronostic, des terminaisons ; leur cause est restée hypothétique et leur traitement incertain. Mais le chirurgien de Genève et ceux qui ont écrit après lui sur le même sujet ont eu en vue l'histoire générale de toutes les tumeurs enkystées du cou, quel que fût leur siége : le corps thyroïde, les bourses muqueuses, les ganglions, les vaisseaux lymphatiques, les glandes, le tissu cellulaire, etc. M. César Hawkins, le premier, a étudié à part *une forme particulière de tumeur congéniale du cou*, et il a publié des observations qu'il a fait suivre de réflexions judicieuses (*Gazette médicale*, 1840, p. 166). Ces observations paraissent complètes au point de vue de la pathologie, mais le traitement laisse certainement à désirer ; il consiste dans les manœuvres suivantes : ponction, évacuation, compression, applications irritantes à l'extérieur.

Dans un mémoire lu à la Société de biologie sur les kystes congénitaux du cou, M. Lorrain fait connaître une opération intéressante dans laquelle M. le professeur Nélaton, ne croyant pas les injections d'iode possibles, eut recours sans succès à la suture et à l'excision partielle (*Gaz. méd.*, 1855, p. 73).

En juin 1847, M. le docteur Evans a fait connaître une observation d'hydrocèle congéniale du cou, qu'il opéra par le séton, et qu'il parvint à guérir après des accidents sérieux.

C'est encore à cette méthode opératoire que M. le docteur Bouchut semble donner la préférence (*Maladies des nouveau-nés*, année 1852, p. 787) ; et c'est elle que préconise M. le docteur E. Gurlt (de Berlin) contre l'hygrome cystique du cou (Berlin, 1855; *Gaz. hebd.*, 1856, p. 503).

Dans un mémoire sur les *kystes séreux du cou*, lu à l'Académie de médecine (séance du 3 juillet 1855), M. le docteur Roux (de Brignolles) passe en revue et apprécie avec sagacité les diverses opérations proposées pour leur cure radicale : les médicaments internes, la ponction, l'injection, l'acupuncture, le séton, les tentes et mèches, la canule à demeure, la dissection, l'excision, la cautérisation, l'incision.

Ce chirurgien distingué s'est arrêté à l'incision suivie de la suppuration provoquée par l'introduction journalière dans la cavité séreuse d'une mèche et parfois de l'application du nitrate d'argent, et il l'a mise en pratique avec succès dans un kyste congénial du cou sur un enfant de trois mois.

Mais la ponction de M. Hawkins, si elle a jamais réussi, le séton de M. Evans et l'incision de M. Roux ne sauraient atteindre qu'un petit nombre des poches séreuses de ces kystes multiloculaires, de sorte que dans les circonstances les plus heureuses ils nécessitent des opérations successives d'une désespérante lenteur, et le plus souvent accompagnées d'accidents graves.

Il m'a semblé que l'incision sous-cutanée d'un grand nombre de ces kystes, partout où la prudence permettrait de les attaquer dans une région aussi délicate que le cou, suivie d'une injection d'iode, offrirait une méthode plus simple, plus prompte et plus sûre en portant à l'intérieur des kystes divisés et à l'extérieur de ceux restés intacts un modificateur puissant.

Je n'ignorais pas quels pouvaient être les accidents, les dangers mêmes d'une telle tentative : produire chez un nouveau-né au cou, dans une poche séreuse étendue, presque au contact de vaisseaux, de nerfs nombreux, de la trachée-artère, de l'œsophage, une inflammation et une distension comme celles qu'on provoque dans la tunique vaginale était certainement une idée capable de faire reculer, d'autant plus que jusqu'ici aucune observation de ce genre ne pouvait étayer cette tentative, en m'apprenant comment se comporteraient les organes si tendres d'un nouveau-né sous l'influence de l'absorption rapide d'une assez grande quantité d'iode.

Je dois même avouer qu'un fait de ma pratique civile devait me faire redouter les conséquences immédiates d'une injection irritante dans les parties profondes du cou, autour des nerfs et des vaisseaux qui y abondent, puisque chez un ecclésiastique, auquel j'avais fait quelquefois des injections iodées ou simplement d'eau tiède dans une vaste poche purulente située dans la profondeur du cou, derrière un goître volumineux abcédé, j'avais provoqué chaque fois un frisson violent d'une heure de durée, accompagné d'anxiété, et suivi d'une chaleur et d'une sueur considérables. Je savais aussi que des chirurgiens, en opposition avec M. Velpeau, avaient été conduits à redouter les injections iodées dans les kystes étendus du cou à cause de la réaction souvent intense de cette substance si facile à résorber. D'ailleurs les travaux récents de M. le docteur Fleury (de Clermont-Ferrant) étaient encore de nature à éloigner toute crainte (*Gaz. méd.*, février 1856). Enfin, M. le docteur Boinet, dans son *Traité d'iodothérapie*, si fécond en observations intéressantes, n'en consigne pas d'analogue à celles que je vais publier.

Malgré ces objections sérieuses, je passai outre, entraîné par les considérations suivantes :

1° L'inflammation devrait être affaiblie si l'injection d'iode assez étendue ne séjourne que peu de temps dans la cavité séreuse ;

2° La modification morbide que les nerfs en pourront recevoir sera atténuée par les mêmes motifs, et par cette raison que, la prudence ne permettant pas d'ouvrir les kystes profonds qui les entourent, ils ne sauraient être trop influencés par le liquide injecté ;

3° Les dangers de la compression inévitable produite par la distension de la poche séreuse autour des nerfs, des vaisseaux, de la trachée-artère, de l'œsophage, seront sûrement conjurés par la précaution de vider le kyste, s'il se distend outre mesure, soit à travers la plaie déjà faite, soit à l'aide de nouvelles ponctions sous-cutanées ;

4° Enfin, la crainte de voir l'iode absorbé réagir d'une manière fâcheuse sur les organes de l'enfant ne se trouvait-elle pas éloignée par les mesures qui devaient limiter l'inflammation, c'est-à-dire par le court séjour du liquide iodé dans le kyste et par son évacuation complète ?

Telles étaient les idées qui me dominaient au moment de pratiquer les deux opérations qu'on va lire ; nous allons voir comment les circonstances m'ont conduit à les modifier.

OBS. I. — *Kyste congénial du cou chez un enfant de huit jours. — Injection iodée. — Guérison.*

L'enfant Louis Garodi, de la Seyne (Var), présente en naissant une tumeur si volumineuse au cou, que les parents et les assistants croient à un monstre à deux têtes, tandis qu'un médecin la prend pour une production érectile.

Les deux grand'mères de l'enfant le portent dans mon cabinet, sept jours après la naissance, et je reconnais ce qui suit :

La tumeur, située au côté gauche du cou, a le volume de la tête d'un fœtus à terme ; elle s'étend en avant, de la ligne médiane jusqu'à la nuque, tandis que limitée en haut par la portion horizontale du maxillaire inférieur, elle descend jusqu'à l'acromion. Cette tumeur saillante, sans changement de coloration de la peau qui la recouvre, est compressible, fluctuante, transparente dans sa partie supérieure. A l'aide d'une sorte de dissection sous-cutanée, on reconnaît qu'elle est bossuée à sa base et bilobée à sa partie supérieure et externe, et que le sillon qui la divise en ce point est dû à une bride fibro-graisseuse. Elle repose évidemment sur les parties profondes du cou, la trachée-artère, le pharynx, les vaisseaux, les nerfs, etc. Elle gêne les mouvements de la tête ; indolore à la pression, elle se gonfle considérablement quand l'enfant crie, quand il tette ; alors la face rougit outre mesure et la respiration s'embarrasse. D'ailleurs le nouveau né est bel enfant et

bien constitué : les parents affirment que la tumeur grossit chaque jour.

Le lendemain, 3 janvier 1856, je pratique l'opération suivante, en présence de mon collègue et ami M. le docteur Martinenq.

L'enfant convenablement assujetti, je fis à la peau de la partie antérieure et moyenne du cou, vers le bord externe du muscle sterno-mastoïdien, un pli que je traversai à sa base avec une sonde canelée en fer de lance, qui pénétra dans la tumeur jusqu'à la nuque, sans y entamer le tégument. Je glissai rapidement dans la cannelure un ténotome mousse et délié, que je portai dans diverses directions, afin d'ouvrir le plus de poches possibles dans ce kyste multiloculaire, sans courir risque cependant d'intéresser les gros vaisseaux. Durant cette manœuvre, et après la sortie du ténotome, il s'échappa par l'ouverture unique de la tumeur et par la cannelure de la sonde, restée à demeure, environ 100 grammes de sérosité filante, légèrement colorée par le sang.

La tumeur s'affaissa beaucoup et devint pâteuse ; mais le cou ne reprit qu'incomplétement sa forme. L'exploration des éléments du cou rendue plus facile, ne fit pas reconnaître d'autre kyste.

La canule d'une seringue remplie du mélange suivant :

Eau distillée.	50	grammes.
Teinture d'iode.	50	—
Iodure potassique.	2	—

Une fois introduite dans la tumeur, la sonde cannelée fut retirée, et le liquide injecté distendit la poche séreuse. Il y fut maintenu cinq minutes, et la moitié seulement en fut aisément chassée par de douces pressions. Un carré de taffetas gommé, une compresse et deux tours de bandes, composèrent le pansement.

La douleur fut assez vive, à en juger par les cris de l'enfant ; mais elle ne fut pas de longue durée, car il prit le sein, et s'endormit peu après. La journée fut bonne, mais le soir le kyste commença à se distendre ; la nuit fut agitée.

Les jours suivants, la tumeur augmenta de volume, sans atteindre pourtant ses dimensions primitives ; il y eut de l'agitation, de la fièvre. (Cataplasmes émollients) ; le calme se rétablit bientôt.

Le 6 février, je revis le malade ; il n'y avait plus de traces de poche et de liquide ; à la place du kyste existait une tumeur dure de la grosseur d'une noix, mobile, indolore, sans coloration de la peau, composée sans doute des parois rétractées des kystes primitifs, dont le pédicule commun paraissait s'insérer sur les gros vaisseaux.

Aujourd'hui 4 août, six mois après l'opération, voici ce que M. Martinenq m'écrit :

« Je viens de voir l'enfant Garodi, et puis vous assurer qu'à part un peu de laxité dans les téguments du côté où existait la tumeur, il ne reste aucune trace du mal et de l'opération. L'enfant, joyeux, bien portant, tient son cou droit comme un I ; c'est un beau et bien satisfaisant résultat. »

Obs. II. — *Kyste congénial du cou chez un enfant de quinze mois. — Injection iodée. — Guérison.*

Ganborazzi (Suzanne), dont les parents habitent un faubourg de Toulon, portait depuis sa naissance, au côté gauche du cou, une tumeur qui deux mois après avait beaucoup augmenté de volume et n'avait cessé de faire des progrès jusqu'au moment où elle nous fut apportée. L'enfant, doué de beaucoup d'embonpoint et très-beau du reste, présente au côté gauche du cou, de la ligne médiane du sternum à celle de l'occipital et de la base du maxillaire inférieur à l'acromion. une tumeur très-étendue, saillante, indolore, fluctuante, transparente, sans changement de couleur à la peau. On y distingue par le toucher au moins deux loges, dont la plus inférieure, située sur l'acromion, est plus dure, plus résistante que l'autre. L'enfant, maintenant âgée de quinze mois, est sevrée depuis deux.

Les mouvements du cou sont gênés, et les parents déclarent que l'enfant est souvent pris de suffocation, la nuit surtout.

Le 17 mai 1856, je fis la ponction sous-cutanée, l'incision des cloisons de plusieurs kystes, l'injection iodée comme je l'ai indiquée dans la précédente observation.

Cette opération offrit les particularités suivantes :

La ponction sous-cutanée fut pratiquée en arrière du cou ; elle donna issue à un liquide brunâtre abondant. Reconnaissant alors à travers la tumeur flasque, mais encore volumineuse, que le kyste sus-acromion était resté intact, je l'incisai largement avec le ténotome laissé dans la poche primitive, et il s'écoula en assez grande quantité un liquide presque analogue au sang veineux. Après l'injection, les pressions réitérées ne parviurent à faire sortir que le quart environ du liquide injecté.

L'enfant n'avait poussé que des cris modérés, et s'était consolée bientôt quand elle s'était vue seule.

Le soir, la tumeur dut beaucoup augmenter de volume et exercer une certaine compression sur les organes si délicats du cou, puisque les parents me firent dire que l'enfant avait beaucoup de fièvre, de l'agitation et que sa respiration était gênée, phénomènes dus en partie sans doute à l'absorption de l'iode. Je me disposais à aller voir la malade et à ponctionner le kyste pour en diminuer la tension par la sortie d'une partie de son liquide, lorsqu'on vint me dire que l'évacuation s'était faite spontanément à travers l'ouverture de l'opération.

Le 22, on l'amena chez moi ; elle était gaie, convenablement colorée ; elle avait mangé avec plaisir. A plusieurs reprises, la tumeur s'était en partie vidée ; son volume était moindre, il n'y avait pas de rougeur ; la pression paraissait douloureuse.

Je ne revis plus l'opérée que le 14 juillet. Le kyste, qui a beaucoup diminué, est encore cependant de la grosseur d'un œuf ; on y perçoit une fluctuation obscure, et les doigts peuvent suivre son pédicule jusque sur la partie antérieure des vertèbres cervicales.

Trois mois après l'opération, j'ai revu la petite Suzanne, qui est douée d'une santé parfaite. Le kyste a disparu ; à sa place est une tumeur dure qui ne fait qu'un faible relief au-dessous de la peau, qui est ridée ; le cou a sa rectitude et ses mouvements naturels.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA TEMPÉRATURE ANIMALE.

Par M. Claude Bernard.

Des modifications de température que le sang éprouve en traversant l'appareil digestif. — L'appareil digestif reçoit son sang de l'aorte ventrale par le tronc cœliaque et par les artères mésentériques. Après avoir circulé dans les vaisseaux capillaires du canal intestinal, du pancréas et de la rate, etc., et avoir servi à l'accomplissement des différents phénomènes sécrétoires ou autres qui se passent dans ces organes, ce sang parvient dans la veine-porte et se dirige dans le foie, où il est soumis à une nouvelle élaboration des capillaires pour sortir finalement par les veines hépatiques qui le versent dans la veine-cave inférieure, non loin du cœur. On voit ainsi que la circulation de l'appareil digestif diffère de celle des autres appareils de l'économie animale, en ce que le sang artériel, après avoir traversé le système capillaire des intestins et avoir été changé en sang veineux, ne se rend pas immédiatement dans le système veineux général, mais traverse encore un autre système de vaisseaux capillaires, celui du foie, qui le rend encore veineux de nouveau avant qu'il parvienne dans le cœur. Nous aurons donc, dans cet appareil par exception, à examiner la température du sang dans trois ordres de vaisseaux :

1° Dans les artères qui amènent le sang au canal intestinal ;

2° Dans la veine-porte, qui contient le sang qui a traversé l'intestin et qui le dirige vers le foie ;

3° Dans les veines hépatiques qui se rendent dans la veine-cave inférieure et contiennent le sang qui a traversé la totalité de l'appareil digestif.

Pour prendre la température du sang dans ces différents vaisseaux, il est convenable, d'une part, de ne pas apporter des troubles considérables dans la circulation locale, et, d'autre part, de ne pas trop découvrir les organes, afin de ne pas les exposer à des causes de refroidissement artificiel.

Le procédé qui m'a paru être le moins sujet aux inconvénients que je viens de signaler est le suivant :

L'animal étant convenablement maintenu, on pratique dans l'hypocondre droit une incision oblique, étendue depuis l'articulation de la dernière côte à la colonne vertébrale jusqu'au bord externe du muscle droit abdominal, au niveau de la crête de l'os des îles. Lorsqu'on est arrivé dans la cavité abdominale, il faut empêcher l'éventration d'avoir lieu, et maintenir le paquet intestinal refoulé du côté gauche. On aperçoit alors au fond de la plaie le tronc de la veine-cave, ainsi que les veines rénales qui s'y abouchent. Le rein droit est très-facile à atteindre, et il se trouve placé dans l'angle le plus élevé de la plaie et comme couché sur l'articulation de la dernière côte. Dans le fond de la même plaie se rencontre encore parallèlement au tronc de la veine-cave inférieure, et à gauche d'elle, l'aorte ventrale, que l'on reconnaît très-facilement par ses battements, mais dont le calibre est masqué par du tissu cellulaire et par un grand nombre de rameaux nerveux qui l'entourent. Enfin on aperçoit à droite et en haut, au-dessous de l'anse du duodénum, les veines mésaraïques principales qui remontent vers le tronc de la veine-porte qui est situé au-dessous du foie.

Pour obtenir, à l'aide de ce procédé, la température du sang artériel qui entre dans l'appareil digestif, il faut prendre cette température non pas dans les artères mésentériques, ce qui est impraticable en général à raison de l'exiguïté des vaisseaux, mais il faut aller la constater dans l'aorte ventrale, au niveau de l'émergence du tronc cœliaque et de l'artère mésentérique. Pour avoir la température du sang qui sort des intestins, il faut la prendre dans le tronc de la veine-porte. Enfin, pour constater la température du sang qui sort du foie, il faut arriver jusqu'aux veines hépatiques en pénétrant par la veine-cave inférieure.

Lorsqu'on a affaire à des animaux (chiens) de forte taille, on peut parvenir dans les différents vaisseaux que nous venons de nommer sans troubler notablement la circulation. Voici alors comment on s'y prend : on attire le rein droit, qui se trouve placé à découvert ; on isole avec précaution les vaisseaux rénaux, et on les entoure de ligatures convenablement placées pour empêcher l'écoulement du sang. Par une incision pratiquée à la veine rénale, on fait pénétrer le thermomètre dans la veine-cave inférieure, puis on le pousse en haut jusqu'à ce qu'il soit arrivé au niveau de l'abouchement des veines hépatiques ; on peut même faire pénétrer la cuvette du thermomètre dans ces veines par une manœuvre convenable qui consiste à incliner au même moment le corps de l'animal de droite à gauche.

Ensuite, au moyen d'une incision pratiquée à l'artère rénale, on arrive de même dans l'aorte ventrale, très-près du lieu d'émergence du tronc cœliaque et de l'artère mésentérique. Il ne reste plus alors que le tronc de la veine-porte, dans lequel on arrive facilement par la veine duodénale qui sert à introduire le thermomètre jusque dans le tronc de la veine, au-dessous du foie.

Dans ce premier procédé qui vient d'être décrit, le thermomètre pénètre, à l'aide de rameaux vasculaires collatéraux, jusque dans les troncs où la cuvette de l'instrument se trouve entourée de tous côtés par une quantité de sang assez considérable pour être isolée des parois des vaisseaux. Mais lorsque les animaux (chiens) sont de moyenne ou de petite taille, il devient impossible de pénétrer dans les troncs vasculaires au moyen de branches collatérales, ainsi que nous venons de le dire, et il faut se résigner à entrer directement dans la veine-cave, dans la veine-porte et dans l'aorte ; ce qui nécessite ensuite l'application de ligatures qui interceptent plus ou moins complètement la circulation dans ces vaisseaux. Toutefois, il est possible de placer ces ligatures de telle façon qu'elles soient à peu près sans influence sur la circulation intestinale. Pour cela, je pénètre dans l'aorte au-dessous de l'émergence des artères rénales, puis je dirige la cuvette du thermomètre jusqu'au niveau du tronc cœliaque et de l'artère mésentérique pour obtenir ainsi la température du sang artériel qui va se distribuer dans l'appareil digestif. On voit de cette manière que la circulation ne se trouve interceptée qu'au-dessous de la ligature, et qu'elle reste libre au-dessus dans les vaisseaux qui vont aux organes digestifs. En pénétrant de même dans le tronc de la veine-cave inférieure au-dessous des veines rénales, on ne gêne la circulation que dans les membres postérieurs, mais aucunement dans les veines hépatiques. Il est plus difficile dans ce second procédé d'arriver à pénétrer dans le tronc de la veine-porte sans porter atteinte à la circulation intestinale. Cependant on peut ne la modifier que partiellement en faisant la ligature de la veine-porte au-dessous de l'abouchement des veines splénique, stomachique et duodénale. Il reste alors l'estomac et une assez grande étendue de la portion supérieure de l'intestin grêle, dans lesquels la circulation s'accomplit encore très-bien et ramène le sang dans la partie supérieure du tronc de la veine-porte. Enfin, pour atténuer autant que possible ces inconvénients inévitables, on s'arrangera de manière à ne prendre la température du sang dans la veine-porte qu'après l'avoir prise dans les autres vaisseaux.

Dans les nombreuses expériences que j'ai pratiquées par les deux procédés décrits, j'ai acquis la certitude qu'à part certaines influences que la ligature de ces gros troncs vasculaires peut avoir sur la température absolue du sang, influences sur lesquelles nous reviendrons plus tard, elles ne modifient pas notablement les températures relatives ; et ce qui le prouve, c'est que j'ai obtenu sensiblement les mêmes rapports entre les températures des divers vaisseaux de l'appareil digestif, en opérant alternativement par les deux procédés décrits précédemment. Il est à peine utile d'ajouter que dans toutes ces expériences il faut agir avec célérité, afin d'éviter le refroidissement des organes sur lesquels on expérimente et d'empêcher que l'organisme de l'animal ne se modifie trop par les fatigues de l'opération. Il arrive, en effet, quelquefois, chez les animaux affaiblis par la durée de l'opération, que la température du corps s'abaisse ; et il faut être bien prévenu de cette circonstance, afin que l'on ait soin de ne comparer entre elles que celles des observations de température faite dans des vaisseaux différents au même moment de l'expérience. Il y a même plus, c'est que dans les mouvements violents d'agitation, il peut survenir des conditions circulatoires telles, qu'elles entraînent des modifications de température très-notables. Les causes de ces modifications nous occuperont plus tard, mais nous n'en tiendrons pas compte aujourd'hui dans les résultats de nos expériences, qui ont été obtenus seulement pendant que l'animal était calme et que la circulation était aussi normale que possible.

Les thermomètres dont j'ai fait usage sont tantôt des thermomètres métastatiques à mercure de M. Walferdin, tantôt des thermomètres à mercure construits par M. Fastré. J'ai toujours fait mes expériences comparatives avec le même thermomètre qui était plongé successivement dans les différents vaisseaux. J'ai suivi cette méthode, qui est généralement recommandée, parce qu'en effet il est bien préférable, pour comparer ses résultats, de ne pas avoir à tenir compte des différences qui peuvent se rencontrer dans les instruments d'observation que l'on emploie. Je dois toutefois faire observer que, dans les expériences faites sur les animaux vivants, cette méthode n'a plus les mêmes avantages ; et il serait infiniment plus convenable d'avoir, si cela était possible, deux thermomètres bien comparables qui fussent au même instant plongés dans les deux sangs dont on veut comparer la température. Il peut arriver, en effet, dans ce milieu si mobile constitué par l'organisme vivant, que pendant le temps, si court qu'il soit (et il exige toujours une ou deux minutes), qui sépare deux observations successives, il survienne des modifications passagères capables d'influencer notablement la température du sang, suivant que l'animal est calme ou agité, suivant qu'il s'affaiblit ou qu'il souffre, etc. C'est pour cela qu'il ne faut jamais se contenter d'une seule observation ; il faut revenir plusieurs fois dans les mêmes vaisseaux en rendant inverse l'ordre des observations, afin de s'assurer que le résultat différentiel que l'on a obtenu n'est pas accidentel.

La cuvette du thermomètre dont je me suis le plus ordinairement servi avait de 4 à 5 millimètres de diamètre et de 2 à 3 centimètres de long. Le volume de cette cuvette ne gênait pas la circulation dans les vaisseaux où on la plaçait, et ses parois très-minces permettaient au thermomètre d'avoir une grande sensibilité. Chaque degré centésimal du thermomètre était divisé en cinquièmes, dont il était facile d'apprécier la moitié, c'est-à-dire un dixième de degré. Enfin, j'ajouterai que la cuvette du thermomètre était toujours plongée profondément dans des parties qui n'avaient pu être refroidies par le contact de l'air. C'est ainsi que les veines hépatiques, la veine-porte, le tronc cœliaque et l'artère mésentérique, dans lesquels j'avais à observer la température du sang, se trouvent également placés contre la colonne vertébrale, à peu près au niveau du diaphragme, dans des conditions identiques de protection contre le refroidissement extérieur.

Maintenant, après avoir exposé aussi exactement que possible la marche suivie dans les expériences, je vais en donner les résultats,

que j'ai groupés dans trois tableaux qui correspondent aux trois ordres de vaisseaux de l'appareil digestif.

Le premier tableau donne les résultats de la comparaison de la température du sang avant et après l'appareil digestif, c'est-à-dire dans l'aorte ventrale et dans les veines hépatiques.

Le deuxième tableau donne la température comparative du sang avant et après l'intestin, c'est-à-dire du sang artériel aortique et du sang de la veine-porte.

Le troisième tableau donne les résultats de l'examen comparatif de la température du sang avant et après le foie, c'est-à-dire du sang de la veine porte et de celui des veines hépatiques.

A l'inspection de ces trois tableaux, on constate qu'il y a un accroissement constant de la température du sang dans tout son trajet à travers l'appareil digestif, et en même temps on peut voir la part que l'intestin et le foie prennent à cet accroissement.

Il serait tout à fait illusoire et même erroné de tirer des valeurs moyennes des nombres consignés dans les tableaux précédents, parce que les animaux que l'on a observés se trouvant dans des conditions souvent différentes, ne sont pas exactement comparables entre eux. Ce sont les observations faites sur les vaisseaux différents du même animal, qui sont seules comparables, et c'est seulement de ces comparaisons que nous déduirons les conséquences.

On peut voir, en outre, par l'inspection des résultats contenus dans le premier tableau, *que le sang à sa sortie de l'appareil digestif*, après avoir traversé les deux systèmes capillaires sanguins, celui de l'intestin et celui du foie, *se trouve constamment plus chaud qu'à son entrée.*

Les états d'abstinence ou de digestion, qu'il paraissait si important *à priori* de comparer entre eux, ne semblent pas apporter de grandes modifications dans le résultat constant que nous venons de signaler, et souvent l'accroissement de température s'est montré plus fort chez des animaux à jeun.

Le deuxième tableau donne les changements de température que le sang éprouve en traversant le système capillaire seul de l'intestin. On voit d'une manière générale que la température s'accroît. Cependant il y a quelques observations dans lesquelles il y a eu égalité ou même un léger abaissement de température. Ces particularités s'expliquent facilement parce que la membrane muqueuse de l'intestin est en réalité une surface extérieure sur laquelle peuvent se rencontrer, par suite de l'ingestion alimentaire, des substances venues du dehors et parfois susceptibles d'apporter un refroidissement qui se communique nécessairement au sang qui circule dans ces parties.

Le troisième tableau montre les modifications de température que le sang éprouve en traversant le tissu capillaire hépatique seul. Ici il y a un accroissement constant dans la température du liquide sanguin, et, en examinant les chiffres des différences, on voit que cet accroissement de température est relativement très fort.

En résumé, les expériences dont les résultats sont contenus dans ce travail établissent :

1° Que l'appareil digestif fait éprouver au fluide sanguin un réchauffement constant, de telle sorte que dans cet appareil le sang veineux est plus chaud que le sang artériel.

2° Le sang qui sort de l'appareil digestif par les veines hépatiques est une source constante de calorification pour le sang qui va au cœur par la veine-cave inférieure. Nous pouvons même ajouter dès à présent que c'est la principale ; car nulle part dans le système circulatoire le sang n'est aussi chaud que dans les veines hépatiques, et nos tableaux d'expériences montrent que chez les animaux les plus vigoureux, cette température peut atteindre 41° 6 centigrades.

3° Parmi les organes qui concourent au réchauffement du sang dans l'appareil digestif, le foie occupe le premier rang. D'où il résulte que cet organe doit être considéré comme un des foyers principaux de la chaleur animale.

Dans une très-prochaine communication, j'entretiendrai l'Académie des modifications de température que le sang éprouve en traversant l'appareil respiratoire.

EMPLOI DU CHLOROFORME

pour faciliter certaines manœuvres obstétricales.

Nous recevons à l'occasion d'une communication récente de M. le docteur Jobert (de Guyonvelle), relative à un cas de dystocie par contraction spasmodique du corps et du col de l'utérus, l'observation suivante de M. le docteur Alf. Liégard (de Caen), qui, plus heureux que son confrère, nous dit avoir eu recours avec un grand avantage, dans plusieurs circonstances analogues, à l'emploi du chloroforme. C'est à ce même moyen qu'il a dû la facilité des manœuvres nécessitées par l'accident auquel il avait affaire dans l'observation dont il s'agit et que nous reproduisons textuellement.

Obs. — Mme D..., âgée de vingt-quatre ans, à la fin du mois de mai dernier, était depuis quelques heures en travail de son troisième accouchement. La poche des eaux était très-saillante et tendue, le col entièrement dilaté, la tête au détroit supérieur ; dans une forte contraction, le liquide amniotique s'échappa tout à coup, entraînant avec lui une anse fort longue du cordon ombilical. Cependant la tête était maintenue appliquée si fortement au détroit supérieur, qu'il me fut impossible de la repousser pour réintroduire le cordon. Je me hâtai d'endormir cette dame ; quelques minutes suffirent pour établir une *tolérance anesthésique* parfaite. Alors ce fut avec la plus grande facilité que je pus refouler la tête et faire repasser au-dessus d'elle le cordon ombilical ; je le maintins à sa place à l'aide des doigts de la main droite allongés sur le côté de la tête ; je supprimai les inhalations de chloroforme, le sommeil se dissipa bientôt ; une nouvelle contraction très-énergique fit engager la tête dans le détroit supérieur, et le cordon ne reparut plus.

Une heure après, la tête était dans l'excavation ; les contractions utérines étaient fréquentes ; elles avaient chaque fois, en commençant, une grande force, mais presque aussitôt elles étaient arrêtées par une douleur vive que ressentait la patiente dans le flanc droit, qui lui enlevait tout son courage et la mettait dans l'impossibilité de *pousser* : de sorte que le travail n'avançait pas... J'administrai de nouveau le chloroforme ; le sommeil se rétablit, la contraction utérine se prolongea librement, les efforts de la femme s'y joignirent avec énergie, et une demi-heure après un enfant très-fort fut expulsé sans qu'elle en eût la conscience. Aujourd'hui l'enfant et la mère, qui le nourrit, sont en parfaite santé.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 août 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy St-Hilaire.

Physiologie et pathologie des capsules surrénales. — M. Brown-Séquard lit un mémoire intitulé *Recherches expérimentales sur la physiologie et la pathologie des capsules surrénales*. En voici un extrait :

Un livre remarquable publié par le docteur Addison a appelé récemment l'attention sur les capsules surrénales. Jusqu'alors, malgré un savant mémoire d'anatomie pathologique de M. Rayer, et malgré de belles recherches d'anatomie normale dues à Ecker, les physiologistes et les médecins avaient presque complétement négligé l'étude de ces petits organes. On proportionnait probablement leur importance à leurs dimensions ; on se trompait. Des expériences extrêmement nombreuses que j'ai faites depuis plus de huit mois concernant ces organes, m'ont conduit à cette conclusion, assurément imprévue, même après les faits pathologiques rapportés par Addison, que la fonction des capsules surrénales est non-seulement essentielle à la vie, mais l'une des plus importantes de l'économie.

J'ai constaté que ces organes ont une sensibilité très-vive, surtout sur les lapins. La découverte faite par M. Flourens de l'existence d'une sensibilité très-vive dans les ganglions semi-lunaires rendait déjà probable l'existence de cette propriété vitale dans les capsules surrénales qui reçoivent leurs nerfs surtout de ces ganglions.

On croit que ces capsules appartiennent surtout, sinon exclusivement, à la vie embryonnaire. C'est une erreur ; car j'ai constaté que ces organes gagnent en poids presque autant que les reins, à partir de la naissance jusqu'à l'âge adulte, chez l'homme, le chat, le chien, le lapin et surtout le cochon d'Inde.

L'ablation des capsules est une opération beaucoup plus facile qu'on ne pourrait le croire, à en juger par leur situation profonde. Quant à la durée de la vie, voici quels sont mes résultats :

1° Sur 44 lapins, la survie moyenne a été de 9 heures et quelques minutes, la survie minimum a été de 5 heures 30 minutes, la survie maximum de 13 heures : 7 lapins seulement sur 44 ont survécu plus de 10 heures à l'opération.

2° Sur 5 chiens et 2 chats adultes, la survie moyenne a été de 14 heures 30 minutes, la survie minimum de 12 heures 30 minutes, la survie maximum de 17 heures.

3° Sur 9 cochons d'Inde, la survie moyenne a été de 11 heures, la survie minimum de 9 heures, et la survie maximum de 16 heures.

4° De deux souris, l'une a survécu 7 heures 30 minutes, l'autre 8 heures 30 minutes. La moyenne générale pour ces cinq espèces d'animaux a été de 11 heures 30 minutes à peu près. Je dois dire que peut-être quelques animaux auxquels j'ai enlevé les capsules surrénales ont survécu plus longtemps que ceux qui sont compris dans les précédentes listes. En effet, je n'ai tenu compte dans ces listes que des animaux que j'ai vu mourir ; et sur plusieurs autres, dont je ne connais pas exactement l'heure de la mort, j'ai vu la vie durer presque autant que le maximum indiqué ci-dessus : ils ont donc très-probablement vécu plus longtemps que ce maximum. Sur 6 chats et 5 chiens nouveau-nés (âgés de 2 à 12 jours environ) la survie a été, en moyenne, de 37 heures ; minimum 19 heures, maximum 49 heures.

Après l'ablation d'une seule capsule surrénale, j'ai constaté :

1° Sur 16 lapins, une survie moyenne de 23 heures environ : minimum 14 heures, maximum 40 heures ;

2° Sur 5 cochons d'Inde, survie moyenne 24 heures 30 minutes ; minimum 17 heures, maximum 33 heures ;

3° Sur 2 chats et 2 chiens adultes ou âgés d'au moins 3 mois, survie moyenne 34 heures : minimum 27 heures, maximum 55 heures.

Bien que je n'aie pas vu jusqu'ici un seul animal survivre définitivement à l'ablation d'une des capsules surrénales, je crois probable qu'en multipliant les expériences on verra des survies définitives après cette opération.

Je renvoie à mon mémoire pour la description des symptômes qu'on observe après l'ablation des deux capsules surrénales, me bornant à dire :

1° Que ces symptômes sont à peu près les mêmes pour les animaux d'espèces diverses sur lesquels j'ai expérimenté ;

2° Qu'ils consistent surtout en un affaiblissement notable, des troubles variés de la respiration, de la circulation, et enfin des convulsions, du tournoiement, du délire et du coma.

Les convulsions, surtout fréquentes chez les lapins, ont lieu par action réflexe, comme celles dues à l'empoisonnement par la strychnine et d'autres poisons. Chez les animaux dépouillés seulement d'une capsule surrénale, souvent les convulsions sont plus fortes du côté de l'opération que de l'autre. Quelquefois, dans ces conditions, les lapins roulent sur eux-mêmes comme lorsqu'on a lésé certaines parties de la base de l'encéphale, en répétant les célèbres expériences de Magendie et de M. Flourens. Ce roulement commence ordinairement par le côté opposé à celui de l'opération. On trouve assez souvent la pupille plus resserrée du côté opéré que de l'autre.

J'ai constaté que la mort n'est due, après l'ablation des capsules surrénales, ni à une hémorrhagie, ni à une péritonite, ni à une blessure des viscères voisins des capsules. D'une part, ces causes de mort n'ont pas existé dans les expériences dont j'ai tenu compte ; d'une autre part, dans des expériences nombreuses où j'ai dilacéré le péritoine en plusieurs endroits et où j'ai blessé les viscères voisins des capsules, sans enlever ces petits organes, j'ai vu les animaux survivre, en général, bien plus longtemps qu'après l'ablation des capsules, et j'en ai vu quelques-uns se rétablir définitivement. Il est très-bien connu, du reste, que les plaies pénétrantes de l'abdomen, chez les animaux comme chez l'homme, sont loin d'être toujours mortelles, et, s'il en était besoin, nous pourrions rappeler à cet égard bien des expériences célèbres dues à des membres éminents de l'Académie (MM. Flourens, Cl. Bernard et Jobert (de Lamballe).

En comparant la durée de la vie des animaux dépouillés des deux capsules surrénales à la durée de la vie après l'ablation des reins, on trouve avec étonnement qu'elle est plus courte dans le premier cas que dans le second. C'est ce qui résulte non-seulement de ce que j'ai vu moi-même après l'extirpation des reins, mais de ce qu'avaient trouvé, à propos de cette dernière opération, MM. Prévost et Dumas, M. Ségalas, MM. Cl. Bernard et Barreswil, Frerichs et d'autres.

Tout le monde sait que la mort peut être le résultat presque instantané de lésions du nerf grand sympathique abdominal. M. Flourens, dans le remarquable travail qu'il a publié sur ce nerf, dit avec raison : « Que tout ce que tant d'habiles observateurs ont dit de cette haute » puissance nerveuse, résidant, selon eux, vers la région diaphragma- » tique, et tour à tour célébrée par eux sous les noms d'*archée*, de » *præses systematis nervosi*, de *centre phrénique*, *épigastrique*, etc., » paraît en quelque sorte justifié par la sensibilité du réseau semi- » lunaire. » En cherchant comment ce petit centre nerveux si sensible peut causer subitement la mort, j'ai trouvé que c'est en arrêtant les battements du cœur, comme lorsqu'on galvanise la moelle allongée ou les nerfs vagues, ou lorsqu'on excite mécaniquement la moelle allongée, ainsi que je l'ai fait voir à la Société de biologie en 1850. Le plus souvent le cœur ne s'arrête pas quand on écrase les ganglions semi-lunaires, mais ses battements deviennent en général plus lents. Si l'on a coupé soit les nerfs grands splanchniques, soit les nerfs vagues, l'écrasement de ces ganglions n'a plus d'influence manifeste sur le cœur.

Ces faits rendent probable que l'irritation des filets du grand sympathique qui vont aux capsules surrénales doit jouer un rôle dans les phénomènes qu'on observe après l'ablation de ces organes. Mais la longue survie des animaux sur lesquels on a blessé ou coupé en divers endroits le grand sympathique abdominal ou les nerfs grands splanchniques, dans les expériences de Haffter, dans celles de M. Cl. Bernard et dans les miennes, montre que la mort après l'ablation des capsules ne peut être considérée comme étant exclusivement ni même principalement le résultat d'une blessure du grand sympathique.

Le sang chez les animaux dépouillés des capsules surrénales semble se charger d'un principe toxique : du moins, ce sang (pris sur des lapins à l'agonie) hâte considérablement la mort des lapins sur lesquels on a enlevé depuis quelques heures une seule capsule, et, d'un autre côté, du sang de lapin en bonne santé, injecté dans les veines d'un lapin à l'agonie après l'ablation de l'une ou des deux capsules, le fait revenir à la vie pour quelques heures.

A l'autopsie des animaux morts après l'extirpation des capsules, on ne trouve aucune autre altération dans les centres nerveux qu'une congestion plus ou moins considérable.

J'ai trouvé que les capsules surrénales chez les lapins sont très-souvent le siége d'une inflammation très-vive, qui amène rapidement la mort après avoir occasionné des phénomènes tout à fait semblables à ceux qui suivent l'extirpation de ces organes.

Après les plaies de la moelle épinière à la partie inférieure de la région dorsale ou à la partie supérieure de la région lombaire, chez les mammifères, les capsules surrénales, ainsi que je l'ai trouvé il y a déjà cinq ans, se congestionnent et s'hypertrophient. En outre, ainsi que je l'ai trouvé récemment, elles s'enflamment alors quelquefois, et la mort semble être la conséquence inévitable de cette inflammation.

Ne voulant tirer des faits rapportés dans mon mémoire que les conclusions qui semblent absolument certaines, en négligeant ici celles qui ne semblent être que plus ou moins probables, je me bornerai à dire :

1° Que les capsules surrénales paraissent être des organes essentiels à la vie, au moins chez les chiens, les chats, les lapins et les cochons d'Inde ;

2° Que l'ablation de ces organes amène, en général, la mort plus rapidement que l'ablation des reins ;

3° Que les capsules surrénales ont avec le centre cérébro-rachidien de nombreuses relations d'influence.

Développement de la forme du crâne de l'homme. — M. Gratiolet lit un mémoire sur le développement de la forme du crâne de l'homme, et sur quelques variations qu'on observe dans la marche de l'ossification de ses sutures. (Commissaires : MM. Velpeau, Cl. Bernard.) (Voir plus haut.)

Existence fréquente d'une poche amnio-choriale jusqu'à une époque avancée de la grossesse. — M. Mattei adresse sur ce sujet la note suivante :

Il n'est pas admis en obstétrique qu'à une époque avancée de la grossesse, la membrane amnios soit assez séparée du chorion pour former une poche où peut se réunir du liquide assez abondant.

Cette poche, j'ai eu lieu plusieurs fois de la constater, et elle paraît être même assez fréquente. Elle existe :

1° Dans les cas où la femme enceinte perd tout à coup des eaux assez abondantes pour croire à un accouchement imminent, tandis que la grossesse va encore très-loin, ou bien, par le toucher, on constate qu'il existe encore une poche amniotique intacte ;

2° Elle existe dans les cas d'hydrorrhée pendant la grossesse ;

3° Dans les cas où, au moment du travail, on est obligé, pour un seul œuf, de percer successivement deux poches distinctes, qui donnent chacune un liquide de même couleur ou de couleur différente ;

Dans ces cas, la poche externe qui se rompt la première est composée du chorion et de la caduque. La deuxième ou interne est formée par l'amnios. Le sac amniotique peut être alors tellement isolé, qu'il n'adhère même pas à la surface fœtale du placenta. Il ne tient au cor-

don ombilical que par son insertion au point où cette tige s'implante sur le gâteau placentaire.

Depuis que mon attention a été attirée sur ce sujet, ajoute M. Matteï, j'ai constaté plusieurs fois cette cavité, même en dehors des cas que je viens de citer, et où probablement l'amnios se rompant avant le chorion, il était impossible de constater d'avance la présence de la poche *amnio-choriale*. Ces faits, par leur fréquence, me prouvent que cette cavité qui existe dans les premières semaines de la grossesse, ne s'oblitère pas toujours; ils peuvent même faire revenir sur quelques points du développement de l'œuf. En attendant, ils expliquent, de la manière la plus naturelle, ce qu'on appelle les fausses eaux, l'hydrorrhée, la poche supplémentaire, et la diversité de couleur du liquide épanché; phénomènes sur lesquels on n'avait jusqu'ici que des données incertaines. (Commissaires : MM. Cl. Bernard, J. Cloquet.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 juillet 1856. — Présidence de M. Caron, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Caractère particulier des urines chez les sujets atteints de maladie de Bright. — M. Corlieu, correspondant de la Société, adresse la note suivante :

J'ai observé deux fois dans la maladie de Bright proprement dite un phénomène séméiologique curieux qui n'est signalé par aucun auteur, et que le hasard m'a fait découvrir.

Depuis cinq ans que j'exerce à la campagne, j'ai observé plusieurs fois les urines albuminuriques dans le cours de différentes maladies. C'est alors un symptôme dont l'existence est passagère (1), tandis que dans la néphrite albumineuse ou maladie de Bright, l'albuminurie a une marche plus régulière, une durée plus longue, et une terminaison le plus souvent fatale.

Je n'ai eu l'occasion de traiter que trois personnes atteintes de la maladie de Bright simple, sans complication d'autre affection, présentant tous les symptômes décrits par les auteurs.

Le premier, âgé de trente-sept ans, guérit radicalement, c'est-à-dire que depuis trois ans il jouit d'une excellente santé, travaille dans les champs, comme avant sa maladie, et n'a ni œdème ni urines albumineuses.

Les deux autres succombèrent : l'une, à soixante-dix ans, de la maladie même; l'autre, à cinquante et un ans, à la suite du choléra de 1854.

Ce n'est que chez les deux derniers malades que j'ai observé le symptôme en question.

Par un effet du hasard, ces deux personnes étaient tombées malades en même temps vers le commencement du printemps. Je ne dirai rien du traitement que je fis suivre à mes deux clients; j'espère pouvoir plus tard présenter à la Société des considérations plus complètes sur la maladie de Bright. J'ai conseillé à mes deux malades l'usage des asperges, qu'ils aimaient beaucoup, et jamais chez l'un et l'autre je n'ai trouvé aux urines l'odeur si désagréablement caractéristique occasionnée par cet aliment.

J'ignorais le fait lorsque j'ai été appelé auprès du second malade, et, quoique lui ayant donné des soins pendant l'hiver, j'aurais cherché à savoir si la lésion du rein aurait amené le même résultat en donnant au malade quelque substance résineuse, telle que la térébenthine ou d'autres préparations balsamiques.

Depuis cette époque, je n'ai vu aucun sujet affecté de maladie de Bright.

Ce phénomène que je signale est-il constant? Est-ce une coïncidence? C'est ce que je ne puis encore déterminer.

J'en appelle à ceux de mes collègues dont la pratique est plus étendue que la mienne, et, si le phénomène est constant, je suis heureux d'en offrir la découverte à la Société qui m'a fait l'honneur de m'admettre dans son sein.

Accidents cérébraux suivis de mort, pendant le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. — M. Picard communique le fait suivant :

La nommée M..., âgée de dix-neuf ans, mariée depuis environ quinze mois, d'une bonne santé habituelle, de constitution moyenne, d'un tempérament lymphatique et sanguin, avec prédominance du système lymphatique, habitait rue de la Parcheminerie, n° 8, au troisième étage, un logement composé de deux petites pièces assez basses, et où régnait presque constamment un courant d'air dans lequel se trouvait placé le lit.

Deux mois avant le début de la maladie, cette femme était accouchée d'un enfant à terme, vivant au commencement du travail, mais qui est venu mort par suite de la longueur et de la difficulté de l'accouchement, lequel ne put être terminé, me dit-on, que par une application de forceps faite par deux médecins. Les suites de cet accouchement laborieux furent cependant assez simples, et trois semaines après, la malade était complétement rétablie.

Le 25 mai dernier, deux mois après sa couche, elle fut prise, à la suite d'un refroidissement, de frissons, de courbature, de fièvre, de douleurs articulaires dans les poignets, les épaules, puis dans les genoux, et enfin aux cous-de-pied. Les jointures des hanches ne furent que très-peu prises.

Pendant les huit premiers jours de la maladie, la femme M... reçut les soins d'un médecin qui se borna à prescrire le repos au lit, des boissons émollientes tièdes, des onctions avec le baume tranquille sur les articulations malades, recouvertes d'ouate.

Le traitement, à peu près expectant, n'avait modifié en rien la marche ni l'intensité de la maladie, et lorsque je fus appelé le 3 juin, voici l'état dans lequel je trouvai la femme M... : pouls plein, développé, fébrile, de 108 à 112. Décubitus dorsal, déterminé par l'impossibilité de mouvoir les membres sans produire de vives douleurs. Peau chaude, sèche; gonflement des principales articulations assez prononcé pour faire disparaître les saillies articulaires. Les mouvements étaient douloureux dans les régions cervicales et lombaires.

(1) J'ai publié dans la *Gazette des Hôpitaux* (17 janvier 1856) un article sur une épidémie de variole où j'ai trouvé une seule fois la coïncidence de la variole avec une albuminurie passagère.

Le traitement fut le suivant : boissons abondantes, chaudes et légèrement diaphorétiques; diète absolue; les moyens actifs consistèrent dans l'administration de pilules de Lartigue, à la dose de 6 à 8 dans les vingt-quatre heures (2 pilules toutes les six heures. L'effet de ces pilules se produisit ici d'une manière bien tranchée; au bout de vingt-quatre heures, la malade éprouvait une diminution dans l'intensité des douleurs, bien que les articulations n'eussent encore rien perdu de leur volume. Au bout de quarante-huit heures, les sueurs et les urines ont augmenté, et le quatrième jour, mais alors seulement, les évacuations alvines furent fréquentes. Pendant quatre jours, il y eut dix à douze selles liquides par jour, sans douleurs abdominales.

C'est avec l'apparition de ce dernier effet thérapeutique qu'a coïncidé une amélioration très-évidente, je dirais presque la disparition complète de la maladie. En effet, le pouls était tombé à 80-84; la peau était légèrement moite; les mouvements étaient libres, et pouvaient être exécutés sans douleurs dans toutes les articulations. La malade demande à manger et à se lever. Il n'y a rien eu du côté de la tête.

Le 8 juin, cet état de bien-être persistant, la malade exige qu'on la laisse se lever pour faire faire son lit; se fait laver la figure et les mains avec de l'eau tiède, et se fait démêler les cheveux par une voisine, le tout sans mon autorisation. Je n'en suis instruit que cinq jours plus tard.

Le lendemain de cette imprudence, le 9 juin, retour de la fièvre; le pouls est remonté à 100; un peu d'agitation. Cependant, le 10 et le 11, l'amélioration reparaît. Je permets du bouillon et un potage léger.

Le 13, je suis rappelé en toute hâte. Je trouve la malade en proie à une fièvre ardente; le pouls est à 120. Agitation extrême; loquacité, soif vive. Les articulations sont toujours libres, sans douleurs, sans augmentation de volume, sans changement de couleur à la peau.

Justement étonné de ces accidents insolites, j'interroge les assistants, et c'est alors seulement que j'apprends que, la veille encore et le jour même, cette femme s'est levée, s'est lavé les mains et la figure, et s'est fait encore coiffer avec le peigne, etc. Quelques heures après, l'agitation augmente, délire : la mort survient à une heure du matin.

Ce fait, ajoute M. Picard, m'a paru intéressant, au moment surtout où il est beaucoup question des complications du rhumatisme articulaire aigu par les accidents cérébraux.

M. Foucart rappelle en peu de mots les travaux publiés à ce sujet depuis 1853, époque à laquelle, pour la première fois, dans un mémoire inséré aux *Archives de médecine*, M. Vigla signala ces singuliers et redoutables accidents. A la fin de l'an dernier et au commencement de cette année, il a eu occasion de publier dans les journaux de médecine deux faits de complication cérébrale dans le rhumatisme, faits recueillis à la Maison de santé dans le service du même médecin.

Quant aux causes auxquelles on devait rapporter ces accidents, les premiers faits de ce genre ayant été observés chez des individus qui avaient été traités par le sulfate de quinine, quelques personnes ont paru penser que les phénomènes cérébraux devaient être attribués à l'emploi de ce sel, qui, en effet, dans certains cas où on l'avait mis en usage à trop haute dose, avait déterminé des accidents mortels. Mais bientôt il fallut renoncer à cette interprétation, car on vit survenir la même complication chez des sujets ou qui n'avaient pris que des doses insignifiantes de sel quinique, ou même qui n'en avaient pas pris du tout.

Le cas que M. Picard vient de communiquer à la Société rentre dans cette dernière catégorie. Il n'a été employé chez la malade aucun traitement auquel on puisse attribuer la production des accidents cérébraux, ni sulfate de quinine, ni nitrate de potasse, ni préparations opiacées.

Sauf l'emploi des pilules de Lartigue, dont M. Picard nous dit se servir fréquemment avec succès dans le rhumatisme, médication dans laquelle nous ne saurions partager la confiance de notre honorable confrère, nous sommes parfaitement d'accord avec lui pour ne voir ici qu'un cas de rhumatisme articulaire chez lequel les imprudences réitérées de la malade ont amené une récidive mortelle; mais au lieu de se jeter de nouveau sur les articulations, l'inflammation, le principe, le *nescio quid rhumatismal* s'est porté sur un autre appareil et a déterminé les accidents cérébraux auxquels a succombé la malade.

M. Caron regrette que M. Picard n'ait pas mis en usage les émissions sanguines, qui, à son avis, eussent peut-être prévenu la terminaison funeste, et sous l'influence desquelles la complication cérébrale ne se serait peut-être pas produite.

M. Picard n'emploie que très-rarement les émissions sanguines dans le traitement du rhumatisme. Elles lui ont toujours semblé rendre les récidives plus fréquentes, plus intenses, et un médecin distingué des hôpitaux, M. Legroux, a signalé le traitement antiphlogistique comme favorisant souvent l'apparition des complications du côté du cœur.

Accouchement physiologique. — M. Duhamel lit un rapport sur deux observations de M. le docteur Matteï et sur sa demande du titre de membre titulaire. Le rapport favorable est adopté.

M. Matteï est élu au scrutin membre titulaire de la Société de médecine pratique.

Hémorrhagies consécutives à l'emploi de la scarification de la membrane pituitaire. — M. Coursserant ajoute quelques mots à ce qu'il a dit au sujet des scarifications de la pituitaire. Des renseignements qui lui ont été communiqués par M. le docteur Buttura lui ont appris que la pratique des scarifications de la pituitaire était très-fréquemment mise en usage par les médecins turcs et arabes, et qu'elle est considérée par eux comme un moyen sur l'efficacité duquel il ne pouvait rester le moindre doute. Il rapporte un nouveau cas d'hémorrhagie survenue chez un jeune homme affecté d'une iritis à guë. Cette hémorrhagie prenant un caractère inquiétant, il eut recours, mais en vain, à l'introduction d'un cône d'amadou roulé dans la poudre hémostatique dont il a fait connaître la composition dans une des dernières séances. (Gomme arabique en poudre; colophane, idem; tannin, parties égales de chaque.)

L'hémorrhagie continuant toujours, il envoya prier M. Broca de l'assister de ses conseils, et en l'attendant il essaya de recourir au perchlorure de fer. Le liquide venant, cette fois, d'une bonne pharmacie, fut versé sur un petit bourdonnet de charpie et introduit dans la narine. Lorsque M. Broca arriva, l'hémorrhagie était complètement arrêtée. Dans ce cas, M. Coursserant pense que l'on doit rapporter le succès à ce que le perchlorure de fer était suffisamment concentré. Dans le fait qu'il a raconté dans la précédente séance, la non-réussite du perchlorure de fer tenait évidemment à ce que le sel ne marquait pas 22° à l'aréomètre, comme les signalait dernièrement M. Pertus.

Quelques jours après le tamponnement, l'hémorrhagie ayant reparu avec une nouvelle abondance, le malade concevant des inquiétudes, fut chercher secours à l'Hôtel-Dieu. M. Coursserant s'y étant transporté presque aussitôt que lui, le trouva recevant des soins de l'interne de garde, qui pratiquait dans la fosse nasale des injections avec le perchlorure de fer. Le sang ne cessant pas de couler, M. Coursserant proposa de recourir au tamponnement, comme il l'avait pratiqué quelques jours auparavant, avec la charpie imbibée de perchlorure de fer : l'hémorrhagie s'arrêta sur-le-champ.

M. Guersant a eu plusieurs fois l'occasion de se servir du perchlorure de fer dans des circonstances pareilles, et toujours il en a obtenu des résultats complets et concluants.

Le secrétaire annuel, Dr Ramon.

Circulaire aux recteurs relative aux concours pour l'agrégation de médecine.

Paris, le 26 août 1856.

Monsieur le recteur, l'arrêté du 7 mars 1856, qui a ouvert des concours pour un certain nombre de places d'agrégés stagiaires à répartir entre les Facultés de médecine de Paris, de Montpellier et de Strasbourg, a déterminé avec raison à quelles sections devaient être attachés les agrégés nouveaux. Mais chacune des quatre sections d'agrégés instituées par l'article 43 du statut du 20 décembre 1855 comprend des enseignements très-divers. Dans l'intérêt du service des Facultés, et pour favoriser autant que possible les vocations spéciales, il m'a paru utile de déterminer, avec encore plus de précision, les places mises au concours, et d'indiquer d'avance l'objet même de l'enseignement particulier pour lequel les candidats auront à concourir.

Après m'être enquis avec le plus grand soin des besoins des trois Facultés de médecine, j'ai décidé que le concours qui doit s'ouvrir à Paris le 2 novembre prochain, pour huit places d'agrégés stagiaires, porterait sur les objets suivants :

	1re *section des sciences anatomiques et physiologiques.*		2e *section des sciences physiques.*	
Faculté de médecine de Paris.	Anatomie et physiologie.. .	1 place.	Physique. . . .	1 place.
	Histoire naturelle.	1 place.	Pharmacie et toxicologie. . . .	1 place.
	Total. .	2 places.	Total. .	2 places.
Faculté de médecine de Montpellier.	Histoire naturelle.	1 place.	Pharmacie et toxicologie. . . .	1 place.
Faculté de médecine de Strasbourg.	Anatomie et physiologie . .	1 place.	Chimie.	1 place.

Le concours qui doit s'ouvrir à Paris le 2 janvier prochain pour neuf places d'agrégés stagiaires à attacher à la Faculté de médecine de Paris, portera sur les objets suivants :

3e *section*. . .	Médecine proprement dite. .	5 places.
5e *section*. . .	Chirurgie proprement dite. .	3 places.
	Accouchements.	1 place.

Le concours qui doit s'ouvrir à Montpellier le 2 janvier prochain, pour quatre places d'agrégés stagiaires à attacher à la Faculté de médecine de Montpellier, portera sur les objets suivants :

3e *section*. . .	Médecine proprement dite. .	3 places.
4e *section* . .	Chirurgie proprement dite. .	1 place.

Le concours qui doit s'ouvrir à Strasbourg le 2 janvier prochain, pour deux places d'agrégés stagiaires à attacher à la Faculté de médecine de Strasbourg, portera sur les objets suivants :

3e *section*. . .	Médecine proprement dite. .	1 place.
4e *section*. . .	Chirurgie proprement dite. .	1 place.

Les dispositions qui précèdent sont parfaitement conformes à l'esprit et à la lettre du statut du 20 décembre, qui doit être strictement exécuté; elles n'apportent aucune modification à l'arrêté de mon prédécesseur du 7 mars 1856, puisqu'elles ne changent ni l'époque des concours ni le nombre des places indiquées pour chaque section. Elles ont uniquement pour but de faire connaître aux candidats et aux juges les enseignements particuliers pour lesquels les concours sont ouverts dans chaque section, ce que l'arrêté ci-dessus rappelé n'avait pas dit explicitement.

Je vous prie d'adresser immédiatement un exemplaire de la présente circulaire à chacun des chefs d'établissement d'enseignement médical de votre ressort et de lui donner d'ailleurs la plus grande publicité possible.

Recevez, monsieur le recteur, l'assurance de ma considération très-distinguée.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes, Rouland.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De l'origine miasmatique des fièvres endémo-épidémiques dites intermittentes palustres ou à quinquina, pathologie, topographie, météorologie, climatologie, statistique et géographie médicales; par le docteur Félix Jacquot, médecin-major des armées, etc.; Mémoire présenté à l'Académie impériale de médecine de Paris et à l'Académie royale et impériale des géorgophiles de Florence. — Un vol. in-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19, et chez J. Hamel, libraire, rue Racine, 10.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 104. — JEUDI 4 SEPTEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 104. — JEUDI 4 SEPTEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 3 SEPTEMBRE 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

Une partie de la séance s'est passée en pourparlers, en lectures de notes et communications à propos du procès-verbal. C'est désormais par cette voie que s'introduisent les communications sur la ligature de l'œsophage; c'est celle qu'a suivie M. L. Orfila pour faire part à l'Académie de ses nouvelles observations sur ce sujet, que l'on trouvera dans le compte rendu.

Dans une précédente séance, M. Bonnafont avait exposé de vive voix à l'Académie l'opération qu'il met en usage pour le phimosis, et que nous avons fait connaître dans le numéro du 5 janvier dernier. Nous disions à propos de ce procédé que le reproche que l'on faisait généralement aux divers modes de circoncision en usage, était de n'atteindre presque jamais la muqueuse dans la première incision et de nécessiter une seconde section qui constituait habituellement le temps le plus douloureux de l'opération. Cette objection s'adresse en effet à la plupart des procédés de circoncision; il faut en excepter cependant celui de M. Ricord et celui de Vidal (de Cassis). Pour le premier, du moins, nous avons déjà fait acte de réparation en insérant dans notre numéro du 22 janvier la lettre rectificative de M. Calvo; et nous tenons, puisque l'occasion s'en présente, à la faire aussi en ce moment pour le second. C'est le même motif qui a engagé hier M. Ricord à prendre la parole pour rappeler la manière dont il procède à cette opération et les avantages qu'il en retire. Nous reconnaissons, en effet, que cette manière d'agir met à l'abri de l'objection que nous avions formulée; nous ajouterons qu'elle conserve à nos yeux les avantages que lui attribue son auteur malgré les observations de MM. Gibert et Malgaigne; mais nous persistons à penser que le procédé de M. Bonnafont est plus simple encore, et qu'il nous paraît remplir avec moins d'appareil les mêmes indications.

Après cette petite discussion, M. Londe a lu un rapport qui a eu le sort malheureux de la plupart des rapports où il s'agit d'un objet commercial. Les conclusions ont été renvoyées à la commission pour aviser à une nouvelle rédaction. Puis l'Académie a entendu deux lectures, l'une de M. Gobley, et la seconde de M. Moretin, qui ont paru captiver également son attention.

Le travail de M. Gobley a pour but d'éclairer un point de chimie physiologique d'un grand intérêt, savoir si la bile a un rôle quelconque dans la digestion, et, dans l'affirmative, quel est ce rôle? questions qu'on s'adresse encore aujourd'hui, malgré les nombreuses expériences des physiologistes et les analyses chimiques plus nombreuses encore auxquelles on a soumis le liquide biliaire.

Il résulte des nouvelles expériences de M. Gobley que les acides gras qu'on retire de la bile n'y préexistent pas, et qu'ils sont des produits de décomposition; et que d'autre part, les substances de la bile ont été, pour la plus grande partie, absorbées par l'intestin avec la matière alimentaire: d'où il résulte que cette substance n'est et ne peut être exclusivement excrémentitielle. Ces faits, rapprochés des expériences curieuses d'Arnold, sur l'influence qu'exerce l'absence de bile sur l'état des fonctions digestives des animaux, expériences confirmées par celles de M. Gobley, nous paraissent justifier les conclusions que cet habile chimiste a formulées.

Le travail de M. Moretin renferme également sur l'iodoforme des renseignements physiologiques et thérapeutiques dignes d'intérêt. Nos lecteurs s'en pourront faire une idée par la lecture du court résumé que nous en présentons dans le compte rendu. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Des rapports qui existent entre l'âge des malades et les affections diverses dont ils sont atteints (1).

De l'influence des âges sur les phénomènes des maladies. — Les phlegmasies des enfants déterminent presque toujours des phénomènes réactionnels plus intenses qu'à tout autre âge de la vie; ces accidents sont même souvent les seuls symptômes de maladie évidente. Les douleurs locales et même quelquefois les symptômes immédiats et locaux d'inflammation étant très-peu marqués et difficiles à reconnaître, il arrive que ces affections, dans lesquelles la phlegmasie reste latente, donnent lieu à des diagnostics défectueux. L'erreur a été commise pour la pneumonie, par exemple, maladie dans laquelle on ne trouve souvent de prononcés chez les enfants que des épiphénomènes cérébraux et des signes de phlogose gastro-intestinale.

Les phlegmasies chez les vieillards ont des symptômes locaux beaucoup plus manifestes; ceux de la congestion et de la stase sanguine sont dominants.

Les affections inflammatoires des surfaces tégumentaires chez les enfants tendent aisément à l'ulcération par l'intensité extrême que prend la phlegmasie dans le plus grand nombre des cas, et cette intensité des phénomènes locaux de la maladie est encore un effet de l'activité accidentelle de la circulation capillaire propre à cet âge. Chez les vieillards, la forme phagédénique des inflammations ne s'établit pas, même au plus haut degré, comme phénomène de la plus grande intensité de la phlegmasie; lorsqu'elle survient, c'est avec lenteur, et elle participe de l'induration.

Les désordres inflammatoires, quelque sévères qu'ils aient été, se remarquent à peine, le plus souvent, sur le cadavre des enfants, surtout pour les phlegmasies des surfaces. C'est que chez eux la maladie peut provoquer un trouble fonctionnel grave et des symptômes réactionnels excessifs, au point de déterminer la mort, sans cesser d'être en quelque sorte mobile, c'est-à-dire sans altérer le tissu d'une manière prononcée; tandis que chez les vieillards, c'est le contraire qui s'observe: des phlegmasies qui n'ont qu'une assez médiocre intensité à en juger par les symptômes qu'elles entraînent occasionnent dans les organes des altérations beaucoup plus étendues qu'on ne pourrait se le persuader.

Les phlegmasies graves des enfants et des vieillards produisent fréquemment comme épiphénomène des accidents pulmonaires qui consistent dans une congestion inflammatoire. Chez les nouveau-nés, dont la circulation et la respiration ne sont pas encore très-bien consolidées, les symptômes de congestion pulmonaire se composent d'une accélération et d'un raccourcissement des mouvements respiratoires, qui ne tardent pas à être suivis des phénomènes de l'asphyxie; c'est après ces maladies, qui n'ont souvent été dans l'origine que des phlogoses gastro-intestinales, qu'on trouve ces semi-pneumonies dont Billard a parlé.

Chez les enfants plus avancés en âge, l'affection pulmonaire est une véritable pneumonie, qui par ses désordres locaux a la forme lobulaire des pneumonies des enfants; mais par ses symptômes, elle est souvent latente, et elle passe trop souvent inaperçue pour les médecins qui ne se tiennent pas sur leurs gardes.

Chez les vieillards, les organes pulmonaires affectés consécutivement à des phlegmasies locales sont dans un état de congestion qui participe à un certain degré de la phlegmasie. Cette affection secondaire dans les inflammations intenses des différents organes nous semble n'être qu'un effet de l'affaiblissement de la circulation à une époque avancée de la vie.

Les symptômes des inflammations des poumons sont spéciaux aux différents âges. Ainsi, dans les pneumonies lobulaires des enfants, il n'y a point d'expectoration et quelquefois à peine de la toux; l'oppression n'est même pas toujours très-considérable. Si l'on veut compléter le diagnostic par l'investigation des signes fournis par la percussion et l'auscultation, on n'y parvient que très-difficilement; la percussion ne fait découvrir qu'une matité thoracique douteuse; le bruit respiratoire, toujours très-fort et dur chez les enfants, est peu modifié, ou l'est par un bruit de râle muqueux au milieu duquel on ne trouve qu'à peine des vestiges de crépitation et presque jamais de souffle bronchique.

Chez les vieillards, l'expectoration érugineuse de la pneumonie manque souvent; les phénomènes de prostration des forces se manifestent à un haut degré dès le début; la respiration devient très-promptement gênée, et trois conditions anormales concourent à l'entraver: l'engouement des bronches par le produit de la sécrétion muqueuse qui s'y accomplit habituellement, l'obstacle apporté aux libres mouvements des parois thoraciques par les changements que l'âge y a introduits, et enfin l'étendue de la congestion sanguine qui se joint à la phlegmasie.

Les bronchites des vieillards sont toujours accompagnées d'une oppression plus marquée que celles des autres sujets, toutes choses égales d'ailleurs, relativement à la coïncidence de l'emphysème pulmonaire, qui existe si souvent. Cette oppression provient des circonstances qui se rattachent à l'influence de l'âge: la diminution du nombre et l'agrandissement des cellules pulmonaires a rétréci l'aire de la respiration, l'affaissement des parois de la poitrine ne lui permet plus de se dilater aussi largement.

Tout obstacle à la liberté de la respiration a ainsi plus d'influence sur les fonctions des poumons des vieillards qu'il n'en aurait chez de plus jeunes sujets. De là la nécessité de respirer plus souvent, ce qui exige des mouvements plus fréquents, et ce qui fatigue et épuise les malades. C'est à cette cause et à l'abattement que produisent les efforts de toux multipliés qu'est due l'exténuation rapide des forces. Ces efforts de toux sont d'autant plus difficiles qu'ils se font avec des muscles affaiblis par l'âge, une cage thoracique rétrécie et peu mobile dans ses parties constituantes.

Nous exprimons là la cause la plus puissante peut-être de l'exténuation des forces des vieillards et de la terminaison funeste de leurs bronchites.

Les enfants impubères sont exposés, par l'étroitesse de la glotte, à des accidents de suffocation dans les simples catarrhes trachéo-bronchiques. Chez les très-jeunes enfants, les mucosités qui proviennent de la muqueuse enflammée trouvant ainsi un obstacle à leur libre sortie, il en résulte des accès de suffocation effrayants, tout à fait semblables à ceux du croup, et qui peuvent devenir mortels.

Nous avons vu un exemple de semblable accident: la muqueuse trachéo-bronchique n'offrait qu'une légère injection inflammatoire; il n'y avait pas de pseudo-membrane; le larynx était invisqué et rempli de mucosités d'un gris jaunâtre, visqueuses, non concrètes; la trachée contenait une petite quantité de pareil produit d'inflammation. Nous sommes convaincu que beaucoup de prétendus croups spasmodiques n'ont été que de pareilles affections dans lesquelles la mort n'est que le résultat d'une circonstance indépendante de la phlegmasie, dont les traces sont presque nulles sur le cadavre et peuvent d'ailleurs disparaître en grande partie après la mort.

Les membranes muqueuses deviennent le siége de phlegmasies qui font naître des pseudo-membranes à leur surface. Ces inflammations couenneuses ont surtout été observées sur la membrane muqueuse de la gorge, des voies aériennes, de la bouche, des fosses nasales. Ce sont ces maladies que M. Bretonneau a réunies sous la dénomination de diphthérites, qui comprennent les angines couenneuses et les croups, dont on s'est tant occupé depuis trente ans.

Toutes les descriptions qui ont été données de ces maladies, et dont on peut lire les principales dans l'ouvrage du praticien que nous venons de nommer, les représentent comme affectant principalement les enfants. Si on les voit chez les adultes, c'est sur un petit nombre, et encore n'est-ce le plus souvent que sur quelques-uns de ceux qui donnent des soins aux enfants affectés de cette maladie. Nous ne croyons pas qu'on ait publié d'exemple de cette maladie chez des sujets de plus de cinquante ans; le petit nombre d'adultes qui en sont affectés l'ont presque toujours été par contagion: c'étaient le plus généralement des adolescents. Nous considérons la circonstance de la production d'une substance plastique à la surface des muqueuses enflammées comme une condition de l'enfance.

Les fièvres ont des formes différentes chez les sujets des âges opposés de la vie; chez les enfants, leurs symptômes participent toujours de cette aptitude aux accidents nerveux réactionnels, qui ne se manifeste pas chez les vieillards, et qui se trouve remplacée par le collapsus et la disposition au coma.

Ces différences des phénomènes des fièvres suivant l'influence des âges sont très-marquées dans les exanthèmes. Pinel a résumé les différences de ces maladies suivant les âges, en disant que la petite vérole discrète s'accompagne de convulsions dans l'enfance, de sueurs dans l'âge viril, et que, quand elle est confluente, elle

(1) Fin. — Voir les numéros des 8, 24 juillet; 12 et 21 août.

détermine de la diarrhée chez les enfants et de la salivation chez les adultes.

La manifestation fréquente de phénomènes convulsifs dans l'enfance et d'accidents spasmodiques avec délire vers la puberté, nous semble devoir être assignée comme symptôme commun à la période d'incubation des fièvres éruptives; c'est encore là une preuve que les accidents des maladies sur les jeunes sujets retentissent plus fortement sur les organes encéphaliques, comme ils retentissent plus fortement sur la poitrine après l'adolescence, et sur les viscères abdominaux dans la vieillesse.

De l'influence des âges sur la marche et la durée des maladies. — Les changements qui s'accomplissent dans l'économie par la succession des âges, ou qui se produisent à l'occasion de l'établissement des grandes fonctions propres à chaque âge modifient nécessairement les conditions constitutives des maladies existantes ou les aptitudes au développement des maladies imminentes.

Les enfants ont des maladies aiguës et des maladies chroniques; leurs maladies aiguës sont des hémorrhagies, des phlegmasies et des fièvres, affections dans lesquelles le trouble des fonctions de l'appareil circulatoire est dominant; toutes ces affections sont en rapport avec des phénomènes du premier âge qui s'accomplissent dans l'appareil circulatoire, et qui sont plus aigus dans l'enfance qu'à toute autre époque de la vie; elles leur empruntent leur caractère d'acuité: aussi ont-elles chez les enfants une marche plus rapide que dans tout autre âge de la vie, comme leurs phénomènes ont un degré d'intensité toujours plus marqué.

Les enfants ont cependant quelques maladies chroniques; ce sont les maladies nerveuses, et surtout l'épilepsie et la chorée, et les maladies que l'on a réunies sous la dénomination de maladies lymphatiques qui sont les tubercules, quelques éruptions cutanées, les scrofules, le rachitis; nous y ajouterons l'embarras gastrique chronique, ou la cachexie muqueuse.

L'épilepsie ne paraît pas modifiée dans sa marche par l'état physiologique des enfants; quant à la chorée, elle cède évidemment à l'influence des changements provoqués par la puberté; mais elle persiste jusque vers cet âge, tantôt d'une manière continue, tantôt par intervalles, suivant ainsi une marche chronique. L'épilepsie se lie évidemment à une condition anomale du système nerveux que nous ne connaissons pas dans sa nature, mais qui se fortifie d'une manière progressive par le développement même des fonctions de ce système dans le premier âge. Nous ne trouvons l'influence de l'âge que dans l'aptitude plus ou moins grande à son développement, nous ne le retrouvons plus pour sa marche ultérieure. N'est-ce pas cette absence de toute influence des âges qui donne à l'épilepsie le caractère de maladie permanente ?

Les affections nerveuses épileptiformes des enfants ne persistent qu'autant de temps qu'il en faut à l'organisme pour consolider et régulariser les rapports de l'organe locomoteur avec l'encéphale, rapports dont l'imperfection rend seule possibles les mouvements spasmodiques involontaires. Ce sont ces affections épileptiques de l'enfance qui guérissent à la puberté ou au plus tard à l'adolescence, que les anciens considéraient comme la seule espèce d'épilepsie susceptible de guérison.

La chorée se rapporte à une condition du développement des fonctions de relation qui ne se fait que progressivement et d'une manière chronique dans la seconde enfance; elle suit la marche même de cette condition, elle se termine avec elle à la puberté.

Nous ne connaissons pas l'influence de l'enfance sur la marche de la phthisie pulmonaire, il serait difficile de la déterminer d'une manière générale. Les tubercules, à cet âge, affectent presque toujours plusieurs organes à la fois, et souvent le poumon moins encore que d'autres organes; mais il est assez facile de reconnaître que les tubercules extérieurs, assez fréquents chez les enfants dans les glandes sous-maxillaires, par exemple, croissent avec lenteur et semblent presque stationnaires pendant toute la durée de l'enfance jusqu'à la puberté. Quand ils ont précédé la dentition ou qu'ils existent pendant qu'elle s'accomplit, ils se ramollissent très-vite, et l'influence de la dentition est alors évidente sur eux. S'ils se sont développés entre les deux dentitions, les tubercules se ramollissent à la dentition suivante, les tumeurs sous-maxillaires s'abcèdent, et très-fréquemment il se forme en même temps de nouvelles tumeurs tuberculeuses autour des premières ou dans d'autres régions. Il y a là l'influence intercurrente d'un état aigu dû à la révolution que l'éruption des dents introduit dans l'organisme.

Le rachitis, quand il s'est une fois développé et qu'il a modifié la texture et la forme des organes, devient évidemment une condition anormale des tissus, qui ne peut cesser qu'avec beaucoup de temps, ou qui ne peut même plus cesser, tous les organes locomoteurs prenant pour point d'appui l'appareil osseux déformé et tendant à augmenter ou au moins à maintenir la déformation.

Toutes les éruptions cutanées eczémateuses de l'enfance continuent souvent jusqu'à la puberté. Dans beaucoup de cas, ces éruptions ne se montrent qu'à l'époque de la première et de la deuxième dentition, et disparaissent dans leurs intervalles. Ce n'est habituellement qu'à l'époque de la puberté que les enfants en sont tout à fait débarrassés; jusque-là la maladie suit une marche chronique. Si l'on compare cet eczéma des enfants avec ceux qui surviennent quelquefois aux vieillards, on distingue bien l'influence de l'âge sur la maladie. Chez les enfants, l'activité inflammatoire de la phlegmasie cutanée est très-prononcée; l'éruption est sèche et à peine inflammatoire chez les personnes âgées.

La marche et la durée des maladies de l'enfance sont soumises à l'influence des conditions physiologiques de cet âge; c'est surtout dans les changements que ces maladies subissent par les actes organiques qui marquent les phases de l'enfance; savoir, la première et la deuxième dentition, et enfin la puberté, que se montre cette influence. Ces changements sont aigus; ils apportent des modifications dans les maladies, même chroniques, où se retrouve ce caractère d'acuité. Nous exprimerons ces rapports des maladies de l'enfance avec l'état physiologique qu'elle présente à ses divers stades aigus, en rapportant un aphorisme d'Hippocrate qui nous semble les indiquer avec beaucoup d'exactitude, en même temps qu'il résume la marche et la durée de toutes les maladies des enfants qui participent de la forme chronique, depuis les ophthalmies puriformes des nouveau-nés, qui durent environ quarante jours, jusqu'aux maladies des enfants, comme le rachitis et l'épilepsie, qui persistent souvent pendant toute la vie:

« At magnâ ex parte pueris morbi judicatione solvuntur, partim » quidem intra quadragenta dies, partim vero intrà septem » menses, nonnulli intra annos septem, quidam etiam ad pu- » bertatem progressi. Qui vero pueris perseverarint, neque circa » pubertatem soluti fuerint, aut fœminis circa mensium eruptio- » nem, du perseverare consueverunt. » (*Aph.* 28, lib. III.)

La puberté modifie profondément la marche de toutes les maladies; c'est une mutation dans la vie qui porte le caractère d'acuité au plus haut degré. Les maladies chroniques incurables sont toujours exaspérées et pour ainsi dire consolidées dans l'économie par la puberté. La plupart des maladies curables de l'enfance disparaissent souvent sous son influence, lorsqu'elles ont été jusque-là inutilement combattues. Elles prennent alors une marche aiguë, et se terminent heureusement.

« Il n'existe point, a dit Dumas, de maladie lente qui n'acquière » de la véhémence à l'époque où la puberté prépare les affections » de la jeunesse. Cette époque est aussi celle des crises salutaires » dans les maladies de l'enfance. »

Les maladies qui surviennent dans l'adolescence sont presque toutes aiguës; il n'y en a qu'un petit nombre de chroniques. L'appareil vasculaire a encore trop d'activité pour que les maladies des tissus n'en ressentent pas l'influence; aussi les phthisies tuberculeuses qui se déclarent souvent à cet âge ont-elles, en général, une marche aiguë qu'on ne leur voit plus plus tard.

A mesure que l'âge adulte avance vers son déclin, les maladies acquièrent dans leur marche et dans la manière d'être de leurs accidents une forme chronique. Tous les changements qui se font dans les maladies et qui préparent leurs terminaisons, se produisent plus lentement et avec plus de difficulté.

Dès que la vieillesse est confirmée, presque toutes les maladies prennent une marche chronique. Les affections qui seraient aiguës à d'autres âges ont, dans celui-ci, une lenteur de développement très-marquée, une marche pénible et une terminaison toujours difficile, après laquelle l'organisme ne reprend qu'à grand'peine son équilibre.

De l'influence des âges sur la terminaison des maladies. — Tous les phénomènes que les âges apportent dans les conditions auxquelles se rattache l'opportunité des maladies ou leur persistance, ont pour résultat de déterminer soit la cessation de l'affection, soit sa conversion en un autre état morbide. C'est ainsi que l'âge critique, en interrompant l'action physiologique des organes génitaux et en préparant leur atrophie, fait cesser les phlegmasies utérines et les rend sinon impossibles, au moins très-rares. C'est ainsi encore que les progrès de l'âge, en substituant à l'activité circulatoire qui agissait vers les parties supérieures dans le jeune âge la prépondérance de circulation abdominale de l'âge mûr, interrompent l'habitude des épistaxis, et y substituent quelquefois l'habitude des hémorrhoïdes.

Les maladies qui se manifestent pendant l'accomplissement des grandes fonctions inhérentes aux âges, et sous l'influence des changements qui se lient à l'évolution de ces fonctions ne se terminent que lorsque la révolution de l'âge est consommée.

Les affections de la peau nous fournissent encore de fréquents exemples de cette influence des conditions physiologiques des âges sur la marche et la terminaison des maladies. L'eczéma du cuir chevelu et de la face, lorsqu'il se montre pendant le travail de la dentition, ne guérit ordinairement que lorsque les dents ont paru.

Chez les jeunes filles d'une constitution molle, lymphatique, dont la menstruation est irrégulière, l'eczéma des oreilles et celui du cuir chevelu sont rebelles, et ne disparaissent le plus souvent que lorsqu'un changement favorable s'est opéré dans leur constitution. Chez les femmes parvenues à l'âge critique, cette maladie guérit difficilement. L'eczéma qui survient pendant la gestation ne disparaît ordinairement qu'après l'accouchement. Chez les enfants et les vieillards, c'est souvent une maladie qu'il est dangereux de guérir.

Les maladies chroniques qui traversent plusieurs âges se modifient de nouveau, et s'accordent au caractère aigu ou chronique et au siége spécial des maladies de cet âge.

Dans ces changements, si la nature de la maladie reste la même, ses formes extérieures sont beaucoup modifiées. On peut regarder chaque âge, dans ces cas, comme terminant chaque phase de la maladie en la transformant, quant à son siége et quant à ses phénomènes. La maladie scrofuleuse, qui persiste si souvent pendant la plupart des âges de la vie, nous fournit l'occasion de constater les terminaisons par transformation des différentes formes de scrofules. Dans l'enfance, c'est une ophthalmie; à la seconde dentition, c'est une inflammation des glandes sous-maxillaires lente et atonique, comme toutes les affections strumeuses. A la puberté, c'est une scrofule rongeante qui s'établit à la face. A la fin de l'adolescence, c'est une carie du sternum. Dans l'âge mûr, il survient une tumeur blanche.

Les changements apportés par les âges ne consistent quelquefois que dans la guérison de la maladie sur une partie et sa reproduction sur une autre avec les mêmes caractères. C'est ainsi que Dumas a vu le rhumatisme, qui existait depuis quinze ans sur les muscles de la poitrine, passer aux lombes, où il persistait encore à quarante-cinq ans. Dans ce cas, l'influence de l'âge ne se faisait sentir que par le déplacement de la maladie.

Chaque âge, par la nature des conditions physiologiques qui lui appartiennent, se trouve avoir des rapports essentiels avec la nature, la forme, la marche et la durée de maladies déterminées. Cela résulte de tous les développements dans lesquels nous sommes entrés jusqu'à présent. La terminaison des maladies aux différents âges est d'autant plus facile que ces rapports sont plus parfaits. C'est pourquoi les maladies chroniques qui ne cèdent pas à la révolution de la puberté, deviennent ordinairement incurables et assez souvent mortelles chez les enfants dont la constitution est pour ainsi dire aiguë; c'est pourquoi les maladies muqueuses et lymphatiques des enfants guérissent plus facilement que celles des adultes; c'est pourquoi les maladies chroniques, dans l'âge mûr et souvent après l'âge de retour, ont une marche plus lente et déterminent des accidents moins graves que dans la jeunesse; c'est pourquoi les maladies aiguës, qui guérissent en général facilement dans la jeunesse, deviennent si souvent mortelles chez les vieillards.

Est-il besoin de dire que ces propositions générales, comme toutes celles qui se posent en médecine, subissent en pratique de nombreuses exceptions par la variété des cas particuliers; elles ne sont que le développement de cet aphorisme d'Hippocrate: « *Per » morbos minore sunt periculo, quorum naturæ, et ætati, et habi- » tui, et anni tempestati, morbus magis cognatus fuerit, quam » quibus in horum aliquo minime cognatus fuerit.* » Cet aphorisme sera notre conclusion, car toutes les conditions constitutives des maladies proviennent bien plus des phénomènes physiologiques de l'organisme qui se rapportent, *naturæ, ætati, habitui*, que des circonstances extérieures.

TRAITEMENT DE LA TUMEUR LACRYMALE

au moyen de fistules capillaires.

Par M. le docteur COURSSERANT.

(Note lue à la Société de médecine du XII[e] arrondissement.)

Dans le traitement de la tumeur lacrymale, les auteurs, presque exclusivement préoccupés du rétrécissement du canal nasal, semblent avoir voulu borner tous les efforts de leur thérapeutique à l'emploi des moyens mécaniques destinés à dilater le canal; or, comme dans l'immense majorité des cas le rétrécissement du canal, loin d'être le point de départ de la maladie, n'est qu'un effet consécutif, qu'un retentissement plus ou moins éloigné pour ainsi dire des lésions organiques et fonctionnelles du sac, il en résulte que la méthode dite dilatante ne combat qu'un résultat morbide consécutif, laissant entièrement de côté l'affection principale qui le produit et qui l'entretient.

En effet, pour quiconque observe attentivement les degrés successifs à travers lesquels la maladie poursuit son évolution depuis la simple gouttelette transparente, qui de temps en temps vient se présenter à l'angle interne de l'œil, jusqu'à l'écoulement de matière purulente ou muco-purulente qui constitue la dacryo-blennorrhée, il est évident que la tumeur lacrymale, loin d'être le résultat ordinaire des affections catarrhales de la muqueuse palpébro-oculaire, comme l'a enseigné Scarpa, est au contraire sous la dépendance d'une lésion fonctionnelle et organique des parties molles du sac ou des os qui limitent ou composent ce dernier. L'opinion soutenue par l'illustre chirurgien de Pavie est tellement en contradiction avec les faits, que, d'après M. le professeur Hairion (de Louvain), la tumeur lacrymale est excessivement rare dans l'armée belge; or tout le monde sait quelle est la fréquence des affections catarrhales oculaires chez les soldats de la Belgique.

Si l'affection débute par les os, elle pourra dans un temps variable atteindre la muqueuse du sac; si, au contraire, cette dernière est le siége primitif du mal, les os voisins ou sous-jacents pourront devenir malades plus tôt ou plus tard; mais dans l'un et l'autre cas, le sac sera transformé en une espèce de véritable abcès par congestion, soit que le liquide qui le remplit vienne des os ou de la muqueuse directement, soit enfin qu'il reconnaisse ces deux sources simultanément.

D'un autre côté, quelle que soit l'origine des sécrétions morbides dont le sac est le siége ou le réservoir, la muqueuse qui en tapisse la surface interne présente un degré manifeste d'inflammation subaiguë ou chronique, et cette inflammation, si on veut cet état particulier de la muqueuse se propageant par continuité de tissu à l'orifice supérieur du canal nasal, celui-ci se trouve dans un temps plus ou moins long complétement ou incomplétement oblitéré par le gonflement de la muqueuse en ce point, et surtout par le gonflement du repli valvulaire que tous les anatomistes décrivent à l'entrée du canal en haut et en dehors.

Arrivée à cette période, l'affection devient excessivement gênante. Les larmes et les mucosités qui arrivent dans le sac par l'intermédiaire des points et conduits lacrymaux, étant mêlées à une certaine quantité d'air, les liquides contenus dans le sac, larmes, mucus,

pus, muco-pus, etc., ne tardent pas à s'altérer, et comme ils ne peuvent s'écouler par le canal nasal oblitéré, ils sont déversés entre les paupières par une espèce de filtration continue qui s'opère par les points lacrymaux et que provoque même le simple clignotement des paupières. C'est alors qu'apparaissent les conjonctivites, regardées, bien à tort, comme cause de la tumeur lacrymale, tandis qu'elles sont presque toujours consécutives à cette dernière et produites par l'irritation que fait naître dans les membranes oculo-palpébrales, le contact des matières irritantes qui refluent du sac entre les voiles palpébraux.

En définitive, quel que soit le point de départ de la maladie, tout traitement qui a la prétention d'être rationnel, doit chercher à imiter la nature, dans les procédés si simples qu'elle emploie parfois dans la guérison spontanée des tumeurs lacrymales. Quand celles-ci s'abcèdent et qu'une fistule capillaire, donnant issue aux liquides du sac, s'établit par hasard par les seuls efforts de la nature, toute la série des accidents inflammatoires ne tarde pas à disparaître, alors même que la période de suppuration entretenue par une affection des os, persiste souvent pendant un temps fort long.

On objectera peut-être que ce n'est point là une guérison radicale, puisque le malade est condamné à garder toute sa vie une fistule, peu appréciable, il est vrai, quant à l'étendue de l'ouverture cutanée, mais qui constitue néanmoins une infirmité, laquelle réclame certaines précautions, pour que les gouttelettes limpides qui se présentent à l'orifice externe de la fistule ne coulent point sur la joue. C'est là une objection dont je reconnais toute l'importance au point de vue de la guérison radicale ; mais si l'établissement d'abord et la persistance plus tard d'un trajet fistuleux, empêchent de décorer du nom de cure radicale les modifications avantageuses survenues et dans les tissus et dans le fonctionnement de l'appareil lacrymal, toujours est-il que la limpidité du liquide qui s'échappe au dehors démontre que la muqueuse du sac est revenue à un état de sécrétion normale, et que les os, s'ils étaient malades, ont pu opérer et ont opéré leur travail de réparation, d'élimination, sans que l'œil ait été le siége de ces inflammations opiniâtres et souvent très-intenses qui sont les compagnes obligées des artères.

Modes de traitement. — Des considérations précédentes je tire les conséquences pratiques suivantes :

Si dans une tumeur lacrymale la muqueuse du sac est seule affectée, le moyen le plus rationnel pour la ramener à l'état normal, ou du moins pour faire cesser la nature essentiellement irritante des produits qu'elle sécrète, c'est de ménager à ceux-ci leur transport facile au dehors, et les empêcher par là d'entretenir par leur contact incessant sur les membranes oculo-palpébrales une phlogose permanente aiguë ou subaiguë. S'il y a complication de carie des os, au lieu de laisser le pus s'accumuler dans le sac, d'où il ne manquera pas de refluer entre les paupières, il faut faciliter son écoulement au dehors par une fistule capillaire : ce point obtenu, la carie opère son travail pathologique sans irritation ni du sac, ni du globe, ni des paupières, et sans autre gêne pour le malade que celle qui résulte de la nécessité de laisser le sac se vider par en bas, alors qu'il offre une distension appréciable.

Comme on le pressent déjà, pour la tumeur lacrymale, prenant la nature pour guide, je suis conduit à traiter toute tumeur lacrymale par l'établissement préalable d'une fistule presque capillaire, qui s'obtient très-facilement si, après l'ouverture du sac, on laisse la cicatrisation s'opérer sur une très-fine corde à boyau. Parmi les malades soumis à ce mode de traitement, quelques-uns voient le canal nasal recouvrer son calibre ordinaire, et livrer un libre passage aux liquides ou autres produits de sécrétion qui le parcourent dans l'état normal. La seule précaution à prendre pendant toute la durée du traitement consiste à ôter cette petite corde obturatrice et à faire écouler par en bas les liquides renfermés dans le sac. (Ces fistules artificielles offrent encore l'avantage de permettre aux malades de faire eux-mêmes des injections dans le sac lacrymal.)

Ce pansement si simple, répété deux ou trois fois chaque jour, est suffisant, même dans les cas les plus compliqués, pour empêcher la moindre rougeur, la moindre irritation de se produire et sur le globe et sur les paupières. Quant à la présence de ce bout de corde très-petite dans le voisinage de l'angle interne, elle peut être dissimulée par divers moyens trop faciles à comprendre pour qu'il soit nécessaire d'insister à ce sujet.

Les trois observations qui suivent suffiront pour jeter un certain jour sur les vues théoriques qui viennent d'être exposées.

Obs. I. — Mme A..., qui me fut adressée par la famille d'un des internes actuels des hôpitaux de Paris, était affectée d'une tumeur lacrymale énorme, avec carie des os. L'ouverture en ayant été faite, on chercha en vain pendant plusieurs jours, et même en employant un certain degré de force, à engager le bout d'un stylet explorateur assez fin dans le canal nasal. L'oblitération de ce canal ne permettant pas de songer à la dilatation, j'établis une fistule capillaire. Depuis l'établissement de cette dernière, Mme A... n'a plus été sujette à ces ophthalmies répétées qui faisaient sa désolation. En outre, depuis la guérison de la carie, la malade ne larmoie plus, alors même qu'elle s'expose au vent ou au froid.

Au lieu de corde à boyau, elle se sert, pour tenir fermée l'ouverture de la fistule, d'un clou en or excessivement fin.

Obs. II. — Une jeune fille de l'établissement des Jeunes-Economes, à Conflans, près Paris, offre une tumeur lacrymale volumineuse, avec sécrétion purulente d'une fétidité marquée, et qui détermine dans l'œil correspondant une irritation très-vive et fort gênante. Le sac fut ouvert au mois de janvier dernier; et avec un stylet qu'il fut impossible d'engager dans le canal nasal, on put reconnaître facilement un gonflement et une mollesse assez avancée de la muqueuse et une carie des os. L'intérieur du sac ayant été badigeonné avec un pinceau trempé dans l'acide nitrique monohydraté, on favorisa l'établissement d'une fistule lacrymale. Au bout de quinze jours, l'irritation oculaire était entièrement disparue, et la paroi du sac considérablement revenue sur elle-même.

Depuis six semaines, les injections, poussées avec la seringue d'Anel par les points lacrymaux, commencent à humecter un peu la narine, quoique des stries purulentes soient encore mêlées au liquide qui sort du sac.

Obs. III. — M. C..., ingénieur civil à Paris, porte depuis plusieurs années une tumeur lacrymale compliquée de carie des os. Une dacryokystite phlegmoneuse étant survenue, le sac fut ouvert par M. Demarquay. Six semaines après cette opération, l'inflammation ayant reparu avec une intensité extrême, je fis l'ouverture du sac et j'établis une fistule. Depuis sept mois que cette fistule est maintenue, et malgré la suppuration des os malades, l'œil du côté affecté ne présente ni rougeur ni irritation. Bien plus, des granulations assez marquées de la paupière inférieure se sont entièrement résolues, sans qu'aucun traitement local ait été dirigé contre elles.

Chez M. C..., le canal nasal est redevenu, au bout de deux mois, perméable aux liquides, injectés par les points lacrymaux. Cependant, la fistule artificielle ne sera fermée que lorsque l'affection des os sera radicalement et depuis quelque temps guérie.

DE LA SYNCOPE SÉNILE.

Sous le nom de *syncope sénile*, M. le docteur Higginbottom décrivit une affection qu'il importe de bien distinguer de la congestion cérébrale.

Cette maladie, dit-il, a été jusqu'ici confondue avec une indigestion à son début, et ceux-là mêmes chez lesquels elle s'est déclarée disent souvent qu'ils ont eu une attaque bilieuse.

On l'observe à tous les âges, mais elle n'est réellement dangereuse que dans la vieillesse.

A cette époque de la vie, si on néglige d'y apporter remède, elle se termine souvent par des convulsions suivies de la mort.

Tous les cas de syncope sénile observés par M. Higginbottom paraissent avoir été déterminés par l'irritation de l'estomac, les aliments ayant été précipités dans cet organe avant d'avoir été suffisamment triturés par les dents, qui chez les vieillards manquent toujours plus ou moins.

Ce médecin cite l'exemple d'un homme fort âgé pour lequel on réclama sa présence sur les trois heures du matin. Il avait perdu connaissance, la respiration était anxieuse, et on croyait qu'il avait une attaque d'apoplexie.

A l'arrivée de M. Higginbottom, il avait repris ses sens, mais bientôt il eut un nouvel accès fort semblable à l'épilepsie. Il lui fut donné alors de la poudre d'ipécacuanha et du bicarbonate de potasse.

Des vomissements nombreux survinrent, et on remarqua, dans les matières rejetées, des morceaux de viande, longs de plus d'un pouce, absolument dans l'état où ils étaient lorsque ce vieillard les avait avalés seize heures auparavant. La mastication n'en avait pas même changé la forme. Le vomitif suffit pour amener la guérison.

C'est en effet l'unique remède que M. Higginbottom recommande contre la syncope sénile. Lorsqu'il voit un vieillard tomber en syncope et être menacé de convulsions, il s'empresse de le faire vomir, et la cause de la maladie étant enlevée, celle-ci cesse comme par enchantement.

Du reste cette syncope, qui s'observe aussi chez les jeunes sujets, offre ceci de particulier qu'elle n'est dangereuse que dans la vieillesse. Elle est très-souvent fatale alors, et c'est ainsi, d'après l'auteur, que le duc de Wellington a succombé.

Il est très-probable qu'on l'eût sauvé si on l'eût fait vomir pour débarrasser son estomac d'une grande quantité d'aliments qu'il contenait, et qui n'avaient dû être triturés que d'une manière très-imparfaite, les mâchoires du malade étant depuis longues années dégarnies de leurs dents.

Les conseils de M. Higginbottom sont certainement fondés sur l'expérience, et il est très-important de s'enquérir de l'état de l'estomac d'un sujet qui s'affaisse et perd connaissance sans que les caractères de l'apoplexie soient bien dessinés.

Il y a dans la syncope des nuances nombreuses qu'il faut savoir saisir. Sans doute il est à craindre que les efforts de vomissement favorisent la congestion cérébrale, mais tous les moyens préconisés contre l'apoplexie ne préviendront point une issue funeste si les accidents cérébraux sont sympathiques de l'estomac et si on s'adresse directement à eux sans combattre préalablement la cause qui les a déterminés. On ne peut, du reste, qu'indiquer ce point d'une manière générale. C'est au praticien à se souvenir de ces observations quand l'occasion se présente de les mettre à profit.

(*The Lancet* et *Journ. des conn. méd.*)

EMPLOI DU PAPIER NITRÉ

dans le traitement de l'asthme essentiel.

M. le docteur Challery (de Belleville), nous transmet à l'appui des faits avancés dans la lettre de M. le docteur Letenneur, insérée dans le numéro du 18 août dernier, l'observation suivante, qui lui est personnelle, et qu'il nous autorise à publier :

Depuis environ deux ans que j'ai commencé à faire usage du papier nitré, après avoir, pendant plusieurs années, inutilement employé un grand nombre de médications, j'ai vu les accès d'asthme, qui chez moi ayant cette époque étaient fréquents et assez graves pour m'empêcher pendant plusieurs jours consécutifs, de me livrer à l'exercice de la médecine, s'éloigner peu à peu en même temps que leur intensité devenait moindre, et aujourd'hui la dyspnée est si peu marquée, que les personnes qui sont auprès de moi peuvent à peine s'en apercevoir.

Dans les premiers temps que j'ai fait usage du papier nitré, je l'humectais légèrement, et le roulant en cigarette, je le fumais comme un cigare ordinaire, me tournant du côté du vent ou d'une croisée ouverte, afin d'inspirer un peu de fumée.

Dans ce temps, les accès étaient violents, tellement que ce n'était que par quelques signes que je pouvais demander une cigarette que j'allumais à grand'peine, et les premières inspirations de fumée, que j'étais d'abord obligé d'éloigner, augmentaient encore mon malaise. Mais bientôt la respiration était plus facile, la toux devenait possible, puis forte et fréquente, suivie d'une expectoration abondante, et quand mon cigare était fini, l'accès était à peu près terminé.

Aujourd'hui je ne fume plus la cigarette.

Après en avoir allumé une, que j'ai laissé complétement sécher, je la place dans une assiette et la couvre d'un entonnoir que je soulève de temps en temps pour entretenir une combustion modérée ; puis en plaçant la bouche à une distance plus ou moins grande de l'ouverture de l'entonnoir, j'inspire une quantité de fumée suffisante pour n'augmenter que légèrement la difficulté de la respiration. Aujourd'hui que les accès sont très-peu sensibles, l'inspiration de la fumée n'occasionne ni toux ni expectoration. La combustion doit durer environ une demi-heure. Le résultat est d'autant plus marqué que la fumée a été inspirée en plus grande quantité. On peut y avoir recours sans inconvénient cinq à six fois dans les vingt-quatre heures. Je n'ai jamais vu de bronchite succéder à l'emploi de ce moyen. Il est bon de fermer les yeux lorsque la fumée est abondante, celle-ci occasionnant de la rougeur et une cuisson assez vive sur la conjonctive.

EMPLOI DE L'ÉLECTRICITÉ LOCALISÉE

pour rappeler la sécrétion lactée.

Par M. Aubert.

Une femme de vingt-six ans, mère de trois enfants, allaitait le troisième depuis onze mois et demi, lorsqu'il fut atteint d'une pneumonie double. Malgré les soins que l'on prit d'exercer plusieurs fois par jour la succion des seins, et bien que la mère prît assez de nourriture et d'exercice, le lait diminua graduellement, et quand le petit convalescent eut besoin de nourriture, il trouva les seins presque taris. L'enfant refusait le biberon et la presque totalité des aliments qu'on lui offrait ; il dépérissait à vue d'œil, faute de la nourriture qui convenait le mieux à son goût et à ses besoins. Cet état persistant, M. Aubert voulut essayer la faradisation des seins, pour voir si ce moyen réveillerait la sécrétion complétement disparue depuis quatre jours. Il employa les excitateurs humides placés de chaque côté du sein alternativement, et augmenta progressivement la force du courant, de manière à produire de fortes vibrations, en évitant toutefois de faire contracter les pectoraux et de causer de la douleur. Après quatre séances, de vingt minutes environ chacune, la montée du lait s'était effectuée d'une manière complète. L'allaitement ainsi repris s'est continué avec la même facilité sans nouvelle excitation électrique, et l'enfant, bien rétabli, a été sevré au terme ordinaire.

POTION CONTRE LES AFFECTIONS PSEUDO-MEMBRANEUSES,

Par M. Ozanam.

Brome.	5 à 50 centigr.
Potion gommeuse. . . .	150 gram.

F. S. A. Conserver dans l'obscurité. A prendre dans la journée. Selon M. Ozanam, le bromure de potassium agit très-bien et aux mêmes doses. Employé contre le croup et le muguet.

(*Répert. de pharmacie.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 septembre 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet les états de vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements du Morbihan, de la Somme, des Bouches-du-Rhône. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Laforgue, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine de Toulouse, prie l'Académie de l'inscrire sur la liste des candidats au titre de membre correspondant dans la section de chirurgie et d'accouchements. (Commission des correspondants.)

— M. le docteur Guillon adresse une note pour le concours du prix d'Argenteuil.

Capsules surrénales. — M. le docteur Brown-Séquard adresse une lettre relative aux expériences physiologiques sur les capsules surrénales, expériences exposées par M. Trousseau dans la dernière séance, et qui ont été l'objet d'une critique de la part de M. Bouillaud. Cette lettre se termine par les conclusions suivantes :

1° L'étude des accidents qui succèdent à l'extirpation ou à la lésion des organes ou de portions d'organes appartient à la physiologie sérieuse ;

2° Les fonctions des capsules surrénales, bien qu'encore indéterminées, sont indispensables à l'entretien de la vie, et paraissent même être plus importantes que celles des reins ;

3° La précédente proposition, appuyée sur un nombre extrêmement considérable d'expériences, est un premier pas fait vers la connaissance des fonctions des capsules surrénales.

— M. Delafond écrit qu'il désire rester entièrement neutre dans la question de la ligature de l'œsophage ; en conséquence, il prie l'Académie de désigner un autre membre pour le remplacer dans la commission qu'elle a chargée d'examiner cette question.

Ligature de l'œsophage. — M. le secrétaire annuel donne lecture d'une note de M. L. Orfila sur la ligature de l'œsophage.

Voici cette note :

« Depuis le 19 de ce mois, j'ai pratiqué sur dix-huit chiens la ligature de l'œsophage, et j'ai reconnu que les animaux succombent quelquefois après cette opération.

» Dans ces cas, la mort doit, suivant moi, être attribuée à l'action de ce liquide blanc, spumeux, gluant, qui s'accumule dans le pharynx et à l'entrée du larynx, et qui pénètre même dans la trachée et dans les bronches. Cette pensée a du reste été déjà indiquée par M. Follin et par M. Sée.

» Voici sur quelles observations est fondée ma conviction :

» 1° Lorsque la ligature a été convenablement faite, les chiens qui ne salivent pas ne meurent pas, alors même que le lien constricteur reste appliqué sur l'œsophage pendant vingt-quatre heures.

» 2° Les chiens qui salivent et qui ne peuvent se débarrasser de leur salive meurent à un moment plus ou moins éloigné de l'opération, après avoir présenté les symptômes les plus caractéristiques de dyspnée et de suffocation : respiration courte, haletante, toux, agitation, quelquefois convulsions.

» Quant aux efforts de vomissement, ils n'ont d'autre but que l'expulsion de ce liquide, car les animaux qui salivent sont les seuls chez qui on remarque ces efforts. Si au bout de deux, quatre ou six heures après l'opération, on tue (par la section du bulbe rachidien) les animaux qui sécrètent sans pouvoir s'en débarrasser cette salive spumeuse et gluante, on retrouve ce liquide parfaitement reconnaissable, bouchant le larynx, et ayant même pénétré dans la trachée et dans les bronches.

» D'un autre côté, si on laisse mourir ces animaux, l'autopsie ne permet de découvrir que des lésions plus ou moins étendues de l'appareil respiratoire : engouement, congestion, inflammation ; du sang très-noir remplit principalement le cœur droit et le système veineux ; souvent les bronches renferment un liquide spumeux et sanguinolent. Le foie dans certains cas est congestionné. Le tube digestif ne présente jamais que des lésions insignifiantes.

» 3° Enfin, lorsqu'on pratique une ouverture à l'œsophage au-dessus de la ligature, la salive s'écoule par cette ouverture ; les animaux ne présentent alors d'autres symptômes que de l'abattement, et vivent au moins trois jours, souvent jusqu'à sept et huit jours après l'opération.

» Qu'il me soit permis de rappeler que dans toutes ses expériences Orfila pratiquait cette ouverture pour introduire la substance dont il voulait étudier l'action. Or, de ce qui précède, il résulte que cette condition est très-importante, et par conséquent les travaux contradictoires faits jusqu'à présent, *sans qu'il ait été tenu compte de cette circonstance*, n'infirment nullement les résultats obtenus par Orfila, et n'infirmeront pas les études des expérimentateurs qui opéreront comme lui, et qui dans leurs conclusions se conformeront à ses préceptes. »

— Sur la demande de MM. Gaudin et Choumara, inventeurs du lait artificiel dont M. Piorry a entretenu en leur nom l'Académie, M. le président désigne MM. Guérard, Bérard, Boudet et Piorry pour examiner ce nouveau produit.

— M. Bouley demande la parole à l'occasion du procès-verbal. L'Académie se rappelle que dans une séance précédente il a dit que M. Colin avait fait subir un traitement hydrothérapique à un chien soumis à l'expérience de la ligature de l'œsophage, afin de dissimuler les accidents produits par cette opération. M. Colin, dans la dernière séance, a nié le fait. M. Bouley se voit dans la pénible nécessité, en présence de cette dénégation, de déclarer la parfaite exactitude de ce qu'il a avancé à cet égard. Il dépose sur le bureau, pour être remise entre les mains de la commission, une attestation signée de deux témoins.

Phimosis. — M. Ricord, à propos du procédé de phimosis que M. Bonnafont a exposé dans la dernière séance, croit devoir rappeler le procédé qu'il met lui-même en usage depuis longtemps, et qui a été mal jugé, parce qu'il a été sans doute mal compris.

Lorsqu'on veut pratiquer la circoncision, dit M. Ricord, on trace avec une plume et de l'encre une ligne qui contourne le prépuce en suivant la coupe ovalaire de la base du gland, à 7 ou 8 millimètres de sa couronne (c'est ce qu'on appelle à l'hôpital du Midi le tracé du chemin de fer). On limite ainsi toute l'étendue du prépuce qui devra être excisée. Cela fait, on passe entre le gland et le prépuce une longue aiguille dont la pointe est recouverte d'une boulette de cire. Arrivé au cul-de-sac préputial, on traverse d'un seul trait toute l'épaisseur de la base du prépuce, afin de fixer d'une manière invariable les deux feuillets sur un même plan.

On passe ensuite une pince à pansement d'arrière en avant et obliquement de haut en bas, au-dessous de la pointe de l'aiguille, en appliquant ses branches sur la ligne tracée à l'encre. Les branches de la pince rapprochées fortement, et celle-ci confiée à un aide, on saisit ensuite le pli ainsi formé par la portion du prépuce qu'on doit exciser, et, à l'aide d'un bistouri droit glissé entre la pince et l'aiguille, on coupe tout d'un seul trait. Cette section laisse une plaie ovalaire formée par la peau et la muqueuse, coupées forcément au même niveau, et qui se prêtent très-aisément à la réunion.

M. Gibert. Je suis assez souvent appelé à faire l'opération du phimosis pour des cas d'eczéma chronique du gland, et je déclare que je me suis toujours très-bien trouvé de la simple incision ; je n'ai jamais vu, du moins chez les adultes, ces difformités consécutives dont on parle tant, et en vue desquelles on a substitué généralement la circoncision à l'incision.

M. Malgaigne. Je ne veux pas laisser dire devant l'Académie que les chirurgiens préfèrent généralement la circoncision à l'incision. Cela n'est pas exact. Il est beaucoup de chirurgiens qui emploient au contraire l'incision de préférence, et qui réservent la circoncision pour des cas exceptionnels.

M. Ricord n'est ni de l'avis de M. Gibert ni de l'avis de M. Malgaigne. — Cela dépend des cas, dit-il ; il n'est pas toujours nécessaire de faire la circoncision. Mais il ne faut pas oublier, quand il s'agit de choisir entre ces deux opérations, les inconvénients qui résultent souvent de l'incision. Il n'y a pas d'organes dont les désordres rendent plus hypocondriaque que les organes génitaux ; or rien n'est désagréable et disgracieux comme ces ailes qui appendent sur les côtés du gland après l'opération du phimosis par incision, et j'ai vu plus d'une fois des individus venir réclamer une nouvelle opération pour en être débarrassés. Quant on songe que par la circoncision la plaie est à peine plus étendue, que l'opération est faite aussi rapidement, qu'elle n'est pas plus douloureuse, et qu'en somme elle donne un résultat beaucoup plus satisfaisant, je ne vois pas pourquoi on ne lui donnerait pas la préférence. Telle que je la pratique, la circoncision me paraît résumer tous les avantages des autres procédés, et elle ne le cède à aucun sous le rapport de l'élégance.

M. Larrey est d'avis que l'opération du phimosis peut et doit être faite généralement par simple incision ; la circoncision doit être l'exception. Cette discussion, du reste, roule sur un sujet trop peu important pour qu'on doive la prolonger plus longtemps.

M. Malgaigne n'est pas de l'avis de M. Larrey sur le peu d'importance de cette discussion ; il la considère, au contraire, comme très-utile. M. Ricord a dit avec raison que c'était là une des causes les plus ordinaires d'hypocondrie ; il n'est donc pas indifférent de discuter la valeur des procédés destinés à remédier à la difformité en question. Pour lui, la circoncision n'a pas tous les avantages que lui attribue M. Ricord ; il lui reconnaît plusieurs inconvénients, entre autres celui de ne pas guérir toujours et de laisser subsister quelquefois un phimosis consécutif par brièveté excessive de la muqueuse du prépuce. D'un autre côté, le procédé opératoire de M. Ricord est long et compliqué. En résumé, la circoncision ne lui paraît devoir être préférée que dans les cas où le prépuce est très-long.

M. Ricord ne peut laisser passer ce qui vient d'être dit, surtout de la part d'un professeur de médecine opératoire. M. Malgaigne a dit que l'introduction de l'aiguille allongeait l'opération, et que celle-ci était difficile et compliquée. Mais il faut beaucoup moins de temps pour la pratiquer que pour la décrire ; ce n'est pas plus long que le temps de prendre l'instrument qu'on a sous la main. Je ne peux comprendre, ajoute M. Ricord, comment M. Malgaigne a pu dire qu'il restait souvent un phimosis consécutif après l'opération de la circoncision. Mais c'est précisément pour l'éviter qu'on a recours à ce procédé. On n'aime pas en général à subir deux fois la circoncision ; pour ma part, j'ai vu peu de vocations prononcées pour cette opération ; c'est précisément pour n'avoir pas à y revenir que j'ai imaginé ce procédé. Lorsqu'après avoir tracé la ligne de chemin de fer en question et que vous coupez suivant cette ligne autant de muqueuse que de peau, je défie que le phimosis se reproduise jamais. Lorsqu'on voit longtemps après les sujets qui ont été opérés par ce procédé, il serait impossible, si on ne le savait, de dire qu'ils ont été opérés, tant leur état est semblable à celui des sujets qui ont naturellement le prépuce court et large, et placé en arrière du gland. Je ne saurais donc trop m'élever contre les objections de M. Malgaigne.

RAPPORT.

M. Londe donne lecture d'un rapport officiel sur un lit pour le premier âge soumis à l'examen de l'Académie par la dame X... M. le rapporteur propose de répondre que l'Académie accorde son approbation au lit inventé par Mme X...

M. Trousseau s'élève contre cette conclusion, qu'il considère comme compromettante pour l'Académie, comme toutes celles qui engagent son approbation pour des objets commerciaux. Il la repousse d'autant plus que le lit en question lui paraît, non point mauvais, mais inutile. Il pourrait être utile peut-être pour les enfants pauvres, mais il est probable que son prix ne permettrait pas de l'appliquer à cet usage ; et pour les enfants des classes riches, il est évidemment inutile, rien n'étant négligé, dans les lits en usage, pour la propreté et la commodité des enfants.

M. Londe est d'accord sur ce dernier point avec M. Trousseau, mais il ne peut consentir à refuser l'approbation de l'Académie à une invention qui est évidemment bonne.

Plusieurs membres proposent de substituer à la conclusion du rapport des conclusions tendant à dire que ce lit n'offre pas d'avantages assez saillants pour mériter l'approbation de l'Académie.

M. Londe refusant d'adhérer à ces propositions, les conclusions sont renvoyées à la commission à laquelle M. Trousseau est invité à s'adjoindre.

LECTURES.

Nature chimique et propriétés des matières grasses de la bile. — M. Gobley, candidat à la place vacante dans la section de pharmacie, lit un travail intitulé *Recherches sur la nature chimique et les propriétés des matières grasses contenues dans la bile.*

Il résulte des faits contenus dans ce travail :

1° Que les acides oléique et magarique ne préexistent pas dans la bile, comme on l'admet généralement ;

2° Qu'ils sont des produits de dédoublement de la lécithine sous l'influence des agents chimiques ou de la putréfaction ;

3° Que l'oléine, la magarine, la cholestérine, et surtout la lécithine, sont au nombre des principes gras de la bile ;

4° Que les matières grasses de la bile, lorsqu'elles se répandent avec cette dernière dans l'intestin, sont presque en totalité absorbées par cet organe, puisqu'on ne retrouve dans les matières excrémentitielles qu'une petite quantité d'huile fixe (oléine et magarine) avec des traces de cholestérine ;

5° Qu'il est difficile, par suite, d'admettre que la bile soit sans utilité et absolument sans usage, puisque les matières grasses qu'elle renferme sont presque complétement absorbées par l'intestin, et qu'il faut à l'animal qui en est privé une plus forte proportion de nourriture et des aliments plus substantiels.

Ce travail est renvoyé à la section de pharmacie.

Iodoforme. — M. Moretin, en son nom et au nom de M. E. Humbert, lit un travail intitulé *Recherches chimiques, physiologiques et thérapeutiques sur l'iodoforme.*

L'iodoforme, découvert par Sérullas, et que les travaux de M. Dumas et de M. Bouchardat, ont surtout fait connaître, se présente à l'état de corps solide sous la forme de paillettes nacrées d'un jaune de soufre, friables, douces au toucher, d'une odeur aromatique très-persistante. Il renferme plus de 9/10mes de son poids d'iode. Sa saveur est douce, et n'a rien de corrosif.

Administré à des animaux, il tue à doses plus faibles que l'iode, après avoir donné lieu à un abattement plus ou moins prononcé ; rarement à des vomissements. A l'abattement, succède une période d'excitation : convulsions, contractures, etc. L'iodoforme est totalement dépourvu d'action locale irritante ; il ne donne pas lieu à la plus légère vascularisation de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin.

Quant aux propriétés thérapeutiques de ce corps, les auteurs les ont exposées dans les propositions suivantes :

1° En raison de la grande quantité d'iode que renferme l'iodoforme, ce médicament peut remplacer l'iode et les iodures dans toutes les circonstances où ces derniers agents sont indiqués.

2° L'absorption de l'iodoforme se fait avec la plus grande facilité. En effet, l'iode étant combiné avec l'hydrogène et le carbone pour le constituer, on a pour ainsi dire un composé organique.

3° L'iodoforme, appliqué à la thérapeutique, a sur les autres iodiques l'avantage de ne déterminer aucune irritation locale et aucun des accidents qui forcent dans certains cas de suspendre l'emploi de ces derniers.

4° Outre les propriétés qui lui sont communes avec l'iode, l'iodoforme jouit de vertus spéciales : il calme les douleurs dans certaines affections névralgiques, et détermine une sorte d'anesthésie locale et partielle du rectum lorsqu'il a été déposé dans cet organe.

5° Les doses auxquelles on peut l'administrer sont de 5, 10, 15, 25, 50 centigrammes par jour. M. Bouchardat l'a porté jusqu'à 60 centigrammes.

6° Les principales maladies dans lesquelles nous l'avons employé avec avantage sont : le goître endémique, la maladie scrofuleuse, le rachitisme, la syphilis, certaines affections du col de la vessie ou de la prostate, quelques névralgies. Sans nul doute, entre les mains de M. le professeur Piorry il aurait toute l'efficacité de l'iode dans la phthisie pulmonaire.

7° Enfin l'iodoforme se prête avec la plus grande facilité aux formes pharmaceutiques les plus importantes.

(Commissaires : MM. Grisolle, Wurtz et Bouchardat.)

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

SOUSCRIPTION

en faveur des veuves et des orphelins des médecins de l'armée et de la flotte morts en Orient.

Souscriptions reçues depuis le 22 août jusqu'au 2 septembre.

MM. Natalis Guillot, professeur à la Faculté de médecine, 40 fr.; Rostan, id., 40 fr.; Jobert (de Lamballe), id., 100 fr.; Bouchardat, id., 40 fr.; Moquin-Tandon, id., 20 fr.; Piorry, id., 25 fr.; Cruveilhier, id., 50 fr.; Gavarret, id., 20 fr.; Dumas, 20 fr.; Roger, 40 fr.; Moissenet, 40 fr.; Moynier père, 25 fr.; Tardieu, 20 fr.; Guersant, 20 fr.; sir John Hall, inspecteur général des hôpitaux anglais en Orient, 100 fr.; David Deas, inspecteur médical des flottes et des hôpitaux maritimes de l'Angleterre dans la mer Noire, 100 fr.; John Wyatt, médecin dans la garde de la reine d'Angleterre, 50 fr.; Chailly-Honoré, 50 fr.; Vigla, 20 fr.; Hervez de Chégoin, 40 fr.; Montanier, 20 fr.; Barbin, de Droué (Loir-et-Cher), 20 fr.; le chevalier Comisetti, médecin en chef du corps expéditionnaire sarde, 50 fr.; le docteur Mazzolino, médecin de régiment de 1re classe près le 6e régiment d'infanterie sarde, 50 fr.; Trousseau, professeur à la Faculté de médecine, 100 fr.

Liste précédente, 1,680 fr. — Total au 2 septembre, 2,790 fr.

Par erreur du copiste, le nom de M. le professeur Nélaton se trouve omis dans la première liste, bien que sa souscription (100 fr.) ait été comprise dans le total.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Piquot de Lamare, ancien chirurgien aide-major sous l'Empire, ancien maire, et chirurgien en chef de l'hôpital d'Honfleur, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur par décret du 21 août dernier.

— M. Réné, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Montpellier, vient d'être nommé, par S. M. la reine d'Espagne, commandeur de l'ordre d'Isabelle-la-Catholique.

— M. le docteur Calvo vient d'être nommé médecin titulaire de la Conciergerie, en remplacement de M. Bonnet. M. le docteur Campardon reste médecin adjoint de cette prison.

— Le personnel des officiers de santé militaires ayant été réparti presque tout entier dans les ambulances de Crimée et dans les hôpitaux de Constantinople pendant la guerre d'Orient, le service de l'hôpital de Lyon avait été confié, comme dans beaucoup d'autres villes, à d'anciens chirurgiens militaires ou à des médecins civils. La rentrée en France de nos confrères de l'armée vient de permettre à l'administration militaire de réorganiser le service des hôpitaux. A Lyon, le personnel médical se composera de MM. les docteurs Morgues, médecin principal et en chef; Souceleyer et Durand, médecins principaux de seconde classe; Magail, Valette, Marmy et Barudel, médecins-majors; Defrance, Verdier et Navare, aides-majors.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

L'Ozone, ou Recherches chimiques, météorologiques, physiologiques et médicales sur l'oxygène électrisé; par le professeur H. Scoutetten. Paris, 1856. Un vol. grand in-18 de 288 pages, avec six tableaux et une planche coloriée. Prix, 4 fr, — Chez Victor Masson, libraire.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 105. — SAMEDI 6 SEPTEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 105. — SAMEDI 6 SEPTEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Hydro-pneumothorax et abcès par congestion. — Phénomène particulier produit par la toux dans l'hydro-pneumothorax. — Guérison spontanée des abcès par congestion.

Un malade entré à l'hôpital Saint-Antoine pour un hydro-pneumothorax compliqué d'une affection tuberculeuse des vertèbres lombaires et d'abcès par congestion, a présenté, tant dans le cours de sa longue maladie qu'à l'examen nécroscopique, des particularités assez dignes d'attention pour que M. Aran ait cru devoir en faire le sujet d'un travail très-étendu publié dans le dernier fascicule des *Archives générales de médecine.*

De ces diverses particularités, les unes sont relatives à l'hydropneumothorax, et concernent un phénomène particulier d'auscultation qui peut offrir un signe utile au diagnostic; les autres ont trait à des conditions d'un mode peu connu de curabilité spontanée des abcès par congestion. Malgré tout notre respect pour la règle d'unité de sujet, nous serons bien obligé, à l'exemple de M. Aran, de traiter dans le même article ces deux questions différentes de pathologie, imitant en cela la nature, qui a réuni sur le même individu les deux lésions distinctes qui en ont fourni le texte. Afin d'abréger, nous n'emprunterons à la longue et consciencieuse relation de notre confrère que le résumé de l'observation et ce qui est indispensable pour l'intelligence des points saillants qui en font le principal intérêt.

Un homme de quarante-trois ans, après avoir présenté quelques-uns des signes rationnels de la phthisie pulmonaire, est pris d'une pleurésie et entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle de ce nom, le 17 janvier 1854, avec un épanchement pleurétique remplissant tout le côté droit de la poitrine. Deux jours après, M. Aran lui pratique la thoracentèse qui donne issue à 3 litres 500 de sérosité purulente, et la fait suivre, séance tenante, d'une injection de 80 gram. de teinture d'iode et de 4 gram. d'iodure de potassium pour 100 gram. d'eau. Le liquide est abandonné dans la poitrine. Cette opération est suivie d'un soulagement très-marqué. Mais la poitrine se remplit bientôt de nouveau, et une seconde ponction est rendue nécessaire. Celle-ci a le même résultat que la première : soulagement d'abord, puis reproduction de l'épanchement.

Une troisième ponction est pratiquée, puis une quatrième, une cinquième, à des intervalles qui varient de huit à trente-neuf jours. Il ne fut pas pratiqué moins de dix-huit thoracentèses dans l'espace de treize mois et demi, et presque toutes sur les instances du malade, qui en retirait chaque fois un soulagement momentané. Sur ces dix-huit thoracentèses, trois, la première, la deuxième et la quatrième, furent suivies d'une injection iodée.

Le diagnostic — pleurésie chronique avec épanchement —, le seul qui pût être porté au début, et alors que la poitrine était entièrement remplie par le liquide, dut être modifié par la suite. Dès la troisième ponction, le malade appelle l'attention sur un phénomène qu'il a remarqué depuis longtemps sans y attacher aucune importance, c'est le *bruit de flot* perçu par lui dans les mouvements brusques, et dont l'existence est constatée aussitôt par le médecin et par tous les assistants. Il n'était dès lors plus permis de douter qu'il n'y eût dans la poitrine une certaine quantité d'air mêlé au liquide; le malade n'avait donc pas seulement un épanchement pleurétique, il était affecté d'un hydro-pneumothorax.

Peu de temps après la quatrième ponction, dans les premiers jours de mars, le malade signale encore un nouveau phénomène, une espèce de *bruit de choc* ou de *percussion* très-rude, se produisant de temps en temps pendant la toux. Ce bruit était tout à fait semblable à un coup fort et sec porté de l'intérieur contre les parois thoraciques. Sa situation variait suivant les positions que prenait le malade, et il disparaissait pendant un certain temps pour reparaître et disparaître de nouveau. Pendant neuf mois ce phénomène se reproduit à certains intervalles, et disparaît définitivement quelque temps avant la mort; il en est de même du bruit de flot.

Enfin, vers le milieu de mai, c'est-à-dire environ quatre mois après son entrée à l'hôpital, le malade, qui depuis un an éprouvait des douleurs vers la partie inférieure de la colonne vertébrale, découvre dans la fosse iliaque gauche et à la partie supérieure de la cuisse correspondante, une tumeur fluctuante, qui n'est autre qu'un abcès par congestion. Ponctionné et injecté d'iode, l'abcès se reproduit. Une seconde ponction sans injection est pratiquée peu de temps après. L'abcès se remplit de nouveau, mais lentement, de manière à pouvoir être livré à lui-même sans inconvénient.

Cinq mois après, on découvre un second abcès de même nature dans la fosse iliaque droite; mais cet abcès ne semble pas faire de progrès; il diminue, au contraire, au dire du malade, ainsi que celui du côté opposé. Ils finissent par disparaître presque complétement tous les deux dans les derniers temps de la vie, qui s'éteint dans le mois de mars, environ quinze mois après l'entrée du malade à l'hôpital.

L'examen cadavérique montre un épanchement séro-purulent très-abondant dans la plèvre droite, les traces d'une inflammation aiguë du foyer de l'épanchement, des tubercules dans les deux poumons à divers degrés de développement, et deux abcès par congestion symptomatiques d'une altération osseuse profonde des deuxième et troisième vertèbres lombaires, lesquels abcès étaient complétement transformés en kystes séreux.

Nous ferons remarquer avec M. Aran ce que cette observation présente d'intéressant : d'abord au point de vue de l'hydro-pneumothorax, comme exemple des services que peut rendre la thoracentèse dans des cas de ce genre, chacune d'elles ayant été suivie d'un soulagement notable et d'un amendement; en second lieu à cause de la présence de ce phénomène de bruit de choc ou de percussion que nous avons signalé dans l'exposé rapide de l'observation; enfin en ce qui a trait aux abcès par congestion et à une des conditions particulières de leur curabilité spontanée. Nous nous arrêterons un instant sur ces deux derniers points.

Bruit de choc ou de percussion pulmonaire. — M. Aran propose de désigner ainsi le phénomène qu'il a observé pour la première fois chez ce malade pour indiquer l'origine à laquelle il le rapporte.

« Lorsque j'observai, dit-il, ce phénomène pour la première fois, il n'avait pas encore acquis sans doute tout son développement possible, car je notai seulement l'existence d'un bruit de frottement très-rude, ayant lieu pendant la toux, et analogue à celui que pourrait produire le poumon distendu brusquement venant frotter contre le feuillet pariétal de la plèvre. Plus tard ce phénomène se révéla à nous par ses véritables caractères, c'est-à-dire par un choc brusque, ayant lieu par les efforts de toux dans un point circonscrit de la poitrine, susceptible d'être comparé à un coup de poing ou de marteau porté à la face interne des parois thoraciques, et depuis lors, jusqu'au moment où on cessa définitivement de le percevoir, il conserva les mêmes caractères. »

Ce bruit de choc ou de percussion était perçu par l'oreille, comme par la main appliquée sur les parois thoraciques; l'oreille pouvait même l'apprécier à une certaine distance des parois de la poitrine.... Une toux légère et peu profonde ne le produisait pas ; il fallait des efforts de toux répétés et un peu violents pour le développer.

Le siége du phénomène était très-variable, non-seulement aux diverses époques de la maladie, mais il variait encore suivant les positions prises par le malade. L'état de réplétion ou de vacuité relative du thorax jouait un grand rôle dans sa production. Très-sensible et très-facile à produire lorsque le thorax n'était pas distendu par le liquide, il diminuait et disparaissait complétement à mesure que l'épanchement augmentait et distendait la poitrine; aussi était-on sûr de le voir reparaître dès que la ponction était pratiquée.

L'examen nécroscopique n'a pu fournir aucune lumière sur la cause de ce phénomène étrange, qui n'est signalé dans aucun ouvrage d'auscultation ni dans aucun des nombreux traités sur les maladies de poitrine. Voici, en l'absence de données fondées sur les conditions anatomiques, comment M. Aran explique sa production.

Connaissant le mécanisme de la toux et de ses deux temps successifs, il paraissait matériellement impossible qu'un bruit pareil à celui dont il s'agit pût avoir lieu pendant la toux proprement dite, c'est-à-dire pendant une expiration forcée. Mais M. Aran s'est convaincu, par un examen attentif, que ce n'était pas en effet dans l'expiration, mais immédiatement après, et comme par un choc en retour, que se produisait ce bruit. « On comprend dès lors très-bien, dit-il, comment le poumon, dont le tissu était d'ailleurs parfaitement sain dans les trois quarts au moins de son étendue, et qui par conséquent respirait encore, brusquement comprimé par la contraction des muscles thoraciques et abdominaux, se vidait rapidement de l'air qu'il contenait, et, se distendant de nouveau

---

BIBLIOGRAPHIE.

De la kératite et de ses suites, par le M. docteur Castorani (1).

Le temps n'est pas encore très-éloigné où toutes les maladies des yeux, quels que fussent leur siége, leur nature, leur gravité, étaient désignées par le plus grand nombre des médecins sous le nom générique et banal d'*ophthalmies;* et dès lors il est facile de comprendre quelle confusion devait régner dans cette branche des connaissances médicales, non pas seulement au point de vue du diagnostic, mais surtout, et c'est là le plus important, eu égard au traitement. Aujourd'hui tout est changé; l'oculistique est devenue une véritable science, et il n'est pas un des nombreux élèves qui chaque année abandonnent Paris pour retourner dans leur province, qui, sous l'habile et intelligente direction des Velpeau, des Sichel, des Desmarres, n'ait acquis les connaissances nécessaires pour établir avec promptitude et sûreté un diagnostic différentiel suffisant entre les diverses affections oculaires, et pour instituer un traitement rationnel. Le progrès est donc immense déjà qu'ont accomplis et l'enseignement et les traités généraux de ces maîtres.

Et cependant, pas plus ici qu'ailleurs, en médecine, la science n'a dit son dernier mot. Tous les jours de nouvelles découvertes viennent ouvrir des horizons nouveaux et solliciter les efforts des travailleurs. Chacun, suivant ses aptitudes, aborde un point différent, creuse plus profondément le sillon qu'ont ouvert ses devanciers, et chaque jour voit éclore une monographie qui, plus tard, se fondant dans un travail d'ensemble, contribuera pour sa part aux progrès généraux de l'art de guérir.

C'est sous l'influence de cette pensée que s'est produit le *Traité de la kératite* de M. Castorani que nous avons sous les yeux; traité de la kératite proprement dite et de ses suites, et non pas, comme on pourrait le croire au premier abord, de toutes les affections de la cornée. Les altérations de la cornée autres que celles qui sont le résultat de l'inflammation, ne sont pas, suivant l'auteur, d'un très-haut intérêt, sauf les corps étrangers, les plaies et la gangrène, et pour cette raison, il renvoie, pour tout ce qui n'est pas la phlegmasie de cette membrane ou ses conséquences, aux traités généraux d'ophthalmologie.

Quelques généralités servant d'entrée en matière forment l'introduction du livre de M. Castorani, et comprennent d'intéressantes considérations pratiques sur la rougeur générale et partielle du globe de l'œil, et sur la disposition des vaisseaux, soit de la conjonctive, soit du tissu cellulaire sous-conjonctival, soit enfin de la sclérotique. Certes, M. Castorani n'a pas la prétention d'avoir découvert ou décrit le premier ces vaisseaux; mais une observation comparative sérieuse lui a permis d'indiquer en quelques mots certains signes auxquels on peut reconnaître les lésions inflammatoires des trois tissus que nous venons de citer. La rougeur est en effet symptomatique des inflammations des membranes internes comme des membranes externes, et ce serait une erreur que de croire que par cela qu'il y a rougeur il y a toujours conjonctivite. La rougeur de la conjonctivite diffère de celle de la kératite, de l'iritis, de la choridite; celle de la kératite n'est pas la même à toutes ses périodes, etc. Nous avons trouvé dans ce chapitre une appréciation fort exacte de la valeur du *cercle radié*, qui, comme la rougeur générale de l'œil, se développe dans toutes les inflammations de l'œil, de quelque membrane que ce soit, à l'exception de la kératite primitive ponctuée ou disséminée et de la sclérotite à leur première période. Cette absence du cercle radié dans la première période de la sclérotite prouve de la façon la plus péremptoire qu'il n'est nullement, comme l'ont pensé quelques auteurs, le signe pathognomonique de l'ophthalmie rhumatismale, dont le siége anatomique serait dans la sclérotique.

L'histoire de la kératite proprement dite est divisée en deux parties : kératites primitives, kératites secondaires. Dans les primitives, on distingue trois espèces : la ponctuée ou pointillée, la disséminée, la pustuleuse. Des deux premières nous n'avons presque rien à dire; leur symptomatologie, d'une rare fidélité, est tracée d'après nature, avec le soin le plus scrupuleux, et leur description ne nous a rien présenté de bien nouveau, si ce n'est cette circonstance, dont nous laissons la responsabilité à notre confrère, que la kératite primitive pointillée est le plus souvent déterminée par une diathèse syphilitique; et cette autre, fort vraisemblable, que l'*iritis séreuse*, nom sous lequel

(1) Un vol. in-8°. Chez Germer Baillière.

sous l'influence de la pression atmosphérique, venait, en se distendant et en nageant en quelque sorte à la surface du liquide, frapper la paroi thoracique dans le point ou les points les plus rapprochés de lui; comment ce point ou ces points étaient susceptibles de varier avec les changements de position du malade, avec la distension ou l'état de vacuité relative de la cavité thoracique. »

Seulement la production de ce phénomène supposait deux choses : la première, qu'il n'y avait pas une ouverture très-large établissant une communication entre les voies aériennes et la plèvre, mais bien que l'air pénétrait obliquement, lentement et comme par filtration dans cette cavité, de manière à ne pas affaisser trop complétement le poumon, et surtout à ne pas affaiblir la résistance offerte à la pression atmosphérique par le tissu pulmonaire ; la seconde, que cet organe n'était pas enserré dans des adhérences trop résistantes, qui lui permettaient par conséquent un certain degré de dilatation.

En résumé, le bruit de choc ou de percussion pulmonaire constaté chez ce malade n'était autre chose, pour M. Aran, que le choc en retour qui existe dans l'état normal après la toux, considérablement exagéré par les conditions particulières dans lesquelles se trouvait le poumon, qui, se distendant sous la pression atmosphérique, venait frapper comme par bonds la paroi thoracique.

On comprend, d'après le mécanisme suivant lequel M. Aran explique la production de ce bruit, comment il se présente aussi rarement dans l'hydro-pneumothorax de même nature que celui-ci, c'est-à-dire d'origine tuberculeuse, les conditions qui le favorisent s'y trouvant rarement réunies comme elles le sont ici. Mais, par contre, M. Aran pense, se fondant en cela sur un fait qu'il a observé il y a peu de temps, que ce phénomène doit se rencontrer assez souvent dans les pleurésies récentes traitées par la thoracentèse, alors que, par une circonstance fortuite, l'air pénètre dans la poitrine, ou, en d'autres termes, dans l'hydro-pneumothorax artificiel. M. Aran pense enfin, en se reportant à la théorie de sa production, que le bruit de choc pulmonaire doit se rencontrer encore dans d'autres circonstances que l'hydro-pneumothorax, et plus souvent peut-être que dans cette affection. Mais il reste à cet égard de nombreuses recherches à faire avant de pouvoir préciser les cas où on devra le constater.

Toutefois, ajoute-t-il, quels que puissent être ces cas, il y aura toujours dans le bruit de choc ou de percussion pulmonaire appartenant à l'hydro-pneumothorax quelque chose de particulier à cette affection ; c'est la possibilité d'en faire varier le siége par les changements de position.

Mode de guérison naturelle des abcès par congestion. — Ce fait nous montre, en outre, un exemple de deux abcès par congestion, tous deux liés à une altération osseuse profonde, et dont l'un avait fourni du pus, à deux reprises différentes, par une ponction faite avec un trocart, ne contenant plus, quelques mois après, que 50 ou 60 grammes d'une sérosité parfaitement claire dans l'un de ces foyers, un peu troublé dans l'autre, et réduits aux plus minimes proportions. Les parois de leurs foyers, au lieu de présenter cette épaisseur et cet aspect particulier propres aux membranes pyogéniques, étaient extrêmement minces et transformées en une membrane lisse et polie, avec quelques fausses membranes molles, jaunâtres, à la surface interne de l'un d'eux seulement. En d'autres termes, la guérison s'en était opérée par une voie naturelle, et indépendamment des moyens thérapeutiques. Cela n'était pas douteux, du moins pour l'abcès du côté droit, qui n'avait été soumis à aucun traitement. Or, comme les choses s'étaient passées exactement de la même manière des deux côtés, on peut en conclure que le résultat eût été le même dans le foyer injecté, quand même l'injection n'eût point été faite.

Nous devons ajouter, du reste, que depuis longtemps déjà nous étions convaincu par expérience de la possibilité d'obtenir la guérison de ces abcès sans l'intervention de l'injection iodée, et avec la simple ponction sous-cutanée aidée de la compression et des moyens de traitement généraux appropriés. Mais ce que le fait que nous venons de rapporter met en lumière, c'est la manière dont s'effectue cette guérison naturelle. La nature a réalisé dans ce cas la transformation séreuse que l'on cherche à obtenir au moyen des injections médicamenteuses. Cette transformation était complète, en effet, et sans aucune trace d'inflammation dans les deux foyers. Cette tendance naturelle à la réparation et à l'oblitération des foyers par congestion était d'autant plus remarquable dans cette circonstance, que cette transformation s'était opérée bien que les surfaces des vertèbres fussent encore profondément altérées, ce qui tendrait à prouver que la persistance de l'altération osseuse n'est pas toujours un obstacle invincible à la transformation séreuse des foyers purulents. Ne peut-on pas se demander aussi si les désordres considérables de la cavité thoracique n'ont pas été pour quelque chose dans ce résultat, et s'il ne s'est pas passé ici quelque chose d'analogue à ce qui a lieu dans les vieux ulcères atoniques sous l'influence de désordres plus graves et existant sur un autre point de l'économie?

Mode d'exploration des organes de l'ouïe, applicable au diagnostic des diverses lésions de ces organes.

Tous les médecins savent qu'il est le plus souvent impossible de reconnaître les lésions profondes des organes de l'ouïe. M. Gendrin, dans une communication qu'il vient de faire récemment à l'Académie des sciences, appelle l'attention sur un mode d'exploration qui donne pour ces lésions des signes diagnostiques dont il a vérifié, dit-il, bien des fois l'exactitude depuis dix ans.

Voici comment il procède :

Il recueille à l'aide du stéthoscope, ou même par son oreille appliquée immédiatement sur celle du malade, les bruits que fait naître dans l'oreille moyenne de la personne qu'il examine la propagation des vibrations sonores de la respiration, de la toux, de la voix, du sifflement labial, modifiés à dessein de diverses manières. Il prend le soin de rendre la propagation de ces vibrations sonores plus complète en fermant les narines du malade. Comme les qualités de ces bruits varient avec les conditions physiques des cavités et des membranes qui les transmettent, il en déduit des signes pathognomoniques pour les diverses lésions des organes.

Dans l'état physiologique, chaque expiration fait retentir dans l'oreille moyenne un bruit de souffle grave, doux, éloigné, qui s'éteint avant la fin du mouvement expiratoire. Si la membrane du tympan est perforée, ce bruit devient aigu, sec, parfois même sibilant, et plus prolongé. La trompe est-elle rétrécie, il devient intermittent, et le souffle expiratoire semble alors formé de plusieurs souffles successifs, qu'accompagnent d'ailleurs, dans le plus grand nombre des cas, des bulles crépitantes dues à des mucosités contenues dans le pavillon de la trompe ou dans la caisse du tympan. On entend aussi des crépitations dans la carie de l'oreille interne, ou lorsqu'il s'est formé, soit dans l'oreille interne même, soit dans les cellules de l'apophyse mastoïde, un foyer communiquant avec la caisse et la trompe non oblitérées. Mais, dans ces cas, les crépitations sont graves et humides.

Les secousses expiratoires de la toux rendent plus brefs, plus nets, et par conséquent plus faciles à percevoir les bruits anomaux qui se rapportent aux diverses lésions internes de l'oreille dans les expirations simples.

L'inspiration ne produit pas de vibrations sonores perceptibles dans les organes de l'ouïe sains. Mais si le tympan est percé, la trompe restant d'ailleurs perméable, on constate dans l'oreille, pendant l'inspiration, un souffle sibilant fort aigu et mêlé de crépitations humides, dont le malade lui-même a souvent conscience.

La voix entendue dans l'oreille paraît plus grave et un peu vibrante ; elle est entrecoupée de fréquentes intermissions, qui séparent brusquement les mots et même les sons syllabiques. Elle dégénère en un murmure confus et inarticulé si la trompe est rétrécie ou si la caisse est remplie par des mucosités, par du pus ou par l'exostose centrale du rocher. Elle s'éteint et ne s'entend plus si la trompe est bouchée. Elle est sifflante et s'accompagne de bulles crépitantes quand la membrane du tympan est rompue.

Dans l'état physiologique, le sifflement labial est transmis par l'oreille moyenne comme un souffle sibilant aigu venant de très-loin. Il arrive affaibli et entrecoupé d'intervalles silencieux ou presque muets si la trompe est rétrécie, et, si elle est obstruée, il ne s'entend plus du tout. Au contraire, dans les cas où la membrane du tympan est détruite, le canal de la trompe demeurant d'ailleurs libre, le sifflement devient très-aigu, et paraît très-rapproché : il semble au médecin que le malade lui siffle dans l'oreille.

Dans la plupart des cas, ajoute M. Gendrin, on peut vérifier les bruits anormaux en auscultant comparativement l'une et l'autre oreille, car il est bien rare de rencontrer des deux côtés et au même degré la même lésion.

Malgré la concision de cet exposé, il est possible d'entrevoir tout le parti qu'on peut tirer, en effet, de ce mode d'exploration pour la perception et l'appréciation d'un certain nombre de signes propres à éclairer le diagnostic si obscur et si difficile des maladies internes de l'oreille.

Anus artificiel établi dans la région anale il y a 21 ans.

Nous avons souvent eu l'occasion d'exprimer ici le regret de n'être que trop rarement à même de revoir les malades opérés dans les hôpitaux, assez longtemps après l'opération pour pouvoir en apprécier les résultats définitifs. Cela est loin d'être nécessaire pour toutes les opérations assurément; mais pour quelques-unes, et particulièrement pour celles qui sont de nature à impliquer des perturbations ou des modifications fonctionnelles plus ou moins importantes, cela est de toute nécessité si l'on veut être fixé sur leur valeur réelle. C'est la même pensée qu'exprimait dernièrement M. Velpeau à l'Académie de médecine, lorsqu'avec un accent de scepticisme peu déguisé, il demandait aux partisans des diverses méthodes d'établissement d'anus artificiels ce que devenaient les opérés quelques semaines ou quelques mois après l'opération, et s'il en était parmi eux qui eussent atteint jamais l'âge adulte? Le fait de l'opéré de Duret, cité à cette occasion par M. Robert, et qui a vécu jusqu'à l'âge adulte, après avoir subi quelques jours après sa naissance l'opération par la méthode de Littre; ceux d'Amussat, opérés par la méthode de Callisen modifiée, et sur lesquels MM. Robert et Larrey ont également fourni des renseignements, prouvent que ces opérations sont quelquefois suivies de succès...; à quel prix, il est vrai !

Le fait suivant, que nous communique M. Demarquay, vient fournir à son tour un exemple d'anus artificiel établi il y a vingt et un ans par Gerdy, dans des conditions plus aisées et plus favorables, sans doute, que celles où se trouvaient les sujets cités plus haut, puisqu'il s'agit d'un anus pratiqué dans la région anale même. Mais il n'en est pas moins intéressant de connaître l'état où se trouve ce sujet vingt et un ans après l'opération.

Voici en deux mots son histoire :

M. X..., âgé de vingt et un ans, naquit avec une imperforation de l'anus. Gerdy, appelé vingt-quatre heures après la naissance, fit une incision dans la région anale, et alla profondément chercher l'intestin rectum. Celui-ci fut incisé. Durant dix-neuf mois l'enfant porta continuellement des mèches afin de maintenir l'orifice anal ouvert. Ce jeune homme s'est bien développé ; il est fort, de petite taille, un peu pâle et surtout triste. Ce malheureux jeune homme, ainsi que l'a constaté M. Demarquay, a une incontinence continuelle de matière et de gaz; l'orifice anal est étroit; les matières rendues sont petites : il n'y a pas trace de sphincter.

Ce jeune homme est très-intelligent ; il se livre avec distinction à l'étude d'un art libéral.

HOPITAL NECKER. — M. Broca.

Épanchements sanguins. — Ponctions capillaires. — Guérison.

Obs. I. — Le nommé Revilley, âgé de trente-trois ans, menuisier, entra à l'hôpital Necker le 11 août 1856. Trois heures auparavant, cet

---

il désigne l'*aquocapsulitis*, n'est que le résultat de la propagation par contiguïté de la phlegmasie kératique pointillée, dont elle est si souvent la conséquence.

La variété la plus fréquente de la kératite est sans contredit la pustuleuse, au sujet de laquelle l'auteur entre dans des développements fort étendus. Le point qui nous a paru le plus important de cette histoire, c'est la détermination exacte et précise du siége anatomique de la pustule. Ce siége, c'est le tissu cellulaire sous-conjonctival, et ceci explique les différences de volume que présente la tumeur, suivant qu'elle occupe la conjonctive oculaire, sur le bord de la cornée, ou au centre même de cette dernière. Il est facile de comprendre que la pustule est d'autant moins volumineuse qu'elle se rapproche davantage du centre de la cornée, puisque le tissu cellulaire devient de plus en plus rare à mesure que l'on se rapproche de ce centre, et finit même par y disparaître presque complétement.

Quant aux suites de cette terrible affection, désespoir des médecins et des malades, elles sont plus ou moins graves, suivant que la pustule se perfore ou non. Dans le premier cas, on a à redouter la hernie de l'iris, le staphylome opaque et la fistule de la cornée ; puis encore, la cataracte pyramidale, cette singulière affection qui défie toutes les ressources de la médecine opératoire ; et enfin la choroïdite, l'une des plus sérieuses et des plus graves inflammations de l'œil, si commune après la kératite pustuleuse sur les sujets chez lesquels la circulation s'exécute avec quelque difficulté, les femmes aménorrhéiques ou dysménorrhéiques, par exemple.

Lorsqu'elle ne se perfore pas, la pustule devient la cause première des opacités, du staphylome pellucide et du kératocèle, et, à cette occasion des opacités, M. Castorani indique comme une des suites, éloignées, il est vrai, de la kératite pustuleuse, la production du strabisme.

Pour l'auteur, le strabisme est un défaut d'accord total ou partiel d'un œil avec l'autre dans l'accomplissement de la faculté visuelle, se trahissant au dehors par un manque de convergence régulière entre les deux axes optiques. La cause prochaine du strabisme réside dans l'affaiblissement de la sensation rétinienne du seul œil affecté, lequel ne peut dès lors fonctionner en harmonie avec son congénère. Parmi les causes éloignées, les plus fréquentes sont les opacités de la cornée, qui, empêchant les rayons lumineux d'arriver normalement dans l'œil, déterminent une faiblesse de la vision d'autant plus grande que l'autre œil, fonctionnant seul, agit avec plus d'énergie. De ce moment, tout rapport visuel entre les deux yeux est rompu; l'œil faible se dévie, et si l'on ne remédiait promptement à la cause fonctionnelle en même temps qu'à la cause organique, l'œil affecté s'affaiblirait de plus en plus, même après la disparition des taches, de même qu'un membre privé longtemps d'exercice finit par ne plus pouvoir se mouvoir.

Nous recommandons la lecture de ce chapitre du strabisme, qui contient quelques idées nouvelles et originales, comme un des plus importants sous le rapport de l'étiologie.

Nous avons dit que la seconde partie du livre de M. Castorani est consacrée à l'histoire des kératites secondaires. Au premier rang figure la kératite vasculaire, subdivisée en vasculaire simple et vasculaire panniforme; puis la kératite suppurative, ou abcès de la cornée, et enfin la kératite ulcéreuse, dont une des conséquences les plus désastreuses est le staphylome de l'iris.

Le livre se termine par l'étude de la photophobie, sujet des plus importants, et qui a dans ces derniers temps soulevé tant de discussions. Loin de regarder, avec quelques auteurs, la rétine comme le siége exclusif de la photophobie, c'est dans la cinquième paire que l'auteur place ce siége, et précisément dans la portion qui se rend au ganglion ophthalmique. De ce ganglion partent des filets nerveux qui donnent la sensibilité à la cornée, à l'iris, comme aussi à la rétine ; et la meilleure preuve que l'on puisse donner à l'appui de cette manière de voir, ajoute M. Castorani, c'est que dans le phlegmon oculaire, quand il est la conséquence de la paralysie de la cinquième paire, les malades n'éprouvent pas de photophobie, en sorte qu'ils ne comprennent pas la gravité de leur affection.

Le *Traité de la kératite* de M. Castorani, comme on le voit, comprend l'examen d'une foule de questions du plus haut intérêt, que l'on ne pouvait guère aborder que dans une monographie avec autant de détails, et dans lequel l'auteur fait preuve d'un remarquable talent d'observation et d'une sagacité tout à fait digne d'éloges. Ajoutons qu'il est conçu dans un esprit éminemment pratique, et nous aurons signalé toutes les raisons qui lui assurent un légitime succès. Dr A. Foucart.

---

homme, étant en état d'ivresse, avait fait une chute sur laquelle il ne pouvait donner aucun renseignement. Il disait seulement qu'il était tombé en jouant avec ses camarades. L'interne de garde, M. Hardy, reconnut l'existence d'une luxation complète du coude gauche en arrière. Il y avait déjà un gonflement assez notable; néanmoins on sentait très-bien les saillies osseuses, et le diagnostic de la luxation était évident.

M. Hardy, avec l'aide d'un de ses collègues, réduisit immédiatement et facilement cette luxation. Le membre fut enveloppé d'un large cataplasme et placé en repos sur un coussin.

Le blessé souffrit beaucoup dans la soirée et pendant la nuit. Le lendemain matin, 12 août, je trouvai que la luxation était toujours bien réduite, mais le gonflement était devenu énorme. A la partie interne du membre, dans une étendue de plus de 15 centimètres, la peau était d'un rouge bleuâtre et très-fortement tendue. Au-dessus de l'épitrochlée on sentait de la fluctuation, indice d'un épanchement de sang. La vive douleur que le malade éprouvait m'engagea à appliquer sans délai la méthode de M. Voillemier. Six piqûres furent appliquées, deux avec le trocart explorateur muni de sa canule, et les quatre autres avec le poinçon seulement. Il s'écoula environ deux cuillerées à bouche de sang par ces ouvertures. Il nous parut que les piqûres faites avec la canule saignaient un peu plus difficilement que les autres. J'avais dit de conserver le liquide pour voir s'il se coagulerait; mais on le plaça dans un bassin très-large où il ne formait qu'une mince couche, de sorte que le lendemain matin, quand je voulus l'examiner, il était entièrement desséché.

Immédiatement après la ponction, le malade se sentit soulagé; il ne souffrit pas pendant la journée.

Le lendemain matin, 13 août, je trouvai la peau beaucoup moins tendue que la veille; je fis quatre nouvelles ponctions, qui fournirent environ une cuillerée à bouche de sang. Cette fois on conserva le liquide avec plus de précaution, et au bout de quelques minutes on le vit se coaguler.

L'épanchement ne se reproduisit pas; le gonflement diminua rapidement.

Le 16 août, il n'y avait plus de fluctuation.

Le 17, la tuméfaction avait à peu près disparu; il ne restait qu'une ecchymose jaunâtre.

Le lendemain, le malade quitta l'hôpital. L'épanchement de sang avait été guéri en quatre jours (1).

Obs. II. — Louise Calvet, soixante ans, journalière, entra à l'hôpital Necker le 8 août 1856.

Elle avait fait une chute en portant un fardeau assez lourd, et s'était heurtée le front sur le bord d'un trottoir.

Au-dessus du sourcil gauche existait une tumeur fluctuante, molle, douloureuse, grosse comme un œuf de pigeon, entourée à sa base d'un bourrelet circulaire assez dur. La peau correspondante était bleuâtre et légèrement excoriée.

Pendant les quatre premiers jours, on appliqua simplement des cataplasmes. La tumeur ne diminua pas, mais elle devint un peu moins douloureuse. Toutefois la malade y souffrait encore, même lorsqu'on n'y touchait pas.

Le 12, je pratiquai trois ponctions capillaires avec le poinçon, et je fis sortir un peu plus d'une demi-cuillerée d'un liquide noir, de consistance gélatineuse. Je fis même jaillir par la pression plusieurs petits fragments filiformes de sang coagulé. La tumeur à partir de ce moment cessa d'être douloureuse.

Le 13, l'épanchement est aussi considérable qu'avant les ponctions. Deux nouvelles ponctions sont pratiquées. Il s'écoule d'abord une certaine quantité de sérosité rougeâtre, puis du sang à demi coagulé, en tout le contenu d'une cuillerée à bouche. La tumeur s'affaisse beaucoup.

Le 14, la tumeur s'est remplie de nouveau, mais elle est beaucoup moins volumineuse que les jours précédents. Une seule ponction. Il s'écoule environ une demi-cuillerée de liquide.

Le 15, une dernière ponction donne encore une petite quantité de liquide.

Le 16, il y a encore un peu de fluctuation.

Le 17, l'épanchement a presque disparu.

Le 18, il n'en reste aucune trace.

(1) J'ai revu ce malade huit jours plus tard. La guérison ne s'était pas démentie.

DES CONVULSIONS CHEZ LES ENFANTS,

considérées au point de vue étiologique.

Les convulsions appartiennent, comme on sait, aux symptômes les plus fréquents des affections morbides de l'enfance. M. Tillner (de Saint-Pétersbourg), qui a fait une étude des différentes circonstances qui peuvent les produire, les rapporte sous les chefs suivants :

1° *Convulsions qui résultent de l'état morbide du système nerveux même.* — Ici doivent être comptées toutes les modifications organiques du cerveau, comme congestion, inflammation et ses suites, ramollissement, corps étrangers, exostose, etc. Ces causes sont les plus fréquentes des accidents convulsifs de l'enfance, et ne permettent guère un pronostic favorable. Dans la plupart des cas, il est vrai, elles ne peuvent être considérées que comme secondaires, et dérivent d'une dyscrasie, de troubles digestifs ou d'une anomalie fonctionnelle, et se présentent sous forme d'hyperémie ou d'épanchements séreux. Les phénomènes convulsifs que ces causes provoquent portent avec eux le caractère de convulsions cérébrales légitimes, sont toniques ou cloniques, mais toujours accompagnés d'une perte plus ou moins prononcée de connaissance, et se présentent dans les maladies comme signe précurseur de la mort, ou surviennent d'une manière brusque et quelquefois périodique. L'affection cérébrale peut s'étendre à la moelle épinière, et alors il survient des phénomènes convulsifs tétaniques.

2° *Convulsions qui proviennent d'un état pathologique du sang.* — A ces causes appartiennent :

a. L'intoxication par médicaments et poisons, tels que les narcotiques, qui produisent directement des convulsions cérébrales, la noix vomique et la strychnine, qui donnent lieu à des accidents tétaniques qui ont leur point de départ dans la moelle épinière;

b. Intoxication par le lait maternel altéré par abus des spiritueux ou par des émotions morales vives;

c. Modification du sang dans les exanthèmes aigus : cette cause produit souvent des convulsions avant l'éruption de l'exanthème; il peut en être de même avant l'invasion d'un accès de fièvre intermittente;

d. Modification sanguine dans la phlébite, notamment dans l'inflammation suppurative des vaisseaux ombilicaux, qui, comme on sait, peut causer des accidents convulsifs tétaniques.

3° *Convulsions prenant leur source dans un état morbide des voies digestives.* — Ces convulsions sont les plus communes, ce qui ne doit pas étonner, tant le mode d'alimentation est vicieux, aussi bien chez les riches que chez les pauvres. Ces causes deviennent surtout puissantes à certaines époques de l'enfance, telles que celle de la dentition, du sevrage, et lorsqu'il existe des vers intestinaux.

4° *Convulsions qui dépendent de l'état des organes respiratoires.* — Telles sont celles qui surviennent dans la période ultime de la bronchite et de la pneumonie. On sait qu'il s'en présente fréquemment aussi dans les cas graves de coqueluche et dans le *laryngimus stridulus.*

5° *Convulsions qui accompagnent les maladies des voies urinaires.* — Il faut noter ici spécialement les accidents éclamptiques qui se manifestent chez les enfants atteints d'albuminurie.

6° *Convulsions qui proviennent d'un état morbide des organes génitaux.* — L'auteur rappelle à cette occasion le cas d'un garçon de quatre ans qui fut pris de convulsions par suite de la rétention d'un testicule dans l'anneau inguinal.

7° *Convulsions occasionnées par des maladies du système osseux.* — Parmi celles-là, l'auteur range les convulsions qui proviennent de déformations rachitiques du crâne.

En présence de ce tableau étiologique des convulsions de l'enfance, on peut faire les réflexions suivantes :

Les convulsions dites cérébrales constituent les maladies les plus fréquentes de l'enfance; cependant les affections cérébrales primitives sont très-rares chez les enfants; les accidents convulsifs sont plus souvent la suite de l'extension d'autres maladies aiguës ou chroniques, qui se manifestant symptomatiquement par des mouvements réflexes, produisent finalement des convulsions du moment que le cerveau participe au trouble morbide.

Après les convulsions cérébrales, suivent, dans l'ordre de fréquence, les convulsions par mouvements réflexes qui ont leur point de départ dans le canal intestinal; elles se manifestent ordinairement après une existence longtemps prolongée des maladies abdominales, et sont très-rebelles. Cependant les maladies de l'appareil digestif peuvent s'accompagner aussi d'affections cérébrales secondaires, lesquelles sont en état de faire naître les convulsions cérébrales.

Les convulsions dépendant de la moelle épinière sont les plus rares, surtout dans leur forme pure, car elles apparaissent le plus souvent comme phénomènes successifs des spasmes cérébraux, alors que l'affection du cerveau se propage jusqu'à la moelle épinière. C'est dans une altération morbide du sang qu'il faut chercher la cause la plus fréquente des spasmes tétaniques, quoique ceux-ci puissent naître aussi par suite des circonstances climatériques. (In *Journal f. Kinderkr.*, 1856; et *Journ. des Conn. méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 août 1856. — Présidence de M. Chassaignac.

A l'ouverture de la séance, M. le président annonce qu'à la suite de la séance suivante, il y aura, à quatre heures et demie, un comité secret pour discuter des questions relatives au prix de la Société et à la bibliothèque.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

— M. Morel-Lavallée, répondant au reproche de n'avoir fait que reproduire ce qui avait déjà été dit, établit que Pelletan n'admettait l'épanchement de sérosité qu'à la suite de l'épanchement de sang et comme conséquence de ce dernier, tandis que dans son mémoire, M. Morel a décrit des épanchements primitifs de sérosité.

Dans les symptômes, la différence de doctrine n'est pas moins sensible. Pelletan avait signalé dans une de ses observations ce fait, que la tumeur n'était pas pleine. M. Morel montra que ce symptôme était général, qu'il appartenait à toute une classe de tumeurs, et il en donna l'explication.

En général, lorsqu'un épanchement se forme dans les tissus, le liquide, sortant des vaisseaux rompus, écarte les fibres du tissu cellulaire et se creuse ainsi, à mesure qu'il s'épanche, une cavité qui se trouve nécessairement toujours pleine. Dans les épanchements étudiés par M. Morel, au contraire, la cavité est produite de prime abord par l'action de la cause vulnérante, et ce n'est que plus tard qu'elle reçoit le liquide épanché; de sorte que pendant un certain temps elle doit nécessairement n'être pas remplie.

A l'aide des signes indiqués par M. Morel, il n'est pas possible de méconnaître la nature de la maladie, tandis qu'il résulte de l'observation de Pelletan qu'il n'a pas su à quoi il avait affaire. Il ouvre une tumeur considérable et voit sortir un liquide qu'il prend pour du sang, en quantité si considérable qu'il en est effrayé et croit devoir s'opposer à son écoulement; c'est précisément le contraire qu'il aurait fallu faire, et lorsqu'on connaît la nature de la maladie, il n'est pas permis de tomber dans une semblable erreur.

Pelletan avait très-bien posé les indications du traitement; M. Morel l'a reconnu et a proposé d'ouvrir ces collections par une ponction simple, et de placer une mèche dans la plaie pour favoriser l'écoulement du liquide.

M. Voillemier a comparé les résultats du mode de traitement qu'il propose avec ceux de M. Morel; mais d'après la quantité de liquide écoulé, il est évident qu'il n'a eu affaire qu'à de petites tumeurs, tandis que toutes celles dont a parlé M. Morel avaient des dimensions très-considérables. Cette différence est d'une grande importance pour le résultat du traitement et la durée de la cure.

M. Broca a recueilli depuis la dernière séance deux faits qui se rapportent au sujet en discussion, et qu'il croit utile de rapporter. (*Voir* plus haut ces observations.)

M. Broca pense, comme M. Michon, que la discussion repose surtout sur un malentendu. Les mémoires de MM. Morel et Voillemier ne sont pas sur le même sujet. Dans l'un, il est surtout question d'anatomie pathologique; dans l'autre, il s'agit principalement d'un point de thérapeutique. M. Morel ne nie pas l'existence des épanchements de sang, et M. Voillemier reconnaît qu'il peut s'y mêler beaucoup de liquide séreux. Mais dans ces épanchements, il existe deux espèces assez différentes pour mériter qu'on leur donne des noms différents, comme l'a fait M. Morel; seulement le nom qu'il a donné ne paraît pas entièrement convenable à M. Broca.

Dans une première espèce, il se forme de prime abord un épanchement de sang qui remplit la cavité, et peut plus tard se mêler à de la sérosité. Dans la seconde espèce, la violence, en décollant la peau, produit une cavité dans laquelle il s'épanche immédiatement une quantité de sang trop faible pour la remplir; puis plus tard survient une sécrétion de sérosité qui la remplit; mais le point de départ a toujours été un épanchement de sang.

Il est un autre point de vue sous lequel ces épanchements présentent encore des différences notables. Dans les uns, en effet, le liquide est coagulable peu de temps après avoir été extrait, tandis que dans d'autres cas il ne se coagule pas. Les causes de cette différence ne sont pas encore bien étudiées, et paraissent tenir, dans certains cas, à des différences individuelles dans la plasticité des liquides.

M. Broca a observé dernièrement un de ces épanchements sur un artilleur récemment arrivé de Crimée. Cet homme fut renversé à la bataille de la Tchernaïa; le soir il présentait à la jambe une tumeur qui grossit pendant huit jours et resta ensuite stationnaire. Il passa huit mois sans s'en occuper, pendant ce temps il n'y ressentit aucune douleur. Lorsque M. Broca vit cette tumeur, elle offrait 25 à 28 centimètres de hauteur, sur 15 de largeur; il y reconnut un épanchement séro-sanguin qu'il ponctionna avec un trocart explorateur. Le liquide qui sortit ne se coagula pas; il renfermait une grande quantité de globules sanguins qui presque tous avaient conservé leur forme sans altération. Après avoir vidé la tumeur, on put constater qu'elle reposait sur un fond dur à bords saillants. En faisant glisser la peau sur cette base, on produisait un bruit de frottement analogue à celui qui a été désigné sous le nom de bruit de *cuir neuf.* Les parties indurées étaient formées par une masse fibrineuse provenant du dépôt de la fibrine du sang sur les parois de la poche.

M. Verneuil. Le débat élevé en ce moment renferme une question de mots qui entraîne une confusion dans les idées. M. Broca vient déjà de faire comprendre que le mot d'*épanchement de sérosité* employé par M. Morel-Lavallée n'était pas très-heureux; je veux parler dans le même sens.

Par un de ces vices si déplorables et si communs dans le langage médical, on donne le même nom de *sérosité* à une foule de liquides très-disparates par leur origine, leur nature, leur composition chimique. C'est la *sérosité* qui forme le liquide des diverses ascites, de l'hydrocèle, de l'anasarque, des hydarthroses, de l'hydrocéphale interne et externe, du spina-bifida. L'hygroma est formé par une accumulation de *sérosité*; dans les pleurésies, les péritonites, les arthrites, les fausses membranes nagent dans la *sérosité*; le pus clair et ténu des abcès froids ou symptomatiques est dit mélangé de *sérosité*; c'est encore la *sérosité* qui remplit certains kystes glandulaires du corps thyroïde, de la mamelle, des glandes salivaires, du foie, du rein, du testicule, de l'ovaire, des glandes sudoripares; l'hydropisie de la trompe, de l'utérus dans certains cas, l'hydrophthalmie, l'hydropisie des gaînes tendineuses avec ou sans corps hydatiformes, les kystes vasculaires, les corps hydatiformes des môles placentaires sont remplis par la *sérosité*. On parle de la *sérosité* amniotique, de la *sérosité* qui coule de l'oreille après les fractures du rocher. La lymphe plastique qui s'écoule d'une plaie récente; d'une plaie au contraire en voie de réparation, ou encore d'une fistule; le liquide qui remplit l'ampoule d'un vésicatoire, d'une brûlure au deuxième degré, les vésicules ou les bulles de l'herpès, de l'eczéma, du pemphigus constituent de la *sérosité*, toujours de la *sérosité*.

Il y a là abus intolérable d'un mot qui, ainsi prodigué, cesse d'avoir une signification anatomique ou physiologique précise, pour ne plus traduire qu'une apparence extérieure sans valeur étiologique ou pathologique.

Ce langage vicieux tient à la fâcheuse habitude adoptée en anatomie pathologique, habitude contre laquelle nous luttons sans relâche, et qui consiste à dénommer et à classer les produits d'après un caractère extérieur, sans se préoccuper de leur nature intime, de leurs caractères anatomiques et chimiques.

Tous les fluides dont je viens de faire la longue énumération ont une ressemblance physique grossière avec la *vraie sérosité* telle qu'on l'obtient du sang après la formation du caillot ou avec le liquide exhalé par les membranes séreuses, et c'est sans doute à l'aide de cette ressemblance élémentaire qu'on a dressé la longue liste des sérosités.

Ce n'est pas, par malheur, le seul inconvénient de ces malencontreux rapprochements; du bas de cette similitude équivoque on s'est élevé aux hauteurs d'une théorie générale erronée, qui non-seulement manque de preuves directes, mais que renverse même l'intervention du plus simple bon sens.

Lorsqu'une surface libre fournit, lorsqu'une cavité naturelle ou accidentelle renferme un liquide citrin, translucide, ténu ou visqueux, en un mot, une sérosité, on imagine que la partie liquide du sang se séparant des globules a traversé les membranes organiques pour venir, sans modification, s'épancher ou s'écouler ici ou là, à la manière de l'eau contenue dans une poignée de sable mouillé qu'on jetterait sur un filtre.

Dans un autre cas, à la suite d'une contusion, du sang s'épanche; plus tard on trouve un kyste, et l'on regarde comme fait démontré que les globules ont disparu, on ne sait ni pourquoi ni comment, et que la sérosité du sang épanché, réfractaire, on ignore tout aussi bien comment, à l'absorption, est restée là inerte, elle liquide, pendant que des éléments solides, les globules du sang, étaient résorbés.

C'est en se guidant toujours sur un aspect extérieur très-variable, très-mobile, qu'on a fondé la détestable classification des kystes établie sur le contenu, et qu'on a appelé séreux un kyste qui hier renfermait une gelée épaisse, métamorphosée aujourd'hui en un liquide translucide, et qui demain sera rendu trouble et verdâtre par un mélange de pus; laiteux et opaque par des débris épithéliaux ou des granulations graisseuses, rouge lie de vin, chocolat par suite d'une hémorrhagie brusque ou d'une exhalation sanguine.

Je ne puis en ce moment m'étendre suffisamment pour montrer qu'il y a dans cette hypothèse de l'exhalation isolée de la sérosité du sang plus d'erreurs que de mots; je me contenterai des courtes remarques suivantes :

Pour être en droit de dire que c'est la sérosité du sang qui vient par transudation former toutes les sérosités pathologiques, il faudrait :

1° Que l'analyse chimique en ait été faite avec soin;

2° Que la composition chimique fût toujours la même pour tous les liquides;

3° Qu'elle fût la même que celle du sérum du sang.

Or, quoique nous manquions d'analyses bien faites et en quantité suffisante, nous savons déjà que le liquide céphalo-rachidien, que le contenu des kystes glandulaires sont bien différents de la partie liquide du sang; que les fluides kystiques, entre autres, varient beaucoup dans une même glande lorsque plusieurs acini sont dilatés, comme cela s'observe dans des kystes ovariques multiloculaires; et ainsi du reste.

A la vérité, les liquides épanchés dans les séreuses offrent un caractère qui les rapproche du sérum; c'est la présence d'une grande quantité d'albumine. Mais pour quiconque connaît l'extrême complexité chimique du sang, la présence de ce seul principe immédiat dans un liquide ne suffira pas pour l'assimiler au sérum du sang; sans quoi, il faudrait aussi dire que l'urine des albuminuriques est de la sérosité.

Après avoir bien démontré l'abus du mot, revenons à la discussion. Il est bien évident que si l'on continue les errements passés, il faut au moins que le fluide qu'on appellera sérosité ait les caractères physiques du sérum du sang; sans quoi, on s'expose à appliquer un nom vicieux au double point de vue de l'apparence physique et de la constitution chimique.

Lors donc qu'une collection sera formée par un fluide rouge ou lie de vin, il faudra renoncer à le qualifier de liquide séreux sous peine d'être incompréhensible. La preuve en est dans l'observation de Pelletan, plusieurs fois invoquée dans le début. M. Morel-Lavallée prétend qu'il s'agissait de sérosité colorée par du sang. M. Voillemier pense contrairement qu'on avait affaire à du sang modifié par son séjour au dehors des vaisseaux. Nous avons trouvé sur ce terrain nos deux collègues irréconciliables.

Sans trancher la question radicale, on peut reconnaître que le liquide en litige, n'offrant aucun des caractères physiques de la sérosité, ne peut réellement pas endosser ce nom sans usurpation manifeste. Par là se trouve démontrée la proposition qui ouvre cette note, c'est-à-dire que la confusion des mots entraînait la confusion des idées et perpétuait la dissidence.

Une observation clinique va mieux faire comprendre le vice du langage.

J'étais, il y a deux ou trois ans, à Fontainebleau; un de mes amis, médecin distingué de la ville, me pria de voir avec lui une femme âgée employée au château, et qui avait fait quelques jours auparavant une chute sur la cuisse. Une tumeur sanguine avec ecchymose large et diffuse s'était formée. On avait prescrit le repos, les applications résolutives, afin d'obtenir la résorption du sang.

Au bout d'un temps assez long, cette résolution n'était point obtenue; il existait à la partie externe de la cuisse, depuis le grand trochanter jusque vers le condyle externe du fémur, un décollement de la peau dans une largeur de 12 à 15 centimètres dans le point qui correspond précisément à la partie la plus épaisse de l'aponévrose *fascia lata*. Il n'y avait pas tumeur à proprement parler; mais la cuisse était plus volumineuse que l'autre, et, lorsqu'on portait la main sur la région malade, on sentait une collection liquide sous la peau. Ce liquide était en nappe peu épaisse; il remplissait incomplétement la poche, ou au moins ne la distendait pas et s'y déplaçait facilement. Il en résultait d'une manière très-évidente les signes assignés par M. Morel aux épanchements qu'il a décrits, c'est-à-dire une sensation particulière de poche à moitié vide et de paroi flottante.

Je venais de lire le travail de notre collègue; j'avais observé tout récemment à la Charité un cas d'épanchement sous-cutané que portait à la région lombaire un écuyer du Cirque couché dans les salles de M. Velpeau. Je retrouvais à la partie externe de la cuisse toutes les conditions anatomiques invoquées par M. Morel comme très-favorables à la production de ces tumeurs à physionomie spéciale; de telle sorte que, imbu de ces idées, je crus reconnaître de la manière la plus évidente un épanchement de sérosité entre la peau et l'aponévrose. Mon ami et confrère pensait, au contraire, qu'il s'agissait d'un épanchement de sang non coagulé ou resté liquide et formé à la suite d'une contusion. Il m'objectait l'étiologie du mal, l'ecchymose très-marquée qui colorait presque toute la peau du membre, et il faut convenir que la logique était pour lui.

J'opinai pour l'expectation; mais, comme le mal restait stationnaire, que la malade et l'entourage s'inquiétaient de ce *statu quo*, comme d'ailleurs la peau était très-mince, le liquide abondant et l'inflammation du foyer imminente, un autre avis prévalut, et la poche fut ouverte avec le bistouri à sa partie moyenne.

Je fus un peu désappointé en voyant sortir par l'incision une forte quantité d'un liquide ayant la plus grande ressemblance avec de la lie de vin assez épaissie et foncée en couleur, tenant en suspension bon nombre de flocons d'un blanc sale, irréguliers, friables, analogues à de l'albumine coagulée.

J'en fus quitte pour mes frais de diagnostic raffiné, car je n'essayai point de démontrer à mon ami la nature séreuse de la bouillie floconneuse que nous avions sous les yeux.

M. Verneuil a entendu avec intérêt les observations de M. Broca, car il ne se rappelait pas que M. Voillemier eût établi d'une manière précise l'époque à laquelle il convenait de faire les premières ponctions dans les épanchements sanguins. M. Broca a démontré qu'il y avait quelquefois avantage à vider sur-le-champ les foyers sanguins quand la distension de la poche causait des accidents.

Il reste cependant un peu d'incertitude quand on voit des collections sanguines énormes se résorber spontanément dans un temps très-court. Il se souvient à ce propos d'un fait qui l'a beaucoup frappé. Il assistait, il y a quelques années, à une tentative de réduction d'une ancienne luxation de l'épaule. Les tractions avaient été portées très-loin et répétées plusieurs fois, quand on vit tout à coup apparaître du gonflement sous le lacs axillaire destiné à entraîner la tête en dehors. Ce gonflement s'accroissait à vue d'œil, et en quelques minutes il avait acquis des proportions énormes; il soulevait tout le grand pectoral, et on aurait pu mesurer plus de 10 centimètres entre la peau et la paroi costale. Le malade fut reconduit à son lit.

Fort inquiet du résultat de cet épanchement, dû sans doute à une rupture vasculaire importante, M. Verneuil revint le surlendemain à l'hôpital Saint-Louis; tout avait disparu, il ne restait qu'une vaste ecchymose. Il apprit par les internes du service qu'au bout de vingt-quatre heures à peine le sang épanché s'était résorbé.

En présence d'une disparition aussi rapide, et au contraire de la lenteur avec laquelle ce fluide disparaît quand il s'amasse au niveau de la face interne du tibia, de la fesse, de la région lombaire, de la région externe de la cuisse, M. Verneuil se demande si les rapports du sang avec tel ou tel tissu n'expliquent pas ces différences. On comprendrait une absorption rapide dans les régions abondamment fournies de tissu cellulaire lamelleux, et par contre une absorption presque nulle ou très-tardive quand le sang est confiné entre la face profonde du derme décollé et une surface osseuse ou fibreuse très-dense, et peu favorable à l'endosmose. Cette remarque pourrait peut-être fournir quelques indications à l'opération actuellement en litige.

M. Voillemier. Maintenant que la discussion a surabondamment prouvé qu'il y avait dissemblance complète entre mon travail et celui de M. Morel, je ne répondrai point à ses dernières observations, pour ne pas abuser des instants de la Société, et je m'occuperai seulement des épanchements de sang. M. Verneuil vient de vous citer un fait parfaitement exact, et que j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs fois, c'est la disparition rapide de certains épanchements considérables. Voici à quelle circonstance il faut attribuer cet heureux résultat. Lorsqu'à la suite d'une tentative de réduction d'une luxation, ou après une entorse il se produit un épanchement considérable, c'est qu'un vaisseau a été tiraillé et déchiré; le sang s'infiltre plus ou moins loin dans un tissu cellulaire sain et aussi bien disposé que possible pour opérer la résorption des liquides infiltrés; la partie séreuse du sang est promptement reprise, tandis que la partie solide, le caillot, si vous voulez, disséminé à l'infini, reste déposé dans les tissus pendant un certain temps, et leur donne cette couleur jaune qui a été notée par tous les chirurgiens. Dans les cas de contusion par cause directe, la lésion des vaisseaux est compliquée de déchirure, d'attrition du tissu cellulaire, qui devient ainsi bien moins propre à la résorption des liquides infiltrés et quelquefois épanchés, de manière à former une masse considérable et isolée dans les tissus. Aussi notre collègue a-t-il raison de croire que les ponctions capillaires ne doivent pas être appliquées à tous les cas et à tous les moments; elles ne sauraient convenir quand il n'y a qu'une simple infiltration de sang. Il faut attendre qu'il se forme une poche, qui n'existe pas toujours dès les premiers instants de la contusion. Chez le malade que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société la poche n'existait pas les premiers jours, et j'ai assisté à sa formation, à son développement. C'est, comme je l'ai dit, quand il y a déchirure du tissu cellulaire dans une certaine étendue, et une infiltration de sang autour de cette déchirure; la sérosité filtre peu à peu et vient s'accumuler dans cette sorte de réservoir. C'est ainsi que s'explique comment un praticien n'aura pas trouvé de poche sanguine là où un autre en trouvera quelques jours après. Pour cette raison, il est bon d'attendre quelques jours avant de pratiquer des ponctions, afin que la séparation des principaux éléments du sang s'effectue. On a en outre l'avantage d'agir sur des tissus qui supporteront mieux les ponctions.

A propos des deux faits intéressants qu'il a observés, M. Broca m'a demandé quelles étaient les conditions dans lesquelles le sang retiré des tissus par des ponctions donnait un caillot. J'ai insisté sur ces conditions dans mon travail. Lorsqu'un épanchement est récent et qu'on le vide par une ouverture assez large, le liquide contiendra tous les éléments du sang et donnera un caillot plus ou moins volumineux. A mesure qu'on laissera à la fibrine le temps de se déposer sur les parois de la poche, le caillot sera de moins en moins fort, et après un certain temps il ne sortira plus qu'un liquide plus ou moins coloré par les globules de sang échappés des mailles de la fibrine. Je crois même qu'à une époque éloignée de l'accident, on peut ne plus rencontrer qu'un liquide dépourvu de globules de sang. Une autre circonstance peut se présenter, c'est celle où il y a une contusion profonde, et où la poche a été soumise à une certaine inflammation qui a été soupçonnée par la violence de l'accident, la coloration et le gonflement des parties contuses, la chaleur de la peau, les douleurs éprouvées par les malades. J'ai cru voir que dans ces cas le caillot est remplacé par un dépôt épais, en général très-coloré. Alors on ne rencontre pas dans ce liquide des globules de sang en aussi grand nombre qu'on aurait pu le présumer; la plupart sont notablement altérés. Il n'y a pas de caillot parce que la fibrine a été détruite par la même inflammation qui a altéré les globules du sang. Pourtant le liquide est très-coloré, précisément parce qu'il est chargé de la matière colorante du sang et des globules eux-mêmes qu'il a dissous.

On comprend encore comment le liquide peut varier d'aspect, suivant qu'un vaisseau artériel ou veineux d'un petit calibre aura été ouvert; suivant que sous une influence phlegmasique une exsudation plastique se mêlera au sang épanché; suivant que des vaissoaux lymphatiques auront été divisés en plus ou moins grand nombre.

M. Voillemier répond à M. Boinet. Dans le *Dictionnaire en* 15 *volumes* il est dit qu'on s'est servi, pour ouvrir certains abcès, d'aiguilles *rougies au feu*, d'une aiguille à cataracte pour faire l'ouverture, et ensuite d'une ventouse pour attirer le liquide. Se servir d'une ventouse c'était vouloir empêcher le liquide de sortir par le gonflement et la congestion des tissus que la ventouse produit instantanément. Comme l'a parfaitement indiqué M. Boinet, il est dit dans le 44e volume du *Dictionnaire en* 60 *volumes*, que l'on s'est servi d'épingles pour faire sortir du pus d'abcès froids. Cette indication n'a pas été reprise dans nos autres livres classiques, et ce moyen thérapeutique n'est pas passé dans la pratique. C'est que les épingles donnent une ouverture insuffisante. Pour cette même raison, j'ai abandonné à peu près complétement les aiguilles. Dans les abcès ganglionnaires et quelques autres abcès critiques, il faut se servir d'une tige de trocart un peu plus grosse que pour les épanchements de sang. On n'a plus, comme dans les épanchements, à éviter des dangers sérieux, mais seulement une cicatrice vicieuse. Souvent l'ouverture reste fistuleuse; cela importe peu. On continue l'usage des cataplasmes, et la guérison a également lieu.

M. Voillemier répond à M. Marjolin. Lorsque l'épanchement complique une lésion grave, comme une fracture comminutive siégeant sur une articulation ou la diaphyse d'un os, il y a ordinairement contusion profonde des tissus. Le plus souvent il faut attendre quelques jours, pour les raisons que j'ai données. Cependant il est des exceptions. Supposez, en effet, un épanchement très-considérable avec amincissement et tension de la peau portés au point de faire craindre le sphacèle des parties et une ouverture spontanée, il est évident qu'il y aurait grand avantage à pratiquer de suite des ponctions, qui seraient le seul moyen d'éviter ces graves accidents.

M. Marjolin reconnaît que le traitement proposé par M. Voillemier donne des résultats très-rassurants lorsqu'on l'emploie contre les épanchements sanguins ou séro-sanguins, puisqu'il met à l'abri des accidents que l'on avait à redouter dans les autres méthodes; mais il craint que l'on ne soit tenté d'en trop généraliser l'emploi, et demande s'il n'y aurait pas danger à l'employer contre les épanchements voisins des fractures des articulations ou même de la diaphyse des os longs, contre ceux qui recouvrent des fractures du crâne, ou qui communiquent avec l'intérieur du thorax à travers le foyer d'une fracture de côtes.

M. Boinet dit que les faits dont il a parlé se trouvent dans l'article Ponction du *Dictionnaire en* 60 *volumes*. On y trouve également que Frick (de Hambourg) employait les ponctions à l'aide d'une aiguille dans les cas de bubons et d'hydrocèles.

M. Larrey rappelle la pratique de son père dans les épanchements de sang, pratique qui offrait quelque analogie avec celle de M. Voillemier. Dans les épanchements circonscrits, il faisait une ponction avec la pointe d'une lancette. Lorsque l'épanchement était diffus, il faisait à la surface de grandes scarifications qui amenaient une prompte résorption. Enfin, pour les épanchements superficiels, ou plutôt dans les infiltrations sanguines, il employait de larges ventouses scarifiées.

M. Voillemier connaissait la pratique de Larrey, qui employait la ponction au moyen de la lancette et les scarifications dans le but d'obtenir le dégorgement de la tumeur. Quant aux cas où Frick se servait de l'aiguille, il n'a pas à s'en occuper, puisque ce n'étaient pas des épanchements de sang. Enfin il répond à M. Marjolin que, pour les cas dont il a parlé, on devra apporter la plus grande réserve dans les essais que l'on pourra faire pour leur appliquer la nouvelle méthode.

La discussion est close, et le travail de M. Voillemier renvoyé au comité de publication.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

On verra par le tableau ci-dessous que l'état sanitaire de la ville de Londres s'est notablement amélioré depuis notre dernier bulletin.

Mortalité de la ville de Londres. — Semaine du 23 au 30 août 1856 :

Mortalité générale.		1,081
— occasionnée par la diarrhée. . . .	190	
dont 141 au-dessous d'un an.		
Mortalité par le choléra.	11	
sur lesquels on compte 8 enfants.		
Petite vérole.	8	
Rougeole.	21	
Scarlatine.	31	
Typhus.	27	
Anthrax.	8	

Observations météorologiques. — Hauteur barométrique moyenne, 78,5 centigr.; température moyenne, + 16° centigr.; vents, sud-ouest.

— Le journal anglais *the Lancet* rend compte, dans son dernier numéro, du banquet offert par le corps médical français aux médecins de l'armée d'Orient; il exprime l'espoir qu'un pareil hommage sera rendu par les médecins anglais à ceux de leurs confrères qui ont fait les campagnes de Crimée et de la Baltique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Recherches statistiques sur les causes et les effets de la cécité, par le docteur G. Dumont, médecin en chef de l'hospice impérial des Quinze-Vingts, inspecteur des établissements d'eaux minérales du département de la Seine, chevalier de la Légion d'honneur. Grand in-8°. Prix : 4 fr. — A Paris, chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Gérant,
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 106. — MARDI 9 SEPTEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 106. — MARDI 9 SEPTEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — Emploi thérapeutique du chlorate de potasse. — ASILE D'ALIÉNÉS DE MARSEILLE (M. Aubanel). Assassinats commis par un épileptique ; enquête médico-légale ; ordonnance de non-lieu. — Farcin chronique chez l'homme ; guérison. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 1er septembre. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 8 SEPTEMBRE 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

La physiologie expérimentale montre depuis quelque temps une activité vraiment extraordinaire. Expériences sur les triples fonctions du foie (en attendant qu'on lui en découvre une quatrième et peut-être une cinquième), ligature de l'œsophage, section de la moelle en tous sens, ablation des capsules surrénales, etc., sans parler d'une foule d'autres expériences en cours d'exécution que nous ne connaissons encore que par des confidences ou des indiscrétions, que de sacrifices à l'insatiable curiosité scientifique ! Nous serions loin de nous plaindre de cet accès nouveau de zèle pour la physiologie expérimentale, pour peu que la science y trouvât quelque profit, et nous espérons bien qu'il en sera ainsi. Mais il est bien permis, sans se montrer sensible à l'excès, de se demander si, dans cette masse énorme d'expériences, les résultats sont toujours en proportion des sacrifices, et s'il n'y a pas beaucoup de tortures inutiles. Nous prendrons acte volontiers, à cet égard, de la déclaration peu suspecte d'un expérimentateur (l'un des auteurs dont nous exposons plus loin les expériences), lorsqu'après l'aveu d'avoir immolé inutilement un grand nombre d'animaux, il déclare avoir reculé devant l'idée de pousser plus loin le cours de cruautés stériles. Nous ne demandons que ce scrupule seulement aux autres expérimentateurs.

Quoi qu'il en soit, comme le mal est fait, si mal il y a, profitons du moins des enseignements qui en peuvent ressortir, ne fût-ce que d'une manière négative, en inscrivant les résultats auxquels sont arrivés les auteurs des diverses recherches en question.

Trois mémoires de physiologie expérimentale ont été communiqués à l'Académie dans cette seule séance : l'un, relatif à l'influence de l'oblitération de la veine-porte sur la sécrétion de la bile et sur la fonction glycogénique du foie, par M. Oré (de Bordeaux) ; le second, par M. Gratiolet, sur une question de physiologie tout nouvellement soulevée par les observations pathologiques de MM. Addison, Trousseau, Cazenave, etc., auxquelles nous en joindrons une nouvelle de M. Malherbe (de Nantes) dans le numéro prochain, et par les expériences toutes récentes de M. Brown-Séquard sur les effets de l'ablation des capsules surrénales ; et le troisième, par M. G. Harley, concernant l'action de la strychnine sur la moelle épinière.

Les résultats des expériences de M. Oré, en même temps qu'ils tendent à démontrer que la sécrétion de la bile est indépendante de la circulation de la veine-porte, ce que portaient déjà à faire admettre les observations de M. Gintrac, que nous avons fait connaître récemment, et celle que M. Andral a rappelée à cette occasion ; ces résultats, disons-nous, viennent en outre à l'appui de la théorie glycogénique de M. Bernard, en montrant également que la production de la glycose continue à se faire dans le foie malgré l'oblitération de la veine-porte. Il ne faut pas se dissimuler cependant qu'en fournissant un nouvel argument en apparence très-péremptoire à la théorie de la glycogénie hépatique, les expériences de M. Oré laissent encore une porte ouverte aux objections, soit en ne laissant pas dans l'esprit la preuve certaine que l'oblitération ait été complète et suffisamment prolongée pour justifier les conclusions qu'il en a tirées, soit en ne tenant pas peut-être un compte suffisant des voies anastomotiques et collatérales qui auraient pu jusqu'à un certain point suppléer la circulation interrompue dans la veine-porte.

Les expériences de M. Gratiolet sur les capsules surrénales enlèvent un peu de leur merveilleux à celles de M. Brown-Séquard, sans justifier toutefois pour cela la qualification contre laquelle nous nous sommes élevé. Si, comme M. Gratiolet assure l'avoir constamment vérifié, c'est l'ablation seule de la capsule surrénale droite qui entraîne la mort, celle de la capsule gauche laissant survivre l'animal, sans qu'aucune de ses fonctions principales paraisse notablement troublée, il faudrait évidemment changer le sens des conclusions à tirer de ce genre de mutilation, et reconnaître que c'est dans les accidents de voisinage qu'elle entraîne, et non dans l'ablation de la capsule en elle-même que gît tout le danger de cette opération.

Quant au travail de M. Harley, il contient des faits qui eussent peut-être mérité plus d'attention et plus de développements qu'il ne nous a été possible de leur en accorder dans le compte rendu, à cause de l'extrême abondance des matières. Il n'est pas en effet sans intérêt de savoir comment agit la strychnine sur le système nerveux : si c'est d'une manière spéciale et immédiate, c'est-à-dire par contact direct de cet agent avec la moelle épinière, ou bien d'une manière médiate et par l'intermédiaire du sang, à la manière des agents toxiques. Les expériences de M. Harley tendent à résoudre la question dans ce dernier sens, en montrant que la strychnine mise directement en contact avec la substance nerveuse n'agit en aucune façon comme un poison, et qu'elle agit de la manière toxique la plus violente aussitôt qu'elle arrive dans la moelle épinière par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins.

Nous n'avons rien à dire ici de la communication de M. Gendrin sur l'application de l'auscultation au diagnostic des maladies des organes profonds de l'ouïe, l'ayant insérée textuellement dans notre dernier numéro. C'est là d'ailleurs une question d'expérimentation sur la valeur de laquelle chacun est à même, avec du temps et de l'attention, de se faire une opinion.

Il nous resterait un mot à dire encore sur une grosse question qui intéresse non plus les médecins et les savants seulement, mais tout le monde, et particulièrement, dans le monde, les classes les plus nombreuses ; nous voulons parler de la question de l'usage alimentaire de la viande de cheval, dont M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire s'est depuis longtemps déjà déclaré partisan aussi chaleureux que convaincu. Mais cette question nous échappe par la généralité même de son intérêt. Nous aurions bien encore, de ci, de là, à signaler quelques livres, mémoires ou notes, qui, par leurs titres du moins, rentreraient dans le domaine de nos appréciations, tant la médecine a donné à profusion dans cette séance ; nous sommes réduits à imiter le silence du *Compte rendu*, qui s'est borné à en indiquer l'intitulé. — Dr Brochin.

EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DU CHLORATE DE POTASSE,

principalement dans les affections diphthéritiques.

Nous avons appelé plusieurs fois déjà l'attention de nos lecteurs sur le chlorate de potasse, ce médicament tombé en désuétude et longtemps banni de nos formulaires, après des tentatives assez multipliées cependant, et qui, depuis quelques années, a été réhabilité avec une sorte d'éclat. Les faits cités de toute part en témoignage de ses propriétés thérapeutiques sont trop nombreux aujourd'hui pour laisser du doute sur l'utilité de cette réhabilitation. Il s'agit donc moins maintenant d'apporter de nouvelles preuves de son action que de chercher à déterminer avec le plus de précision possible les cas auxquels il est applicable, ceux où il est le plus utile, ceux où il pourrait être nuisible ; en un mot, de formuler les indications et les contre-indications de son emploi. C'est ce difficile et utile travail que vient d'accomplir, autant que le permettait du moins la somme d'observations recueillies jusqu'ici, M. le docteur Isambert, dans le petit ouvrage que nous avons récemment annoncé sous le titre d'*Etudes chimiques, physiologiques et cliniques sur l'emploi thérapeutique du chlorate de potasse*, etc.

C'est à ce travail de M. Isambert que nous allons emprunter l'appréciation suivante des effets du chlorate de potasse dans les diverses affections où il a été mis en usage.

Bien que nous ayons l'intention de restreindre cette analyse à la partie purement pratique, nous ne pouvons pas cependant nous dispenser de dire un mot des expériences qui ont été faites pour en apprécier les effets physiologiques ; d'autant que la connaissance de ces effets peut être utile en vue des nouvelles tentatives thérapeutiques que l'on pourrait vouloir faire.

Effets physiologiques du chlorate de potasse. — Les expériences de M. Isambert sur l'absorption et l'élimination du chlorate de potasse nous apprennent que cet agent pris à l'intérieur s'absorbe avec une grande rapidité ; il n'est ni fixé, ni décomposé dans les organes, et il s'élimine promptement par la plupart des sécrétions à l'état de *chlorate ;* par conséquent sans se réduire et sans fournir d'oxygène à l'économie. Ses voies principales d'élimination sont l'urine, la salive, les mucosités nasales, buccales, bronchiques, la sueur.

A doses faibles, de 1 à 4 grammes, on n'a constaté aucun effet physiologique appréciable. A doses plus élevées et croissantes, de 8 à 20 grammes par jour, voici les phénomènes physiologiques que M. Isambert a constatés sur lui-même :

Une salivation marquée, d'autant plus abondante que les doses sont plus élevées, devenant incommode deux ou trois heures après et s'accompagnant d'un goût salin dans la bouche, qui persiste à peu près pendant tout le temps de l'élimination.

Une augmentation de l'appétit, devenant excessif dans quelques cas. Point d'effet purgatif, mais coloration verte des selles qui semble indiquer que le chlorate de potasse détermine un léger flux biliaire.

Propriété diurétique assez marquée ; miction fréquente ; urines fortement acides.

Excitation légère de la sécrétion nasale.

Point d'action sensible sur les organes respiratoires ; action également nulle sur le cœur et sur le système nerveux.

Les effets physiologiques du chlorate de potasse sont, en somme, assez insignifiants, ainsi qu'on peut le voir, et d'une parfaite innocuité.

Passons à l'étude de ses effets thérapeutiques.

Gangrène de la bouche. — Hunt dit avoir employé avec succès le chlorate de potasse contre la gangrène de la bouche. Une expérience de vingt années, pendant lesquelles il a employé ce médicament avec le succès le plus invariable (pourvu que l'enfant ne fût pas trop épuisé), ne laisse chez lui aucun doute sur sa valeur spéciale dans cette affection et quelques autres du même genre. Malheureusement, suivant M. Isambert, ses descriptions font douter qu'il ait toujours eu affaire à des gangrènes, et qu'il n'ait pas confondu cette affection avec la stomatite ulcéro-membraneuse, où, en effet, le chlorate de potasse donne les résultats les plus remarquables et les plus constants.

West a traité deux cas de véritable gangrène de la bouche (*noma*) sans aucun résultat. Deux cas de la même affection, suite de fièvre, chez des enfants de douze à treize ans, ont été complétement guéris par le docteur Burrows, de l'hôpital Saint-Barthélemy, sans employer d'autres moyens locaux qu'un collutoire de chlorure de soude, mais avec une bonne diète et l'administration du vin et du chlorate de potasse jusqu'à 10 grains toutes les quatre heures.

En 1853, M. Babington employa le chlorate de potasse dans une épidémie de gangrène de la bouche : quinze enfants furent guéris en quelques jours ; un autre, traité par les altérants et les toniques, n'était pas rétabli avant trois semaines.

Le chlorate de potasse a été administré deux fois à l'hôpital des Enfants de Paris. Dans le premier cas, la stomatite gangréneuse a cédé en deux jours à l'usage de la potion avec le chlorate de potasse, mais l'enfant a succombé quinze jours plus tard à une pneumonie. Dans le second cas, le malade a succombé le quatrième jour de l'invasion de la stomatite gangréneuse, sans soulagement apparent.

Le chlorate de potasse à l'intérieur peut avoir une action utile dans la gangrène de la bouche ; mais des observations nouvelles sont nécessaires pour en bien spécifier les cas et le mode d'action.

Stomatite mercurielle. — Nos lecteurs connaissent déjà les faits de M. Herpin (de Genève), qui a le premier signalé en France l'utilité du chlorate de potasse contre la stomatite mercurielle, ainsi que ceux de MM. Blache, Demarquay et de quelques autres qui ont jusqu'ici paru confirmer les observations de M. Herpin. M. Isambert apporte à l'appui deux nouveaux faits qui sont plei-

nement conformes. Il a noté comme un des premiers signes de l'amélioration produite par le chlorate de potasse, le retour rapide des gencives à la teinte rose normale, bien différente de la teinte livide ou violacée qu'elles présentaient au début de la stomatite mercurielle. Ce changement de couleur de la muqueuse est, suivant lui, l'indice d'une amélioration qui coïncide ordinairement avec la diminution de la douleur, de la tuméfaction des gencives et de la salivation. D'autres faits ont été publiés encore depuis qu'a paru ce travail, et qui ne font qu'en confirmer sous ce rapport les conclusions; nous aurons sans doute l'occasion d'y revenir.

Stomatite ulcéro-membraneuse. — A l'exemple de MM. Rilliet et Barthez, M. Isambert adopte cette expression pour désigner la maladie que l'on a nommée *stomatite couenneuse*, *stomatite ulcéreuse*, *stomatite diphthéritique*, et avec laquelle on a confondu quelquefois à tort la *stomatite gangréneuse* dont il vient d'être question plus haut. On sait déjà que M. Blache a constaté, dans des faits que nous avons rapportés dans le temps, que les enfants atteints de stomatite ulcéro-membraneuse qui étaient traités par le chlorate de potasse guérissaient beaucoup plus sûrement et surtout plus rapidement que ceux qui étaient traités par la cautérisation avec l'acide chlorhydrique fumant ou par le chlorure de chaux. La durée moyenne du traitement a été de cinq à six jours par le chlorate de potasse; tandis que par les autres méthodes, réputées jusque-là les plus actives, elle était de vingt jours. Guérison rapide, sans récidive, mode de traitement d'une administration facile; tandis que par les cautérisations la durée est longue, les récidives fréquentes et l'application douloureuse et difficile: tels sont les avantages que M. Blache a reconnus au chlorate de potasse sur les autres modes de traitement.

Cette première série d'observations favorable au chlorate de potasse a été confirmée par celles de M. Barthez dans les mêmes circonstances, et par celles de M. Bergeron chez les adultes. Nous avons particulièrement appelé l'attention de nos lecteurs sur ces dernières dans notre *Revue clinique* du 9 août dernier: nous n'y reviendrons pas ici. Mais voici ce qui ressort de nouvelles observations recueillies depuis par M. Isambert.

Ces observations sont au nombre de huit. Elles ont pleinement confirmé dans leurs résultats généraux ceux qui ont été constatés par les observateurs que nous venons de nommer. Ainsi que ceux-ci l'avaient constaté, M. Isambert a vu dans presque tous les cas le chlorate imprimer une modification rapide à l'état de la muqueuse buccale.

« Dès le second jour, et même quelquefois dès la fin du premier, dit-il, la muqueuse perd sa coloration violacée pour prendre une couleur rose de bonne nature. Le bord déchiqueté de la fausse membrane se régularise, la tuméfaction des parties diminue; bientôt la fausse membrane se détache sur les bords, et du troisième au cinquième jour elle tombe, quelquefois définitivement, quelquefois pour être remplacée par une autre d'un diamètre plus petit. L'ulcération diminue en même temps que la fausse membrane, son excavation disparaît; sa surface revient sur le même niveau que le reste de la muqueuse. Souvent l'ulcération guérit en même temps que la fausse membrane tombe; d'autres fois elle reste encore excoriée pendant quelques jours, mais guérit rapidement; enfin d'autres fois elle reste absolument stationnaire, et le chlorate de potasse paraît tout à fait sans action sur elle. La muqueuse présente alors en ce point une surface dénudée de son épiderme, tantôt légèrement excavée, tantôt au contraire légèrement boursouflée et tomenteuse. »

La durée moyenne du traitement dans ces huit cas a été de trois à cinq jours pour amener la chute des fausses membranes, et de cinq à dix jours pour amener la guérison.

Voici maintenant quelques-unes des particularités qu'ont présentées plusieurs de ces observations:

Deux d'entre elles ont offert un exemple de récidive, et démontré par là l'utilité de prolonger quelque temps l'usage du médicament après la chute de la fausse membrane; deux autres observations ont fourni une nouvelle preuve de l'exactitude de la remarque déjà faite par M. Bergeron relativement à l'impuissance du chlorate de potasse contre la pyorrhée alvéolo-dentaire qui complique quelquefois la stomatite ulcéreuse. On voit enfin, dans l'un de ces faits, l'inutilité des cautérisations au début.

Dans les faits recueillis par M. Isambert, le chlorate de potasse a été administré à la dose de 2 à 4 grammes, tandis que dans celles de M. Barthez la dose a été de 0,50 à 0,60 seulement. Malgré cette différence, les résultats ont été les mêmes de part et d'autre.

Aphthes. — Bien que les aphthes constituent généralement une affection très-simple et très-bénigne, qui guérit le plus souvent d'elle-même ou par le traitement le plus simple, il est quelques cas cependant où les ulcérations aphtheuses confluentes deviennent très-douloureuses, gênent l'alimentation, et s'accompagnent d'un état général plus ou moins sérieux, et sont très-longues à guérir. Dans un cas de cette nature, M. Isambert a obtenu un excellent résultat de l'emploi du chlorate de potasse. Au troisième jour du traitement, la maladie était déjà presque guérie. Les enduits blancs ont disparu, et les ulcérations ont perdu leur profondeur très-rapidement; mais la cicatrisation complète des excoriations s'est fait attendre dix à douze jours.

Muguet. — Le chlorate de potasse a été essayé par M. Legroux dans plusieurs cas de muguet déclarés épidémiquement dans son service de nourrices à l'Hôtel-Dieu. Il n'a produit aucun résultat favorable.

Angine couenneuse. — Ici la gravité de l'affection, mais plus encore que cette gravité si grande dans certains cas, les degrés très-divers qu'elle présente sous ce rapport, depuis la forme la moins sérieuse, et qui guérit souvent, jusqu'à l'angine maligne, dont la terminaison est presque constamment fatale, rendaient l'expérimentation extrêmement difficile et obligeaient à une grande réserve dans l'appréciation des résultats.

Pour expérimenter un médicament nouveau dans une maladie de cette nature, il y avait deux manières de procéder: l'essayer dans des cas très-graves concurremment avec d'autres moyens dont malheureusement l'impuissance est trop souvent reconnue, ou choisir des cas très-simples, employer le médicament autant que possible à l'exclusion de tous les autres moyens; et en cas de succès l'essayer dans des conditions de plus en plus graves. Ces deux modes d'expérimentation ont été suivis.

En voici les résultats:

Dans quatre cas d'angine couenneuse bénigne, ou du moins relativement bénigne (car deux de ces quatre cas peuvent seuls passer réellement pour bénins, n'ayant consisté qu'en une inflammation avec plaques pseudo-membraneuses assez circonscrites, sans engorgement ganglionnaire et avec fièvre modérée; les deux autres, au contraire, ayant présenté l'engorgement ganglionnaire et une fièvre assez vive, pouvaient déjà être placés sur la limite des cas graves), le chlorate de potasse a été employé seul. La guérison a eu lieu avec une grande rapidité. La sédation du pouls et la cessation de la fièvre se sont produites constamment; la modification de la muqueuse, son retour à la couleur rose normale, la chute des fausses membranes se sont présentées comme dans la stomatite couenneuse.

Dans deux cas de gravité moyenne, avec engorgement ganglionnaire cervical (signe ordinaire des cas graves), et où la cautérisation avait été employée une fois au début, mais sans modifier l'état des parties, le chlorate de potasse a paru avoir une influence manifeste sur l'issue heureuse de la maladie.

Dans deux autres cas également graves, les cautérisations répétées ont été mises en usage concurremment avec le chlorate de potasse. Les deux petits malades ont guéri, et on a remarqué que la guérison n'avait pas marché plus vite que dans les cas ou le chlorate avait été seul employé. Chez un de ces sujets même, non-seulement, suivant M. Isambert, la cautérisation n'a pas hâté la guérison, mais outre qu'elle masquait l'action locale du chlorate, elle a semblé contrarier son action générale. On voit pour la première fois chez ce malade, parmi la série des guérisons, le pouls s'élever au lieu de s'abaisser, et l'état général s'aggraver un moment.

Enfin, dans une dernière observation d'angine couenneuse grave autant par l'intensité des symptômes du début qu'à cause des maladies qui en avaient précédé l'invasion, nous voyons le chlorate de potasse réussir sans autre adjuvant que le quinquina indiqué par l'état général du petit malade.

Nous ne pouvons résister à transcrire ici cette observation, qui est certainement l'une des plus remarquables et des plus probantes en faveur de la médication en question.

La voici:

Obs. — *Hémiplégie congénitale; scarlatine; pneumonie droite; angine couenneuse.*

Gombert (Justin), âgé de cinq ans, entre le 7 décembre 1855 au n° 4 de la salle Saint-Jean (hôpital des Enfants Malades). Cet enfant, atteint d'une hémiplégie congénitale, a eu, il y a six semaines, un abcès des fosses nasales, qui a été ouvert dans le service de M. Guersant. Il a été chloroformisé à cette occasion, et à la suite il a eu un accès de délire assez violent. Quinze jours après (il y a un mois), il a eu la scarlatine; il a langui depuis ce temps, et aujourd'hui il entre dans le service de M. Blache avec une pneumonie droite. Le pouls est à 120, la langue est d'un jaune sale; du côté droit de la poitrine, on constate de la matité et du souffle. — Gomme sucrée; potion stibiée, 10 centigrammes; vésicatoire.

Le 9, râle crépitant de retour; plus de souffle. — Potion avec poudre d'opium, 0,50; tartre stibié, 0,02.

Le 10, le mieux se continue. — Même traitement.

Du 10 au 24, l'enfant va mieux; il prend seulement une potion expectorante.

Le 25, fièvre intense; pouls, 120; engorgement ganglionnaire cervical; la gorge est tellement remplie de mucosités épaisses, qu'on ne peut voir s'il y a des fausses membranes. — Potion vomitive.

Le 26, *angine couenneuse* confirmée: plaques pseudo-membraneuses grandes comme une pièce de 50 centimes sur les deux amygdales; fétidité extrême de l'haleine; engorgement ganglionnaire cervical des deux côtés, mais plus prononcé à droite; pouls, 124. — Gomme sucrée; potion avec chlorate de potasse, 4 grammes; café et extrait de quinquina, 19 grammes; pas de cautérisation; deux portions de lait.

Le 27, pouls, 108; moins de chaleur; état général meilleur; engorgement ganglionnaire diminué; cou moins douloureux; l'haleine est toujours fétide; fausse membrane épaisse sur toute la luette et la partie voisine du voile du palais; celles des amygdales commencent à se détacher. — Même traitement.

Le soir, état meilleur; l'enfant lui-même dit qu'il se trouve mieux; la fausse membrane se détache par lambeaux, l'engorgement ganglionnaire diminue encore; pouls, 108-112; pas de toux; rien à l'auscultation, pas de diarrhée.

Le 28, pouls, 108; pas de chaleur à la peau; l'engorgement ganglionnaire a presque disparu à gauche, il a diminué à droite. La muqueuse du palais a pris une bonne teinte rose, la fausse membrane se détache; celle de la luette se dépouille de la base vers la pointe, comme un doigt de gant qui se retournerait sur lui-même. — Même traitement.

Le 29, état général bon; pouls, 100; la luette est toujours revêtue de fausses membranes; les fausses membranes des amygdales ont disparu, l'engorgement ganglionnaire est indolent. — Même traitement.

Le 30, plus de fausses membranes que sur la luette, qui elle-même en est presque nettoyée; engorgement ganglionnaire presque disparu. — Chlorate de potasse, 3 grammes; café, quinquina.

Le 31, plus de fièvre; plus d'engorgement ganglionnaire, plus de fausses membranes; encore un peu de rougeur. — Même traitement.

Les 1er, 2, 3 janvier, le mieux se soutient; on cesse le chlorate.

Exeat le 13 janvier 1856.

Voilà pour la série des succès.

A côté de ces résultats heureux, il importe de signaler aussi les cas d'insuccès.

Ceux-ci sont au nombre de quatre. Dans le premier, la multiplicité des lésions organiques, la succession de plusieurs maladies graves, un état général profondément débilité ont amené la mort de l'enfant. Du reste, l'angine et le coryza couenneux avaient été favorablement modifiés.

Le deuxième fait était un type de l'angine couenneuse maligne. La mort est survenue comme par une intoxication. Il n'y a eu ni suffocation ni accidents laryngés. La trachéotomie eût été tout à fait impuissante.

Les deux autres observations, terminées par la mort, sont relatives toutes deux à une angine couenneuse compliquant une fièvre typhoïde.

Enfin, dans deux autres cas d'angine maligne très-grave, avec engorgement ganglionnaire énorme dès le début, le chlorate de potasse n'a pas eu le temps d'agir sur les jeunes malades; la mort est survenue dix ou douze heures après qu'on avait commencé à l'administrer.

Il ressort de ces faits que le chlorate de potasse n'est pas un médicament héroïque qui guérisse à coup sûr l'angine maligne. Son action plutôt locale que générale, bien que l'état général s'améliore ordinairement en même temps local, et le temps nécessaire pour que son action se manifeste (vingt-quatre heures, et plus souvent deux ou trois jours, bien qu'il apparaisse au bout de quelques minutes dans la salive), devront le faire nécessairement échouer dans les cas malins très-graves, où il faudrait une médication d'une action en quelque sorte instantanée autant qu'énergique. Mais son utilité dans les cas de moyenne intensité semble incontestablement démontrée par son succès, par son action sur la muqueuse pharyngienne, identique avec celle qui a été notée dans la stomatite couenneuse.

De nouvelles expériences seraient nécessaires pour voir si dans les cas graves on obtiendrait des résultats plus favorables en élevant les doses, ce qui, d'après les expériences physiologiques rappelées plus haut, n'aurait aucun inconvénient.

Quant à la question d'association du chlorate de potasse avec d'autres médications, qui reste encore à résoudre, elle trouve également dans ces faits quelques données dont il importera de tenir compte. Ainsi plusieurs des observations citées portent à croire que la cautérisation, par exemple, n'accélère en rien l'action du médicament, et qu'elle semble même plutôt la contrarier. De simples collutoires astringents, ou même de simples injections détersives ont paru préférables aux caustiques. Les toniques à l'intérieur, le quinquina notamment, ont paru avoir une action adjuvante favorable. Enfin la cautérisation s'est montrée utile après la chute des fausses membranes, alors que le chlorate de potasse perd souvent son action.

Il nous reste, pour compléter cette revue des effets du chlorate de potasse dans les affections diphthéritiques, à faire connaître les résultats qu'on en a obtenus dans la plus grave et la plus rebelle de toutes, dans le croup. Les développements dans lesquels nous avons à entrer à ce sujet nous obligent à faire de cette dernière partie de notre travail l'objet d'un deuxième article.

ASILE D'ALIÉNÉS DE MARSEILLE. — M. AUBANEL.

Assassinats commis par un épileptique. — Enquête médico-légale. — Ordonnance de non-lieu.

Historique de l'affaire. — Le 6 juillet 1853, vers dix heures du matin, un double meurtre est commis dans une campagne du quartier de Lascous (commune de Roquevaire, arrondissement de Marseille), sur la femme Marie Lan, veuve Long, âgée de soixante-dix ans, et le jeune Joseph Pascal Long, son petit-fils, âgé de dix-sept ans. On trouva la femme Lan gisant sans vie dans sa maison d'habitation. Le crâne est entièrement fracturé; et la substance cérébrale sort à travers les plaies de la tête. Le jeune homme est trouvé à 200 mètres environ de la maison; il rendait les derniers soupirs, et il présentait plusieurs blessures: une très-grave dans l'abdomen, résultant d'un coup de couteau; plusieurs autres à la tête et sur la poitrine, produites par un instrument contondant.

Voici ce qu'apprend l'instruction de l'affaire, relativement à la perpétration du crime et à l'individu qui est accusé d'avoir commis ce double meurtre.

Le nommé Maurin, âgé de vingt-trois ans, habite avec sa famille dans une campagne située à un quart de lieue environ de celle où le double assassinat a été consommé. On a toujours remarqué en lui de l'irascibilité, peu de soumission à son père, une grande disposition à suivre ses caprices, et quelquefois des mouvements de violence non motivés. Il est épileptique depuis son jeune âge, et M. Armieux, médecin à Roquevaire, l'a traité pour cette maladie. Il est peu intelligent, sans éducation et très-superstitieux, comme le sont la plupart des paysans de ce hameau; il croit à la sorcellerie, et depuis quelque

temps, peut-être depuis peu de jours avant l'événement, il s'est imaginé que la femme Lan et le jeune Long ont jeté un sort sur lui. Il ne fréquente pas leur maison; il ne les connaît que comme voisins, et il n'a jamais eu avec eux le moindre rapport ni la plus petite discussion. Le jeune Long ayant reçu une certaine instruction primaire, passait souvent son temps à lire des livres de piété et à copier divers passages de ces livres. Maurin, qui connaît par ouï-dire les habitudes de ce jeune homme, conçoit la pensée que les livres dont il se sert peuvent être mauvais, susceptibles de lui donner une puissance surnaturelle, la faculté, par exemple, d'agir sur lui et d'occasionner les maux dont il est affligé. Le dimanche, 3 juillet, quelqu'un lui ayant parlé par hasard de la mauvaise santé de ce jeune homme, il répond : « *Oui, il lit de mauvais livres, et il mourra.* »

Plusieurs jours avant l'événement, on remarque chez Maurin une préoccupation incessanie, quelque chose de plus sombre que d'habitude. Le dimanche, il va se baigner à l'Huvéanne (petite rivière); et il est pris, au milieu de l'eau, de vertiges et même de mouvements convulsifs. Dans la nuit du dimanche au lundi, dans la journée du lundi et pendant la nuit suivante, sa famille le voyant de plus en plus malade et sa raison paraissant altérée, fait appeler le médecin, qui lui pratique, le mardi 5 juillet, une saignée, et qui fait aux parents la recommandation suivante :

« Je crains que Maurin ne devienne entièrement fou; il faut le laisser seul dans sa chambre, en retirer les lits de ses frères, et ne le faire travailler dans les champs que le matin et le soir, jamais pendant les fortes chaleurs et au milieu de la journée. »

Les parents se conforment à cet avis, et dès le lendemain, on met en pratique la dernière recommandation du médecin. En effet, le mercredi 6 juillet on le mène dans les champs de bonne heure, et jusqu'à huit heures on l'occupe à moissonner, de concert avec son père, sa mère et ses frères. On lui conseille ensuite d'aller déjeuner et de se reposer dans son lit jusque vers le soir. Il rentre chez lui, où il trouve une de ses sœurs; il mange deux oranges, il s'assied sur une chaise pour dormir, puis il monte dans sa chambre pour se coucher, sa sœur lui ayant fait observer qu'il se trouverait beaucoup mieux dans son lit que sur une chaise. Celle-ci quitte la maison vers neuf heures, après s'être assurée que Maurin dort d'un bon sommeil. Vers dix heures du matin on le voit marcher à travers les champs, et s'avancer par le chemin le plus court dans la direction de la bastide (maison d'habitation de la campagne) de la femme Lan, désignée sous le sobriquet de *Lartus*. Sur sa route, il échange plusieurs paroles avec divers paysans occupés à moissonner. A l'un d'eux, il dit : *Eh bien, ça coupe?* A l'autre : *Le blé est-il mûr?* Il répond à un troisième, qui lui demande comment il est de sa maladie : *Oh! je suis bien à présent.* Personne ne remarque en lui un air d'égarement; on le trouve seulement plus pâle que d'habitude.

Peu d'instants après, on entend des cris d'alarme du côté de la bastide de Lartus; on se porte précipitamment de ce côté. Le jeune Long sort de la maison la chemise et les vêtements remplis de sang, et se traîne péniblement vers les champs, où il s'assied sur une rive à deux cents pas de l'habitation. Il dit à quelqu'un qui arrive près de lui que l'on vient d'assassiner sa grand'mère. Au même instant on voit sortir Maurin de la maison; il a l'air furieux; sa chemise est ensanglantée; il est armé d'une pioche, et il s'écrie, en cherchant les traces du jeune Long : *Pascal Long m'a emmasqué* (ensorcelé), *il faut que je le tue!* L'apercevant aussitôt, il s'élance sur lui, le renverse d'un premier coup de pioche qui l'atteint à la tête, et lui assène encore deux ou trois autres coups sur la tête et sur la poitrine. Soit par peur, soit par suite de la promptitude des mouvements de l'inculpé, personne ne peut empêcher ce dernier meurtre; l'assassin, dans son état de fureur, ne prête pas même attention aux cris d'un paysan qui l'implore de ne faire aucun mal à ce pauvre jeune homme.

Après avoir erré dans la campagne pendant plusieurs heures, et avoir, dans le plus grand désordre, parcouru plusieurs villages en tenant les propos les plus incohérents, Maurin est arrêté, garrotté et conduit en prison. Au moment où on s'empare de lui, il est dans un grand état d'excitation; il se débat, et donne un soufflet au brigadier de la gendarmerie.

Dirigé le lendemain sur Marseille, pour être mis à la disposition du procureur impérial, il montre, en arrivant auprès de M. le juge d'instruction, la plus grande insensibilité; ses réponses dénotent peu de lucidité, et sa physionomie présente une expression idiote.

C'est sur ces entrefaites que je fus commis par le parquet pour procéder à l'examen de l'état mental du prisonnier.

Examen direct de l'inculpé. — Maurin est un homme de taille moyenne; il est blond, d'un tempérament nervoso-sanguin. Ses yeux sont enfoncés dans les orbites, ses pommettes sont saillantes. Sa physionomie ne décèle pas l'intelligence; sa démarche est lourde, peu assurée; il porte souvent la main sur les objets environnants pour prendre un point d'appui et pour pouvoir se soutenir sur ses jambes.

Depuis qu'il est en prison, on a remarqué en lui une grande irritabilité. Il a menacé à propos de rien; il s'est battu; il a frappé souvent contre la porte, le matin de bonne heure, demandant à sortir de sa cellule. On l'a toujours trouvé le matin plus égaré, plus irritable et plus étourdi que dans le restant de la journée; le soir, il paraît plus intelligent et plus calme. Il mange peu, est taciturne, et ne communique presque pas avec les autres prisonniers, quoiqu'il soit dans la même cour. Il a été pris de plusieurs attaques d'épilepsie; mais ce qu'il présente fréquemment, et à des moments indéterminés, ce sont des vertiges, qui tout à coup suspendent en lui la pensée et la faculté de parler; qui déterminent une grande pâleur, et qui le forcent à s'appuyer contre un mur ou à s'asseoir pour éviter une chute. Ces vertiges sont instantanés; ils disparaissent presque aussitôt, mais ils laissent beaucoup de torpeur dans l'intelligence lorsqu'ils se répètent fréquemment.

Dans ma première visite, le 14 juillet, je trouve son intelligence bien engourdie. Ses réponses sont lentes, embarrassées, peu lucides; il regarde de côté et d'autre avec étonnement, avec stupeur; il répond le plus souvent par monosyllabes; il ne donne que des renseignements incomplets sur le double crime dont il est accusé; il dit souvent qu'il ne se souvient de rien. En le mettant sur la voie, il semble faire des efforts pour rappeler ses souvenirs, et il énonce quelques faits relatifs à l'événement; mais ces faits, dans sa mémoire, sont vagues, incertains, sans précision.

Plusieurs autres visites ayant eu lieu, je l'ai trouvé quelquefois plus intelligent, plus précis, plus capable de répondre à mes demandes, plus lucide dans l'appréciation des circonstances diverses qui ont marqué la perpétration du crime. D'autres fois, je lui ai vu la même stupeur que j'avais remarquée le premier jour, et j'ai retrouvé dans ses idées la plus grande confusion. J'ai dû multiplier mes visites pour bien étudier cette différence de situation survenant par intervalles dans son intelligence.

Par suite de ces visites, en prenant soin chaque fois de noter les particularités observées dans le cours des interrogatoires auxquels je soumettais l'inculpé, et en ramenant souvent l'entretien sur les mêmes particularités, je suis parvenu à lui faire préciser plusieurs circonstances de l'événement et à obtenir de lui les renseignements que voici :

Il est épileptique depuis un grand nombre d'années. On l'a conduit une fois à Marseille chez un médecin qui avait la réputation de guérir cette affection. Ses attaques sont assez fréquentes; elles viennent plus souvent la nuit que le jour, mais il ne sait pas combien il peut en avoir dans le courant d'un mois, ni leur degré de violence. Il ne se souvient de rien après l'attaque; il sait quelquefois qu'il en a eu pendant la nuit par le dire de sa mère ou par la trace que l'écume de sa bouche laisse sur le coussin de son lit. Sa tête est presque toujours excessivement lourde; il y sent un *bouillonnement* continuel, un bruit remarquable; le sang le tourmente, dit-il. Il lui arrive souvent d'avoir des vertiges, des bourdonnements, des éblouissements, et de ne plus savoir tout à coup ce qu'il fait. Le mal commence fréquemment par une crampe dans le bras droit, crampe qui remonte vers la tête et qui détermine soit un vertige, soit une véritable attaque d'épilepsie. Il prévient souvent l'attaque, ou il la rend plus légère en prenant soin, au moment où la crampe commence, de s'asseoir ou de se lever, de secouer son bras, de marcher et de s'agiter en divers sens.

Il croit à la sorcellerie; il y croit, parce que bien d'autres partagent cette croyance. La maladie le tourmente beaucoup, et il est surtout tourmenté depuis quelque temps par une céphalalgie opiniâtre qui ne le quitte presque point, et par une foule de souffrances qui le rendent très-maladif. Les nuits se passent souvent sans sommeil; il ne se sent pas toujours la force de travailler comme ses frères; on l'accuse de paresse, mais il sait bien, lui, que c'est la maladie qui l'empêche de travailler. En pensant souvent à ses maux, il a fini par s'imaginer que quelqu'un a pu l'ensorceler et jeter un sort sur lui; mais il n'a accusé personne de cela avant le dimanche 3 juillet, où on lui a parlé des habitudes du jeune Long. Ce sont des filles du quartier qui lui ont dit, le matin, que ce jeune homme lisait habituellement de mauvais livres. Cette circonstance l'a frappé; il en fut préoccupé toute la journée. Le soir, il se sent plus malade que d'ordinaire; il se couche, mais la nuit il est agité; il éprouve des hallucinations terribles; il se croit tantôt dans l'enfer, tantôt au bord de grands précipices; il aperçoit des objets hideux qui l'effrayent et l'épouvantent; on le bat, on le fait souffrir; le jeune Long et sa grand'mère lui apparaissent à tout instant, tantôt sur le sol, tantôt suspendus dans les airs ou au plafond de la chambre; ils lui font des menaces. Le jeune homme lui dit qu'avec ses livres il peut exercer sur lui un plein pouvoir, le transformer en diable ou en dieu, lui faire voir Dieu lui-même, le paradis ou l'enfer, le guérir de ses maux ou le rendre plus malade; qu'il peut disposer de lui, en un mot, pour toutes choses, avec la puissance de ses livres.

Dans les journées du lundi et du mardi, il éprouve de nouvelles souffrances; il lui semble que sa tête n'est pas à lui; mais il souffre davantage pendant la nuit, et, dès qu'il est couché, il voit revenir toutes les visions, toutes les apparitions terribles de la nuit du dimanche. La saignée ne le calme pas; les tisanes et les bains de pieds que sa mère lui fait prendre ne produisent également aucun bien.

Dans la matinée de mercredi, le 6 juillet, il ne se sent pas trop malade; il va travailler, ainsi que nous l'avons dit plus haut, avec ses parents. De retour chez lui, il se couche, puis il s'éveille, tourmenté par les mêmes souffrances, et avec l'idée d'aller prier le jeune Long de faire cesser ses maux et de lui enlever son *ensorcellement*. Il n'avait pas le projet, dit-il, de le tuer ce jour-là, mais il avait l'idée de le faire un autre jour, s'il ne consentait pas à mettre fin à ses tourments. Arrivé à la campagne de Lartus, il trouve ce jeune homme sur la porte; il lui adresse quelques mots; mais tout de suite ce dernier, en le voyant, se met à crier : *Au secours! il vient me tuer!* et il le repousse avec la main pour l'empêcher d'entrer. Maurin ne sait pas comment l'idée du meurtre lui est alors venue; il croit s'être battu avec Long; il ignore si le couteau dont il s'est servi était à lui, ou s'il était dans la maison; il se souvient d'avoir aperçu une pioche à côté de la porte, et de s'en être armé pour frapper la femme Lan, qui, avec une chaise à la main, venait au secours de son petit-fils. Il ne sait pas s'il a tué la femme avant le jeune homme; tous les détails de la perpétration du meurtre sont très-confus dans sa tête; il n'a pas oublié seulement qu'après avoir frappé à coup redoublés le jeune Long, gisant à quelque distance de la maison, il a jeté la pioche à terre, et qu'il est parti, en courant, pour Roquevaire et les villages voisins, où il a été arrêté.

Considérations médico-légales. — L'épilepsie est incontestable chez Maurin; elle a été observée par un médecin, et elle est de notoriété publique dans le quartier qu'il habite. Les vertiges sont très-fréquents dans le jour, et les attaques s'observent fort souvent pendant la nuit. L'épilepsie une fois admise, il y a lieu à se demander tout de suite, en l'absence même d'autres faits relatifs à l'état mental, si le crime dont Maurin est accusé n'a point été commis sous l'influence d'un désordre intellectuel. C'est une affection essentiellement nerveuse que l'épilepsie; elle présente avec la folie, surtout sous la forme de vertiges, la liaison la plus intime; elle la précède souvent, et vient quelquefois la compliquer.

L'altération la plus commune que subit l'intelligence chez les épileptiques est celle qui consiste en cet affaiblissement graduel que l'on appelle démence; mais avant de tomber dans cet état d'abolition acquise des facultés, que de fois n'a-t-on pas observé chez ces mêmes malades des accès de manie survenant d'une manière intermittente, se montrant presque toujours à la suite d'une série d'attaques très-rapprochées, ne durant que quelques jours, et ayant surtout pour caractère d'offrir un état de fureur d'une violence excessive! Cette fureur a été signalée par tous les auteurs. « Elle est dangereuse, dit Esquirol; elle est aveugle et en quelque sorte automatique; rien ne peut la dompter, ni l'appareil de la force ni l'ascendant moral. » Les épileptiques en proie à des accès de cette nature sont considérés dans les asiles comme des aliénés très-dangereux.

L'accès de manie, chez les épileptiques, présente encore un caractère psychique qu'il ne faut pas omettre : les hallucinations sont très-nombreuses, très-variées, très-intenses; le malade voit des objets lumineux, des fantômes ou des animaux immondes; il entend des bruits; il sent des odeurs; il s'imagine qu'on le frappe, et qu'on lui fait souffrir d'horribles souffrances.

Ce délire maniaque, précédé quelquefois par une sorte de stupidité, laisse ordinairement après lui de la stupeur, de la confusion dans les idées, et un oubli des actes principaux qui l'ont caractérisé. Le malade a la conscience d'avoir été délirant, violent même, mais il ne peut raconter avec suite les phases de son délire.

Eh bien, d'après ce que nous savons sur Maurin, pouvons-nous douter qu'il ne soit pas survenu chez lui un dérangement intellectuel? D'abord l'intelligence de l'inculpé est obtuse, mais ensuite la maladie a évidemment réagi sur elle. L'irritabilité de son caractère tient à la même cause; il est colère, peu docile, capricieux et violent; la complication de la folie est en outre des plus manifestes. Cette crainte tourmentait depuis quelque temps ses parents; on voyait son moral se troubler de plus en plus; on lui donnait des bains de pieds, on consultait des médecins, on le saignait la veille du jour où l'événement devait avoir lieu, et, sur l'avis d'un homme de l'art, on avait pris la précaution de le faire coucher seul dans sa chambre pour ne pas exposer ses frères à des actes de violence. Du reste, ne raconte-t-il pas lui-même, malgré son peu de lucidité, les troubles survenus dans son intelligence? Il a eu des hallucinations, il a vu les flammes de l'enfer, on l'a roué de coups; la femme Lan et le jeune Long lui sont apparus, lui ont parlé et l'ont tourmenté de diverses manières.

Toutes les circonstances relatives au double assassinat constituent un ensemble de preuves qui ne permet pas de douter de l'existence d'un état maniaque au moment de la perpétration du meurtre et pendant les heures qui ont suivi l'événement. On ne simule pas un accès si caractéristique, et tous ceux qui ont vu l'inculpé dans le même moment n'ont pu hésiter un instant à le considérer comme privé entièrement de sa raison. Un criminel qui aurait voulu mettre ce double assassinat sur le compte d'une dispute ou d'un cas de légitime défense n'aurait pas parlé de sorcellerie; il ne se serait pas conduit d'une manière si extravagante, et n'aurait pas montré de la violence au moment de son arrestation.

Du reste, voici quelles ont été les conclusions du long rapport que j'adressai à M. le juge d'instruction de Marseille; je les ai posées avec la plus intime conviction, comme solution aux questions qui ont été soumises à mon examen par ce magistrat :

1° L'inculpé Maurin est épileptique depuis un grand nombre d'années. Il est sujet surtout aux vertiges épileptiques, dont l'action est plus puissante que l'épilepsie proprement dite pour produire un état de folie.

2° L'intelligence de ce jeune homme est naturellement peu développée; elle s'est altérée de plus en plus sous l'influence des accès d'épilepsie.

3° La superstition, la croyance à la sorcellerie, jointe à la prédisposition à la folie que présentait ce jeune homme par suite de son affection nerveuse, ont dû contribuer à troubler sa raison déjà chancelante.

4° Le trouble intellectuel existait déjà à un certain degré pendant les trois ou quatre derniers jours qui ont précédé l'événement.

5° Un accès de fureur épileptique a éclaté sur le seuil de la porte de Lartus, et c'est sous l'influence de ce délire survenu instantanément que ce double meurtre a été commis. La préméditation, non exclusive de la folie dans bien des cas, n'est pas même prouvée dans cette perpétration de meurtre.

6° L'inculpé ne jouissait pas en ce moment de son libre arbitre, et il n'avait aucune conscience de la criminalité de l'action à laquelle il se livrait.

7° Des accès de fureur de cette nature pourront éclater par la suite soit spontanément, soit consécutivement à des attaques d'épilepsie : de là la nécessité, en rendant l'inculpé irresponsable de ses actions, de le considérer comme un aliéné dangereux, et de l'enfermer pour la vie dans un asile public.

8° Les folies qui viennent compliquer l'épilepsie ne présentent aucune chance de guérison; le moral s'aggrave ordinairement de plus en plus, et une sorte d'abrutissement constitue souvent le dernier terme de la maladie.

Une ordonnance de non-lieu ayant été rendue à la suite de ce rapport, Maurin a été placé à l'asile public d'aliénés de Marseille le 24 août 1853.

Son état mental, loin de s'aggraver, comme il y avait lieu de le craindre, a éprouvé une certaine amélioration par suite des soins qui lui ont été donnés. Il n'y a plus chez lui (août 1856) cette sorte de stupeur observée pendant son séjour dans la prison, ni cette tendance vers la démence que j'avais signalée.

L'intelligence est plus active et plus nette, les idées sont habituellement plus lucides, mais la mémoire des circonstances qui ont suivi la perpétration du meurtre reste toujours effacée; l'épilepsie persiste, les attaques conservent la même physionomie, et deux ou trois accès de manie sont survenus depuis son admission.

L'irritabilité de son caractère se montre toujours à un haut degré; on le voit se quereller fréquemment avec les autres aliénés, et il m'arrive quelquefois d'être obligé de l'isoler pendant le jour pour l'empêcher de se livrer à des voies de fait. On l'utilise ordinairement à divers travaux, mais il couche dans une cellule, et il est surveillé avec soin.

FARCIN CHRONIQUE CHEZ L'HOMME. GUÉRISON.

Par M. Cazin.

Bien que l'observation de M. Cazin ait été reproduite ou analysée par plusieurs journaux de médecine, aucun, que nous sachions, ne s'est avisé d'examiner si elle mérite réellement le titre qui lui a été donné par son auteur. Après l'avoir lue avec toute l'attention dont nous sommes capables, nous croyons que l'homme qui en est le sujet a été atteint non de farcin chronique, mais de diathèse purulente. On en jugera d'après le résumé suivant :

Un loueur de voitures, âgé de trente-huit ans, de tempérament lymphatico-sanguin, se fit, le 3 décembre 1854, une petite écorchure au pouce de la main gauche, en débouchant l'égout d'une écurie où se trouvaient des chevaux morveux qu'il soignait lui-même depuis quelque temps.

Dès le 5 au matin, il éprouva des frissons suivis de chaleur et de fièvre ; en même temps le pouce blessé devint douloureux, s'enflamma, se tuméfia, prit une teinte rouge brun qui s'étendit bientôt le long des vaisseaux radiaux, jusqu'au tiers inférieur de l'avant-bras.

Le 7, une tumeur se forma à l'avant-bras ; elle disparut spontanément le lendemain.

Le 9, gonflement du pied gauche, suivi de la formation d'un abcès qui est ouvert le 13 et laisse un ulcère qui s'étend en profondeur et en largeur. A la fin du mois, un autre abcès est ouvert à la partie inférieure de la jambe droite.

Le 17 janvier 1855, M. Cazin, appelé auprès du malade, constate les symptômes suivants : amaigrissement considérable : face cachectique, infiltrée ; teint plombé, yeux ternes ; pouls faible à 78, non fébrile ; peau sèche, aride, rarement chaude ; langue épaisse, couverte d'un enduit blanchâtre ; inappétence, constipation ; point de soif ; sommeil pénible ; accablement moral, découragement, etc. Sur le dos du pied gauche se trouve un ulcère profond, induré, à bords renversés, donnant une suppuration sanieuse à odeur infecte.

Le traitement consista dans des soins de propreté, aidés d'un régime analeptique et réparateur ; dans l'administration de pilules composées d'aloès, de sulfate de quinine et d'extrait de jusquiame ; dans une solution d'iodure de potassium, remplacée plus tard par l'huile de foie de morue, et enfin dans l'usage de l'extrait d'aconit à l'intérieur. L'ulcère fut pansé avec l'onguent mercuriel, et on fit des frictions sur le pied avec ce même onguent, puis on toucha quelquefois la plaie avec la teinture d'iode.

Sous l'influence de ces divers moyens, l'état général s'améliora d'abord, puis l'ulcère prit un meilleur aspect. Enfin la guérison eut lieu au mois de novembre 1855 ; elle fut retardée par quelques accidents, et notamment par un nouvel abcès dans le mollet gauche.

La guérison datait de cinq mois au moment où M. Cazin a publié son observation.

Il n'est pas nécessaire de reprendre une à une toutes les circonstances de ce fait pour montrer qu'elles peuvent se rapporter aussi bien à la maladie qu'on a appelée diathèse purulente qu'au farcin chronique. Pour ce qui est de la cause, il n'est pas prouvé qu'elle ait eu rien de spécifique ; le malade s'est inoculé une matière putride dont l'insertion a été suivie d'angioleucite et d'abcès multiples. En bonne règle, il aurait dû être atteint, non de farcin chronique, mais de morve ou de farcin aigu ; ce qui n'a pas eu lieu.

Les symptômes observés se rapportent, je l'ai dit, à la diathèse purulente. Quant à la terminaison, elle prouve encore mieux qu'il ne s'agissait pas d'un cas de farcin, car nous ne savons pas s'il existe un seul cas authentique de guérison de cette maladie. Le traitement prescrit, quelque bien entendu et bien dirigé qu'il ait été, ne prouve pas davantage que M. Cazin ait eu affaire à un véritable cas de farcin. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er septembre 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Usage alimentaire de la viande de cheval. — M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire présente à l'Académie un ouvrage qu'il vient de publier, et qui a pour titre : *Lettres sur les substances alimentaires, et particulièrement sur la viande de cheval.* M. Geoffroy Saint-Hilaire, en présentant cet ouvrage, expose de vive voix quelques-unes des vues principales qui y sont développées relativement à la viande de cheval. Elles se résument en ces trois propositions :

La viande de cheval est saine ; elle est bonne ; elle est assez abondante pour prendre place très-utilement dans l'alimentation du peuple.

Nous reviendrons plus tard sur ce sujet.

Application de l'auscultation à la diagnose des lésions des parties profondes de l'oreille. — M. Gendrin présente sous ce titre une note que nous avons publiée dans le numéro précédent.

Influence de l'oblitération de la veine-porte sur la sécrétion de la bile et sur la fonciton glycogénique du foie. — M. Oré adresse sous ce titre un mémoire dans lequel il rapporte une série d'expériences faites dans le but d'étudier l'influence de l'oblitération de la veine-porte sur la sécrétion de la bile. Ces expériences ont été entreprises, d'après le désir de M. Gintrac (de Bordeaux), à propos d'une observation recueillie dans le service de ce médecin, et qui semblait infirmer la théorie physiologique qui considère la veine-porte comme fournissant au foie les matériaux de la sécrétion biliaire.

Dans deux premières séries d'expériences, la veine-porte est liée ou oblitérée par différents procédés, et l'on constate que malgré cette oblitération la vésicule est constamment pleine de bile et les matières contenues dans l'intestin colorées par ce liquide.

Dans une troisième série d'expériences, l'auteur a recherché à la fois l'influence de l'oblitération de la veine-porte sur la sécrétion biliaire et sur la fonction glycogénique du foie. Les quatre expériences de cette série lui ont paru confirmer d'une manière péremptoire la théorie de la formation du sucre dans le foie établie par M. Cl. Bernard.

Ce physiologiste, dit l'auteur, a vu que le sucre disparaît dans le foie quand l'organe devient malade. Ce fait trouve sa confirmation dans l'une des expériences de la troisième série, où le foie, offrant des abcès dans un de ces lobes, ne contenait pas de sucre dans ce point, et en contenait, au contraire, beaucoup dans les parties restées saines.

Dans une autre expérience de la même série, le foie offrait des abcès dans toute son étendue ; il ne contenait pas du tout de sucre : n'est-ce pas là une nouvelle confirmation de ce qui a été dit plus haut?

Enfin, dans la dernière expérience, il a été trouvé beaucoup de sucre dans le foie, bien que la veine-porte fût oblitérée, et que les substances résultant de la transformation des matières alimentaires, c'est-à-dire albuminose et glycose, ne pénétrassent plus dans cet organe. Cette dernière expérience montre évidemment que le foie n'est pas un réservoir de sucre qui lui viendrait de l'alimentation.

L'auteur résume son mémoire par les conclusions suivantes :

1° La sécrétion de la bile ayant continué malgré l'oblitération partielle ou complète du tronc de la veine-porte, j'en conclus que ce n'est pas le sang de cette veine qui fournit les matériaux de cette sécrétion. C'est donc aux dépens du sang de l'artère hépatique que le foie sécrète ce liquide. La sécrétion biliaire, comme toutes les autres, se fait donc aux dépens du sang artériel. J'ai établi dans mon mémoire pourquoi les oblitérations de l'artère hépatique ne peuvent pas servir à juger la question, et comment ces oblitérations ne peuvent infirmer en rien la conclusion que je viens d'énoncer.

2° La sécrétion du sucre par le foie n'ayant pas été altérée par suite de l'oblitération de la veine, n'est-il pas évident que la production de la matière sucrée est, comme l'a établi M. Claude Bernard, une sécrétion propre du foie, et complétement indépendante de l'alimentation.

3° Les matières, albuminose et glycose, résultant de la digestion des matières féculentes et albuminoïdes, ne pouvant plus traverser le foie, ne sont cependant pas perdues pour l'organisme à cause de cette circulation anastomotique qui s'établit entre la veine mésaraïque supérieure et la veine-cave inférieure.

4° Enfin, et c'est avec la plus grande réserve que j'émets cette dernière conclusion, le sang artériel ne peut-il pas jouer un certain rôle dans la formation du sucre hépatique, comme dans celle de la bile? (Commissaires : MM. Andral, Rayer, Cl. Bernard.)

M. Andral, à la suite de cette lecture, a cité un fait qu'il a observé dans sa pratique médicale et qui offre des résultats parfaitement concordants avec ceux qu'a obtenus M. Oré dans les expériences rapportées ci-dessus. Un malade, chez lequel des signes extérieurs faisaient soupçonner une oblitération de la veine-porte (oblitération qui existait en effet et de la manière la plus complète, ainsi que le prouva l'autopsie), non-seulement ne présentait point les symptômes qui indiquent une suspension de la sécrétion biliaire, mais encore fournissait la preuve que la fonction glycogénique persistait, car il était diabétique.

Effets de l'ablation des capsules surrénales. — M. P. Gratiolet communique une note sur les effets qui suivent l'ablation des capsules surrénales.

Les expériences de M. Gratiolet, entreprises dans le but de vérifier une hypothèse qu'il croit inutile d'exposer en ce moment, ont été faites dans le cours de l'hiver 1853-54, et sur des cochons d'Inde exclusivement. Le mode d'expérimentation était le suivant :

On rasait avec soin les poils de l'animal. Cela fait, une incision longitudinale était pratiquée sur les côtés de la région lombaire de l'abdomen, en arrière des fausses côtes, dans l'étendue de 2 centimètres et demi. La capsule surrénale mise à découvert était en partie déchirée avec une pince, puis râclée en entier avec une petite spatule d'ivoire. On fit des animaux soumis aux expériences trois catégories : les premiers furent opérés du côté gauche seulement, les seconds des deux côtés à la fois, les troisièmes du côté droit seulement.

Voici en quels termes M. Gratiolet expose les résultats de ses expériences :

I. *Animaux opérés du côté gauche.* — Chez les uns, la capsule fut détruite en totalité ; chez les autres, on en ménagea une petite partie. Il n'y eut au moment où l'on agissait sur la capsule aucun signe de sensibilité extraordinaire ; il n'y eut aucune trace de convulsions. Après l'opération, les viscères furent remis en place, et les bords de la plaie de l'abdomen furent réunis par une suture. Deux minutes après, les animaux mangeaient. Cinq jours plus tard, la plaie extérieure était complétement cicatrisée. Je conservai ces animaux deux mois et demi environ. Ils étaient d'une extrême vivacité, et rien ne pouvait faire soupçonner qu'ils eussent été soumis à une opération si grave. Je voulus enlever alors la deuxième capsule, c'est-à-dire la capsule droite. Ils moururent tous le surlendemain avec des signes évidents d'hépatite et de péritonite. L'autopsie, faite avec un soin tout particulier, démontra qu'il ne restait chez les uns aucune trace de la capsule gauche ; chez les autres, le petit fragment de capsule qu'on avait ménagé s'était arrondi et parfaitement cicatrisé.

Je conclus de ces expériences :

1° Que, par elle-même, l'ablation d'une capsule surrénale sur les cochons d'Inde n'entraîne point la mort ;

2° Qu'elle ne détermine point des convulsions nécessaires ;

3° Que les capsules surrénales blessées se cicatrisent et guérissent ;

4° Qu'après l'ablation de la capsule droite, les animaux meurent.

II. *Animaux opérés des deux côtés à la fois.* — Tous sont morts dans les quarante-huit heures qui ont suivi l'opération, avec des signes d'hépatite et de péritonite.

III. *Animaux opérés de la capsule droite seulement.* — Tous sont morts dans le même laps de temps avec les mêmes lésions.

Ces faits présentés, passons maintenant à leur discussion.

1. La mort qui suit l'ablation de la capsule surrénale droite tient-elle, en fait, à la soustraction de cette capsule en tant que capsule surrénale? Non évidemment, puisque dans nos expériences l'ablation de la capsule gauche n'a point eu sur la santé des individus opérés une influence notable. Elle tient donc à certaines conditions particulières à la capsule surrénale droite. Je crois trouver ces conditions dans les relations anatomiques de cette capsule cachée sous la racine du foie, et située si près de la veine-cave inférieure qu'elle lui est pour ainsi dire accolée. Or ces relations rendent une opération quelconque sur ce point aussi dangereuse qu'elle est difficile, et, dans tous les cas, la mort a été suffisamment expliquée par l'hépatite et la péritonite qui se sont développées. J'ai répété plusieurs fois cette cruelle expérience, et toujours avec le même résultat.

2. Si la mort est inévitable après l'ablation de la capsule droite, elle l'est *à fortiori* après l'ablation des deux capsules. Ainsi cette expérience n'ajoute rien aux autres, et l'on n'en peut rien conclure ; elle ne sera significative, du moins, que dans le cas inespéré où l'on aura pu obtenir la guérison d'animaux opérés d'abord de la capsule surrénale droite. Malheureusement tous les essais que j'ai faits dans ce sens ont été suivis d'un résultat fatal. (Commissaires : MM. Flourens, Rayer et Cl. Bernard.)

Action de la strychnine sur la moelle épinière. — M. G. Harley adresse un mémoire dans lequel il expose le résultat de ses recherches concernant l'action de la strychnine sur la moelle épinière.

Dans une première partie de son mémoire, l'auteur rapporte plusieurs expériences qui le conduisent à énoncer en manière de conclusions les propositions suivantes :

« Nous voyons d'abord que la strychnine, mise directement en contact avec la substance nerveuse, n'agit en aucune façon comme un poison. Nous remarquons ensuite qu'elle agit de la manière toxique la plus violente aussitôt qu'elle arrive dans la moelle épinière par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins. Dans ces deux cas, le procédé mécanique qui permet le contact est toujours le même ; c'est par diosmose qu'il a lieu. Nous nous voyons donc forcé d'admettre que la strychnine agit chimiquement sur le sang, et qu'alors, ou bien elle prend ellemême les propriétés toxiques que nous lui connaissons, ou bien qu'elle en communique de semblables au sang. »

Dans une deuxième partie de son mémoire, l'auteur rend compte d'expériences qu'il a faites l'année passée relativement à une des actions chimiques que la strychnine, ainsi que d'autres alcaloïdes, exercent sur le sang. Le défaut d'espace nous oblige à nous borner à la simple indication de cette portion du mémoire. (Commissaires : MM. Flourens, Cl. Bernard.)

— M. Netter soumet au jugement de l'Académie un travail intitulé *Théorie de la fièvre typhoïde dothinentérique et du typhus.*

Ce travail, trop étendu pour être reproduit textuellement, et dont une analyse ou des extraits ne donneraient qu'une idée fort incomplète, est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Andral et Rayer.

— M. Doin adresse de Bourges une note sur le choléra-morbus asiatique destinée, comme son précédent mémoire sur le même sujet, au concours pour le prix du legs Bréant.

— M. Cohendoz présente pour le même concours une note sur la composition d'un remède qu'il a depuis plusieurs années employé avec succès contre le choléra-morbus.

Ces deux pièces sont renvoyées à l'examen de la section de médecine, constituée en commission spéciale du concours pour le prix du legs Bréant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La prochaine séance de la Société médicale du 12e arrondissement aura lieu demain mercredi 10, à huit heures du soir, à la mairie, place du Panthéon.

Ordre du jour. — 1° Continuation de la discussion sur les maladies mentales ;

2° Réduction des dimensions exagérées du pavillon de l'oreille par une opération chirurgicale, par M. Anastasi Guido ;

3° Observation de fracture de l'épitrochlée, par M. Ratti, docteur en médecine de la Faculté de Gênes ;

4° Etat actuel de la jurisprudence sur les faits de communication de la syphilis par les nourrissons à leurs nourrices, par M. Guérin, avocat à la cour d'appel ;

5° Communications diverses.

Les membres des autres sociétés médicales sont invités aux séances, qui ont lieu le deuxième mercredi de chaque mois.

— On lit dans la *Presse médicale belge* :

Nous apprenons que l'association des médecins de la province de Liége, en exécution d'une décision prise en assemblée générale, vient d'envoyer une circulaire aux les pharmaciens de leur arrondissement, à l'occasion des graves abus qui se sont glissés dans l'exercice de cette profession. Beaucoup de pharmaciens, en effet, délivrent des médicaments sans prescription, et, après avoir examiné les malades, instituent même des traitements complets, traitements toujours imprudents et souvent pernicieux.

Nous pourrions, à ce sujet, citer des exemples terribles où la vie a été compromise par les conseils de certains pharmaciens. Les lois médicales sont cependant précises à cet égard ; elles établissent clairement la séparation des diverses branches de l'art de guérir. Nous espérons que l'exemple donné par nos confrères de la province de Liége sera suivi par ceux des autres provinces, et qu'on parviendra à faire cesser un état de choses qui compromet les intérêts de l'humanité et la dignité du corps médical.

— D'après une statistique récemment publiée, il existe dans la monarchie autrichienne 6,398 médecins (soit un médecin pour 5,434 habitants), et 6,148 chirurgiens ; 18,788 sages-femmes et 2,951 pharmaciens. Le nombre des hôpitaux publics s'élève à 684 ; leur capacité totale est suffisante pour 58,533 malades.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 107. — JEUDI 11 SEPTEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 107. — JEUDI 11 SEPTEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 SEPTEMBRE 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

Un rapport de M. Pâtissier sur une communication de notre confrère M. le docteur Sales-Girons, relative à une heureuse innovation dans l'administration des eaux minérales sulfureuses, l'administration par inhalations; deux lectures, l'une de M. H. Buignet, sur un nouveau procédé de dosage de l'acide carbonique dans les eaux minérales; la seconde, de M. Broca, sur le traitement abortif du bubon vénérien suppuré; et une présentation de M. le docteur Poinsot relative à la découverte d'un second conduit pancréatique chez le bœuf : tel est le contingent de cette séance.

Il ne nous a pas été possible de prendre une connaissance du travail de M. Buignet suffisante pour nous permettre une appréciation qui échappe d'ailleurs en grande partie à notre compétence. Nous attendrons qu'il ait été publié, pour juger s'il nous offrira matière à quelques réflexions utiles.

Le travail de M. Broca offre un intérêt pratique évident. Par une étude attentive de la marche ordinaire des bubons vénériens, qui présente deux phases ou périodes distinctes : l'une dans laquelle les ganglions lymphatiques inguinaux sont seuls enflammés, l'autre où l'inflammation se propageant aux parties environnantes, donne lieu à tous les accidents inhérents au bubon qui a été livré à lui-même, M. Broca a été conduit à reconnaître l'insuffisance de la plupart des moyens de traitement usuels pour prévenir ou combattre ces accidents. Il s'est demandé, avec raison, s'il ne serait pas préférable de prévenir le développement de l'abcès ganglionnaire, qui en est l'origine et le point de départ, en attaquant le bubon à sa première période, c'est-à-dire quand il est encore à l'état de ganglionite simple, et en évacuant le pus avant qu'il ait eu le temps de franchir les limites du ganglion. C'est cette indication qu'il a cherché à réaliser par le procédé dont on trouvera la description détaillée dans le compte rendu, et qui consiste, en résumé, à ponctionner prématurément les ganglions enflammés et à répéter ces ponctions pour chacun d'eux autant de fois que l'exige leur évacuation complète. Les résultats que M. Broca a obtenus par l'application de cette méthode parlent évidemment en sa faveur. Cependant, avant de nous prononcer définitivement sur ses avantages, nous voudrions la voir expérimenter comparativement avec une méthode dont nous avons été à même dans le temps d'apprécier les excellents effets, et que nous sommes surpris de ne pas voir mettre plus souvent en pratique; nous voulons parler de la ponction des bubons à l'état de crudité avec un stylet rougi à blanc. Si les souvenirs qui nous restent des résultats que nous avons constatés il y a déjà longtemps sont exacts, cette méthode, que M. Broca ne paraît pas connaître, à en juger par le silence qu'il a gardé à son égard dans la partie historique de son travail, atteindrait aussi sûrement au moins le but qu'il s'est proposé, et justifierait peut-être mieux le titre de méthode abortive.

La présentation de M. le docteur Poinsot a une haute portée physiologique. On se rappelle qu'il y a quelque temps M. Colin communiquait à l'Académie des expériences qui paraissaient infirmer celles sur lesquelles M. Cl. Bernard a fondé la théorie des fonctions physiologiques du suc pancréatique. M. Colin ayant lié le canal pancréatique, et voyant que les graisses continuaient à être émulsionnées, en concluait que le suc pancréatique n'avait pas pour fonction, comme l'enseigne M. Cl. Bernard, d'émulsionner les graisses. M. Poinsot, en prouvant l'existence de plusieurs conduits pancréatiques chez les animaux qui ont servi à ces expériences, réduit naturellement à néant l'objection qu'on en avait tirée. On trouvera dans la note de M. Poinsot des détails intéressants sur cette importante question de physiologie. — Dr Brochin.

EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DU CHLORATE DE POTASSE,

principalement dans les affections diphthéritiques (1).

Nous avons vu, dans le précédent article, quels avaient été les heureux résultats des tentatives faites avec le chlorate de potasse dans les angines couenneuses. L'analogie qui avait guidé ces essais devait conduire encore à expérimenter le même agent dans le croup. C'est ce qui a eu lieu. Il nous reste à dire quels ont été les résultats de cette nouvelle série de tentatives dans une affection aussi grave et aussi rebelle jusqu'ici aux efforts de la thérapeutique. C'est encore à M. Blache que nous devons les quelques faits encourageants que nous allons faire connaître.

Croup. — La première occasion qui s'est présentée à M. Blache d'expérimenter le chlorate de potasse dans le croup a été extrêmement remarquable dans ses résultats. Trois enfants, trois frères, sont amenés à l'hôpital, tous trois atteints de croup.

Chez l'un d'eux, le premier atteint, l'affection était à un degré tellement intense et avancé qu'on dut procéder immédiatement à la trachéotomie. L'opération est pratiquée à neuf heures et demie du matin; l'enfant n'ayant éprouvé aucun soulagement, et l'asphyxie continuant ses progrès, la mort survient six heures après. L'affection, moins ancienne et un peu moins intense chez les deux autres, ayant permis de différer l'opération, on les met à l'usage du chlorate de potasse. Bien que jusque-là, sous l'influence des vomitifs répétés, il n'y eût aucun amendement, vingt-quatre heures après l'administration du chlorate de potasse, la maladie présenta chez les deux enfants une amélioration notable, qui se soutint si bien que dès le jour suivant on put considérer la guérison comme assurée. Elle eut lieu, en effet, chez tous deux.

L'histoire de ces trois enfants est trop intéressante et importe trop au point de vue que nous nous proposons de faire ressortir, l'heureuse modification imprimée par le chlorate de potasse à la marche du croup, pour que nous ne la rapportions pas avec quelques détails. Nous n'avons pas besoin de rappeler que nous empruntons cette relation, ainsi que tout ce qui a précédé, à l'excellente monographie de M. Isambert.

Obs. — *Croup survenant en même temps chez trois frères; trachéotomie avec insuccès chez l'un; guérison des deux autres par le chlorate de potasse sans opération.* — Le 16 juin 1855, les trois frères Faert sont amenés à l'hôpital des Enfants; tout trois sont atteints de croup.

Le 11 juin ils étaient tous en bonne santé.

Le lendemain 12 au matin, l'un d'eux a été pris de suffocation; le 13, l'aîné était pris, et le 15, le plus jeune l'était à son tour. (Les parents ont déjà perdu il y a huit ans, par le croup, un enfant âgé de deux ans.)

Voici l'observation séparée de chacun des trois frères :

Obs. I. — Faert (Alphonse), âgé de cinq ans et demi, pris de toux et de suffocation le mardi 12 juin au matin, a pris sans succès un vomitif le mercredi 13; la voix s'est éteinte le 14 au matin.

Le vendredi 15, on lui a donné un nouveau vomitif; il a bien vomi, mais il n'a été nullement soulagé, et maintenant la suffocation est au maximum.

Le 16 au matin, à son entrée à l'hôpital, la toux est cassée, éteinte; la voix *idem*; l'inspiration est faible, et ne se fait qu'avec un sifflement très-sourd; les amygdales sont plaquées de fausses membranes; pouls, 140; vingt-huit inspirations; respiration abdominale avec violents efforts du diaphragme; sonorité thoracique à la percussion, et absence de bruit respiratoire à l'auscultation; un peu de cyanose des extrémités.

On procède à neuf heures et demie du matin à la trachéotomie; l'opération se passe bien, l'enfant perd peu de sang, et rend immédiatement une fausse membrane par la plaie. La respiration revient avec de gros râles ronflants; cependant l'enfant n'éprouve pas pendant les heures suivantes ce soulagement marqué qui suit ordinairement l'opération; l'asphyxie continue ses progrès, et la mort survient à trois heures et demie du soir.

A l'autopsie, on trouve le pharynx rempli de fausses membranes épaisses, qui se prolongent dans le larynx, dans la trachée et les bronches jusqu'à des ramifications très-éloignées; les ventricules du larynx sont comblés, et les cordes vocales complétement effacées par l'exsudation plastique. Pas de pneumonie; les deux poumons présentent un emphysème sous-pleural et interlobulaire très-marquée.

Obs. II. — Faert (Victor), âgé de neuf ans, a été pris le 13 juin, le lendemain du précédent, de toux et d'une grande gêne respiratoire. Dès le début, la voix a été un peu éteinte.

Le 15, on l'a fait vomir, et il s'en est mieux trouvé que son frère; cependant les accès de suffocation ont persisté.

Le 16, à son arrivée à l'hôpital, les amygdales sont plaquées de fausses membranes, mais moins abondantes que chez le précédent; la voix et la toux sont fêlées, mais moins abolies que chez le précédent; le thorax est sonore à la percussion, et le murmure respiratoire ne s'entend pas; pouls, 108; l'inspiration est sifflante, mais la suffocation est moins prononcée que chez son frère. Il est d'ailleurs plus âgé, plus fort; on croit pouvoir surseoir à l'opération, l'interne de garde étant d'ailleurs prévenu et prêt à opérer à la première alerte. On lui prescrit une potion avec 4 grammes de chlorate de potasse.

Le soir, l'état est à peu près le même; toutefois l'opération n'est pas urgente.

Le 17, le pouls est tombé à 88, la peau est moins chaude, l'anxiété est moindre, l'état général plus satisfaisant; il y a encore du sifflement croupal dans l'inspiration, mais moins de suffocation; la respiration revient. Les amygdales sont encore couvertes de fausses membranes. — Poudre d'ipéca, 1 gramme en quatre prises; potion avec chlorate de potasse, 6 grammes.

Le soir, pouls, 72; plus de chaleur à la peau; la respiration est tranquille; il y a encore deux fausses membranes sur l'amygdale droite; l'autre est débarrassée, toutes deux sont encore gonflées; le pharynx est rouge; la voix est encore cassée et la toux fêlée; la respiration vésiculaire s'entend bien.

Le 18, encore un point pseudo-membraneux sur l'amygdale droite; plus de fièvre, plus de suffocation; la voix est revenue, quoique encore un peu fêlée; la respiration vésiculaire s'entend bien. — Chlorate de potasse, 4 grammes.

Emmené par son père dans la journée du 18.

Obs. III. — Faert (Charles), âgé de deux ans et demi, était encore bien portant le 14, alors que ses deux frères étaient déjà malades.

Le 15, il est pris à son tour de toux et de suffocation; la voix s'éteint. On le fait vomir, mais il n'y a pas d'amélioration marquée.

Le 16 au matin, à son arrivée à l'hôpital, encore un peu de respiration; sonorité thoracique, sifflement dans l'inspiration; fausses membranes sur les amygdales et la luette; voix éteinte; pas beaucoup de fièvre. — Comme pour le précédent, on surseoit à l'opération, et l'on prescrit une potion vomitive avec l'ipéca, et une potion avec chlorate de potasse, 4 grammes.

Le soir, il a peu vomi; il y a encore du sifflement dans l'inspiration et beaucoup d'oppression.

Le 17, mieux sensible, beaucoup plus de calme dans la respiration; très-peu de sifflement dans l'inspiration; toux grasse; pouls à 108. — Chlorate de potasse, 4 grammes.

Le 18, la luette et les amygdales sont encore recouvertes de fausses membranes, mais moins adhérentes; pas de suffocation; encore un peu de sifflement croupal; la voix revient un peu. — Chlorate de potasse, 4 grammes.

Dans la journée, ses parents l'emmènent avec son frère, malgré tous les efforts que l'on fait pour leur faire comprendre le danger qu'ils vont leur faire courir en les emmenant à un moment où leur guérison est encore peu avancée. On leur fait emporter une potion de chlorate de potasse pour chacun. Malgré l'imprudence de leurs parents et le peu de soins qu'ils trouvèrent à la maison paternelle, les deux enfants guérirent complétement, et dans les premiers jours de juillet ils étaient très-bien portants. Le plus petit fut pris, peu de temps après, d'une rougeole compliquée de pneumonie, et mourut. Quant à l'aîné, il était très-bien portant le 25 juillet.

Ce fait est certainement très-digne d'attention. La communauté d'origine des trois maladies, la similitude dans la marche des symptômes, et leur gravité, ainsi que le fait remarquer avec raison M. Isambert, étaient assez de nature à faire croire que les deux derniers frères partageraient le sort du premier. Chez tous les trois, les vomitifs avaient échoué, et, bien qu'on les eût répétés le jour de leur entrée à l'hôpital, le soir il n'y avait pas de mieux marqué, et ce n'est que le lendemain matin, vingt-quatre heures après l'administration du chlorate, que la maladie présente une amélioration notable, qui se soutient, et permet d'espérer le surlendemain une guérison définitive.

Ces deux cas étaient de nature à encourager des essais ultérieurs. Plus tard, en effet, deux autres enfants furent traités avec le même succès par le même moyen. En voici l'histoire succincte :

Obs. IV. — *Croup guéri par le chlorate de potasse, sans opération.*

Violette (Hippolyte-Adolphe), âgé de trois ans et demi, entre le 7 août 1855 à l'hôpital des Enfants. L'enfant tousse depuis quatre jours. Il a pris un vomitif il y a deux jours; la voix et la toux se sont progressivement éteintes, la suffocation est survenue la veille.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

On observe des fausses membranes sur les deux amygdales; peu de sonorité des deux côtés du thorax, la respiration s'entend encore des deux côtés; toux et voix fêlées, déchirées; pouls, 120, d'un volume moyen; la suffocation n'est pas menaçante. — Potion avec chlorate de potasse, 4 grammes.

Le 8, les deux amygdales sont tuméfiées et plaquées de fausses membranes; pas de tuméfaction de la région sous-maxillaire ni de la région cervicale; pouls, 128; pas de suffocation; toux et voix éteintes. — Chlorate de potasse, 4 grammes.

Le 9, pouls, 112, régulier, d'un bon volume; état général meilleur; la voix est moins éteinte; les amygdales se débarrassent de leurs fausses membranes, celle de droite ne présente déjà plus qu'un petit point pseudo-membraneux, celle de gauche en conserve davantage. — Même traitement.

Le 10, pouls, 96; bonne respiration; plus rien à l'arrière-gorge ni sur les amygdales; la voix revient. — Même traitement.

Le 12, plus de fièvre; très-bon état; la voix est presque revenue. — Chlorate de potasse, 1 gramme seulement.

Le 13, même traitement.

Le 14, pouls, 108; l'enfant est languissant; il y a un peu d'engorgement des ganglions sous-maxillaires; il tousse, et l'auscultation fait entendre quelques râles ronflants. — On suspend le chlorate; tisane de gomme, potion gommeuse.

Le 16 août, *exeat;* guérison complète.

Ce cas était moins grave sans doute que celui des frères Faert; cependant les symptômes étaient assez nets pour ne laisser aucun doute sur la nature de la maladie.

Le cas suivant présente beaucoup d'analogie avec ce dernier.

OBS. V. — *Croup guéri par le chlorate de potasse, sans opération.*

Gagé (René-Louis), âgé de cinq ans, entre le 8 mars 1856. Cet enfant a commencé à tousser il y a trois jours.

Le 7, sa voix est devenue rauque, et, en examinant la gorge, un médecin y a aperçu des fausses membranes. — Cautérisation avec le nitrate d'argent; calomel à l'intérieur.

Le 8 au matin, nouvelle cautérisation. Le soir, l'amygdale droite présente une fausse membrane; pas d'engorgement ganglionnaire cervical; la toux est rauque; la voix est altérée, mais non éteinte; la fièvre est peu marquée, le pouls faible, l'enfant tousse peu, et l'auscultation ne fait rien entendre dans la poitrine; l'inspiration est sifflante, il n'y a pas de suffocation. — Chlorate de potasse, 4 grammes; potion vomitive.

Le 9, l'enfant a rendu deux fausses membranes, qui ont été recueillies; l'amygdale droite porte trois plaques pseudo-membraneuses; pas d'engorgement ganglionnaire cervical. Voix et toux déchirée, peu sonore, très-différente de la toux striduleuse; la voix semble moins altérée que la veille au soir; pas encore de suffocation; pouls, 100-108; inspirations, 36; respiration anxieuse et diaphragmatique; pas de diarrhée. — Potion avec chlorate de potasse, 4 grammes; looch avec kermès, 0,10.

Le 10, pouls, 104, bon volume; voix plus éteinte qu'hier; pas de suffocation. Salivation abondante depuis hier soir, persistant ce matin; l'enfant a toujours besoin de garder un crachoir; le réactif accuse une notable quantité de chlorate de potasse dans la salive; la gorge est moins rouge; l'amygdale droite se nettoie, mais elle porte encore une plaque; la toux est encore déchirée, la respiration est vésiculaire. — Même traitement.

Le 11, la salivation a persisté, et ne s'arrête que dans la matinée; plus de fièvre; l'amygdale est presque nettoyée; la voix est encore éteinte; pas de suffocation; état général très-satisfaisant.

Le 12, très-bon état, plus rien sur l'amygdale; la voix est encore un peu éteinte; rien à l'auscultation.

Exeat, sur la demande des parents.

Dans ces quatre cas, on s'est cru d'autant plus justifié à attribuer le succès au chlorate de potasse que les moyens employés précédemment ou concurremment, tels que cautérisations, vomitifs, etc., avaient échoué ou n'avaient pas produit d'amélioration sensible.

D'autres observations, au nombre de huit, sont des exemples de traitement mixte, où le chlorate de potasse a été employé en même temps que la trachéotomie. On ne peut pas, par cela même que le chlorate de potasse n'a pas été le seul moyen mis en usage, en conclure aussi pertinemment en faveur de cet agent. Cependant, en rapprochant ces résultats des moyennes de guérisons fournies par la statistique à la suite de la trachéotomie seule, on reste encore convaincu que le chlorate de potasse n'a pas dû y rester étranger. En effet, depuis le 1er janvier 1856 jusqu'à la fin de mars, 14 enfants ont été trachéotomisés dans le service de M. Blache, et tous ont pris du chlorate de potasse avant ou après l'opération. Sur ces 14 enfants, 9 sont sortis guéris et 5 sont morts. Or, d'après les relevés des opérations de trachéotomie pratiquées dans les six dernières années à l'hôpital des Enfants, de 1850 à 1855 inclus, la proportion des guérisons a été de moins de 1 sur 4 et demi, ou un peu plus d'un quart.

D'après les observations recueillies par M. Isambert, le chlorate s'est encore montré utile après l'opération, et il est par conséquent indiqué en ce moment, surtout lorsque la diphthérite se généralise, s'étend aux bronches, au pharynx, aux fosses nasales; lorsque l'enfant ne crache pas. On l'associe dans ce cas aux expectorants.

Voici en définitive en quels termes M. Isambert résume ce que lui a appris l'observation des effets du chlorate de potasse dans les affections diphthéritiques :

Ce sel a une action locale évidente, par laquelle la muqueuse se modifie, se déterge; les fausses membranes tombent, les ulcérations guérissent, tout rentre dans l'ordre. Cette action locale est la même dans la stomatite et dans l'angine, et probablement dans le croup, bien qu'on n'ait pas la partie malade sous les yeux. La moyenne du temps nécessaire à la production de l'action favorable du médicament paraît la même dans les trois affections.

En même temps que les phénomènes locaux se modifient, les phénomènes généraux s'amendent aussi rapidement.

Le chlorate de potasse a-t-il une action spécifique sur la cause générale de la diphthérite? Les faits ne permettent pas de répondre encore. Dans les cas malheureux, on voit que quand le chlorate n'a pas eu le temps ou le pouvoir de modifier l'état local, l'état général ne s'est pas amélioré. M. Isambert pense que des expériences nouvelles, dans lesquelles on élèverait les doses, pourraient peut-être fournir un élément à la solution de cette question. Il résulte, en effet, de quelques-unes des observations citées dans son travail, que pour la stomatite couenneuse et l'angine couenneuse la dose n'a pas beaucoup d'influence sur la manière dont se modifient les parties malades. Dans la stomatite, il n'y a pas d'état général grave. Dans l'angine, cet état existe; et si l'élévation des doses amenait des résultats meilleurs dans ce dernier cas, on pourrait en induire que le médicament a agi sur l'état général.

Ce sont là des expériences faciles que M. Isambert pourra compléter avec le temps.

Mode d'administration. — Il nous reste à dire un mot maintenant du mode d'administration et de dosage du chlorate de potasse.

Le chlorate de potasse se donne habituellement à la dose de 2 à 8 grammes par jour.

D'après les expériences rappelées en tête de ce travail, on voit qu'il n'y a aucun inconvénient à élever les doses de chlorate, et que quelques effets physiologiques semblent ne se produire qu'à dose élevée : la diurèse, la salivation abondante, l'action sur le larynx et sur les bronches. D'après M. Isambert, on peut aller sans danger jusqu'à 20 et 30 grammes. La seule difficulté que puisse présenter l'administration de ce médicament provient de son peu de solubilité. La potion gommeuse ordinaire en dissout facilement 5 à 6 grammes à la température de 15 degrés; mais il ne faut pas se contenter de verser purement et simplement les cristaux de chlorate dans une potion gommeuse : on devra, suivant le conseil de MM. Bergeron et Vial, que nous avons déjà produit dans l'article précité, faire dissoudre le sel dans l'eau à l'aide de la chaleur avant d'ajouter les substances édulcorantes.

Par la même raison, si l'on veut donner le chlorate de potasse à haute dose, il ne faut pas chercher à en dissoudre trop dans une seule potion; ce sel ne se dissoudrait pas sans l'aide de la chaleur, et il cristalliserait immédiatement après par le refroidissement. M. Isambert donne le conseil dans ce cas d'augmenter la quantité de véhicule soit en ajoutant de l'eau à la potion à mesure qu'on la vide, soit en faisant préparer plusieurs potions. Le chlorate bien dissous et convenablement édulcoré est plus facilement supporté par l'estomac que celui qui ne l'est pas.

La potion ainsi préparée à la dose de 4 grammes de chlorate est facilement supportée par les enfants. Quand le malade s'en dégoûte, on peut continuer l'administration du chlorate en le dissolvant dans une grande quantité de tisane pour en masquer le goût, ou dans une tasse de bouillon, comme le pratiquait Odier.

On peut également administrer le chlorate en poudre mêlé avec une quantité suffisante de sucre.

Enfin, le chlorate peut être prescrit en applications topiques, en lotions avec une solution de 5 grammes pour 100 d'eau, à la température de 15 degrés, et, si l'on veut une solution plus concentrée, se servir d'une solution chaude, comme l'a fait M. Lasègue; à la température de 30 à 40 degrés, on dissoudra à peu près 15 pour 100 de ce sel.

Les résultats que nous venons d'exposer dans cette analyse sont trop importants pour que nous ne croyions pas devoir engager les praticiens à compléter par leur expérience personnelle l'épreuve déjà faite, comme on le voit, sur une assez large échelle.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. LARREY.

Tumeur présumée fibro-plastique de la cuisse.

Un sous-officier d'artillerie, dans d'excellentes conditions de santé, surveillant d'une poudrière, reçoit successivement plusieurs chocs d'un manche de pic à la face interne de la cuisse. Une tumeur s'y développe, et acquiert en cinq ans des proportions telles qu'elle envahit une grande partie du membre, et finit par mesurer 80 centimètres de circonférence. Cette tumeur, d'après l'appréciation de tous ses caractères, paraît être de nature fibro-plastique, et réclame l'intervention prochaine de la chirurgie.

La question essentielle est de savoir si l'on peut tenter l'extirpation de la tumeur, ou s'il faut en venir d'emblée à l'amputation de la cuisse. Les opinions se partagent à cet égard, les unes exposant les chances qui permettent d'espérer la conservation du membre, les autres donnant à craindre la nécessité d'en faire le sacrifice.

Partagé entre ces deux extrémités si difficiles et si graves l'une et l'autre, et après m'en être expliqué à la clinique du Val-de-Grâce, je me prononce pour l'extirpation; mais dans ce but j'y prépare le malade pendant deux mois, en faisant exécuter chaque jour à la tumeur des mouvements en tous sens, afin de la mobiliser davantage, et de la détacher autant que possible des parties profondes auxquelles elle adhère assez fortement. Ces manœuvres, faites avec adresse et persévérance par le malade lui-même, ont pour résultat réel d'accroître la mobilité de la masse morbide, mais seulement dans les points où cette mobilité existait déjà, c'est-à-dire en avant, en dehors et en haut. Elle est nulle, au contraire, en dedans et un peu en arrière, surtout pendant la contraction des muscles adducteurs avec lesquels la tumeur a manifestement des connexions directes. Point d'inflammation du reste, point de douleurs résultant des tractions exercées incessamment. Mais nous ne pouvons en obtenir rien de plus. Il faut agir enfin par une opération qui ne saurait être différée plus longtemps sans exposer la tumeur à s'accroître davantage, à se ramollir et à s'ulcérer, sans exposer aussi le malade à voir son état s'aggraver et à perdre courage.

Je me décide le 19 août à pratiquer l'extirpation sans m'en dissimuler ni les difficultés ni les dangers, et en faisant préparer d'avance les instruments nécessaires à l'amputation du membre. MM. Lustreman, Mounier, Laveran et Legouest, professeurs au Val-de-Grâce, m'assistent dans cette opération, ainsi que M. le docteur Thierry, membre du conseil municipal, dont je n'ai pas besoin de citer le savoir en chirurgie.

Le malade, résolu à toutes les éventualités de sa position, si graves qu'elles puissent être, est placé convenablement, et soumis à l'action du chloroforme.

Une première incision courbe, partant de l'extrémité supérieure de la tumeur, à quelques centimètres du pli de la cuisse et se prolongeant jusqu'à son extrémité inférieure près du genou, divise les téguments de la face interne dans toute sa longueur. Une seconde incision semblable, commencée et terminée aux mêmes points, circonscrit un lambeau de peau ovalaire, mais assez étroit pour permettre ensuite un rapprochement facile des lèvres de cette vaste plaie. Ce lambeau comprend d'ailleurs deux points amincis et bosselés auxquels semblent correspondre des foyers de liquide.

Une troisième incision verticale débride et dégage l'angle supérieur jusqu'à la racine du membre, et à peu près dans la direction de l'artère fémorale, afin d'en faciliter la ligature au besoin, et de donner au moins plus d'aisance à la dissection de la peau et à l'extirpation de la tumeur. La séparation de cette masse morbide commence par la face antérieure et supérieure avec assez de facilité; une portion même de la face externe sous-jacente à l'aponévrose fascia lata se prête à l'énucléation; mais, en avant et en dedans, une première difficulté se présente : c'est le muscle couturier, dont la forme a tout à fait changé; il est largement étalé sur toute la face correspondante de la tumeur, à laquelle il adhère même fortement.

Essayer de l'en détacher serait trop difficile ou impossible, en augmentant d'ailleurs les embarras de l'opération. Je n'hésite pas d'après l'avis des assistants, à couper ce muscle au-dessus et au-dessous de ses adhérences. Sa largeur accidentelle excède trois ou quatre fois la largeur normale, comme on pourra s'en assurer sur la pièce anatomique.

En arrière, le droit interne et le grand adducteur, unis également à la tumeur, sont dénudés dans une grande étendue; reste la face profonde de cette tumeur dégagée en avant et sur les côtés de l'enveloppe cellulo-fibreuse qui lui est propre, mais appliquée directement en bas sur la gaîne fibreuse des vaisseaux fémoraux et sur l'aponévrose d'insertion du grand adducteur, auxquelles l'attachent aussi de fortes adhérences.

La masse morbide, ramollie et friable dans certains points, se déchire sous les efforts de la traction, et nous oblige à détacher fragment par fragment la portion la plus adhérente, sans qu'il soit possible ou prudent de faire agir le bistouri plus loin, dans la crainte de dénuder ou de léser les vaisseaux fémoraux. Le nerf sciatique, mis à découvert en bas, est ménagé dans cette opération délicate.

La vaste plaie qui en résulte est enfin débarrassée des derniers détritus de la tumeur ou au moins de tout ce qui pouvait en être encore apprécié; la réunion en est faite assez facilement à l'aide des serres-fines et par des bandelettes agglutinatives placées dans les intervalles, excepté vers l'angle inférieur, laissé libre à dessein pour l'écoulement des liquides. Un pansement simple et léger complète l'appareil.

L'opération n'a pas duré beaucoup de temps, et la perte du sang, assez faible, a exigé seulement la ligature d'une artère musculaire; mais, pendant la dissection de la tumeur, le malade est tombé dans un état de faiblesse qui, nous faisant craindre une syncope, obligea de cesser l'emploi du chloroforme, confié aux soins de M. le docteur Gaujot, notre aide de clinique.

Ranimé peu à peu, l'opéré est reporté à son lit, et, pendant le reste de la journée, il éprouve une sorte de défaillance, avec quelques vomissements, de l'oppression et du refroidissement. La réaction provoquée par la chaleur, par des frictions et par une potion cordiale, s'établit enfin dans la nuit, et amène un peu de sommeil.

L'examen de la tumeur, fait le lendemain, nous permet de constater les particularités suivantes :

Cette masse morbide, presque entièrement composée de parties solides, contenait cependant une partie liquide renfermée dans des kystes, dont deux avaient été ouverts pendant l'opération, en donnant issue à une certaine quantité de sérosité. Le poids total, ainsi diminué, reste encore à 2,700 grammes. La forme déjà indiquée de cette tumeur est ovoïde, à grand diamètre vertical, ayant environ 25 centimètres sur 15 de largeur. Son siége est sous-aponévrotique et partiellement intermusculaire; son enveloppe cellulo-fibreuse assez forte, existant en dehors, manque en dedans ou vers les adhérences, à la gaîne des vaisseaux fémoraux, et à l'aponévrose du grand adducteur. Cette enveloppe, qui a peut-être pris son origine sur les tissus fibreux, est doublée elle-même d'un tissu cellulaire adipeux rempli de vaisseaux sanguins qui ont pu être ménagés en grande partie pendant l'opération. Le couturier, considérablement élargi, se trouve étalé sur la face antérieure de la tumeur et intimement uni à sa membrane d'enveloppe. La coloration du produit morbide est d'un blanc grisâtre, son aspect mamelonné, ressemblant assez, en certains points, au tissu encéphaloïde; sa consistance est molle, friable, avons-nous dit, plus ferme et plus homogène dans quelques endroits, mais comme pulpeuse dans d'autres.

Quant à sa texture intime, elle est constituée par une trame celluleuse vasculaire démontrant le développement de quelques grosses veines et d'une substance molle, friable, rougeâtre surtout au centre, où elle a une teinte plus foncée, tandis qu'elle est plus blanche dans la couche périphérique, où elle offre absolument l'aspect de la substance cérébrale. Du sang, épanché en petits foyers dans certains points, infiltré dans d'autres, existe enfin à la partie inférieure de la tumeur.

L'examen microscopique de cette substance fait par M. Coulier, agrégé de l'école du Val-de-Grâce, lui a démontré qu'elle était composée d'une masse de cellules fusiformes au milieu desquelles se trouvent

éparses quelques cellules d'apparence cancéreuse, mais dépourvues de nucléoles (1).

Quant à l'état de l'opéré, la réaction s'établit, se soutient, mais faiblement le lendemain, car il éprouve toujours un sentiment de défaillance; il a le pouls petit, dépressible, à 116 pulsations. Les serres-fines sont enlevées et remplacées par des bandelettes agglutinatives soutenues à l'aide d'un pansement simple. Un régime analeptique est prescrit. Point de douleur, point de gonflement dans la cuisse; les lèvres de la vaste plaie paraissent devoir se maintenir en contact; mais il ne nous est permis encore de rien préjuger du résultat d'un cas aussi grave.

HOTEL-DIEU DE NANTES. — M. MALHERBE.

Nouvelle observation de peau bronzée.

La femme Ouvrard, âgée de quarante-huit ans, journalière, entre à l'hôpital le 23 février 1856.

Elle est malade depuis plus d'un an : elle se sent faible, mais ne présente aucun symptôme d'affection organique viscérale. Seulement les ganglions cervicaux et sous-maxillaires du côté droit sont engorgés, et forment une tumeur dure, bosselée, que nous considérons comme de nature strumeuse. Des douleurs vagues existent dans l'abdomen et dans les membres. Les carotides sont le siége d'un léger souffle. La peau est d'une couleur terreuse remarquable, à travers laquelle on saisit cependant la pâleur jaunâtre de la chlorose ou des affections organiques à leur dernière période; l'amaigrissement n'est pas très-prononcé.

Nous concluons à l'existence d'une chloro-anémie avec névropathie générale, et nous prescrivons en conséquence un traitement ferrugineux et des aliments réparateurs.

Au bout de quelques jours, nous sommes forcé de suspendre traitement et régime à cause d'une diarrhée abondante et de vomissements répétés.

En même temps, l'état de débilité déjà très-marqué augmente progressivement; le pouls, assez lent, devient d'une faiblesse extrême; tous les aliments répugnent, et le peu de substances liquides que la malade ingère est rejeté presque immédiatement; enfin, tout fait présager une fin prochaine.

A ce moment, le hasard nous fit tomber sous les yeux l'analyse d'un mémoire de M. Addison, publiée par M. Lasègue dans le numéro de mars des *Archives générales de médecine*.

Le médecin anglais rapporte dans son travail un certain nombre de cas d'affections diverses des capsules surrénales dans lesquels les malades présentaient une forme particulière de chloro-anémie qu'il ne savait à quelle cause attribuer, ne rencontrant dans l'économie aucune des circonstances habituelles qui donnent lieu à cette maladie. Le hasard seul vint le mettre sur la voie du rapport qui existait entre l'état chloro-anémique et les altérations des capsules surrénales; mais le fait le plus curieux, c'est un changement particulier de la couleur de la peau, symptôme sans lequel la chloro-anémie spéciale qui nous occupe ne se distinguerait pas pendant la vie de celles qui dépendent d'influences morbides d'une autre nature.

Cette description nous rappela, à mesure que nous la lisions, l'impression que nous avait faite l'aspect de la femme Ouvrard, et nous comptions l'observer à ce point de vue, quand nous apprîmes le lendemain à la visite qu'elle avait succombé la veille, 12 mars, à six heures du soir.

Nous prîmes alors des renseignements, et nous sûmes que la maladie avait débuté dix-huit mois auparavant à la suite d'une vive émotion morale, que depuis lors elle avait toujours langui, et qu'on avait remarqué que sa peau, très-blanche auparavant, avait pris une teinte de plus en plus foncée.

Autopsie, faite le 14 mars au matin. — L'amaigrissement n'est pas très-prononcé.

La couleur enfumée est un peu moins foncée que pendant la vie. Elle est plus intense à la face, aux aisselles et aux aines, que partout ailleurs. Elle est sensible par tout le corps.

Tous les ganglions lymphatiques sont à très-peu près transformés en tubercules; ils ne forment de tumeur un peu considérable qu'à la région cervicale et sous-maxillaire du côté droit.

Les uns sont ramollis, les autres indurés. Ces deux degrés se rencontrent à peu près en proportion égale.

Pas un tubercule dans les poumons ni dans aucun autre organe parenchymateux ou membraneux.

Le rein droit, augmenté de volume, est légèrement hyperémié.

La capsule surrénale du même côté conserve sa forme triangulaire, mais elle est beaucoup plus épaisse qu'à l'état normal, et contient deux gros tubercules enkystés, ne commençant pas encore à se ramollir.

Le rein gauche, bosselé, présente à peine la moitié de son volume normal; il est plus pâle que le droit, et d'une couleur grisâtre; il est farci de tubercules enkystés de volume variable, les uns durs, d'autres à l'état caséeux, d'autres enfin contenant du pus liquide, qui s'écoule à l'incision.

La capsule surrénale correspondante a complétement changé de forme; c'est un cylindre légèrement atténué à ses extrémités, placé transversalement sur l'extrémité supérieure du rein. Elle est de consistance lardacée, comme du tubercule cru, et présente un grand nombre de tubercules enkystés à l'état caséeux, variant pour le volume depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un pois vert.

FONTE SPONTANÉE RAPIDE DE LA CORNÉE

sans inflammation préalable, suite de débilitation générale par alimentation insuffisante.

Par M. le docteur MAVEL (d'Ambert).

Je fus appelé le 4 août pour un enfant de dix-sept jours, né fort et robuste, et malade depuis trois jours. Il présentait des vomissements, de la diarrhée et un amaigrissement considérable.

Le 8, les vomissements ont cessé, la diarrhée a diminué; toute la surface du corps est recouverte d'urticaires.

Le 24, la diarrhée a repris sa fréquence; la langue est rétractée, immobile; le bras droit convulsionné.

Le 4 septembre, l'enfant a perdu depuis la veille un œil, qui antérieurement n'était point malade.

M. Mavel constate que l'œil droit est tellement convulsionné en haut, qu'il est impossible de juger de son état. L'œil gauche présente au centre de la cornée une tache grisâtre de quatre millimètres de diamètre, et au-dessous une perforation de la cornée, bouchée par une procidence de l'iris; le reste de la cornée est trouble; il n'y a pas ou presque pas d'injection de l'œil. La diarrhée a cessé depuis trois jours.

Les soins de la nourrice contiennent une faible quantité de lait séreux; cette malheureuse, pressée de questions, avoue qu'elle est enceinte de six mois, et qu'elle a nourri cet enfant en partie avec son lait, en partie avec de la bouillie. On prescrit un collyre au nitrate d'argent, et on s'empresse de donner une bonne nourrice.

Le lendemain, l'enfant a bien teté, bien dormi; la fonte putride a envahi la plus grande partie de la cornée, que l'on touche avec le crayon de nitrate d'argent. L'état convulsif de l'œil droit a cessé; cet organe ne présente rien de remarquable.

Les jours suivants, l'état général s'améliore; l'enfant tette bien, dort bien; sa peau est moins sèche; les lèvres sont un peu plus colorées; il est survenu une selle. Même état de l'œil.

Le 11, l'opacité a gagné toute la surface de la cornée.

Aujourd'hui Gustave P... est un jeune homme fort et robuste; mais sa cornée gauche est complétement opaque.

Magendie, dans ses expériences sur les animaux vivants, était arrivé à ce résultat que la privation d'aliments causait, entre autres phénomènes, une perforation non inflammatoire de la cornée; M. Chossat était arrivé au même résultat. Une différence cependant distingue les ulcérations constatées par ces physiologistes de l'ulcération qui fait l'objet de cette observation. Sur les chiens soumis aux expériences, les ulcérations de la cornée semblent avoir été produites par un emporte-pièce; les portions de la cornée qui les avoisinent ne sont point opaques, ne sont point troubles. Dans une observation, au contraire, la cornée a paru trouble, opaque, dès que la maladie a été soumise à mon observation, et j'ai été appelé le deuxième jour.

Cette différence est-elle suffisante pour faire de ces deux maladies deux maladies différentes? Je ne le pense pas. L'absence de toute inflammation, l'apparition subite de la maladie dans un moment où l'insuffisance de l'alimentation est des mieux prouvée, m'autorisent suffisamment à conserver à mon observation le titre que je lui ai donné.

EMPHYSÈME SOUS-CUTANÉ DE LA POITRINE

par cause traumatique sans lésion extérieure. — Guérison.

Par le même.

Le 10 mai 1855, sur les deux heures du soir, l'on amène dans mon cabinet Antoinette Bullon, forte et robuste, âgée de cinquante-quatre ans, qui a fait une chute de sa voiture.

Le 10 mai, pendant la nuit, une roue de sa voiture chargée de fruits lui a passé sur la poitrine. Il existe de la dyspnée, de la toux sèche, accompagnée de douleurs; 80 pulsations seulement; 40 respirations. Douleur au côté gauche de la poitrine. Tout ce côté présente un bien plus grand développement que le côté droit. Au-dessus du sein, l'on remarque une légère écorchure causée par le passage de la roue. La mamelle a plus que doublé de volume. Si l'on comprime avec le doigt la peau, depuis le sternum jusqu'à l'aisselle, on perçoit une crépitation semblable à celle qu'on obtient en comprimant un fragment de poumon sain. L'examen le plus attentif ne fait reconnaître aucune fracture de côtes. Par l'auscultation, l'on entend la respiration très-pure dans le côté droit, très-affaiblie dans le côté gauche.

Repos au lit, saignée, frictions aromatiques sur le côté emphysémateux. La malade ne suit aucun de ces conseils; elle se fait transporter à son domicile, distant de 36 kilomètres.

Quinze jours plus tard, la malade est revue; elle s'est hasardée à conduire elle-même sa voiture au marché; l'emphysème a disparu, la toux a cessé, la dyspnée persiste, mais à un faible degré.

Cette observation rappelle à M. Mavel deux autres cas semblables : l'un, publié dans la *Gazette des Hôpitaux* le 1er février 1853, n'en diffère que par les accidents plus graves qui en furent la suite; l'autre en diffère davantage, en ce qu'elle ne fut pas due à une cause traumatique; elle a été communiquée à la Société de médecine pratique dans sa séance du 7 octobre 1852.

Dans ces trois observations qui me sont propres, dit l'auteur, seuls cas d'emphysème sous-cutané qu'il m'ait été donné d'observer, la maladie s'étant terminée par la guérison, je me crois autorisé à conclure que cette complication des déchirures des voies respiratoires n'a pas par elle-même toute la gravité qu'on leur a attribuée jusqu'à ce jour.

DES SAIGNÉES LOCALES

pratiquées sur la muqueuse nasale.

Par M. le docteur SEUTIN.

Cette opération serait surtout indiquée dans les cas de céphalalgie, de congestion cérébrale, d'inflammation nasale ou oculaire.

Pour la pratiquer, M. Seutin a imaginé un petit instrument dont la lame se redresse sur le manche. Cette lame a quatre centimètres de longueur; elle présente un dos uniformément mousse, une extrémité boutonnée, et n'est tranchante que dans une portion de 2 à 3 millimètres environ, qui fait une saillie arrondie au voisinage de l'extrémité. L'instrument ressemble assez à une flamme de vétérinaire, dont le tranchant, au lieu de former une pointe lancéolée, est simplement semi-lunaire.

Voici comment on s'en sert :

La lame est engagée dans les fosses nasales; le dos de l'instrument, appliqué contre la paroi antérieure du nez, glisse de bas en haut; le tranchant se trouve aussi libre dans la cavité. Lorsque l'extrémité boutonnée de la lame a atteint la voûte nasale, l'instrument est retourné en dedans, de telle sorte que le tranchant rencontre la muqueuse de la cloison; en le retirant vivement, on pratique une incision sur cette muqueuse. Cette manœuvre peut être répétée des deux côtés; on obtient ainsi une quantité de sang considérable. Si l'on veut prolonger la saignée quelque temps, il est bon de faire aspirer un peu d'eau tiède par le nez. Pour l'arrêter, il suffit de pincer le nez un instant entre deux doigts.

(*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 septembre 1856. — Présidence de M. BUSSY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Chabrand, médecin inspecteur des eaux minérales de Monestier (Hautes-Alpes), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854;

2° Un rapport de M. Fuzet-Dupouget, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Laurent-les-Bains (Ardèche), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854 (commission des eaux minérales);

3° Les états des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de la Marne, de l'Eure, de la Moselle (commission de vaccine).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Putégnat (de Lunéville), sollicite la faveur d'être placé sur la liste de candidature pour les places de membre associé.

— M. Gobley adresse un travail intitulé *Essais analytiques sur la liqueur lactescente de MM. Gaudin et Choumara*. Cette liqueur, dit M. Gobley, ressemble au lait ordinaire par son aspect, mais elle en diffère par ses propriétés physiques et chimiques, et par sa composition. (Commission nommée.)

— M. Mialhe adresse une nouvelle lettre relative à sa théorie du diabète, en réponse aux objections dont elle a été l'objet de la part de M. Poggiale.

La lettre de M. Mialhe, ainsi que la note de M. Poggiale à laquelle elle répond, sont renvoyées à la section.

— M. Puech, chirurgien chef interne à l'hôpital de Toulon, adresse une note intitulée *Quelques faits à propos de la maladie d'Addison*. (Commissaire, M. Trousseau.)

— M. Landouzy (de Reims) transmet un mémoire intitulé *De la respiration amphorique dans la pleurésie*.

— M. le docteur Lucien Papillaud, de Saujeon (Charente-Inférieure), adresse un travail sur l'inoculation post-vaccinale. (Commission de vaccine.)

Opération du phimosis. — M. Bonnafont adresse sur ce sujet une lettre dont nous extrayons ce qui suit :

Dans la dernière séance de l'Académie, l'honorable M. Ricord a cru devoir prendre la parole pour défendre son procédé opératoire contre le phimosis, que je n'avais nullement attaqué. J'avais dit seulement que le petit instrument que j'ai imaginé rendait cette opération beaucoup plus simple, et surtout plus rapide. Je maintiens un fait que l'expérience confirmera sans aucun doute.

Du reste, le procédé de M. Ricord et le mien ne diffèrent que dans la manière de fixer la muqueuse et la peau au même niveau. M. Ricord arrive à ce résultat en traçant avec de l'encre une ligne ovalaire sur le prépuce, en enfonçant une aiguille dans la cavité préputiale, et à la faire sortir entre le prépuce et le gland, et puis en excisant le tout avec les branches d'une pince et un bistouri. Tandis que dans mon procédé je fixe la muqueuse à l'aide d'une pince dilatatrice interne, dont l'introduction est des plus faciles, laquelle, en se déployant dans la cavité préputiale, tend fortement la muqueuse, et fixe très-solidement le membre viril. Cette pince, une fois introduite et déployée, est confiée à un aide. L'opérateur alors n'a qu'à tendre la peau en arrière avec le pouce et l'index de la main gauche, à fixer ainsi le gland en le refoulant en bas et en arrière, et puis à couper, soit avec un bistouri, ou mieux, avec des ciseaux un peu forts, l'excédant du prépuce qui dépasse ses doigts. On peut, si l'on veut, remplacer les doigts par les branches d'une pince. Tout cela se fait dans quelques secondes seulement, sans qu'on puisse jamais faillir au résultat désiré, la section de la peau et de la muqueuse étant constamment faite au même niveau.

Cette réclamation de M. Ricord a soulevé une discussion qui n'a porté que sur l'opération elle-même, et est restée par conséquent dans les limites des divers procédés opératoires employés; tandis que les causes qui peuvent nécessiter l'opération du phimosis ont été à peine indiquées. Ainsi, M. Ricord s'est contenté d'en signaler deux pour l'adulte: la présence de chancres ou autres affections sous le prépuce, et la difficulté de se livrer à certain acte physiologique à cause de l'étroitesse de cette exubérance cutanée. Mais personne n'a songé aux motifs graves et sérieux qui chez l'enfant exigent impérieusement cette opération. Il y en a deux pourtant qui doivent être pris en sérieuse considération. L'un, concernant spécialement l'hygiène et la propreté, a été résolu par cette loi de Moïse qui prescrit la circoncision chez tous les enfants en bas âge; l'autre, qui tient essentiellement à la morale, et que nous n'avons trouvé indiqué nulle part, c'est l'onanisme comme conséquence fréquente du phimosis congénial.

Depuis quelque temps, j'ai recueilli trois faits qui ne laissent aucun doute à cet égard. J'ai opéré trois enfants, l'un âgé de huit ans, l'autre de sept, l'autre de cinq seulement; tous trois atteints de cette infirmité, et ayant déjà contracté certaines habitudes qui inquiétaient beaucoup leurs parents. Les deux premiers, opérés depuis deux mois environ, sont complétement guéris de ce mauvais penchant, et j'espère que le troisième, opéré depuis une vingtaine de jours, sera aussi heureux que les deux autres.

Il y a là, comme on le voit, une grande question d'hygiène et de morale à résoudre; car si l'onanisme peut être la conséquence natu-

(1) Depuis la présentation de cette pièce à la Société de chirurgie, MM. Broca et Verneuil, qui ont bien voulu examiner des portions de la tumeur, y ont trouvé les caractères exclusifs du tissu fibro-plastique, dont les éléments, pour les micrographes, n'ont aucune ressemblance avec ceux du cancer.

relle et spontanée d'une maladie occasionnée par un vice de conformation du prépuce, je demande s'il n'y aurait pas lieu à prendre quelques mesures pour en faire disparaître la cause.

RAPPORTS.

M. Robinet lit une série de rapports sur des remèdes secrets et nouveaux dont les conclusions sont adoptées.

Inhalation des eaux minérales. — M. Pâtissier, en son nom et au nom de M. O. Henry, lit un rapport sur un travail de M. Sales-Girons, intitulé *Etude médicale sur les inhalations d'eau minérale*, à propos de la chambre de respiration instituée à l'établissement des eaux sulfureuses de Pierre-fonds-les-Bains (Oise).

A l'aide d'un appareil particulier, l'eau sulfureuse est divisée au point de se répandre dans l'atmosphère sous la forme d'une espèce de *fumée blanche*. En séjournant dans la salle de respiration, même ouverte, on est frappé d'une odeur sulfureuse non désagréable. Divers réactifs font reconnaître l'existence de toutes les substances signalées dans les eaux de Pierrefonds, et la présence des éléments sulfureux à côté d'une certaine quantité d'hyposulfite n'y est pas douteuse. Les applications faites par M. Sales-Girons de la nouvelle méthode inhalatoire ont parfaitement répondu à ses espérances.

M. le rapporteur propose d'adresser une lettre de remercîments à l'auteur et de déposer son travail aux archives. (Adopté.)

LECTURES.

M. H. Buignet lit un travail sur un nouveau procédé de *dosage de l'acide carbonique dans les eaux minérales*, suivi de considérations sur la constitution des eaux de Vichy. (Section de pharmacie.)

Traitement abortif du bubon vénérien suppuré. — M. Broca lit un mémoire sur ce sujet.

Lorsqu'on étudie le développement des bubons vénériens, dit M. Broca, on est conduit à reconnaître deux périodes successives dans l'évolution de cette affection.

Dans la première période, on sent à travers la peau une ou plusieurs tumeurs, modérément douloureuses, petites, dures, globuleuses, parfaitement circonscrites, libres d'adhérences, et lorsqu'il y en a plusieurs, bien distinctes les unes des autres. Le tissu cellulaire environnant est à peu près sain; chaque noyau d'engorgement est constitué par un ganglion lymphatique gonflé, enflammé, induré en même temps que friable, creusé enfin à sa partie centrale d'une petite cavité pleine de pus. Celui-ci n'est pas encore à l'état liquide; il se présente sous l'apparence d'une matière jaunâtre, épaisse, comme gélatineuse.

Dans la seconde période, l'engorgement devient plus considérable et beaucoup plus douloureux; il est diffus, mou, fluctuant. Le tissu cellulaire est en pleine suppuration; la peau est soulevée, tendue, amincie, décollée, rouge ou violacée. Si on l'incise, on pénètre dans la cavité d'un abcès chaud, plus ou moins anfractueux, et contenant du pus tout à fait semblable au pus phlegmoneux ordinaire.

Il résulte de là que dans l'origine les ganglions lymphatiques sont seuls attaqués, et que plus tard l'inflammation suppurative se propage aux parties environnantes.

C'est cette propagation qui est la cause des principaux accidents des bubons. Avant de s'ouvrir une voie vers l'extérieur, le pus a le temps de ravager le tissu cellulaire, de former des fusées et de décoller au loin la peau. Lorsque le foyer est ouvert, spontanément ou artificiellement, il ne se referme, dans le plus grand nombre de cas, qu'avec une grande lenteur. Une suppuration abondante s'établit, la peau amincie s'ulcère, etc. La cicatrisation, en moyenne, n'est achevée qu'au bout de trente ou quarante jours.

Les moyens opposés jusqu'à présent à ces complications laissent, suivant l'auteur, beaucoup à désirer. Il lui a paru qu'ils avaient tous l'inconvénient commun de n'agir sur le bubon que lorsqu'il a déjà produit dans le tissu cellulaire péri-ganglionnaire de graves altérations. On attend que la collection soit bien ramollie et bien fluctuante, c'est-à-dire que l'adénite ait donné lieu à la formation d'un abcès circonvoisin, qui aggrave le bubon et qui en prolonge la durée. Je me suis demandé, dit M. Broca, s'il ne serait pas préférable de prévenir le développement de cet abcès en attaquant le bubon à sa première période, et en évacuant le pus avant qu'il ait eu le temps de franchir les limites du ganglion. Je n'ai pas tardé à trouver l'occasion de mettre cette idée en pratique.

Ce traitement est des plus simples. Dès que la tumeur naissante a acquis le volume d'une petite noisette, on la saisit entre deux doigts de la main gauche, de manière à fixer à la fois la peau et le ganglion, et on plonge directement un bistouri aigu jusqu'au centre du ganglion. Sans lâcher prise, on retire le bistouri, qu'on remplace par une sonde cannelée; alors on exerce une très-forte pression latérale sur la petite tumeur. On voit bientôt glisser dans la cannelure de la sonde une matière demi-liquide, jaunâtre, visqueuse, déjà décrite; c'est le pus encore mal élaboré qui existait au centre du ganglion. On exprime la tumeur jusqu'au sang, afin d'être bien certain de n'y pas laisser de pus. Cette manœuvre est ordinairement assez douloureuse. S'il existe plusieurs ganglions engorgés, on les vide ainsi successivement, dans une seule séance, par autant de ponctions distinctes.

La tumeur, après l'opération, se trouve réduite à un moindre volume, mais elle persiste encore en grande partie, la substance solide des ganglions n'ayant pu être expulsée à travers les ponctions.

Le lendemain, la tumeur s'est légèrement accrue, mais elle est ordinairement moins volumineuse qu'avant l'opération. Il s'est formé une petite quantité de pus qu'il faut évacuer. La petite ouverture de la peau s'est déjà refermée, mais on y pénètre aisément avec la sonde cannelée, qu'on pousse jusqu'au centre du ganglion. On comprime de nouveau très-fortement la tumeur pour évacuer la totalité du pus, et on recommence ainsi chaque matin pendant plusieurs jours jusqu'à ce que la suppuration soit tarie, ou que la petite ouverture soit devenue fistuleuse.

Dans le but de protéger l'ouverture de la ponction contre l'inoculation chancreuse produite par le pus virulent, M. Broca fait suivre chaque jour l'évacuation du pus d'une injection iodée. Il a pu constater l'efficacité de cette injection dans un cas où l'inoculation artificielle pratiquée sur la cuisse avait donné un résultat positif. M. Broca la considère, du reste, comme accessoire, et il attribue surtout les résultats qu'il a obtenus à l'évacuation précoce du pus. Il rapporte plusieurs faits qui mettent ce point en évidence.

J'ai traité, ajoute M. Broca, jusqu'ici neuf bubons par l'ouverture *prématurée* avec ou sans injection iodée, et dans aucun cas je n'ai vu survenir le moindre accident. La suppuration du tissu cellulaire, le décollement et l'ulcération de la peau ont été constamment évités. Une fois la guérison complète a été obtenue en quatre jours; trois fois en cinq jours; une fois en six jours, c'est-à-dire que plus de la moitié des bubons ont été guéris en moins d'une semaine, et je pense qu'aucune autre méthode n'a fourni d'aussi beaux résultats.

Dans les autres cas, la guérison a été moins prompte; elle s'est fait attendre 12 jours, 13 jours, 37 jours, et une fois enfin elle n'a été complète qu'au bout d'un mois et demi.

Dans ces deux derniers cas, la méthode a échoué en ce sens qu'elle n'a pas fait avorter le bubon; néanmoins elle a atteint son but, attendu que l'inflammation et la suppuration sont restées limitées aux ganglions.

Le traitement abortif que j'ai mis en usage, dit en terminant M. Broca, n'a pas la prétention de faire avorter à proprement parler le bubon; mais, en l'arrêtant à sa première période et empêchant le développement des complications qui lui donnent sa gravité, il en modifie entièrement la marche, il en abrége considérablement la durée, il transforme une affection sérieuse en une affection légère. On peut dire par conséquent que, s'il ne fait pas avorter l'*adénite*, il fait réellement avorter le *bubon*. (Commissaires : MM. Ricord, Gibert, Larrey.)

Découverte d'un second conduit pancréatique chez le bœuf. — M. le docteur Poinsot présente les pièces anatomiques relatives à la découverte d'un second conduit pancréatique. Il s'exprime en ces termes : En liant le conduit principal du bœuf, on dit que le suc pancréatique est inutile, puisqu'on trouve à peu près autant de graisse dans le chyle que dans l'état normal, comme si cette graisse pouvait s'y trouver par toute autre circonstance, et cela même indépendamment de celle qui se trouve dans les aliments.

Je désire appeler l'attention de l'Académie sur un fait ignoré jusqu'ici, fait ignoré non-seulement des médecins, mais des vétérinaires, qui, eux surtout plus que nous, doivent connaître l'anatomie exacte des animaux qu'ils sont appelés à traiter. Comme ce sont, du reste, sur ces animaux (chien, bœuf, cheval) qu'on fait le plus souvent des expériences, il est donc nécessaire de ne point méconnaître telle ou telle particularité qui pourra expliquer des faits qui, sans elle, pourraient être spécieux et entraîner des esprits peu convaincus sans doute, ou ceux qui n'ont point le temps de s'appesantir sur des questions qu'ils doivent cependant connaître.

Sur l'homme, le singe, le chien, le cheval, le lapin et la plupart des animaux supérieurs, on a trouvé deux conduits pancréatiques; sur les oiseaux, il y en a non-seulement deux, mais trois, quatre, cinq. Cette pluralité des conduits existe dans certains poissons, et principalement sur le turbot, chez lequel, avant M. Cl. Bernard, on ne soupçonnait point le pancréas. Ces conduits viennent se déverser dans un réservoir ayant assez la forme d'un bassinet; de ce réservoir, le fluide pancréatique pénètre dans l'intestin, non par une seule ouverture, mais par plusieurs petits pertuis.

Le nombre des conduits pancréatiques est essentiel à connaître; mais ce qui ne l'est pas moins, c'est la variété dans le mode de distribution de ces conduits. Ainsi, sur le mouton, le conduit principal vient se jeter dans le canal cholédoque, à égale distance de la naissance de ce canal et du point où il s'abouche dans l'intestin.

Sur deux pièces que j'ai déposées au Collége de France, dans la collection de M. le professeur Bernard, et que j'ai communiquées à la Société de biologie, j'ai trouvé un second conduit qui vient s'ouvrir également dans le canal cholédoque, dans l'un au-dessus du conduit principal, dans l'autre au-dessous. Sur la chèvre, le conduit principal s'abouche aussi dans le canal cholédoque, ainsi que M. Cl. Bernard s'en est assuré. C'est là, du reste, une règle générale chez ces deux animaux; tandis qu'on sait que cela n'arrive point pour l'homme, le chien, le cheval, etc. Sur le lapin et le chat, cependant, M. Bernard a vu le conduit secondaire s'ouvrir tantôt dans l'intestin, tantôt dans le canal cholédoque; ce serait même la règle générale pour le chat. C'est pour n'avoir point connu ce fait sur le chat, ou n'en avoir tenu au un compte, que Brodie a prétendu que la bile seule émulsionnait la graisse. Ce physiologiste, en liant le canal cholédoque du chat, liait du même coup le conduit pancréatique, et par là empêchait l'action du fluide pancréatique sur la graisse. Magendie, qui répétait cette expérience sur le chien, où les deux conduits sont séparés, arrivait à une conclusion toute opposée, et lui seul était dans le vrai.

Mais que trouve-t-on sur le bœuf? M. le docteur Béraud, prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux, qui a fait des recherches sur les conduits pancréatiques, m'avait assuré qu'il en avait trouvé deux sur le bœuf; le second conduit viendrait s'ouvrir dans l'intestin, à six ou huit centimètres du principal. J'étais désireux de vérifier cette assertion, et alors je fis des injections dans le conduit pancréatique principal qui vient s'ouvrir dans l'intestin à 30 centim. à peu près de l'ouverture du canal cholédoque, et je ne trouvai rien; alors j'eus recours à un moyen bien simple, et qui devait, selon que je le croyais du moins, me révéler un second conduit. Ce moyen consiste à adapter un tube de l'appareil Lacauchie au conduit principal, et après avoir ouvert l'intestin par le côté opposé à son attache au mésentère, et l'avoir parfaitement essuyé, à regarder si l'eau ne sourdra pas dans quelque point. Sur une dizaine de pancréas, je renouvelai en vain cette expérience, ce qui me donnerait à penser que le conduit trouvé par M. Bernard n'existerait point, ou du moins que le moyen que j'emploie, et qui pourtant est si sensible, ne serait point suffisant, ou bien encore que M. Bernard serait tombé sur une exception.

Dans des recherches précédentes, j'avais pu suivre par la dissection, sur un pancréas de veau, deux conduits excessivement ténus, jusque dans le canal cholédoque, où ils venaient se jeter. Alors, dans mes recherches avec l'appareil Lacauchie, j'ouvris non-seulement l'intestin, mais encore les canaux cystique et hépatique, ainsi que la vésicule biliaire, et je pus voir avec la plus grande netteté l'eau sourdre tantôt par un, deux, trois, quatre petits pertuis, à la naissance du canal cholédoque, là où les deux canaux cystique et hépatique se réunissent pour le former. En essuyant la surface de ces canaux, et en ouvrant et fermant alternativement le robinet de l'appareil, on voit immédiatement l'eau sourdre dans le point indiqué. Si on a soin de laisser de l'air dans l'appareil, cet air, chassé par l'eau, vient sortir par l'ouverture unique ou les ouvertures sous forme de bulles de la grosseur d'un grain de chènevis ou même d'un petit pois; ces bulles crèvent en rendant un bruit sec, et l'eau sort aussitôt. Mais si l'air et l'eau poussés par le canal de Wirsung sortent aussi facilement dans ce point du canal cholédoque, et là seulement, il est bien évident qu'il y a une communication directe entre les deux points extrêmes, et que cette communication ne peut être que le canal pancréatique. D'ailleurs, j'ai pu suivre ce canal sur un pancréas de veau jusque dans le canal cholédoque, et M. le professeur Bernard m'a dit qu'il avait suivi une fois une division du canal pancréatique qui venait se jeter, non pas dans le canal cholédoque, mais dans la vésicule biliaire elle-même.

J'ai du reste répété mes expériences samedi dernier, 6 septembre, devant la Société de biologie, et les membres de cette Société savante, ainsi que le président M. Rayer, en ont vérifié le résultat, et ont été frappés de la netteté, de l'évidence du fait que j'annonce.

Il y a donc chez le bœuf un conduit qu'on ne soupçonnait pas, et par conséquent un conduit qui permet au fluide pancréatique non-seulement de le déverser dans l'intestin, mais encore dans le canal cholédoque, et cela d'autant plus sûrement que le canal de Wirsung aura été lié avec plus de soin.

Je laisse aux savants qui m'écoutent le soin de tirer la conclusion de ce fait au sujet de certain mémoire qui a été communiqué à l'Académie de médecine, et où l'on prétendait montrer que le suc pancréatique était inutile pour l'émulsion de la graisse. Il est cependant une remarque que je ferai.

On a dit que la bile émulsionnait les graisses; l'a-t-on isolée du fluide pancréatique, qui, lui, l'émulsionne à n'en pas douter, et était-on suffisamment prévenu de ce fait que non-seulement le fluide pancréatique coule avec la bile, comme cela a lieu chez le lapin, le chat, mais plus particulièrement encore chez le mouton, la chèvre, le bœuf, puisque sur ce dernier animal il y a un second canal, ainsi que le prouvent les expériences auxquelles j'ai été conduit, et même ne pourrait-il pas se faire que le suc pancréatique fût mêlé à la bile dans la vésicule, et cela surtout chez le bœuf, puisque le second canal pancréatique vient s'ouvrir juste au point où la bile qui s'écoule par le canal hépatique passe dans le canal cystique pour aller s'accumuler dans la vésicule biliaire?

Je ferai remarquer, en outre, que dans la plupart des expériences où l'on recherchait l'action de la bile sur les graisses, on se servait de la bile de bœuf. (Commission nommée pour le travail de M. Colin sur le même sujet.)

— La séance est levée à cinq heures.

Nous avons reçu depuis assez longtemps déjà la lettre suivante de M. le docteur baron Heurteloup; l'abondance des matières ne nous a pas permis de l'insérer plus tôt :

Paris, 21 août 1856.

Monsieur le rédacteur,

Je n'ai pas demandé par ma lettre du 12 août dernier adressée à l'Académie de médecine, et comme le rapportent plusieurs journaux, particulièrement la *Gazette des Hôpitaux*, *à être admis à concourir pour le prix d'Argenteuil, et je ne me suis pas offert à faire des opérations devant la commission;* mais j'ai demandé respectueusement à l'Académie si, dans son amour du bien, elle ne voudrait pas déroger à son habitude, et donner le prix *aux faits de guérison* D'ABORD, et ne DÉLIVRER le prix au lauréat que lorsqu'il aurait obtenu les mêmes résultats *publiquement* et devant une commission.

Cette manière de faire prévenant tous les inconvénients qui pourraient faire dévier l'opinion relativement à des procédés importants qu'il est de mon devoir de sauver des conséquences de tout jugement erroné, ce n'est qu'à la condition de la voir adopter que je m'inscrirais pour le concours.

J'ai l'honneur, etc. Baron HEURTELOUP.

TIRAGE DU JOURNAL LA PRESSE.

Date de la fondation : 1er juillet 1836.

1836.	9,931.	Après six mois de fondation.	1846.	25,770.	
1837.	13,200.		1847.	32,300.	Opposition au ministère Guizot.
1838.	9,300.	Lutte contre la coalition Thiers, Guizot, Berryer, Ledru-Rollin	1848.	63,869.	Révolution de février.
1839.	9,550.		1849.	34,779.	
1840.	13,485.		1850.	21,479.	
1841.	13,485.		1851.	21,236.	
1842.	15,170.		1852.	18,837.	
1843.	16,092.		1853.	22,782.	
1844.	16,895.		1854.	34,770.	Tirage en 2 heures. 5 compositions.
1845.	22,971.	Agrandissement de format sans augmentation de prix.	1855.	42,646.	

Tirage de 1854.	34,775
— 1855.	42,646
Augmentation.	7,871

La *Presse* est le journal français qui tire le plus grand nombre d'exemplaires;

Il a tiré dans l'année 1855, qui vient de finir :

QUINZE MILLIONS trois cent cinquante-deux mille quatre cent quatre-vingt-dix-huit feuilles (15,352,498 feuilles),

Et payé au trésor public, pour droit de timbre :

UN MILLION deux cent vingt-six mille huit cent cinq fr. (1,226,805 fr.)

En 1854, il avait tiré *douze millions* quatre cent quarante-neuf mille cinq cent soixante-huit feuilles (12,449,568 feuilles), et avait payé au trésor public, pour droit de timbre, la somme de neuf cent quatre-vingt-seize mille sept cent soixante-quatorze francs (996,774 fr.)

Son tirage s'exécute au moyen de *cinq compositions* qui roulent simultanément sous cinq presses à quatre cylindres, exécutées par M. Hippolyte Marinoni.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 108. — SAMEDI 13 SEPTEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 108. — SAMEDI 13 SEPTEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De quelques cas récents de gangrène pulmonaire. Diagnostic et traitement.

L'auscultation et la percussion ne fournissent pas de signes particuliers pour la gangrène pulmonaire. Le défaut et l'incertitude des signes physiques ont moins d'importance qu'on ne leur en attribue, et sont moins regrettables qu'on ne paraît le croire au point de vue du diagnostic, en présence de la fétidité caractéristique de l'haleine et de l'expectoration, qui ne peut laisser à cet égard aucune incertitude. Enfin, la gangrène pulmonaire est une maladie moins grave qu'on ne le suppose généralement ; il est des circonstances, qu'il n'est pas toujours impossible de préciser d'avance, où elle est curable, et il existe par conséquent des indications thérapeutiques qu'il importe de ne pas perdre de vue.

Nous allons citer à l'appui de ces diverses propositions quelques faits de gangrène pulmonaire qui ont été récemment observés dans les hôpitaux de Paris.

Les personnes qui suivent la visite de M. Trousseau à l'Hôtel-Dieu ont pu voir pendant plusieurs mois, au n° 1 de la salle Sainte-Agnès, un homme qui a longtemps fixé l'attention des assistants et (beaucoup trop pour eux) celle de ses voisins de salle par l'odeur infecte qu'il exhalait à de certains moments.

Cet homme, âgé de cinquante et un ans, ne paraissait pas avoir eu autre chose jusque-là qu'une disposition aux catarrhes bronchiques, lorsqu'à la suite d'un rhume contracté vers la fin de l'année dernière il a été pris d'une toux qui n'a plus cessé depuis.

Entré vers le commencement de février dernier à l'hôpital, on s'est aperçu au bout de quelque temps de séjour qu'il rendait parfois une expectoration d'une teinte grisâtre, d'une extrême fétidité. Au bout d'un jour ou deux, cette fétidité disparut, et il ne restait plus qu'une odeur fade et comme mielleuse ; mais elle ne tarda pas à reparaître, et à dater de cette époque, à des intervalles de dix, douze à quinze jours au plus, cette fétidité reparaissait, durant chaque fois de vingt-quatre à quarante-huit heures. Le malade n'accusait d'ailleurs qu'un malaise général vague et un affaiblissement graduel sans douleurs ni symptômes bien précis ; il avait un mouvement fébrile très-modéré. L'auscultation, pratiquée fréquemment et avec la plus grande attention, ne révélait aucune lésion appréciable du poumon : ni râle, ni souffle, ni gargouillement ; en un mot, aucun signe de travail phlegmasique sourd ni de tuberculisation.

Questionné sur ses antécédents, cet homme assurait n'avoir jamais eu de pneumonie, et n'avoir jamais été traité pour aucune maladie de poitrine.

En présence de ces caractères négatifs d'une part, mais en considération surtout de cette fétidité énorme de l'expectoration et de son aspect grisâtre particulier, M. Trousseau diagnostiqua une gangrène pulmonaire ; et le malade, qui jusque-là avait pris de l'huile de foie de morue, fut mis à l'usage des inhalations balsamiques et du sirop de térébenthine à l'intérieur. Les inhalations étaient faites à l'aide de l'appareil dit de Richard. Le traitement consistait en deux inhalations par jour, chacune de quinze à vingt minutes de durée. Il prenait, en outre, pendant les vingt-quatre heures, 100 grammes de sirop de térébenthine dans une tisane pectorale. Sous l'influence de cette médication, l'état de la poitrine parut d'abord s'améliorer d'une manière sensible ; au bout de quelques jours, l'expectoration avait perdu de sa fétidité et de son abondance ; l'appétit était revenu. Cette amélioration fit un instant espérer une guérison possible, mais elle ne fut que momentanée. Bientôt la toux et l'expectoration recommencèrent de plus belle. On put reconnaître alors quelques signes stéthoscopiques qu'on n'avait point reconnus d'abord, mais qui n'ont rien de spécial à la gangrène, tels qu'un peu de matité et de souffle vers l'angle de l'omoplate du côté droit, et quelques râles gargouillants passagers ; il s'y joignit une diarrhée colliquative, et le malade, déjà épuisé par cette longue maladie, ne tarda pas à succomber.

A l'autopsie, on trouva, comme on l'avait prévu, une gangrène pulmonaire très-étendue. Un vaste foyer gangréneux existait à la partie postérieure et inférieure du poumon droit. Il n'y avait, du reste, aucune trace de pneumonie, soit aiguë, soit chronique, et point de tubercules, dont on avait été d'abord porté à soupçonner l'existence.

Un cas analogue a été observé récemment par M. Aran ; mais plus heureux que M. Trousseau, ou mieux servi par les circonstances, M. Aran a obtenu dans ce cas un très-heureux résultat de l'emploi du chlorure d'oxyde de sodium. Voici le fait :

Un homme de 49 ans, marchand ambulant, est entré le 19 décembre à l'hôpital Saint-Antoine, malade depuis quinze jours. Il avait été pris de toux, sans fièvre. Dès le lendemain de son séjour à l'hôpital, la fétidité de l'haleine se manifesta ; mais, au dire du malade, il aurait présenté cette même fétidité dix-huit mois auparavant, et l'aurait gardée douze jours.

A son entrée, on constate l'état suivant :

Amaigrissement médiocrement prononcé ; expectoration spumeuse, jaunâtre, liquide, exhalant, ainsi que l'haleine, une odeur gangréneuse des plus prononcées ; peau chaude ; pouls à 60.

La percussion fait reconnaître une diminution de la sonorité, depuis la clavicule droite jusqu'au quatrième espace intercostal ; augmentation de résistance à ce niveau. La respiration est forte et rude, avec expiration prolongée et crépitation diffuse, à partir de la clavicule droite.

M. Aran diagnostique une gangrène du poumon, et prescrit : julep avec 4 grammes de chlorure d'oxyde de sodium.

Ce traitement est continué sans interruption les jours suivants jusqu'au 16 janvier. Dans l'intervalle, l'auscultation a fait reconnaître une trace de gargouillement après la toux sous la clavicule droite. Dans l'intervalle également, et à partir des premiers jours de janvier, la fétidité diminue de jour en jour dans les crachats et dans l'air expiré. Cette amélioration se confirme de plus en plus, et le 22 janvier le malade quitte l'hôpital en bon état.

Ce malade est apporté de nouveau dans le service de M. Aran le 10 février (dix-neuf jours après sa sortie), avec tous les symptômes d'un tétanos, et il succombe dans la nuit du 11 au 12.

L'examen du cadavre confirma la guérison de la gangrène. On constata, en effet, à la partie postérieure et externe du lobe supérieur du poumon droit, une excavation pouvant loger un œuf de pigeon, tapissée par des parois membraneuses rougeâtres, et ne contenant ni liquide ni solide, n'exhalant aucune espèce d'odeur, et comme perdue au milieu d'un tissu brunâtre, extrêmement dur, qui constituait la presque totalité du lobe supérieur. A cette excavation aboutissait une grosse bronche dilatée comme les bronches voisines.

— De ces deux faits, différents par leur issue, mais assez semblables par leur marche et leur caractère, il est permis de tirer quelques conséquences cliniques qui ne sont pas sans importance.

Le premier fait qui en ressort, c'est la confirmation de la proposition que nous avons formulée en tête de cet article, savoir : que la gangrène pulmonaire ne se révèle par aucun signe stéthoscopique spécial ; mais, en revanche, ces deux observations donnent une nouvelle valeur au signe déduit de la fétidité caractéristique de l'haleine et de l'expectoration.

Une circonstance plus importante encore, dont ces deux observations fournissent chacune un nouvel exemple, c'est l'existence de la gangrène pulmonaire comme affection primitive ou d'emblée, c'est-à-dire indépendante de la phlegmasie des organes thoraciques, contrairement à l'opinion de Laennec, qui la considérait toujours comme une terminaison de la pneumonie. Il résulte, en effet, d'un grand nombre d'observations de gangrène pulmonaire recueillies depuis les travaux de Laennec, et que l'on trouve réunies dans l'excellent ouvrage de M. Bricheteau sur les *Maladies chroniques des organes respiratoires*, que si dans quelques cas effectivement, la gangrène peut être une terminaison de la pneumonie, dans la grande majorité des cas, au contraire, elle n'a aucun rapport avec une phlegmasie thoracique, et elle paraît devoir être attribuée à un état cachectique, peut-être à une altération des liquides ou à un état pathologique qu'il est possible de rapprocher de ceux qui donnent naissance à la pustule maligne, au charbon, etc.

Cette détermination étiologique, tout imparfaite et insuffisante qu'elle est, est loin d'être sans importance pour le pronostic et pour le traitement. La gangrène pulmonaire n'est pas toujours fatalement mortelle, quoique très-grave assurément ; elle l'est moins cependant qu'on n'est porté généralement à le croire. On trouve dans les auteurs plusieurs cas de guérison. M. Bricheteau, pour sa part, en rapporte même un assez grand nombre d'exemples dans l'ouvrage que nous venons de citer.

Or, dans quelles circonstances la gangrène pulmonaire est-elle curable, quand offre-t-elle moins de chances de curabilité ou n'en offre-t-elle même pas du tout ? C'est là ce qu'il importe de savoir. Nous avons dit que la gangrène est liée tantôt à une phlegmasie du poumon ou à la dégénérescence tuberculeuse, tantôt et plus souvent primitive. La connaissance de cette condition, jointe à celle de l'étendue de la gangrène, sert en effet de base au pronostic.

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Carte topographique et routière de la vallée de Montjoie et des environs des bains de St-Gervais en Savoie, par M. le Dr J.-F. PAYEN (1).

Les motifs qui déterminent les médecins à conseiller à leurs clients telle source minérale plutôt que telle autre, sont de plusieurs ordres. Le but thérapeutique à atteindre est sans contredit le premier ; c'est celui qui détermine l'espèce d'eaux minérales à prendre. Mais s'agit-il de choisir entre des sources de même nature, ou du moins analogues dans leur action, il en est alors des médecins comme des gens du monde, leur choix est subordonné à une foule de considérations d'ordre secondaire qu'il leur serait le plus souvent très-difficile de justifier autrement que par une préférence avouée, une sorte d'adoption. La source d'adoption de M. le docteur Payen est Saint-Gervais en Savoie. Notre érudit et aimable confrère a pour les eaux de Saint-Gervais un culte presque égal à celui qu'il a voué à la mémoire de Montaigne. De là cette série de travaux et de publications qui se succèdent annuellement, et dont l'ensemble constituera un jour un vrai monument de reconnaissance et d'admiration élevé aux naïades de cette localité.

En 1852, M. Payen publiait un premier article très-étendu sur ces eaux dans la *Gazette des Hôpitaux*. Cet article est devenu plus tard l'occasion d'un opuscule intitulé *Notice sur les eaux minérales de Saint-Gervais en Savoie*, avec vue et carte, publié en 1854. En 1855, il publiait dans le même journal ses recherches relatives à l'arsenic dans les eaux de Louesche, avant que l'existence de cette substance y eût été signalée.

M. Payen, continuant cette série d'études, vient de publier tout récemment une carte topographique et routière des environs des bains. C'est sur cette dernière publication que nous désirons appeler un instant l'attention de nos lecteurs.

Cette carte, au 56 millième, indique avec un grand détail tous les mouvements de cette contrée si accidentée, les cours d'eau, les routes jusqu'aux plus petits sentiers, et les hameaux et villages, jusqu'aux habitations isolées. Elle comprend l'espace dans lequel les baigneurs limitent leurs excursions, depuis les courses de quelques heures jusqu'aux tournées de deux ou trois jours.

M. Payen a eu la bonne fortune de trouver au dépôt de la guerre une carte préparée pour celle de l'état-major alors que la Savoie faisait partie de la France, carte relevée à l'échelle du 20 millième par les ingénieurs géographes et exécutée d'une manière on ne peut plus remarquable. Mais il ne s'en est pas tenu à ces précieux renseignements. Il a utilisé plusieurs séjours à Saint-Gervais pour les compléter et les accroître ; il a modifié les routes, les cours d'eau, rétabli les noms, etc., toutes les fois que quelque erreur avait été commise ou qu'il avait été fait quelque changement.

Des accessoires utiles complètent la *Carte topographique*, tel sont un plan très-détaillé des bains avec leurs dépendances, jardins, etc., jusqu'au village de Saint-Gervais ; un itinéraire de Genève jusqu'aux bains et à Chamouni ; enfin un tableau de l'élévation au-dessus de la mer d'un grand nombre de localités représentées sur la *Carte*.

En utilisant les loisirs de ses promenades annuelles à Saint-Gervais au profit des baigneurs et des nombreux touristes qu'attirent ces contrées, notre érudit confrère ne pouvait laisser échapper l'occasion de relever quelque inscription, de consigner quelque découverte archéologique. Il a transcrit sur l'une des marges de sa carte une inscription découverte depuis peu d'années à la Forclaz, et qui paraît destinée à éclaircir des faits topographiques et historiques importants ; elle restituerait, s'il faut en croire notre confrère, sa véritable importance jusqu'ici méconnue au territoire de l'une des plus célèbres colonies de l'Empire romain. Nous laissons la chose à décider aux archéologues.

La carte de M. Payen contribuera certainement à rendre plus agréable aux visiteurs de Saint-Gervais le séjour d'un pays qui offre déjà tant d'intérêt pour les naturalistes et tant de charmes pour les simples promeneurs. Aucune contrée de la Savoie n'a été représentée jusqu'ici sur une aussi grande échelle et avec une pareille fidélité.

(1) Chez Andriveau-Goujon, rue du Bac, 21, et chez P. Janet, rue Richelieu, 15. Cette carte se trouve également à Genève, chez MM. Wessel, Dubois, et chez Fontaine, hôtel du Mont-Blanc.

La gangrène est-elle due à une inflammation excessivement vive et aiguë du parenchyme pulmonaire, dont elle n'est qu'un mode de terminaison; succède-t-elle à une congestion sanguine intense du poumon, ou s'est-elle développée dans les parois d'une vomique ou même d'une caverne tuberculeuse, si elle est partielle et très-circonscrite, le malade pourra guérir du fait de la gangrène grâce à l'élimination successive du putrilage par l'expectoration, ainsi qu'on l'a plusieurs fois observé. Mais la gangrène s'est-elle développée spontanément chez un sujet déjà affaibli, cachectique et dont la constitution a été altérée de longue main par des maladies, des chagrins, par la misère et les privations, ainsi que cela a lieu le plus souvent; a-t-elle une marche chronique; se présente-t-elle surtout avec cet ensemble de symptômes généraux et ce caractère de septicité qui l'ont fait assimiler par M. Bricheteau au charbon ou à la pustule maligne, — le pronostic devra être, au contraire, extrêmement grave, la mort sera presque toujours certaine. Tel était, en particulier, le cas du malade de M. Trousseau; tel était aussi, à ce qu'il nous paraît, celui du malade de M. Aran; aussi cette circonstance donne-t-elle un grand intérêt au succès qu'a eu dans ce cas l'emploi du chlorure d'oxyde de sodium.

Du sclérème œdémateux des enfants nouveau-nés, et de son traitement par le massage et l'excitation musculaire.

Nous avons eu plusieurs fois, depuis une année environ, l'occasion d'être témoin des résultats vraiment remarquables que M. le docteur Legroux obtient dans son service de nourrices à l'Hôtel-Dieu par le mode de traitement qu'il a institué contre le sclérème des nouveau-nés. En ce moment même, on peut voir dans ce service trois enfants, vrais avortons, dont deux, si nous avons bon souvenir, sont nés avant terme, et qui, pris tous trois dès leur naissance de sclérème avec tous les signes d'une débilité générale extrême, ont été non-seulement guéris de leur sclérème, mais littéralement rappelés à la vie par l'emploi de la méthode dont il s'agit. Ces faits, qu'on eût pu croire peut-être exceptionnels dans le principe, et alors que la méthode ne comptait encore qu'un petit nombre de résultats en sa faveur, se sont multipliés depuis au point de ne plus laisser la moindre place au doute sur l'efficacité de ce traitement. Disons de suite en quoi il consiste.

Le massage et la respiration artificielle constituent la partie essentielle de ce traitement. Dès que le sclérème est reconnu, l'enfant est immédiatement soumis aux manipulations du massage, consistant à pétrir entre les mains les parties sclérémateuses, et à la respiration artificielle, provoquée par des pressions latérales de la poitrine.

Sous l'action du massage, on voit rapidement la peau passer de la teinte cyanique à une nuance rosée; le froid glacial est remplacé par une douce chaleur. En même temps les parties perdent de leur dureté et s'assouplissent sous la main. Guidé, en outre, par l'influence qu'exercent les mouvements de la main sur le jet du sang dans l'opération de la saignée, M. Legroux fait concourir au massage et à la respiration artificielle des mouvements de flexion et d'extension des membres, et du tronc lui-même, dans le but d'activer la circulation dans les grosses veines et d'éveiller la contractilité musculaire, si nécessaire à la respiration.

Cette opération, dont la durée est de quelques minutes, est répétée six à huit fois dans les vingt-quatre heures, suivant la gravité du cas. L'enfant est ensuite enveloppé d'ouate chaude et replacé dans le lit de sa mère. L'allaitement maternel est rigoureusement exigé comme condition essentielle et concourant manifestement au succès du traitement. Dans le cas où la faiblesse de l'enfant est telle qu'il ne peut même exécuter les mouvements de succion et de déglutition, il est nourri au moyen de la sonde œsophagienne, mais toujours avec le lait de la mère, qu'on lui fait passer ainsi à mesure qu'il vient d'être trait.

L'un des trois petits enfants dont nous venons de parler a été soustrait de cette manière à une mort certaine, grâce à l'ensemble de ces moyens dirigés par M. Legroux avec un soin extrême.

Il ne sera pas inutile, pour la parfaite intelligence des manœuvres et pour l'appréciation de leurs effets, de rapporter avec détail quelques observations. Voici en quels termes M. Legroux racontait lui-même ses premières tentatives à la Société médicale des hôpitaux :

C'est pendant le courant de l'hiver dernier et durant la période la plus rigoureuse de la saison, alors que les cas de sclérème sont fréquents dans les hôpitaux, qu'il a eu les premières occasions de mettre en œuvre cette méthode de traitement. C'était vers le mois de novembre dernier; un enfant nouveau-né présentait un sclérème très-accusé; les jambes étaient gonflées et dures; ses bras également, principalement à leur partie interne; il avait une coloration violacée générale, la peau froide; son cri était faible et presque éteint; la faiblesse générale était extrême. M. Legroux prit les deux jambes dans ses mains, les massa méthodiquement de plus en plus fort, et toujours en cherchant à faire refluer les liquides des extrémités vers le centre.

Peu à peu les tissus devinrent plus souples, moins résistants, la coloration moins violette, le cri de l'enfant plus fort. Il exerça alors une pression alternative sur le ventre et sur la poitrine, pour favoriser les mouvements respiratoires. Il continua ainsi le massage sur les membres pendant plusieurs minutes. L'assouplissement augmentait progressivement, ainsi que la force des cris de l'enfant, l'ampleur des mouvements respiratoires, la disparition de la couleur violette, et quand il le quitta, l'enfant était déjà dans un état bien plus satisfaisant. Il ne cessa que pour faire donner à teter à l'enfant, après avoir recommandé de recommencer le massage cinq ou six fois dans la journée, et de lui faire prendre un ou deux bains aromatiques chauds.

Le lendemain l'amélioration était très-grande; l'enfant avait repris de la force, il tetait, ne criait plus; le sclérème avait disparu; la respiration était ample, la coloration parfaite; en un mot l'enfant était guéri.

Quelque temps après, trois nouveaux cas se présentèrent. Un enfant fut trouvé le matin avec les jambes et les pieds très-tuméfiés, durs, violacés, extrêmement faible, ne tetant plus et poussant des cris à peine accentués. Le massage fut commencé, et au bout de quelques minutes les membres étaient ramollis, rosés, les cris plus forts, les mouvements mieux marqués et la peau moins froide; on recommença la même opération cinq ou six fois dans la journée; l'enfant prit le sein de sa mère; le lendemain matin, il était très-bien, et au bout de quelques jours il était complétement guéri.

Les deux autres enfants étaient deux jumeaux, garçon et fille, tous deux extrêmement faibles, aussi peu développés que s'ils étaient nés à huit mois, quoique venus à terme. La fille fut prise la première; elle avait les jambes et les avant-bras tuméfiés et durs, toute la peau était froide et violette; absence de tous cris et impossibilité de prendre le sein. Le massage fut pratiqué de bas en haut en refoulant les liquides; peu à peu les membres s'assouplirent, l'enfant commença à crier de plus en plus fort, la coloration devint rosée, la respiration était plus forte, les mouvements plus libres. Le lendemain, il tetait; l'œdème avait à peu près complétement disparu, et le jour suivant la guérison pouvait être considérée comme complète.

Le petit garçon présentait les mêmes symptômes que la fille; on fit le massage méthodique comme chez elle, et, à mesure qu'on le prolongeait, on voyait la vie revenir avec la coloration normale et l'assouplissement des membres.

Le lendemain au soir, l'enfant allait parfaitement bien, il tetait; mais, le traitement ayant été interrompu pendant la nuit, on le trouva le lendemain matin suivant avec les pieds un peu œdématiés, durs, le teint ardoisé et ne criant plus. On recommença le massage; au bout de peu de temps, les cris revinrent de plus en plus fort, la respiration se fit plus librement; on fit la pression alternative sur la poitrine et sur le ventre; la coloration violacée disparut, les membres s'assouplirent, la chaleur revint, et dès le soir même il n'y avait plus d'œdème; l'enfant tetait, respirait librement, et était en très-bon état.

A l'époque où M. Legroux communiquait ces faits à la Société médicale des hôpitaux, c'est-à-dire en janvier dernier, il comptait déjà six ou sept succès de ce genre, et pas un seul cas d'insuccès. Nous ignorons si depuis il a été aussi constamment heureux; mais ce que nous pouvons affirmer, c'est que nous avons vu plusieurs applications toujours couronnées du même succès, et que les trois petits enfants à l'occasion desquels nous avons cru devoir appeler l'attention des médecins sur cette méthode peuvent être considérés comme trois nouveaux exemples très-remarquables de son efficacité.

Tumeur fibreuse de la rétine.

Jusqu'à ces derniers temps, on comprenait indistinctement toutes les tumeurs profondes de l'œil sous la dénomination de cancer du globe oculaire ou d'exsudations plastiques. Les rapides progrès effectués en ophthalmologie dans ces derniers temps, grâce à l'ophthalmoscope et au microscope, devront modifier cette manière de voir, et conduiront sans nul doute à reconnaître et à diagnostiquer dans ce groupe d'affections des tumeurs de diverse nature.

L'observation suivante, qui nous est communiquée par M. S. Métaxas offre un cas très-remarquable de tumeur fibreuse de la rétine que nous croyons unique jusqu'à présent dans les annales de la science; nous pensons donc qu'il sera utile de l'enregistrer ici.

Un homme de soixante-dix-neuf ans, d'une constitution faible et d'un tempérament lymphatique, est admis comme aliéné à l'hospice de Bicêtre, dans le service de M. Moreau (de Tours), le 1er août 1856. Il meurt le 10 à dix heures du matin, et son corps est immédiatement transporté à l'amphithéâtre.

Vingt-quatre heures après la mort, on peut constater les lésions suivantes :

L'œil droit est sain; l'œil gauche offre d'une manière générale, à l'aspect extérieur, quelque chose de terne, d'opaque. La convexité de la cornée est à l'état physiologique; aucune déformation, aucune tache ne s'y fait remarquer. En regardant de côté le globe oculaire, on voit la chambre antérieure considérablement diminuée selon le diamètre antéro-postérieur. La face postérieure de la cornée est saine; pas de synéchie antérieure. L'iris présente cette teinte verdâtre particulière à l'inflammation chronique de ce diaphragme. La pupille est complétement oblitérée. On incise transversalement l'iris dans toute sa largeur avec les plus grandes précautions, de peur d'atteindre la capsule; malheureusement on ne peut arriver à ce but par suite des adhérences intimes multipliées entre la face antérieure de la capsule et la face postérieure de la membrane (synéchie postérieure). Une pression légère opérée avec les doigts sur le globe oculaire fait sortir le cristallin par l'ouverture pratiquée à l'iris. Cette lentille opaque, à sa périphérie, offre à son centre une dureté remarquable et une opacité non moins grande, signes non équivoques de cataracte mixte.

Il est difficile de constater l'état du corps vitré, mais il est extrêmement probable qu'il y a synchysis étincelant, car la portion qui touche à la rétine offre une grande quantité de cristaux de cholestérine, faciles à reconnaître avec le microscope.

Voici maintenant quel était l'état de la membrane rétinienne. A la face antérieure est une tumeur d'un blanc sale, dure au toucher comme du cartilage. Sa forme est pyramidale; son sommet est tourné en avant, sa base tournée en arrière. Le volume de cette base offre en hauteur 5 millimètres, et en largeur 10 millimètres. Une ligne menée du sommet au centre de la base présente une longueur de 14 millimètres; elle est située immédiatement en dedans et un peu en bas de la pupille du nerf optique, qu'elle envahit en outre complétement sans la dépasser en dehors. Très-intimement adhérente à la rétine, avec laquelle elle fait corps, elle s'avance jusqu'aux insertions antérieures de cette membrane. La moitié externe de la rétine est décollée de la choroïde et repliée au devant de la tumeur. La choroïde est entièrement saine par sa face externe; elle adhère fortement avec la rétine au niveau de la

---

Quant à l'exécution graphique de cette carte, elle en fait un véritable objet d'art. Ç'a été notre première impression en la voyant; mais nous n'aurions peut-être pas osé l'énoncer aussi formellement si nous n'y étions autorisé par des personnes très-compétentes, par des ingénieurs à qui nous avons eu l'occasion de la montrer. B...

Hygiène de la peau; cosmétiques (1).

Il est un préjugé des plus répandus et par cela même des plus redoutables, c'est que les meilleurs cosmétiques sont, pour la plupart, ceux qui reconnaissent pour base ou du moins pour principe actif les acides végétaux, quelle que soit du reste leur proportion dans les préparations qui leur servent d'excipients. De là l'énorme quantité, qui s'accroît tous les jours, de ces vinaigres dits de toilette, dont l'abus est devenu général, et finira, si l'on ne trouve moyen de s'y opposer, par produire les plus désastreux résultats sur la santé publique. Le plus simple raisonnement, les connaissances les plus élémentaires quant à la structure intime de la peau suffisent pour apprécier la justesse des observations que l'expérience a suggérées sur ce sujet à M. le docteur Christophe, auteur du petit mais important travail que nous avons sous les yeux.

Voici en deux mots la pensée dominante du livre de notre savant confrère.

La peau est un crible traversé par des vaisseaux absorbants et exhalants. Les premiers prennent sans relâche aux milieux ambiants des matériaux de composition; les seconds rejettent au dehors des matières sécrétées ou des matériaux ayant servi à l'organisme. Disons, en passant, que la plupart, sinon tous les liquides rejetés par cette voie, sont acides, preuve évidente de la répulsion qu'a l'organisme pour cette classe de principes.

Enfin, le tégument externe est recouvert d'une substance onctueuse, grasse, destinée à le lubréfier, à le maintenir souple et doux au toucher, à le préserver du contact des agents extérieurs nuisibles, et auquel on a donné le nom de *smegma*. Ce corps précipite par les acides qui le décomposent.

Or, nous le demandons, est-il un raisonnement plus illogique que celui qui conduit à offrir pour cosmétiques des préparations dont l'élément est l'agent le plus diamétralement opposé à l'entretien et à la conservation du précieux enduit qui protége le corps humain? Le résultat de cet emploi des vinaigres, c'est une altération profonde de la surface de la peau, une désorganisation de l'épiderme, et l'apparition de ces rides prématurées qui déparent de si bonne heure les plus charmants visages, lorsque les imprudentes qui font usage de ces substances corrosives ont persévéré quelques années dans leur application journalière.

La première condition d'un bon cosmétique, c'est de se rapprocher le plus possible de la composition du smegma de la peau; et dans la partie pratique de son travail, le docteur Christophe donne la préférence la plus absolue, la plus exclusive, à une nouvelle découverte d'un habile chimiste, M. Rochon, qui, sous le nom d'*orientine*, prépare un cosmétique à base légèrement alcaline, parfaitement en harmonie avec la composition de l'enduit cutané, et qui, loin d'être en rien susceptible d'altérer les fonctions de la peau, favorise, au contraire, l'exhalation cutanée et la transpiration insensible, si importante à la conservation d'une santé régulière.

Nous recommandons à nos lecteurs l'étude de ce consciencieux travail. Dr PETIT.

---

(1) L'*Hygiène de la peau*, par M. le Dr Christophe. Brochure in-8°, prix, 20 cent. — Chez M. V. Rochon aîné, 23, boulevard Poissonnière.

tumeur, et dans toute l'étendue de cette tumeur offre un épaississement très-remarquable de 2 millimètres au moins, et une coloration grisâtre. Elle ne peut être séparée que par déchirement.

L'examen microscopique de la tumeur est fait par M. Dézeneaux, interne du service de M. Després, et très-familier avec les recherches microscopiques. En voici le résultat décrit par lui-même.

« Comme élément de cette tumeur, j'ai trouvé un tissu fibreux sous forme de petits faisceaux larges de 1 millimètre, solidement unis entre eux par de la matière amorphe, transparents, et ne se décomposant nettement en fibrilles que sur les bords. Entre ces faisceaux étaient irrégulièrement disséminés des myelocytes entièrement analogues à ceux qui entrent dans la structure de la rétine à l'état sain, assez nombreux pour représenter le dixième environ de la masse totale de la tumeur. Ils affectaient la forme de noyaux ovoïdes de 6 millimètres, sans nucléoles, mais remplis en partie de très-fines granulations élémentaires. Enfin la tumeur renfermait encore une quantité considérable de larges cristaux de cholestérine. Je n'y ai pas trouvé de vaisseaux. »

Il est facile de se convaincre, en jetant les yeux sur les différents traités d'ophthalmologie publiés depuis Scarpa, qu'aucune espèce de tumeur de ce genre n'avait encore été signalée.

Scarpa n'en fait aucune mention et ne parle que de l'hypertrophie.

M. le professeur Nélaton et M. Sichel, dans leurs ouvrages sur les maladies des yeux, parlent d'exsudations plastiques à la surface interne de la rétine et de l'hypertrophie de cette membrane.

M. Desmarres, dans son excellent traité (p. 694, 1re édition), dit n'avoir jamais vu que des taches concaves de couleur opaline, jaunâtre, claire, présentant çà et là quelques élévations et formées par des fausses membranes. Il est extrêmement probable que l'occasion seule leur a manqué pour constater ce fait. C'est ainsi que la scléro-choroïdite postérieure, cette remarquable affection, qui est loin d'être rare, et si positivement niée par plusieurs célébrités chirurgicales et pourtant démontrée par M. Desmarres au point de vue clinique, n'a pu encore être démontrée sur le cadavre par l'habile ophthalmologiste.

EMPLOI DU SILICATE ET DU BENZOATE DE SOUDE

unis aux préparations d'aconit et de colchique,

DANS LE TRAITEMENT DE LA GOUTTE, DE LA GRAVELLE, DU RHUMATISME CHRONIQUE ET GOUTTEUX, DU CATARRHE VÉSICAL, DE LA SCIATIQUE ET DE PLUSIEURS NÉVRALGIES;

Par MM. le docteur J. Socquet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et J. Bonjean, pharmacien à Chambéry.

(Extrait d'un mémoire présenté à l'Académie de médecine le 29 août 1856.)

MM. Socquet et Bonjean, dont on connaît les utiles travaux en thérapeutique, ont communiqué dans l'une des dernières séances de l'Académie de médecine le résultat des recherches qu'ils ont faites en commun sur l'emploi d'un nouveau mode de traitement des affections goutteuses et rhumatismales par l'association du silicate et du benzoate de soude avec les préparations d'aconit et de colchique. Bien que ce travail soit soumis en ce moment à l'examen d'une commission de l'Académie, nous croyons utile néanmoins d'en publier immédiatement un extrait, afin d'appeler le contrôle des praticiens sur une méthode de traitement qui se présente sous la garantie de deux noms honorablement connus.

Nous laissons parler les auteurs :

L'ensemble des moyens que nous venons proposer aux praticiens, et que nous désignons sous le nom générique de *préparations dialytiques* (1), nous semble appelé à rendre de grands services dans ces affections qui, sous diverses dénominations, se rattachent toutes de près ou de loin à une diathèse analogue.

1° La goutte des articulations;

2° La sciatique goutteuse et rhumatismale;

3° La goutte des viscères (névralgies de l'estomac, des intestins, de la tête);

4° La goutte des reins enfin (néphrite goutteuse), en admettant l'identité complète de nature entre les concrétions articulaires des goutteux et la gravelle.

PREMIÈRE PARTIE. — TRAITEMENT.

Le traitement doit reposer sur les principes suivants:

1° Détruire l'excès d'acide urique, et dissoudre les urates qui existent dans l'économie;

2° Modifier la diathèse, c'est-à-dire la prédisposition qui tend à reproduire ces corps.

Le traitement se divise en interne et externe.

1° *Traitement interne.* — Les médicaments qui entrent dans la composition des deux formules que nous avons adoptées pour l'usage interne (pilules et sirops), ont été choisis parmi ceux qui possèdent au plus haut degré la faculté de décomposer l'acide urique ou les urates, de les expulser hors de l'économie afin d'en prévenir le renouvellement au sein de nos humeurs. Ces substances sont le silicate de soude, le benzoate de soude, le colchique et l'aconit.

On peut en résumer le mode d'agir dans les trois propositions suivantes:

1° Le silicate de soude facilite l'élimination de l'acide urique, et son influence peut aller jusqu'à rendre même les urines alcalines. En outre, par son action tonique sur les fonctions digestives, et sa vertu diurétique, ce sel l'emporte de beaucoup sur les carbonates de soude ou de potasse, qui donnent leurs principales propriétés aux eaux minérales alcalines tant vantées, avec raison, dans les affections graveleuses, rhumatismales, goutteuses et névralgiques. Ce sel, que l'on retrouve d'ailleurs dans plusieurs eaux minérales vantées contre les maladies rhumatismales et goutteuses, a été, de la part de M. le docteur Pétrequin, le sujet d'expérimentations très-intéressantes, consignées dans un mémoire sur les eaux minérales alcalines.

Nous sommes heureux de pouvoir nous appuyer aussi sur l'expérience personnelle de M. le docteur Dubouloz, médecin à Montmeillan (Savoie), qui paraît avoir le premier employé dans sa pratique le silicate de soude provenant du laboratoire de l'un de nous, et le liniment éthéré; il doit à cette médication de belles et nombreuses cures.

2° Le benzoate de soude que renferment les pilules et le sirop dialytiques, transforme l'acide urique en un autre acide (hippurique) dont les combinaisons sont extrêmement solubles, tandis que celles de l'acide urique ne l'étaient presque pas. Le médicament, en modifiant ainsi la partie d'acide qui aurait pu échapper à l'action du silicate de soude, contribuera donc aussi, pour sa part, à en diminuer notablement la quantité.

3° Le colchique entraînera promptement par la voie des urines le reste de l'acide urique que pourrait encore contenir le sang.

4° L'aconit agit spécialement sur l'élément douleur.

2° *Traitement externe.* — Les frictions, considérées en elles-mêmes et faites avec douceur, ont déjà une grande utilité lorsqu'il s'agit de calmer les souffrances et d'activer la résolution des engorgements. Leur efficacité devient encore plus grande si elles sont pratiquées avec des substances qui leur ajoutent leur propre action calmante et résolutive. Tels sont les principes qui nous ont guidés dans les combinaisons des agents qui composent nos liniments. Ainsi, les essences hydro-carbonées, et en particulier celles de thérébentine et de naphte, ont été employées, même seules, avec avantage, soit contre les sciatiques, soit contre les douleurs articulaires; et en les mélangeant, comme nous le faisons, avec une huile fixe chargée des parties actives de quelques plantes narcotiques, nous avons réuni dans une seule préparation tous les avantages que présentent séparément les essences et les stupéfiants.

Quant à l'éther acétique, qui entre dans la formule de notre second *liniment dialytique*, son action calmante dans les douleurs des articulations a été depuis longtemps parfaitement reconnue. Uni comme il l'est ici aux préparations d'aconit et d'arnica, il opère encore avec plus d'énergie.

3° *Médication adjuvante.* — La médication adjuvante a pour but de venir en aide, de prêter un secours non interrompu, mais doux, à celle plus active que fournissent nos préparations internes et externes. Elle se compose de plantes dites dépuratives. Nous avons formulé quatre de ces préparations, et nous conseillons de les alterner de semaine en semaine, pour éviter que l'habitude ne vienne à en émousser l'action si l'on se bornait à une seule de ces tisanes. L'on sait, en effet, que c'est une loi de la vie d'affaiblir l'activité des médicaments, même les plus énergiques, si l'on n'a pas l'attention d'en varier les préparations après un certain laps de temps. Or, cette insensibilité à l'action de nos tisanes serait bien vite acquise si l'on se bornait à une seule d'entre elles. Il est donc très-important d'en changer rapidement la composition pour obtenir une action dépurative non interrompue pendant tout le temps de leur administration.

En résumé, les *préparations dialytiques* constituent des remèdes qui ont la propriété :

1° De dissiper les fluxions arthritiques;

2° De résoudre les engorgements et les concrétions (rhumatisme, goutte, gravelle);

3° D'enlever les douleurs névralgiques ou rhumatismales.

Les *préparations dialytiques* s'emploient avec avantage dans les circonstances suivantes :

1° Rhumatisme chronique;

2° Rhumatisme goutteux;

3° Goutte chronique;

4° Catarrhe vésical chronique;

5° Gravelle (surtout celle d'acide urique, la plus commune de toutes);

6° Névralgies rhumatismales;

7° Sciatique;

8° Pleurodynie.

Dans les cinq premiers cas, on emploie le traitement complet, savoir : les deux liniments, les pilules et le sirop; dans les trois derniers, les liniments seuls peuvent quelquefois suffire.

Souvent le *liniment bitumineux* seul suffit dans les névralgies; en cas contraire, on l'alterne avec le *liniment éthéré.*

Pendant le traitement, on doit avoir soin d'éviter l'usage des acides en aliments et en boissons.

DEUXIÈME PARTIE. — CHIMIE ET PHARMACIE.

MM. Socquet et Bonjean attachent une grande importance à la bonne préparation des composés qui forment leur traitement, les textures et les extraits, entre autres, n'ayant pas toujours le degré d'efficacité des plantes qui les ont fournis.

Voici les procédés et les formules qu'ils font connaître dans le mémoire qui nous occupe :

1° *Préparation du silicate de soude.*

Silice pure.	1 partie.
Carbonate de soude pur et desséché.	2 —

Après avoir mêlé ces substances d'une manière bien intime, on introduit le mélange dans un creuset en terre réfractaire qui ne doit être chargé qu'à demi, et l'on soumet le creuset à l'action d'une chaleur forte et soutenue dans un fourneau à réverbère. La matière commence à devenir pâteuse, puis elle se liquéfie après un fort coup de feu. Au bout d'un certain temps de fusion, on coule sur une pierre polie, et on laisse refroidir. On obtient ainsi un premier produit consistant en une masse amorphe, d'une saveur franchement alcaline, et d'une couleur qui varie du gris clair au brun, suivant la pureté des matières employées.

Le silicate est mis en poudre, puis traité par l'eau bouillante, qui ne le dissout qu'en partie. Les liqueurs filtrées et concentrées laissent déposer un sel mal cristallisé, que l'on reprend par l'eau à 100 degrés; cette nouvelle dissolution, filtrée et suffisamment rapprochée, fournit enfin du silicate de soude dans l'état de pureté désirable. Ce silicate se dissout très-facilement dans l'eau : la dissolution, traitée par un acide faible, laisse précipiter de la silice pure sous forme de gelée blanche.

2° *Préparation du benzoate de soude.*

Le benzoate de soude se prépare tout simplement en saturant l'acide benzoïque par du carbonate de soude cristallisé et bien pur, l'un et l'autre dissous dans une suffisante quantité d'eau. La liqueur étant filtrée, on la concentre par l'évaporation à une douce chaleur, et on laisse cristalliser.

Le dépôt, s'il n'est pas très-blanc, est repris par l'eau bouillante, et le liquide, filtré et rapproché de nouveau, fournit de beaux cristaux blancs de benzoate de soude. Ces cristaux sont en belles aiguilles blanches qui s'effleurissent à l'air. Il faut s'assurer que ce sel, fourni par le commerce, est exempt de tout mélange frauduleux.

Le benzoate de soude doit être préparé avec l'acide benzoïque retiré du *benjoin*, et non avec l'acide benzoïque produit par la distillation de la houille. Le premier de ces acides a pour caractères essentiels de se volatiliser entièrement sous l'influence d'une faible chaleur, et de se dissoudre en grande proportion dans l'eau et l'alcool bouillants.

3° *Pilules dialytiques.*

Silicate de soude.	25 grammes.
Extrait hydro-alcoolique de colchique.	15 —
— — d'aconit napel.	30 —
Benzoate de soude.	50 —
Savon médicinal.	30 —

Faites une masse bien homogène pour être divisée en mille pilules qu'on fera drager en rose après une dessiccation *complète*, pour en faciliter la conservation.

La dose est de une, d'abord, puis deux, trois et quatre par jour, moitié le matin et moitié le soir.

4° *Sirop dialytique.*

Silicate de soude.	600 grammes.
Benzoate de soude.	300 —
Sirop de gomme.	10 kil.

Faites dissoudre séparément le silicate et le benzoate dans suffisante quantité d'eau chaude; filtrez et mêlez les deux dissolutions au sirop, que l'on concentre ensuite jusqu'à 30 degrés bouillants.

Dose : une à deux cuillerées à café par jour, dans un verre de tisane dépurative.

5° *Liniment dialytique bitumineux.*

Naphte pur.	80 grammes.
Huile narcotique (1).	15 —
Huile volatile de térébenthine. . .	5 —

Mêlez, agitez de temps en temps, et filtrez après quelques heures de repos.

Ce liniment est d'une belle couleur verte, il doit être limpide et sans dépôt.

6° *Liniment dialytique éthéré.*

Éther acétique.	80 grammes.
Teinture alcoolique d'aconit napel.	15 —
— — d'arnica (racine).	5 —

Mêlez et filtrez. Ces liniments s'emploient surtout en frictions; parfois on peut en mettre une compresse, ou même en prendre un bain local à l'aide d'une enveloppe en caoutchouc ou en taffetas gommé.

---

(1) De *dialuo*, je dissous, je détruis, je disperse.

(1) L'huile narcotique employée dans ce liniment doit être préparée de la manière suivante :

Feuilles sèches de belladone.	de chaque, 100 grammes. huile d'olive, 5 kilog.
— d'aconit napel. . .	
— de nicotiane. . .	
— de jusquiame. . .	
— de ciguë. . . .	
— de stramoine. . .	

Ces plantes étant réduites en poudre grossière, on les humecte peu à peu avec de l'eau chaude, de manière à les réduire en bouillie épaisse. Après vingt-quatre heures de contact, on ajoute l'huile, on fait macérer huit jours sur des cendres chaudes, en agitant souvent le mélange. On passe avec expression, et on filtre ensuite. Cette huile est très-active; sa couleur est d'un beau vert.

Médication adjuvante. — Tisanes dépuratives.

a. Tisane de saponaire, douce-amère et réglisse.

b. Tisane des quatre bois sudorifiques et réglisse.

c. Tisane de fumeterre, patience et réglisse.

d. Tisane de feuilles de frêne et de buglosse, avec racine de fraisier.

On alterne l'usage de ces tisanes de semaine en semaine.

Purgatifs.

L'expérience a démontré qu'il convient par intervalles (une ou deux fois par mois) de purger soit avec le bochet purgatif de Lyon, soit avec le sulfate de soude ou de magnésie, associés avec de la manne. Telle était la pratique du grand Sydenham, qui recommandait cette médication adjuvante.

CORPS ÉTRANGER DANS LES VOIES AÉRIENNES expulsé spontanément après un séjour de dix-huit mois,

Par M. le docteur Hamont (de Fresnay).

A l'occasion d'un fait que nous avons publié il y a quelque temps, et dans lequel il s'agissait d'un individu qui, dans un tentative de suicide, avait avalé une balle qui ressortit spontanément après un séjour de dix-huit jours dans les bronches, M. le docteur Hamont nous communique le fait suivant, qui s'est passé dans sa clientèle.

Appelé le 5 juin auprès d'un enfant de cinq ans et demi, je le trouvai dans l'état suivant : pouls petit et fréquent; dyspnée; toux fréquente, crachats purulents. Le petit malade accuse depuis quelques jours une vive souffrance vers la région sous-épineuse du scapulum gauche. Ronchus pulmonaires; matité dans toute la partie latérale et postérieure du poumon gauche. Tumeur fluctuante hypocardiaque. Ouverture de l'abcès, d'où jaillit un flot de pus offrant les mêmes caractères que les matières expectorées. — Potion vomitive.

Le 7, à ma visite, on me présente un fragment de péricarpe de marron parfaitement conservé, recouillé sur l'un de ses bords, affectant une forme irrégulièrement triangulaire, et offrant, suivant ses plus grandes dimensions, une étendue de 0,02 sur 0,01. Le petit malade l'avait rejeté la veille dans les efforts du vomissement.

Les parents, questionnés par moi, se rappelèrent alors que dix-huit mois auparavant l'enfant avait avalé ce corps étranger dans un moment de terreur subite. A partir de cette époque, sa santé, primitivement robuste, s'était un peu altérée; son haleine était devenue courte, les moindres efforts provoquaient chez lui une toux parfois assez intense pour déterminer des vomissements.

Le 29 novembre précédent, je lui avais donné des soins pour une affection pneumonitique, dont le point de départ venait de m'être révélé.

La présence de ce corps étranger avait finalement déterminé un abcès du poumon en un point voisin de l'origine de la bronche gauche, ainsi que la percussion et l'auscultation ne tardèrent pas à me le déceler. Ce même corps étranger enfin, devenu libre de toute adhérence, avait été entraîné au dehors avec le pus et le détritus du poumon.

Une vaste caverne, de forme irrégulièrement triangulaire, présentant dans ses plus grands diamètres 0,075 sur 0,06, occupait la fosse sous-épineuse, lieu où s'étaient manifestées les premières douleurs accusées par l'enfant : son tympanique; pectoriloquie; voix amphorique; tintement métallique. Tout autour de cette immense spéie, dans une étendue de 0.04 environ; matité, souffle bronchique, bronchophonie. Il y avait, en outre, pyopleurie manifeste. Pouls, 120.

Mellite iodé n° 1 (s. m. f.). Je fais en outre respirer quatre ou cinq fois par jour au petit malade, à l'aide d'un appareil à inspirations, mon éther iodé (iode, 1 gram., éther, 10 gram.), que je préfère à la teinture, à cause de sa plus grande diffusibilité; boissons abondantes; entretien de la fistule, etc.

Sous l'influence de ce traitement, le 11 juin la caverne affectait une forme irrégulièrement circulaire, dont le diamètre était réduit à 4 centimètres. La matité péripséique était encore, comme par le passé, de 4 centimètres. Il n'y avait plus rien dans la plèvre; le pouls était descendu à 100 pulsations; l'état général était aussi satisfaisant que possible.

Je concevais déjà une légère lueur d'espoir de sauver ce petit malade, quand, à quelques jours de là, j'appris que les parents, cédant à d'absurdes insinuations, trop souvent écoutées par les crédules habitants de nos campagnes, avaient confié les jours de leur enfant à un ignorant guérisseur. J'ignore les moyens que ce dernier mit en usage; je sais seulement que le petit malade succomba le 14 juillet.

Si l'on considère l'amendement rapide survenu à la suite des moyens mis en usage au début de la maladie, on peut se demander si, par l'emploi d'un traitement rationnel, on n'aurait pas eu quelques chances, malgré la gravité de la lésion, d'éviter cette terminaison funeste?

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 20 août 1856. — Présidence de M. Chassaignac.

CORRESPONDANCE.

M. le professeur Langenbeck (de Berlin) adresse une lettre de remercîments à l'occasion de sa nomination d'associé étranger.

— M. le docteur Bourguet (d'Aix), qui avait adressé au mois de novembre 1855 un travail *sur la luxation du bras*, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant. Sa lettre est accompagnée de la liste des travaux qu'il a publiés. (Renvoi à M. Morel-Lavallée, rapporteur de la commission.)

— M. le docteur Michon écrit pour obtenir un congé.

— M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. le professeur Riberi (de Turin), membre associé étranger, le recueil des divers travaux qu'il a publiés. M. Larrey donne ensuite lecture d'une lettre dans laquelle le professeur de Turin adresse des remercîments à l'occasion de sa nomination.

— La Société reçoit les ouvrages suivants :

Mémoire sur la dilution du sang par l'éther sulfurique soufré comme moyen préventif et curatif du choléra, par M. le docteur A. Roux.

Le fascicule IV de la traduction des *Eléments d'histologie humaine de Kolliker*, par MM. Béclard et Sée.

Le fascicule III des *Annales de médecine et de chirurgie* de Prague.

Du cancer de la langue (thèse inaug.), par M. H. Robert.

— M. Verneuil lit au nom de M. le docteur Mavel (d'Ambert) une observation intitulée *Fonte spontanée rapide de la cornée sans inflammation préalable, suite de débilitation générale par alimentation insuffisante.* (Voir le numéro précédent.)

M. Verneuil. On se rappelle que dans l'intéressant travail qu'il a publié dans le premier volume de nos *Mémoires*, M. Gosselin a cité un fait analogue emprunté à Hewson. Ce qui est remarquable, c'est qu'en trois années notre confrère ait eu l'occasion de réunir trois cas semblables.

RAPPORT.

M. Gosselin lit le rapport suivant sur un travail de M. le docteur Fleury, intitulé *Mémoire sur les kystes des bourses.*

M. Fleury (de Clermont) nous a adressé pour obtenir le titre de membre correspondant un travail intitulé *Des kystes des bourses*, et nous avons été chargés, MM. Michon, Lenoir et moi, de vous en rendre compte. L'auteur commence par s'étonner que cette maladie n'ait pas été décrite, ou du moins qu'aucun fait analogue à ceux dont il a été témoin ne lui ait été signalé par ses maîtres; ensuite il rapporte ces faits, qui sont au nombre de trois, et dont voici le résumé :

Un premier malade se présente à M. Fleury avec une tumeur du scrotum qui a, quelque temps auparavant, été traitée comme une hydrocèle; elle n'offre plus aujourd'hui les caractères de cette maladie, mais ressemble plutôt à un sarcocèle. Le chirurgien fait une ponction exploratrice; un liquide rouge s'écoule sans que la tumeur diminue beaucoup. M. Fleury propose la castration, qui est refusée. Le malade retourne chez lui; mais une inflammation vive se développe, une suppuration abondante et fétide ne tarde pas à se faire jour par la piqûre, des symptômes généraux graves arrivent : c'est alors que le malade se décide, et que la castration est pratiquée.

En examinant la pièce, M. Fleury a trouvé une cavité assez petite, limitée par une membrane très-épaisse, d'aspect fongueux, et en partie composée de feuillets superposés. Comme le testicule, au lieu de proéminer dans cette cavité, était confondu avec un des points de la paroi, l'auteur en conclut qu'il s'agissait d'un kyste de nature inconnue.

Dans un second fait, le malade avait également été opéré d'hydrocèle par la teinture d'iode; une récidive avait ramené le malade à l'hôpital au bout d'un mois. Une ponction simple fut alors pratiquée, et donna issue à un liquide coloré en rouge. Une nouvelle reproduction ne tarda pas à avoir lieu, ce qui décida M. Fleury à recourir au procédé de l'incision. Cette opération donna issue à un liquide coloré en rouge, et permit de reconnaître que la membrane d'enveloppe était très-épaisse, et que le testicule ne proéminait pas dans la poche. « Je m'explique alors, dit M. Fleury, l'insuccès des deux premières opérations; ce n'est pas une hydrocèle, mais un kyste des bourses, que porte le malade. »

Dans une troisième observation, il s'agit d'une tumeur liquide pour le diagnostic de laquelle l'auteur a été moins embarrassé, parce que le testicule se sentait distinctement au-dessous d'elle; la ponction donna issue à de la sérosité sanguinolente, et fut suivie d'une injection iodée. L'auteur fait alors observer avec raison que ce phénomène, qui l'a frappé, c'est-à-dire la possibilité de sentir le testicule distinct de la tumeur liquide, est un précieux moyen de diagnostic pour les tumeurs enkystées de cette région, et il termine son travail par des considérations pleines de justesse sur la valeur de ce caractère.

Tel est en substance le travail de M. Fleury. Vous admettrez sans aucun doute avec lui que son troisième malade avait en effet une de ces hydrocèles enkystées péri-testiculaires, que les auteurs n'ont guère décrites au commencement de ce siècle, et qui étaient encore peu connues à l'époque où M. Fleury a fait ses études à Paris. Aujourd'hui ces sortes d'hydrocèles, que les chirurgiens anglais ont bien fait connaître, sont devenues presque vulgaires dans la plupart des cliniques. On sait que les unes renferment un liquide séreux ordinaire, les autres un liquide contenant des spermatozoïdes, et que tous ces kystes primitivement séreux peuvent à la suite d'une contusion, ou même sans cette circonstance, se transformer en kyste sanguin, ou hématocèle enkystée, comme cela paraît avoir eu lieu sur le malade de M. Fleury, et la possibilité de sentir le testicule distinct de la tumeur est un signe pathognomonique sur la valeur duquel nous avons tous entendu M. Velpeau se prononcer depuis longtemps.

Faut-il blâmer M. Fleury, chirurgien estimé et fort instruit d'ailleurs, de n'avoir pas connu ces recherches, qui sont postérieures à ses études classiques? Votre rapporteur ne le pense pas. Il comprend qu'un praticien occupé puisse laisser échapper les faits consignés et épars dans des recueils périodiques; il en conclut seulement que ces faits ont besoin de se vulgariser davantage et d'être rendus plus accessibles à la majorité des chirurgiens.

Quant à l'affection présentée par les deux premiers malades, votre commission regrette de n'avoir pas trouvé de plus amples détails sur l'opinion et l'interprétation de l'auteur. Selon lui, il s'agissait de kystes; oui, sans doute, si l'on entend par ce mot une tumeur dans laquelle une membrane de nouvelle formation sert de limite au liquide, car il est probable que cette membrane de nouvelle formation existait. Mais nous aurions voulu avoir l'opinion de M. Fleury sur la question de savoir si la membrane kystique dont il s'agit doublait une cavité anormale comme elle, ou une cavité normale, c'est-à-dire la poche séreuse de la région; M. Fleury ne s'occupe pas spécialement de ce sujet; mais, comme il fait ressortir l'absence de saillie du testicule dans cette poche, il nous paraît en induire que la membrane en question limitait une cavité accidentelle. Or nous ne partageons pas cette interprétation, parce que nous avons vu un certain nombre de maladies de la tunique vaginale dans lesquelles le testicule était ainsi refoulé vers la paroi postérieure de la poche, et ensuite parce que sur la première pièce, qu'il a examinée à loisir, l'auteur n'a pas trouvé de cavité séreuse normale.

Tous ceux d'entre vous, messieurs, qui auront observé des cas de ce genre n'hésiteront pas à admettre avec nous que chez ces deux malades la poche ouverte par M. Fleury n'était autre que la tunique vaginale remplie de liquide sanguinolent et doublée par une fausse membrane de nouvelle formation, que l'on peut avec raison considérer comme une membrane kystique.

Ici encore votre commission se gardera bien de critiquer M. Fleury parce qu'il n'a pas apprécié de cette façon ses deux observations. Elle adresserait plus volontiers ses critiques aux chirurgiens et aux auteurs qui ont servi de maîtres ou de guides à M. Fleury, et qui ne lui ont pas enseigné sur ce sujet, si simple pourtant, des idées justes et vraies. Ouvrez les traités de chirurgie, les faits de ce genre y sont présentés dans les anciens à l'occasion de l'hydrocèle, dans les plus modernes à l'occasion de l'hématocèle. Or, un esprit sévère comme M. Fleury peut-il se faire à l'idée qu'un malade est atteint d'hydrocèle quand le liquide est du sang, et quand il est circonscrit par un kyste accidentel épais? Peut-il, d'un autre côté, considérer comme une hématocèle pure, et conséquemment comme une tumeur exclusivement liquide, une collection limitée par des couches membraneuses épaisses, dont la présence donne à la maladie des caractères propres et une marche clinique toute spéciale? Non, il a manqué à M. Fleury et à tous les hommes qui appartiennent à la même génération, une description de la vaginalite pseudo-membraneuse, et la Société ne pourrait les blâmer de ne pas savoir ce qui ne leur a pas été appris par leurs maîtres, savoir : que la séreuse testiculaire devenait souvent le siége d'une inflammation spontanée ou traumatique qui donnait naissance tout à la fois à une exhalation de liquide et à des fausses membranes sur le feuillet pariétal; que ces fausses membranes se vascularisaient comme partout ailleurs, mais que leurs vaisseaux, à l'époque où les parois en étaient encore fragiles, se laissaient facilement déchirer pendant les ballottements habituels de la région, et versaient du sang dans la cavité. Si on leur avait ajouté que les kystes ainsi formés devenaient le siége d'inflammation grave lorsqu'on les exposait à l'air, et à cause de cela ne devaient pas être ponctionnés sans qu'auparavant tout fût prêt pour une opération ultérieure, M. Fleury n'eût pas exposé, comme le font encore trop de chirurgiens, ses premiers malades aux suites sérieuses, et qui auraient pu être plus dangereuses encore, de la ponction exploratrice. Probablement enfin, si ces détails lui avaient été connus, l'auteur eût pu faire la décortication, qui eût laissé le testicule intact, au lieu de la castration. Votre rapporteur, enfin, ne peut se plaindre d'avoir une occasion de plus de montrer combien les opinions qu'il défend depuis plusieurs années (1) méritent d'être prises en considération, et il espère qu'en les exprimant de nouveau aujourd'hui par l'intermédiaire de la Société de chirurgie, elles frapperont davantage l'attention des chirurgiens qui n'ont pu se tenir au courant de recherches nouvelles non encore devenues classiques.

Si votre commission n'avait pas les bonnes raisons qui viennent d'être indiquées pour accueillir favorablement la demande de M. Fleury, elle trouverait des appuis suffisants à sa candidature dans les autres publications de ce chirurgien, notamment dans l'observation intéressante de fracture du rocher qu'il a envoyée à la Société de chirurgie en 1854; dans son mémoire récent sur le goître cystique; dans les souvenirs qu'il a laissés parmi nous comme interne distingué des hôpitaux de Paris; dans la position éminente qu'il occupe à Clermont, où il est tout à la fois chirurgien en chef et professeur de clinique, et enfin par la réputation honorable qu'il s'est acquise.

A tous ces titres, nous vous proposons :

1° De déposer dans les archives le travail de M. Fleury;

2° De nommer M. Fleury membre correspondant de la Société.

Le vote est renvoyé à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Larrey présente une tumeur qu'il a enlevée après avoir soumis le malade à l'examen de la Société, et fait de cette tumeur l'exposé suivant. (Voir le numéro précédent.)

M. Houel a vu plusieurs exemples analogues, où les tumeurs n'étaient adhérentes ni aux os ni aux muscles, et pouvaient être énucléées, comme dans l'observation de M. Larrey.

M. Chassaignac rappelle qu'il a présenté un malade affecté d'une énorme tumeur fibro-plastique de la cuisse. C'était la troisième tumeur qu'il enlevait sur ce malade. Aujourd'hui la guérison locale est obtenue, mais il existe des altérations viscérales. Il est remarquable que le système ganglionnaire ne participe nullement à l'affection.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Desormeaux.

Par arrêté du 6 septembre, M. Wièger, agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé conservateur des collections de ladite Faculté.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité élémentaire de physiologie humaine, contenant les principales notions de la physiologie comparée; par J. Béclard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. Deuxième édition, considérablement augmentée. Un très-fort volume in-8° de 1,130 pages, avec 203 figures intercalées dans le texte. Prix, 12 fr., rendu franc de port dans toute la France. — A Paris, chez Labé, libraire.

Etudes sur les mœurs médicales du XVII° siècle. — Théophraste Renaudot. — Par le docteur Félix Roubaud. Edition de bibliophile, tirée à 330 exemplaires seulement, dont : 300 sur papier jésus anglais' 3 fr.; 30 sur papier anglais fort, numérotés de 1 à 30, 5 fr. — A Paris, chez Dentu, libraire-éditeur, galerie d'Orléans, Palais-Royal.

(1) *Mémoires sur l'épaississement pseudo-membraneux de la tunique vaginale. (Archives, 4e série, t. XXVII.)*

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 109. — MARDI 16 SEPTEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 109. — MARDI 16 SEPTEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 15 septembre 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

Le nombre et l'étendue des communications que l'Académie a reçues dans cette séance nous mettent dans la nécessité de renvoyer une partie du compte rendu à un autre numéro, et de nous borner ici à une simple mention pour chacune d'elles. Nous commencerons par exprimer le regret que l'abondance des matières ne nous ait pas permis de reproduire en entier le rapport de M. de Quatrefages sur le goniomètre de M. Jacquart, dont il a fait un très-juste éloge. Bien que l'objet de ce rapport n'ait qu'indirectement trait aux matières dont nous nous occupons plus spécialement ici, on aurait lu avec intérêt les considérations générales sur les divers procédés de mensuration de l'angle facial connus jusqu'ici dans la science, qui ont servi au savant rapporteur à motiver sa préférence pour celui qu'a imaginé M. Jacquart, et dont l'application lui paraît destinée à faciliter les études anthropologiques et à les rendre encore plus précises.

Dans l'ordre des sciences accessoires à la médecine, nous signalerons la présentation que M. Dumas a faite de deux thèses sur le même sujet, l'origine de l'urée dans l'économie, soutenues toutes deux devant la Faculté de médecine de Strasbourg, l'une par M. Béchamp et la seconde par M. Picard. D'après l'appréciation de l'illustre académicien, ces deux thèses résolvent un point de physiologie qu'il avait cherché lui-même à élucider dans le temps, et qui demandait encore de nouveaux faits et de nouvelles expériences avant d'être définitivement admis dans la science. Ce point, c'est la transformation directe de l'albumine ou des produits azotés analogues en urée, démontrant que ce produit organique est simplement éliminé par les reins et non produit de toute pièce par ces organes, comme on l'a cru longtemps. Nous avons entendu avec plaisir les éloges mérités que M. Dumas a adressés à cette occasion à la Faculté de Strasbourg pour la savante direction qu'elle imprime aux études de ce genre.

M. J. Cloquet a présenté un nouveau médicament extrait d'un arbre de la Chine, et qui paraît doué de propriétés thérapeutiques très-utiles dans le traitement des diarrhées et des dyssenteries. Les chimistes nous diront quelle est la composition de cette substance, et les médecins ce qu'il faut penser de ses propriétés médicatrices.

Enfin, M. Bonnet (de Lyon) a donné de vive voix à l'Académie des explications sur les perfectionnements qu'il vient d'apporter à la *pneumatométrie* (expression qu'il préfère à celle de *spirométrie*), en appropriant à l'évaluation de la quantité d'air expiré dans un temps donné le compteur à gaz modifié en raison de cette nouvelle destination.

Après ces diverses communications des membres de l'Académie, il nous reste à mentionner deux mémoires, l'un de M. Brown-Séquard, l'autre de M. Landouzy, sur des questions actuellement à l'étude.

En réponse à la note de M. Gratiolet, M. Brown-Séquard rapporte une série d'expériences entreprises dans le but de prouver que la lésion directe du péritoine, de la face concave du foie, des reins, et de diverses autres parties voisines des capsules surrénales, n'entraîne jamais la mort d'une manière aussi immédiate et aussi rapide que la lésion des capsules. C'est une réponse à l'objection que M. Gratiolet s'était cru fondé à déduire de ses propres recherches contre les conclusions du premier travail de M. Brown-Séquard.

Le second mémoire, celui de M. Landouzy, a trait à la question de la valeur stéthoscopique de la respiration amphorique dans la pleurésie. A cause de l'étendue et de l'importance de ce travail, nous en publierons un extrait dans un des prochains numéros. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert (de Lamballe).

Fistule vésico-vaginale. Trois opérations. Guérison.

Agathe C..., âgée de vingt-trois ans, modiste, demeurant à Constantine (Algérie), entre dans le service de clinique de M. Jobert, salle Saint-Maurice, n° 11, le 7 janvier 1856. Cette femme est d'une assez forte constitution, et habituellement bien portante.

Réglée à l'âge de seize ans, et mariée à seize ans et demi, elle devint enceinte trois ans après, et continua à jouir d'une excellente santé pendant tout le temps de sa grossesse. Elle accoucha vers le milieu de l'année 1852, naturellement, d'un enfant assez petit, venu à terme et se présentant par la tête. Rien de particulier à noter pour les suites de couches.

Les règles revinrent au bout de quatre mois et continuèrent régulièrement jusqu'à la seconde grossesse.

Agathe devint enceinte pour la seconde fois dans le courant du mois d'octobre 1854, et n'éprouva aucun symptôme anormal pendant le temps de sa grossesse. Le 14 juillet 1855, vers deux heures de l'après-midi, elle ressentit les douleurs de l'enfantement. Ces douleurs, très-violentes, revenant tous les quarts d'heure, durèrent jusqu'au lendemain, et le 15, dans la soirée, la sage-femme rompit la poche des eaux, dont la quantité, dit la malade, était considérable. On administra du seigle ergoté, et les douleurs continuèrent.

Malgré la persistance des douleurs, comme l'accouchement ne se faisait pas, un chirurgien militaire fut mandé le lendemain 16 juillet. Il appliqua deux fois le forceps, mais sans résultat. Un autre chirurgien militaire ne fut pas plus heureux dans les deux applications de forceps qu'il fit.

M. Courtois, chirurgien de l'hôpital de Constantine, fut appelé ; il appliqua deux fois le forceps, mais il ne put pas, plus que les deux autres, terminer l'accouchement par ce moyen. Il songea alors à l'embryotomie ; et n'ayant pas d'instrument convenable, il se servit d'un long couteau de cuisine pour détacher la calotte crânienne de l'enfant. Ne pouvant l'amener tout entier au dehors par des tractions exercées sur la tête, tant avec les doigts qu'avec des crochets, M. Courtois administra encore du seigle ergoté, et le lendemain 17 juillet, à sept heures du matin, notre femme accoucha d'un enfant très-volumineux, du sexe masculin. Cet enfant était mort depuis deux jours, à ce que disent les médecins.

Tels sont les renseignements fournis par la malade, et qui ont été confirmés, pour les principaux détails, par une lettre adressée par M. Courtois à M. Jobert.

La délivrance eut lieu six heures après l'accouchement. Il n'y eut pas de fièvre de lait. Le liquide qui s'écoulait du vagin était noirâtre, fétide, mais la malade n'a jamais vu sortir de détritus.

Agathe C... n'avait pu uriner pendant tout le temps de son accouchement, et il avait été impossible de la sonder. Aussitôt après la délivrance, elle expulsa une assez grande quantité d'urine qui passa goutte à goutte ; mais la malade ne peut pas dire par où le liquide passait ; ce n'est qu'au bout de quinze jours que l'on s'est aperçu que le liquide s'écoulait par le vagin.

En outre, la malade ne sentait plus le besoin d'uriner, et depuis cette époque elle ne peut plus retenir ses urines dans quelque position qu'elle se trouve, assise, debout ou couchée.

Elle a été sondée trois fois quelque temps après son accouchement ; l'urine rendue était claire et limpide.

Les règles ont cessé de paraître aux époques habituelles ; elles n'ont été remplacées par aucune hémorrhagie ; mais tous les mois la malade éprouve des douleurs dans le bas-ventre analogues à celles qu'elle avait habituellement pendant la menstruation.

Aucun traitement chirurgical n'a été fait. On s'est borné à des bains de siége, des injections d'extrait de Saturne, de décoction de tête de pavot, et enfin à des frictions avec une pommade d'extrait de Saturne et de belladone.

Le 11 janvier, M. Jobert (de Lamballe) examine la malade et constate l'état suivant :

1° Les parties génitales externes sont inondées d'urine ; les poils sont réunis. Il existe un érythème des grandes et petites lèvres et jusque sur les fesses. Il y a même des ulcérations. Les follicules sont enflammés.

2° Au fond du vagin, on aperçoit de l'urine et du pus.

3° Sur différents points, il existe des ulcérations, par exemple à l'entrée du bulbe. Toutes ces parties sont baignées par du pus.

4° La sonde est serrée dans l'urètre.

5° Derrière le bulbe est une ouverture arrondie, d'un rouge vif, par où suinte l'urine ; elle s'avance même un peu sur le bulbe. Trois sondes de femme peuvent être introduites dans la fistule, qui se présente sous forme d'une ouverture irrégulièrement arrondie, et dans laquelle la muqueuse vésicale vient former un bourrelet. Le doigt indicateur pénètre dans l'intérieur de la fistule avec facilité.

6° Le vagin est irrégulier, rétréci en arrière, de sorte qu'il n'y a plus de col de l'utérus, et qu'à sa place on sent deux petits tubercules. La vessie a diminué beaucoup de calibre. La paroi antérieure du vagin a diminué beaucoup de longueur.

Le 18 janvier, première opération.

La malade est placée sur le bord du lit, les jambes écartées, pliées sur les cuisses et celles-ci sur le bassin.

La paroi recto-vaginale est fortement déprimée à l'aide du spéculum univalve, et les petites lèvres écartées à droite et à gauche par des leviers.

Les bords de la fistule sont saisis avec des pinces à dents, et ravivés au moyen des ciseaux et du bistouri. Trois points de suture sont appliqués. L'écoulement de sang n'a pas été considérable. Deux incisions sont faites pour relâcher les tissus. Une injection d'eau froide est poussée dans le vagin. Un tampon d'amadou y est introduit.

Une sonde est placée dans la vessie.

La malade est reportée à son lit ; on lui place des coussins sous les jarrets, les jambes étant écartées.

Le soir, il n'y a pas de fièvre ; l'urine qui s'écoule par la sonde est sanguinolente. Pas de douleurs de ventre. Le tampon d'amadou est retiré.

Le 19, l'état général de la malade est bon ; pas de réaction fébrile, pas de douleurs de ventre. L'urine est toujours un peu teinte de sang.

Le 22, les fils sont coupés. Tout paraît être en assez bon état.

Le 6 février, un peu d'urine dans le vagin, cicatrice rosée. Presque toute la plaie, sauf un petit point, est réunie.

Le 8, la sonde ayant été bouchée, l'urine n'a pu couler la nuit ; je sonde la malade le matin, et je retire un grand verre d'urine.

Le 11, encore un petit point rouge à l'endroit où se trouvait la fistule.

La malade sent l'envie d'uriner, et même elle peut conserver ses urines.

On la sonde dans la journée. On lui met la sonde à demeure pendant la nuit.

Le 12, la malade ne pouvant pas supporter la sonde, on la laisse uriner seule ; dans le jour, elle n'a pas perdu d'urine, mais la nuit elle a mouillé son lit.

Le 13, un peu d'urine au fond du vagin ; on aperçoit sur la ligne médiane la cicatrice, qui est encore faible. On place une sonde à demeure.

Le 18, un peu de muco-pus au fond du vagin ; la cicatrisation est complète ; les lèvres de la plaie sont bien réunies ; le tissu cicatriciel est comme rentré vers la vessie. Il n'y a plus d'érythème des parties génitales externes.

Le 22, on retire la sonde.

Il y a un peu d'urine au fond du vagin. La réunion est complète. On voit à l'endroit où existait la fistule une cicatrice transversale. La malade sent bien l'envie d'uriner. Elle n'a pas perdu d'urine pendant la journée ; et a uriné cinq fois par jet ; mais la nuit elle a encore mouillé son lit.

Le 23, la malade a uriné cinq fois ; la vessie contenait un verre d'urine environ chaque fois. Le lit n'a pas été mouillé dans la journée ; il l'a été la nuit, mais moins que la veille. Elle a uriné trois fois durant la nuit.

Le 28, la malade s'est levée et a perdu ses urines ; elle n'a pas éprouvé l'envie d'uriner, et perd ses urines même lorsqu'elle est couchée.

Le 29, examen au spéculum : cicatrice rosée à l'union du col de la vessie avec l'urètre, en arrière du bulbe ; il existe sur la ligne médiane un petit bouton rouge. De chaque côté, sur les parois du vagin, on voit également deux cicatrices de couleur rosée.

L'urètre est grand et un peu échancré. — Cautérisation au nitrate d'argent du petit bouton rouge.

L'envie d'uriner s'est fait sentir pendant le jour, et le lit n'a pas été mouillé ; il n'en a pas été de même pour la nuit.

Le 3 mars, urine au fond du vagin. Il reste un petit pertuis en avant de la cicatrice. — Cautérisation au nitrate d'argent ; la sonde est placée à demeure dans la vessie.

Le 14, un peu de liquide trouble au fond du vagin ; il existe un petit point rouge sur la cicatrice. — Cautérisation au nitrate d'argent. On retire la sonde.

La malade a uriné seule dans la journée ; presque toute l'urine passe par l'urètre, une ou deux gouttes par la fistule. Il a été perdu très-peu d'urine pendant la nuit.

Le 18, urine au fond du vagin ; encore un petit pertuis que l'on cautérise au nitrate d'argent, et, pendant qu'on le cautérise, on voit manifestement suinter un peu d'urine. La malade n'a pas perdu d'urine dans le jour, mais elle en a perdu la nuit.

Les jours suivants, le même effet se produit.

Du 24 mars au 1er mai, cinq nouvelles cautérisations sont pratiquées. La malade ne cesse pendant tout ce temps de perdre un peu d'urine.

Le 23 mai, après avoir bien constaté de nouveau l'existence du petit pertuis par lequel s'échappe l'urine, une seconde opération est pratiquée comme la première ; mais elle n'amène pas de résultat satisfaisant, malgré plusieurs cautérisations au nitrate d'argent.

Le 22 juillet, troisième opération.

La malade placée dans la position habituelle, les bords de la fistule

sont ravivés. Deux points de suture sont placés. Une injection d'eau froide est poussée dans le vagin ; un tampon d'amadou est introduit ; une sonde est placée dans la vessie. Le tampon est retiré le soir.

Le 24, douleurs de ventre très-vives.

Le 25, la sonde est retirée. Le ventre est douloureux ; quelques nausées ; vomissements ; fièvre. Dans la soirée, il y a un peu d'écoulement d'urine sanguinolente. — 25 sangsues sont appliquées sur le ventre.

Le 26, mêmes symptômes du côté de l'abdomen ; constipation. — 25 sangsues ; fomentations sur le ventre.

Le 30, les symptômes abdominaux sont un peu calmés ; la malade n'a pas perdu d'urine. On pratique le cathétérisme, et les fils sont retirés.

Le 1er août, la malade n'a point perdu d'urine ; elle a bien senti l'envie d'uriner.

Le 17, elle se lève sans perdre d'urine.

Le 27, pas d'urine dans le vagin ; un peu de muco-pus. Une sonde introduite dans la vessie laisse écouler une assez grande quantité d'urine citrine.

La vessie a pris un développement considérable, surtout dans sa paroi supérieure. Les parties génitales sont sèches.

Sur la paroi vésico-vaginale, il y a un rayonnement qui se fait d'arrière en avant et de bas en haut, au-dessus du bulbe.

A l'endroit où existait la fistule se voit une ligne transversale. Sur les côtés du vagin, il y a deux cicatrices blanches qui vont jusqu'au bulbe.

Derrière l'urètre on voit une cicatrice transversale, trace de l'incision faite pour relâcher les tissus.

Derrière le bulbe, on remarque enfin un point comme déprimé ; c'est une cavité avec du tissu cicatriciel blanchâtre.

La sonde introduite dans la vessie laisse écouler une assez grande quantité d'urine, et rencontre sur la paroi inférieure une saillie produite par la cicatrice.

La malade se lève ; elle urine deux ou trois fois pendant la nuit et trois ou quatre fois pendant le jour.

Le fait qui vient d'être exposé est un nouvel exemple de fistule vésico-vaginale affectant le col de la vessie. Sa forme ronde est certainement un obstacle à un rapprochement complet de toute la circonférence ravivée, et voilà pourquoi je conseille de lui donner, pendant le ravivement, la forme allongée.

Cependant si la réunion n'a été complète qu'à la troisième opération, il ne faut pas croire que ce résultat soit dû à la forme de la fistule ; on se tromperait singulièrement. Cela a tenu à d'autres circonstances. La malade, en effet, a été loin d'être docile et soumise aux prescriptions. Tantôt elle retirait la sonde, et tantôt elle se mettait sur les genoux en conservant l'algalie dans la vessie.

D'un autre côté, si une observation peut prouver l'inefficacité de l'application rationnelle du nitrate d'argent sur l'ouverture fistuleuse, c'est sans contredit celle-ci.

En lisant cette observation, on sera frappé de la facilité avec laquelle le liquide urinaire traversait cette ouverture presque imperceptible. Un stylet gros comme un cheveu la traversait à peine. Elle a été d'abord garnie d'un petit bourgeon, et plus tard elle a été cachée au milieu du tissu cicatriciel. On a pu voir que chaque fois que la fistulette était touchée avec l'azotate d'argent, l'urine suintait de suite dans le vagin. L'action du caustique ne manque jamais de produire cet effet, et on peut le regarder comme un moyen diagnostique propre à faire découvrir le pertuis accidentel. Autant de temps que ce pertuis a persisté la malade n'a pu conserver ses urines, et le besoin d'uriner ne s'est pas fait sentir, excepté dans les circonstances rares où du mucus l'oblitérait momentanément.

Comme on l'a vu par le résultat, la cicatrice est légèrement rentrée vers la vessie, c'est-à-dire que dans celle-ci il existe à ce niveau un léger relief que rencontre la sonde pendant le cathétérisme, et une légère dépression vaginale y correspond.

Depuis que la continuité est rétablie dans la cloison vésico-vaginale, la vessie fait parfaitement l'office de réservoir, et la malade ressent le besoin d'uriner chaque fois que de l'urine est accumulée dans son intérieur. Les envies d'uriner sont cependant un peu plus fréquentes que dans l'état normal ; sans aucun doute parce que la poche urinaire conserve encore une certaine susceptibilité à l'action du liquide irritant qui est sans cesse versé dans sa cavité.

Depuis sa sortie de l'hôpital, cette malade s'est promenée dans Paris sans avoir jamais perdu une goutte d'urine et conservant ses parties génitales parfaitement sèches. On a pu être frappé du changement de sa physionomie, qui respire maintenant le contentement et la satisfaction.

HOTEL-DIEU DE TOULOUSE. — M. Dassier.

Tremblement mercuriel.

Observation recueillie par M. Guitard, professeur suppléant et chef de clinique.

Pierre A..., âgé de quarante-quatre ans, étameur de glaces, entré le 26 décembre 1855, est couché au n° 58 de la salle Notre-Dame.

D'un tempérament lymphatique nerveux et d'une impressionnabilité très-grande, il a d'abord été menuisier, et raconte qu'à l'âge de seize ans jusqu'à vingt ans, il a éprouvé des attaques de nerfs, selon ses expressions, et qu'il ne peut caractériser suffisamment. A vingt ans, il prit une blennorrhagie qui dura six mois, malgré un traitement régulier et rationnel. Six ans après il contracta la gale, qu'il soigna par la pommade à l'iodure de soufre.

Depuis quinze ans déjà il avait changé sa profession de menuisier pour celle d'étameur de glaces, lorsqu'à l'âge de trente-cinq ans il employa une plus grande quantité de mercure pour perfectionner un étamage. Trois jours après survint une stomatite compliquée d'aphtes nombreux et suivie de la chute de quatre dents. Vers cette même époque, et à peine rétabli de cet accident, il fut vivement impressionné par la diminution de son salaire, et quelques jours après survint un tremblement général qui augmenta peu à peu. Le traitement par les bains froids le fit cesser dans l'espace de quinze à vingt jours. Dès ce moment, quoique toujours occupé dans le même atelier, il toucha moins souvent le mercure, et n'eut plus à souffrir aucun accident, soit entéralgie, soit tremblement. Il y a huit mois, voulant travailler pour son compte, il se remit à manier ce métal, et dans le mois de décembre les tremblements reparaissent d'abord aux membres supérieurs, puis aux membres pelviens, et enfin dans tout le système musculaire.

Le jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu, 26 décembre, le malade a maigri beaucoup, il a bon appétit cependant, et ses digestions se font assez bien ; il n'éprouve ni céphalalgie ni tintements d'oreilles ; la circulation est régulière ; la respiration est saccadée, irrégulière par le trouble musculaire des parois thoraciques. Tous les mouvements musculaires sont désordonnés, et échappent en grande partie à l'empire de la volonté : c'est ainsi qu'il ne peut marcher sans tomber, qu'il ne peut même rester dans la station verticale, qu'il ne peut saisir avec la main les objets du premier coup, et qu'il les laisse même tomber, qu'il parle avec beaucoup de gêne et que les muscles du larynx et du pharynx se contractent sans nécessité et sans ordre. Ils n'ont pas toujours la même intensité, mais il arrive souvent, pendant la nuit, qu'ils sont assez forts pour tenir le malade en éveil.

Jusqu'au 9 janvier, il est mis à l'usage de l'extrait thébaïque, à la dose de 25 milligrammes matin et soir ; et à cette époque il prend de plus quatre paquets de magnésie calcinée contenant chacun 1 gramme.

Tous les jours, il allait de mieux en mieux, lorsque le 14 le tremblement reprend un peu d'intensité aux deux mains.

Le 15, le tremblement a diminué ; le malade commence un peu à se tenir debout, mais très-difficilement et très-peu de temps encore. — Même traitement.

Le 16, recrudescence du mal, suppression du traitement, potion antispasmodique.

Les 17 et 18, même état, même traitement.

Le 19, opium et magnésie calcinée.

Le 20, le malade s'est levé tout seul ; il a marché jusqu'au quatrième lit, mais en s'appuyant des deux mains.

Le 21, au traitement précité on ajoute un bain froid par jour.

Le 23, en revenant du bain, il a pu marcher en s'appuyant à peine sur le bras de l'infirmier.

Le 27, de mieux en mieux tous les jours ; il se promène dans la salle ; la tête et les membres pelviens tremblent bien moins ; le liséré des gencives est effacé presque complétement ; le sommeil est revenu.

Le 29, il va tout seul au bain et se met tout seul dans la baignoire, ce qu'il n'avait pu faire encore.

Le 31, la nuit a été un peu agitée ; ce matin, il tremble beaucoup ; suppression du traitement.

Du 1er février jusqu'au 14, le tremblement diminue considérablement ; le malade marche seul, d'abord au pas, puis plus vite, il galope même assez longtemps et se tient sur un pied ; les membres supérieurs sont encore pris d'un tremblement presque imperceptible. Il réclame les bains froids, qui lui sont accordés encore pendant quelques jours, et le 21, se considérant comme guéri, il demande et obtient sa sortie.

Evidemment nous avions affaire dans ce cas avec une maladie par intoxication métallique, et la nature de l'affection, le liséré des gencives et la profession indiquent assez la présence du mercure. En effet, tous ceux qui le manient, les étameurs de glaces et les doreurs sur métaux, par exemple, y sont très-sujets.

Tout le monde connaît aussi l'histoire d'un navire de guerre français dont les passagers, pour être allés au secours d'un bâtiment marchand et avoir chargé les outres de mercure qu'il portait, à bord, furent pris de stomatites, d'aphthes et de tremblements. Y a-t-il identité dans cette infection mercurielle et dans celle qui survient à la suite du traitement hydrargyrique ? Nous ne le pensons pas, quoique peut-être nous n'ayons pas encore bien songé à en établir les différences.

Dans l'un et l'autre cas, y a-t-il ou non accumulation de ce métal dans nos organes ? Les faits manquent encore pour qu'il soit possible de répondre définitivement ; cependant il faut dire que le professeur de clinique a positivement vu, il y a déjà longtemps, une certaine quantité de mercure métallique dans le cerveau d'un portefaix mort à l'Hôtel-Dieu, et que MM. Vergnès et A. Poey ont retiré du fémur et du tibia d'un sujet une grande quantité de mercure qui s'y trouvait depuis quinze ans, selon l'opinion de plusieurs médecins, en les plongeant dans un bain parcouru par un courant électrique et chargé d'acide chlorhydrique. Je n'ai pas encore essayé de ce moyen pour le contrôler.

Comme on l'a vu dans l'observation, le malade a été guéri par l'opium, la magnésie et les bains froids.

OCCLUSIONS ET RÉTRÉCISSEMENTS DU LARYNX.

Par M. Jules Roux (de Toulon).

Les occlusions complètes du larynx sont rares. Il en existe un fait authentique observé dans le bagne de Toulon en 1828, et publié par feu Jean-Joseph Reynaud, premier chirurgien en chef de la marine, et par M. le docteur Martinenq, chirurgien de 1re classe en retraite (*Gazette médicale*, année 1841, page 583 ; *Journal de Broussais*, page 36, 16e année, 1829). M. le docteur Houel a parlé à la Société de chirurgie d'un fait semblable emprunté à la clinique de Langenbeck (séance du 26 janvier 1855), et MM. Trousseau et Gintrac en ont, je crois, rapporté d'analogues.

Les plaies qui intéressent presque toute l'étendue du larynx et la laryngo-trachéotomie en sont le plus souvent les causes productrices.

Il me semble qu'on pourrait remédier à cette lésion, jusqu'ici considérée comme incurable, par la laryngotomie thyroïdienne, qui permettrait de découvrir l'adhérence, de la détruire, et de rétablir la continuité du canal aérien, en faisant cicatriser les plaies sur une canule à demeure introduite à travers la membrane sous-hyoïdienne, et dépassant la fistule trachéale, par laquelle la respiration s'accomplissait.

Les rétrécissements du larynx sont moins rares. M. le professeur Nélaton en a rencontré un qui s'étendait au larynx et à une partie de la trachée, et qui nécessitait le maintien d'une canule à la partie inférieure du cou. (Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1855, page 199.)

M. le professeur Denonvilliers a entretenu la Société de chirurgie d'un fait important. (Séance du 17 janvier 1855.)

Plusieurs cas analogues se sont offerts à mon observation. Un matelot, atteint du croup, avait subi la trachéotomie cricoïdienne ; il en est résulté un tel rétrécissement du tuyau laryngien que la dyspnée était si considérable après le moindre effort, que le malade a été déclaré impropre au service deux ans après. Chez un autre, affecté de rétrécissement avec fistule, j'ai pu guérir celle-ci par la méthode de l'*occlusion par substitution* (*Union médicale*, année 1855, page 517). Le troisième est le sujet de l'observation que je vais bientôt exposer en détail.

Je suis bien convaincu que d'autres faits de rétrécissement du larynx existent dans la science, et que la plupart des chirurgiens qui me font l'honneur de m'écouter en ont rencontré des exemples dans leur pratique.

L'œdème de la glotte, les laryngites, le croup, les ulcérations syphilitiques, les plaies, la trachéotomie, l'atrophie de l'appareil laryngien sont les principales causes de ces rétrécissements.

La laryngotomie sous-hyoïdienne, celle pratiquée directement sur le cartilage thyroïde, la dilatation, tels sont les moyens les plus actifs qu'on peut diriger contre la lésion qui nous occupe.

Voici, messieurs, l'observation que j'ai surtout en vue de soumettre à votre appréciation ; bien qu'elle consacre un insuccès, je la crois susceptible de mériter toute votre attention.

Depuis le fait remarquable, si souvent rappelé, du condamné Leblanc, du bagne de Toulon, qui, après une double tentative de suicide, arriva à ne plus respirer désormais que par une fistule trachéale, alors que le larynx s'était oblitéré au-dessus d'elle, et chez lequel la parole était encore possible, malgré la perte complète de la voix, une affection du même genre s'est de nouveau offerte au bagne de Toulon vers la fin du mois de septembre 1855.

Le condamné Mohamed, de taille moyenne, âgé de trente-huit ans, cultivateur aux environs de Mostaganem, ayant été atteint du croup dans la prison d'Oran, y avait subi l'opération de la laryngo-trachéotomie, à la suite de laquelle la respiration, se faisant uniquement par la fistule, ne s'était plus rétablie par les voies naturelles à cause de la déformation et du rétrécissement du larynx. Chez cet Arabe, ce qui ne doit plus surprendre à présent en raison des précédents connus, la parole existait encore en l'absence complète de la voix ; mais chez Mohamed, comme chez Leblanc, elle était faible, et dépendait certainement des modifications que le tuyau bucco-labial imprimait à l'air mis en mouvement par l'ascension brusque du larynx, comme on le voit chassé dans un corps de pompe par la pression du piston.

Rétablir les voies naturelles et rendre ultérieurement au malade la voix, l'odorat, la parole plus forte en permettant à l'air de reprendre son cours à travers le larynx, la bouche et les fosses nasales, était certainement une tentative digne de solliciter les plus grands efforts.

Pour obtenir ce résultat, et après que tous les essais de dilatation furent restés infructueux, j'ai fait des études sur le cadavre, qui m'ont révélé la facilité, je dirai presque la simplicité de la trachéotomie sous-hyoïdienne proposée par M. Malgaigne, et restée encore, je crois, sans application.

J'ai fait construire en plomb et en argent des canules de courbures et de dimensions variables ; j'ai soumis Mohamed à d'incessantes investigations qui m'ont appris que chez lui :

1° Le larynx n'était pas oblitéré, mais seulement rétréci, puisque j'étais parvenu à faire passer une sonde par la fistule trachéale et à la retirer par la bouche ; cependant le rétrécissement était tel que pas une bulle d'air ne passait par le larynx ;

2° Que l'appareil laryngien avait subi de grandes modifications dans sa forme et dans sa texture, puisque l'on ne sentait plus les reliefs et la consistance de ses cartilages ordinairement si apparents.

L'affection diphthéritique dont, il y a deux ans à peine, Mohamed avait été atteint avait certainement dû modifier son larynx, puisque le pharynx en conservait des traces indélébiles, telles, par exemple, que l'adhérence intime de presque toute l'étendue du bord libre du voile du palais à sa paroi postérieure ; mais ces modifications ne pouvaient pas en ce moment être appréciées complétement, comme elles l'ont été depuis ; leur atrophie extraordinaire pouvait d'autant moins être pressentie que les organes génitaux n'avaient pas subi la plus légère diminution de volume. Notons bien qu'une sonde d'un certain calibre pouvait traverser le larynx, et que la seule autopsie qui existât dans un cas analogue, celle du condamné Leblanc, faite plus de sept ans après l'accident, démontrait l'occlusion d'un point du larynx, mais aussi la persistance de la cavité laryngienne au-dessus.

Je n'avais donc pu constater et supposer dans le larynx de Mohamed qu'un rétrécissement prononcé, mais partiel, produit par l'inflammation diphthéritique, par celle de la canule laissée à demeure dans son voisinage et dépendant aussi de la loi générale à laquelle sont soumises toutes les voies naturelles, qui ne manquent pas de se rétrécir chaque fois qu'elles ne sont plus parcourues par leurs excitants normaux.

Après bien des réflexions, je m'arrêtai à la pensée de pratiquer chez Mohamed la trachéotomie sous-hyoïdienne, d'introduire de haut en bas dans le larynx et la trachée, jusqu'à 3 centimètres au-dessous de la fistule trachéale, une double canule en argent ; de la laisser à demeure pendant le temps nécessaire pour obtenir la cicatrisation de la fistule et la reconstitution du tube aérien, et pendant tout ce temps l'air devait pénétrer dans les poumons soit par l'ouverture extérieure de la canule, soit par l'ouverture pratiquée sur la convexité de sa courbure et qui, répondant à la cavité du larynx, devait recevoir celui qui avait traversé la bouche ou les fosses nasales ; l'air expiré suivait la même

route, et le malade devait ainsi recouvrer immédiatement l'odorat et une parole plus forte.

Mohamed désirait beaucoup l'opération, dont je lui avais fait entrevoir les résultats possibles; le 27 décembre 1855, je la pratiquai, après avoir eu soin d'assurer la respiration en arrêtant autour du cou, à l'aide d'un lien circulaire, la canule trachéale que portait habituellement le malade. Je le plongeai donc dans l'éthérisme chloroformique avec une forte sonde en gomme élastique ouverte à ses deux bouts, et dont une extrémité était engagée dans la canule trachéale, tandis que l'autre plongeait dans la cavité d'un sac à éthérisation.

Une incision transversale d'environ trois centimètres faite entre l'os hyoïde et le larynx a permis de diviser la peau et les tissus sous-jacents, le plus grand soin étant apporté à étancher le sang et à tarir ses sources capillaires; une seule ligature fut jetée sur une artériole cutanée. L'incision transversale avait déjà atteint près de cinq centimètres de profondeur, à travers des tissus sensiblement indurés, que la cavité aérienne n'était point encore ouverte; pour en révéler la présence, servir de point de repère et donner l'assurance que le bistouri n'avait pu s'égarer, il fallut un moment enlever la canule trachéale, introduire par la fistule une sonde qui, retirée par la bouche, fut sentie dans la profondeur de l'incision, derrière une faible épaisseur des parties molles. Le canal aérien fut donc ouvert, et son incision agrandie à l'aide d'un bistouri boutonné.

Les chirurgiens auront peine à comprendre que dans une région ordinairement si bien limitée par ses reliefs saillants et si facile à atteindre, les déformations aient été telles; les transformations avec mélange d'atrophie pour certains tissus, d'hypertrophie pour d'autres, aient été si prononcées; que, pour découvrir et pénétrer dans le canal aérifère, j'aie rencontré des difficultés presque égales à celles qu'on trouve pour découvrir et pénétrer sans conducteur dans la portion membraneuse de l'urètre, à travers une incision périnéale. J'ai pu constater que chez Mohamed la partie laryngienne des voies respiratoires était réduite en un tube difficilement accessible et si étroit, que le petit doigt n'en pouvait franchir l'ouverture glottique, circonscrite par un anneau résistant, inextensible.

La profondeur du canal aérien, son étroitesse, l'inextensibilité de son orifice, rendirent très-laborieuse l'introduction de la canule, dont la courbure dut être singulièrement augmentée. La partie sus-trachéale du tuyau laryngien ne put même être franchie que par une canule d'un si petit diamètre qu'il eût été insuffisant pour entretenir la respiration.

Ces considérations, surtout l'absence presque complète de cavité laryngienne et les fatigues du malade inséparables d'une longue opération, me firent renoncer, dans le cas présent, à rétablir la continuité des voies naturelles. Après cette opération, supportée avec le fatalisme arabe, qui d'ailleurs n'amena qu'une perte de sang insignifiante et pendant laquelle la respiration était restée convenable, le malade fut remis dans son lit, et ne tarda pas à boire avec facilité. Les jours suivants, tout se passa bien; il n'y eut pas de fièvre. Bientôt Mohamed demanda des aliments, et la plaie sous-hyoïdienne marcha vers la guérison.

Cependant la plaie se cicatrisa à l'intérieur, et vers le commencement du mois de février le malade paraissait avoir repris son appétit et toutes ses forces, lorsqu'il fut atteint de bronchite en apparence légère; mais les symptômes allèrent toujours en s'aggravant, et vers la fin du mois de mars il succomba à la phthisie aiguë, affection malheureusement très-commune chez les Arabes qui, loin de leur pays, vivent dans les mêmes conditions que l'opéré.

L'autopsie de Mohamed montra dans les deux poumons, le gauche surtout, les caractères anatomiques de la tuberculisation la plus avancée; tous les autres organes n'offraient rien d'anormal, si on en excepte le larynx, qui est dans un état d'*atrophie extraordinaire*. Il est important de faire remarquer que les organes génitaux et le cervelet n'offrent pas la plus légère diminution, et que Mohamed, très-religieux, ne les excitait cependant jamais.

Pour que la Société de chirurgie apprécie bien quel est le degré d'atrophie du larynx que j'ai l'honneur de mettre sous ses yeux, elle pourra le comparer au larynx normal d'un homme de taille moyenne que j'ai préparé à la même époque; de sorte que ces deux pièces anatomiques sont dans l'alcool depuis un temps égal. Le larynx normal, traversé par une double canule en plomb, montrera aussi quel était le résultat que je me proposais d'atteindre, et que je n'ai pu obtenir à cause des modifications tout à fait imprévues qu'avait subies le larynx de l'opéré. En effet, son volume est diminué de plus de moitié; l'ouverture épiglottique forme une gouttière étroite oblique de haut en bas et d'avant en arrière, de trois centimètres de long, au bas de laquelle on distingue à peine un cartilage arythénoïde. Les ventricules du larynx sont obliquement dirigés de haut en bas; le cartilage thyroïde, en partie fibreux, est aplati en avant, et le cricoïde, divisé sans doute par la première opération de trachéotomie, est réduit à de si faibles dimensions dans tous les sens, qu'il ne constitue plus qu'un canal aplati de six millimètres de diamètre et de dix millimètres de haut. C'est l'atrophie de la partie postérieure de ce cartilage qui a produit la gouttière épiglottique en entraînant les éléments du larynx qui s'y attachent. Au-dessous de la fistule, la trachée est dans l'état normal.

Les deux ouvertures qu'on remarque sur cette pièce pathologique sont dues : l'inférieure à l'opération de laryngo-trachéotomie pratiquée à Oran; la supérieure, que j'ai rétablie, à la trachéotomie sous-hyoïdienne faite à Toulon.

Ces détails anatomiques, insuffisants sans doute afin de ménager la pièce pathologique, seront, je l'espère, complétés par un membre que la Société voudra bien désigner pour l'examiner et lui en rendre compte ultérieurement.

Il n'échappera, j'espère, à personne, que, pendant les opérations que je propose, comme dans celles que j'ai accomplies, la respiration est assurée par la canule trachéale maintenue fixe, et que par là tout danger de suffocation est conjuré, le bistouri n'ayant à diviser que les parties des voies aériennes distraites pour ainsi dire des voies respiratoires.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 septembre 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Nouveau médicament contre la diarrhée et la dyssenterie. — M. J. Cloquet présente à l'Académie un nouveau médicament qui lui a été adressé par M. le capitaine de vaisseau Simonnet de Maisonneuve, commandant la frégate *la Sibylle*, dans les mers de la Chine et du Japon.

Ce médicament est un extrait alcoolique retiré par M. le docteur Barthe, chirurgien de la frégate, du bois d'un arbre de la Chine nommé *tagale*, et que pour cette raison il propose d'appeler *extrait de tagale*. Cette substance se présente sous la forme d'une poudre grossière, d'un brun foncé, formée de petits grumaux d'aspect résineux, se collant entre eux par la pression, et prenant facilement la forme pilulaire, sous laquelle elle a été employée.

La saveur de cet extrait est d'une amertume tenace et d'une âcreté remarquable. Son odeur est légèrement empyreumatique. Le bois qui fournit ce médicament est jaune et léger, semblable à celui de la racine de réglisse. Il se pulvérise facilement, et dégage ainsi, pendant plusieurs jours, une forte odeur de chlore.

Faute de moyens convenables, qu'on ne saurait trouver à Hong-Kong ni même à Canton, M. le docteur Barthe n'a pu faire une analyse rigoureuse de ce médicament, qu'il a employé avec grand avantage sur plusieurs marins de l'équipage de la frégate atteints de diarrhées et de dyssenteries graves.

Application du compteur à gaz à la mesure de la respiration. — M. Bonnet expose les modifications qu'il a fait subir au compteur à gaz, dont il a eu, avec M. Pomiès, l'idée de faire l'application à la mesure de la respiration, et il le fait fonctionner sous les yeux de l'Académie, afin qu'elle puisse juger avec quelle rapidité et quelle précision cet appareil indique la quantité d'air qui s'échappe de la poitrine.

Voici les explications que M. Bonnet a données de vive voix en faisant fonctionner l'instrument :

Depuis les beaux travaux d'Hutchinson, un grand nombre de médecins anglais et allemands mesurent l'air mis en circulation dans les diverses maladies du poumon et du cœur. Les méthodes dont ils ont fait usage ne se sont jamais répandues en France; et sans doute, si la pneumatométrie (M. Bonnet propose de substituer cette expression à celle de spirométrie, généralement usitée) n'a pas pris rang dans la pratique générale, c'est que les gazomètres dont on s'est servi jusqu'à présent sont fragiles, volumineux et d'un usage incommode dans un cabinet de médecin comme dans une salle d'hôpital.

Ces inconvénients ont disparu en grande partie par l'emploi du compteur à gaz. Toutefois, le compteur à expériences que l'on trouve dans le commerce, et dont je me suis servi dans le principe, est d'un poids et d'un volume qui en rendent le transport difficile; il a des mécanismes et des cadrans destinés à indiquer les décalitres, les hectolitres, les kilolitres et les myrialitres, dont la connaissance est inutile pour la mesure de la respiration. Enfin, les litres y étant subdivisés en soixantièmes, on ne peut, à son aide, connaître le nombre des centilitres qu'à l'aide d'un calcul.

J'ai réussi à faire disparaître ces imperfections en faisant construire un nouveau pneumatomètre. Comme les montres, cet instrument n'a qu'un seul cadran, sur lequel marchent deux aiguilles; la plus petite indique les litres, et la plus grande les centilitres; son volume n'excède pas 25 centimètres dans ses plus grandes dimensions, et son poids, lorsqu'il ne contient pas d'eau, est à peine de 1 kilogramme. Ces modifications le rendent facilement portatif; elles en réduisent le prix des deux tiers, et permettent de déterminer, par une simple inspection, le nombre de centilitres d'air qui l'ont traversé.

Il ne faut pas attendre de l'usage du pneumatomètre des indications analogues à celles que fournit le stéthoscope, la diminution de l'air expiré, dans quelque proportion qu'elle ait lieu, ne peut indiquer ni le siége ni la nature des lésions pulmonaires : elle se borne à donner un renseignement important sur les changements qu'a subis la fonction respiratoire. C'est un réactif fonctionnant, si l'on peut dire ainsi, ce n'est pas un réactif anatomique; son emploi démontre que dans toute lésion des voies respiratoires, la quantité d'air mise en circulation diminue, et que cette diminution peut être telle, que le maximum de l'air rejeté après une inspiration aussi étendue que possible n'est que le quart ou même le cinquième de ce qu'il devrait être dans l'état normal.

Pour apprécier l'étendue de cette diminution, il faut avoir mesuré la respiration du malade lorsqu'il se portait bien, ou pouvoir déterminer *à priori* le nombre de litres et de centilitres d'air qu'il devrait expirer s'il jouissait de la santé. Sans la notion du type normal, on peut tomber dans les plus graves erreurs.

Les observations de M. Hutchinson permettent de fixer approximativement le type de la respiration normale chez les hommes âgés de plus de 15 ans. D'après ces observations, traduites en mesures françaises et exprimées en nombres ronds, on peut admettre que de 15 à 35 ans, le maximum de la capacité pulmonaire est, pour une petite taille, de 3 litres; pour une taille moyenne, de 3 litres et demi; pour une grande taille, de 4 litres. Si le sujet dépasse 35 ans, il perd à peu près 3 millilitres par année, soit environ un centilitre tous les trois ans; de telle sorte qu'un homme qui à 35 ans aurait une capacité pulmonaire de 3 litres et demi, la verrait réduite à un peu plus de 3 litres vers l'âge de 65 ans.

Ces données établies, on ne peut hésiter à reconnaître un trouble grave dans les fonctions respiratoires et présumer des lésions anatomiques, dès que le plus grand volume d'air que puisse rejeter un adulte en une seule expiration tombe à deux litres, un litre et demi, un litre et même à un demi-litre, comme on le voit dans des phthisies très-avancées et dans des pneumonies doubles. Par contre, toute crainte d'affection des voies respiratoires doit disparaître, si la pneumatométrie démontre une capacité pulmonaire égale à celle qui conduisait à admettre la loi d'Hutchinson.

Mensuration de l'angle facial. — M. de Quatrefages, au nom d'une commission composée de MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire, de Quatrefages, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. Jacquart, intitulé *De la mensuration de l'angle facial, des goniomètres faciaux et d'un nouveau goniomètre facial inventé par l'auteur*.

M. le rapporteur, après quelques observations générales sur les divers goniomètres usités jusqu'ici, et particulièrement ceux de Camper, de Morton et de Prichard, apprécie en ces termes le nouveau goniomètre de M. Jacquart :

M. le docteur Jacquart, qui remplit depuis plusieurs années auprès de la chaire d'anthropologie les fonctions d'aide-naturaliste, crut pouvoir remédier à ces graves défauts, ainsi qu'à d'autres que je passe sous silence pour abréger. Disons dès à présent qu'il a, selon nous, réussi complétement, et que son goniomètre facial, incontestablement très-supérieur à celui de Morton, paraît devoir répondre à tout ce qu'on peut attendre d'un pareil instrument.

M. Jacquart a emprunté à l'anthropologiste américain l'idée générale du châssis incomplet représentant le plan horizontal et des pièces mobiles formant le plan facial. Les curseurs à tourillon sont encore disposés ici d'une manière à peu près pareille. Seulement M. Jacquart a construit son appareil de manière que l'axe de ces tourillons coïncide exactement avec le plan horizontal, précaution fort importante, au sujet de laquelle l'auteur américain ne s'explique pas et qu'il semble avoir négligée.

A cela près, le goniomètre de M. Jacquart présente dans toutes ses parties des dispositions entièrement nouvelles. Les deux branches du châssis horizontal sont également mobiles, et se rattachent à une pièce solide qui sert de base à tout l'appareil. C'est sur cette base qu'est fixé un demi-cercle gradué. Un châssis complet, pourvu d'un curseur allant d'une branche à l'autre et relié à l'alidade du demi-cercle, se meut à charnière au côté interne de la même base. Toutes ces pièces, solidement rattachées les unes aux autres, présentent une grande fixité. Des divisions tracées sur les montants des deux châssis, ainsi que sur la pièce qui joint les branches du châssis horizontal à la base de l'appareil, permettent de placer toutes les parties de l'instrument dans la position voulue avec la plus grande précision : des vis à crémaillère facilitent les mouvements. Enfin, grâce à la grande ouverture que présente le châssis mobile et à la facilité avec laquelle le curseur se promène d'une extrémité à l'autre, on peut prendre sur une tête quelconque, quelle que soit sa forme ou sa grandeur, tous les angles que l'on désire.

La manœuvre de cet instrument est encore plus simple que celle du goniomètre de Morton. Le châssis horizontal une fois placé, il suffit d'abaisser le châssis facial et de lire l'indication donnée par le cercle gradué. Aussi, après quelques tentatives, arrive-t-on à retrouver identiquement les mêmes nombres, en répétant l'expérience plusieurs fois et à quelques jours d'intervalle sur une même tête.

Après s'être donné un instrument aussi sûr, M. Jacquart s'est naturellement empressé d'en faire usage. Il se réserve de faire connaître plus tard avec détail le fruit de ses recherches. Mais il signale dès à présent deux résultats, l'un curieux, l'autre important.

Camper et ceux qui l'ont suivi dans la même voie sont généralement d'accord pour regarder l'angle facial de 100 degrés centésimaux, c'est-à-dire l'angle droit, comme ne se trouvant que sur des statues, c'est-à-dire sur des représentations idéalisées de la forme humaine. M. Jacquart a rencontré cet angle chez un de ses amis.

Camper, et depuis lui presque tous les anthropologistes paraissent avoir regardé l'angle facial comme bien moins variable dans une race donnée qu'il ne l'est en réalité. Pour eux, entre le nègre et l'Européen, il n'existe qu'une différence de 10 degrés nonagésimaux (11°,11 centésimaux), et c'est à cette différence qu'est due la beauté plus grande de la race blanche. Or les extrêmes des mesures déjà recueillies par M. Jacquart donnent une différence de 20 degrés centésimaux entre individus appartenant tous à la race blanche et aux classes intelligentes de la société. La grandeur de l'angle facial n'a d'ailleurs montré aucun rapport direct ou indirect avec le plus ou moins de développement des facultés intellectuelles. On voit combien la question avait besoin d'être reprise, et combien il était nécessaire qu'elle le fût en employant des moyens d'investigation plus précis que ceux qu'on avait mis en usage jusqu'à ce jour.

Ainsi, par la facilité de son emploi, par la généralité de ses applications, par la sûreté de ses indications, le goniomètre facial de M. Jacquart est en quelque sorte un instrument tout nouveau. Entre les mains de l'inventeur, il a déjà donné des résultats très-intéressants. Aussi votre commission n'eût pas hésité à demander pour le travail de M. Jacquart l'insertion au *Recueil des savants étrangers*, si elle n'avait connu l'intention de l'auteur qui désire le publier immédiatement. Elle se borne donc à demander que l'Académie remercie M. Jacquart de sa communication, et l'engage à poursuivre des recherches que son goniomètre rendra et plus sûres et plus fructueuses.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Capsules surrénales. — M. Brown-Séquard présente un second mémoire dont l'objet est de montrer que la mort après l'ablation des capsules surrénales ne dépend ordinairement que pour une très-petite part des lésions inévitables ou accidentelles qui accompagnent cette opération, et que, conséquemment, c'est l'absence de ces petits organes qui est alors la principale cause de mort. Voici quelles sont les conséquences de ces diverses lésions :

I. *Plaie pénétrante de l'abdomen; péritonite.* — Sur sept lapins j'ai ouvert l'abdomen à gauche et à droite, précisément comme je le fais pour extirper les capsules surrénales; puis j'ai dilacéré le péritoine en plusieurs endroits, au voisinage de ces organes, en ayant soin de léser cette membrane beaucoup plus que dans les expériences d'ablation des capsules. Un de ces sept animaux a survécu, et les six autres sont morts de péritonite, l'un après vingt-quatre heures, un second après trente heures, deux après deux jours et quelques heures, et les deux derniers vers la fin du troisième jour. Chez tous, la péritonite était très-étendue et très-intense. Sur 66 lapins ayant subi l'ablation des deux capsules surrénales, pas un n'a eu une péritonite aussi étendue et aussi avancée que celle qui existait chez les six précédents. Sur ces 66 animaux, l'inflammation du péritoine était à son début et limitée au voisinage des plaies. On comprendra aisément, du reste, qu'il n'y ait pas eu de péritonite étendue et avancée chez les lapins morts après avoir été dépouillés de leurs capsules surrénales, en se rappelant qu'ils meurent alors, en moyenne, en neuf heures et quelques minutes.

Je crois qu'on peut conclure de ces faits :

1° Que les lésions qui accompagnent nécessairement l'ablation des capsules, au moins chez les lapins, ne peuvent pas être considérées comme les causes principales de la mort qui survient alors si rapidement ;

2° Que la péritonite, qui est un résultat de ces lésions, ne peut pas non plus être considérée comme une des principales causes de mort après l'ablation des capsules surrénales.

II. *Hémorrhagie.* — Je me bornerai à dire ici que la perte de sang a toujours été insuffisante pour causer ou pour hâter la mort d'une manière manifeste.

III. *Lésion des reins ; néphrite.* — On ne saurait attribuer la mort à cette lésion. D'une part, je n'ai pas vu de différences notables dans la durée de la vie des animaux dépouillés des capsules surrénales, suivant que les reins avaient été comprimés plus ou moins et paraissaient congestionnés ou non ; et, d'une autre part, sur plusieurs lapins j'ai dilacéré le péritoine autour des capsules sans y toucher, et j'ai comprimé les reins fortement entre mes doigts, bien plus que je ne le fais en les repoussant pour atteindre les capsules dans les expériences d'ablation de ces organes, et ces animaux ont survécu à cette lésion beaucoup plus longtemps que les lapins dépouillés de leurs capsules surrénales.

IV. *Plaie ou contusion du foie ; hépatite.*—Il n'est pas rare que le foie soit froissé pendant qu'on essaye d'enlever la capsule surrénale droite. De plus, on trouve souvent à l'autopsie des lapins morts après cette opération, une adhérence plus ou moins étendue du foie avec le rein et la paroi abdominale. Les parties du foie qui sont ainsi adhérentes ont perdu leur couleur normale, et leur tissu est comme granuleux. Ces changements, dus probablement à une inflammation, n'ont lieu, en général, que dans une couche mince de l'organe, le reste paraissant tout à fait sain. Cette hépatite si peu étendue est-elle une des principales causes de mort chez les animaux dépouillés des capsules surrénales ? Il est facile de montrer qu'il n'en est pas ainsi. En effet, d'une part, dans les cas où, sans toucher à ces organes, j'ai lésé le foie et le péritoine même bien plus que je ne le fais en pratiquant l'ablation des capsules, j'ai vu la mort survenir bien plus tard que dans les cas où cette ablation a été exécutée. D'une autre part, il n'y a pas eu de différences notables dans la durée de la vie, après l'ablation des capsules, suivant que le foie avait été lésé assez profondément ou très-superficiellement. L'hépatite ne peut donc pas être considérée comme une cause notable de mort chez les lapins dépouillés de leurs capsules surrénales.

V. *Phlébite des veines rénales ou de la veine-cave.* — Je me bornerai à dire ici que je n'ai vu qu'une fois une véritable phlébite, et que des lapins ayant eu la veine rénale droite et la veine-cave comprimées pendant quelques instants entre les mors d'une pince, ont survécu bien plus longtemps que les lapins dépouillés de leurs capsules.

VI. *Existence simultanée de lésions du foie, du péritoine, des reins, des veines rénales et de la veine-cave.* — Nous avons montré que chacune de ces lésions isolément ne peut pas être considérée comme la cause principale de la mort des animaux dépouillés des capsules surrénales ; mais comme on pourrait croire que la mort résulte alors de toutes ou de presque toutes ces lésions coexistentes, j'ai fait les expériences suivantes : sur neuf lapins, j'ai mis à nu les capsules surrénales sans les léser, j'ai dilacéré le péritoine dans leur voisinage, j'ai comprimé fortement et même quelquefois écrasé l'extrémité supérieure des reins, j'ai serré entre les morts d'une pince pendant quelques instants la veine-cave et la veine rénale gauche. J'ai comprimé et même quelquefois déchiré le foie au voisinage de la capsule surrénale droite. Tous ces animaux (excepté un qui mourut sept heures après l'opération, et probablement d'une hémorrhagie) vécurent bien plus longtemps que les lapins sur lesquels j'ai extirpé les capsules surrénales. Au lieu d'une survie moyenne de neuf heures et quelques minutes, comme chez ces derniers, leur survie moyenne a été d'environ vingt-quatre heures, et l'un d'eux a survécu plus de trois jours.

Conclusions. — 1° La mort à la suite de l'ablation des capsules surrénales ne peut être attribuée ni exclusivement ni principalement aux lésions qui accompagnent nécessairement ou accidentellement l'exécution de cette opération ;

2° La mort dépend surtout de l'absence des capsules surrénales, c'est-à-dire de l'absence de leurs fonctions.

Et comme la mort a toujours lieu rapidement après l'ablation de ces organes, il ressort des précédentes conclusions, que :

3° Les fonctions des capsules surrénales sont essentielles à la vie.

— M. Landouzy communique un mémoire sur la respiration amphorique dans la pleurésie. (Nous en publierons un extrait.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 août 1856. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

Le procès-verbal est lu et adopté.

— M. HOUEL rapporte en ces termes un cas d'épanchement séro-sanguin.

Comme le devoir de tout membre, lorsqu'une discussion s'agite au sein de cette Société, est de lui apporter tous les faits qui peuvent l'éclairer, je viens vous communiquer le résultat de l'emploi de ponctions capillaires que j'ai mises en usage la semaine dernière d'après le procédé que M. Voillemier vous a exposé pour le traitement des collections sanguines sous-cutanées. Je ne rappellerai pas la discussion qui s'est élevée entre M. Morel-Lavallée et M. Voillemier ; je vais, en quelques mots seulement, vous donner le résultat du fait intéressant que j'ai eu occasion d'observer.

Il y a quelques jours, je fus appelé pour donner des soins à un homme d'une cinquantaine d'années, qui avait été violemment renversé dans une rue de Paris. Il était tombé sur le côté gauche du coude et de la hanche. Au coude, il existait une petite plaie sans importance ; à la cuisse gauche, il y avait une vaste contusion avec infiltration sanguine de toute la face externe. Mais à la partie supérieure, au niveau du grand trochanter, il s'était formé une collection sanguine du volume du poing, non crépitante, ayant plutôt les caractères de ballottement que de fluctuation, qui ont été si bien décrits par M. Morel-Lavallée.

C'est le 4 août qu'est arrivé cet accident. A l'exception de la poche, les autres lésions se sont guéries seules ; mais cette dernière est devenue douloureuse, empêchait le malade de se coucher de ce côté, et la marche causait de la douleur.

Le 19 août, par conséquent quinze jours après l'accident, je me décidai à faire une ponction avec la tige d'un trocart explorateur. J'ai pu retirer environ 100 grammes d'un liquide séro-sanguinolent, qui contenait beaucoup de cristaux de cholestérine, et qui n'a pas tardé à produire un caillot au fond du vase. Le 21, j'ai renouvelé la ponction, qui a donné issue à peu près à une égale quantité de liquide, qui avait aussi les caractères précédents. Ces deux fois, le liquide s'est écoulé par jets, comme dans une saignée, et il me suffisait de presser sur les parois de la poche pour en accélérer la projection. Le 23, je fis une troisième ponction. Mais la poche contenait près de moitié moins de liquide. Le malade ne souffrait plus ; il pouvait se coucher sur le côté, et la quatrième et dernière ponction fut faite le 25.

Ainsi, dans un espace de huit jours, j'ai pu débarrasser mon malade, sans lui faire éprouver aucun danger, d'une collection sanguine qui, outre qu'elle gênait la marche, ne laissait pas que de l'inquiéter. Un résultat aussi heureux confirme en tous points les faits avancés par M. Voillemier, et m'a engagé à vous communiquer cette observation.

NOMINATION DE MEMBRE CORRESPONDANT.

Sur les conclusions de M. Gosselin, M. Fleury (de Clermont) est nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

CORRESPONDANCE.

M. Decès adresse une lettre de remercîments à l'occasion de sa nomination de membre correspondant.

— M. Monod écrit pour obtenir un congé.

— La Société reçoit les ouvrages suivants :

Essai sur les tumeurs de la région palatine, par le Dr Parmentier.

De l'emploi de l'appareil à pointe métallique dans les fractures de la jambe, par M. Arrachart. (Thèse inaugurale envoyée pour le prix Duval.)

Le tome VII des *Archives générales de médecine*, 5e série, offert par M. Follin.

Le volume XXV, pars II, des *Novorum actorum Academiæ Cesareæ Leopoldino Carolinæ naturæ curiosorum.*

LECTURES.

Occlusions et rétrécissements du larynx. — M. Jules Roux, membre correspondant de la Société, lit le mémoire suivant (voir plus haut) :

M. VOILLEMIER présente les observations suivantes sur la communication de M. J. Roux :

J'ai écouté avec le plus grand intérêt la communication que vient de faire notre excellent collègue M. Jules Roux. Il voudra bien me permettre de lui présenter quelques observations. Son malade portait depuis longtemps une canule dans la trachée, et en même temps il avait un rétrécissement notable du larynx. Il lui fit une incision au-dessous de l'os hyoïde pour placer dans le larynx une canule qui, percée sur sa convexité, permettrait à l'air d'arriver directement vers les parties supérieures. Mais, puisqu'il y avait un rétrécissement, il n'était pas possible d'introduire la canule qu'il a fait construire, et qui a la grosseur d'une canule ordinaire ; il lui aurait fallu d'abord dilater le rétrécissement, et pour cela le moyen le plus simple eût été d'introduire par la bouche des corps dilatants à l'aide d'un conducteur passé par l'ouverture de la trachée.

Pour dire ma pensée sans réserve, je n'ai pas grande foi dans ces opérations. Dans un cas analogue, voulant explorer le rétrécissement du larynx, et ayant pénétré dans sa cavité avec une simple bougie, la gêne, l'anxiété du malade furent telles que je renonçai vite à mon examen. Mais dans le fait rapporté par M. Roux, je suppose la tolérance des dilatateurs et le rétrécissement dilaté, il se reproduira très-promptement s'il est abandonné à lui-même. D'un autre côté, si on maintient une canule dans le larynx, qu'aura-t-on gagné ? Évidemment le malade ne retrouvera pas la voix. Je souhaite bien que notre collègue finisse par obtenir un succès auquel je serais le premier à applaudir, mais que je n'ose espérer. Dans un cas semblable, je laisserais le malade avec sa canule trachéale.

M. J. ROUX répond que c'est ainsi qu'il comptait d'abord agir, mais qu'il avait été bientôt arrêté par une résistance telle, qu'il avait dû renoncer à la dilatation. C'est alors qu'il a espéré rendre l'opération plus facile en commençant par la trachéotomie *sous-hyoïdienne.*

M. CAZEAUX demande à M. J. Roux si la vie de son malade était en danger.

M. J. ROUX répond que le malade n'était pas en danger de mort, mais qu'il avait un désir de pouvoir parler haut auquel il fallut céder.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Luxation ancienne de la deuxième phalange du pouce.

M. BROCA présente le moule en plâtre d'une luxation ancienne de la deuxième phalange du pouce droit.

Voici en quelques mots l'histoire du malade :

Cet homme, nommé Rey, âgé aujourd'hui de soixante ans, raconte qu'il y a vingt ans, en hissant une charpente, il eut le pouce droit saisi dans le nœud d'une corde. La corde était passée entre deux planches très-rapprochées, entre lesquelles la main ne put s'engager ; le pouce, attiré en bas par le nœud et retenu par le bord des planches, fut violemment fléchi en arrière dans son articulation médio-phalangienne. La phalange unguéale fut luxée en arrière, de telle sorte qu'elle faisait un angle aigu avec la première phalange. Le malade se mit entre les mains d'un rebouteur, qui fit de vaines tentatives de réduction et qui appliqua un appareil. Au bout de quarante jours, l'appareil fut enlevé ; la difformité était alors exactement la même qu'aujourd'hui.

Lorsque la main est dans la situation verticale, la seconde phalange du pouce est à peu près horizontale, de telle sorte que sa face unguéale est dirigée en haut et sa face palmaire en bas. Sa facette articulaire est en rapport avec la face dorsale de la phalange supérieure. L'extrémité inférieure de cette dernière phalange forme sous les téguments, du côté de la région palmaire, une saillie arrondie et recouverte d'une couche épaisse d'épiderme. L'articulation accidentelle qui a été la conséquence de cette luxation présente une certaine mobilité, mais il n'est pas possible de redresser la phalange luxée au delà de l'angle droit. Cette difformité gêne beaucoup le malade, qui a plusieurs fois réclamé l'amputation ; mais M. Broca a pensé qu'il était préférable de laisser les choses dans l'état où elles sont.

Anévrisme de l'artère dentaire.

M. LARREY présente, au nom de M. Rufz, qui l'a montrée lui-même à l'Académie, une pièce anatomique fort curieuse. Il s'agit d'un anévrisme de l'artère dentaire développé dans les conditions suivantes :

Une jeune fille créole de treize à quatorze ans, non réglée, était sujette à des crachements de sang dont la source avait été méconnue. Elle vint consulter M. Rufz, qui constata sur le bord externe de l'os maxillaire inférieur du côté droit, une fongosité de la gencive saignant à certains contacts, et offrant des pulsations sensibles. Cette tumeur paraissait être une sorte d'épulie ; l'ablation en était résolue ; et tandis que notre confrère se disposait à pratiquer l'opération, en explorant la bouche et en pressant sur l'une des dents molaires, il la vit s'enfoncer sous son doigt. Un jet de sang considérable s'échappa tout à coup du même point ; et avant que l'on ait pu arrêter cette hémorrhagie, la jeune fille, épuisée par toutes celles qu'elle avait eues précédemment, expira tout à coup.

L'autopsie fit voir une excavation osseuse remplie de sang, formée par le canal dentaire dilaté dans toute la longueur de la branche horizontale de la mâchoire jusqu'à la branche ascendante.

C'est à cette disposition que M. Rufz donne le nom d'anévrisme dentaire, dont la science ne paraît pas avoir recueilli d'autre exemple.

Notre honorable confrère se propose, du reste, de publier l'observation complète de ce cas intéressant.

— A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes, aura lieu le 22 octobre prochain à midi, dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'assistance publique.

MM. les élèves devront se faire inscrire du 22 septembre au 6 octobre inclusivement.

— La Société des sciences médicales du département de la Moselle nous adresse la note suivante :

« La médecine civile et la médecine militaire viennent de donner un grand exemple d'union confraternelle.

» La fête du 20 août, dont tous les journaux ont signalé l'éclat, n'est point un simple banquet dont il ne doit rester qu'un bon souvenir, c'est la manifestation et la consécration publiques de sentiments sympathiques et d'intérêts communs.

» En honorant la médecine militaire on a voulu rendre hommage à des principes qu'elle a noblement représentés, et qu'on a été heureux de voir mettre en relief parce qu'ils sont dans l'esprit et dans la pratique du corps médical tout entier : le dévouement, le courage froid et calme, l'abnégation pure et complète sont des mérites qui se produisent partout, dans la mansarde obscure comme sur le champ de bataille.

» Unis par le sentiment et l'application du devoir, les médecins veulent encore resserrer les liens de confraternité en donnant un souvenir à la mémoire des morts et un témoignage d'intérêt à la douleur des veuves et des orphelins ; pensée pieuse qui deviendra bientôt la base d'une institution large et permanente.

» Déjà M. Paul Dubois, doyen de la Faculté de médecine de Paris, en terminant le discours qu'il a prononcé au banquet, a dit ces nobles paroles, dictées par le cœur :

« Nous venons d'honorer, par une manifestation bien méritée, le » corps médical de l'armée d'Orient, dans la personne de ceux qui le » représentent à ce banquet. Après cette justice éclatante rendue aux » vivants, honorons utilement la mémoire des morts : nous ne le ferons » jamais mieux, mes chers confrères, qu'en soulageant, autant qu'il » est en nous, les veuves et les orphelins qui sont restés sans fortune » et sans appui. »

» La Société des sciences médicales du département de la Moselle s'empresse de répondre à cet appel ; elle ouvre une souscription en faveur des veuves et des orphelins des médecins et des pharmaciens qui ont succombé victimes de l'épidémie.

» Pour faciliter l'accomplissement de cette œuvre qui répond à une pensée commune, elle réclame le concours de tous les médecins et de tous les pharmaciens du département.

» *Les membres de la commission,*

» SCOUTETTEN, PUEL père, WARIN, J. B. GÉHIN.

» *Le secrétaire général,* DEGOTT.

» *Le président de la Société,* E. LEGRAND. »

Nota. Afin de diminuer les difficultés de l'envoi des offrandes, on est prié de les faire parvenir, selon la localité qu'on habite, à l'un des membres titulaires de la Société de médecine dont les noms suivent :

Stock, médecin cantonal, à Saint-Avold.
Guillaume, docteur en médecine, à Sarreguemines.
Guillemin, docteur en médecine, à Rombas.
Petitgand, docteur en médecine, médecin cantonal et médecin du dépôt de mendicité de Gorze.
Charpentier, docteur en médecine, à Briey.
Lorquet, médecin, à Gorze.
Bombellon, médecin cantonal, à Villers-la-Montagne.
Swrykonswki, docteur en médecine, à Briey.
Marchal (Charles-Ferdinand), docteur en médecine, à Mondelange.
Degen, médecin cantonal, à Rorbach.
Kayser, docteur en médecine, à Bouzonville.
Morthier, docteur en médecine, à Saint-Avold.
Roudolphi, docteur en médecine, médecin cantonal, à Morhange.

On recevra avec reconnaissance la souscription des personnes étrangères à la profession médicale.

La Sovan.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 110. — JEUDI 18 SEPTEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 110. — JEUDI 18 SEPTEMBRE 1856.

Ce journal parait trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 SEPTEMBRE 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance a commencé par des rapports de remèdes secrets, et l'on pouvait craindre, par ce temps de vacances, que la fin répondît à ce début. Ceux qui ne se sont pas laissé décourager par une semblable prévision ont reçu le prix de leur persévérance. Ce prix a été la lecture de M. Desétangs sur le suicide.

Nous voudrions pouvoir dire avec quelle silencieuse attention, avec quel intérêt soutenu l'assistance a écouté et suivi de point en point cette dissertation sur un sujet si grave pourtant et si bien fait pour n'engendrer que de pénibles impressions, tant est puissant sur l'esprit d'un auditoire le charme d'un style à la fois clair et élégant, secondé par une diction pure et correcte, lorsque surtout ces qualités sont mises au service de pensées justes et d'un raisonnement irréprochable. Dans l'impossibilité où nous sommes de faire partager à nos lecteurs l'impression générale qu'a produite cette lecture, nous allons essayer, du moins, d'en exposer en quelques mots le but et le caractère.

C'est moins du sujet en lui-même, de la recherche des causes si multipliées et si diverses du suicide, qu'il s'agit dans ce travail, que d'une étude préliminaire sur les moyens de tirer de semblables recherches le meilleur parti possible. C'est, en un mot, une question de méthode qui en fait l'objet principal.

M. Desétangs explique dès les premières pages les motifs qui l'ont engagé à entreprendre ces recherches et ceux qui l'ont éloigné d'en présenter les résultats au concours ouvert par l'Académie sur ce sujet, il y a quelques années. Nous trouvons dans ces explications, en même temps que l'expression de la pensée intime de l'auteur sur le caractère plus métaphysique que médical de la question, une appréciation juste et sévère à la fois des opinions qui règnent depuis un certain nombre d'années parmi les médecins qui se sont crus plus spécialement aptes, par l'objet habituel de leurs études, à s'occuper de la question du suicide, les médecins aliénistes. « Livrés spécialement à l'étude des affections mentales, et toujours aux prises avec des malades dont la raison a subi des atteintes plus ou moins graves, dit M. Desétangs, ces médecins (ceux qui eussent été appelés à juger son œuvre), qui sont assurément au premier rang dans la science, ont peine à s'imaginer que les suicides si multipliés, qui dans les villes et les campagnes échappent à leur observation, puissent différer essentiellement de ceux dont ils sont témoins à Bicêtre, à Charenton, à la Salpêtrière ou dans les établissements privés : de telle sorte qu'appuyés sur l'autorité d'Esquirol, ils arrivent à n'envisager le meurtre de soi-même que comme un acte insensé, dépourvu de toute liberté morale, et qu'ils n'y voient dès lors qu'une indication médicale à remplir, savoir, de prévenir les attentats de ce genre par une surveillance sévère et des soins éclairés. Or, ajoute M. Desétangs, nous obéissons à une tendance absolument contraire, et si pour eux le suicide n'est qu'un fait pathologique purement individuel, qui ne doit pas franchir l'enceinte d'une maison de santé, c'est pour nous, avant toute chose, un fait social, où l'individu n'intervient pour ainsi dire que pour donner une forme plus arrêtée, plus précise à des souffrances générales, souffrances morales et matérielles qui accusent hautement les vices de nos institutions et l'impuissance de nos lois. »

On se demandera peut-être, avec cette manière large et élevée d'envisager la question du suicide, ce qu'a à faire l'intervention de la médecine. Sans doute, à ne la considérer que dans le sens restreint de son but le plus immédiat, l'étude du suicide n'a rien à attendre de ses lumières spéciales. Cependant, sans réclamer pour la médecine le privilége exclusif d'embrasser toute la métaphysique, que Diderot, dans un sentiment d'enthousiaste admiration, voulait lui octroyer, on peut encore aisément maintenir sa compétence au même titre que pour tout ce qui touche à la nature de l'homme. Qui mieux que le médecin d'ailleurs, comme le dit si bien M. Desétangs, est un meilleur juge à consulter ou un meilleur guide à suivre « dans la difficile analyse de ces luttes incessantes, de ces ardents conflits de volontés et d'instincts, de besoins et de passions où se consume et s'alimente sans cesse l'activité des sociétés humaines?... Qui mieux que lui peut venir en aide au législateur et au moraliste? Les tourmentes sociales et les orages de la vie privée lui envoient assez de victimes pour qu'il ait le secret de nos douleurs et de nos égarements. Témoin journalier de tous les genres d'excès et de misères, et de l'affreux cortége qui les accompagne, il sait mieux que tout autre par quelles plaies hideuses est dévoré le corps social, et de là naissent pour lui le droit et le devoir de dénoncer les progrès du mal et d'en dévoiler toute la profondeur. »

Les motifs de la compétence du médecin en matière de suicide pouvaient-ils être mieux définis et plus légitimement déduits?

La raison de son intervention dans l'étude du suicide ainsi justifiée, quelle sera la voie que suivra l'auteur dans cette étude? Nous allons encore le laisser parler : « Remonter des faits aux causes qui les préparent et les déterminent; fixer avec précision leurs caractères communs et différentiels; puis en bien pénétrer l'esprit pour leur assigner dans l'ordre moral et intellectuel la place qui leur convient, telle est, selon nous, la marche qui se présente d'abord à la pensée, et que la réflexion fait aussi juger la meilleure. »

Ici une question de méthode se présentait naturellement à l'esprit de M. Desétangs. Quelle est la valeur de la statistique, et quel doit être son rôle dans l'appréciation des causes qui déterminent au suicide?

Voici en quels termes M. Desétangs apprécie le rôle de la statistique dans les choses morales en général :

« Il n'est pas besoin d'une longue méditation pour comprendre que la statistique appliquant aux sujets les plus divers et les plus opposés des procédés invariables, ne s'est pas réservé le pouvoir de les approprier à la nature des choses. Se condamnant à compter sans cesse, à tout exprimer par des nombres, à tout résumer en une *somme* ou *total,* elle est invinciblement conduite à ne voir que des unités dans les cas les plus complexes; à transformer de simples analogies en identités absolues; à créer enfin, par violence et par artifice, ces cadres si réguliers en apparence, et qui ne sont pourtant que des lits de Procuste d'où les faits ne peuvent sortir que mutilés, informes et méconnaissables. »

Admettant ensuite, par une supposition contraire à l'évidence, que la statistique appliquée aux recherches sur la mort volontaire n'ait négligé aucun fait essentiel, et que le recensement des faits une fois opéré on veuille traduire le langage des chiffres, l'auteur montre combien on sera loin d'avoir fait de la statistique un instrument de précision « car il est trop facile de voir que cette rigueur mathématique ne pouvant s'exercer que sur les circonstances matérielles des faits, a pour résultat infaillible de laisser complétement en dehors tout le côté moral et philosophique du problème. »

Et plus loin. « Quand notre âme, épuisée de douleur et d'ennui, se ferme à l'espérance et délibère enfin sur la destruction de notre être, par une réaction soudaine, l'instinct de la conservation se ranimant en nous à l'approche du péril, pèse à son tour dans la balance et résiste au penchant homicide. Entre l'horreur de vivre et l'horreur de mourir, s'engage alors un combat suprême, où nos sentiments, nos croyances et les habitudes de notre vie entière interviennent. Si voisin de la mort, on cherche à reconnaître par quelle voie lente ou rapide l'injustice des hommes, les caprices du sort ou le fatal entraînement des passions nous ont conduit à l'*ultima ratio,* c'est-à-dire au suicide. De cet examen solennel, fait à la dernière heure au tribunal de la conscience, résulte une sorte de bilan moral que personne n'imaginera sans doute de résumer par *doit* et *avoir*, ainsi qu'il le faudrait pourtant pour satisfaire aux exigences, à la rigoureuse précision d'une donnée mathématique. Mais établir la situation d'une âme plongée dans la détresse et qui se retire de la vie comme on relève la caisse d'un négociant en faillite et qui renonce aux affaires, ce serait aussi pousser bien loin la dérision ou la simplicité. Mieux vaut donc arriver à cette persuasion que le monde intellectuel et moral, avec tous ses problèmes, est de sa nature absolument réfractaire à la discipline des nombres, et que les faits qui s'y produisent ne peuvent jamais s'offrir à nos méditations sous un numéro d'ordre. »

Après ces citations, nous n'avons pas besoin d'ajouter que ce n'est pas aux procédés de la statistique que M. Desétangs a demandé la solution des graves questions qui se rattachent au suicide.

Prenant pour guide la pensée de Voltaire, lorsqu'il exprimait le désir que tous ceux qui prennent le parti de sortir de la vie laissassent par écrit leurs raisons avec un petit mot de leur philosophie, il a cherché à assister en quelque sorte, autant qu'il était en lui, au travail mental qui s'accomplit en présence de la mort volontaire, et « à saisir dans leur profondeur et leur diversité les questions immenses qui se pressent et s'agitent au seuil du néant ou de l'éternité, » en s'initiant aux écrits ou autres témoignages des dernières pensées des suicidés.

C'est avec cette idée que M. Desétangs a entrepris une vaste enquête sur la mort volontaire, se constituant, comme il le dit lui-même, l'exécuteur testamentaire de tout suicide où le coupable a payé de son sang le droit d'exprimer une dernière pensée sur les destinées de l'homme. Cette enquête porte sur les innombrables documents accumulés depuis soixante ans dans les archives du ministère de l'intérieur, du ministère de la guerre et de la préfecture de police de Paris. C'est de ce labeur immense, qui ne lui a pas coûté moins de trois années, qu'il a cherché à donner une idée dans cette lecture, dont cet article n'est lui-même qu'un très-pâle reflet.

Nous avons rappelé que M. Desétangs avait entrepris ses recherches à l'occasion du concours ouvert devant l'Académie sur la question du suicide, concours qui a donné lieu à plusieurs ouvrages très-remarquables. Il n'a pas dissimulé les motifs qui l'avaient éloigné d'en courir les chances. Qu'il nous permette de dire que ces motifs feraient injure à ses juges autant qu'à son propre mérite, s'ils n'avaient pour excuse l'excessive modestie de l'auteur. Espérons que les mêmes scrupules ne l'arrêteront pas devant l'opinion publique, et que l'important ouvrage inédit dont cette lecture n'est que l'introduction verra prochainement le jour.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

Nouvelle observation de leucémie.

(Recueillie par M. PORTALIER.)

La leucémie a été dans ces derniers temps le sujet d'une discussion fort importante à la Société médicale des hôpitaux. Deux opinions se sont trouvées en présence. Pour les uns, la leucémie ou l'augmentation des globules blancs du sang n'était pas une maladie spéciale ; c'était tout simplement un des accidents, un des phénomènes consécutifs d'un certain nombre de cachexies. Pour d'autres, la leucémie était une maladie spéciale tout à fait à part, caractérisée par le développement considérable de la rate, l'augmentation du nombre des globules blancs du sang, l'anémie et l'infiltration. Une opinion intermédiaire, et qui parut être l'expression de la vérité, est la suivante : la leucémie est bien une maladie spéciale caractérisée comme il vient d'être dit, et méritant une place à part dans le cadre nosologique; mais, indépendamment de ces cas bien réels, il est un certain nombre de

cachexies, comme l'ont bien démontré Wirchow, Bennet et d'autres, dans lesquelles un des phénomènes consécutifs possibles est l'augmentation du nombre des globules blancs du sang. Cependant, jamais dans ce dernier cas cette augmentation n'est aussi forte ni aussi élevée que dans la leucémie proprement dite. On conçoit que pour asseoir définitivement la science à cet égard, il faut de nouveaux faits, il faut des observations nombreuses, et c'est précisément là qu'est la difficulté. La leucémie proprement dite est une maladie très-rare, qui ne se rencontre que d'une manière tout exceptionnelle. Il est donc intéressant pour la science de publier tous les faits de cette maladie qui se présentent à l'observation des médecins. C'est pour cette raison que nous croyons intéresser les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* en publiant l'observation suivante recueillie dans le service de M. Becquerel.

Au nº 17 de la salle Saint-Raphaël, est couché un malade, Maître (Pierre-Antoine), âgé de quarante-six ans, cambreur de profession, né dans le département de la Côte-d'Or. Il est veuf, et a eu treize enfants. Les conditions hygiéniques dans lesquelles il s'est trouvé jusqu'à présent paraissent satisfaisantes. Il n'accuse aucun excès. Comme antécédent pathologique, il a eu une fièvre intermittente vers l'âge de vingt-cinq ans; il en a été complétement et assez rapidement guéri, sans que cette affection ait eu depuis sur sa santé aucun retentissement fâcheux. Nulle douleur, nulle tumeur à la région splénique; nulle affection présentant le caractère intermittent pendant les vingt années qui se sont écoulées depuis le moment où il a eu ses accès de fièvre jusqu'au début des accidents actuels. Le choléra, dont il a été pris en 1849, n'a laissé aucune trace. L'affection présente ne paraît remonter qu'aux premiers jours de 1855. Le malade a éprouvé à cette époque, du côté du cœur, des accidents dont il rend mal compte. En même temps il s'est aperçu d'une tuméfaction dans le flanc gauche; ses jambes se sont infiltrées et sensiblement affaiblies, sans toutefois qu'il y ait eu de paralysie, ni qu'il ait été pour cela obligé de suspendre son travail. Il est entré une première fois à la Pitié, où sa maladie, méconnue, a été prise pour une tumeur du rein. Il a été ensuite soigné pendant quelque temps aux frais d'une société dont il était membre, et qui, fatiguée de le soutenir, l'a abandonné. Enfin, son mal allant toujours en empirant, il s'est décidé à rentrer à l'hôpital, et il a été admis dans le service de M. Becquerel le 13 août 1856.

Etat actuel le 14 août. — Décubitus dorsal, la tête assez basse; teint jaune, anémique, dont la nuance se rapproche de celle des cachexies. Le pouls offre 92 pulsations, régulières, médiocrement fortes. La respiration est normale (22 inspirations par minute). Essoufflement et battements de cœur après une course un peu considérable.

Les accidents nerveux du côté de la tête se bornent à quelques étourdissements et à quelques bourdonnements d'oreille. Le malade ne peut marcher qu'à l'aide d'un bâton, et a les bras encore plus faibles que les jambes, ce qui du reste paraît tenir à l'état général. Les lèvres et la muqueuse buccale sont pâles et décolorées. L'appétit est conservé, la soif augmentée; rien autre chose à noter du côté du tube digestif, si ce n'est un peu de constipation.

Dans le flanc gauche il existe une tumeur qui est évidemment constituée par une hypertrophie de la rate, et dont la matité, commençant en haut au niveau et en dehors du mamelon, descend jusqu'au pubis; elle s'étend en largeur à trois travers de doigt à droite de l'ombilic, et occupe tout le flanc, sauf la partie tout à fait postérieure de la région lombaire correspondant au rein gauche. La mensuration donne 35 centimètres en longueur, un peu moins en largeur. Cette tumeur, indolente au toucher, est dure, uniforme, sans fluctuation, sans mamelonnement. Le foie a son volume normal. L'intestin refoulé occupe tout le flanc droit, où il forme une saillie considérable.

L'auscultation fait constater un bruit de souffle léger et très-doux à la base du cœur et un léger souffle intermittent dans les deux carotides. L'enflure des parties inférieures du corps, inappréciable quand le malade est couché, n'est apparente que lorsqu'il se lève. Toux légère; un peu de râle sous-crépitant à la base des deux poumons en arrière. La miction est facile; les urines pâles, anémiques, ne donnant pas de précipité par l'acide azotique, prennent sous l'influence de la chaleur une légère nuance albumineuse.

M. Becquerel diagnostique une leucémie dont l'examen du sang que nous rapportons plus bas est venu confirmer l'existence, et formule le traitement suivant:

Vin de quinquina, sulfate de quinine (0,30 par jour), un bain alcalin tous les jours, pilules de fer, un litre de vin, de la viande, quatre portions.

Du 14 au 20, aucun changement ni en bien ni en mal dans l'état du malade.

Le 20, la diarrhée est survenue d'une manière assez intense. — Lavements opiacés.

Le 23, les selles prennent le caractère dyssentérique; elles sont constituées par des mucosités sanguinolentes. La langue est sèche, l'abdomen ballonné et douloureux au toucher. La peau est chaude; le pouls, petit et fréquent, bat 120 fois à la minute. — Lavements laudanisés et au ratanhia; cataplasmes laudanisés; potion contenant pour 120 grammes d'excipient 0,5 extrait thébaïque, 2 grammes extrait de ratanhia.

Les 24 et 25, la dyssenterie persiste; ténesme considérable; 25 à 30 selles sanguinolentes par jour; vomissements muqueux à sept ou huit reprises dans la journée. La langue reste sèche; le ventre ballonné; le pouls reste le même. — Prescription analogue, et de plus eau gazeuse et glace.

Le 26, le malade s'affaiblit; fièvre intense; la peau est chaude; le pouls donne 136 pulsations par minute; 140 respirations. Le ventre est toujours douloureux à la pression; selles fréquentes, couleur de café. — Le traitement ci-dessus est continué.

Le 27 août, le malade s'affaiblit de plus en plus; le pouls est très-faible, les extrémités sont froides; les selles sont noirâtres, sanguinolentes; il y a des vomissements. — Administration de la glace.

Le malade meurt à midi, presque subitement.

Autopsie vingt-deux heures après la mort.

La teinte du cadavre est toujours la coloration jaune-cireux que nous avons signalée. Il n'existe aucune infiltration. L'ouverture de l'abdomen nous démontre l'existence d'une rate énorme, qui, enlevée et pesée immédiatement, donne 4,400 grammes. Sa longueur est de 34 centimètres et sa largeur de 23. Elle est homogène, constituée par un tissu dur, dense, et absolument semblable à celui du foie.

La coupe en est lisse, luisante, sans aucune distinction de contenant ni de contenu; d'un brun rougeâtre quand on vient de la couper, d'un rouge beaucoup plus ardent quand on laisse la surface de la section au contact de l'air.

Le tissu de l'organe cède au doigt, qui s'y enfonce et le détruit, non sans un certain effort.

La râclure avec le couteau donne une espèce de bouillie d'un gris rougeâtre, dans laquelle l'examen au microscope démontre un nombre presque égal de globules blancs et de globules rouges. L'addition d'une goutte d'ammoniaque sur le champ du microscope détruit les uns et les autres; mais en même temps elle rend ce liquide filant et visqueux comme de la gelée, circonstance due à la grande proportion de graisse que le sang renferme.

Le foie est parfaitement sain, un peu gros, mais sans altération de tissu. Les vésicules hépatiques ont leur forme et leurs caractères ordinaires.

Les reins ne présentent aucune altération.

L'estomac est sain, ainsi que le reste des intestins jusqu'au cœcum. Dans le gros intestin, vers le milieu du côlon transverse, on voit dans une étendue de 7 à 8 pouces une arborisation par suffusion sanguine, disposée par places, où existe un léger ramollissement de la membrane muqueuse. Ce sont certainement là les traces de la colite aiguë qui a enlevé le malade.

Les poumons sont sains, un peu congestionnés.

Le cœur gros, mais mou et flasque, contient un sang grumeleux, visqueux, constitué plutôt par une sanie d'un rouge grisâtre, et dans lequel on distingue de nombreuses traînées blanchâtres, indice des nombreux globules blancs qui l'infiltrent. Ce sang, soumis à la défibrination, ne donne pas sensiblement de fibrine; c'est toujours la sanie d'un rouge grisâtre qui s'écoule à travers le linge. Le sang qui s'écoule de tous les organes et de toutes les veines est toujours et partout un liquide d'un rouge grisâtre, grumeleux, incomplétement coagulé.

L'examen microscopique démontre que cette sanie sanguinolente, qui infiltre tous les organes et tous les tissus, renferme un mélange à proportions à peu près égales de gros globules blancs et de globules rouges.

Il existait dans un des calices du rein droit un calcul jaunâtre d'acide urique, ayant la forme d'un petit haricot.

Analyse du sang.

Le sang tiré pendant la vie des parois abdominales à l'aide de deux ventouses a été défibriné et soumis d'abord à l'examen microscopique. Les globules étaient augmentés dans une proportion énorme. M. Becquerel a déduit de plusieurs examens et de plusieurs préparations qu'il pouvait y avoir un globule blanc pour six globules rouges.

L'expérience suivante est venue justifier cette évaluation approximative:

Le sang défibriné mis dans une éprouvette a été abandonné quarante-huit heures à un repos complet. Il s'est alors formé dans cette éprouvette trois couches. La première ou supérieure, était constituée par le sérum du sang, un peu louche et rougeâtre; elle occupait la moitié de l'éprouvette. La deuxième couche était blanchâtre, laiteuse, tout à fait analogue à une couche de pus; elle occupait le douzième à peu près de l'éprouvette. Enfin, la troisième couche, occupant la moitié inférieure du tube, était constituée par les globules rouges parsemés de stries grisâtres encore assez nombreuses et évidemment constituées par de nombreux globules blancs qui n'avaient pu remonter jusqu'à la deuxième couche.

Il suit de là que cette deuxième couche de couleur laiteuse, constituée par des globules blancs, représente à peu près le douzième de la totalité du sang et le sixième des globules rouges. Il est presque inutile d'ajouter que l'examen microscopique a démontré que c'était bien des globules blancs, parfaitement analogues, du reste, aux globules de pus.

L'analyse du sang a donné les résultats suivants:

Analyse de 1,000 grammes de sang.

Somme des parties solides. . . .	160,602
Eau.	839,398
Globules rouges et blancs. . . .	70,847
Parties solides du sérum. . . .	85,705
Fibrine.	4,050
	1,000

Analyse de 1,000 grammes de sérum.

Somme des parties solides. . . .	92,244
Eau.	907,756
Albumine.	75,852
Matières extract. salines et grasses. .	16,392
	1,000

Le sang recueilli après la mort dans le cœur et les gros vaisseaux était constitué par une bouillie d'un gris rougeâtre, ou plutôt roussâtre, à demi-consistant, et dont il a été impossible de séparer la fibrine ni aucune trace de séreuse.

Examiné au microscope, le sang altéré paraissait contenir à peu près autant de globules blancs que de globules rouges. Il a été soumis à une analyse qui a donné pour quelques-uns des éléments les résultats suivants:

1,000 parties de sang altéré, ou plutôt de cette bouillie, ont donné:

Eau.	776,459
Parties solides. . .	223,541

De ces 223,541, on a extrait: graisse, 5,014, ce qui est un chiffre considérable.

L'addition d'une petite quantité d'ammoniaque liquide transforme cette sanie sanguinolente en une masse gélatineuse, rougeâtre et transparente, dans laquelle le microscope ne trouve plus aucune espèce de globule. Cet effet est dû, comme je l'ai déjà dit, à la présence de la graisse, que cette dernière analyse démontre être en excès.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Alph. AMUSSAT.

De la cautérisation après les opérations.

La cautérisation employée après les opérations n'est pas une pratique nouvelle; on sait quel usage en faisaient les chirurgiens du moyen âge, et la préférence qu'ils accordaient au fer rouge. L'application du fer incandescent sur les tissus incisés avait pour but principal d'arrêter l'écoulement sanguin. Après la découverte de la ligature, la cautérisation fut généralement abandonnée comme moyen hémostatique ordinaire. Actuellement encore, on applique le fer rouge ou les caustiques sur des tissus incisés, lorsque leur position ou leur texture ne permet pas d'employer la ligature ou la torsion avec une complète sécurité.

La cautérisation, outre son efficacité comme moyen hémostatique, offre l'avantage de prévenir la phlébite et la résorption purulente que l'on observe assez souvent à la suite des opérations. Le fer rouge, la pâte de chlorure de zinc, l'acide nitrique monohydraté sont les agents les plus usités pour produire à la surface d'une plaie une modification qui prévienne les accidents que j'ai signalés. Appelé à faire l'amputation de la cuisse à un enfant porteur d'une tumeur blanche du genou, j'ai employé avec succès la pâte de chlorure de zinc.

Amputation de la cuisse; cautérisation faite immédiatement après l'opération avec la pâte de chlorure de zinc; guérison.

Au mois de février 1852, le jeune P..., âgé de dix ans et demi, d'un tempérament lymphatique et nerveux, fit une chute en courant dans la cour de sa pension, et se frappa violemment le genou droit contre un pilier de pierre. Il y eut bientôt du gonflement, de la douleur dans l'articulation, et de la claudication en marchant.

Le 1er mars 1852, l'enfant fut atteint d'une pleurésie qui le retint au lit pendant trois semaines. Guéri de son affection thoracique, il reprit ses études; mais les douleurs et le gonflement persistant, un médecin fut consulté: il conseilla des frictions avec une pommade composée d'iodure de potassium et de camphre, un régime tonique, l'huile de foie de morue et le sirop de noyer à l'intérieur. Quelque temps après, il se forma dans le creux poplité un abcès qui s'ouvrit spontanément. Différents traitements suivis avec assez de persévérance ne purent empêcher le mal de faire des progrès.

Au mois de juin 1854, je vis le jeune P... Je constatai que l'articulation tibio-fémorale droite était beaucoup plus volumineuse que la gauche; la jambe était fléchie sur la cuisse; il existait trois vastes ulcérations autour de l'articulation, une au creux poplité et les deux autres latéralement. Vers le centre de chacune de ces ulcérations, on voyait un trajet fistuleux qui communiquait sans doute avec l'articulation, et qu'il ne me fut pas permis d'explorer. Une abondante suppuration avait lieu à la surface de ces plaies. Je fis connaître à la famille le pronostic grave que je portais sur cette affection, et les avantages qu'il y aurait à pratiquer immédiatement une amputation, l'état général étant encore assez satisfaisant. L'opération fut rejetée.

Je prescrivis alors un régime tonique. Je fis appliquer sur les surfaces suppurantes des compresses trempées dans de l'eau de noyer iodée, recouvertes d'amadou et de taffetas gommé.

Sous l'influence de ce traitement, du beau temps, du séjour à l'air et au soleil, il y eut une amélioration momentanée. Mais au retour de l'hiver la situation empira; un nouvel abcès se forma à la partie antérieure interne et inférieure de la cuisse, et s'ouvrit spontanément au-dessus du genou, malgré une ponction sous-cutanée et une injection iodée faites à la partie supérieure. L'état général s'altéra peu à peu; il survint de la toux et de la fièvre, qui obligèrent le malade à garder le lit dans une chambre au rez-de-chaussée, froide et humide. Chaque jour la santé du jeune malade s'altérait; la jambe se fléchissait sur la cuisse; du pus s'infiltrait dans les parties profondes de la cuisse, autour du fémur.

Au mois de mars 1855, MM. Carteaux, Chailloux et Lebled, que je priai d'examiner le malade avec moi, furent d'avis que le seul moyen de le conserver était l'amputation, mais que cette opération offrait alors des chances bien faibles de succès. L'enfant était dans l'état suivant: marasme complet, fièvre continue, toux, inappétence, jambe complétement fléchie, membre inférieur porté dans l'abduction, suppuration fétide et abondante, cuisse gonflée par le pus, qui remontait jusque vers le grand trochanter.

Le 8 mars 1855, assisté par mes confrères MM. Carteaux, Chailloux, Lebled et Blatin, je pratiquai l'opération. L'enfant ayant été soumis aux inhalations d'éther par le docteur Blatin, je fis l'amputation à deux lambeaux au tiers inférieur du membre. Comme l'os était presque complétement isolé par la suppuration et à une grande hauteur, une simple incision suffit pour me permettre de le scier au niveau des tissus. Une quantité considérable de matière purulente et sanieuse s'écoula dès que j'eus fait les lambeaux.

Je fis la torsion de l'artère fémorale et de plusieurs autres, et je nettoyai le moignon avec de l'eau tiède. L'enfant perdit très-peu de sang. La surface du moignon bien épongée, j'y appliquai des morceaux de pâte de chlorure de zinc (à parties égales) d'un millimètre d'épaisseur, de manière qu'elle fût parfaitement couverte. Par-dessus je plaçai de la ouate de coton, et j'assujettis le tout au moyen du bandage ordinaire. L'enfant fut reporté dans son lit, et des bouteilles d'eau chaude furent placées autour du moignon. Quelque temps après l'opération le malade prit un bouillon léger. Je conseillai de lui donner une pilule d'un centigramme d'extrait thébaïque toutes les trois heures, afin de diminuer l'effet douloureux de la pâte caustique.

Le soir, le jeune P... allait bien, il ne souffrait pas, mais il était très-excité, et parlait beaucoup. Ne voulant pas augmenter cet état, dû à l'opium, j'en fis cesser l'usage. Il fut dans cet état jusqu'à quatre heures du matin; alors il ressentit une cuisson assez vive à la surface

de la plaie. Dans la matinée, il ne souffrit pas assez pour que je fisse reprendre l'usage du narcotique, et dans la soirée je retirai la pâte de zinc. L'appareil enlevé, il s'écoula deux ou trois cuillerées d'une sanie noirâtre venant des parties profondes et supérieures de la cuisse. A la surface du moignon il existait une eschare dure, épaisse, d'une couleur gris noirâtre. Je recouvris toute la plaie d'une épaisse couche de ouate, et je l'assujettis au moyen de l'appareil ordinaire. On continua de placer autour du moignon des bouteilles d'eau chaude, et l'enfant fut remis graduellement à un régime tonique.

Le 11, ayant remarqué au centre du moignon un trajet fistuleux assez large et profond, donnant passage à de la sanie purulente, j'y introduisis un séton caustique de pâte de zinc, de la grosseur du petit doigt et d'environ 5 centimètres de long. Ce séton caustique, fait avec de la pâte de chlorure de zinc (à parties égales), enroulé sur une mèche de coton, fut laissé en place vingt-quatre heures.

Jusqu'au 20, il y eut à peine de suppuration ; la surface du moignon offrait une vaste eschare noirâtre traversée par une fissure longitudinale, au travers de laquelle suintait un peu de pus.

A cette époque, une moitié de l'eschare se détacha, mit à nu une surface vermeille et l'extrémité de l'os. Je fis appliquer sur la plaie notre pansement, l'eau ordinaire. (Voir Thèse inaugurale; Paris, 1850.)

Dans les premiers jours d'avril, il ne restait plus d'eschare ; l'enfant, soumis au régime tonique, avait repris des forces; la suppuration était de bonne nature.

Le 18 de ce mois, le temps étant beau, je permis au jeune malade d'aller au Luxembourg avec des béquilles.

Le 27, un petit abcès, placé à la partie interne du moignon, s'ouvrit et laissa un petit trajet fistuleux.

A la fin du mois de mai, la surface du moignon était très-rétrécie ; mais l'os, recouvert de bourgeons charnus, faisait une saillie d'un demi-centimètre.

Le 30 de ce mois, je fis la résection de l'extrémité du fémur, après avoir soumis le malade aux inhalations éthérées.

Après l'opération, j'appliquai sur la surface de l'os un disque de pâte de chlorure de zinc dans le but d'arrêter l'écoulement sanguin qui se faisait à sa surface et d'avoir une eschare sur la nouvelle plaie. Le chlorure de zinc, laissé en place vingt-quatre heures, modifia la surface de l'os et la plaie du moignon. Lorsque l'eschare fut détachée, on reprit le pansement humide avec de l'eau de noyer additionnée de quelques gouttes de teinture d'iode ; le malade sortait tous les jours, il avait repris des forces, de l'embonpoint; il digérait bien une nourriture tonique; en un mot, l'état général était très-satisfaisant.

Au mois d'août, la plaie n'avait plus que les dimensions d'une pièce de 2 francs; mais elle était recouverte de bourgeons charnus mous, dépressibles, entre lesquels on trouvait de très-petites portions d'os nécrosés, qui se détachaient facilement, et que j'enlevais avec des pinces. Pour raviver ces tissus, j'y appliquai tous les quatre jours de la teinture d'iode pure.

A la fin du mois d'août, la plaie avait repris un très-bon aspect, et l'on ne trouvait plus à sa surface ces petites portions d'os que j'ai signalées.

Au mois d'octobre, le jeune P... jouissait d'une bonne santé, et se promenait avec des béquilles; il n'existait plus au centre du moignon qu'une petite plaie qui diminua chaque jour, et fut complétement cicatrisée au mois de décembre.

Au mois de janvier 1856, l'enfant essaya de porter une jambe de bois; mais dans les premiers jours, il se forma à la partie interne et inférieure du moignon une petite plaie, au voisinage de l'orifice fistuleux du petit abcès qui s'était ouvert quelque temps après l'amputation. Ces deux petites plaies, traitées successivement par des applications de teinture d'iode et par la cautérisation avec un peu de pâte de chlorure de zinc, ne furent cicatrisées qu'au bout de plusieurs mois.

Actuellement le jeune P... est complétement guéri; il jouit d'une bonne santé, et commence à marcher avec sa jambe de bois.

A l'examen de l'articulation malade, je trouvai trois trajets fistuleux communiquant avec l'extérieur, un dans le creux poplité et les deux autres sur les côtés du genou. Les surfaces articulaires du fémur et du tibia étaient ulcérées, et le cartilage avait complétement disparu dans certains points; je trouvai aussi un tubercule ramolli dans les parties molles avoisinant l'extrémité inférieure du fémur.

Réflexions. — Si je n'avais pas compté sur les avantages que l'on retire de l'application des caustiques à la surface des tissus, j'aurais pratiqué cette amputation avec beaucoup de regret, en considérant combien elle avait peu de chances de succès. Mais comme j'avais vu mon père obtenir de très-grands avantages de l'application de la pâte de chlorure de zinc après l'enlèvement des tumeurs cancéreuses du sein, et que j'avais eu moi-même à m'en louer dans plusieurs opérations de ce genre, je fondais de grandes espérances sur ce mode de traitement, quoique les circonstances fussent beaucoup plus graves.

Plusieurs procédés pouvaient être suivis pour obtenir une plaie sous-escharotique. Je pouvais sectionner et cautériser les tissus avec le fil électrique ou, l'amputation pratiquée, cautériser toute la surface du moignon avec le fer rouge. Je pensai que la pâte de chlorure de zinc modifierait plus profondément des tissus infiltrés et baignés de pus depuis longtemps.

Le premier résultat observé après l'opération fut la disparition de la toux.

Un léger purgatif donné le surlendemain de l'amputation, en débarrassant encore l'économie d'une intoxication purulente prolongée, permet à l'enfant de mieux assimiler la nourriture tonique qui lui fut donnée. L'absence presque complète de suppuration dans la première semaine lui permit d'avoir repris des forces et de la supporter lorsqu'elle eut lieu. Ce fut un des résultats des eschares épaisses et de leur lenteur à se détacher. Lorsqu'elles tombèrent, je trouvai une plaie vermeille, des tissus déjà organisés pour résister à l'action de l'air, et une grande vitalité dans ces parties, auparavant flasques, décolorées et languissantes.

Ces phénomènes, dus à l'excitation développée par la pâte de chlorure de zinc, ont été signalés depuis longtemps par M. le docteur Bonnet (de Lyon), dont la pratique est si riche en résultats de ce genre.

La seconde application de chlorure de zinc et les badigeonnages avec la teinture d'iode pure, ont toujours eu pour effet de raviver une plaie qui avait une grande tendance à devenir languissante par suite de la constitution du malade et de son habitation dans un lieu humide et mal éclairé.

Après l'opération, il n'y eut pour ainsi dire pas de pansement ; la ouate appliquée sur les eschares s'enlevait sans douleur pour le malade. Plus tard, lorsqu'il fit sur son moignon des pansements à l'eau, il n'éprouvait aucune sensation désagréable. Je pense que ce mode de pansement a été très-avantageux, et qu'il a contribué au succès de l'opération.

J'ai été quelque temps après l'amputation dans l'obligation de réséquer une petite portion du fémur. J'avais prévu ce résultat ; mais je pensai qu'il était préférable d'agir ainsi, plutôt que de scier l'os trop haut ; car, si j'avais voulu tout d'abord remonter jusqu'au point où il était isolé des tissus par la suppuration, j'en aurais fait la section près du tiers supérieur.

Enfin, en rappelant qu'à partir de l'opération, l'enfant, quoique placé dans d'assez mauvaises conditions, n'a pas eu le moindre accident, j'espère attirer l'attention des praticiens sur l'emploi de la cautérisation même après les opérations les plus graves de la chirurgie.

DE LA RESPIRATION AMPHORIQUE

dans la pleurésie,

Par M. le docteur Landouzy.

(Extrait d'un mémoire communiqué à l'Académie des sciences.)

Au premier rang des signes stéthoscopiques qu'une mort prématurée n'a pas laissé à Laënnec le temps de développer, il faut mettre le souffle tubaire de la pleurésie, si nettement accusé dans la plupart des épanchements, et qui cependant est loin encore d'avoir aux yeux des médecins cette signification précise du souffle tubaire de la pneumonie, du gargouillement dans la phthisie, des râles sonores dans la bronchite, des râles crépitants dans la congestion ou l'œdème pulmonaires, etc., et de tous ces signes typhiques qui semblent avoir été formulés par un génie infaillible.

Il est une modification très-importante et très-curieuse de ce souffle tubaire pleurétique, c'est le *souffle amphorique pleurétique*, qui n'a jamais été étudié dans aucun traité, et qui néanmoins a dû se présenter à bien des observateurs, tant ses caractères sont tranchés et tant sont fréquents les cas dans lesquels il se produit. Sauf deux observations très-intéressantes publiées par M. le docteur Behier, et quelques lignes de la dernière édition du *Traité d'auscultation* de Barth et Roger, on ne trouve dans la science nulle mention des bruits amphoriques de la pleurésie.

Remettant à une époque prochaine l'histoire complète de toutes les modifications de la respiration dans les épanchements, je veux seulement prouver aujourd'hui que le souffle amphorique de la pleurésie est plus fréquent que ne le ferait penser le silence des auteurs, et surtout qu'il n'est pas lié d'une manière actuelle à l'épanchement, comme pourraient le faire supposer les deux seuls faits enregistrés dans la science.

J'établis, en effet, dans le mémoire dont j'extrais la présente note, qu'il existe dans un assez grand nombre d'épanchements chroniques ou d'épanchements récents, à forme latente, des phénomènes amphoriques qui ne se trouvent étudiés dans aucun ouvrage et dont la notion est du plus haut intérêt; que ces phénomènes amphoriques existent dans les épanchements séreux aussi bien que dans les épanchements purulents; que les souffles tubaires ou amphoriques peuvent persister après la disparition du liquide; qu'un côté de la poitrine peut être le siége d'une matité absolue en avant et en arrière, avec souffle tubaire ou amphorique considérable, et offrir presque tous les signes d'un épanchement sans que la plèvre contienne une goutte de liquide ; que l'égophonie, regardée jusqu'ici comme signe pathognomonique des épanchements aigus, et comme indiquant même le niveau du liquide, peut exister avec les mêmes caractères immédiatement après la disparition complète de l'épanchement; que ces altérations de la respiration et de la voix, placées jusqu'ici sous la dépendance des épanchements, sont dues aux modifications de la plèvre et des poumons, bien plutôt qu'à la présence des liquides séreux ou purulents.

La seule analyse des observations cliniques sur lesquelles reposent ces nouvelles données dépasserait encore les limites d'une note académique ; aussi me bornerai-je aux conclusions suivantes qui résument tout mon travail :

1° Le souffle amphorique doit être inscrit, comme le souffle tubaire, au nombre des signes de la pleurésie chronique avec ou sans épanchement actuel.

2° Le souffle amphorique pleural annonce la condensation du poumon, soit par un *liquide et des fausses membranes*, soit par des *fausses membranes sans liquide*.

3° Le souffle tubaire pleural annonce la condensation du poumon soit par le *liquide seul*, soit par un *liquide et des fausses membranes*, soit par des *fausses membranes sans liquide*.

4° La disparition des souffles tubaires ou amphoriques, coïncidant avec le retour du murmure respiratoire ou des *ronchus*, indique la diminution de la condensation pulmonaire ; coïncidant avec l'absence de tout murmure respiratoire et de tout râle, elle annonce une condensation plus grande du poumon, soit par le liquide et les fausses membranes, soit par les fausses membranes seules; coïncidant avec l'élargissement des espaces intercostaux, le refoulement des viscères, etc., cette disparition des souffles tubaires ou amphoriques annonce une compression plus grande du poumon par le liquide; coïncidant enfin avec le rétrécissement du thorax, etc., elle annonce une compression plus grande du poumon par les fausses membranes sans liquide.

5° La persistance des phénomènes tubaires ou amphoriques, après la thoracentèse, a une signification précise. Entendus seuls, c'est-à-dire sans mélange d'aucun bruit respiratoire, normal ou anormal, ils indiquent que les grosses bronches seules sont restées perméables. Entendus avec un mélange de respiration pure ou de ronchus, ils indiquent que le poumon est perméable en partie; et le calibre des râles étant en raison directe du calibre des bronches, on saura le degré de cette perméabilité par le volume des râles, c'est-à-dire que plus les râles seront petits, plus la perméabilité sera grande.

6° La voix chevrotante ou égophonie n'est, comme la voix amphorique, qu'une variété de bronchophonie; elle est liée à la modification particulière imprimée au poumon par l'épanchement et non point à l'épanchement même, puisqu'on peut continuer à l'entendre immédiatement après l'évacuation du liquide tout entier.

7° Les fausses membranes récentes peuvent, au bout de quinze jours d'un épanchement non précédé d'accidents inflammatoires, être déjà assez consistantes pour donner lieu au souffle amphorique.

8° Les fausses membranes récentes, lors même qu'elles coïncident avec le souffle amphorique, ne sont pas nécessairement réfractaires, puisqu'elles peuvent six semaines après la thoracentèse ne plus laisser de traces appréciables à l'auscultation.

9° Les fausses membranes anciennes forment autour du poumon condensé une coque fibreuse, fibro-cartilagineuse, ostéo-fibreuse, qui en anéantit à jamais les fonctions.

10° L'un des poumons étant perdu entièrement pour la respiration, l'autre fonctionne avec une activité qui l'épuise, et devient bientôt le siége d'une inflammation mortelle.

11° Dans tout épanchement, et surtout dans les épanchements chroniques, les efforts du médecin doivent tendre à activer la résorption du liquide et des fausses membranes, car plus vite se fera la résorption, plus vite sera prévenue la transformation des exsudations molles en tissus inextensibles.

12° Dès que les efforts de la nature et de l'art ont été reconnus impuissants à amener la diminution d'un épanchement qui n'est symptomatique ni d'une affection du cœur ou du sang, ni d'une affection du poumon, ni d'une affection des reins, ni d'une cachexie incurable, il faut recourir à la thoracentèse.

13° La ponction sera urgente, et on devra y procéder sans essais préalables s'il existe du souffle amphorique indépendant de tubercules ou de fistules pulmonaires. Cette indication serait plus urgente encore s'il n'existait ni souffle ni aucune trace de respiration normale ou anormale, car le poumon serait déjà complétement imperméable.

14° La même indication d'urgence existera quelle que soit la cause de l'épanchement, même dans la néphrite albumineuse, même dans les pleurésies aiguës, même dans la phthisie, l'emphysème, les maladies du cœur, etc., s'il y a menace de mort par asphyxie.

15° Dans la plupart de ces cas, la thoracentèse n'a ni pour but ni pour effet de rendre instantanément au poumon comprimé ses fonctions, mais de faire cesser la compression médiate du poumon sain, la déviation du cœur et des gros vaisseaux, l'abaissement du diaphragme, etc.

16° La ponction sera faite sans incision préalable avec un trocart à robinet, muni d'une baudruche, et on devra prendre les précautions les plus minutieuses pour éviter l'introduction de l'air dans la plèvre. Si le liquide est séreux, toute injection sera inutile. Si le liquide est purulent, des injections légèrement chlorurées seront faites pour nettoyer la cavité pleurale, puis des injections iodées pour la modifier. Si le pus est fétide, ou s'il se reproduit avec abondance, au lieu de laisser longtemps à demeure une sonde, une mèche ou tout autre appareil qui irriterait la plèvre, on transformera la ponction en incision, et au besoin on fera par la plaie de nouvelles injections chlorurées ou iodées. Les malades seront soumis en même temps au traitement des indications spéciales, et surtout à un régime réconfortant et à une hygiène favorable.

RÉTRÉCISSEMENT INFRANCHISSABLE DU CANAL DE L'URÈTRE.

Fistules urinaires ; incision au périnée pour rétablir le canal ; succès de l'opération, et réapparition des mêmes désordres.

Par M. le docteur Lesueur (de Vimoutiers).

Dans les cas où le canal de l'urètre, trop rétréci, ne permettrait pas d'y faire pénétrer une sonde, l'on a proposé et exécuté dans ces derniers temps avec succès l'opération de la boutonnière sur les parties mêmes rétrécies, et l'on a pu ainsi non-seulement pénétrer dans la vessie, mais encore par ce moyen on a obtenu des guérisons radicales de ces rétrécissements.

L'observation de M. Lesueur vient prêter un nouvel appui à cette méthode, et encourager les chirurgiens dans cette voie. Nous croyons donc utile d'en faire connaître les principales circonstances.

Le sujet de l'observation est âgé de quarante-deux ans. Il a eu dans sa vie trois chaude-pisses, la dernière à l'âge de vingt-huit ans ; celle-ci n'a pas encore disparu. Il y a plusieurs années, à la suite d'une injection avec le sulfate de zinc, il éprouva une rétention complète d'urine, qui résista au cathétérisme, mais qui céda à un traitement antiphlogistique.

Trois ans plus tard, nouvelle rétention. Même impossibilité de le sonder; guérison par un traitement antiphlogistique.

Enfin, il y a un an, après avoir travaillé plusieurs semaines dans l'eau et fait des excès d'eau-de-vie, il fut pris d'une troisième rétention, qui cette fois se termina par un abcès ulcéreux suivi d'autres fistules vers le périnée, et aujourd'hui (1855) cet homme en porte trois par lesquelles l'urine s'écoule continuellement.

Le cathétérisme ne peut être pratiqué.

M. Lesueur crut devoir alors tenter l'incision périnéale pour pénétrer dans la vessie et plus tard dans le canal de l'urètre, d'arrière en avant.

Nous ne décrirons pas l'opération, qui n'offrit rien de particulier ; mais voici le moyen ingénieux auquel il eut recours pour ramener une sonde à travers le rétrécissement.

Il se servit, dans ce but, de deux sondes en gomme élastique : la première, assez grosse (nº 21), fut coupée à son extrémité, et ses angles adoucis avec la pierre ponce ; elle permettait à l'autre sonde, plus petite, de circuler librement dans son ouverture.

La petite sonde portait à son extrémité ouverte une anse de fil solidement fixée avec la cire à cacheter.

Ces deux instruments ainsi disposés, il procéda de la manière suivante :

La petite sonde fut introduite dans la vessie par la partie postérieure du canal, ce qui offrit assez de peine, à cause de la difficulté de découvrir cette ouverture. Ce résultat obtenu, la sonde nº 21 fut poussée dans le canal de l'urètre et pénétra jusqu'à l'incision. Alors, au moyen d'un mandrin crochu en fer passé dans son calibre, on suivit l'anse de fil de la petite sonde, et en tirant à soi le mandrin on la fit pénétrer dans la grosse. Cette petite sonde servit alors à son tour de conducteur et de mandrin à la grosse, qui fut ainsi conduite avec sûreté dans la vessie. On la fixa convenablement, et le malade fut replacé dans son lit, les cuisses rapprochées et une petite éponge sur la plaie pour tout pansement.

Le douzième jour après l'opération l'incision au périnée était guérie, l'engorgement de la verge beaucoup diminué ; les fistules paraissaient vouloir se tarir. En un mot, tout allait si bien que M. Lesueur crut pouvoir retirer la sonde deux heures, et apprit au malade à la replacer lui-même, ce qu'il fit cinq ou six fois. Mais tout à coup il ne peut plus la faire pénétrer ; M. Lesueur ne peut plus lui-même retrouver le passage, et le malade retombe dans son premier état.

(*Ann. méd. de la Flandre occid.*)

DE LA LUXATION SCIATIQUE DU FÉMUR.

Par M. Marcacci.

Variété rare, niée même par quelques auteurs, cette luxation mérite cependant de garder sa place dans le cadre nosologique. M. Marcacci en cite deux exemples. Nous ne reproduirons pas le premier. Quoique l'auteur ait constaté — mais sur le vivant seulement — tous les signes d'une luxation en arrière et en bas, c'est-à-dire entre la tubérosité et l'épine sciatique, le déplacement dans ce sens pouvait bien n'être que consécutif ; car l'auteur, qui n'a vu le blessé qu'au bout d'une semaine, nous apprend que, le premier jour, des chirurgiens distingués s'étaient déjà épuisés en efforts infructueux pour obtenir la réduction, ce qui avait bien pu faire changer la tête de place.

La même objection ne saurait être opposée au fait suivant :

Un homme fortement constitué se fit, en tombant, une luxation de la hanche, que le professeur Burci réduisit heureusement trente-six heures après l'accident. Une maladie étrangère fit succomber le blessé quelques instants après la réduction, et voici les lésions que l'autopsie permit de constater :

Peau et muscles fessiers intacts, ainsi que le pyramidal. Nerf sciatique fortement ecchymosé à sa sortie du bassin et jusqu'au milieu de la cuisse. Larges ecchymoses sur le corps du demi-tendineux et du demi-membraneux. Le carré crural a son bord supérieur rompu près de l'insertion fémorale ; un lambeau de ce muscle, arraché, pend même sur le grand fessier. L'obturateur externe était déchiré depuis son milieu jusqu'à la partie la plus externe de sa portion musculaire, son tendon restant adhérent à la partie inférieure du muscle, dont la supérieure se perdait parmi les tissus lacérés et contus de l'articulation. Le jumeau supérieur était ecchymosé, l'inférieur rompu en totalité dans son milieu. En regardant en ce point, on y apercevait une cavité arrondie, colorée de rouge brun, répondant à l'intervalle qui sépare le sourcil cotyloïdien de la tubérosité sciatique, ou mieux à l'espace limité par l'épine sciatique, la tubérosité du même nom et la dépression postérieure du contour cotyloïdien.

Il était évident que la tête du fémur s'était arrêtée dans cet endroit. En effet, tandis que le jumeau inférieur était rompu en deux points et déchiré au plus haut degré, le jumeau supérieur était intact et adhérait à l'os par toute la surface horizontale, sur laquelle il repose ordinairement, de l'épine sciatique au grand trochanter.

Voici d'ailleurs une expérience qui démontre la réalité du fait. La capsule fibreuse était déchirée largement et irrégulièrement dans tout son segment inférieur interne ; le ligament inter-articulaire était rompu à son insertion cotyloïdienne. Eh bien, si l'on portait la cuisse dans l'adduction et dans la rotation en dedans, la tête du fémur sortait de la cavité cotyloïde, se tournait en arrière ; son segment antérieur se jetait dans la cavité ci-dessus décrite, le grand trochanter se dirigeant en avant et se rapprochant de l'épine iliaque antéro-supérieure. C'était merveille de voir le même déplacement se reproduire toujours de la même manière, par la même voie, avec les mêmes rapports. Et il était impossible qu'il en fût autrement ; car la lésion remarquable de la partie où la tête fémorale s'était arrêtée, l'intégrité de celles où elle se loge, dans les cas ordinaires, après la luxation postéro-supérieure, montraient qu'il s'agissait bien ici de la variété de déplacement la plus rare, de la luxation sciatique. (*Gazzetta medica italiana.*)

TRAITEMENT DE LA GALE.

D'après des essais depuis longtemps répétés dans les hôpitaux militaires belges, la gale est radicalement guérie en deux heures par des frictions faites avec le sulfure de calcium liquide.

Le traitement est ainsi constitué :

1° Friction générale au savon noir d'une demi-heure ;

2° Bain tiède simple d'une demi-heure ;

3° Friction générale avec le sulfure de calcium liquide, que l'on laisse sécher sur la peau pendant un quart d'heure ;

4° Immersion et lavage de tout le corps dans l'eau du bain.

Toutes ces opérations sont exécutées en deux heures.

Le sulfure de calcium se prépare de la manière suivante :

Fleur de soufre.	100,00
Chaux vive.	200,00
Eau.	1,000,00

Faites bouillir ; quand la combinaison est opérée, laissez refroidir, et décantez dans des bouteilles hermétiquement fermées.

Un litre de ce liquide revient à 20 centimes, et 100 grammes suffisent pour obtenir la guérison.

Ce médicament remplace avec avantage la pommade d'Helmerich. En s'évaporant, il laisse sur la peau une couche épaisse de dépôt qui pénètre dans les sillons et y tue sur place les acares et leurs œufs.

Cette pratique, suivie en Belgique depuis deux ans avec grand succès, se recommande sous le triple rapport de la simplicité, de l'économie et de la rapidité de la guérison. (*Ann. méd.*)

FORMULE DE L'EAU LAXATIVE DE VIENNE.

M. le professeur Schutzenberger (de Strasbourg) vante beaucoup l'emploi de la préparation suivante dans le traitement des maladies de Bright récentes, etc.

Feuilles de séné.	15 grammes
Raisins de Corinthe.	15 —
Racine de polypode. . . .	1 —
Semences de coriandre. . .	50 centigr.
Bitartrate de potasse. . . .	2 grammes
Infusez dans :	
Eau bouillante.	q. s.
Pour :	
Colature.	100 grammes
Faites dissoudre :	
Manne.	30 —

L'effet de cette eau est d'attirer vers la muqueuse intestinale la sérosité qui infiltre les tissus et gêne les fonctions des organes.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 septembre 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

Deux rapports de MM. les docteurs Mangin, médecin cantonal à la Marche, et Lacoste, médecin des épidémies du canton de Vitteaux, sur deux épidémies de fièvre typhoïde qui ont régné, l'une à Morizécourt (Vosges) et l'autre à Godaut (Côte-d'Or) ;

Les rapports de MM. les médecins des épidémies du département de la Meuse sur les maladies qui y ont été observées pendant l'année 1855 ;

Deux mémoires de M. le docteur Millon sur des épidémies de variole et de rougeole qui ont régné dans la commune de Revel (Haute-Garonne) en 1855 (commission des épidémies) ;

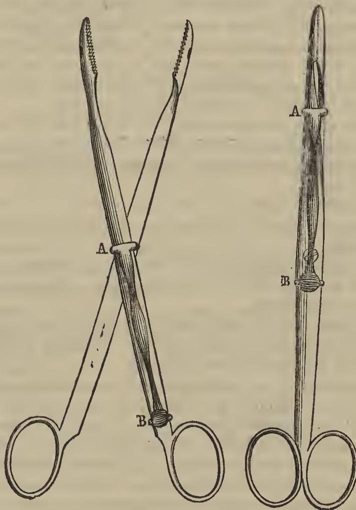
Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements qui suivent : Saône-et-Loire, Gard, Haut-Rhin, Seine-Inférieure, Basses-Pyrénées, Eure-et-Loir, Loir-et-Cher, Hautes-Pyrénées, Charente, Aveyron, Isère, Seine-et-Marne, Calvados, Corrèze (commission de vaccine) ;

La formule d'une préparation ferrugineuse au citro-lactate de fer présentée par M. Laroze, médecin à Paris. (Commission des remèdes secrets et nouveaux).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le professeur Tigri (de Sienne) adresse une lettre dans laquelle il signale quatre observations de maladie bronzée recueillies par lui dès 1849. (M. Trousseau, rapporteur.)

— M. L. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie une modification



qu'il a faite à la pince destinée à extraire les polypes naso-pharyngiens. Cette modification consiste en un coulant qui enveloppe les deux branches, et que l'on pousse vers l'extrémité du mors lorsqu'on a saisi la tumeur. Ce mécanisme très-simple permet d'augmenter considérablement la force de pression, et diminue d'autant plus l'élasticité des branches que le point de serrement se rapproche davantage de la partie saisie. Le coulant, ramené au point de jonction des branches, permet l'ouverture et la fermeture de la pince, comme si elle n'avait aucun mécanisme. Au reste, ajoute M. Mathieu, le besoin d'un tel instrument m'a été signalé plusieurs fois, et dernièrement encore par M. Nélaton et M. Richard. Il est facile de voir, d'après les deux figures, qu'il s'agit tout simplement, lorsqu'on a serré la tumeur entre les mors, de faire glisser le coulant avec le pouce, en appuyant sur le bouton B.

— M. le docteur Marie écrit pour réclamer la priorité relativement au mode de traitement abortif des bubons dont M. Broca a entretenu l'Académie dans la dernière séance. Il réclame cette priorité, non pour lui, mais pour son ancien maître, feu Dominel, médecin à l'hôpital de Caen, qui, il y a bien des années déjà, l'employait journellement en présence de ses nombreux élèves. L'auteur, M. Marie, l'emploie lui-même depuis plus de vingt ans, et il pense que ses anciens condisciples de l'hôpital de Caen ont dû en faire autant.

— M. Bussy, président, fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. Béchamp, d'une thèse pour le doctorat qu'il vient de soutenir devant la Faculté de médecine de Strasbourg, sous ce titre : *Des substances albuminoïdes et de leur transformation en urée.* C'est la même thèse que M. Dumas a présentée à l'Académie des sciences.

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. Robinet, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports officiels, dont les conclusions défavorables sont adoptées.

Après la lecture de ces rapports, il s'engage une petite discussion provoquée par une motion de M. Moreau, tendant à signaler à l'autorité les infractions incessantes qui sont faites aux lois et règlements sur l'exercice de la médecine par les auteurs de ces communications. Cette discussion a pour résultat de faire adopter par l'Académie une proposition par suite de laquelle le bureau aura à aviser au moyen d'appeler d'une manière spéciale l'attention du ministre sur les abus signalés.

— M. Leblanc lit un rapport sur un sujet analogue. Il s'agit d'un remède secret proposé pour guérir diverses maladies du cheval. M. le rapporteur propose de répondre qu'il n'y a pas lieu de prendre en considération la communication en question.

LECTURES.

M. Chaâles Desétangs lit un travail intitulé *Du suicide en France ; études sur la mort volontaire depuis 1789 jusqu'à nos jours* (introduction). Ce travail, dont il est impossible de donner une analyse, est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Rostan, Collineau et Baillarger.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Dumas a communiqué à l'Académie des sciences l'extrait d'une lettre du ministre de l'instruction publique, en réponse à une démarche à laquelle s'étaient associés tous les membres de l'Académie présents à Paris, pour appeler la bienveillance du gouvernement sur la famille de M. Gerhardt.

M. le ministre s'était déjà préoccupé de cette grande infortune. Après avoir subvenu aux premiers besoins de Mme veuve Gerhardt, il avisera aux mesures qui pourront assurer à elle et à ses enfants les moyens d'existence dont les a privés la perte de l'homme éminent que l'Europe savante regrette.

L'Université, frappée en même temps que l'Académie, n'oubliera pas non plus qu'elle a sa dette à payer, et qu'il ne dépendra pas du ministre que la famille de M. Gerhardt ne reçoive le juste prix des rares services qu'il a rendus à la science.

L'Académie, après avoir entendu cette communication avec le plus profond intérêt, a décidé qu'il sera adressé en son nom une lettre à M. le ministre pour le remercier des sympathies qu'il témoigne avec tant de bonté à la famille de M. Gerhardt.

— M. le docteur Richet vient de livrer à l'impression la copie entière de la seconde partie de son *Traité d'anatomie médico-chirurgicale*, dont le complément paraîtra sans faute dans le courant de novembre prochain. L'éditeur s'empresse d'en donner avis à MM. les souscripteurs.

— Un jeune chirurgien de la marine, qui avait débuté dans la carrière de la manière la plus brillante, M. P. Nabonne, vient de succomber, à l'âge de vingt-deux ans, aux atteintes de la fièvre jaune, en arrivant aux Antilles. M. Nabonne servait à bord de l'*Achéron*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Lallour, né à Quimper (Finistère) ; *De la pourriture d'hôpital en général, et de celle observée sur les blessés de l'armée d'Orient en particulier.*

Robert, né à Ligny (Nord) ; *Du cancer de la langue.*

Reveil, né à Villeneuve (Landes) ; *Recherches sur l'opium ; des opiophages et des fumeurs d'opium.*

Douat, né à Sarragachies (Gers) ; *Quelques considérations sur le choléra-morbus épidémique observé dans l'arrondissement de Bar-sur-Seine (Aube) pendant les mois de juillet, août, septembre 1854.*

Dezarnaulds, né à Cadillac (Gironde) ; *De l'hémorrhagie utérine après l'accouchement.*

Baubonne, né à Gray (Haute-Saône) ; *De la fièvre intermittente.*

Vignard, né à la Roche-Bernard (Morbihan) ; *Etude sur la bronchite capillaire à l'occasion d'une épidémie observée dans les hôpitaux de Nantes.*

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 111. — SAMEDI 20 SEPTEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 111. — SAMEDI 20 SEPTEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Calcul biliaire retenu dans l'intestin grêle. — Symptômes d'étranglement interne rapidement dissipés par la palpation de l'abdomen.

M. le docteur Marotte, médecin de la Pitié, a communiqué dernièrement à la Société médicale des hôpitaux l'observation d'un fait extrêmement intéressant, et qui lui a fourni l'occasion d'un rapprochement très-instructif avec les rares observations analogues qui existent dans la science. Il s'agit d'un exemple de calcul biliaire retenu dans l'intestin grêle, où il a déterminé des symptômes d'étranglement interne qui ont rapidement cessé à la suite de la palpation de l'abdomen.

Une femme âgée de soixante ans environ était depuis une dizaine d'années sujette à des accès de coliques survenant à des intervalles irréguliers et très-éloignés. Pendant la convalescence d'une fièvre catarrhale, elle fut prise tout à coup de douleurs suraiguës et exacerbantes dans la région de la vésicule, avec tension rénitente et sensibilité vive de cette région; une sorte d'hyperesthésie névralgique. Pendant les accès, les élancements se propageaient à tout l'abdomen ; mais ils avaient toujours la région de la vésicule pour point de départ. Il n'existait ni nausées ni vomissements; l'estomac seulement se révoltait contre les boissons.

Quoique l'épaisseur considérable des parois abdominales (cette femme était extrêmement obèse) et la sensibilité très-vive des téguments rendissent l'exploration très-difficile, cependant M. Marotte n'hésita pas à reconnaître à ces symptômes l'existence de calculs biliaires.

Des applications de chloroforme à l'extérieur, et un peu d'opium à l'intérieur calmèrent d'abord les douleurs, puis après quelques légers retours ces accidents cessèrent complétement, mais pour un certain temps seulement. En effet, quelques mois après de nouveaux troubles se manifestèrent vers la vésicule du fiel. Les douleurs y étaient vives ; elles augmentaient par la pression, mais elles étaient moins exacerbantes et s'irradiaient moins loin que la première fois. La diminution qui avait eu lieu dans l'embonpoint depuis le commencement de la maladie rendait la tension de l'hypochondre plus évidente. La palpation donnait la sensation d'une rénitence assez étendue, mais profonde, et qui semblait assez brusquement circonscrite. En même temps la fièvre s'était réveillée et s'accompagnait de chaleur sèche à la peau, de petitesse et de fréquence du pouls; il y avait tous les soirs des paroxysmes qui se terminaient quelquefois le matin par de la moiteur. Il y eut dans ce nouvel accès, qui dura plusieurs jours, des exacerbations et des améliorations alternatives; puis les principaux accidents cessèrent à leur tour, et il ne resta plus qu'un peu de sensibilité à la palpation.

Enfin, environ deux mois plus tard (c'était le 2 juin dernier) , après une amélioration sensible dans son état , la malade fut prise de coliques, d'abord légères et éloignées, puis intenses et rapprochées , bientôt accompagnées des accidents les plus sérieux. Les douleurs étaient aussi vives qu'au précédent accès; elles avaient aussi des exacerbations assez violentes pour arracher des cris, mais leur siége avait changé. Le point de départ n'était plus dans l'hypochondre droit, mais dans l'intervalle qui sépare l'ombilic de l'appendice xyphoïde. Elles prenaient naissance au-dessus de l'ombilic et remontaient vers l'épigastre, où elles aboutissaient en déterminant des nausées et parfois des vomissements. La région correspondante était distendue et douloureuse à la pression , mais la peau elle-même n'était le siége d'aucun excès de sensibilité. Il y avait en même temps une sonorité très-prononcée. L'hypochondre droit, au contraire, ne présentait ni rénitence ni sensibilité; le foie débordait très-peu les côtes, et ne paraissait pas avoir un volume exagéré. Point de chaleur à la peau ; mais le pouls était petit , serré, la soif vive ; la malade était tourmentée par un état nauséeux continuel, et il y avait eu des vomissements qui ne se composaient encore que de matières mucoso-bilieuses et des liquides ingérés.

Les douleurs furent calmées par des applications de glace, un liniment chloroformé et quelques doses de sirop de morphine ; mais le lendemain , après une nuit assez bonne , les vomissements revinrent plus nombreux et plus abondants. Ils avaient une coloration jaune verdâtre qui différait déjà de celle de la bile ; la malade se plaignait du goût désagréable qu'ils laissaient dans sa bouche, et les assistants eux-mêmes furent frappés de leur odeur, qui rappelait déjà celle des matières contenues dans le jéjunum.

La glace et la morphine furent reprises à doses plus élevées ; on y joignit l'usage d'un lavement purgatif destiné à débarrasser le gros intestin. Les accidents furent calmés de nouveau , mais pas aussi complétement que la veille. Le lavement purgatif resta sans effet.

Le jour suivant, les accidents ayant reparu, mais avec des symptômes beaucoup plus alarmants cette fois , tels que des vomissements ayant l'odeur et l'aspect des matières intestinales beaucoup plus accusés que la veille, la face grippée , le pouls plus petit et serré, M. Marotte procéda à un examen plus attentif et plus prolongé qu'il ne l'avait fait encore, pour rechercher s'il n'existait pas quelque cause d'étranglement méconnue jusqu'alors. Cette exploration, qui portait surtout sur l'hypochondre droit et la région épigastrique, avait d'abord été très-pénible pour la malade ; mais tout à coup, pendant qu'on palpait la région épigastrique , elle dit qu'il lui semblait qu'on venait de déplacer la cause de son mal. M. Marotte n'en prescrivit pas moins de continuer la glace, le liniment de chloroforme et un nouveau lavement purgatif , tenant peu compte sur le moment de cette circonstance.

Mais le lendemain, il ne fut pas peu agréablement surpris d'apprendre qu'après son départ les nausées et les vomissements avaient cessé sans retour, que toute douleur avait disparu , et qu'il y avait eu deux garde-robes semi-liquides. La dernière contenait, disait-on, un gros bouchon de matière dure , qui avait fait du bruit en tombant dans le vase. M. Marotte reconnut aisément dans ce bouchon un calcul biliaire ayant la forme et le volume d'un cerneau. L'analyse chimique a démontré depuis que le noyau de ce calcul était composé de cholestérine à peu près pure. Quelques calculs , gros comme des lentilles ou des grains de raisin, ont été trouvés dans les selles les deux ou trois jours suivants , et depuis lors on n'en a plus découvert du tout.

En rapprochant cette observation des faits analogues connus dans la science, et qui sont réunis dans le *Traité de l'affection calculeuse du foie* de M. le docteur Fauconneau Dufresne, on trouve entre eux, tant sous le rapport des symptômes généraux que des symptômes locaux, une similitude remarquable. Dans le fait de M. Marotte comme dans les cinq observations réunies dans l'ouvrage cité , c'est, en effet, la même invasion subite des accidents : l'apparition d'une douleur violente dans l'abdomen , revenant d'abord sous forme de coliques , suivie bientôt de vomissements, dont les matières , d'abord alimentaires, puis bilieuses , finissent par devenir verdâtres et enfin franchement stercorales. Ce sont enfin les mêmes symptômes locaux : abdomen douloureux , ballonné dans sa partie supérieure , plat, empâté dans les régions inférieures, etc. Mais , ainsi que l'a si justement fait remarquer M. Marotte à ses collègues en leur rapportant cette observation, ce qui en constitue le véritable intérêt, c'est le déplacement du corps étranger après l'exploration de l'abdomen , et la cessation complète de tous les accidents qui s'en est suivie. Ce fait, du reste , n'est pas sans précédent. M. Fauconneau-Dufresne en rappelle un tout semblable , qui a été communiqué il y a une douzaine d'années , par M. le docteur Mayo, à la Société médico-chirurgicale de Londres. Il s'agit d'une femme âgée qui est prise subitement de vomissements et d'une violente douleur abdominale. Bientôt les vomissements deviennent stercoraux ; la malade tombe dans la stupeur, et le pouls devient lent et à peine perceptible. Une grande sensibilité à la pression de l'abdomen détermine à examiner attentivement cette région , afin de s'assurer si les symptômes éprouvés ne pourraient pas être produits par une hernie. Aussitôt après cet examen , et probablement par suite de cet examen, la malade se plaignit d'avoir senti quelque chose qui se déplaçait dans le ventre. Quelques heures après elle rendit un calcul dans une selle , et aussitôt tous les symptômes disparurent , la douleur cessa, et la malade revint promptement à la santé.

Le rapprochement de ces deux observations est d'autant plus intéressant, que sur les cinq faits dont se compose la petite collection de cas connus de calculs biliaires retenus dans l'intestin grêle, l'observation du docteur Mayo est la seule qui ait eu une solution aussi heureuse; les quatre autres se sont terminés par la mort, survenue après un dépérissement rapide, du sixième au huitième jour, sauf dans un cas, où elle n'a eu lieu que le vingt-sixième jour. Ne peut-on pas et ne doit-on pas en conclure, comme le pense M. Marotte, et comme l'avait déjà proposé M. Fauconneau-Dufresne, d'après le fait unique alors connu , que les manœuvres qui n'avaient eu pour but, dans ces deux cas, que d'assurer le diagnostic, devront désormais , en pareille circonstance , être diri-

---

QUELQUES MOTS SUR LE CONGRÈS SCIENTIFIQUE

TENU A LA ROCHELLE.

Voulez-vous me permettre, monsieur le rédacteur, de transmettre à vos lecteurs quelques mots sur l'un des congrès tenus récemment à la Rochelle? Je dis l'un..., car il y a eu à la fois, dans cette cité triste et sombre, un congrès scientifique et un congrès musical; mais

Le plus fêté des deux n'est pas celui qu'on pense.

Le congrès scientifique de France vient de clore sa vingt-troisième session , sous la présidence de l'un de nos plus spirituels, de nos plus savants prélats, monseigneur Aubriot, évêque de la Rochelle.

Les congrès, il est bon de le rappeler à ceux qui l'oublient, indépendamment de l'activité intellectuelle qu'ils suscitent dans les pays où ils doivent siéger, ont une importance réelle, si on les considère au point de vue moral; ils servent à provoquer des rapprochements heureux, à établir de bonnes relations entre des gens qui, après s'être vus et avoir fait chaque jour un facile échange d'idées , finissent par se vouer un attachement d'autant plus sincère qu'il est fondé sur les bases solides d'une estime réciproque. Sans doute il est, dans l'ordre des choses d'ici-bas, des exceptions à cette règle, et nous avons dû rencontrer à la Rochelle, comme ailleurs, les éléments de cette ombre nécessaire au tableau. Mais on n'obtient d'effets saisissants que par les contrastes, et l'on sait d'ailleurs que des chocs jaillit l'étincelle lumineuse.

La section de médecine , comme toutes les autres sections, transportée par mer sur un bâtiment de l'État, que M. le ministre de la marine avait gracieusement mis à la disposition du congrès , a tenu à Rochefort (elle n'était représentée que par son président, un de ses vice-présidents et un autre membre étrangers à la Rochelle) deux séances, et sept à la Rochelle.

Ces deux séances, trop tôt finies , à mon gré, ont été sans contredit les plus fructueuses entre toutes. Le corps médical de Rochefort a fait preuve de talent et d'une grande supériorité dans les travaux qu'il a fournis. Sur dix-sept questions portées au programme, il en a traité sept par écrit, la plupart d'une importance locale incontestable.

Après la lecture d'un savant mémoire de M. le docteur Maher sur la quinzième question (la constitution médicale de Rochefort et des arrondissements voisins s'est-elle modifiée depuis vingt-cinq ans, et sous l'influence de quelles mesures hygiéniques est survenu ce changement ?), appuyé sur des données sérieuses et des chiffres officiels , il ne saurait plus rester de traces aux yeux des hommes impartiaux de petites calomnies intéressées décochées par des localités rivales et jalouses contre la salubrité , autrefois fort douteuse , de Rochefort ; on peut dire que le premier chirurgien en chef , membre du conseil de santé , conjointement avec M. Viaud, agent municipal (auteur d'un second mémoire sur la même question), a habilement , péremptoirement répondu à toutes les insinuations , à tous les reproches articulés; il est parvenu à démontrer jusqu'à quel point l'hygiène publique modifie heureusement et d'une manière progressive la constitution médicale de Rochefort, puisque dans le cours d'une période de vingt-cinq années on parait avoir obtenu en faveur de la longévité un bénéfice de sept années en moyenne.

MM. les docteurs Dutouquet, Arlaud et Jossic ont lu , le premier un mémoire bien travaillé sur l'éclampsie des femmes en couches (septième question), dans lequel il préconise les saignées générales ; le second, un bon mémoire sur les affections scrofuleuses; le troisième, un travail remarquable sur la claudication si commune à Rochefort (dix-septième question), qu'il attribue à différentes maladies des os, et dont il fait remonter l'étiologie à tout ce qui peut donner naissance à la scrofule.

Enfin , M. le docteur Quesnel , dans un très-savant , très-lucide exposé, a vivement captivé l'attention de ses auditeurs en leur démontrant que, si la nature a créé des spécifiques , elle ne leur a point accordé de succédanés (treizième question) : ce qu'elle n'a fait ni pour le soufre, ni pour le mercure, etc., vous ne le trouverez pas davantage pour le quinquina. Il est parti de là pour détrôner sans pitié le *bittera febrifuge*, que des expériences respectables par le nombre, saisissantes par leur caractère de sincérité , ont constamment surpris en flagrant délit d'infidélité dans le traitement des intoxications paludéennes à Ro-

gées dans un but thérapeutique? Si, comme l'a rappelé à cette occasion M. Bouvier, la malaxation et le massage de l'abdomen sont des moyens usuellement et méthodiquement employés dans quelques pays pour combattre la constipation et les étranglements, c'est certainement le cas de les utiliser ici, quelque incertains et chanceux qu'en doivent être les résultats.

Du chlorate de potasse dans le scorbut.

Dans le résumé que nous avons fait récemment des intéressantes études cliniques de M. Isambert sur le chlorate de potasse, nous ne nous sommes intentionnellement arrêté que sur un seul ordre d'affections, les affections diphthéritiques : d'abord parce qu'étant les plus graves et les plus communes à la fois de toutes celles où le chlorate de potasse a été mis en usage, elles ont naturellement dû faire l'objet principal des recherches que nous nous proposions de faire connaître ; et, en second lieu, parce qu'il nous a paru que c'était surtout dans ces affections que ce médicament s'était montré particulièrement efficace. Mais depuis que l'attention a été de nouveau appelée sur les propriétés thérapeutiques de cet agent, devenu en quelque sorte un nouveau texte à expériences, on ne s'est pas borné à étudier son action dans les diverses espèces de stomatites et d'angines ; guidé qu'on était d'ailleurs par les tentatives déjà faites vers la fin du siècle dernier, on a dû naturellement chercher à les contrôler et à vérifier ce qu'il pouvait y avoir de fondé dans ce qu'en avaient dit les premiers expérimentateurs. C'est ainsi qu'on l'a essayé dans la syphilis, dans l'ictère, dans le rhumatisme articulaire, dans certaines névralgies, dans la chorée, dans le scorbut, etc., affections contre lesquelles les premiers essais avaient été dirigés d'après les idées théoriques du temps. L'action du chlorate de potasse a été trouvée complétement nulle dans la syphilis, dans le rhumatisme, les névralgies, la chorée ; mais il n'en a pas été de même pour le scorbut. C'est en tant que maladie de la bouche et par analogie avec les autres affections de cette région où le chlorate de potasse s'est montré si utile, qu'on a plus particulièrement songé à en faire de nouveaux essais dans ce dernier cas, et ces essais ont été, sinon complétement couronnés de succès, du moins assez encourageants pour qu'il nous paraisse utile de les signaler.

D'après le témoignage de M. Bergeron, dont nous avons exposé dans le temps les recherches sur la stomatite ulcéreuse, M. Frémy, son collègue provisoire à l'hôpital militaire du Roule, aurait observé que chez deux malades atteints de stomatite ulcéreuse compliquée d'accidents scorbutiques bien caractérisés, l'emploi un peu persistant du chlorate a paru amener une guérison du scorbut beaucoup plus rapide que la gravité des symptômes n'avait permis de l'espérer. Dans trois autres cas de gengivite ulcéreuse avec des accidents scorbutiques, le chlorate de potasse a amené également la guérison, mais plus tardivement. Ces premiers résultats, tout encourageants qu'ils sont, seraient insuffisants assurément pour autoriser des conclusions ; mais voici quelques expériences faites dans des conditions qui permettront de mieux juger ce que l'on peut espérer de l'emploi de cette médication dans la maladie en question. C'est à M. Brault, médecin de l'hôpital de Saint-Servan, que nous en sommes redevable.

« Si mes premiers essais ne m'ont pas trompé, nous écrit M. Brault, le chlorate de potasse serait un anti-scorbutique certain d'abord, précieux ensuite par sa substitution aux moyens dispendieux et difficiles à se procurer qui constituent la médication anti-scorbutique à bord des vaisseaux et ailleurs.

» Guidé par l'analogie, j'avais essayé le chlorate de potasse chez un enfant de huit ans, atteint de scorbut. Ce cas était caractérisé par le boursouflement et l'ulcération des gencives, la fétidité de l'haleine, la pâleur du visage, la diminution des forces. Cet enfant, qui était en traitement par la méthode ordinaire depuis un mois, et sans amélioration satisfaisante, fut, au bout de huit jours de l'emploi du chlorate de potasse à la dose de 1 à 3 grammes, sans le concours d'aucun autre moyen, en état de sortir de l'hôpital. Les altérations buccales étaient entièrement guéries. Les forces étaient augmentées.

» Sur ces entrefaites, je reçus quatre marins atteints de scorbut rebelle. Notre pays fait de grandes expéditions pour la pêche de la morue à la côte et au banc de Terre-Neuve. Cette navigation, périlleuse et pénible pour les hommes qui tiennent la mer pendant trois mois au moins, constamment mouillés, mal nourris, engendre tous les ans de nombreux cas de scorbut, dont les plus rebelles persistent jusqu'au retour des navires. Tel était le cas des quatre hommes dont je viens de parler. Un résumé succinct des faits suffira pour vous les faire apprécier.

» *Symptômes observés.* — Pâleur, bouffissure et abattement du visage ; décollement considérable et tuméfaction des gencives ; ébranlement des dents ; ulcères sanguinolents et se prolongeant (dans deux cas) sur la face interne correspondante de la joue ; fétidité de l'haleine ; ténesme général. La marche est impossible pour trois d'entre eux, et très-difficile pour le quatrième. Les membres pelviens présentent un gonflement accompagné d'ecchymoses énormes, s'étendant même aux parties latérales du tronc et à la face interne des membres supérieurs ; elles sont plus marquées aux parties déclives, comme à la région poplitée. Douleurs vives dans les articulations fémoro-tibiales surtout, même dans l'immobilité. L'appétit est conservé. Un peu de constipation.

» Le traitement a consisté exclusivement dans l'emploi du chlorate de potasse à la dose de 2 à 8 grammes dans les vingt-quatre heures. L'alimentation a été celle des hôpitaux ; les aliments ont été accordés suivant l'état des organes masticateurs. La marche a été très-rapide ; la durée totale du séjour à l'hôpital a été de 14, 14, 12, 8 jours. Les hommes étaient entièrement guéris et en état de travailler au moment de leur sortie. Aucune rechute n'a eu lieu. »

Les cas étaient, on le voit, bien caractérisés, l'expérience entourée de toutes les conditions capables de la valider. Le résultat a été remarquable par la simplicité du traitement, par la promptitude du succès. On peut rapprocher ces faits de ceux observés par Patterson, MM. Cameron et Novellis, sur l'emploi du *nitre* dans le scorbut, et de l'opinion du docteur Garrod sur l'utilité de la *potasse* dans le traitement de cette affection. Depuis le mois d'octobre dernier, époque à laquelle ils remontent, M. Brault a chargé un homme intelligent d'expérimenter, pendant la campagne qui va finir bientôt, sur une grande échelle, le chlorate de potasse comme moyen prophylactique et curatif, à bord même des navires, où s'engendre le scorbut. Il sera extrêmement intéressant de connaître les résultats qui auront été obtenus, et nous prenons acte de l'engagement qu'a contracté M. Brault de publier ces importants documents aussitôt qu'ils seront en sa possession.

Adhérence du cœur avec le péricarde par une bride fibreuse unique.

Les cas d'adhérences du cœur avec le péricarde diagnostiqués pendant la vie sont, croyons-nous, assez clair-semés dans la science pour qu'une observation de ce genre puisse offrir quelque intérêt à nos lecteurs. Telle est l'observation suivante, que nous communique M. le docteur Picard (de Strasbourg) et dans laquelle l'adhérence du cœur avec son enveloppe a été diagnostiquée pendant la vie et confirmée par la nécroscopie.

Il s'agit d'un homme de soixante ans, journalier, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, admis à la salle des pensionnaires à l'hôpital civil de Strasbourg. Cet homme dit avoir de la dyspnée et des palpitations depuis plusieurs années ; il a eu antérieurement des hémoptysies, et il a été affecté à plusieurs reprises de rhumatismes musculaires ; mais il n'a jamais souffert dans les articulations.

En 1850, il a eu une *affection du cœur aiguë*, sur laquelle il ne peut donner que des renseignements incomplets.

Le 30 octobre, on constate l'état actuel suivant :

Dyspnée notable ; pouls petit, fréquent, irrégulier ; poitrine bien conformée, sonorité normale sous les clavicules, sibilance et runcus des deux côtés en avant et en arrière ; légère voussure précordiale, matité peu étendue. La paroi thoracique n'est pas soulevée par les battements du cœur. A la palpation, on ne perçoit pas de frémissement cataire. A l'auscultation, bruits du cœur éclatants, fréquents, tumultueux ; point de souffle ; enfin, *sensation particulière, difficile à définir, semblant indiquer que le cœur est comme bridé dans ses mouvements*. Cette sensation, que nous constatons pour la première fois, dit M. Picard, et que nous n'avons pas trouvée notée dans les auteurs, jointe à cette notion précieuse d'une maladie du cœur survenue quatre ans auparavant, enfin l'irrégularité et le tumulte des bruits de cet organe, nous firent admettre comme infiniment probable l'existence d'adhérences entre le cœur et son enveloppe.

Ayant quitté ce service, M. Picard perdit ce malade de vue, et l'avait complétement oublié, quand le 17 novembre suivant il trouva par hasard son cadavre à l'amphithéâtre. Après s'être assuré de son identité il pratiqua l'autopsie, et voici ce qu'elle révéla :

Cœur volumineux, rempli de caillots noirâtres ; péricarde adhérent dans une grande partie de sa surface externe avec la plèvre pulmonaire. En incisant le péricarde, on trouve, à gauche, une *bride fibreuse, épaisse, très-dense et très-résistante, d'environ 2 cent. de longueur, et unissant la face interne du péricarde à la face externe du cœur*.

Valvules aortiques légèrement épaisses.

Rien de spécial dans les autres organes.

Cette bride fibreuse expliquait parfaitement cette sensation particulière que l'on avait éprouvée à l'auscultation du cœur, et qu'il est regrettable qu'on n'ait pas pu étudier d'une manière plus approfondie. Peut-être les observateurs, en portant leur attention sur des cas analogues, parviendront-ils à trouver un signe nouveau pour le diagnostic des affections du cœur.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Chassaignac.

Tumeurs fibro-plastiques généralisées.

(Observation recueillie par M. Benjamin Ball, interne des hôpitaux.)

Maurice (Louis), trente-deux ans, militaire en retraite, demeurant rue du Grand-Chantier, 8, est entré le 22 janvier à l'hôpital Lariboisière.

Cet homme, jeune encore, et d'une constitution robuste en apparence, a servi pendant douze ans dans l'artillerie et le génie, et n'a jamais été malade jusqu'à l'apparition des premiers symptômes de l'affection à laquelle il a succombé.

Au mois de juillet 1852, il fit une chute de cheval, qui fut suivie d'une entorse de l'articulation tibio-tarsienne gauche ; quelques mois plus tard, l'articulation s'étant tuméfiée au point d'incommoder sérieusement le malade, il fut envoyé à l'hôpital Saint-Louis, à Besançon, où l'on pratiqua des ponctions dans les tissus malades et des cautérisations avec la pâte de Vienne. Il sortit avec une articulation plus grosse qu'à son entrée, et resta pendant quinze mois comme convalescent militaire.

Le 31 mai 1854, le malade dut rentrer à l'hôpital de Besançon, où l'amputation de la jambe au tiers inférieur fut pratiquée le 15 juin. Au bout de trois mois, il quitta l'hôpital, marchant avec des béquilles, la jambe artificielle qu'il porte aujourd'hui ne lui ayant été envoyée qu'en janvier 1855.

Au mois de mars 1855, le malade s'aperçut de l'apparition simultanée de plusieurs tumeurs, qui se sont développées dans l'ordre suivant :

1° Au flanc gauche, c'est-à-dire du côté de l'amputation ;

2° Au bras gauche ;

3° Au côté externe de la cuisse droite ;

4° Le moignon lui-même commence à prendre un développement insolite.

La marche progressive de ces diverses tumeurs a enfin décidé le malade à entrer à l'hôpital, dans le service de M. Chassaignac.

L'état d'épuisement dans lequel il se trouvait semblait exclure toute pensée d'une grande opération. Toutefois, comme la tumeur du flanc devenait très-gênante et menaçait de s'ouvrir, on se décida à

---

chefort. Ce bittera, pompeusement annoncé par quelques médecins des Antilles comme fébrifuge infaillible, et dont un habile pharmacien de la marine a extrait le principe amer (1) *complétement dépourvu des caractères des alcaloïdes*, ne s'appellera plus *fébrifuge;* désormais, plus modeste, il rentrera dans la catégorie des amers les plus vulgaires et les moins utiles.

Ce serait laisser une lacune impardonnable, dans cette rapide lettre, que de ne point faire mention du *palais-hôpital* de Rochefort, d'ailleurs fort au-dessus de la bonne réputation qui lui est acquise dans le monde médical. La plupart des lits en fer, déjà transformés en lits mécaniques, de façon à tenir le moins d'espace et à laisser à l'air libre le plus de jeu possible, les travaux que l'on va entreprendre pour donner aux malades de l'eau plus potable, une bibliothèque bien choisie, déjà considérable, et qui s'augmente chaque jour aux frais des médecins de la marine ; un musée d'anatomie pathologique, un arsenal de chirurgie que l'on visite avec intérêt, prouvent que l'on n'y recule devant aucun sacrifice quand il s'agit du bien du service et des progrès de la science. Les étudiants y trouvent un amphithéâtre d'anatomie sans odeur aucune, et des cadavres si bien injectés par un procédé nouveau (solution de nitrate de zinc), qu'ils peuvent les conserver indéfiniment, sous toutes les pressions, à toutes les températures. Ce procédé de conservation, si utile déjà pour les études et les recherches anatomiques, dont les instruments n'ont rien à redouter, me semble plein d'avenir pour la médecine légale, où il est souvent indispensable de conserver pendant longtemps des préparations anatomiques à l'état frais.

Il y a mieux que tout cela encore à Rochefort, c'est la grâce charmante et toute confraternelle avec laquelle on y est reçu par le corps des officiers de santé de la marine.

Des sept séances tenues par la section de médecine à la Rochelle, deux ont été employées à la formation du bureau et à la lecture d'un intéressant mémoire, dans lequel l'auteur, médecin de l'armée d'Orient, établit d'une manière brillante, à son point de vue, la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde ; nouvel et dernier coup porté à l'édifice élevé par M. Gaultier de Claubry, et dont il ne reste plus maintenant pierre sur pierre.

Une discussion vive, animée, s'est continuée, pendant les deux séances suivantes, sur la troisième question, relative à la mort apparente des nouveau-nés, à ses causes, et aux moyens de la combattre. Un praticien, qui probablement avait fait insérer cette question au programme, voulait que l'on rapportât toutes les formes de mort apparente des nouveau-nés à l'asphyxie, et condamnant la tradition des maîtres généralement admise, que l'on y remédiât surtout en ne coupant pas le cordon ombilical. Des propositions entachées d'un tel absolutisme demandaient une réponse, qui ne se fit pas attendre. Un jeune médecin de la localité est venu faire une protestation pleine d'un énergique bon sens, et a trouvé dans l'un des vice-présidents de la section un vigoureux appui, au point de vue de la pratique.

On n'a que du bien à dire des hôpitaux de la Rochelle ; ils sont tenus de la manière la plus irréprochable ; on peut ajouter, sans craindre la contradiction, que l'hôpital civil, où tout est réuni, médecine, chirurgie, maternité, crèches, etc., a la coquetterie de la propreté. Les amateurs admirent, dans la chapelle de ce dernier et vaste établissement, un tableau de Lesueur.

L'asile des aliénés de Lafon, qui peut aisément loger 400 malades, est administré avec une rare intelligence. Les malades y sont soumis au travail ; mais il est à regretter que l'on soit encore obligé d'y conserver quelques-uns de ces cabanons dont on s'est hâté de se défaire partout ailleurs.

Quelles qu'aient été les conséquences de la vingt-troisième session du congrès scientifique de France, on doit comprendre, par ce qui précède, qu'elle n'a point été étrangère au mouvement intellectuel produit pendant la seconde moitié de 1856 dans le département de la Charente-Inférieure. Outre ce mérite incontestable, la même session aura eu l'honneur d'appeler vivement l'attention du public sur le percement de l'Isthme de Suez, en faveur duquel elle a formulé un vœu solennel : question grosse d'avenir pour le monde entier. E. A. Ancelon.

---

(1) Nous avons eu sous les yeux un billot de l'arbre et le produit dont il est ici question. Le bois est d'une pesanteur spécifique si faible qu'il ne peut être comparé à aucun autre en Europe ; le produit amer est amorphe, ayant la blancheur éclatante du sulfate de quinine, qu'il pourra bien servir à sophistiquer.

en pratiquer l'ablation. L'opération eut lieu le 28 janvier 1856, par la méthode combinée de l'incision et de l'écrasement linéaire; elle eut des suites assez heureuses pour engager à enlever la tumeur très-volumineuse du bras gauche, située sous le biceps. La tumeur, dans l'un et l'autre cas, présentait, au microscope, des éléments fibro-plastiques, bien qu'elle offrît à l'œil nu l'aspect encéphaloïde.

Aucun accident local n'étant survenu, les plaies d'opération guérirent très-bien, et la constitution du malade sembla s'améliorer. Il fut présenté à la Société de chirurgie, et peu de jours après on pratiqua une opération nouvelle sur la tumeur de la cuisse droite, qui avait pris des proportions énormes. Les suites de l'opération furent les mêmes que précédemment; aucun engorgement ganglionnaire ne s'était manifesté sur le trajet des aboutissants lymphatiques des régions sur lesquelles des opérations avaient été pratiquées, et l'on se proposait de poursuivre une à une les tumeurs dans l'ordre de leur manifestation, lorsque dans les derniers jours de juillet le malade parut éprouver une gêne assez notable de la respiration. Pendant les jours suivants, la dyspnée a augmenté de manière à appeler l'attention.

Le 29 juillet, à l'auscultation, on trouve la respiration nulle à droite, en avant, jusqu'au niveau du cinquième espace intercostal. Au-dessous, il y a respiration puérile. La percussion fait découvrir une matité absolue dans une étendue qui correspond parfaitement aux troubles survenus dans les phénomènes respiratoires. Au-dessous, on trouve une sonorité exagérée. Il est à remarquer que la matité s'arrête brusquement et d'une manière parfaitement nette, de manière à ne point laisser de zone intermédiaire à la sonorité presque emphysémateuse et la matité la plus absolue.

A gauche, le poumon paraît parfaitement sain. On ne perçoit en arrière qu'un léger affaiblissement du murmure respiratoire.

Des douleurs intenses ont en même temps fait explosion le long de la colonne vertébrale. Tantôt la douleur siége aux lombes, tantôt au cou, plus souvent à la région dorsale. Quelquefois la douleur semble changer de place et vient occuper le devant de la poitrine ou la région de l'épaule; jamais elle n'est aussi vive en avant qu'en arrière, à droite qu'à gauche. Le sommeil est entrecoupé par des réveils brusques provoqués par la douleur, ou plus souvent encore par l'anxiété respiratoire.

En présence de pareils accidents, l'art restait complétement impuissant, et bien qu'une nouvelle tumeur se fût développée dans le flanc gauche, au-dessous de la première, il fallut renoncer à en poursuivre l'extirpation; on s'est borné à prescrire des douches de vapeur et des frictions chloroformées pour calmer la douleur, et des potions éthérées pour soulager l'anxiété respiratoire.

L'existence du malade pendant tout le mois d'août n'a été qu'une longue agonie. La respiration devenait de jour en jour plus gênée; la matité se développait simultanément en arrière, en haut et à gauche, où elle a bientôt dépassé la ligne médiane. L'œdème envahit successivement le cou, le thorax et le bras gauche. Les membres inférieurs sont restés dans leur état ordinaire, mais le moignon d'amputation a pris des proportions énormes.

Quelques ventouses scarifiées ont paru à diverses reprises soulager momentanément le malade, qui a fini par succomber le 1er septembre, après une lutte prolongée. Depuis trois jours la dyspnée était extrême, sans qu'il y ait eu de respiration bronchique.

L'autopsie a eu lieu vingt-quatre heures après la mort. A l'ouverture du thorax, une tumeur énorme se présente; elle remplit en totalité le médiastin antérieur, dont les parois semblent confondues avec le corps même de la tumeur. Le poumon gauche est fortement refoulé contre les parois thoraciques; mais le poumon droit, qui a le plus souffert, est entièrement aplati à sa partie moyenne; en arrière, la tumeur semble se confondre avec lui; en dehors, elle en est indépendante dans une assez grande étendue.

Située au-devant des organes respiratoires, elle ne paraît pas avoir notablement comprimé les bronches et la trachée, qui se trouvent au-dessus. Cette disposition expliquerait l'absence de souffle tubaire à l'auscultation. Les vaisseaux, quoique comprimés, n'ont pas beaucoup souffert.

Il serait impossible d'apprécier avec quelque justesse le volume de la tumeur, dont une partie considérable s'est perdue pendant l'ablation; elle a pour le moins la grosseur d'une tête d'adulte. Partout où elle se trouve en contact avec les organes voisins elle est parfaitement enkystée. En dehors, où la membrane enveloppante est rompue, elle laisse échapper une matière blanchâtre d'aspect graisseux. Examinée au microscope, elle ne présente que des éléments fibro-plastiques (cellules fusiformes et noyaux) mélangés de globules graisseux en grande abondance. Sur un seul point on a trouvé quelques globules sanguins.

Le cœur est à l'état normal; il ne présente aucun rétrécissement de ses orifices.

Le foie, la rate et les reins sont parfaitement sains; leur développement n'a rien d'exagéré.

Au-dessous du diaphragme, sur les côtés de la colonne vertébrale, à gauche, on trouve deux tumeurs, dont la plus volumineuse a la grosseur d'un œuf de poule. Elles sont enkystées et de nature fibro-plastique; leur aspect extérieur est cérébriforme. Enfin, entre deux feuillets du mésentère se trouve une troisième tumeur d'aspect graisseux, ayant la forme et le volume d'un rein.

La tumeur naissante de la hanche est extraite. Elle est enkystée. Son apparence rappelle parfaitement celle du cerveau.

La dissection du moignon a montré :

1° Une tumeur sous-aponévrotique énorme dans l'intervalle des muscles du mollet;

2° Une seconde tumeur parfaitement indépendante dans le creux poplité, entre les jumeaux;

3° Deux petites tumeurs roussâtres en rapport avec les os.

Les vaisseaux et nerfs sont parfaitement sains dans le creux poplité; ils plongent au-dessous de la tumeur, qui occupe cet espace, pour aller se perdre dans l'épaisseur de la jambe.

En incisant à la partie postérieure du membre le plan musculaire très-aminci qui représente les jumeaux, on découvre une première tumeur, isolée de la masse principale par une seconde couche de fibres qui répond au soléaire. Cette tumeur, large en haut, s'amincit progressivement en bas pour disparaître vers le milieu de la jambe; elle en occupe le tiers supérieur. Une multitude de lobes isolés paraissent s'être rapprochés pour la constituer; ils n'ont entre eux d'autre connexion que la pression qui les unit. On en voit quelques-uns se détacher spontanément après l'incision des plans aponévrotiques qui les maintiennent.

Entre le soléaire et les muscles de la couche profonde se trouve une masse énorme de tissu fibro-plastique; en avant, elle refoule le ligament inter-osseux, soulève les muscles, les vaisseaux et les nerfs placés au-devant de lui, et comprime la face postérieure des os, au point de les atrophier; en arrière, elle refoule les vaisseaux tibiaux postérieurs, qu'elle sépare complétement du nerf correspondant : ce dernier plonge dans l'épaisseur de la tumeur vers sa partie moyenne, après s'être étalé en faisceaux à sa partie supérieure avant d'y pénétrer. Vers son extrémité terminale, le nerf présente un renflement traumatique qui adhère à la cicatrice de l'amputation.

Les vaisseaux tibiaux postérieurs ne plongent nullement dans la tumeur; ils rampent à sa surface. Les vaisseaux et nerfs tibiaux antérieurs, grâce à l'atrophie des muscles, sont presque sous-aponévrotiques.

Une petite tumeur parfaitement isolée s'est développée au-devant de la masse principale, dont elle est séparée par le bord inférieur du fléchisseur propre du pouce; en bas, elle est directement en rapport avec la tumeur principale. Des deux petites tumeurs indépendantes qui occupent la partie inférieure du moignon, la première semble entièrement formée par un épanchement sanguin; elle offre pourtant, à la coupe, quelques noyaux blanchâtres. La seconde, qui est aussi plus volumineuse, et adhère dans une partie de son étendue à la peau, présente intérieurement le même aspect que la masse principale; elle est cependant parsemée de stries sanguines très-nombreuses, surtout à la superficie.

La déformation des os est caractéristique; ils n'offrent pas la moindre altération de tissu. Le périoste lui-même est parfaitement sain. L'atrophie semble ne reconnaître pour cause que la compression. Vers sa partie inférieure, le tibia se termine en pointe; son épaisseur a diminué de moitié. Le péroné se trouve atrophié surtout vers sa partie moyenne, qui présente une échancrure tellement profonde, que l'os semble presque coupé en cet endroit.

Dans presque toute l'étendue du membre, les fibres musculaires sont pâles, amincies, atrophiées, et réduites à leur plus simple expression; mais partout où les plans musculeux ont conservé quelque épaisseur, on les voit parsemés de petits nucléoles de matière fibro-plastique. On peut donc assister en quelque sorte par la pensée au développement primitif de la tumeur. C'est, en effet, par des petits lobules de cette espèce qu'elle a probablement débuté. Le développement incessant de ces petits noyaux fibro-plastiques refoulant les tissus voisins et s'insinuant dans les espaces celluleux pour les combler, a sans doute produit par agglomération ces énormes tumeurs qui ont fini par envahir la presque totalité du membre.

FRACTURE DE L'HUMÉRUS AVEC LUXATION DE CET OS.

Par M. J. Watson.

Quand la fracture du col chirurgical de l'humérus est compliquée de luxation de la tête osseuse, la chirurgie, souvent déconcertée, voit parfois échouer les efforts qu'elle tente pour conserver à la fois au membre ses mouvements et sa force. Essayera-t-on d'abord de réduire ? Doit-on, au contraire, attendre, pour le tenter, que la fracture soit déjà consolidée ? En désespoir de cause, se décidera-t-on, comme M. Riberi l'a proposé, à établir entre les deux fragments une fausse articulation qui remplace celle de l'épaule ankylosée ?... Ces divers moyens ont tous pu être quelquefois nécessaires, et il faut les connaître. Mais, en général, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de tenter immédiatement la réduction de la luxation.

L'exemple des succès que M. J. Watson a obtenus dans deux cas de ce genre ne sert pas seulement à justifier ce parti : il éclaire encore la conduite à tenir par le chirurgien pour l'exécuter. La double lésion osseuse avait été produite par une cause vulnérante directe. M. Watson chercha à replacer la tête humérale, non-seulement par des tractions exercées sur le bras, mais aussi en appuyant directement sur la tête elle-même par l'intermédiaire d'un coussin (la traction, en effet, ne pouvait, avec une luxation coexistante, servir qu'à relâcher les muscles).

Il note aussi que dans un cas la réduction, qui n'avait pu s'obtenir tant que le bras était resté dans la direction du tronc, devint facile dès qu'on le porta à angle droit.

La luxation étant immédiatement réduite, on mit la fracture en appareil, et, au terme ordinaire, le blessé avait recouvré l'usage de son membre, comme après une fracture simple.

(*New-York Medical Times* et *Gaz. hebd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 septembre 1856. — Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Cancer du maxillaire supérieur. — M. Desormeaux présente un homme affecté d'une tumeur cancéreuse ulcérée du maxillaire supérieur. La maladie a débuté, il y a trois mois environ, par la face interne du bord alvéolaire, au niveau des grosses molaires. Aujourd'hui elle occupe le bord libre et la face interne du bord alvéolaire, et s'étend jusqu'à la ligne moyenne sur la voûte du palais; le doigt la retrouve sur le plancher des fosses nasales; le plancher de l'orbite paraît sain, ainsi que la moitié antérieure de l'os, qui porte encore les dents incisives.

M. Gosselin, qui a vu le malade il y a trois mois, remarque que les progrès de la maladie ont été rapides. Il pense que, si l'on veut opérer, il faudra se hâter; du reste, on pourrait se contenter de l'ablation partielle en conservant les parties saines.

M. Guersant serait d'avis d'extirper le maxillaire en totalité.

M. Verneuil croit qu'en raison du siége primitif de la maladie l'altération doit être encore limitée à une partie de l'os, et demande si l'on ne devrait pas tenter de conserver les parties saines, en particulier le plancher de l'orbite.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

— M. Verneuil a la parole pour faire connaître les conclusions du travail de M. Decès.

Première conclusion. — *Je crois pouvoir conclure des faits qui précèdent qu'il y a grand avantage à conserver le tissu inodulaire toutes les fois qu'on peut, à l'aide de coupes convenables, l'utiliser et l'approprier à la restauration des cicatrices vicieuses.*

M. Chassaignac repousse l'emploi du tissu inodulaire dans les lambeaux autoplastiques. En effet, ce tissu est beaucoup plus sujet à s'ulcérer que les tissus sains sous l'influence des causes qui agissent sur les lambeaux. En outre, alors même que sa tendance à la rétraction paraît complétement satisfaite, si on fait cesser en le détachant les tractions auxquelles il est soumis, on le voit souvent se rétracter de nouveau. Dans un cas de bride cicatricielle énorme qui réunissait l'avant-bras au bras, M. Chassaignac voulut utiliser le tissu de la cicatrice : il passa sous le milieu de la bride un couteau, au moyen duquel il la détacha de l'avant-bras; mais, aussitôt que ce lambeau fut libre, il se rétracta tellement qu'il ne put servir en rien à recouvrir la plaie. Enfin, il arrive très-souvent qu'une bride épaisse ne peut pas se dédoubler pour servir à former un lambeau.

M. Guersant ne professe pas une opinion aussi exclusive que M. Chassaignac; sans doute, lorsqu'on forme des lambeaux avec du tissu cicatriciel, on les voit souvent se gangrener, mais dans quelques cas on peut réussir, et il est bon de l'employer quand on n'en a pas d'autre à sa disposition, plutôt que de renoncer à une opération nécessaire. M. Guersant est, du reste, de l'avis de M. Chassaignac au sujet de la rétraction des lambeaux de tissu inodulaire, et cite à l'appui de son opinion le fait d'un cocher qui, par suite d'une brûlure traitée par Dupuytren, avait une bride étendue du bras à l'avant-bras. Après avoir détaché ce lambeau de l'avant-bras, il le vit se rétracter presque complétement, de façon qu'il ne put en tirer aucun parti pour l'occlusion de la plaie.

En résumé, suivant M. Guersant, l'emploi des cicatrices dans les lambeaux a quelquefois de l'avantage, mais ne réussit pas le plus souvent.

M. Larrey ne partage pas entièrement l'opinion peut-être un peu exclusive de M. Decès; mais il n'adopte pas non plus complétement celle de M. Chassaignac. Si le tissu cicatriciel est coloré, s'il est sensible, extensible, assez épais, si, en un mot, il se trouve dans de bonnes conditions de vitalité, on peut l'utiliser pour la formation des lambeaux autoplastiques; si, au contraire, il est mince et peu vivant, on ne doit pas l'employer. Il y a là, suivant M. Larrey, une lacune à combler. M. Larrey a été conduit à faire cette observation par d'assez nombreux cas de difformités à la suite de blessures qu'il a étudiés, surtout sur des blessés de Crimée.

M. Huguier convient, avec M. Chassaignac, qu'il faut autant que possible éviter de faire entrer dans les lambeaux du tissu inodulaire. Mais il est des cas où l'on est obligé de s'en servir, faute de pouvoir tailler le lambeau dans des tissus sains. Ainsi la blépharoplastie, la chéiloplastie, qui se font le plus souvent pour remédier aux difformités qui suivent de vastes brûlures, ne peuvent en général être pratiquées qu'à l'aide de lambeaux taillés dans les cicatrices, et cependant elles donnent très-souvent de beaux résultats. M. Huguier pense donc qu'il ne faudrait pas se laisser arrêter à ce que l'on ne peut disposer de tissus sains.

M. Verneuil partage complétement l'avis de ceux qui font des restrictions au principe posé par M. Decès, et il lui reproche dans son rapport de n'avoir pas précisé les conditions dans lesquelles le tissu des cicatrices peut être employé avec avantage. A l'appui de ce qu'on a dit sur la facilité avec laquelle ce tissu s'ulcère, M. Verneuil rapporte qu'il a vu dans un cas d'autoplastie employer un lambeau dont une partie était occupée par une cicatrice de *lupus*, et les tissus sains servirent seuls à la réparation, la cicatrice ayant complétement disparu par ulcération. Enfin, il a protesté contre cette assertion de M. Jobert, admise par M. Decès, que le tissu de cicatrice ne doit son aspect qu'à la distension à laquelle il est soumis, et qu'une fois détendu il prend les caractères du tissu cutané.

Deuxième conclusion. — *On peut utiliser le tissu inodulaire dans les cicatrices trop courtes, parce qu'à l'aide de coupes ondulées on parvient aisément, par son extension, à proportionner son allongement aux besoins les plus exigeants; que cet allongement prévient l'écartement des coupes, rapproche les lèvres, favorise leur réunion immédiate, circonstances qui éloignent toutes chances de récidive.*

Troisième conclusion. — *Dans les cicatrices adhérentes par leur face profonde, parce qu'à l'aide de coupes sous-cutanées il est facile de l'isoler de ses adhérences profondes, et ensuite de le mobiliser, de l'entraîner et de l'assujettir dans une position convenable jusqu'à ce qu'il ait contracté de nouvelles adhérences qui préviennent le retour de toute difformité.*

M. Richard rapporte que deux fois il a détaché des cicatrices en coupant leurs adhérences aux os sous-jacents, et que les deux fois les adhérences se sont reproduites, et la difformité a reparu. Dans d'autres cas il a avivé la peau déprimée, et l'a réunie par-dessus les points adhérents. Cette méthode lui paraît beaucoup plus avantageuse.

M. Marjolin a fait disparaître la difformité qui résultait de cicatrices de fistules dentaires en détruisant leurs adhérences par l'incision sous-cutanée.

M. Larrey demande si Dieffenbach n'avait pas posé le principe de détacher les cicatrices adhérentes aux parties profondes.

M. Verneuil répond que M. Decès ne donne pas cette idée comme nouvelle. Delpech avait déjà détaché des cicatrices adhérentes; mais M. Decès a érigé cette pratique en principe. Du reste, la section n'est pas toujours nécessaire, car, dans un cas d'ectropion, M. Lenoir est parvenu à ramener la paupière en place en relâchant les adhérences au moyen de tractions convenables.

M. Larrey pense que cette manœuvre est utile, même dans les opérations d'autoplastie proprement dite. Souvent il a soin de pratiquer à plusieurs reprises des tractions sur les parties saines qui doivent servir à former le lambeau, afin de les mobiliser et de relâcher les adhérences de la cicatrice aux parties profondes.

M. Guersant trouve que dans cette conclusion M. Decès est encore trop absolu. Le précepte qu'il établit peut être suivi dans certains cas, mais ne doit pas être généralisé.

Quatrième conclusion. — *On peut l'utiliser dans les cicatrices unissantes, parce qu'à l'aide de coupes latérales on peut l'isoler des parties voisines, en faire un lambeau qu'on fait glisser et qu'on greffe ensuite dans le lieu convenable, où il se transforme bientôt en une nouvelle commissure, dont la présence suffit pour prévenir toute tendance à l'agglutination.*

M. Verneuil, après la discussion de ces conclusions, rappelle quelques cas remarquables rapportés dans le travail de M. Decès.

M. Maisonneuve, dans une discussion qui eut lieu au sein de la Société de chirurgie, a dit que l'on pouvait, par une distension prolongée, rétablir la paupière déformée par un ectropion. M. Decès a rapporté un cas très-remarquable de ce genre. Le malade, affecté d'ectropion, avait été opéré par le procédé de Wharton Jones; mais le lambeau s'étant gangrené, la difformité s'était reproduite. M. Decès maintint la paupière abaissée au moyen d'un appareil à ressort qui la repoussait à sa place. La guérison eut lieu, et durait encore au bout d'une année.

M. Larrey rapporte qu'en 1839 ou 1840, à l'hôpital des Cliniques, où il suppléait M. Cloquet, un horloger suisse s'était présenté avec un ectropion qui avait été opéré plusieurs fois sans succès par des chirurgiens de Suisse et de Lyon. Ce malade avait imaginé un appareil très-ingénieux pour maintenir la paupière relevée. Il porta cet appareil pendant plusieurs mois sans obtenir la guérison de son ectropion.

M. Huguier ayant vu constamment échouer les opérations tentées contre le symblépharon, imagina le procédé suivant. Dans un cas de symblépharon de la paupière supérieure, il détruisit les adhérences; puis, pour les empêcher de se reformer, il plaça entre la paupière et le globe de l'œil un petit linge maintenu en place au moyen de deux fils fixés à chacun des angles supérieurs, et qu'il fit passer à travers la paupière supérieure, en dedans et en dehors, pour les nouer à l'extérieur sur des rouleaux de diachylon. La guérison eut lieu en six semaines, et ne s'était pas démentie au bout d'un mois.

Dans un autre cas, il y avait adhérence des paupières entre elles à leur partie interne en même temps que symblépharon. M. Huguier détacha d'abord les paupières, et réunit sur le bord libre de chacune d'elles la muqueuse à la peau; ensuite il détruisit les adhérences au globe de l'œil, et traversa les paupières avec des fils qu'il fixa au front et au nez pour les tenir renversées. La guérison eut lieu, et se maintint pendant un mois, au bout duquel M. Huguier perdit le malade de vue.

M. Verneuil remarque que ces observations, très-intéressantes d'ailleurs, ne sont pas à l'abri de toute critique, les malades n'ayant pas été suivis assez longtemps; la difformité a pu se reproduire par la suite.

La méthode employée par M. Huguier n'est autre que celle de l'interposition d'un corps étranger entre les surfaces dont on veut empêcher la réunion. Mais il est des cas où elle ne peut réussir. On voit souvent des douleurs intolérables se développer au moment où la cicatrice se fait, et forcer à retirer le corps étranger.

La discussion sur le mémoire de M. Decès est close.

RAPPORT.

M. Gosselin lit un rapport sur le mémoire de M. Béraud sur les *diverticulums de la tunique vaginale.*

Des remercîments seront adressés à l'auteur, et son travail sera renvoyé au comité de publication, ainsi que le rapport de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. A. Bertherand, les deux ouvrages suivants :

Sur la rupture spontanée du cœur;

Sidi-Sionti, ou Livre de la miséricorde dans l'art de guérir les maladies et de conserver la santé. (Traduit de l'arabe.)

Renvoi à la commission chargée d'examiner les autres travaux de M. Bertherand.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Gosselin met sous les yeux de la Société une pièce d'anus contre nature qui a été traité, il y a plus de trois mois, par l'entérotome de Dupuytren.

Le malade était un jeune homme de vingt-sept ans qui avait eu, le 8 mars dernier, une hernie inguinale congéniale à droite, étranglée, et chez lequel l'étranglement s'était terminé par gangrène, et avait obligé le chirurgien à établir un anus contre nature.

Lorsqu'il entra à l'hôpital Cochin le 26 mai, il perdait par l'ouverture anormale toutes ses matières intestinales, et n'avait pas été à la garde-robe une seule fois depuis l'opération. L'anus contre nature était sans infundibulum, pourvu d'un éperon, d'autant plus facile à constater, qu'il s'avançait jusqu'au delà de l'ouverture abdominale, et enfin compliqué d'un renversement assez considérable et irréductible de l'intestin. M. Gosselin commença le traitement par l'emploi de l'entérotome de Dupuytren. Cet instrument fut appliqué le 28 mai, et tomba le 9 juin, c'est-à-dire au bout de douze jours. Aucun accident n'eut lieu. La première garde-robe se fit le 9 juin, et depuis le malade est allé tous les jours à la selle.

Le 18 juillet, l'ouverture extérieure n'était point fermée, et continuait à laisser passer des matières intestinales, en même temps qu'elle offrait toujours ce renversement irréductible, qui est l'indice habituel d'obstacles à l'établissement de l'entonnoir membraneux de Scarpa. M. Gosselin pratiqua alors une opération occlusive, qui consista :

1° A enlever la muqueuse sur l'intestin renversé pour le faire participer à la cicatrisation;

2° A appliquer sur cet intestin avivé un lambeau pris sur la paroi abdominale.

Cette opération n'eut aucune suite fâcheuse; mais le lambeau ne contracta d'adhérences qu'avec la partie supérieure de l'intestin, et il resta au-dessous de lui une ouverture par laquelle les matières intestinales continuèrent à s'échapper, bien que le malade allât tous les jours à la garde-robe.

Ce jeune homme tenant à être complétement guéri, et voulant à tout prix être débarrassé de son infirmité avant de retourner dans son pays, M. Gosselin lui fit, le 20 août, une deuxième opération occlusive analogue à la première, mais en différant en ce que le lambeau fut pris sur la partie supérieure de la cuisse. Cette fois, contre toute attente, et quoiqu'il n'y eût pas à ce moment d'épidémie dans les salles, le malade fut pris d'un érysipèle, lequel se compliqua rapidement de délire, puis d'une double pleurésie avec épanchement brusque et symptômes d'asphyxie.

La mort eut lieu le 27 août.

On voit sur la pièce :

1° Du côté de la paroi abdominale, l'ouverture encore assez large de l'anus contre nature, et des adhérences solides entre le lambeau de la première opération et la partie supérieure du renversement intestinal; quant au lambeau de la deuxième opération, il n'avait eu le temps de contracter aucune adhérence.

2° Du côté de la cavité péritonéale, l'intestin adhère solidement à l'ouverture herniaire, qui est large, et on ne trouve avec lui aucune portion d'épiploon. Les deux bouts de l'intestin, qui ont été soumis à l'action de l'entérotome, sont accolés dans l'étendue d'environ dix centimètres, et réunis par une cicatrice bien apparente en avant et en arrière. Après avoir fendu le bout supérieur, on a pu constater l'existence d'une cavité commune aux deux bouts, très-large, sans rétrécissement, sans saillie ni bride intérieure, et dans laquelle s'ouvrent très-librement les bouts supérieur et inférieur de l'intestin.

En présence de cette pièce, M. Gosselin appelle l'attention de la Société sur trois points qui intéressent l'étude clinique des anus contre nature :

1° Quel a été le résultat de l'entérotome de Dupuytren? Ce résultat est des plus remarquables et des plus beaux, puisqu'on a obtenu par la section de l'éperon une cavité très-large, sans persistance d'aucune saillie intérieure, et sans apparence de ce rétrécissement inodulaire que Delpech avait signalé comme une des conséquences probables de l'opération de Dupuytren. En un mot, cette pièce ne justifie en rien les objections qui ont été faites à l'ingénieux instrument de ce chirurgien, et ne fournit aucun argument en faveur des modifications qui ont pour but de couper l'intestin en travers plutôt que d'arrière en avant.

2° Pourquoi, après le rétablissement du cours des matières, la guérison n'a-t-elle pas lieu? M. Gosselin croit qu'il faut l'attribuer dans ce cas, comme dans presque tous les autres, à des causes qui n'ont pas été suffisamment indiquées, savoir : à l'étendue de l'ouverture de la paroi abdominale, au renversement de l'intestin qui en a été la conséquence, et à la multiplicité des adhérences de cet intestin à lui-même par sa face séreuse, adhérences qui ont dû s'opposer au retrait et à l'établissement de l'infundibulum de Scarpa; et enfin à l'action des fibres musculaires de la portion commune aux deux bouts, lesquelles fibres devaient pousser les matières aussi bien vers l'extérieur que dans le sens de leur cours naturel.

3° Quelle conclusion tirer de cette pièce pour l'opération occlusive? D'abord, elle montre d'une manière générale que ce genre d'opération est indispensable dans les cas analogues à celui-ci; ensuite elle fait voir que l'opération exécutée par M. Gosselin, et dont il a déjà parlé à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie, peut donner le résultat qu'il cherche à obtenir, c'est-à-dire des adhérences entre la peau avivée et l'intestin dépouillé de sa muqueuse. Mais la pièce est favorable aussi à un autre procédé exécuté par M. Denonvilliers, et dont il sera question bientôt à propos du rapport sur le travail de M. Legendre.

M. Boinet pense que si M. Gosselin n'a pas trouvé les bouts de l'intestin rétracté, cela tient à ce que la rétraction n'avait pas eu le temps de se faire. Il a été consulté à la campagne par deux malades atteints d'anus contre nature, dont la guérison eut lieu au bout de deux ans. Il a pratiqué sur une dame une opération de hernie étranglée; l'intestin était gangrené, et il en résulta un anus contre nature. Deux ans après, il pratiqua l'entérotomie, et il ne resta qu'une fistule stercorale qui finit par guérir spontanément au bout de dix-huit mois. Il pense donc qu'avant d'en venir à une opération, il faut attendre longtemps pour être sûr que la guérison ne peut avoir lieu par les seules forces de la nature.

En réponse à M. Boinet, M. Gosselin dit qu'il a vu, comme tous les chirurgiens, des anus contre nature guérir spontanément, mais non pas quand ils présentaient les conditions observées dans celui-ci, savoir : un renversement irréductible, une ouverture abdominale étendue et un éperon s'avançant jusqu'au delà de cette ouverture. Quant à la temporisation après la chute de l'entérotome, l'existence de ces conditions avait démontré qu'elle serait inutile; et d'un autre côté, l'âge et la position du malade l'autorisaient à demander une guérison aussi prompte que possible.

M. Verneuil, considérant que la cicatrice n'est pas pourvue de fibres musculaires, et que, par conséquent, dans le point correspondant, les faisceaux musculaires de l'intestin ne forment plus des cercles complets, se demande si cette disposition ne serait pas la cause de l'accumulation des matières.

La rétraction de l'ouverture produite par l'entérotomie ne peut, suivant M. Verneuil, fournir une objection sérieuse contre la méthode de Dupuytren; elle lui paraît dépendre uniquement de l'état de la plaie produite par l'entérotome. Si cette plaie est bourgeonnante, elle doit se rétracter; si elle se trouve dans des conditions telles que le bourgeonnement n'ait pas lieu, elle ne se rétractera pas.

M. Gosselin pense que, malgré la section de ses fibres musculaires, l'intestin pouvait se rétracter, les fibres coupées prenant un point d'appui sur les cicatrices. La continuité de l'anneau musculaire n'était pas plus détruite que celle du sphincter après l'opération de la fistule à l'anus.

— M. Chassaignac présente des tumeurs fibro-plastiques provenant du malade qui fait le sujet de l'observation suivante. (Voir plus haut.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Desormeaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 11 septembre, M. Bouchacourt, professeur adjoint de clinique externe à l'Ecole préparatoire de Lyon, est nommé professeur titulaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, à ladite Ecole, en remplacement de M. Colrat, décédé.

M. Barrier, suppléant à la même Ecole, est nommé professeur adjoint de clinique externe, en remplacement de M. Bouchacourt.

— Par arrêté du même jour, M. le docteur Arthaud est nommé chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de Grenoble, en remplacement de M. Bertrand, dont la délégation doit expirer le 30 septembre prochain.

— M. le docteur Barby, médecin principal, ancien chef d'ambulance de la division Bosquet à l'armée d'Orient, ancien professeur des hôpitaux d'instruction, vient de succomber aux suites du typhus qu'il avait contracté dans les hôpitaux de Constantinople. Ses obsèques ont eu lieu samedi dernier avec les honneurs militaires dus à son grade. M. Michel Lévy a retracé, sur la tombe de cette nouvelle et honorable victime de la maladie qui nous a déjà enlevé tant de confrères, les services rendus par M. Barby, soit comme professeur à l'hôpital militaire de Metz, soit en Afrique, soit aux ambulances de l'armée d'Orient, soit enfin à l'hôpital de Dolma-Batchi à Constantinople.

— M. le docteur Dufour, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Toulouse, vient de mourir dans un âge fort avancé.

— M. le docteur Henri Schedel a péri, il y a un mois, dans une excursion sur le mont Pilate.

Rectification. — Dans le compte rendu du mémoire de M. le docteur Ozanam sur l'emploi du *brome* dans le traitement des affections couenneuses, il s'est glissé une erreur que nous nous empressons de rectifier sur la demande qui nous en est faite par notre honorable confrère.

Voici les explications que M. Ozanam nous donne à ce sujet :

« Ce n'est point le *brome pur* que j'administre; ce remède énergique ne serait point supportable à la dose de 50 centigrammes, et son emploi serait même dangereux; aussi n'est-ce pas le brome pur qu'il faut employer, mais bien l'eau bromurée ou saturée de brome.

» On la prépare en versant quelques gouttes de brome dans un flacon; puis, agitant un peu, l'eau se sature de brome, et, si ce corps est en quantité trop forte, le surplus se dépose au fond du vase sous forme de gouttelettes brunes.

» L'eau bromurée peut être donnée efficacement à la dose de 50 et même 75 centigrammes par jour dans une potion de 150 grammes.

» Elle a une belle couleur ambrée, une odeur *sui generis*, et doit être conservée à l'ombre et bien bouchée, car le brome, très-volatil, abandonnerait rapidement le véhicule aqueux si l'on permettait le contact de l'air, ou se transformerait en acide bromhydrique sous l'influence des rayons lumineux. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Perelly, *De la fièvre typhoïde.*

Tripier, né à Saint-Léger (Yonne); *De l'excrétion urinaire; quelques considérations sur l'action des diurétiques.*

Pépin, né à Notre-Dame-de-Fresnay (Calvados); *De l'influence du régime et de la température dans la production des maladies.*

Tonnelier, né à Leugny (Yonne); *De la dysentérie.*

Mailliard, né à Verzy (Marne); *De l'état puerpéral et de son influence sur les maladies.*

Amiaux, né à Glimes (Belgique); *Des accidents produits par les ascarides lombricoïdes, et de leur traitement.*

Duval, né à Huitry (Eure); *Des hydrocèles congéniales.*

Batut, né à Montpeyroux (Aveyron); *Un aperçu des syphilides.*

Mas, né à Recoules-Prévinquières (Aveyron); *Du traitement de l'avortement.*

Poreau, né à Ancenis (Loire-Inférieure); *Recherches sur les causes des vomissements des femmes enceintes.*

Gleize, né à la Ferté-Milon (Aisne); *Quelques considérations sur la chlorose chez la femme.*

Lavigne, né à Joncreuil (Aube); *De la pathogénie et du diagnostic de l'ascite.*

Dugué, né à Coulie (Sarthe); *Des déchirures du périnée dans l'accouchement, et des moyens d'y remédier.*

Laforêt, né à Sainte-Eulalie (Aveyron); *Du traitement des rétrécissements organiques de l'urètre.*

Mathieu, né à Pont-en-Royan (Isère); *Du goître.*

Mouton, né à Paris (Seine); *Des convulsions de l'enfance.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Clinique hydrothérapique de Bellevue; Recherches et observations sur les maladies chroniques; par le docteur L. Fleury, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. — 2e Fascicule, contenant les congestions sanguines chroniques du foie; les engorgements et obstructions du foie; lypémanie, l'hypochondrie, la nosomanie. — In-8°. Prix, 2 fr. 50 c. Chez Labé.

Mémoire sur les accidents que développe chez les ouvriers en caoutchouc l'inhalation du sulfure de carbone en vapeur; par le docteur Delpech, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, etc. In-8°. Prix, 1 fr. 75 c. Chez Labé.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 112. — MARDI 23 SEPTEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 112. — MARDI 23 SEPTEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; SIX mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 22 SEPTEMBRE 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Cl. Bernard a communiqué dans cette séance la suite de ses belles recherches expérimentales sur la température animale.

Après avoir montré, ce que l'on ignorait jusque-là, que le sang acquiert une température plus élevée en traversant l'appareil digestif, M. Bernard s'est proposé de démontrer, dans cette seconde série d'expériences, contrairement à ce que l'on croyait savoir, que la température du sang s'abaisse après avoir traversé l'appareil respiratoire. Ce second fait sert en quelque sorte de contrôle au premier, en même temps qu'il en complète la signification. Il était d'autant plus important d'en établir la réalité sur une démonstration rigoureuse, qu'il ruine complétement l'idée qu'on se faisait généralement, depuis Lavoisier, des effets de la respiration sur la température du sang. Il était évident que si l'on démontrait que le sang est plus chaud avant d'entrer au poumon qu'après l'avoir traversé, il n'était plus possible de considérer cet organe comme un foyer de calorification. C'est justement ce que M. Bernard a constaté dans les expériences dont on trouvera la description dans le compte rendu de la séance. C'est là un résultat considérable pour l'histoire de la calorification animale, dont l'origine doit être cherchée maintenant partout ailleurs que dans l'acte de la respiration. Nous suivrons avec le plus vif intérêt la suite de ces expériences.

De l'acte physiologique de la respiration à l'asphyxie, la transition est naturelle. Aussi aurions-nous été naturellement amené, par l'analogie du sujet, à parler de la communication de M. Marshall Hall immédiatement après celle de M. Bernard, si l'ordre même des matières ne nous y eût en quelque sorte obligé. Nous serons bref, du reste, sur les préceptes formulés par le savant physiologiste anglais, ces préceptes n'étant autres, pour la plupart, que ceux qui sont journellement mis en usage et qui font partie des instructions rédigées par tous les conseils de salubrité et comités d'hygiène. Leur valeur pratique est donc aisée à apprécier. Quant à la théorie de l'asphyxie dont M. Marshall Hall dit les avoir déduits, nous ne la connaissons pas assez pour la juger.

M. Castorani, qui a déjà fait plusieurs communications à l'Académie sur divers points de physiologie ou de pathologie oculaire, lui a adressé dans cette séance un très-intéressant travail sur la photophobie. L'observation de plusieurs faits pathologiques lui avait déjà fait soupçonner que le siége de la photophobie n'est pas celui qu'on lui assigne généralement. Ayant remarqué que c'est surtout dans les kératites ulcéreuses et dans les iritis que la photophobie se manifeste, et non dans les maladies de la choroïde et de la rétine, M. Castorani avait été porté à en conclure que le phénomène de la photophobie doit être rapporté exclusivement aux nerfs ciliaires du trijumeau, qui donnent la sensibilité à la cornée et à l'iris. Mais ce n'était encore là qu'une présomption qu'il fallait transformer en certitude par des expériences directes. C'est là l'objet de la communication de M. Castorani. Par une série d'expériences entreprises sur des lapins, et dans lesquelles il a alternativement lésé la cornée ou l'iris dans des conditions différentes, soit en laissant pénétrer les rayons lumineux jusqu'à la rétine, soit en les interrompant par la production d'une cataracte artificielle, en pratiquant préalablement la section du nerf optique ou celle du tronc de la cinquième paire, il a pu se convaincre dans tous les cas que la rétine restait toujours étrangère à la photophobie, et que ce symptôme était constamment lié à la lésion des organes animés par les nerfs ciliaires, et particulièrement la cornée et l'iris. La symptomatologie des affections oculaires pourra tirer d'utiles enseignements de ces expériences. Nous publierons dans un prochain numéro un résumé du travail de M. Castorani.

Dans une courte note dont nous n'avons sous les yeux qu'un extrait beaucoup trop court lui-même pour nous permettre d'apprécier jusqu'à quel point cette opposition est fondée, M. Puech objecte quelques faits à propos de la relation établie entre la maladie dite d'Addison et les altérations des capsules surrénales. Nous prenons acte de cette opposition sous la réserve des preuves dont elle a besoin, et que la commission nommée sera sans doute mise à même de connaître.

Nous n'avons rien à dire ici, à moins de nous répéter, de la note de M. Poinsot sur la pluralité des conduits pancréatiques, fait sur lequel repose en ce moment, comme on le sait, la discussion d'un point de physiologie important.

Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Hypertrophie de la parotide. — Tumeur volumineuse. — Opération; ses difficultés. — Suites de l'opération. — Récidive.

Par M. A. VOISIN, interne du service.

Le 25 février 1856, est entré à l'hôpital des Cliniques le nommé D..., âgé de soixante-sept ans, marchand des quatre saisons. Il est couché au lit n° 25 de la salle des hommes.

Antécédents. — Le père du malade est mort à l'âge de soixante-douze ans, sans infirmités ni maladie. La mère a succombé à quarante-deux ans, à une affection utérine que le malade ne peut dénommer.

Il y a quinze ans, cet homme a été sujet à des douleurs rhumatismales.

Pas d'antécédents syphilitiques.

Le malade a toujours souffert des dents. Il y a vingt-cinq ans il a eu une fluxion dentaire du côté droit.

Il y a quatre ans, le malade constata pour la première fois la présence d'une tumeur au niveau de l'angle droit du maxillaire inférieur. Cette tumeur avait alors le volume d'une lentille; elle était dure et peu mobile. C'est fortuitement que le malade s'en aperçut; elle était complétement indolente.

Depuis cette époque la tumeur s'est accrue d'une manière progressive et continue. Depuis les cinq derniers mois, cette tumeur ayant rapidement acquis un volume très-considérable, le malade a commencé à s'inquiéter de son mal. Ce qui a augmenté ces inquiétudes, c'est que depuis dix-huit mois la tumeur a non-seulement acquis un volume plus considérable, mais est devenue le siége de douleurs lancinantes et piquantes. Le malade a remarqué que ces douleurs étaient provoquées par le froid et par le vent.

Il y a environ sept mois que le bout du nez et la bouche sont déviés à gauche.

Depuis quatre à cinq mois la déglutition est un peu gênée.

Il faut noter encore que le malade est atteint d'une bronchite chronique depuis longues années.

État actuel. — Homme vigoureux, blond, petit de taille, bien constitué, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Dans la région parotidienne, il existe une tumeur globuleuse, irrégulière à sa surface. Voici ses limites : en haut, l'apophyse zygomatique; en avant, la tubérosité du maxillaire inférieur, et plus bas un point distant de 0,015 de la commissure labiale droite, c'est-à-dire le bord antérieur du masséter; en bas, la tumeur déborde le bord inférieur du maxillaire inférieur, de sorte que la région cervicale est envahie, dans une très-petite étendue, il est vrai; la limite postérieure est l'apophyse mastoïde.

La circonférence de la tumeur est mal définie, irrégulière. Le volume peut en être comparé à celui d'une pomme. Mesurée des deux limites extrêmes, l'arcade zygomatique et le bord inférieur du maxillaire inférieur, nous obtenons une circonférence égale à 0,168. Depuis sa partie la plus antérieure jusqu'à l'apophyse mastoïde, la mesure donne 0,178.

La base de la tumeur a une circonférence de 0,31.

Sa surface présente trois lobes. Un supérieur, le plus volumineux, en rapport immédiat avec le conduit auditif externe et le pavillon de l'oreille. Au-dessous de ce lobe on en voit un second, qui est séparé par un sillon, et les mouvements communiqués séparément à chacun de ces lobes sont indépendants les uns des autres. Un troisième, du volume d'une noix, se prolonge dans la cavité buccale, entre les arcades dentaires.

Le point le plus culminant de la tumeur est au-dessous du lobule de l'oreille.

La peau qui la recouvre est d'une teinte violacée, due à une arborisation très-marquée; en cet endroit seul elle est fine, adhérente aux parties sous-jacentes. On sent avec la main que la tumeur offre une élasticité assez prononcée. En ce point, elle est facilement dépressible. Dans tous les autres points la consistance est très-grande, et rappelle celle d'un tissu fibreux très-dense.

Les poils sont clair-semés à sa surface.

La muqueuse qui recouvre le prolongement buccal est saine et libre d'adhérences. La peau est fortement distendue.

La tumeur est fixe sur les parties osseuses. On constate en effet assez facilement que les mouvements qu'on lui imprime entraînent le maxillaire inférieur; et cependant les mouvements de la mâchoire inférieure sont libres.

On ne trouve pas de ganglions volumineux et indurés dans le voisinage.

Le bout du nez est légèrement dévié à gauche. De même pour la commissure labiale gauche, qui, de plus, est relevée. Ce déplacement en haut est d'autant plus appréciable que la commissure droite es abaissée. Le menton est dévié à gauche.

Tout cela donne à l'ensemble des traits un air de travers très-prononcé.

Une exploration attentive permet d'observer une certaine imperfection dans l'occlusion des paupières du côté droit.

L'acte de la déglutition est un peu gêné.

L'action de souffler et de siffler se fait encore assez facilement.

Les fonctions de l'odorat et de l'audition sont intactes.

La sensibilité de la joue droite et de la peau qui recouvre la tumeur ne présente rien d'anormal.

Le malade accuse dans la tumeur des douleurs lancinantes, rarement spontanées, mais que provoquent ordinairement le froid, le vent. Ainsi que le malade l'a remarqué, une pression forte les fait naître.

Au-dessous de la tumeur, ainsi que du côté opposé du cou, correspondant aux extrémités postérieures de l'os hyoïde, existent deux petites tumeurs congénitales dures, très-irrégulières dans leur conformation, douloureuses, adhérentes à la peau, mobiles sur les parties voisines, et du volume de petites amandes. Les caractères de ces tumeurs, et surtout le fait qu'elles sont congénitales indiquent de suite que ce sont des enchondromes.

Il était important d'avoir des notions précises sur le siége de cette tumeur avant d'entreprendre de la traiter. Nous suivrons M. le professeur Nélaton dans les investigations auxquelles il s'est livré à cet égard.

Il était démontré d'abord que cette tumeur n'avait point débuté dans le tissu cellulaire sous-cutané, sans quoi elle serait très-mobile, et pourrait pour ainsi dire être tenue tout entière dans la paume de la main.

Il est bien évident que la tumeur est profonde. Mais dépend-elle de la parotide, du maxillaire inférieur, ou de ces deux organes à la fois?

Pour décider cette question, M. Nélaton a beaucoup insisté sur ce signe que pendant les mouvements de la mâchoire on constate un certain glissement de la tumeur sur l'os maxillaire, de sorte qu'il lui a paru plus probable qu'elle dépendait de la parotide.

Ce n'était point tout. Le siége étant bien connu, il fallait savoir encore déterminer quelle était la nature de la tumeur, et quel était le tissu de la région qui en avait été le point de départ.

M. Nélaton n'a pas cru devoir s'arrêter à l'idée d'une dégénérescence des ganglions parotidiens. Il a eu un moment la pensée qu'il pouvait avoir affaire à un enchondrome en voie de ramollissement; mais il a écarté cette opinion, se fondant sur ce que, dans ces tumeurs ramollies on trouve presque toujours des portions cartilagineuses plus récentes dans leur apparition, qui indiquent alors la nature du mal.

L'absence de tumeur ganglionnaire dans le voisinage et dans d'autres régions; la lenteur du développement de cette tumeur, son peu de sensibilité, l'aspect général du malade étaient donc autant de motifs qui faisaient éloigner l'idée d'une dégénérescence des ganglions parotidiens.

D'un autre côté, malgré la dureté de certaines parties de la tumeur, on avait bien lieu de croire qu'il y avait une enchondrome; mais les symptômes indiqués tout à l'heure autorisaient suffisamment à croire à une autre altération.

Le cancer, avec toutes ses variétés, ne pouvait nous expliquer la marche de cette tumeur, dont la présence s'expliquait dès lors par une hypertrophie pure et simple de la glande parotide.

Tel fut en effet le diagnostic qui fut porté; tel fut aussi le diagnostic qui fut vérifié par l'examen de la tumeur après l'opération, soit à l'aide des moyens ordinaires, soit à l'aide du microscope.

Opération. — M. Nélaton, craignant l'ulcération de la peau et la dégénérescence ganglionnaire qui en est la conséquence, se décide à opérer le malade quelques jours après son entrée dans les salles. C'est à l'ablation de la tumeur qu'il s'est arrêté tout d'abord. Il a rendu compte à son auditoire des dangers de l'opé-

ration, de la lésion de la carotide externe; il insiste sur ce fait mentionné par M. le professeur Denonvilliers, que l'artère carotide externe n'est pas le plus souvent incluse dans la tumeur, mais qu'elle se trouve au fond d'une gouttière formée par deux portions de glande et dont les bords, se rapprochant, enchâssent l'artère. Enfin, il a signalé la nécessité où il devait être de couper le nerf facial.

M. Nélaton pratiqua l'opération de la manière suivante :

Il fit une incision partant du lobule de l'oreille, passant en avant de la tumeur et se terminant à sa limite inférieure. Il disséqua immédiatement toute sa portion antérieure, en évitant avec précaution l'ouverture de la muqueuse buccale. Cette dissection fut rendue très-délicate par une disposition tout à fait anormale et non décrite de la tumeur ; elle s'était introduite dans l'épaisseur du muscle masséter : aussi fut-on obligé d'enlever avec la tumeur une assez grande quantité de ses fibres musculaires.

Ce premier temps de l'opération pratiqué, il fit une autre incision partant perpendiculairement de la première incision dirigée en arrière, et commença la dissection de la partie postérieure de la tumeur par la partie inférieure, se conformant en cela au précepte de Bérard, qui évitait ainsi les ouvertures et ligatures répétées des artères parotidiennes venues de la carotide.

Aussitôt que M. Nélaton aperçut au fond de la plaie la carotide externe, il appliqua deux ligatures et sectionna le tronc artériel dans leur intervalle ; ces ligatures furent appliquées très-près de l'origine de l'artère, sur la carotide interne : ainsi furent évitées les hémorrhagies par d'autres branches de la carotide externe, qu'il coupa. Il lia encore cinq vaisseaux, entre autres la branche auriculo-temporale et la veine jugulaire.

Dans cette dissection, il dénude la branche montante du maxillaire inférieur.

L'extirpation de la tumeur fut faite d'une manière complète. — On fit un pansement simple avec de la charpie placée au fond de la plaie.

Caractères de la tumeur. — Elle est du volume d'une orange de grosseur moyenne; la surface en est irrégulière, et offre un aspect lobulé.

La tumeur est recouverte, en avant et en arrière, par des fibres musculaires du masséter; sur sa moitié antérieure, cette disposition existe.

La circonférence présente plusieurs sillons ; ces sillons, peu profonds, sont remplis d'un tissu cellulaire lâche.

Vers le tiers supérieur de la tumeur et sur sa face externe existent, juxtaposées, trois lobules de couleur rougeâtre, présentant une ressemblance très-marquée avec les lobules d'une glande parotide : le microscope le démontre en effet.

Si l'on pratique une coupe, le tissu résiste et crie sous le scalpel.

La tumeur ainsi divisée présente les caractères suivants : une portion centrale et une portion périphérique. La première est de consistance fibro-cartilagineuse, blanche, très-dure, du diamètre d'une amande, et envoie dans toute la périphérie de la tumeur des prolongements irréguliers et sinueux ; la seconde est plus molle, jaunâtre, et remplit tout le reste de la tumeur.

M. Ch. Robin a trouvé, au microscope, dans la première portion, une multitude de culs-de-sac glanduleux, et, dans la seconde, de la graisse.

La tumeur contient peu de vaisseaux.

Le nerf facial parcourt la tumeur de part-en part.

A sa sortie de la tumeur en avant, le nerf facial présente dans sa branche inférieure un renflement grisâtre d'un volume double de celui du nerf facial, renflement qui paraît être le résultat de la compression du nerf, comme l'a démontré M. Ludovic Hirschsfeld.

Le 5 mars, l'appareil de pansement étant enlevé, nous constatons au pourtour de la plaie une rougeur érysipélateuse, avec le bourrelet caractéristique.

Le 6, délire ; pouls plein; peau brûlante. — Saignée; une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 7, M. Nélaton, dans l'espoir d'arrêter la marche de l'érysipèle, fait appliquer sur la joue droite, en avant de la plaie, un vésicatoire volant. Délire la nuit. La plaie est remplie de liquides putrides. Le fond de la plaie est badigeonné avec un pinceau imbibé de teinture d'iode au tiers.

Le 9, l'érysipèle a envahi l'oreille gauche.

Le 10, la teinture d'iode a produit un effet salutaire. La plaie a un aspect très-satisfaisant. Dans le fond, on aperçoit la branche montante du maxillaire inférieur à nu, blanche, dépourvue de périoste.

Dans l'après-midi surviennent deux hémorrhagies. La quantité de sang perdu est égale à 200 grammes ; il s'écoule en jet, est d'une couleur rouge vif, se forme en caillots, et nous paraît venir de l'artère auriculo-temporale. — Nous appliquons un pansement compresseur, qui arrête l'hémorrhagie.

Le 11, à sept heures du matin, troisième hémorrhagie en jet.

M. Nélaton lie au-dessous et en dedans du lobule de l'oreille une artériole que l'on voit fournir du sang au milieu de bourgeons charnus, et applique au même point 2 gouttes de perchlorure de fer.

Le 16, chute du fil appliqué le 11.

Les 17 et 18, pas d'hémorrhagie.

Dans la nuit du 18 au 19, à deux heures du matin, quatrième hémorrhagie, et jusqu'à sept heures du matin trois nouvelles hémorrhagies. Cette nuit l'écoulement sanguin s'est fait en nappe, et nous a paru venir des bourgeons charnus. Nous l'arrêtons par le perchlorure de fer.

Le 20, les hémorrhagies ne se sont pas reproduites.

A partir de ce jour, la cicatrisation fait de rapides progrès. Nous assistons à la cicatrisation de la partie de maxillaire dénudée pendant l'opération.

Le mode de production des bourgeons charnus à leur surface a offert sur ce malade un exemple très-remarquable.

Nous voyons apparaître aujourd'hui à la surface de l'os de petites taches rouges du diamètre de grains de millet, recouvertes par une mince lamelle osseuse. Ces taches sont le résultat de petites cavités remplies de sang et superficiellement placées dans l'os. Si l'on pique avec une épingle cette mince lamelle qui les recouvre, on voit cette cavité comblée en partie par un bourgeon charnu analogue aux bourgeons charnus de la peau. Si on laisse se faire seul le travail de résorption de cette lamelle, on constate que ce travail dure de vingt-quatre à quarante-huit heures, et l'on trouve après ce laps de temps la cavité remplacée par un bourgeon charnu.

Les bourgeons se forment ainsi dans des points isolés, puis ils se réunissent pour former des îlots, qui eux-mêmes forment plus tard une surface continue.

Le 25, presque toute la portion du maxillaire que l'on voyait à nu est aujourd'hui recouverte d'une plaque de bourgeons charnus ; sauf les points sur lesquels s'est écoulé un peu de perchlorure. L'os y a conservé une couleur jaune rougeâtre, et ne s'est pas recouvert de bourgeons charnus. M. Nélaton enlève facilement avec une pince cette lamelle osseuse, longue de 0,02 et large de 0,01. Après son ablation, la partie d'os subjacente apparaît bourgeonnante.

A partir de ce jour, la cicatrisation marche rapidement.

Le 7 mai, la plaie se rétrécit; M. Nélaton enlève une très-petite portion de maxillaire vers l'angle inférieur de la plaie.

Le 2 juin, cicatrisation presque complète. La plaie est réduite à une étendue de 0,01 dans tous les sens.

Le malade sort de l'hôpital.

Le 21 juin, la cicatrisation étant complète, nous constatons l'état suivant :

La région parotidienne est excavée ; sa surface est recouverte de poils. La cicatrice est intimement adhérente au maxillaire inférieur ; elle est parfaitement saine. Nous n'y constatons aucune induration.

L'écartement des dents est très-peu considérable; il est au plus de 0,01. Les dents du côté droit ne servent pas à la mastication; les dents du côté gauche seules lui sont utiles.

Le rapprochement des paupières se fait très-incomplétement du côté droit. La paupière supérieure descend avec lenteur à la rencontre de l'inférieure, et, si on s'oppose par le toucher à la descente de la paupière, le doigt n'éprouve pas la sensation d'une contraction musculaire, ce qui est surtout sensible pour le côté gauche quand on fait la même épreuve.

Le nez est fortement dévié à gauche.

La commissure labiale droite est abaissée et tirée vers la ligne médiane, la gauche est attirée en dehors et en haut.

Le menton est dévié à gauche.

La moitié droite de la lèvre supérieure et la joue droite sont flasques et privées de toute élasticité.

La moitié droite de la langue a perdu la faculté de goûter, mais a conservé le sens du tact.

L'ouïe est dure de l'oreille droite.

La cicatrice est sensible, mais la portion de joue antérieure à la cicatrice est dans une petite sphère dépourvue de sensibilité.

L'ensemble de la figure du malade présente un type d'hémiplégie faciale. Ce résultat était inévitable; avant l'opération déjà l'hémiplégie incomplète annonçait sûrement la présence du nerf dans la tumeur. Il était impossible de songer à le disséquer. Les caractères si francs de la tumeur maligne faisaient craindre d'en laisser une portion et d'avoir une récidive sur place.

Les mouvements de la mâchoire, nous le croyons, se feront plus tard plus facilement.

Le 15 juillet, époque à laquelle nous revoyons le malade, l'écartement est déjà de 0,025 à peu près.

Comme on le voit, l'histoire de ce malade nous offre plusieurs enseignements :

1° Le mode de cicatrisation des os;

2° La possibilité de lier une artère au milieu d'un tissu enflammé ;

3° La présence d'un prolongement de la tumeur dans le muscle masséter.

M. Nélaton a pu appliquer à ce cas les sérieuses notions que lui avaient données des expériences antérieures consignées dans le travail d'un de ses internes, M. le docteur Courtin. Nous avons ici un exemple très-probant, qui contredit l'opinion de Dupuytren à cet égard, et évite dans des cas pareils les dangers de la ligature de la carotide.

Le 20 juillet, le malade vient de nouveau se présenter à l'hôpital des Cliniques, se plaignant de douleurs excessivement vives de la région temporale droite, douleurs qui lui enlèvent tout sommeil.

M. Nélaton constate dans le cuir chevelu de la région temporale et dans une portion de la région pariétale quatre tumeurs du volume de lentilles, rouges, à peine douloureuses, mobiles sur le plan osseux, toutes situées sur le trajet des vaisseaux lymphatiques ou des artères qui de la région parotidienne se rendent aux régions temporale et pariétale.

En présence de ces accidents diathésiques, il ne croit point à l'utilité de l'extirpation de ces tumeurs, et institue un traitement palliatif, qui pourra tout au plus préserver ce malheureux de ses douleurs. — Plusieurs vésicatoires volants sont appliqués successivement sur la tempe droite et le front.

Le 27, deux nouvelles tumeurs se sont montrées à côté des autres. Les douleurs continuent, l'insomnie persiste.

Le séjour de ce malade dans les salles nous a montré un exemple de récidive de tumeur fort remarquable. En effet, le microscope nous avait annoncé l'existence d'une tumeur simplement hypertrophique, et cependant la reproduction a eu lieu.

Nous avons déjà dit que l'observation de ce malade nous avait permis de juger plusieurs points de pratique et de doctrine chirurgicales fort importants; on nous permettra d'insister sur les réflexions qui ont été faites à ce sujet par M. le professeur Nélaton dans sa leçon clinique du 12 mars 1856 :

1° *De la ligature d'une artère dans une plaie suppurante.* Dupuytren repoussait comme dangereuse et inutile la ligature immédiate faite dans le cas d'une hémorrhagie consécutive. Je ne partage pas en cela son opinion. Aussitôt l'hémorrhagie artérielle bien constatée, j'ai pratiqué sans hésiter la ligature dans la plaie. La plupart des autres moyens sont sans effet. La compression, entre autres, n'amène aucun résultat. Le mode d'hémostase à la suite des plaies récentes d'amputation nous en donne l'explication.

Une fois l'artère coupée, elle se rétracte et s'enfonce un peu dans les tissus. Cette rétraction devient évidente après l'examen de moignons chez des individus morts longtemps après l'opération. L'artère ne peut être suivie jusqu'à la cicatrice, mais se prolonge jusqu'à elle par un cordon fibreux qui n'a aucune trace d'organisation artérielle, et qui me paraît être la cicatrice du canal qu'a rendu fistuleux le fil à ligature. Le sang qu'elle continue à fournir s'arrête et se coagule dans la tunique feutrée de la gaîne artérielle. L'infiltration de la gaîne envahit même les tissus qui entourent l'artère. Une comparaison rendra plus clair le phénomène qui se produit ; c'est le goulot d'une bouteille bouchée et cachetée. Le goulot de la bouteille est le tube artériel; le cachet de cire est l'infiltration d'alentour, et le bouchon est le caillot intra-capsulaire.

Les phénomènes ne peuvent se passer de même dans le cas de plaie suppurante.

Ici l'artère s'est rétractée; son orifice est entouré de bourgeons charnus. Entre l'orifice artériel et la surface de la plaie, est un canal non plus celluleux et susceptible de s'infiltrer, mais bien tapissé de granulations pyogéniques.

Un caillot peut encore se former; mais entre cette membrane pyogénique et lui, aucune adhérence n'est possible. Le pus qu'elle sécrète s'y oppose, et amène rapidement la chute du caillot.

Ces quelques mots exposent la règle la plus générale ; et cependant il y a parfois des exceptions.

Je suppose, en effet, qu'une compression directe ou indirecte ait amené l'arrêt du sang, que les parois du canal pyogénique se soient soudées ; l'hématose est obtenue par le fait de cette agglutination ; nous aurons une forme d'hématose produite par occlusion extérieure. Cette occlusion permet la formation d'un caillot interne.

Devant une hémorrhagie consécutive, Dupuytren repoussait la ligature dans la plaie, et s'appuyait sur ce fait que l'inflammation fait perdre aux parois artérielles leur résistance normale, les rend friables, faciles à être coupées, et par conséquent impropres à la ligature.

J'ai été à même, à l'hôpital Saint-Antoine, d'étudier souvent les hémorrhagies consécutives ; je ne pus me décider à employer la méthode d'Anel; il me coûtait de lier l'artère axillaire dans le cas d'hémorrhagie de la main. J'avais vu d'ailleurs plusieurs fois la méthode d'Anel suivie de résultats funestes.

Ainsi, dans certains cas, j'avais vu des chirurgiens tâtonner quelques jours, essayer les applications astringentes, la compression directe; il s'ensuivait une recrudescence inflammatoire. Après tous ces essais, ils employaient la méthode d'Anel. J'ai aussi vu la gangrène s'emparer des parties enflammées. En présence de pareils dangers, je n'hésitais pas à employer la ligature immédiate dans la plaie, et je fus enhardi par le succès. J'ai fait en outre des essais sur le cadavre ; j'ai appliqué des ligatures sur des parties qui avaient été enflammées, et j'ai pu constater qu'après un laps de temps de vingt-quatre heures, le fil à ligature n'a pas encore coupé la tunique externe de l'artère.

L'expérience clinique et les essais sur le cadavre ne me permettent plus aujourd'hui d'hésiter quand je suis appelé pour une hémorrhagie consécutive.

Le cas particulier dont nous publions l'observation est encore un nouveau succès qui corrobore cette méthode.

2° *Mode de cicatrisation des os.* — Il a été possible, sur ce malade, d'assister à la production d'une cicatrice d'un os privé de son périoste.

Le premier phénomène est l'apparition de petites taches interstitielles. Elles sont rouges, présentent un diamètre égal de 0,002 à 0,003. Leur forme est irrégulière, et se rapproche toujours de la forme losangique. Une même lamelle osseuse les recouvre, et elles paraissent constituées par une gouttelette de sang. Les deux points peuvent être très-facilement éclaircis. En effet, il est possible de perforer sans grands efforts la mince lamelle osseuse; on voit alors sourdre de la cavité une très-petite quantité de sang. Au fond de la cavité, on aperçoit un bourgeon charnu plus ou moins volumineux, et la minceur de la lamelle est en raison directe du volume de la granulation pyogénique.

Quand, au contraire, on abandonne la nature à ses seuls efforts, les phénomènes sont quelque peu différents. La lamelle osseuse qui recouvre la tache interstitielle se résorbe d'elle-même lors de son élimination ; la cavité est comblée par un bourgeon charnu. Toutes ces granulations s'unissent ensemble, forment des îlots au milieu de la plaie, qui, en peu de temps, est complétement revêtue d'une membrane pyogénique.

Cette évolution s'est faite chez notre malade dans l'espace de vingt jours.

3° L'état du malade, quatorze mois après l'opération, inspire quelques réflexions au sujet des recherches microscopiques. La tumeur, examinée par M. Robin au microscope, a été considérée par le savant micrographe comme constituée par des culs-de-sac glanduleux et de la graisse.

Mais, dira-t-on, le chirurgien a laissé dans la plaie une portion

de la tumeur. Et d'abord, nous avons vu M. le professeur Nélaton enlever cette tumeur aussi complétement que possible. En outre, il y a récidive, non pas à la surface de la plaie, mais à une certaine distance, sur le trajet des vaisseaux lymphatiques qui, du cuir chevelu, se rendent aux ganglions parotidiens.

Il n'y a donc pas à accuser l'opération; la récidive à distance le démontre surabondamment, à notre avis.

Les questions que soulève cette récidive sont des plus importantes au point de vue du résultat microscopique.

Nous espérons que ce fait, rapproché plus tard de faits analogues, mettra sur la voie de certains points inexplicables de la science.

Quant à ce malade, M. Nélaton n'est plus d'avis de tenter aucune opération. Ces tumeurs indiquent trop, à son avis, une cachexie cancéreuse pour qu'on puisse songer sérieusement à une opération curative.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. ARAN.

Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus.

(Recueillies et rédigées par M. RABAUD, interne du service.)

DE LA MÉTRITE CHRONIQUE EN GÉNÉRAL ET DE SON TRAITEMENT.

Je veux aujourd'hui vous faire d'une manière générale l'histoire de la métrite chronique. Le début trop souvent ignoré de cette affection, sa marche lente et obscure la recommandent à toute l'attention des médecins. Pour vous en donner de suite une idée, je prendrai un exemple qui vous présentera cette maladie dans son aspect et dans sa forme la plus commune.

Une femme se présente et vous raconte qu'elle est accouchée depuis quelques mois, que le travail n'a présenté rien de particulier, et qu'elle s'est levée le cinquième, sixième, huitième jour. Sa santé était assez bonne; cependant elle conservait encore dans l'abdomen une sensibilité générale, malgré laquelle elle a pu se livrer pendant quelques jours à ses travaux habituels. Mais cette douleur s'est peu à peu répandue; de l'abdomen elle a gagné les reins, les cuisses; la marche est devenue impossible; des flueurs blanches sont apparues, et la santé générale a décliné rapidement; avec un appétit vorace, les digestions sont devenues languissantes, les aliments à peine supportés et leur ingestion suivie de gonflement de l'estomac; les forces ont disparu, la malade a perdu son embonpoint et sa bonne coloration. Ce cortége de symptômes, que vous retrouverez chez une foule de malades, est l'indice presque certain d'une inflammation chronique de l'utérus.

Mais cette forme bien tranchée, dans laquelle nous trouvons à la fois des symptômes locaux et des symptômes généraux indiquant la participation des principales fonctions de l'organisme à cette souffrance de l'utérus, n'est pas la seule. Autour d'elle se groupent des sous-variétés. Il y a des malades chez lesquelles le début des accidents suit de très-près l'époque de l'accouchement, et d'autres chez lesquelles il s'écoule un intervalle considérable entre ces deux états. Il y a aussi des formes insidieuses. Par exemple, une femme accouche ou fait une fausse couche, à la suite de laquelle elle semble presque complétement rétablie; il n'y a point de douleur pendant les garde-robes, ni dans la miction; point de douleur dans le ventre: à peine existe-t-il un écoulement leucorrhéique très-léger. Cependant la malade est languissante; elle a même de temps en temps une sensation d'oppression à la région épigastrique, une petite toux qui, coïncidant avec de l'amaigrissement, masque la véritable cause et peut faire croire à une affection pulmonaire grave, telle qu'un début de tuberculisation.

Si l'attention du médecin ne s'arrête pas à ces accidents de dyspepsie et de chlorose, et cherche la cause du côté de l'utérus, alors au toucher il trouve le vagin chaud, souvent baigné de mucosités assez abondantes, le col le plus ordinairement tuméfié, quelquefois ulcéré, plus résistant, plus dur à la pression que dans l'état normal, quelquefois même induré, et, ce qui est une circonstance caractéristique, l'orifice entr'ouvert. En cherchant à imprimer des mouvements à l'utérus, à l'incliner à droite ou à gauche, il développe des douleurs vives, alors même que ces parties étaient indolentes pendant la marche et les grands mouvements. Le spéculum montre un col généralement volumineux, irrégulier, d'une coloration spéciale qui varie depuis le rose jusqu'au rouge le plus vif, souvent privé de son épithélium dans un point seulement ou dans toute son étendue. Cette ulcération du col part presque toujours de l'orifice connu d'un centre et s'étend de là en avant ou en arrière, bien plus souvent dans ces deux directions que latéralement; elle est tantôt lisse, tantôt finement granulée, ou bien hérissée de véritables bourgeons charnus, et pénètre dans la lumière du col où l'œil la perd de vue.

En général, l'orifice du col est dilaté; il est le siége d'une rougeur très-vive, et laisse échapper tantôt du mucus sous forme d'une mèche demi-transparente difficile à détacher, tantôt du muco-pus ou du pus.

Il y a quelques années, on attribuait à l'inflammation du col de l'utérus ces accidents généraux ou locaux, et rien ne paraissait plus naturel. Une discussion qui s'est élevée en Angleterre a montré qu'on a peut-être accordé trop d'importance, sinon à l'inflammation considérée en elle-même, au moins à l'inflammation du col.

En ce qui touche la grossesse, par exemple, on ne sait pas assez que le travail de nutrition qui s'accomplit à cette époque dans l'organe utérin peut être à lui seul le point de départ d'altérations que l'on rapporte généralement à l'inflammation. L'utérus ne s'hypertrophie pas purement et simplement dans la grossesse; il se forme des fibres nouvelles, et la membrane muqueuse se transforme complétement. Après l'accouchement, il faut que l'utérus subisse un travail rétrograde en vertu duquel tous les matériaux déposés pendant la grossesse doivent disparaître par une transformation spéciale, la membrane caduque en se détachant ou s'amincissant, et les muscles se transformant en graisse, qui est ensuite absorbée. Si ce travail rétrograde est arrêté, il y a donc là une cause matérielle d'affections utérines dans lesquelles l'inflammation joue peut-être un rôle en retardant le travail rétrograde, mais dont elle n'est pas, à proprement parler, la cause initiale.

N'est-ce pas à tort que l'on a attribué au col ce qui appartient à l'inflammation de l'organe tout entier, et du corps en particulier? Je suis très-disposé à le croire. D'une part, au point de vue anatomique, rien ne justifie l'importance vasculaire que l'on a voulu faire au col de l'utérus. Des dissections nombreuses m'ont, au contraire, montré le système vasculaire bien plus développé dans le corps que dans le col de l'utérus; la membrane interne du corps vivement injectée, alors que celle du col était pâle le plus ordinairement. Comment comprendre, d'autre part, la génération de tous les symptômes que j'ai énumérés plus haut? Comment expliquer les troubles de la menstruation, les leucorrhées très-abondantes, le gonflement, la sensibilité du fond de l'organe? Dans la métrite chronique comme dans la métrite aiguë, l'utérus participe donc tout entier à la maladie. Seulement il peut arriver, et il arrive souvent, que les manifestations principales de l'inflammation sont à l'intérieur vers le col; mais il y a dans la pratique beaucoup de cas où les phénomènes généraux que j'ai décrits coexistent avec un col parfaitement sain en apparence, où le corps seul est très-sensible à la pression, où l'on retrouve enfin quelques-uns des phénomènes locaux dont je vais vous entretenir.

La métrite chronique peut être générale ou partielle; ses symptômes sont de deux espèces, locaux et généraux; les symptômes locaux eux-mêmes sont rationnels ou objectifs.

Parmi les symptômes rationnels, il en est un qui a beaucoup d'importance lorsqu'il existe: c'est la douleur spontanée ou provoquée. Elle n'a pas son siége constant, comme on pourrait le supposer, à la région de l'organe malade, à l'hypogastre, mais bien dans les fosses iliaques, et particulièrement dans la gauche. Cette douleur n'est même pas constante; mais, lorsqu'elle existe, c'est elle qui ouvre la marche des symptômes, et elle peut même être longtemps le seul phénomène appréciable; elle est souvent accompagnée d'une sensation de pesanteur dans les reins, plus marquée lorsque la malade est debout. Cette sensation se manifestant surtout chez les femmes qui ont un utérus lourd et volumineux, je penche à croire qu'elle est toute mécanique.

A une certaine époque surviennent également à la partie interne des cuisses, le long du trajet des branches cutanées du nerf crural, qu'elles ne dépassent pas, des douleurs donnant la sensation de brûlure ou d'élancements.

La leucorrhée existe chez un grand nombre de malades atteintes de métrite, surtout chez celles dont l'inflammation est limitée aux cryptes muqueux de la cavité du col.

La nature du catarrhe utérin est importante à connaître: c'est tantôt un mucus opaque ou demi-transparent très-adhérent, tantôt du muco-pus ou du pus.

Toutes les fois que cet écoulement jaunâtre existe et que la femme n'a pas de vaginite, on peut sûrement diagnostiquer une inflammation chronique de l'utérus.

A côté de ces symptômes, il en existe d'autres qu'on peut appeler de voisinage; il existe, par exemple, des constipations d'autant plus rebelles que les inflammations s'accompagnent d'une déviation de l'utérus; la malade ne va à la garde-robe que tous les quatre, cinq ou huit jours; celles-ci sont indolentes ou douloureuses, quelquefois elles s'accompagnent d'un phénomène spécial, d'une excrétion muqueuse, contenant des débris pseudo-membraneux, excrétion dont la cause est probablement une irritation du rectum.

La vessie peut participer à l'irritation. La miction, indolente chez une partie des malades, s'accompagne chez d'autres d'une cuisson plus vive à la fin de l'émission des urines, ce qui tient sans doute à la composition même de l'urine, à la grande quantité de phosphates et d'acide urique qu'elles contiennent dans ces cas.

Les démangeaisons, que l'on a souvent attribuées à un prurigo ou à une irritation quelconque de la muqueuse de la vulve et des parties environnantes, ne sont souvent qu'un phénomène sympathique de la métrite et ne se lient à aucune lésion cutanée.

Quant à la menstruation, elle peut être normale dans les premiers temps; mais bientôt elle se trouble; les règles alors sont quelquefois en avance, presque toujours en retard, et l'on observe souvent des interruptions de deux, trois mois, capables d'induire les malades et les médecins en erreur relativement à l'existence d'une grossesse. Une femme, que vous avez pu voir dans le service, voyant ses règles manquer depuis cinq mois, avait préparé le trousseau de son enfant. La quantité de l'écoulement sanguin est en général très-réduite; beaucoup de femmes marquent à peine. D'autres fois, elles ont de véritables ménorrhagies, mais ce trouble ne s'observe guère qu'à l'époque de la ménopause.

Nous arrivons à un groupe de phénomènes rationnels très-importants et qui doivent spécialement attirer notre attention: ce sont les troubles digestifs; ils sont très-variés: tantôt il n'existe un sentiment de pesanteur épigastrique qu'à l'époque des règles, tantôt les digestions sont journellement difficiles, s'accompagnent de vomissements et d'un gonflement de l'estomac tel que les malades ne peuvent garder de ceintures ni de corsets.

Les digestions languissant, il n'est pas étonnant de voir survenir des troubles de la nutrition; les malades pâlissent, maigrissent; elles tombent dans une indifférence générale pour toutes les choses de la vie.

Mais cette prostration n'est jamais aussi complète que dans la chlorose ordinaire, et, par exemple, on n'observe jamais la coloration jaune et bouffie des chlorotiques.

M. Bennett a signalé des troubles du côté de l'appareil biliaire consistant en des coliques hépatiques suivies d'excrétion de pierres ou de graviers.

Dès que surviennent ces coliques hépatiques, la malade éprouve une recrudescence du côté de l'utérus: ces deux affections se réveillent ensemble, et l'une d'elles prédomine et se prolonge plus longtemps, alors que l'autre est déjà disparue.

La métrite chronique s'accompagne-t-elle de phénomènes nerveux? Je m'arrête ici pour signaler une erreur grave qui tendrait à se propager, à savoir que les maladies utérines donnent lieu à des accidents hystériformes. Je crois au contraire, à part cette nervosité générale que l'on retrouve dans les maladies chroniques, que l'affection hystérique est beaucoup plus fréquente chez les femmes qui n'ont jamais eu d'affections utérines.

En somme, les phénomènes rationnels de la métrite chronique sont en petit nombre. Ce sont des douleurs spontanées ou provoquées, de la leucorrhée, des troubles de la menstruation, de la digestion et de la nutrition; des selles difficiles, des mictions douloureuses.

De ces symptômes, le plus important sans aucun doute, celui qui mérite en première ligne de fixer l'attention, c'est la douleur. Les douleurs sont de plusieurs espèces; les unes franchement névralgiques, les autres congestives. Ces dernières, les plus communes, s'accroissent à l'époque des règles, mais ne se dissipent jamais complétement. Elles sont plus vives lorsque les règles sont peu abondantes, incomplètes; de là l'indication pressante de régulariser la menstruation. C'est ce qui rend si utile dans le traitement des inflammations chroniques du col et du corps l'emploi des sangsues et des scarifications sur le col de cet organe.

Je ne puis comprendre la répugnance de certains médecins pour ce traitement. Que peut-on reprocher aux applications de sangsues sur le col? De déterminer de la douleur? Mais cette médication est tout à fait indolente, à part le cas où une sangsue pénétrerait dans le col lui-même; ce que je n'ai jamais observé. De congestionner l'organe? Mais s'il y avait un inconvénient à redouter, ce serait au contraire l'hémorrhagie, pour laquelle il faut surveiller la malade.

Ce traitement est très-efficace, non-seulement appliqué au début, mais de temps en temps dans le cours de la maladie, lorsque l'excrétion menstruelle est incomplète et qu'il y a lieu de craindre que la congestion persiste encore.

Avec six, huit, dix sangsues au plus, on fait disparaître la douleur, qui est presque toujours le résultat de cette hyperémie chronique. Il est des cas cependant où elle persiste, où le calme ne dure que quelques heures.

Quand les douleurs occupent tout l'utérus, il faut employer le froid sous diverses formes. On donnera des bains de siége prolongés, à une température assez basse, mais jamais au-dessous de 10 degrés, afin d'éviter une réaction trop vive; ou bien on fera le tamponnement avec la glace, moyen que j'ai imaginé il y a quelques années.

M. Arnott avait proposé il y a quelques années, dans le cancer, l'introduction dans le vagin d'un mélange réfrigérant fait avec de la glace pilée et du sel marin. J'ai plusieurs fois employé ce moyen, mais je n'en ai pas été très-satisfait. On obtient un grand abaissement de température, les muqueuses vaginale et vulvaire deviennent pour ainsi dire dures comme du bois. Mais la présence du sel marin donne lieu à des douleurs très-vives, et irrite fortement la muqueuse vaginale; et quoiqu'on fasse suivre ce tamponnement d'irrigations d'eau froide, on ne peut cependant pas enlever tout le sel marin.

Je me suis donc borné jusqu'ici à l'introduction de la glace pilée, qui cause d'abord une sensation d'engourdissement pénible, mais très-fugace. En remplissant le vagin de glace, et en la maintenant pendant cinq, dix, quinze et même trente minutes, si la sensibilité est trop vive; en faisant ensuite des irrigations d'eau froide, on calme beaucoup la maladie, mais on n'évite pas complétement la réaction.

Indépendamment de l'état local, il faut encore rétablir les fonctions des organes voisins. On entretiendra la liberté du ventre, en donnant, s'il le faut, des purgatifs pris parmi ceux qui ne congestionnent pas les parties inférieures du tube digestif; mieux encore des grands lavements froids, et surtout des douches ascendantes froides. Ces douches rendent les plus grands services.

Relativement à l'excrétion des urines, on ne fera de traitement spécial que s'il y a des graviers.

Mais on doit surtout s'attacher à relever les forces des malades. On voit des médecins s'acharner à traiter topiquement pendant des mois entiers des ulcérations qui auraient disparu presque d'elles-mêmes par un traitement général. C'est donc sur toute l'économie ou sur quelque grande fonction que l'on cherchera à agir. On est toujours tenté de donner les ferrugineux, et pourtant ils agissent peu dans ces cas. La rhubarbe et quelques autres médicaments

relèveront mieux les fonctions digestives. En somme, néanmoins, l'hydrothérapie est pour moi la clef du traitement des maladies utérines chroniques. Et par hydrothérapie, je n'entends pas parler de cette hydrothérapie savante dont on perfectionne tous les jours les moyens dans les établissements spéciaux, j'entends les moyens simples que l'on a à sa disposition : les bains de siége, les frictions froides, les irrigations froides, le drap mouillé; ou des moyens un peu plus compliqués: la douche froide en jet, en arrosoir, donnée pendant deux, trois, quatre ou cinq minutes. Sous l'influence de cette médication, les malades changent à vue d'œil, et lorsque la santé générale est rétablie, si quelque accident local persiste encore, il est simple, c'est-à-dire tel qu'il était tout à fait au début de la maladie, et le médecin en triomphe en général facilement par les moyens que je vous indiquerai prochainement.

ULCÈRES SYPHILITIQUES DE LA GORGE ET DU LARYNX.

Trachéotomie ; usage de la canule laryngienne pendant quatre mois et demi ; guérison.

Par M. le docteur RUL-OGEZ.

Il s'agit, dans cette observation vraiment remarquable, d'une femme âgée de quarante-sept ans, chez laquelle des ulcères syphilitiques accompagnés de tuméfaction du larynx avaient tellement mis obstacle au passage de l'air, que l'on dut en venir à la trachéotomie pour éviter une suffocation imminente.

La canule une fois introduite, la malade put respirer librement, et l'on eut ainsi le temps de traiter méthodiquement et les ulcères et la tuméfaction des environs de la glotte.

M. Rul-Ogez employa la méthode préconisée par le docteur Ebert, qui assure avoir guéri ainsi des ulcères syphilitiques en quinze ou vingt jours. Voici en quoi elle consiste :

On fait une poudre composée de 3 gros de sucre de lait et d'un grain de nitrate d'argent. Une pincée de ce mélange est placée à l'extrémité d'un tube solide de la grosseur d'une plume d'oie et porté au fond de la bouche ; alors le malade se pince les narines et ferme les lèvres sur le tube, puis il aspire l'air par celui-ci : de cette manière, la poudre est portée dans le larynx lui-même, et touche sûrement les ulcères. On répète cette opération deux fois par jour.

Au moyen de cette insufflation, les ulcères finirent par se cicatriser, la tuméfaction de la glotte s'évanouit, et quatre mois et demi après l'opération, la canule put être définitivement retirée, la malade respirant librement par l'ouverture laryngienne.

Depuis cette époque, la guérison s'est maintenue.

(*Annales de la Société de médecine d'Anvers.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 septembre 1856. — Présidence de M. Is. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Température animale. — M. Cl. Bernard lit la suite de ses *Recherches expérimentales sur la température animale*. Cette deuxième partie est relative aux modifications de température que le sang éprouve en traversant l'appareil respiratoire.

M. Bernard, après avoir longuement développé les causes d'erreur qui ont fait dire jusqu'ici aux physiologistes que le sang des cavités gauches du cœur est plus chaud que celui des cavités droites, rapporte en ces termes les expériences qu'il a faites pour constater la température du sang dans les cavités du cœur avant et après l'appareil respiratoire.

Pour avoir la température du sang avant et après l'appareil respiratoire, il est tout naturellement indiqué de prendre la température du sang dans le ventricule droit et dans le ventricule gauche du cœur. Il serait, en effet, impossible sur l'animal vivant de constater la température du sang dans l'artère pulmonaire qui conduit ce liquide aux poumons, et dans les veines pulmonaires qui le rapportent après qu'il a traversé ces organes. Mais le sang du cœur droit est en réalité le sang qui va entrer dans le poumon, comme le sang du ventricule gauche représente bien celui qui vient de traverser l'appareil respiratoire.

Les premières expériences que j'ai pratiquées ont été faites sur des chiens à l'aide du procédé opératoire suivant :

L'animal étant convenablement maintenu sur le dos, je fais une incision à la partie droite et inférieure du cou, et j'isole successivement la veine jugulaire droite et l'artère carotide du même côté, aussi bas que cela est possible, sans pénétrer dans la poitrine. Je lie les deux vaisseaux et je passe au-dessous un fil d'attente ; alors, à l'aide d'une incision pratiquée à l'artère ainsi qu'à la veine, j'introduis le thermomètre dans le ventricule gauche et dans le ventricule droit, en plaçant sur le vaisseau et autour du thermomètre une ligature médiocrement serrée, et qui est seulement destinée à empêcher l'entrée de l'air dans le cœur droit et la sortie du sang du cœur gauche. On sent qu'on a pénétré dans le ventricule à ce que le thermomètre ne peut plus avancer, et à ce qu'il est agité par les contractions du cœur. On entre facilement dans le ventricule droit en descendant par la veine jugulaire et en passant par l'oreillette. Pour le ventricule gauche, il faut, sur les chiens, pénétrer par la carotide, puis par le tronc brachio-céphalique, et parvenir ensuite dans la crosse de l'aorte pour pénétrer directement par elle dans le ventricule gauche. Il arrive quelquefois que l'on déchire, dans cette manœuvre, les valvules sygmoïdes de l'aorte, et cet accident peut amener dans la circulation quelques troubles sur lesquels nous reviendrons plus tard, quand nous étudierons les modifications que les troubles de la circulation peuvent apporter à la température du sang. Pour le moment nous ne rapporterons que les résultats obtenus sur des animaux calmes, et chez lesquels les conditions de la circulation étaient aussi normales que possible.

(L'auteur résume ici les résultats de ses expériences dans un tableau.)

D'après les expériences rapportées dans ce tableau, on voit que le sang du ventricule droit, au moment où il va pénétrer dans le poumon, a toujours été trouvé à une température plus élevée que le sang du ventricule gauche qui vient de traverser l'appareil respiratoire. La différence de température n'a pas dépassé 2/10es de degré, mais elle s'est constamment montrée dans le même sens. D'après ces mêmes expériences, l'état de digestion ou d'abstinence paraît avoir eu une influence évidente sur la température du sang dans le cœur. Chez l'animal à jeun, les différences de température sont ordinairement plus considérables, et elles deviennent plus faibles pendant la période digestive. Mais en même temps la température absolue du sang paraît s'élever. Ceci ressort de la comparaison des expériences entre elles. Mais, ajoute M. Bernard, j'ai pu vérifier ce résultat d'une manière beaucoup plus comparable encore chez le même animal. Chez le chien de la quatrième expérience, la température à jeun était 38°,8 dans le cœur droit; 38°,6 dans le cœur gauche : 2/10es par conséquent pour la différence. Le lendemain, le même animal étant en pleine digestion, la température était 39°,2 pour le ventricule droit, 39°,1 pour le ventricule gauche, et 1/10e pour la différence. On voit donc que dans ce dernier cas la différence de température entre les sangs avait diminué, mais que leur température absolue avait augmenté. Je ferai remarquer, en terminant, que mes expériences ont été faites sur des animaux qui se trouvaient dans des conditions physiologiques aussi bonnes que possible, puisque non-seulement ils ne mouraient pas pendant l'opération, mais ils y survivaient très-bien, conservaient leur appétit, et pouvaient ainsi à diverses reprises être observés dans des conditions variées.

Toutefois je ne m'en suis pas tenu à ces seules expériences; et comme il s'agit ici de résultats de la plus haute importance au point de vue de la théorie de la chaleur animale, j'ai voulu encore les vérifier sur d'autres animaux, en m'entourant de toutes les garanties d'exactitude possibles : c'est pourquoi j'ai prié M. Walferdin, dont la compétence dans les questions thermométriques est si bien connue de l'Académie et dont les instruments ont acquis une si grande précision, de vouloir bien m'assister dans la détermination de ces températures sur les animaux vivants.

Nous avons fait ensemble à l'abattoir de Grenelle, sur des moutons, des expériences dont je vais actuellement donner les résultats qui concordent parfaitement avec ceux obtenus sur les chiens. Les températures étaient prises avec le thermomètre métastatique à mercure de M. Walferdin, divisé en un nombre arbitraire de parties dont chaque division représentait environ un centième de degré qu'on pouvait ainsi lire directement sur l'instrument.

Le procédé opératoire pour pénétrer dans le cœur offre une grande facilité chez le mouton. Cela tient à ce que, ces animaux ayant le cou relativement très-long, il est possible d'arriver très-près de l'origine des vaisseaux au cœur sans ouvrir la poitrine. Je pratique une incision longitudinale sur la partie moyenne et inférieure du cou, qui doit se prolonger jusqu'au sternum. On écarte les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien du côté droit, et on trouve au-dessous immédiatement l'artère carotide droite à la naissance du tronc brachio-céphalique. La veine jugulaire se trouve placée plus en dehors et plus en avant. Quelquefois un prolongement du thymus qui se trouve dans la plaie masque un peu les vaisseaux ; on peut l'arracher sans aucun inconvénient et sans produire d'hémorrhagie. Le thermomètre a toujours été introduit dans le cœur gauche par le tronc brachio-céphalique, et dans le cœur droit par la veine jugulaire, en suivant les précautions déjà indiquées, qu'il est inutile de rappeler. Les observations comparatives ont été faites avec le même thermomètre qu'on introduisait successivement et alternativement dans les ventricules droit et gauche, en vérifiant toujours plusieurs fois les mêmes résultats. Les observations dont les résultats se trouvent groupés dans un deuxième tableau ont été faites sur des animaux pendant qu'ils étaient dans l'état de calme et que leur circulation était aussi régulière que possible.

On voit, d'après ce tableau, que les expériences faites sur les moutons conduisent aux mêmes conclusions que celles faites sur les chiens, à savoir, que le sang du ventricule droit est plus chaud que celui du ventricule gauche.

Nous verrons plus tard que l'excès de température est apporté au sang du ventricule droit par la veine-cave inférieure, et non par la veine-cave supérieure, dans laquelle il est plus froid; mais nous voulons seulement constater pour aujourd'hui que ce mélange de tous les sangs veineux du corps qui se fait dans le ventricule droit est, au moment où il va être lancé dans le poumon par l'artère pulmonaire, plus chaud que lorsqu'il sort de ces organes et arrive à l'état de sang artériel dans le ventricule gauche. Dès lors nous sommes bien forcé d'admettre que le sang se refroidit par son contact avec l'air à la surface du poumon, qui peut être considéré à ce point de vue comme une véritable surface extérieure.

En résumé, d'après toutes les expériences contenues dans ce travail, qui ont été faites sur des animaux vivants, et je crois avec toute la rigueur dont ces sortes de recherches sont aujourd'hui susceptibles, je pense pouvoir légitimement conclure :

1° Que la circulation du sang à travers l'appareil pulmonaire est une cause de refroidissement pour ce liquide;

2° Qu'on ne peut pas dès lors considérer les poumons comme un foyer de la chaleur animale;

3° Que la transformation du sang veineux en sang artériel, chez l'animal vivant, ne coïncide pas avec une augmentation de chaleur dans ce liquide, mais au contraire avec un abaissement de température.

Dans une prochaine communication, M. Bernard se propose d'examiner les modifications de température que le sang éprouve en circulant dans l'appareil génito-urinaire.

Traitement de l'asphyxie. — M. Marshall Hall fait la communication suivante, relative aux règles pour le traitement de l'asphyxie :

Je me suis occupé récemment de recherches sur la théorie de l'apnée et de l'asphyxie, recherches dont j'espère faire bientôt hommage à l'Académie des sciences. Aujourd'hui, je me bornerai à présenter, dans l'intérêt immédiat des malheureux à demi noyés, quelques résultats pratiques formulés en règles pour le traitement de cet accident.

RÈGLE I. *La glotte libre.* — Dans tous ces cas, il faut commencer par mettre le malade sur sa face, un de ses bras étant placé de manière à soutenir le front. Alors tout liquide, l'eau, la salive, les mucosités, les matières venant de l'estomac, la langue même, tombent en avant, en laissant la glotte libre, d'obstruée qu'elle était, et la respiration devient possible; tandis que cette respiration, lorsque le malade est couché sur le dos, aura souvent été, pour des raisons contraires, impossible.

La respiration, ainsi rendue possible, s'effectue de deux manières : ou elle peut être excitée physiologiquement, ou elle peut être imitée machinalement.

RÈGLE II. *Respiration excitée.* — Pour exciter la respiration, il faut irriter les narines ou la gorge au moyen d'une plume ou autre objet, dans l'espoir de produire un de ces actes inspiratoires qui précèdent celui de l'éternument ou celui du vomissement; ou bien il faut frotter, sécher et chauffer la figure, et lui jeter ensuite de l'eau froide avec force. Dans cette dernière manœuvre, c'est la différence de température qui en constitue l'efficacité comme moyen excitateur de la respiration.

RÈGLE III. *Respiration imitée.* — Mais surtout il ne faut pas perdre du temps à faire ces tentatives. Si elles ne réussissent pas immédiatement, il faut se hâter d'imiter les actes de la respiration de la manière suivante :

Le malade étant posé sur la poitrine, on remarque qu'il y a expiration, que cette expiration s'augmente en comprimant le dos, et qu'en enlevant cette compression une inspiration commence, qui devient complète en tournant le malade sur le côté et un peu au delà. Ainsi, je conseille de mettre le malade sur la poitrine, d'exercer une compression sur le dos, de faire cesser cette compression, et de tourner sur le côté alternativement, doucement, régulièrement, de dix à quinze fois par minute.

Il s'accomplit souvent alors une belle respiration, d'un demi-litre d'air atmosphérique dans les cas moyens; fait important que j'ai établi par un grand nombre d'expériences sur des cadavres. Il est, en effet, facile de s'apercevoir que lorsque le corps repose sur la poitrine, cette cavité est comprimée par une force qui équivaut au poids du sujet, d'où arrive l'expiration; et que lorsqu'il est tourné sur le côté et un peu au delà, cette force est enlevée, d'où inspiration à son tour, la glotte restant toujours libre.

RÈGLE IV. *Circulation.* — Soutenant ces actes respiratoires, il faut ensuite que chaque membre soit bien saisi et comprimé des mains, et que le sang des veines soit poussé par un mouvement rapide et énergique vers le cœur.

RÈGLE V. *Chaleur.* — La surface du corps du malade se sèche et se chauffe en même temps par ce frottement de la meilleure manière possible, et se conserve au moyen de vêtements secs. Il faut que la chaleur résulte des mouvements que nous venons d'indiquer. Toute chaleur d'origine étrangère est non-seulement inutile, mais nuisible, puisqu'il est prouvé par les expériences d'Edwards et de M. Brown-Séquard qu'un animal asphyxié meurt plus promptement quand la température est plus élevée. Une fois la circulation rétablie, on peut s'occuper de réchauffer artificiellement la surface du corps.

Second conduit pancréatique chez le bœuf. — M. J. Poinsot communique sur ce sujet le travail qu'il a déjà présenté à l'Académie de médecine, et dont nous avons déjà publié un résumé. Ce travail est renvoyé à l'examen de MM. Velpeau et Cl. Bernard.

— M. Apostolides adresse un mémoire intitulé *De quelques opérations pratiquées dans les voies aériennes.* (Commissaires, MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert, de Lamballe.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous recevons communication d'une nouvelle liste de souscripteurs en faveur des veuves et des orphelins des médecins de l'armée et de la flotte morts en Orient. Nous la publierons dans notre prochain numéro. Au 20 septembre, elle s'élève à 3,880 francs.

— M. le docteur A. Legrand vient d'être nommé membre correspondant de la Société impériale de médecine de Marseille.

— On nous prie d'annoncer que l'*Africaine* (capitaine Josse, rue de la Merci, 7, à Bordeaux) doit quitter ce port le 5 octobre prochain. Ce navire se rend à Hong-Kong, où il prendra chargement pour la Havane. Le capitaine désire embarquer un médecin (docteur ou officier de santé). Les avantages offerts sont : la nourriture, le logement à la chambre avec le capitaine, des appointements fixés de gré à gré, la faculté de quitter le navire à la Havane ou bien de revenir en France avec lui. Le voyage entier doit durer de douze à quatorze mois.

— Quelques fautes d'impression se sont glissées dans le numéro d'avant-hier, à l'article *Nouvelle observation de leucémie.* Ainsi : page 438, 1re colonne, ligne 92, *au lieu de* 140 respirations, *lisez* 40 inspirations. — Même page, 2e colonne, ligne 86, *au lieu de* séreuse, *lisez* sérum.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Larguier, de Saint-Paul-la-Coste (Gard); *Essai sur l'examen du globe oculaire.*

Couderc, de Florac (Lozère); *De la pustule maligne.*

Balanda, de Prades (Pyrénées-Orientales); *Essai sur la réunion immédiate appliquée au traitement des plaies.*

Favier, de Montuel (Ain); *Etudes médicales sur le café.*

Perrier, de Valleraugue (Gard); *Considérations sur quelques faits chirurgicaux recueillis à l'Hôtel-Dieu de Nîmes.*

Moitessier, de Montpellier (Hérault); *Essai sur les propriétés des solanées et sur leurs principes actifs.*

Olive, de Marseille (Bouches-du-Rhône); *Considérations générales sur l'huile de foie de morue.*

Cotte, de Digne (Basses-Alpes); *Quelques mots sur le typhus.*

Giraud, de Cluny (Saône-et-Loire); *Considérations sur la vaccine et les principales questions qui s'y rapportent.*

Seguin, de Lurcy (Ain); *De la première dentition et de ses accidents.*

LE SOUS.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messagerie
et chez tous les Libraires.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HOSPICE DE BICÊTRE (M. Moreau). Impulsions insolites sans désordre de l'intelligence. — Manie intermittente; inefficacité du sulfate de quinine; guérison par l'emploi de l'arsenic. — CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE STRASBOURG (M. Schutzenberger). Refroidissement intense suivi d'hyperesthésie spinale, etc. — Sur la cause et le siége de la photophobie. — Sur la nature et le siége de la coqueluche. — Tétanos essentiel suivi de guérison. — Engorgement considérable de la rate sans coexistence de fièvre d'accès. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 23 septembre.

PARIS, LE 24 SEPTEMBRE 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Devilliers a adopté un usage qu'il serait désirable de voir imiter par ses collègues les médecins des diverses administrations de chemins de fer, c'est de communiquer tous les ans à l'Académie l'état statistique du service médical de la ligne et l'exposé des améliorations que le temps et l'expérience y ont graduellement introduites. Grâce à cette louable habitude, l'Académie possédera, au bout de quelques années, des documents médicaux et hygiéniques spéciaux qui pourront être très-utiles à consulter. Aussi nous joindrons-nous volontiers aux encouragements que M. Gimelle a adressés à ce sujet à notre confrère au nom de l'Académie. Avant ce rapport, il a été donné lecture des nouvelles conclusions proposées par la commission dont M. Londe était rapporteur, sur un lit mécanique dont les avantages avaient paru un peu exagérés dans les premières conclusions. L'Académie a adopté l'espèce de moyen terme proposé par la commission. La séance a été terminée par une lecture de M. Matteï sur un point d'obstétrique, dont la commission aura à apprécier la valeur.

Il n'y a dans tout cela texte qu'à fort peu de réflexions, et nous clorions là le résumé de cette séance si la correspondance ne nous fournissait l'occasion de signaler en passant un nouvel ordre de recherches plein d'intérêt, et qui a fait le sujet de plusieurs thèses extrêmement remarquables. Dans l'un des précédents numéros, nous mentionnions les deux thèses récemment soutenues devant la Faculté de médecine de Strasbourg par MM. Béchamp et Picard sur l'urée. La première de ces thèses, celle de M. Béchamp, fixe l'origine de l'urée dans l'économie, en démontrant que ce produit est le résultat d'une transformation des substances albuminoïdes. M. Picard, de son côté, a établi par des expériences rigoureuses que l'urée n'est pas un produit de la sécrétion du rein, comme on l'avait cru jusque-là, et qu'elle est formée dans le sang. Une troisième thèse, intitulée *De l'urémie*, que M. le secrétaire annuel a présentée à l'Académie de la part de son auteur, M. Henri Tessier, a pour objet l'étude de l'histoire pathologique de ce principe immédiat. M. Tessier, complétant ainsi les belles recherches de ses deux devanciers, a étudié dans ce travail expérimentalement et cliniquement les effets de l'urée sur l'organisme dans les divers états pathologiques où ce principe s'accumule dans le sang : telles sont, entre autres, la maladie de Bright, l'éclampsie, la scarlatine avec anasarque, la rétention et l'infiltration urineuse, etc. C'est, comme on le voit, tout un chapitre nouveau à ajouter à l'hématologie pathologique, et qui manquait complétement jusqu'ici dans la science. Le défaut d'espace ne nous permettant pas d'entrer en ce moment dans de plus grands détails, nous nous bornons à ce simple énoncé, nous réservant de consacrer prochainement un article à l'examen de cette intéressante question — Dr Brochin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. MOREAU (de Tours).

Impulsions insolites sans désordre de l'intelligence.

La folie offre parfois de curieuses analogies avec les autres névroses à forme simplement convulsive. C'est, ainsi que le fait remarquer M. Moreau, la même rapidité, la même brusquerie dans l'explosion du mal, qui atteint tout à coup son summum d'intensité, la cessation non moins brusque des désordres par lesquels elle se traduit et révèle son existence, l'intervalle de lucidité complète qui sépare les accès, etc.

Que si l'on scrute l'origine de ce genre de folie, si l'on interroge l'hérédité (à l'influence de laquelle le médecin de Bicêtre attache, comme on sait, une influence presque exclusive de toute autre cause), l'analogie des causes prédisposantes ne sera pas moins frappante ; c'est parmi les descendants d'épileptiques, d'hystériques, d'individus qui ont été atteints de maladies convulsives qu'elle se rencontre principalement.

Il y aurait là matière à de nombreuses réflexions sur la nature réelle, si souvent controversée, si mystérieuse, suivant les partisans des doctrines spiritualistes pures, et qui, nous le soupçonnons fort, pourrait bien être tout simplement celle des névroses ordinaires; mais nous ne saurions nous y livrer ici, et nous nous contenterons de rapporter l'observation à propos de laquelle les quelques lignes qui précèdent ont été écrites.

Rousselot est le seul survivant d'une famille de cinq enfants; deux de ses jeunes frères sont morts de convulsions en bas âge, deux autres ont succombé dans l'adolescence à la phthisie pulmonaire. La prédisposition à cette dernière affection paraît venir du père, qui, d'après les souvenirs un peu vagues du sujet, serait également mort phthisique; il était d'ailleurs atteint d'hémiplégie depuis sept ans. La mère du malade est morte d'hydropisie.

L'enfance du sujet a été traversée par une maladie grave dont il n'a conservé que des souvenirs peu précis : elle aurait commencé, selon lui, par un érysipèle, et aurait été caractérisée par des crises nerveuses d'une violence extrême, avec perte de connaissance ; il avait alors sept ans.

Après avoir recouvré la santé, il s'est toujours bien porté jusqu'à l'époque actuelle; aujourd'hui il est âgé de trente-six ans, et, malgré sa petite stature, il paraît robuste et bien organisé.

Pendant trois ans, il a été soldat en Afrique sans contracter aucune des maladies propres au climat; il n'a d'ailleurs, s'il faut l'en croire, commis aucun des excès familiers au soldat.

Rentré il y a douze ans dans ses foyers, il n'a pas tardé à se marier, et dans l'espace de dix ans il a eu sept enfants, dont trois sont morts de convulsions; trois autres vivent encore.

Un accident épouvantable est venu, il y a dix-huit mois, ébranler sa raison : une petite fille âgée de six ans, qu'il chérissait de préférence parmi tous ses enfants, est tombée dans le feu pendant l'absence de sa mère; lorsque les parents sont rentrés, ils ont trouvé sur le parquet le cadavre à moitié consumé de l'enfant. On a d'abord voulu dérober ce spectacle au père pour épargner sa sensibilité naturelle; mais rien n'a pu l'empêcher de demander à voir les restes de son enfant, et l'horreur qu'il a ressentie l'a jeté dans le plus profond dégoût de la vie. Sans se livrer sur-le-champ à aucune action extravagante, il a conçu le projet de se laisser mourir de faim : deux fois il a tenté de le mettre à exécution sans avoir le courage de persévérer jusqu'au bout. Deux fois il a tenté de s'asphyxier par la vapeur du charbon, et dans l'un et l'autre cas il n'a été rappelé à la vie qu'après avoir complétement perdu connaissance.

Malgré les privations volontaires qu'il s'impose depuis longtemps, malgré le trouble de son esprit, il jouit habituellement d'une bonne santé physique; point de maux d'estomac, point de bourdonnements d'oreilles ni de troubles sensoriaux. Le sommeil est calme et sans rêves ; à peine couché il s'endort, et ne s'éveille qu'à regret le lendemain matin, ce qui s'explique par les fatigues de son métier de marchand ambulant.

Mais son caractère, naturellement doux, s'est aigri par la souffrance ; il est devenu sombre, taciturne, querelleur, impatient, incapable de supporter la moindre contradiction ; de temps à autre il est sujet à des idées excentriques, et qu'un instant plus tard sa raison désapprouve ; il lui prend subitement envie de défaire son lit, mais aussitôt il se demande : « A quoi bon ? » Il veut jeter à terre son chapeau ; mais il se demande bientôt : « Pourquoi ne pas le laisser à sa place ? » Dans la conversation, se permet-on de le contredire, il lui prend une envie subite de battre son interlocuteur ; mais il se modère à l'instant, en réfléchissant à l'absurdité de l'acte qu'il est sur le point de commettre.

C'est ainsi, dit-il, qu'une foule de *conceptions délirantes* lui traversent l'esprit, sans qu'il soit possible à personne de le soupçonner de folie, tant la durée de son égarement est courte; il revient au bon sens avant d'avoir eu le temps de se livrer à des actes extravagants. Il paraît cependant qu'il n'en est pas toujours ainsi, car on l'amène le 12 janvier 1856 à la Préfecture, sous l'inculpation d'avoir frappé d'un coup de sabot une dame inoffensive qui s'est rencontrée sur son chemin. Le malade d'ailleurs nie énergiquement le fait, dont il n'a pas conservé le moindre souvenir.

Transféré à Bicêtre comme atteint d'aliénation mentale, Rousselot est parfaitement calme depuis son entrée à l'hospice ; il ne se livre à aucun acte de violence, malgré les tentations dont il est quelquefois assailli. Sa santé physique est chancelante, soit à cause de son oisiveté forcée, qui lui pèse beaucoup, soit par suite des inquiétudes bien légitimes qu'il conçoit au sujet de sa famille. Ses discours sont remplis de bon sens, et il paraît se rendre très-bien compte de son état.

On l'a mis au régime du lactate de fer et du vin de quinquina; il se plaint que ces médicaments lui altèrent la digestion et lui causent des maux d'estomac : on est obligé de diminuer la quantité de ses aliments.

Le 15 mars, l'état du malade est très-satisfaisant : une diminution continue se fait remarquer dans l'intensité des idées fixes; il parvient à s'occuper, à se distraire, il oublie ses chagrins; il supporte assez patiemment la contradiction, et ne craint plus de s'abandonner à ses impulsions.

Le 17 avril, après s'être jusqu'ici très-bien porté, le malade éprouve des congestions, des maux de tête, des étourdissements; deux fois il a manqué de tomber à la renverse. — Une application de ventouses scarifiées à la nuque, quelques bains froids ont triomphé de ces légers symptômes.

Le 3 mai, le retour des vertiges, lié à l'embarras gastrique, rend nécessaire l'usage de quelques purgatifs (huile de ricin, 15 grammes; huile de croton tiglium, 2 gouttes). Ces symptômes se dissipent avec la même rapidité que la première fois.

Le 18 mai, le malade quitte l'hospice parfaitement guéri.

Manie intermittente. — Inefficacité du sulfate de quinine. Guérison par l'emploi de l'arsenic.

L'intermittence, dans les maladies mentales, est un phénomène qui est loin d'être rare; cependant cette intermittence est presque toujours incomplète, et rarement le malade, dans les intervalles qui séparent ses accès, jouit d'une lucidité absolue.

Ces cas se présentent quelquefois cependant, et le fait que nous allons rapporter, et qui a été recueilli dans le service de M. Moreau par l'interne du service, M. B. Ball, en est une preuve.

L'anti-périodique par excellence, le sulfate de quinine a été fréquemment mis en usage contre cette forme de délire, et quelquefois avec succès, au dire de quelques auteurs.

M. Moreau a eu l'occasion de l'employer dans maintes circonstances; mais de quelque manière qu'il l'ait administré, quelle qu'en fût la dose, modérée ou élevée, très-élevée (50 centigrammes à 1 gramme par jour pendant une et deux semaines), il confesse n'avoir jamais obtenu de succès décisif.

Au sulfate de quinine, M. Moreau substitue les préparations arsenicales, qui lui paraissent d'un effet bien plus sûr, et auxquelles il déclare être redevable de plusieurs guérisons.

Le fait suivant en est un exemple remarquable.

L... (Pierre), âgé de vingt et un ans, est entré le 19 décembre 1855 dans le service de M. Moreau (de Tours).

Ce jeune homme, d'une stature moyenne, et paraissant bien constitué, offre une physionomie douce et ouverte, exprimant à la fois l'intelligence et la gaieté.

Il existe dans sa famille de nombreux exemples de longévité, selon l'observation de M. Moreau, qui, sans être formulée d'une manière définitive, ne doit pas être négligée, vu sa fréquence. Son père seul fait exception à la règle : il a succombé dans un âge peu avancé, à la phthisie pulmonaire. Les autres parents du sujet, proches ou éloignés, jouissent tous d'une bonne santé. Sa mère, âgée de cinquante ans, est fort bien conservée, et une nombreuse famille de robustes enfants a grandi sous le toit paternel.

Après une saine et vigoureuse enfance, qui n'a jamais été traversée par les maladies propres à cet âge, ce jeune homme a quitté la campagne à dix-huit ans, pour venir à Paris. Il est entré presque aussitôt en service. Resté pendant deux ans dans la même place, il n'y avait jamais éprouvé d'autre indisposition qu'une légère gastralgie, qu'il attribue d'ailleurs à un changement de nourriture, lorsque le 25 août 1855 il se vit obligé d'entrer à l'hôpital de Lariboisière pour se faire traiter d'une orchite blennorrhagique intense. C'est pour la première fois qu'il éprouvait des accidents de ce genre.

Les accidents ayant été suspendus par des bains, des cataplasmes et l'application de sangsues au périnée, il sortit de l'hôpital incomplétement guéri, après un traitement de quinze jours. Mais ayant voulu reprendre un service assez pénible, il vit bientôt l'écoulement se reproduire, et le 14 novembre il entrait à la Charité, dans le service de M. Velpeau. Il y est resté vingt-neuf jours.

Pendant la durée de son traitement, la petite vérole s'étant développée dans les salles, il eut le malheur de contracter une varioloïde huit jours après son entrée. L'éruption ayant été contrariée par suite d'un léger refroidissement, il éprouva des frissons, de la céphalalgie, un redoublement de fièvre pendant la nuit; de longues insomnies le privaient de toute espèce de repos et le plongeaient au matin dans un état de malaise nerveux, auquel les inquiétudes morales venaient ajouter leur nuisible influence.

Vers le commencement du mois de décembre, l'éruption s'étant fait jour, une amélioration sensible s'est manifestée; un sentiment de bien-être, de contentement intérieur a succédé au malaise des jours précédents, et bien que l'éruption ne soit pas complétement flétrie, le ma-

lade, impatient de reprendre ses occupations, demande à grand cris sa sortie; elle lui est accordée le 13 décembre.

Rentré de nouveau dans sa place, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il s'est produit chez lui je ne sais quoi d'insolite; il est d'une gaieté que l'état de sa santé physique est encore loin de justifier; il s'agite, il parle tout seul à voix basse. Deux jours après avoir quitté l'hôpital, il reçoit une lettre de sa mère qui lui inspire subitement l'envie de rentrer dans ses foyers. Il prend une voiture de remise et court faire ses adieux à tous ses amis, qu'il laisse étonnés de sa conduite singulière et de ses propos étranges.

Le lendemain 17 décembre, à quatre heures du soir, un accès de manie aiguë se déclare; il devient nécessaire de le transporter à Lariboisière, où il est resté deux jours dans un état de délire aigu avec prédominance d'idées religieuses; il voulait aller à l'église, se confesser, faire ses Pâques, etc. Il adressait des injures à la sœur, à ses voisins, à tous ceux qui voulaient contrarier ses desseins. Deux jours plus tard il était transféré à Bicêtre. Il est à remarquer que dès l'explosion de l'accès, l'orchite blennorrhagique s'est brusquement supprimée.

A l'époque de son entrée au service, il était depuis quatre ou cinq jours atteint d'aliénation mentale. Il croyait voler dans les airs; il éprouvait des illusions de la vue, et se livrait à une foule d'actes extravagants qui ont nécessité l'emploi de la camisole de force. Le repos, les bains, un régime tonique (macération de quinquina, cinq portions) ont amené une rémission des symptômes, et douze jours après son explosion l'accès s'est calmé. Le malade a quitté Bicêtre le 5 janvier.

Aussitôt après sa sortie de l'hôpital, il est retourné chez sa mère, à la campagne, pour rétablir sa santé physique toujours débile.

Le 13 janvier, il eut dans la maison maternelle un second accès de folie sur lequel on n'obtient que des renseignements incomplets. Sa durée paraît n'avoir été que de quatre ou cinq jours.

Vers la fin du mois de janvier, le malade, qui commençait à éprouver de nouveau ce bien-être précurseur d'un nouvel accès, se décide de sa propre autorité à reprendre le chemin de Paris. Sur la route, il commet de nouvelles extravagances, jette l'argent à pleines mains et s'arrête à tous les cabarets sur la route pour fraterniser avec ses compagnons de voyage.

Rentré à Paris, il retourne chez son ancien maître. Un nouvel accès de manie le ramène à Bicêtre le 2 février 1856. La raison a repris son empire au bout de cinq à six jours.

A partir de ce moment, une surveillance des plus attentives a permis de suivre pas à pas la marche de la maladie et d'établir d'une manière rigoureuse son caractère périodique. Le malade, mis au régime du sulfate de quinine, en absorbe 0,50 par jour pendant la période de rémission des accès, qui se prolonge habituellement pendant dix à douze jours. Passé ce terme, les phénomènes précurseurs commencent à se manifester. Une mobilité excessive de la physionomie, une tuméfaction légère, un tremblement nerveux des lèvres, sont les premiers indices de l'accès qui va commencer.

Le lendemain le malade, agité d'une gaieté insolite, ne peut plus rester en place; et tout en répondant d'une manière raisonnable aux questions qui lui sont adressées, il éclate de rire à chaque instant. Quelques heures plus tard, il deviendra nécessaire d'employer la contrainte, l'accès se sera pleinement développé. Une agitation maniaque, des grincements de dents, l'accélération du pouls en sont les principaux symptômes. Les objets qui se présentent aux yeux du malade lui paraissent grossis au delà de toute proportion naturelle. Au reste, il parle peu dans cet état, ou ne prononce que quelques paroles incohérentes. Quatre ou cinq jours suffisent pour calmer l'accès, et c'est d'ordinaire au septième jour qu'il est remis en liberté.

Rendu à la raison, le malade conserve un parfait souvenir de ses impressions; il les décrit dans leurs moindres détails; il est sérieux, et même un peu triste, mais sans excès.

La première attaque a eu lieu le 17 décembre; le second accès s'est manifesté le 13 janvier; le troisième le 2 février; le quatrième le 22 février; le cinquième le 16 mars. La période d'intermittence a donc été de 26, de 19, de 20 et de 21 jours; on peut donc fixer sa durée à trois semaines, et celle de l'accès, en moyenne, à huit jours.

Le 5 avril, les divers moyens de traitement mis en usage contre le retour périodique des accès étant jusqu'ici restés sans efficacité pour en enrayer le cours, on se décide, dès l'apparition des symptômes précurseurs, à pratiquer une large saignée de 500 grammes; et le lendemain, les accidents ayant marché, on applique les ventouses, de manière à retirer une nouvelle quantité de sang égale à la première.

L'accès n'en a pas moins fait explosion le 7 avril; mais son intensité a paru notablement amoindrie, et sa durée a été sensiblement abrégée; en effet, quatre jours plus tard, le malade est rendu à la liberté. On se propose alors, sans discontinuer l'usage des autres remèdes, de recourir aux saignées généreuses dès l'apparition des premiers indices qui précèdent l'explosion d'un accès.

Le 27 avril, malgré deux saignées de 500 grammes coup sur coup, le malade n'en est pas moins retombé dans un accès qui a duré deux jours. On renonce à l'emploi de la saignée pour la remplacer par le haschisch à la dose de 0,10.

Le 12 mai, un nouvel accès de trois jours s'est manifesté quinze jours après le premier: le haschisch a donc eu pour effet d'abréger la période d'intermittence; en outre, le délire a été triste au lieu d'être gai comme à l'ordinaire.

Le 16 mai, on commence à faire prendre au malade une potion arsenicale (liqueur Pearson, à la dose de 25 gouttes dans un julep).

Ce médicament n'ayant pas tardé à produire des symptômes intestinaux, il a fallu en réduire la dose de 20 gouttes.

Le 2 juin, retour des accidents habituels. La potion arsenicale est de nouveau administrée jusqu'au 9.

Le 9 juin, cessation brusque de tout désordre mental. L... prie avec instance qu'on lui permette de rentrer dans sa famille. Cette permission ne pouvant pas lui être accordée aussi promptement qu'il le désirerait, L... s'attriste de nouveau, perd l'appétit, refuse de manger; M. Moreau fixe la sortie à une quinzaine de jours, si la convalescence se maintient. A cette époque, la santé du malade continuant à être excellente, la sortie est accordée.

Le 3 août, nous avons des nouvelles de L...; il n'y a pas eu de rechute.

CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE STRASBOURG.

Refroidissement intense suivi d'hyperesthésie spinale; délire, convulsions, coma, mort rapide; pas de lésions cérébro-spinales; reins hyperémiés, augmentés de volume. Urine sanguinolente et albumineuse, avec cylindres provenant des canaux urinifères dans la vessie;

Par M. le professeur SCHUTZENBERGER.

Michel K..., marchand ambulant, plongé dans la misère, âgé de trente-cinq ans, d'une constitution peu robuste, s'expose, le 2 janvier 1855, à la pluie et à la neige dans une voiture découverte. Sous l'influence du froid il est pris de céphalalgie, de vertiges, de courbature, de faiblesse, bientôt suivis d'un endolorissement général du tronc et des membres. Il reste sans secours pendant plusieurs jours, exposé aux intempéries dans une grange.

Le 6 janvier, à son entrée à la clinique interne, on constate l'état suivant:

Face pâle, exprimant l'abattement, l'anxiété et la souffrance; pas de fièvre; pouls à 80, petit; gémissements continuels; sensibilité excessive de toute la peau du tronc. L'hyperesthésie est telle, que le moindre attouchement arrache des cris et provoque des soubresauts. Tiraillements douloureux dans les membres sans hyperesthésie. Intelligence assez nette, réponses justes, céphalalgie, vertiges. Rien du côté de la poitrine ni du côté des organes digestifs; langue humide, blanche; peu de soif; peau du ventre très-douloureuse, mais abdomen normal; pas de diarrhée. — 20 ventouses sèches et scarifiées le long du rachis; potion avec 20 centigr. de sulfate de quinine; infusion de tilleul pour boisson.

Les jours suivants, mêmes symptômes avec légère fièvre; céphalalgie, vertiges, agitation, gémissements, hyperesthésie de la peau du tronc. Le malade a eu une selle et a uriné; mais les urines n'ont pas été conservées.

Dans la nuit du 7 au 8, un peu de délire. Sous l'influence d'applications répétées de ventouses, de l'opium à l'intérieur et d'un vésicatoire à la nuque, les douleurs diminuent, mais l'agitation et les gémissements continuent.

Le 9, à quatre heures du soir, cris aigus, agitation, délire, nausées, vomissements de matières liquides et verdâtres; par intervalles, secousses convulsives des membres et du tronc; pupilles contractées.

Le 10 au matin, face décomposée; délire, cris, agitation, interrompus par l'affaissement et des spasmes convulsifs de la face et du tronc. Respiration difficile, convulsive; teinte cyanosée; refroidissement des extrémités; pouls petit et fréquent. — Sangsues aux tempes; affusion froide.

Mort à dix heures, peu de temps après l'application des sangsues.

Autopsie. — Cerveau, moelle et méninges cérébro-spinales sans altération notable. Un peu d'hyperémie dans la pie-mère cérébrale, mais sans exsudat.

Les reins sont de forme et de volume assez normaux, brun violacé. A l'incision, la substance corticale est notablement hyperémiée; la couleur est d'une teinte violette foncée; les corpuscules de Malpighi font saillie à la surface de la section; ils apparaissent comme des points noirs ecchymotiques. Les cônes sont aussi plus foncés qu'à l'état normal, mais la substance tubuleuse est néanmoins moins hyperémiée que la substance corticale. Le sang coule abondamment de la surface de section. Dans le calice du rein droit, un peu de liquide noir sanguinolent. Les calices et les bassinets, hypérémiés comme les reins, offrent des points d'ecchymose et des arborisations vasculaires.

La vessie est revenue sur elle-même, et ne contient que quelques cuillerées d'un liquide dont l'aspect rappelle la matière des vomissements noirs des ulcères de l'estomac. Ce liquide est composé d'une matière jaune rougeâtre fluide et de grumeaux qui se déposent sous forme de poussière. Par le repos, l'urine recueillie dans la vessie se sépare en deux couches au bout de vingt-quatre heures:

1° La couche supérieure liquide a une couleur rouge sale, et tient en suspension une certaine quantité d'épithélium pavimenteux et globuleux de la vessie et des reins. L'acide nitrique produit dans ce liquide un précipité albumineux grumeleux.

2° La couche inférieure est de couleur bistre et forme un peu moins du quart de la masse de l'urine. Elle consiste uniquement en cylindres formés par des globules urineux agglomérés, et dont le diamètre est un peu au-dessus de la moyenne. Les cylindres sont colorés par la matière colorante des globules du sang, qu'on retrouve altérés et plus ou moins décolorés. Çà et là se rencontrent quelques plaques d'épithélium du bassinet de la vessie et des agglomérats d'urate d'ammoniaque.

Cette observation démontre la similitude symptomatique qui existe entre les affections cérébro-spinales idiopathiques et les accidents nerveux produits par certaines néphrites aiguës; elle démontre la nécessité d'analyser les urines dans tous les cas de méningite supposée, alors même qu'aucun symptôme n'attire d'une manière plus spéciale l'attention du côté de l'appareil urinaire.

Indépendamment de leur importance pratique au point de vue du diagnostic, ces cas soulèvent une question scientifique qui n'est pas sans intérêt.

C'est celle de savoir quelle est la cause directe des accidents nerveux observés.

Dans ces derniers temps, on les a plus spécialement attribués à l'*urœmie*. On a pensé avec raison que les principes de l'urine retenus dans le sang en quantité anormale pourraient exercer sur le système nerveux une influence pernicieuse et produire les phénomènes cérébro-spinaux par une espèce d'empoisonnement. L'urée surtout a été considérée comme un agent toxique.

La question de l'uroémie et de son influence est actuellement pendante, mais non encore complétement résolue.

Que l'urée diminue dans l'urine et que sa sécrétion s'arrête, ou tombe à un minimum très-faible dans certaines affections néphrétiques;

Que ce principe soit retenu et quelquefois se retrouve en quantité notable dans le sang et dans les liquides séreux des infiltrations ou des épanchements concomitants, ce sont des faits acquis à la science. Mais ces faits ne démontrent pas encore d'une manière incontestable l'influence toxique de ce principe. Il est certain, au contraire, que l'urée a été constatée dans le sang par Bright et par d'autres en quantité très-notable chez des malades qui n'avaient jamais eu d'accidents cérébraux.

Aussi le docteur Frerichs a-t-il cru devoir attribuer les accidents nerveux, non à l'influence directe de l'urée, mais au carbonate d'ammoniaque produit dans certains cas seulement par la décomposition de l'urée accumulée dans le fluide sanguin.

Avant d'admettre cette théorie, il faudrait connaître les conditions spéciales qui tantôt transforment l'urée en agent toxique, en carbonate d'ammoniaque, par exemple, et tantôt lui permettent de s'accumuler sans subir ce genre d'altération. Ce sont des questions que la science formule, mais que l'expérimentation n'a pas encore résolues.

Un fait qui m'a frappé dans plusieurs observations de maladie rénale avec accidents cérébraux, c'est la rapidité avec laquelle se sont développés les symptômes nerveux graves chez des sujets atteints d'albuminurie *sans hydropisie concomitante.* Les infiltrations et les épanchements séreux qui contiennent, comme on sait, de grandes quantités d'urée, ne pourraient-ils pas être considérés, jusqu'à un certain point, comme des sécrétions supplémentaires qui empêchent, ou qui du moins retardent l'accumulation des principes de l'urine dans le sang et diminuent les dangers de leur influence toxique?

SUR LA CAUSE ET LE SIÉGE DE LA PHOTOPHOBIE.

Par M. le docteur CASTORANI.

(Extrait d'un mémoire communiqué à l'Académie des sciences.)

La photophobie a, suivant l'auteur, son siége dans les nerfs ciliaires du trijumeau, qui donnent la sensibilité à la cornée et à l'iris. Elle est le symptôme des affections de ces deux membranes, avec cette particularité qu'elle atteint son maximum lorsque les filets nerveux sont à découvert, comme dans une plaie ou dans un ulcère de la cornée, ou bien s'ils sont déchirés, comme quand il s'est introduit depuis peu un corps étranger dans la cornée. On a bien dit que la rétine est innervée aussi par le nerf trijumeau, mais on est d'accord aujourd'hui pour la regarder comme insensible.

M. Castorani a entrepris sur des lapins des expériences très-variées. Voici de quelle manière il les a exécutées, et les résultats qu'elles lui ont fournis:

Sur un lapin, dit-il, j'enlevai avec un couteau à cataracte plusieurs lames de la cornée pour obtenir une plaie transparente. J'abandonnai ensuite l'animal à lui-même près d'une fenêtre. Dès lors il se mit à cligner les paupières et à les fermer plus ou moins fortement, suivant l'intensité de la lumière.

Le soir du même jour, je revis le lapin, qui présentait les paupières semi-ouvertes; mais, à mesure que j'approchais la lumière, il les fermait fortement. Pour mieux constater l'effet de la lumière, je la projetais avec mon ophthalmoscope, et alors le clignement de paupière était plus marqué.

Le jour suivant, la plaie kératique était recouverte d'une exsudation plastique peu épaisse et par conséquent demi-transparente; déjà la photophobie se trouvait diminuée. Mais plus tard, lorsque l'exsudation dont nous venons de parler fut complète et tout à fait opaque, la photophobie disparut complétement.

Dans ce cas, les filets nerveux sont protégés par l'exsudation plastique, et alors les rayons lumineux n'ont plus d'action sur eux. En effet, sur d'autres lapins, j'ai remplacé l'exsudation plastique par une lame de plomb, et la photophobie a presque cessé d'exister. Sur d'autres lapins, ayant piqué l'iris avec une aiguille à cataracte introduite du côté de la sclérotique, et ayant réussi à produire des iritis, la photophobie se déclara aussi, mais elle était moins intense que pour la cornée. Sur une troisième série de lapins, j'ai commencé par produire des cataractes en ouvrant largement la capsule avec une aiguille pour empêcher les rayons lumineux d'arriver à la rétine.

Après la disparition des accidents produits par cette première opération (deux jours après), j'ai produit des plaies kératiques, et la photophobie s'est déclarée alors tout à fait de la même manière que dans les autres cas.

Pour compléter mes expériences, j'ai pratiqué la section des nerfs optiques après avoir ouvert le crâne et soulevé les lobes antérieurs du cerveau. Puis j'ai pratiqué une plaie kératique sur un seul œil, qui a présenté de la photophobie tout à fait comme dans les autres cas, tandis que l'autre est resté bien ouvert.

Sur d'autres lapins, j'ai coupé tantôt le tronc de la cinquième paire, tantôt la branche ophthalmique de Willis, en soulevant les lobes latéraux du cerveau. J'ai fait sur ces animaux des plaies kératiques, mais aucune photophobie ne s'est produite. Dans ce cas, en effet, la cornée et l'iris étaient paralysés.

Je ferai remarquer ici que l'autopsie de tous ces animaux a été faite avec grand soin, et que dans tous les cas il m'a été permis de constater que le but que je m'étais proposé avait été atteint.

Chez un autre lapin, j'ai introduit une aiguille à cataracte dans la partie postérieure des deux yeux, vingt-cinq fois dans l'un, quinze fois dans l'autre, afin de blesser la rétine. Mais aucune photophobie ne s'est produite ni de suite après les blessures ni plus tard. J'ai répété ces expériences plusieurs fois, et j'ai toujours obtenu le même effet. J'ai fait aussi des plaies de la cornée sur les moutons dans l'abattoir de Grenelle, et j'ai obtenu le même résultat que pour les lapins.

D'après ces expériences, il me paraît qu'on ne peut plus conserver de doutes sur le siége véritable de la photophobie, puisqu'elle persiste, quoique l'on coupe les nerfs optiques, tandis que, si on coupe la cin-

quième paire ou la branche ophthalmique, elle ne se produit plus d'aucune manière.

Les faits que nous fournissent les maladies de la cornée et de l'iris chez l'homme établissent de nombreuses analogies avec ces expériences.

Lorsque la cornée offre des épanchements pointillés ou disséminés, la photophobie n'existe presque pas, parce que les filets nerveux ne sont pas à nu; la même chose s'observe si elle est le siége d'un abcès.

Mais si un ulcère existe sur la cornée, pourvu qu'il soit transparent, la photophobie est très-intense. Il faut noter que si l'ulcère vient à se recouvrir d'un épanchement plastique qui le protége et le rende plus ou moins opaque, la photophobie disparaît presque complétement, et le malade ne paraît plus souffrir. Dans les corps étrangers de la cornée ou dans une plaie simple de cette membrane, la photophobie se produit à l'instant même où l'accident a eu lieu. Dans l'iritis, la photophobie existe, mais ordinairement à un faible degré, et passe quelquefois inaperçue, parce que les filets nerveux ne sont pas mis à nu comme pour la cornée. Je dois dire cependant que lorsqu'il y a une hernie de l'iris, le symptôme en question est très-intense (il est vrai qu'il y a dans ce cas perforation de la cornée), mais les filets nerveux de l'iris sont mis à nu et en rapport direct avec la lumière. En effet, plus tard la partie herniée tombe assez souvent en gangrène: ce qui se fait certainement par un travail d'ulcération. Si, au contraire, la hernie de l'iris vient à se recouvrir d'une exsudation plastique, la photophobie diminue ou disparaît comme pour la cornée. Lorsqu'un malade a perdu la vue par une amaurose, une cataracte vraie ou fausse, etc., la photophobie peut encore exister avec une intensité plus ou moins grande, suivant que la cornée ou l'iris sont plus ou moins malades. Enfin, dans le phlegmon oculaire, qui est la conséquence de la paralysie de la cinquième paire, les malades n'éprouvent pas de photophobie, en sorte qu'ils ne comprennent pas toute la gravité de leur affection. J'en ai observé moi-même un exemple, et j'apprends que M. Claude Bernard en a observé un aussi. Dans ces cas, la cornée et l'iris se trouvent dans le même état que lorsqu'on a coupé la cinquième paire.

Les faits fournis par l'expérimentation et la pathologie me paraissent lever tous les doutes sur le véritable siége de la photophobie. Cependant, pourquoi cette photophobie existe-t-elle dans la cornée et dans l'iris, et non dans les autres membranes où les filets ciliaires vont aussi? Je pense que cela tient à ce que la cornée et l'iris sont plus en rapport direct avec la lumière, et la cornée encore plus que l'iris. La photophobie ne se montre pas dans les affections de la choroïde, parce que les rayons lumineux sont absorbés par le pigmentum de cette membrane, de sorte qu'ils n'arrivent plus alors jusqu'aux nerfs ciliaires. Du reste, cette membrane possède en propre peu de nerfs; elle est plutôt un lieu de passage.

Dans la conjonctivite, en général, les malades n'éprouvent pas de photophobie. Je ferai remarquer cependant que lorsqu'on cautérise la conjonctive palpébrale avec le crayon de sulfate de cuivre pour le traitement des granulations, etc., une photophobie intense apparaît de suite après la cautérisation et ne dure que quelques minutes. Alors l'œil devient tout à coup très-rouge, et la cornée ressent momentanément les effets de la cautérisation. En outre, cette membrane se trouve aussi cautérisée, car le sulfate de cuivre se répand partout. Mais en admettant encore que dans ce cas la photophobie dépend de la conjonctive, cela n'en prouverait pas moins que la cinquième paire est le siége exclusif de la douleur.

Je dois dire enfin que quelquefois la photophobie a lieu par simple surexcitation de la cinquième paire, comme cela arrive chez des personnes très-nerveuses. Elle se produit aussi quand un individu, renfermé pendant longtemps dans l'obscurité complète, s'expose ensuite à une vive lumière.

Le siége de la photophobie étant connu, que devons-nous penser de la rétinite admise par tous les auteurs comme une affection fréquente? Je confesse que tout me porte à le nier, bien que j'admette comme possible l'inflammation de la rétine, et j'imagine que les auteurs ont groupé sous le nom de rétinite des symptômes qui appartiennent à bien d'autres choses qu'à l'inflammation de la rétine. On ne connaît pas, en effet, les caractères anatomiques de cette affection, et le diagnostic repose en entier sur les deux symptômes physiologiques, la photophobie et la photopsie. J'ai dit assez longuement ce que je pensais de la photophobie. Pour la photopsie, je ferai observer qu'il suffit d'une affection oculaire même bénigne pour la voir se manifester. Il n'est pas rare, en effet, de voir des malades tourmentés par la photopsie pour une conjonctivite catarrhale, pour peu qu'elle soit intense. Si même dans la nuit on se frotte un peu fortement les paupières, on éprouve de la photopsie, passagère il est vrai.

Pour guérir la photophobie, on doit traiter les affections de la cornée et de l'iris dont elle est le symptôme. (Commissaires, MM. Flourens, Rayer, Cl. Bernard.)

SUR LA NATURE ET LE SIÉGE DE LA COQUELUCHE.

Par M. le Dr L. Joubert, à Chinon (Indre-et-Loire).

Veuillez, à l'occasion du mémoire sur la coqueluche présenté par M. Beau à l'Académie des sciences, me permettre de rappeler un travail sur le même sujet que j'ai publié dans le *Recueil des travaux de la Société médicale d'Indre-et-Loire.*

Malgré l'identité de la plupart des idées émises dans ces deux mémoires, ce n'est point une question de priorité que je viens poser ici. Cette identité constatée, je discuterai certain point qui nous divise.

M. Beau dit :

« La toux convulsive de la coqueluche ressemble à l'état de suffocation que l'on éprouve quand on a avalé, comme on dit, de travers.

» Le produit sécrété dans la coqueluche est le corps étranger qui, tombant sur la glotte, détermine la toux convulsive. »

Dans le *Recueil des travaux de la Société médicale d'Indre-et-Loire*, 1er semestre de 1851, pages 34 à 49, je disais :

« Chez un certain nombre de personnes on voit apparaître une toux convulsive offrant tous les caractères de celle de la coqueluche, lorsque, dans l'acte de la déglutition, un corps étranger, soit liquide, soit solide, vient à s'égarer dans le larynx.

» Le produit sécrété dans la coqueluche ne serait-il pas le corps étranger qui produit la toux convulsive? »

Pour M. Beau, « la coqueluche est une phlegmasie des voies respiratoires. »

J'écrivais : « La coqueluche a son siége dans la membrane muqueuse des voies respiratoires; elle est de nature inflammatoire. »

Jusque-là, pas de différence dans notre manière de voir. Mais M. Beau ajoute : « Cette phlegmasie est très-circonscrite, et occupe exclusivement la région sus-glottique du larynx. »

Et moi j'ajoutais : « On voit d'abord cette inflammation naître dans les parties supérieures des voies aériennes, gagner de proche en proche, et s'étendre de l'arrière-bouche au larynx, à la trachée et aux bronches, s'éteignant dans les parties primitivement affectées. Toutefois, l'hypérémie de la muqueuse de ces parties, comme la sécrétion du liquide caractéristique, appartient à une irritation spéciale. »

L'existence de l'inflammation sus-glottique est démontrée pour M. Beau par des recherches cadavériques.

Je rappellerai ici les lésions anatomiques si remarquables que j'ai constatées sur le vivant dans la première période et dans les huit premiers jours de la seconde période de la coqueluche (comme tous les auteurs, je divise en trois périodes les phénomènes morbides qui caractérisent cette maladie).

Les piliers et le bord libre du voile du palais présentent un liséré légèrement rouge, de 3 ou 4 millimètres de largeur, semé de points ou de stries d'un rouge plus vif. Cette même rougeur pointillée se remarque à la base de la luette, qui est œdématiée, à la surface des amygdales et sur la paroi postérieure du pharynx. Du quatrième au huitième jour de la seconde période, ces lésions disparaissent, à l'exception de l'œdème de la luette, qui persiste pendant tout le cours de la coqueluche.

Les follicules mucipares de la face inférieure du voile du palais m'ont présenté quinze fois, sur 109 observations, une sorte d'hypertrophie formant sur la muqueuse de cette région des granulations du volume d'un grain de millet, sans changement de couleur.

Trois fois, au quinzième jour de la toux convulsive, j'ai trouvé la surface des amygdales et la paroi postérieure du pharynx recouvertes de granulations d'un rouge framboisé.

Les différents auteurs qui ont eu occasion de faire l'autopsie de sujets morts de la coqueluche ont constaté l'hyperhémie de la muqueuse trachéo-bronchique.

Le produit de sécrétion n'est pas moins remarquable par ces qualités physiques et par les changements qu'il éprouve aux différentes époques de la coqueluche. Ce mucus, d'abord blanc, transparent, filant, très-tenace, très-adhérent, présente bientôt quelques points ou quelques stries d'un blanc opaque; puis ces points ou stries s'étendent de plus en plus, et vers la dernière moitié de la seconde période de la coqueluche le mucus expectoré devient entièrement blanc opaque, perdant déjà de sa viscosité. Vers les huit derniers jours de cette seconde période, on voit apparaître dans ce mucus quelques points d'un jaune verdâtre, et bientôt ce mucus, de blanc opaque qu'il était, devient entièrement jaune verdâtre, absolument semblable à celui qu'on observe dans la dernière période des catarrhes bronchiques.

Pour M. Beau, il arrive un moment où le liquide muco-purulent, sécrété dans l'espace compris entre l'orifice supérieur du larynx et les cordes vocales supérieures, se réunit en goutte, et vient tomber sur la glotte, qu'il irrite à la manière d'un corps étranger, et de là le caractère convulsif de la toux de la coqueluche.

A certaines périodes de la maladie je trouve bien dans le liquide expectoré la goutte muco-purulente au milieu d'une grande quantité de liquide pituiteux; mais avec une lésion anatomique limitée au point si peu étendu signalé par M. Beau comme siége unique de l'inflammation, comment s'expliquer cette abondante sécrétion d'un liquide entièrement blanc, opaque, visqueux, tenace, caractéristique, qui a lieu vers le milieu de la deuxième période de la coqueluche. Evidemment une grande étendue de la muqueuse aérienne participe à cette sécrétion.

Pour moi, l'explication de la nature convulsive de la toux de coqueluche se trouve dans les qualités physiques du liquide sécrété. En effet, ce liquide, dont la viscosité, la ténacité sont si remarquables, amené par la toux au niveau de la glotte, s'attache aux cordes vocales, devient comme un voile flottant en ce point à chaque secousse de toux; irrite, titille, fait contracter ces parties, et par la suffocation qu'il produit par cette contraction et par sa présence en ce point, déjà le plus étroit du larynx, produit les spasmes si caractéristiques de la coqueluche.

Les causes, les symptômes, la marche, la durée de la coqueluche, la sécrétion, dans cette maladie, d'un liquide caractéristique et sans analogue, se réunissent pour prouver la spécificité de cette inflammation.

Le siége de la maladie existant au début dans la partie supérieure des voies aériennes, la spécificité de l'inflammation, m'ont conduit à traiter la coqueluche par la cautérisation avec une solution de nitrate d'argent. Les résultats obtenus et consignés dans le mémoire dont j'ai parlé m'ont confirmé dans l'opinion que mes appréciations se trouvaient justes et vraies.

Voici une réponse à cette question : Comment expliquer dans cette théorie l'influence sédative souvent très-remarquable et très-prompte de la belladone sur les accès de la coqueluche?

Nous vivons, nous médecins d'Indre-et-Loire, dans une atmosphère tout imprégnée des idées de M. Bretonneau; c'est vous dire que souvent nous employons les préparations de belladone. Son effet sédatif dans la coqueluche, bien que très-rare, j'ose l'affirmer, trouve son explication dans ce phénomène que j'ai souvent constaté, c'est-à-dire dans la sécheresse souvent très-pénible que produit dans la gorge l'usage de cette plante. Le produit sécrété cause de la toux convulsive; étant tarie dans sa course, la toux cesse avec sa cause.

TÉTANOS ESSENTIEL SUIVI DE GUÉRISON,

Par M. le docteur Vétu (de Dijon).

A l'occasion d'un cas de tétanos essentiel développé dans nos climats et suivi de guérison, rapporté dans notre numéro du 5 juin dernier, M. le docteur Vétu (de Dijon) nous a transmis l'observation suivante, qu'on rapprochera avec d'autant plus d'intérêt de celle que nous venons de rappeler, qu'elle présente avec elle les plus grandes analogies, surtout sous le point de vue de l'influence heureuse du traitement.

Le 20 juin dernier, je fus appelé dans un village voisin de Dijon, pour donner des soins au nommé S..., vigneron, âgé de vingt-quatre ans, d'une bonne constitution, n'ayant jamais eu d'affections graves. Il me raconta que huit jours auparavant, il avait éprouvé, sur le soir, une roideur dans la mâchoire inférieure; que dès le lendemain cette roideur était telle que la mastication était tout à fait impossible, que les jours suivants elle avait gagné le cou, le tronc, qu'enfin elle s'était étendue aux membres inférieurs. Interrogé sur la cause de sa maladie, il me dit que le jour de son apparition et les jours précédents, il s'était endormi plusieurs heures consécutives, en plein soleil, sur la terre encore humide des pluies récemment tombées.

A mon arrivée, le malade était dans l'état suivant : décubitus dorsal, tête renversée en arrière, mâchoires fortement serrées, muscles du cou, et surtout les sterno-mastoïdiens, tendus comme des cordes. Abdomen déprimé, résistant, dessinant toutes les saillies et dépressions des muscles droits. Ceux de la partie postérieure du tronc paraissent encore plus fortement contractés, et donnent à cette région une concavité bien prononcée. La gouttière des lombes est profondément creusée. Les membres inférieurs, étendus et roides, ne se meuvent qu'avec lenteur. Les bras ont conservé leur mobilité normale.

Le malade ne peut se mettre sur son séant, et lorsqu'on essaye de l'y placer, son corps se soulève tout d'une pièce. Toutes les deux minutes environ, le malade éprouve une sorte de crampe générale dans laquelle la tête se renverse encore davantage, sa figure grimace, et il jette vivement ses bras au-dessus de sa tête pour se cramponner au dossier de son lit. Ces crises ne durent que quelques secondes, et le malade retombe dans son état primitif; mais il les redoute beaucoup, et c'est là son plus grand tourment. Dans son état de calme, comme il l'appelle, il ne souffre pas; seulement il accuse une douleur sourde, mais persistante, au milieu de l'espace compris entre les angles inférieurs des omoplates. La peau est baignée de sueur. Depuis trois jours que le malade est alité, elle n'a pas cessé un instant. Il avait changé trois fois de linge dans la nuit précédente. Le pouls bat 75 fois par minute. Il n'y a pas de céphalalgie.

L'intelligence a toute sa lucidité; la parole est facile, malgré le resserrement des mâchoires. L'insomnie est complète depuis trois jours. Les crampes sont plus vives pendant la nuit, et la douleur dorsale a plus d'intensité. La respiration s'exécute sans gêne. L'état de la langue ne peut être constaté. L'appétit est nul; la soif est assez vive; le ventre est libre; la miction est facile; les urines sont rouges, mais limpides.

Il n'y avait pas d'hésitation possible en présence d'un tel cortége de symptômes : c'était le tétanos ophistotonos. Une saignée de 600 grammes fut immédiatement pratiquée, et je prescrivis une cuiller à bouche de la potion suivante toutes les deux heures :

Eau distillée de laitue.	100 grammes.
— de laurier-cerise. .	8 —
Teinture de musc.	16 gouttes.
Chloroforme.	6 —
Extrait thébaïque.	1 décigramme.
Sirop de fleurs d'oranger. . . .	40 grammes.

Sirop de groseille étendu d'eau pour boisson.

Le 21, le malade est dans le même état. Il n'y a pas eu de sommeil, la sudation continue. — Même potion; ventouses scarifiées tout le long de l'épine dorsale, mais surtout au point douloureux; grand bain d'une heure et demie matin et soir.

Le 22, aucune amélioration; les sueurs et l'insomnie persistent; les selles sont supprimées depuis deux jours. — Mêmes moyens; lavement purgatif avec le séné et le sulfate de soude.

Le 23, il y a eu une selle copieuse; les sueurs ont un peu diminué; tous les autres symptômes persistent. — Mêmes prescriptions.

Le 24, les crampes diminuent de fréquence. — Vésicatoire de 60 centimètres de longueur sur 12 de largeur le long de la colonne vertébrale. Je remplace l'extrait thébaïque de la potion par 60 grammes de sirop de morphine. Lavement camphré.

Le 25, le vésicatoire a pris dans toute son étendue; une quantité considérable de sérosité s'est écoulée. Même état que la veille.

Les 26, 27 et 28 n'amènent aucun changement notable; le malade ayant essayé d'ouvrir la bouche avec le manche de la cuiller, sa langue s'est engagée entre les dents, où elle a été mordue et coupée assez profondément à sa pointe; un peu de sang s'est écoulé.

Le 29, amélioration notable; les mâchoires sont toujours serrées,

mais le malade a pu s'asseoir sur son lit. Les crampes s'éloignent. Sommeil rare et court pendant le jour; toujours insomnie pendant la nuit. — Mêmes moyens.

Le 29, le malade va plus mal; quelques coups de pistolet tirés inopinément dans un jardin voisin de sa chambre l'ont effrayé et jeté dans une agitation extrême. Il ne se retourne qu'avec peine dans son lit. Les accès se sont rapprochés.

Je prescris matin et soir une des pilules suivantes :

Poudre de belladone.	ãã 5 centigr.
Extrait de belladone.	
Extrait d'opium.	

Frictions répétées sur les tempes et les joues, et tout le long du rachis avec cette mixture :

Teinture de belladone.	30 grammes
Laudanum de Sydenham. . . .	16 —

Cataplasme de farine de lin arrosé de la même mixture sur toute l'épine dorsale; bains deux fois par jour.

Le 30, même situation. — Même traitement.

Le 1er juillet, légère amélioration.

Le 2, le malade a assez bien dormi le jour; le trismus persiste toujours. — Mêmes moyens.

Le 3, les crises sont très-éloignées, les mouvements généraux sont plus faciles; le malade a dormi une partie du jour. — Continuation des frictions, etc.

Les 4, 5 et 6 offrent peu de changement.

Le 7, le ténesme cède un peu; l'insomnie nocturne a cessé.

Le 8, même état.

Le 9, la bouche s'ouvre à moitié; commencement de mastication.

Le 10, l'état du malade s'améliore encore; l'appétit se prononce, toutes les fonctions s'exécutent bien.

A dater de cette époque, je ne vois plus ce malade qu'à de longs intervalles. Sa santé se rétablit de jour en jour; il commence à sortir. Il ouvre largement la bouche, et de tous ces maux il n'a conservé qu'une légère douleur de reins, qui se fait sentir chaque fois qu'il se lève ou se baisse.

ENGORGEMENT CONSIDÉRABLE DE LA RATE
sans coexistence de fièvre d'accès.

M. le docteur Néret, médecin de l'hôpital Saint-Charles (de Nancy), a communiqué à la Société de médecine de cette ville la description d'une rate d'un très-grand volume, qu'il avait rencontrée chez un homme de cinquante et un ans atteint d'entéro-péritonite, et qui ne se rappelait pas avoir eu de fièvre intermittente. Cette rate pesait plus de deux kilogrammes; elle avait 70 centimètres de circonférence, 32 de longueur et 21 de largeur sur sa face externe; son tissu était très-mou et presque de la consistance de la lie de vin épaissie.

(*Compte rendu des travaux de la Soc. de méd. de Nancy.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 septembre 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret, en date du 8 septembre courant, par lequel l'Académie de médecine est autorisée à accepter le legs d'une somme annuelle de 3,000 fr. fait par le baron Barbier pour la fondation d'un prix annuel à décerner à celui qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues jusqu'à présent le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus.

Dans le cas où l'Académie impériale de médecine, la Faculté de médecine de Paris et l'Académie des sciences de l'Institut ne pourraient décerner un des prix fondés par le baron Barbier, les sommes demeurées sans emploi s'ajouteront à la valeur du prix à décerner l'année suivante.

— Le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport sur les constitutions météorologiques et médicales qui ont régné dans l'arrondissement de Châteaudun en 1855, par par M. le docteur L. A. Raimbert, médecin des épidémies.

2° Trois rapports sur les épidémies qui ont régné récemment dans les communes de Flers, Galomets et Leparcq (Pas-de-Calais).

3° Le compte rendu des maladies et épidémies qui ont régné pendant l'année 1855 dans le département de la Sarthe.

4° Un rapport de M. le docteur Boileau de Castelnau sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Comps (Gard). (Commission des épidémies.)

5° Une lettre de M. Chaussenot relative à un appareil pour la fabrication des eaux gazeuses. (Commission des eaux minérales.)

6° Les états de vaccinations pour les départements de la Creuse, du Lot et de l'Indre. (Commission de vaccine.)

7° Une lettre de MM. Laboureur et Fontaine qui demandent l'application du décret du 3 mai 1850 pour leur valérianate alcalin. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Traitement abortif de l'adénite inguinale syphilitique. — M. Broca, en réponse à la lettre de M. le docteur Léon Marie, communiquée dans la dernière séance, adresse une lettre conçue en ces termes :

M. Léon Marie a écrit mardi dernier à l'Académie pour réclamer en faveur de Dominel, son ancien maître, l'invention de la méthode que j'ai mise en usage pour le traitement des bubons vénériens. Sans m'accuser directement de plagiat, cet honorable confrère s'est quelque peu égayé à mes dépens en donnant à entendre que j'avais purement et simplement inventé la prose. J'accepterais de bonne grâce cette épigramme si les observations de Dominel avaient jamais reçu une publicité quelconque; mais j'ai lu, autant que j'ai pu le faire, ce qui a été écrit sur le traitement du bubon, et j'ai lieu de croire que la lettre de M. Marie est le premier document où il soit fait mention de la pratique de Dominel et de ses élèves. Je n'ai donc aucun reproche à m'adresser, car il est bien certain que je ne pouvais pas deviner ce qu'on a pu dire ou faire il y a un quart de siècle dans un coin de la Normandie, et si quelqu'un méritait d'être blâmé, ce serait celui qui, possédant la lumière, l'aurait laissée pendant vingt-quatre ans sous le boisseau.

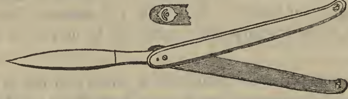
M. Marie, du reste, n'avait pas besoin de préciser cette date pour prouver que ses réminiscences remontent à une époque fort reculée; en lisant sa lettre on aurait pu le deviner, car les souvenirs qu'il invoque sont tellement confus et tellement inexacts qu'ils doivent nécessairement venir de bien loin. Il dit, par exemple, que Dominel, en pratiquant sur les bubons inguinaux la ponction *initiale* (*sic*), a eu quatre fois le malheur d'ouvrir une branche de l'iliaque externe. Un élève qui, dans l'intérêt de la gloire de son maître, vient révéler de semblables choses, ressemble fort à l'ours de la fable. Mais la renommée de Dominel n'en souffrira pas, parce que l'accident dont parle M. Marie est tout simplement impossible. Le bubon vénérien qui débute est constamment situé au-dessous de l'arcade fémorale, et n'a aucun rapport avec les branches de l'artère iliaque. Certains bubons, très-volumineux et très-avancés dans leur évolution, peuvent remonter au-dessus du ligament de Fallope, et il serait possible alors qu'un opérateur très-ignorant et très-maladroit fît pénétrer son bistouri jusque sur l'artère épigastrique, ou même jusque sur l'artère circonflexe. Mais cela n'est peut-être jamais arrivé, et je m'étonnerais beaucoup que Dominel eût été assez malheureux pour commettre quatre fois une faute aussi impardonnable. D'ailleurs, je le répète, cet accident ne peut pas se présenter lorsqu'on ponctionne les bubons vénériens à leur début, et il est parfaitement certain que la mémoire de M. Marie s'est ici trouvée en défaut.

M. Marie ajoute qu'après avoir pratiqué la première ponction, Dominel introduisait chaque jour un stylet dans la petite plaie, pour compléter la cure. Or, M. le docteur A. Liégard, qui a été pendant trois ans l'élève de Dominel, à l'hôpital de Caen, a bien voulu m'écrire pour me faire savoir que ce renseignement est inexact. « Jamais, dit M. Liégard, Dominel n'introduisait comme vous la sonde cannelée pour donner un libre écoulement au pus, introduction répétée plusieurs jours de suite pour rendre ainsi la petite plaie fistuleuse, ce qui est indispensable pour constituer un traitement véritablement abortif. Aussi les bubons arrivaient-ils fréquemment à de fâcheux décollements qui nous contraignaient, nous ses élèves, à appliquer le spica de l'aine pendant des mois entiers. »

Je pourrais allonger beaucoup cette réponse, car il y a dans la lettre de M. Marie bien d'autres passages sujets à contestation. Il me serait facile de démontrer que la pratique de Dominel différait essentiellement de celle que j'ai suivie, mais je n'ai point de goût pour les polémiques de priorité. J'ai tenu seulement à me laver de tout soupçon de plagiat, et je n'aurais même pas pris la plume si M. Marie avait eu la délicatesse de dire dans sa lettre que les opinions et les observations de Dominel étaient jusqu'ici complétement inédites.

— M. Charrière fils présente à l'Académie un nouveau modèle de bistouri à châsses tournantes. On sait que le nettoyage du bistouri présente souvent des difficultés, et que malgré les plus grandes précautions il reste toujours un peu d'humidité qui altère la lame. Cet inconvénient existe même dans le bistouri à petit coulant de M. Charrière père, qui est presque le seul que l'on trouve aujourd'hui dans toutes les trousses. Après bien des essais tentés en France et en Allemagne, l'instrument qui remplit bien toutes les conditions désirables au point de vue de la facilité du nettoyage, est le bistouri à châsse tournante de Récamier; mais il est d'un prix trop élevé pour être d'un usage journalier; de plus, les quatre saillies qui fixent les valves du manche ne laissent pas de compliquer l'instrument.

Le nouveau modèle présenté par M. Charrière fils, tout en conservant les avantages des châsses tournantes du bistouri de Récamier, obvie aux inconvénients de ce dernier instrument. La lame se trouve fixée à l'aide de deux clous rivés à son talon, et qui glissent dans une double mortaise découpée au balancier et fixée dans l'épaisseur d'une des châsses, ainsi qu'on peut le voir sur la figure ci-contre; il ne pré-



sente aucune saillie, et il n'exige pas plus de frais de fabrication que le bistouri ordinaire.

— M. Depaul présente, au nom de M. Tessier, un exemplaire de la thèse que ce jeune médecin vient de soutenir devant la Faculté de médecine de Paris, sur l'urémie. (Voir plus haut.)

— M. le président annonce à l'Académie que le médecin du roi de Suède, est présent à la séance.

RAPPORTS.

M. Londe, au nom de la commission chargée de présenter à l'Académie de nouvelles conclusions en remplacement de celles qui terminaient le rapport dont il a donné lecture dans une séance précédente, sur le lit de M. Beaudeloux, soumet les conclusions suivantes :

Vos commissaires vous proposent de répondre à M. le ministre que l'emploi du lit de M. Beaudeloux n'a pas d'inconvénient, et que si ce lit ne présente pas sur les barcelonnettes ordinaires d'assez grands avantages pour constituer une découverte, il offre néanmoins des modifications et additions qui le rendent utile et commode. (L'Académie adopte.)

— M. Robinet, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées.

— M. Gimelle, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Hervez de Chégoin, lit un rapport sur un travail de M. Devilliers, médecin en chef du chemin de fer de Lyon, consistant en un tableau statistique indiquant l'état sanitaire du personnel du chemin de fer de Paris à Lyon et embranchements pour l'année 1855, et accompagné d'observations médicales sur les causes auxquelles les maladies qui sont signalées doivent être rapportées.

M. Devilliers, dit M. le rapporteur, poursuit avec persévérance le but d'assainissement des voies de fer qu'il s'était proposé depuis 1851. D'après ses conseils, basés sur ses observations, on a cherché des améliorations, et on en a obtenu un certain nombre. La persévérance de ce médecin nous donne l'espérance que les efforts des hommes de talent employés sur cette voie amélioreront encore ces premiers résultats.

En conséquence, la commission propose de remercier M. Devilliers de sa communication et de déposer honorablement son tableau statistique dans les archives de l'Académie. (Adopté.)

LECTURE.

De l'inertie utérine pendant l'accouchement. — M. Mattei lit un mémoire sur l'inertie utérine et la fatigue de l'utérus pendant l'accouchement. Ce travail est résumé par l'auteur dans les conclusions suivantes :

1° Ce qu'on a appelé jusqu'ici l'inertie utérine pendant et après le travail de l'accouchement, n'est que l'épuisement des forces de l'utérus. Quand on ne veut pas avoir d'inertie ou autres accidents qui en sont la conséquence, on n'a qu'à rendre l'accouchement facile par une intervention opportune.

2° On doit intervenir avant que l'utérus ait dépensé toutes les forces dont il peut disposer pour effectuer l'accouchement, afin qu'il ne dépense pas celles qui lui sont nécessaires pour revenir sur lui-même, obturer les vaisseaux déchirés, se dégorger et rentrer dans son état normal.

3° La connaissance de ces forces et du moment de l'intervention se tire de l'étude des trois degrés de la contraction utérine et de la loi des douleurs que j'ai établie, ainsi que de la présence de la bosse sanguine sur la tête de l'enfant.

4° Lorsque le travail est franchement déclaré et que la poche est percée, il ne faut pas laisser les contractions devenir permanentes avant d'agir. Si elles se suspendaient tout à fait avant d'avoir atteint la période de deux ou trois minutes, elles indiqueraient une grande faiblesse utérine, pour laquelle il faudrait agir en aplanissant les obstacles qui retardent le travail, plutôt qu'en réveillant les contractions.

5° Quant au mode d'intervention, il varie selon les diverses causes qui retardent le travail, et ne peut être indiqué d'une manière générale. (Commissaires : MM. Danyau, P. Dubois et Moreau.)

— La séance est levée à cinq heures.

SOUSCRIPTION
en faveur des veuves et orphelins des médecins de l'armée et de la flotte morts en Orient.

Souscriptions reçues du 2 au 20 septembre.

MM. Gosselin, 25 fr.; Fontaine, de Brienon (Yonne), 10 fr.; J. B. Ducos, 20 fr.; Barthès, 20 fr.; Adelon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, 20 fr.; Devilliers, 40 fr.; Guillon, 50 fr.; Ferrus, 30 fr.; Ségalas, 100 fr.; Despaulx-Ader, 15 fr.; Richard (Adolphe), 20 fr.; Bomafoux de Figeac, 10 fr.; Lucas Championnière, 20 fr.; Goupil, 30 fr.; Du Kerley, de Givet, 20 fr.; Fierens, de Gand, 20 fr.; Boulin, de Beauregard, 10 fr.; Brisset, 20 fr.; Sichel, 20 fr.; Lustreman, professeur à l'Ecole de médecine militaire du Val-de-Grâce, 40 fr.; Champouillon, id., 25 fr.; Mounier, id., 40 fr.; Godelier, id., 40 fr.; Laveran, id., 40 fr.; Chenu, bibliothécaire conservateur, 30 fr.; Tholozan, professeur agrégé, 20 fr.; Legouest, id., 20 fr.; Coulier, id., 20 fr.; Sestier, médecin des hôpitaux, 20 fr.; Bessières, 20 fr.; Deschamps, 20 fr.; Tourny, médecin-major de 1re classe au 25e, à Rome, 15 fr.; Baudens, membre du conseil de santé des armées, 200 fr.; Béchet, médecin à Nancy, 20 fr.; Bourrus, 20 fr.

Liste précédente : 2,790 fr. Total au 20 septembre : 3,880 fr.

L'hôpital militaire de Strasbourg, après avoir été longtemps privé d'une partie de son personnel, va se trouver amplement dédommagé. Voici les noms des médecins désignés pour cet établissement :

M. Haspel, médecin principal; MM. Leuret, Netter et Bolu, médecins-majors; MM. Baradon, Glœsel et Leroux, aides-majors, et MM. Tréjout, L'Agneau, Ricouart, Patin, Massaloux, Ollier, Fauque, Vincent, Débaussaux, Marteau, Naïl, Rollin, Bazoche, Bourot, Quintard, Buez, Hédouin, Delonge, Weil, Borderès, Chauvet, Hubert, Mathis, Bourillon, Guillemin, Baldy, Milon, Couranjon, Fernandez, Muvilla, Recton, Pauvert, Mairet, Duchesne, Bontemps, Chappelle, Cogit, Lartigue, Gallien et Blavot, sous-aides-majors.

Ces médecins ont presque tous fait la campagne d'Orient.

On annonce, en outre, l'arrivée prochaine de quarante-cinq autres sous-aides. Tous ces jeunes gens sont envoyés à Strasbourg pour y suivre les cours de notre Faculté. Il faut rendre justice à la pensée paternelle qui a dicté cette mesure, qui les met à même d'obtenir le diplôme de docteur; c'est en même temps un honneur pour la Faculté de Strasbourg d'avoir été désignée par M. le ministre de la guerre pour remplir cette honorable mission.

Cette distinction prouve une fois de plus que le gouvernement sait apprécier la direction imprimée aux études de notre Ecole, et qu'il a voulu mettre le nombre des élèves à la hauteur du zèle infatigable des professeurs et des ressources variées et nombreuses qu'elle possède. Cette mesure, nous n'en doutons pas, aura pour résultat certain d'ouvrir une nouvelle ère de prospérité pour la Faculté de médecine.

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Adhéran, de Moulin (Haute-Loire); *Essai sur le croup.*

Japhet, de Rochefort (Charente-Inférieure); *De la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde.*

LE SOUSS.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 114. — SAMEDI 27 SEPTEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 114. — SAMEDI 27 SEPTEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messagerie, et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Fièvre puerpérale épidémique de Dunkerque.

Paris n'a pas exclusivement le triste privilége des épidémies de fièvre puerpérale. Plus fréquentes ici qu'ailleurs, sans doute, parce que l'encombrement des femmes en couches y est plus considérable, elles sévissent quelquefois aussi au sein de populations beaucoup moins considérables, et elles ne s'y montrent ni moins graves ni moins meurtrières. Témoin l'épidémie qui a sévi à Dunkerque, et dont nous devons l'intéressante relation à M. le docteur Zandyck, médecin du bureau de bienfaisance et membre du conseil d'hygiène et de salubrité de cette ville (1).

Jusqu'à ce qu'une connaissance plus précise des conditions spéciales qui concourent au développement de ces cruelles épidémies, ou qu'un traitement plus efficace et plus certain que ceux que possède jusqu'ici la thérapeutique, permettent d'en prévenir le retour ou de conjurer leur danger, nous croyons qu'il sera toujours utile d'enregistrer les observations recueillies sur les points où elles viennent à sévir.

Nous ferons donc pour le travail de M. Zandyck ce que nous avons fait l'année dernière pour l'histoire de l'épidémie de la Maternité, exposée par M. Charrier; nous chercherons à en faire ressortir des documents qui, rapprochés de ceux qu'ont déjà fournis les épidémies précédentes, puissent servir un jour à éclairer les points les plus obsurs et les plus difficiles de cette grave affection.

Commençons par dire que ni l'étude des influences atmosphériques, ni celle des constitutions médicales régnantes pendant toute la durée de l'épidémie, ou même dans les temps qui l'ont immédiatement précédée, ni l'enquête rigoureuse des conditions générales de salubrité des lieux envahis, quelque soin qu'y ait apporté M. Zandyck, n'ont pu lui faire découvrir aucune influence générale, ni jeter par conséquent aucun jour sur l'étiologie de cette épidémie. Une seule circonstance mérite d'être signalée au point de vue de la prédisposition, c'est l'insuffisance de l'alimentation et sa conséquence immédiate, l'affaiblissement, jointe à des influences morales, qui a été la condition la plus générale, pour ne pas dire constante, des femmes qui ont été victimes de la fièvre puerpérale. Loin d'avoir vérifié les assertions émises par quelques auteurs relativement à l'influence de la primiparité et à celle de la lenteur et des difficultés du travail sur le développement de la maladie, M. Zandyck a constaté, au contraire, que les primipares avaient été atteintes dans une proportion moindre que les multipares, et que chez presque tous les sujets atteints le travail avait été naturel et facile.

M. Zandyck fait à ce sujet une première remarque qui n'est pas sans importance, maintenant surtout que l'attention des médecins est appelée sur un agent thérapeutique qui ne paraît pas moins utile comme moyen prophylactique que comme moyen curatif: c'est que pendant toute la durée de l'épidémie la majeure partie des femmes ont été plus ou moins souffrantes, et surtout de *diarrhée,* pendant les derniers temps de leur grossesse. Elles accouchaient naturellement presque toutes, plus facilement même que d'ordinaire.

Le deuxième jour, le troisième dans certains cas, le quatrième et le cinquième se passaient sans aucun accident. La diarrhée, qui s'était arrêtée, reparaissait quelquefois, et la maladie se dessinait plus ou moins vite par des phénomènes qui ne permettaient pas toujours de reconnaître au premier abord une fièvre puerpérale.

La maladie s'est montrée sous deux formes principales, la forme inflammatoire et la forme typhoïde.

La forme inflammatoire, la plus simple et la plus générale, n'a fait aucune victime; elle se terminait ordinairement assez vite par résolution, et les fonctions les plus importantes reprenaient leur cours.

(1) *Étude sur la fièvre puerpérale épidémique, et en particulier sur l'épidémie qui a régné à Dunkerque du mois de juin 1854 au mois de mars 1855.* Brochure in-8°.

La forme typhoïde était infiniment plus grave. Elle a offert diverses nuances qui y ont fait distinguer par les médecins de Dunkerque trois variétés, que M. Zandyck désigne sous les noms suivants : première variété, fièvre puerpérale sans siége bien déterminé; deuxième variété, péritonite puerpérale; troisième variété, métro-péritonite puerpérale.

L'issue de cette deuxième forme a été le plus souvent funeste. On verra cependant plus loin que quelques-uns de ces cas les plus graves ont guéri, et que les moyens de traitement qui ont été mis en usage n'ont probablement pas été sans influence sur cette heureuse terminaison.

Deux fois seulement la maladie a passé à l'état chronique : dans un cas, il s'agissait d'une péritonite avec caractères typhoïdes. L'affection primitive, devenant progressivement chronique, s'est terminée par une métastase lente sur le tissu cellulaire. Les jambes ont commencé à se tuméfier autour des malléoles; la tuméfaction s'est étendue ensuite à toutes les extrémités inférieures, puis a envahi le corps. Une excrétion abondante d'urine l'a fait disparaître peu à peu. Chez une autre malade, il est survenu consécutivement une hydropisie générale avec ascite; la disparition de la métastase s'est faite dans ce cas très-lentement.

A part ces deux cas, les accidents consécutifs ont été nuls chez la plupart des malades, ou tellement peu sensibles qu'ils n'ont imprimé à la marche de l'affection principale aucune modification notable : pas d'abcès de la fosse iliaque, pas de maladies bronchiques, pulmonaires, point d'affections articulaires. La seule complication grave qui ait été constatée a été la méningite aiguë.

Les accidents cérébraux ont fréquemment aggravé la fièvre puerpérale. Plusieurs femmes ont éprouvé subitement dès le principe des céphalalgies violentes, suivies d'un délire qui chez quelques-unes est devenu furieux.

Chez quelques malades, il s'est fait une transformation brusque de la forme inflammatoire bénigne en forme typhoïde grave. Dans ce cas, les symptômes phlegmasiques s'arrêtaient tout à coup. Cette rémission subite, qui au commencement de l'épidémie avait été prise pour l'indice d'une guérison prochaine, n'était jamais de longue durée; elle était suivie bientôt d'une recrudescence avec transformation typhoïde, à laquelle les malades ne tardaient pas à succomber.

Pour apprécier l'influence du traitement, il est indispensable de connaître préalablement le rapport des guérisons aux morts dans la série des cas graves seulement.

Quarante et une observations de cas graves ont été recueillies à Dunkerque dans l'espace de neuf mois. Ces observations donnent 32 morts par les progrès de la maladie et 9 guérisons plus ou moins promptes.

Voici quels ont été les moyens thérapeutiques mis en usage et les résultats qu'il a été possible de recueillir pour chacun d'eux :

La saignée générale était exclue, en tant que traitement direct et initial, de la fièvre puerpérale. On y a eu recours trois fois seulement, et toujours après les premiers accidents et dans l'unique but de combattre des complications cérébrales.

L'usage des sangsues a été beaucoup plus étendu que celui de la saignée. Elles ont paru utiles dès l'origine du mal, et même vis-à-vis de ces phénomènes transitoires, éphémères, qui précédaient ou accompagnaient la forme typhoïde. Mais les bons effets qui en ont été obtenus ont été malheureusement eux-mêmes passagers. M. Zandyck et ses collègues ont suivi pour l'application des sangsues la méthode de Désormeaux, c'est-à-dire qu'ils en appliquaient toujours un très-grand nombre à la fois. M. Zandyck a remarqué que les applications de sangsues ainsi faites ne débilitaient jamais d'une manière aussi rapide que la saignée générale, et qu'elles étaient très-facilement supportées par les femmes même les plus faibles.

Quoi qu'il en soit, plusieurs d'entre les collègues de M. Zandyck prétendent que les émissions sanguines ont été plus nuisibles qu'utiles. Quant à lui, il pense que si les sangsues, exclusivement employées, n'ont pas enrayé le mal d'emblée, elles ont contribué du moins peut-être à l'action des moyens ultérieurement mis en usage.

Les préparations mercurielles ont été prescrites sous deux formes : l'onguent napolitain double associé au calomel, ou le calomel seul. Les onctions mercurielles n'ont pas paru produire, en général, une amélioration bien évidente. Le seul fait de quelque intérêt qui ait été constaté, en ce qui les concerne, c'est l'absence de tout accident de salivation et même de gonflement des gencives. Quant au calomel, il a été administré plutôt comme purgatif que comme altérant ou comme remède spécial. Aussi son mode d'influence n'a pas été distingué de celle des purgatifs en général.

Ceux-ci ont été fréquemment prescrits, non pas à titre de médication exclusive, mais après les émissions sanguines, pour combattre la constipation quelquefois opiniâtre dans la forme inflammatoire. Dans la forme typhoïde, quand l'absence des garde-robes se prolongeait au delà de deux ou trois jours, les purgatifs étaient prescrits aussi, avec une certaine réserve toutefois, afin de ne pas provoquer de nouvelle diarrhée, si grave en général en pareille circonstance.

L'un des médecins de Dunkerque, M. Lemaire, a employé le sulfate de quinine pour combattre les rémittences évidentes chez un grand nombre de malades. Il l'a prescrit à la dose de 15 à 20 décigrammes. Il a eu tantôt des succès; tantôt, bien que ce moyen ait été suivi d'une amélioration sensible, d'un temps d'arrêt des principaux symptômes qui faisait espérer un bon résultat, la maladie a suivi son cours, mais l'issue a paru moins promptement fatale. A l'exemple de M. Lemaire, et encouragés par ses résultats, les médecins de Dunkerque ont eu recours au sulfate de quinine avec d'autant plus de confiance que le redoublement fébrile du soir prenait chez plusieurs malades une intensité et un caractère de régularité assez prononcés pour constituer une véritable rémittence. Des améliorations sensibles, quoique momentanées, ont été constatées, et quelques cas de guérison ont été obtenus.

La majeure partie des malades se trouvant dans de mauvaises conditions hygiéniques, on avait à lutter contre une faiblesse de constitution, un défaut de résistance vitale qui livrait en quelque sorte ces pauvres femmes aux progrès destructeurs du mal. Aussi, indépendamment de ses propriétés anti-périodiques, donnait-on le remède, vers la fin, à titre de tonique et d'anti-septique. Quand nous parvenions à vaincre le principe pernicieux, dit M. Zandyck, il était possible alors d'agir plus sûrement contre les autres phénomènes pathologiques locaux compliquant très-souvent l'affection principale.

Pour avoir une idée de l'influence favorable qu'a eue le sulfate de quinine, il est bon de rappeler que sur les 9 cas graves terminés par la guérison, 6, c'est-à-dire les deux tiers, avaient été traités par cet agent. D'un autre côté, le nombre des cas traités par le sulfate de quinine rapportés dans le travail de M. Zandyck est de 8, sur lesquels 2 décès seulement. Bien que ce nombre ne soit pas suffisant pour autoriser une conclusion, si on le rapproche des faits qui ont été récemment signalés à Paris, on y trouvera du moins un motif d'encouragement puissant à expérimenter cette méthode dans les établissements spéciaux sur une plus grande échelle, et surtout avec plus de persévérance qu'on ne l'a fait jusqu'ici.

Nous reviendrons en particulier sur ces observations, qu'il sera intéressant de rapprocher des résultats que M. Beau a obtenus récemment à l'hôpital Cochin.

Étranglement interne par renversement et torsion du cœcum et du côlon ascendant.

Les étranglements intestinaux peuvent être produits par des causes extrêmement nombreuses et variées. On connaît les étranglements qui ont lieu dans la cavité abdominale par le sac herniaire dans certains cas de hernies étranglées réduites et refoulées dans le ventre; ceux qui résultent de l'engagement de l'intestin dans l'hiatus de Winslow, dans un sac formé par le grand épiploon ou le mésentère; les étranglements par intussusception, la constriction par des brides formées sous l'influence d'une péritonite, ce qui est le cas le plus commun. Quelques-unes de ces causes d'étranglement peuvent être jusqu'à un certain point prévues et diagnostiquées. Mais il en est qui échappent complétement à toute prévision, et qui ne peuvent être révélées que par l'autopsie. Tel est le cas d'un malade dont M. Moutard-Martin a entretenu récemment la Société médicale des hôpitaux, et qui présentait un exemple extrêmement curieux d'étranglement interne par torsion du gros intestin, qui elle-même était déterminée par un déplacement du cœcum entièrement mobile et libre de toutes adhérences, contrairement aux dispositions anatomiques habituelles de cet organe.

Voici la relation de cette singulière observation, que nous empruntons au compte rendu des séances de cette Société :

Une femme, âgée de cinquante-neuf ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 2 décembre 1855. Cette femme, habituellement bien portante, est cependant très-sujette à la constipation.

Le 3 décembre, elle présentait depuis huit jours des symptômes très-prononcés d'embarras gastrique, malaise général, céphalalgie frontale, courbature, amertume de la bouche, langue saburrale, borborygmes, ventre légèrement tendu et douloureux dans toute

son étendue ; pouls normal. — Ipécacuanha, 1 gramme; émétique, 0,10.

Vomissements, mais pas de selles; le malaise est cependant diminué.

Jusqu'au 8, on administre successivement de l'eau de Sedlitz, de l'huile de ricin, des lavements purgatifs, mais toujours sans succès.

Le ventre est devenu volumineux, très-distendu par des gaz, médiocrement douloureux à la pression; le point le plus sensible est la fosse iliaque droite, où existe un peu de rénitence diffuse.— Scammonée, 0,50; huile de croton, 2 gouttes en dix pilules, une toutes les heures, jusqu'à évacuation.

Le 9, selle peu abondante, suivie d'un peu de soulagement. — Lavement avec 60 grammes de miel de mercuriale ; cataplasme.

Le 10, ventre tendu et douloureux, météorisme considérable, nausées; peu de selles. — Scammonée, 0,50; huile de croton, 3 gouttes en dix pilules; lavement purgatif.

Le 11, tous les accidents continuent; vomissements à odeur stercorale. — Glace; mêmes pilules; potion de Rivière; lavement purgatif.

Le 12, vomissements stercoraux abondants, coliques violentes, altération profonde des traits. — Glace sur le ventre, glace à l'intérieur; potion de Rivière; lavement composé comme suit : sirop de nerprun, 40 grammes; sulfate de soude, 45 grammes; eau, 300 grammes.

Le 13, une selle très-abondante a lieu dans la nuit; mais l'état général est plus mauvais; face grippée et pouls à peine perceptible. — Cataplasme sur le ventre; lavement.

Mort à six heures du soir.

A l'autopsie, on trouve toute la masse intestinale violacée, couverte de fausses membranes, plus abondantes dans le voisinage de la fosse iliaque droite que partout ailleurs. Tout l'intestin grêle est distendu par une énorme quantité de liquide; le cœcum, énormément distendu, formait, à droite de l'intestin grêle, une poche du volume et de la forme d'un vaste estomac, descendant jusque dans le petit bassin. Ce cœcum présentait une disposition anatomique toute particulière qui avait été cause de l'obstacle au cours des matières fécales. Voici de quelle manière:

Le cœcum était de toutes parts entouré par le péritoine, qui ne présentait à son niveau pas même un mésentère; il était entièrement libre, et on aurait pu passer le poing entre la fosse iliaque et lui. Par suite de la liberté que lui laissait cette disposition anatomique, il avait subi un double changement de position fort remarquable : il s'était renversé d'abord de bas en haut, de telle sorte que sa partie inférieure était devenue supérieure, et réciproquement. L'orifice iléo-cœcal était situé à la partie supérieure de la poche au lieu d'être à sa partie inférieure; puis, après ce mouvement de bascule de bas en haut, il s'était opéré un renversement suivant son axe du flanc vers la ligne médiane, de sorte que les deux bouts de l'intestin, dont l'un se rend au cœcum et l'autre en émerge, avaient subi une torsion plus prononcée sur le gros intestin que sur l'intestin grêle, à cause de sa moindre mobilité. Cette torsion, qui n'obstruait pas complétement le calibre de l'intestin grêle, permettait l'entrée des liquides stercoraux dans le cœcum, tandis qu'au contraire, sur le gros intestin, la torsion était suffisante pour empêcher l'issue des matières fécales du cœcum dans le côlon.

En étudiant cette disposition du cœcum, M. Moutard-Martin découvrit une petite perforation qui avait déterminé un léger épanchement de liquides stercoraux, épanchement limité par des fausses membranes très-épaisses, et qui très-probablement avait été le point de départ de la péritonite générale constatée à l'autopsie. La muqueuse de l'intestin grêle était fortement injectée et de couleur violacée. Quant à celle du cœcum, elle présentait la même coloration, mais elle était parsemée de centaines de petits points gangreneux, ronds, grisâtres, ayant 2 ou 3 millimètres environ de diamètre, intéressant tantôt la muqueuse seule, tantôt la muqueuse et une partie des membranes sous-jacentes.

On avait donc affaire là à un étranglement dont la cause première était une anomalie anatomique, par suite de laquelle le cœcum, complétement libre de toutes adhérences, soit immédiates, soit médiates avec la fosse iliaque, pouvait subir des déplacements que l'intestin grêle lui-même n'aurait pu effectuer, malgré sa mobilité normale.

Il existe dans la science quelques exemples d'étranglement interne par torsion, les intestins pouvant se contourner autour de leur axe, ou autour du mésentère, ou autour d'un autre intestin, de manière que leur calibre soit plus ou moins complétement oblitéré. On en trouve notamment un cas très-curieux rapporté dans le *Sepulchretum* de Bonnet, mais où il s'agit du petit intestin (*ileum contortuplicatum, uti, pannus a lotricibus convolutus*). Schrindel (*Dissertatio de alvi obstructione*, etc.) parle également de circonvolutions de l'iléon, près du cœcum, tellement contournées, qu'à l'autopsie l'eau pouvait à peine traverser l'intestin. On trouve plusieurs faits analogues dans Abercrombie, Ropke, Rokitonski, etc.

Enfin, M. Andral a publié une observation dans laquelle le jéjunum à son origine, roulé et contourné plusieurs fois sur lui-même, était embrassé par le mésentère, qui le tirait fortement à l'instar d'une corde. Mais nous ne connaissons pas d'autre exemple de torsion du gros intestin due à une anomalie anatomique semblable à celle que vient de faire connaître M. Moutard-Martin. Bien que ce soit là un fait malheureusement stérile pour la pratique, qui ne saurait y puiser aucune indication utile pour l'avenir, il n'est pas moins intéressant au point de vue de l'histoire des lésions intestinales.

Arthrite de la première articulation métatarso-phalangienne gauche. — Hémorrhagies immédiates et consécutives. — Ligatures des tibiales antérieure et postérieure.

Le fait suivant, que nous avons observé dans le service de M. Chassaignac, à l'hôpital Lariboisière, nous a paru intéressant à un double titre : d'abord comme exemple remarquable de disposition hémorrhagique due à un développement extrêmement prononcé du système artériel ; et, en second lieu, à cause des ligatures multiples qu'il a été nécessaire de faire pour mettre un terme aux hémorrhagies. Sous ce dernier point de vue, ce fait implique une question importante de chirurgie pratique, celle du choix à faire en pareil cas entre les diverses méthodes de ligature professées par les auteurs. Sans prétendre que le résultat des opérations pratiquées par M. Chassaignac soit de nature à faire décider la question dans un sens ou dans l'autre, nous pensons qu'il mérite du moins d'être enregistré comme un élément utile à l'étude de ce sujet.

Un homme âgé de cinquante-huit ans, d'une forte constitution et d'une bonne santé habituelle, entre le 14 juin dernier dans le service de M. Chassaignac (salle Saint-Augustin, n° 16), pour une arthrite traumatique de la première articulation métatarso-phalangienne du côté gauche, résultant d'une violente contusion. Il existe un gonflement considérable au bord interne du pied, surtout à son tiers antérieur, avec une plaie de la largeur d'un franc au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne. — Le membre est condamné au repos et entouré de cataplasmes émollients.

Les jours suivants, le mal augmente ; les bords de la solution de continuité se boursouflent davantage, et deviennent fongueux. En faisant mouvoir le gros orteil, du pus s'écoule par la plaie ; ce qui semble indiquer une communication de l'article avec l'air extérieur. Bientôt il n'est plus possible de conserver le moindre doute à cet égard ; le pus fuse dans les tissus voisins. Une contre-ouverture pratiquée le 24 juin donne issue à un pus épais, roussâtre, assez abondant.

Cette opération n'ayant pas modifié sensiblement l'état du pied, les fongosités de la plaie et la teinte livide des téguments voisins faisant craindre au contraire que le pied tout entier ne soit bientôt compromis, M. Chassaignac se décide à pratiquer la résection du premier métatarsien.

Le 30 juin, le malade étant soumis aux inhalations chloroformiques, une incision est faite au bord interne du pied, dans presque toute la longueur du premier métatarsien. De son extrémité antérieure part une autre incision circonscrivant la base du gros orteil, et qui par conséquent passe successivement aux parties supérieure, externe et inférieure de la première articulation métatarso-phalangienne. On obtient ainsi deux lambeaux situés l'un au-dessus, l'autre au-dessous de l'os à réséquer. Ces lambeaux sont disséqués, le métatarsien mis à nu, et une scie à chaîne passée dans le premier espace inter-osseux permet de scier l'os à sa partie moyenne. Le fragment antérieur est saisi avec le davier à résection, et enlevé en même temps que le gros orteil.

Beaucoup d'artères donnent du sang pendant l'opération. On parvient à en lier trois; mais celle qui en fournit le plus, et qui paraît être la plantaire interne, ne peut être saisie. C'est en vain qu'on incise le lambeau plantaire dans toute sa longueur pour faciliter la ligature du vaisseau; une ligature médiate, passée au moyen d'une aiguille courbe, n'a pas plus de succès. Après de longues et infructueuses tentatives, on se voit contraint de recourir au tamponnement avec la charpie imprégnée de perchlorure de fer; une compression énergique est établie sur les artères tibiales antérieure et postérieure ; enfin on exerce un certain degré de compression sur la plaie elle-même. La journée se passe assez bien.

Le 3 juillet, trois jours après, on trouve la plaie en assez bon état ; elle est débarrassée des bourdonnets de charpie et recouverte par un pansement simple.

Le 4 au matin une hémorrhagie a lieu. L'interne de garde enlève le pansement et établit au tiers inférieur de la jambe une compression modérée qui arrête immédiatement l'écoulement du sang. La quantité de sang perdu peut être évaluée à 500 grammes; le malade n'en paraît pas cependant très-affaibli. Le pouls est médiocrement fréquent, large, mais un peu mou. Dans la nuit du 4 au 5, nouvelles hémorrhagies à deux reprises différentes, et qui, cette fois, l'affaiblissent beaucoup.

Le 5 juillet, une nouvelle hémorrhagie s'étant reproduite pendant le pansement, M. Chassaignac se décide à faire la ligature des deux tibiales.

Une incision est pratiquée sur le trajet connu de la tibiale antérieure, tout à fait à sa partie inférieure, immédiatement au-dessus du ligament dorsal annulaire du tarse. L'aponévrose jambière est mise à nu; elle est incisée ; mais au-dessous d'elle on rencontre des faisceaux fibreux très-denses, que l'on est obligé de diviser sur la sonde cannelée. L'artère est enfin découverte, isolée, et une ligature est passée sous le vaisseau. Pendant l'opération, on est frappé du volume énorme que présente la tibiale antérieure. Ce développement est, du reste, en rapport avec les battements énergiques que l'on constate, non-seulement dans ce vaisseau, mais encore dans toutes les artères de ce sujet. La crurale surtout est remarquable à ce point de vue. Il semble que tout le système vasculaire de cet individu ait subi une dilatation.

Après cette première ligature, on fait une incision sur le trajet de la tibiale postérieure, à la partie inférieure de la jambe. Après avoir divisé non-seulement l'aponévrose sous-cutanée, mais encore de nombreux faisceaux fibreux, comme pour la tibiale antérieure, on met l'artère à nu et on la lie. Les deux plaies sont pansées par occlusion.

A la suite de cette double opération, l'état du malade est assez satisfaisant; les forces se relèvent, la pâleur diminue, le pouls reprend de la consistance.

Le 17, la plaie qui résulte de la résection du premier métatarsien s'est beaucoup améliorée; elle s'est détergée, et fournit une suppuration de bonne nature. Les deux autres n'offrent rien de remarquable à noter. Les ligatures tiennent encore.

Le 18, treizième jour après la double ligature, à deux heures du matin, une hémorrhagie paraît encore ; mais le sang ne vient plus de la plante du pied; il est versé par la tibiale antérieure au niveau de la ligature, et très-probablement par le bout inférieur; car le liquide, quoique rutilant, n'est pas projeté avec une grande énergie. La quantité perdue peut être évaluée à 3 ou 400 grammes. A l'heure de la visite, M. Chassaignac, pesant la gravité de la position dans laquelle se trouve le malade, et l'imminence d'hémorrhagies ultérieures, fait de nouveau la ligature de la tibiale antérieure à un pouce et demi au-dessus de la première. L'opération se passe très-bien. L'occlusion est encore appliquée.

A partir de cette époque, plus d'hémorrhagies; le malade reprend des forces et sa coloration habituelle. Sauf la formation d'une petite eschare au talon, qu'on doit évidemment attribuer à l'action combinée des ligatures et de la pression, et qui s'est détachée au bout d'une dizaine de jours, il n'y a plus eu aucun accident; et à dater de ce moment les plaies ont marché vers une cicatrisation régulière.

Le 20 septembre, dernier jour où nous avons vu ce malade, la plaie du pied pouvait être considérée comme à peu près guérie; elle n'avait plus qu'une forme linéaire. Le talon était également en voie de cicatrisation. On voyait à la jambe deux bonnes cicatrices au niveau des deux premières ligatures. Au tiers inférieur de la jambe, où a été pratiquée la dernière opération, il ne restait plus qu'une surface insignifiante, où se trouvent encore quelques bourgeons charnus.

HOPITAL BEAUJON. — M. HUGUIER.

Polype de l'extrémité inférieure du rectum inséré sur la paroi antérieure, au-dessus de la prostate. — Ablation.

Le nommé B... (Étienne), cocher, âgé de quarante et un ans, est entré le 29 août 1856 à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Huguier, premier pavillon, lit n° 202.

Cet homme n'a jamais rien éprouvé du côté du rectum jusqu'en 1853. Il n'a eu que deux chaude-pisses, qui n'ont été suivies d'aucun accident syphilitique. Dans le courant de cette année, et sans aucune douleur préalable, il s'aperçut qu'il lui sortait de l'anus, chaque fois qu'il se présentait à la selle, une excroissance charnue qu'il prenait pour des hémorrhoïdes, et qui se réduisait spontanément après la cessation des efforts de défécation. Les matières fécales étaient recouvertes chaque fois d'une couche de sang qui devint bientôt plus abondante et constitua au bout de quelques mois une véritable hémorrhagie. Peu à peu la tumeur augmenta de volume; elle ne rentrait pas toujours après les efforts de défécation, et le malade était souvent forcé de la repousser avec le doigt. Depuis un an les pertes de sang sont devenues très-abondantes, et ce n'est souvent qu'avec beaucoup de peine que le malade parvient à repousser la tumeur, qui ne manque jamais de se précipiter. Enfin il y a un mois qu'il ressentit pour la première fois une douleur très-vive dans la fosse iliaque droite, et quelques jours après il s'aperçut qu'il portait de ce côté des tumeurs multiples. C'est alors qu'il se décida à entrer à l'hôpital, où nous pûmes constater les faits suivants :

Chaque fois que le malade va à la selle, les matières sortent recouvertes d'une couche de sang, puis la tumeur se précipite. Lorsqu'il l'a réduite, il est forcé, au bout de quelques instants, de se représenter pour rendre des caillots sanguins très-abondants; la tumeur se précipite de nouveau, et après une seconde réduction une nouvelle hémorrhagie se produit. Le malade va ainsi jusqu'à quatre et cinq fois à la garde-robe, puis le sang devient plus clair, il sort mélangé de mucus, et tout rentre dans l'ordre.

Lorsque la tumeur est renfermée dans le rectum, l'anus a la forme d'un entonnoir très-allongé, et ce n'est que très-haut que l'on sent la pression du sphincter externe.

Lorsque le malade fait des efforts de défécation, on voit apparaître à l'anus une masse charnue du volume d'un œuf de poule, très-rouge, à surface irrégulière et mamelonnée, recouverte d'une couche de sang qui paraît suinter de tous les points; elle présente assez l'aspect de certains cancroïdes du col de l'utérus. Elle remplit tout l'infundibulum anal, et le doigt est forcé de la déplacer pour pénétrer dans le rectum. On sent alors qu'elle se continue avec un pédicule plus étroit, du volume du petit doigt et très-allongé. L'insertion de ce pédicule se fait très-haut, sur la partie antéro-latérale gauche de la paroi rectale, immédiatement au-dessus de la prostate, que l'on sent assez volumineuse au-dessous de ce point d'attache. L'index a de la peine à remonter au-dessus de cette insertion; les autres portions de la paroi rectale paraissent saines jusqu'à ce niveau.

La tumeur est très-friable, et l'ongle en détache facilement de petites portions. Quant au pédicule, il est mou et se laisse aplatir dans tous les sens ; il paraît formé seulement par la muqueuse, car sa surface est lisse et ne présente pas les mêmes irrégularités que le corps de la tumeur.

La fosse iliaque droite est le siége d'une douleur assez vive, et la palpation y fait découvrir un chapelet de ganglions volumineux et très-sensibles au toucher; ils occupent surtout la partie inférieure de la fosse iliaque, et semblent s'enfoncer dans le petit bassin; on n'en retrouve cependant pas autour du rectum en pratiquant le toucher anal.

Pendant plusieurs jours le malade prit des bains et frictionna la partie inférieure de l'abdomen avec la pommade à l'iodure de plomb. L'iodure de potassium fut administré à l'intérieur, et sous l'influence de ce traitement, les tumeurs ganglionnaires devinrent moins volumineuses et moins sensibles.

Le 9 septembre, M. Huguier procède à l'ablation de la tumeur du rectum. Le malade étant d'abord mis sous l'influence du chloroforme, elle est saisie avec une compresse et tirée fortement en bas. On voit alors apparaître une partie du pédicule. Les tractions ne peuvent cependant être très-fortes, à cause de la friabilité de la tumeur, dont quelques lambeaux se détachent.

Une forte aiguille courbe, armée d'un fil quadruple, est passée à travers le pédicule dans la partie la plus rapprochée qu'il est possible de son point d'invasion à la paroi rectale. Dans ce but, un aide repousse fortement en haut le pourtour de l'anus, pendant que M. Huguier lui-même lie la tumeur en bas de la main gauche. Le fil est coupé au niveau du chas de l'aiguille, et on le dédouble de manière à former deux anses destinées à étreindre chacune la moitié du pédicule. Les deux ligatures étant fortement serrées, celui-ci est coupé immédiatement au-dessous d'elles avec de forts ciseaux courbés. La portion restante entraîne alors les fils dans l'intérieur du rectum, leurs extrémités pendant au dehors.

Le toucher, pratiqué immédiatement après l'opération, fait constater les particularités suivantes :

En suivant les fils, on trouve le reste du pédicule formant un léger mamelon auquel ils vont s'attacher.

A gauche de ce mamelon, sur une surface large comme une pièce d'un franc, on sent quelques rugosités semblables à celles que présente la tumeur enlevée. A droite est un bourrelet saillant, allongé transversalement, mais présentant une surface lisse et sans aucune rugosité.

La tumeur extirpée, beaucoup plus petite qu'avant l'opération, lorsqu'elle était gorgée de sang, présente une structure différente dans son corps et dans son pédicule.

Celui-ci est formé par un double feuillet de la muqueuse replié sur elle-même et comme entraînée par la tumeur; cette membrane paraît, du reste, parfaitement saine.

Le corps forme une sorte d'efflorescence, une réunion d'excroissances charnues semblables à des végétations. Les plus développées forment plusieurs lobes distincts, dans l'intervalle desquels apparaissent d'autres lobules moins saillants et plus pâles. Ces végétations semblent s'être développées sur une surface assez étendue de la muqueuse rectale, et s'être ensuite réunies en tête pour faire saillie au dehors. Le tissu cellulaire sous-muqueux est d'ailleurs resté étranger à la maladie, et il n'y a pas de noyau d'induration au centre de la tumeur; tout le développement s'est fait du côté de la surface épithéliale de la muqueuse.

L'examen microscopique n'a pas été fait, de sorte qu'il reste à savoir quelle est la nature exacte de cette tumeur. Il paraît bien probable qu'elle est due à un développement de cellules épithéliales.

Le malade a peu souffert dans la journée qui a suivi l'opération. Le soir il se plaint seulement de quelques douleurs dans le bas-ventre et du besoin d'aller à la selle. Un lavement émollient est administré pour faciliter la sortie des matières et éviter des efforts et des tiraillements qui pourraient occasionner une hémorrhagie.

DU NÉVRILÈME,

considéré comme partie constituante des ganglions et des nerfs de l'utérus (1).

Par M. le Dr Robert Lee, membre de la Société royale de Londres, médecin de l'hôpital Saint-Georges, etc.

Les fonctions de l'utérus avaient conduit Galien à supposer qu'il devait recevoir des nerfs; « bien qu'ils soient excessivement grêles, dit-il, pour un organe aussi volumineux. » Galien savait que l'utérus et la vessie reçoivent leurs nerfs à la fois du grand sympathique et du système cérébro-spinal.

En 1556, Vésale décrit de petites branches nerveuses qui, partant du plexus sacré, vont se rendre de chaque côté au col de l'utérus. Il ajoute que la partie supérieure de l'organe reçoit des nerfs excessivement grêles, qui naissent du grand sympathique.

En 1664, Willis suivit des branches du grand sympathique et du plexus sacré jusqu'au col de l'utérus, la vessie et le rectum.

En 1674, de Graaf fit représenter, dans une planche, un tronc nerveux se dirigeant de chaque côté vers la partie postérieure du col utérin, et se ramifiant à la manière des branches d'un arbre sur le corps et le fond de cet organe.

En 1765, Haller fit connaître des nerfs émanés du plexus rénal, qui, dans la matrice non fécondée, accompagnent les artères ovariques jusqu'au niveau des ovaires. D'autres nerfs, émanés du plexus hypogastrique et de la quatrième paire sacrée, vont se se rendre à la vessie, au vagin et à la partie inférieure de l'utérus.

En 1783, J. G. Walter, dans une planche qui représente l'utérus hors de l'état de gestation, montra quelques filaments nerveux assez grêles naissant d'un plexus formé par les nerfs hypogastriques et sacrés, et se rendant à l'orifice et au col utérin. Le fond de l'organe est recouvert par le péritoine, et l'on ne voit pas les nerfs qui accompagnent les artères utérines. Dans un traité publié par le professeur Walter, la structure musculaire des parois utérines est contestée, et l'on attribue les contractions de cet organe, dans la parturition, à la rétraction des artères!

Aucun de ces anatomistes célèbres ne paraît avoir étudié l'utérus en état de gestation dans le but de découvrir, par les dissections, les changements qui ont lieu dans le volume de ses nerfs pendant la grossesse. William Hunter lui-même n'a jamais examiné les nerfs de l'utérus chargé du produit de la conception. « Il ne m'appartient pas, dit-il, de décrire les changements qui ont lieu dans l'innervation de la matrice pendant la grossesse; mais je croirais volontiers que le développement des nerfs marche parallèlement à celui des vaisseaux. »

John Hunter, au contraire, nie formellement toute augmentation de volume des nerfs utérins dans l'état de grossesse. « L'utérus, pendant la gestation, dit cet auteur, acquiert en poids et en volume plus de cinquante fois son développement normal, et néanmoins nous ne voyons pas la moindre augmentation du système nerveux de l'organe, ce qui démontre combien les centres nerveux ont peu d'influence sur le développement de cet organe, dont les vaisseaux augmentent visiblement de volume pendant la grossesse. L'analogie nous aurait conduit à faire le même raisonnement pour les nerfs. »

Mais ni William ni John Hunter n'ont laissé de préparations relatives à l'utérus, soit avant, soit pendant la grossesse.

En 1822, Tiedemann publia un description des nerfs de l'utérus déjà fécondé, mais n'ayant pas encore atteint son entier développement. Dans la première planche, on voit des nerfs accompagnant de chaque côté les artères utérines; celles-ci parcourent la face postérieure de l'organe et s'anastomosent au niveau des ovaires avec les artères ovariennes. Les nerfs qui proviennent du plexus hypogastrique accompagnent ces vaisseaux pour se répandre en arborisations à la face postérieure de la matrice, à peu près de la même manière que dans les planches de Graaf. Au-dessus des ovaires, le péritoine, qui recouvre l'utérus, n'a pas été enlevé. Dans la seconde planche, le péritoine recouvre les mêmes parties de l'organe; quelques rameaux nerveux naissent de la partie supérieure du plexus hypogastrique gauche et suivent les artères utérines pour se répandre sur les parties latérales de la matrice. Un grand nombre de petits ganglions sont placés sur le trajet des branches utérines et vaginales du plexus hypogastrique.

En 1823, Lobstein affirma que, soit avant, soit après la conception, l'utérus ne recevait qu'un nombre très-limité de nerfs :

« Rarissima in uteri substantiam, tum gravidi, tum vacui; sese » immittere videntur nervorum surculi. »

En 1829, Osiander déclare qu'il n'a jamais vu les nerfs utérins, et que l'autorité de divers savants l'avait induit en erreur lorsqu'il avait affirmé que des nerfs se répandaient à toute la surface de cet organe.

Tel était l'état de la science, lorsque le 12 décembre 1839, dans un mémoire lu à la Société royale de Londres, je démontrai, sur l'utérus dans l'état de grossesse, quatre grands plexus sous-péritonéaux offrant de nombreuses anastomoses avec les plexus hypogastrique et rénal. D'après leur couleur, leur forme, leur distribution, leur aspect et les communications directes qui les unissaient au grand sympathique, je fus amené à conclure, dès la première vue, qu'ils appartenaient au système nerveux ganglionnaire, et formaient un système d'innervation spécial pour la matrice.

Quelques anatomistes des plus distingués adoptèrent une opinion contraire, et ne virent dans cette disposition anatomique que des bandes de tissu élastique ou de tissu cellulaire, unissant au péritoine les parois musculaires de l'utérus. Tous ceux qui ont examiné mes préparations ont été obligés de convenir que ces plexus étaient accompagnés par des artères et présentaient des anastomoses directes avec les plexus hypogastrique et rénal; mais personne n'a même essayé de démontrer partout ailleurs, dans l'économie, des membranes élastiques adoptant une forme réticulée, accompagnant des artères et s'anastomosant avec des nerfs.

Je continuai sans interruption mes recherches pendant l'année 1840, et j'avais achevé, à la fin de l'année, dix préparations des ganglions et des nerfs de l'utérus, soit avant, soit après la fécondation.

Le 1er janvier 1841, je fis paraître un ouvrage intitulé *Anatomie des nerfs de l'utérus.* Cet ouvrage, accompagné de trois planches, renfermait la description de mes dix préparations. Les conclusions suivantes en étaient déduites :

« Ces dissections servent à démontrer que l'utérus humain, » hors de l'état de grossesse, possède un vaste système d'innerva- » tion qui se développe simultanément avec les parois de l'organe, » les vaisseaux lymphatiques et sanguins, pendant la gestation, et » qui revient après l'accouchement à son état primitif. Sous l'in- » fluence de ces nerfs, l'utérus accomplit ses fonctions diverses, » la menstruation, la conception et l'accouchement; et c'est uni- » quement au moyen de ces nerfs que le système nerveux tout » entier subit d'une manière aussi frappante l'influence des divers » états pathologiques de la matrice. Si l'existence des nerfs utérins » était impossible à démontrer, la physiologie et la pathologie de » l'organe seraient encore pour nous un mystère impénétrable. »

Ayant poursuivi mes études anatomiques sur l'utérus avant et pendant la grossesse, j'ai pu non-seulement corroborer l'exactitude de mes premières conclusions, mais encore parvenir à la découverte d'un nombre assez considérable de ganglions situés sur le trajet des nerfs de l'utérus, de la vessie et du vagin, qui augmentent de volume avec tout le reste de l'organe pendant la grossesse, pour revenir ensuite à leur état primitif.

Dans un mémoire accompagné de 2 planches, sur les ganglions nerveux de l'utérus, publié dans les *Philosophical transactions* en 1841, j'ai donné le résultat de mes travaux; et dans un appendice à ce mémoire, publié en 1842, je fis représenter des ganglions bien plus volumineux que j'avais trouvés sur un utérus au neuvième mois de la grossesse.

Dans toutes mes dissections, j'ai fait macérer les tissus dans l'alcool concentré, qui durcit le névrilème sans modifier sa structure. En me servant d'une loupe d'un grossissement de six diamètres, il m'a toujours été facile de ne pas confondre le tissu cellulaire, les lymphatiques et les capillaires sanguins avec les ganglions et les nerfs, et de les enlever complétement avec la pince et les aiguilles. Le névrilème, qui me paraît une partie constituante des ganglions et des nerfs, suivant l'opinion de tous les anatomistes qui m'ont précédé, fut toujours soigneusement respecté. J'ai pu d'ailleurs observer, dans le cours de mes dissections, que pendant la grossesse le névrilème est, de toutes les parties du système nerveux, celle qui augmente le plus de volume.

M. Snow Beck, dit le docteur Hirschfeld (1), possède deux pièces pour la préparation desquelles il a passé huit mois, enlevant jour par jour avec des aiguilles et des pinces, comme il me l'a dit lui-même, non-seulement le tissu cellulaire, mais encore le névrilème: de sorte qu'il n'a laissé que les faisceaux des tubes nerveux. Aussi les travaux de ce dernier anatomiste ne doivent-ils pas, ce me semble, être invoqués quand il s'agit du volume des nerfs de l'utérus; car ils ne présentent que des nerfs dépouillés d'une de leurs parties constituantes, le névrilème.

En 1846, un mémoire sur les nerfs de l'utérus fut publié par M. Snow Beck dans les *Philosophical transactions.* Dans ce mémoire, qui obtint en 1845 la médaille royale, ces deux préparations, privées du tissu qui augmente le plus de volume pendant la grossesse, étaient décrites et représentées; mais rien dans ce mémoire ne faisait supposer que les nerfs eussent été dépouillés de leur enveloppe; et de 1848 à 1853, époque à laquelle l'auteur de cet inqualifiable procédé osa faire ouvertement la tentative de le justifier, aucun anatomiste anglais ne s'était douté de la supercherie (*sic*). J'ai des raisons pour croire qu'il en est de même dans l'Europe entière, et que l'on élève en conséquence des doutes sur la justesse de mes descriptions, et de l'exactitude des planches dans lesquelles j'ai représenté les ganglions et nerfs utérins.

Mes préparations, qui présentent les ganglions et nerfs utérins recouverts du névrilème, dans un état de conservation parfaite, ne sauraient offrir aucune ressemblance avec celles de M. Snow Beck, dans lesquelles les nerfs sont dépouillés d'une de leurs parties constituantes, le névrilème, suivant l'expression de M. le docteur Hirschfeld.

Désirant publier ces faits dans tous les pays de l'Europe, j'ai présenté ce mémoire à la Société de biologie, dans l'espoir qu'elle voudra bien s'en occuper dans l'une de ses prochaines séances.

(1) Traduit par M. Benjamin Ball, interne des hôpitaux de Paris.

(1) *Note sur les nerfs de l'utérus* par M. Ludovic Hirschfeld, dans les comptes rendus des séances de la Société de biologie (septembre 1852).

SUR LA FRÉQUENCE EN ALGÉRIE

des affections phlegmoneuses cutanées,

Par M. Douchez.

Déjà, en 1845, 1846, 1847 et 1848, M. Douchez avait été frappé du grand nombre de furoncles et de panaris qui se présentaient à son observation, tant chez les militaires que dans la population civile d'Alger.

Revenu dans la colonie en 1854, il y a retrouvé la même prédominance de ces affections suppurantes de la périphérie. C'est au point que, pour les militaires seulement, dans une période de seize mois, il a compté 788 individus atteints de furoncles ou d'anthrax, et de 25 panaris.

Il attribue cette prédisposition à l'influence de la chaleur. Mais il fait remarquer en outre que ces maladies se montrent surtout chez les sujets livrés habituellement à l'ivresse alcoolique. Les officiers et sous-officiers, qui ont une vie plus régulière, et ceux des soldats qui ne faisaient pas d'excès, n'en ont offert aucun exemple.

Cette influence, selon M. Douchez, agit de deux manières : d'abord en amenant des affections des voies digestives, qui suffisent à elles seules pour produire la maladie; en second lieu, en activant momentanément la circulation, et provoquant ainsi une grande chaleur à la périphérie. (*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 septembre 1856. — Présidence de M. Chassaignac.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Verneuil prend la parole pour donner quelques détails sur les pièces que M. Chassaignac a présentées dans la dernière séance. L'atrophie des os, du tibia en particulier, n'est accompagnée d'aucune altération de tissu, et le périoste qui les recouvre est intact; c'est une atrophie simple, causée par la pression des tumeurs. Celles-ci, dont la trame se compose de tissu fibro-plastique, présentèrent ce phénomène insolite dans les tumeurs de ce genre, d'être plus légères que l'eau et de surnager quand on les y plongeait. Cette légèreté spécifique s'explique parfaitement, du reste, par leur composition; car l'inspection microscopique a montré qu'elles renfermaient une énorme quantité de graisse, les neuf dixièmes de leur masse environ. Cette matière grasse

était sous forme de gouttelettes, et non pas en globules comme dans le lipome. Le peu d'éléments fibro-plastiques que l'on rencontrait étaient infiltrés de cette graisse qui communiquait au tissu la couleur jaune que l'on a remarquée, et qui n'est pas ordinaire au tissu fibro-plastique.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société que M. le professeur Pitta (de Prague), membre correspondant, assiste à la séance.

Cicatrices vicieuses. — M. CHASSAIGNAC fait part à la Société du résultat de ses observations sur les cicatrices de brûlures. Ce sont surtout des brides de la main qu'il a eu l'occasion d'opérer. Il a vu constamment que lorsque des brides cicatricielles se forment dans l'enfance, il y a, par la suite, atrophie ou, pour mieux dire, arrêt de développement des parties affectées. Chez un enfant dont le petit doigt était tenu fléchi par une bride, ce doigt, après avoir été redressé par l'opération, n'arrivait pas à la moitié du doigt voisin.

Ce qui est fort remarquable dans les cas de ce genre, c'est que les jointures restent intactes, malgré leur longue immobilité; mais cet état d'intégrité des articulations n'entraîne pas le rétablissement des mouvements aussitôt que la bride est coupée. Ainsi, par exemple, dans un cas d'adhérences entre le bras et l'avant-bras par suite de brûlures datant de l'enfance, après qu'on a coupé la bride, on ne peut pas encore allonger le membre; l'obstacle vient des parties molles sous-jacentes à la cicatrice, qui ont cessé de se développer et ne présentent pas assez de longueur pour permettre l'extension. Dans une semblable opération pratiquée sur un enfant pour une bride qui existait depuis plusieurs années, M. Chassaignac, après avoir complétement divisé le tissu inodulaire, ne put étendre l'articulation sans produire des déchirures considérables du côté de la flexion. On conçoit que chez l'adulte, dont le développement est complet au moment de l'accident, cette complication n'est point à craindre.

M. Chassaignac conclut, en finissant, que les opérations destinées à détruire les difformités suites de brûlures, peuvent être retardées à volonté chez l'adulte, tandis que chez les enfants il faut les opérer le plus tôt possible.

M. GUERSANT, quand il a fait des sections de brides à la partie antérieure du coude sur des enfants, a éprouvé, comme M. Chassaignac, une grande résistance à l'extension du membre après la division complète de la cicatrice; mais il n'a jamais cherché à la vaincre. A l'appui de ce qu'a dit M. Chassaignac de l'absence de contracture chez l'adulte, il cite le brûlé dont il a déjà parlé, qui avait vingt ans au moment de l'accident, et dont le membre ne présenta aucune résistance à l'extension quand il fut opéré six ans après.

M. VERNEUIL rappelle que dans son rapport il a signalé plusieurs questions qu'il serait utile de soulever. Ainsi, c'est à peine s'il existe quelques indications sur l'époque où l'on doit opérer les adhérences vicieuses. On n'a même pas distingué, à ce point de vue, la syndactylie congéniale de l'accidentelle; il en est de même des brûlures survenues chez l'enfant ou chez l'adulte. Il n'existe donc pas de préceptes adaptés à ces diverses circonstances. D'après un certain nombre de faits qu'il a recueillis, M. Verneuil regarde comme démontré qu'il faut attendre, pour opérer, que le tissu de la cicatrice soit parfait; mais il suffit d'un an pour qu'il ait acquis toutes ses propriétés, et il ne faut pas oublier les lésions consécutives qui se produiront avec le temps. Souvent il a fallu faire la ténotomie. Dans un cas d'ectropion opéré par M. Denonvilliers, la paupière revint bien à sa place; mais les paupières, les sourcils, toutes les parties molles qui environnent l'œil restèrent abaissées de plus d'un centimètre. Il ne faut donc pas attendre trop longtemps chez l'enfant, de peur qu'il ne reste de la difformité après la guérison, et de plus parce qu'en attendant l'âge adulte on aura plus à craindre des accidents, qui sont, comme on le sait, plus redoutables à cette période de la vie que dans l'enfance.

M. MOREL trouve que le fait rapporté par M. Guersant est très-remarquable, car, en général, toutes les fois qu'une articulation reste fléchie pendant longtemps, les parties molles du côté de la flexion se raccourcissent, quelle que soit la cause de l'immobilité prolongée, lors même que le membre n'est le siége d'aucune maladie, comme cela se voit chez les conscrits qui fixent pendant longtemps leur coude dans la flexion pour simuler une roideur permanente, et dont le membre reste parfois ensuite définitivement fléchi. Il ne faut donc pas trop se fier à ce que l'accident est arrivé dans l'âge adulte, et l'on doit toujours s'attendre à trouver de la contracture des parties situées sous la bride cicatricielle.

M. GUERSANT pense que la roideur produite par l'immobilité prolongée est moins à craindre pour les enfants que pour les adultes. Il reçoit fréquemment dans son service des enfants atteints de contusions graves ou de fractures du coude dont le diagnostic est souvent obscur. Il les traite par l'immobilité et la flexion à angle droit, et laisse l'appareil pendant vingt-cinq ou trente jours. Lorsqu'il l'enlève, l'extension est impossible pendant les premiers jours, mais elle se rétablit rapidement. Il n'en serait pas de même chez les adultes.

M. RICHARD fait observer que les dispositions individuelles peuvent jouer un grand rôle dans la production des contractures à la suite de l'immobilité prolongée. On trouve dans les auteurs des observations de flexions permanentes des membres chez des gens qui étaient restés longtemps dans l'immobilité.

M. LARREY a eu fréquemment l'occasion d'observer des brides avec rétraction des membres, par suite de blessures, dans les hôpitaux militaires. Elles sont surtout fréquentes au Val-de-Grâce depuis la guerre. Mais ce que l'on ne voit pour ainsi dire que dans les hôpitaux de l'armée, ce sont des gens qui cherchent à se faire réformer pour de semblables lésions, qu'ils simulent ou qu'ils exagèrent en condamnant leurs membres à une immobilité prolongée. Ces cas sont embarrassants, parce qu'à la lésion simulée se joignent les résultats de l'immobilité; il est très-difficile de découvrir la vérité. Pour y arriver, M. Larrey donne le moyen suivant, qui réussit parfaitement. On place les deux membres au contact l'un de l'autre, et on leur imprime simultanément de légers mouvements, puis tout à coup on leur fait faire à l'improviste un mouvement brusque. Si l'affection est simulée, le malade ne pouvant isoler complétement dans sa pensée les mouvements des deux côtés, les deux membres cèdent ou résistent à la fois; quelquefois même c'est le membre sain qui résiste davantage.

M. DESORMEAUX rapporte le cas d'une jeune fille de seize ou dix-sept ans qui, par suite d'une brûlure, avait depuis son enfance une bride étendue de la partie inférieure de la cuisse au talon. Le genou était fléchi à angle aigu, et le pied fortement étendu sur la jambe. A. Bérard parvint à redresser le membre après avoir coupé la bride et plusieurs des tendons fléchisseurs. Le membre était atrophié; de façon qu'après avoir été redressé il était beaucoup plus grêle et moins long que le membre sain. Cependant la malade pouvait s'en servir, en boitant très-fortement. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que rendu à ses conditions normales il prit un accroissement rapide, si bien qu'au bout de deux ou trois ans il avait presque le volume de l'autre, et avait acquis assez de longueur pour que la malade pût marcher sans claudication. Ce serait une raison de plus pour opérer les enfants avant que la croissance fût terminée.

M. CHASSAIGNAC appuie sur l'intérêt que présente ce fait au point de vue de la physiologie.

CORRESPONDANCE.

M. Porta, professeur à l'Université de Pavie, adresse une lettre de remercîments à l'occasion de sa nomination de membre associé étranger.

M. Fleury (de Clermont), nommé membre correspondant, adresse une lettre de remercîments.

M. le docteur Féron (de Theuville) adresse un mémoire sur un nouveau modèle de bandage inguinal à pelote mobile. (Commission : MM. Lenoir, Broca, Follin.)

La Société reçoit le fascicule V des *Éléments d'histologie humaine*, traduit par MM. Béclard et Sée.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. VERNEUIL présente une tumeur fibro-plastique.

— M. LARREY annonce que le malade qu'il avait présenté à la Société, et à qui il a enlevé une tumeur de la cuisse, présente aujourd'hui une plaie suppurante en très-bon état. Mais il s'est déclaré une tuméfaction très-douloureuse de l'avant-bras, qui fait craindre une récidive, bien qu'on n'y distingue pas encore de tumeur à proprement parler.

Corps étranger dans une hernie. — M. BROCA présente un corps étranger qui avait produit la perforation d'un intestin hernié. Le sujet de cette observation est un vieillard de soixante-seize ans atteint d'une hernie scrotale ancienne très-volumineuse.

Après avoir porté un bandage qui ne contenait pas sa hernie, il a cessé complétement d'en porter. Lorsqu'il est entré à l'hôpital, il présentait sur sa hernie une fistule dans laquelle le stylet faisait découvrir un corps étranger.

Au moyen d'une pince introduite dans la fistule, M. Broca amena au dehors un corps solide, mince, allongé, de couleur brune; ne pouvant l'extraire complétement, il l'attacha avec un fil, qu'il tirait chaque jour; en six jours, il le fit sortir de 4 centimètres. Dans une traction plus forte, le corps se cassa; une portion vint au dehors et l'autre rentra. On sentait cependant toujours le corps étranger à l'aide de la sonde cannelée. M. Broca fit un débridement qu'il ne porta pas trop loin de peur d'intéresser le péritoine; l'extraction ne put être faite, et M. Broca songeait à porter le débridement plus loin au moyen d'un entérotome; mais il n'en eut pas besoin.

Le lendemain, on ne sentait plus le corps étranger, et la fistule donnait issue à des matières fécales; deux jours après, on trouva dans les pièces de pansement ce corps, que l'on reconnut pour un os claviculaire d'oiseau.

Le malade n'éprouve pas de douleurs dans le ventre, les selles continuent à se faire; il n'y a pas eu de vomissements ni de péritonite, même pendant que la perforation se faisait.

D'après l'aspect des matières rendues par la fistule, c'est l'S iliaque qui est affectée.

— M. DESORMEAUX montre l'os maxillaire supérieur qu'il a enlevé au malade présenté par lui dans la dernière séance.

— M. Devouge, interne à l'hôpital Beaujon, montre, au nom de M. Huguier, un polype du rectum enlevé sur un malade dont il communique l'observation. (Voir plus haut.)

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

Nous nous empressons de publier la lettre suivante, et d'annoncer que, conformément aux désirs de la commission, les offrandes peuvent être adressées dès ce moment aux bureaux de la *Gazette :*

Monsieur le Rédacteur,

Pendant le cours de la guerre d'Orient, le corps de santé de l'armée française a été cruellement éprouvé. Soixante-quinze médecins et sept pharmaciens de l'armée de terre, ainsi que douze médecins de la marine, ont péri victimes de leur dévouement. La mort de beaucoup d'entre eux laisse dans le plus grand besoin des veuves et des orphelins.

Afin de leur venir en aide, nous avons pris l'initiative d'une souscription en leur faveur. Mais pour que cette souscription produise un résultat proportionné aux nombreuses infortunes qu'il s'agit de soulager, il faut qu'on lui donne toute l'extension et toute la publicité possibles. Nous vous prions donc, en conséquence, monsieur le rédacteur, de vouloir bien la rappeler aux nombreux lecteurs de votre journal en faisant appel à leurs sentiments de généreuse confraternité. Nous ne doutons pas que toutes les personnes, *même celles qui sont étrangères à la profession médicale*, ne s'empressent de concourir à notre œuvre de bienfaisance.

Dans les circonstances difficiles qu'ils ont eu à traverser, les médecins de l'armée et de la flotte se sont en effet conduits avec tant d'éclat, qu'ils ont droit à toutes nos sympathies. Quant à ceux qui ont succombé sur le champ de bataille de notre profession, nous n'honorerons jamais mieux ni plus utilement leur mémoire qu'en soulageant, autant qu'il est en nous, les veuves et orphelins que leur mort a laissés sans fortune et sans appui.

Nous vous serions très-reconnaissants, monsieur le rédacteur, si vous vouliez bien aussi, de votre côté, ouvrir dans les bureaux de votre journal une souscription au profit des veuves et des orphelins des médecins et pharmaciens de l'armée et de la flotte morts en Orient. Déjà divers organes de la presse et quelques sociétés ou associations médicales, mus par les sentiments d'humanité qui nous animent tous, nous ont prêté spontanément leur concours. Nous espérons que tous les journaux de médecine et de pharmacie, que toutes les sociétés médicales et scientifiques de France imiteront cet exemple.

Notre souscription ainsi étendue et généralisée permettra à chacun d'apporter son offrande, si modeste qu'elle soit; elle en deviendra nécessairement beaucoup plus productive, et nous permettra de remplir d'une manière plus efficace le but que nous nous proposons.

Agréez, etc.

Les membres de la commission de souscription :

MM. le baron Paul DUBOIS, doyen de la Faculté de médecine, président;
BAUDENS, membre du conseil de santé des armées;
BÉGIN, président du conseil de santé des armées;
BOUILLAUD, professeur à la Faculté de médecine;
JOBERT (de Lamballe), id.
Le baron H. LARREY, professeur à l'Ecole de médecine militaire du Val-de-Grâce;
Michel LÉVY, directeur de l'Ecole de médecine militaire du Val-de-Grâce;
NÉLATON, professeur à la Faculté de médecine;
RAYER, membre de l'Institut;
RICORD, chirurgien des hôpitaux;
SENARD, chirurgien principal, adjoint à l'inspection générale du service de santé de la marine;
THIRIAUX, pharmacien, membre du conseil de santé des armées;
MAHEUX, docteur en médecine, secrétaire.

P. S. On peut dès à présent souscrire chez chacun des membres de la commission.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le corps médical de Paris vient de perdre un de ses membres, M. le docteur Campaignac, qui exerçait depuis un grand nombre d'années dans le 10e arrondissement. M. Campaignac était un des praticiens les plus occupés de ce vaste quartier. Il avait été autrefois chef de clinique à l'hôpital de la Charité. Depuis cette époque, les soins de sa nombreuse clientèle l'avaient éloigné des travaux scientifiques. M. Campaignac avait environ 55 ans. La force de sa constitution et son activité habituelle étaient loin de faire présumer une fin aussi prématurée. Il a succombé à une attaque d'apoplexie.

— Il vient de se passer à Lowestoft (Angleterre) un de ces faits d'incurie qui de temps à autre viennent prouver la nécessité de protéger la vie publique contre l'ignorance.

Une femme se sent prise des douleurs de l'accouchement, et fait appeler un *prétendu docteur* Matcham, dont le nom ne se trouve point inscrit au *Medical Directory*. Ce *docteur* pense, — et les médecins chargés de l'autopsie certifient que cette idée était erronée, — que l'intervention des instruments est nécessaire, et il se dispose à agir. Mais on croirait à peine le singulier choix qu'il fit! Loin de prendre ses propres instruments, ou même d'emprunter ceux de ses confrères, chose bien facile dans une ville où résident huit ou dix praticiens, il s'arme d'une cuiller de table, et par des manœuvres violentes et maladroites donne lieu à des déchirements et à une hémorrhagie mortelle. Que dans un moment suprême, où le choix des instruments est impossible, dans un lieu écarté, à la campagne, un médecin habile se voie contraint d'user d'un semblable instrument et réussisse, tout est pour le mieux et honore le chirurgien; mais il est par trop *disgracieux* de voir un prétendu docteur user si adroitement d'une cuiller de table. Le *docteur* Matcham est en conséquence accusé d'homicide.

(Assoc. med. Journal.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Bernard, de Lille (Nord); *Considérations sur le traitement de la fièvre intermittente légère dite bénigne, et en particulier de la médication arsenicale.*

Cauvy, de Villeveyrac (Hérault); *De la non-existence de la fièvre typhoïde envisagée comme fait morbide distinct.*

De Tubeuf, d'Alais (Gard); *Dissertation sur la chlorose.*

Mirkowitch, de Selimnos (Turquie); *Du régime en général à l'état hygide et morbide.*

Jaillard, de Quinger (Doubs); *Historique de la pyoémie.*

Roux, de Bourg-Saint-Andéol (Ardèche); *De la blépharoplastie.*

Gervais, de Paris (Seine); *Théorie du squelette humain, fondée sur la comparaison ostéologique de l'homme et des animaux vertébrés.*

Nicolas, de Castellane (Basses-Alpes); *Essai sur la chlorose.*

Brignole, de Cervione (Corse); *Considérations sur le tétanos idiopathique ou essentiel.*

Mégé, de Saint-Geniès-le-Bas (Hérault); *Quelques considérations sur les accidents causés par l'inertie de l'utérus pendant et après la délivrance.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Lettres sur les substances alimentaires, et particulièrement sur la viande de cheval, par M. ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE. Un volume grand in-18 de VIII-260 pages. Prix : 2 fr. 50 c. — Chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

LE SOUR.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 115. — MARDI 30 SEPTEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 115. — MARDI 30 SEPTEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messagerie, et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 29 SEPTEMBRE 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Remak, dont l'Académie a entendu l'année dernière une lecture sur la production des contractions toniques des muscles au moyen des courants galvaniques constants, a communiqué, dans cette séance, la suite de ses recherches sur ce sujet. L'auteur croit être arrivé à démontrer que les contractions toniques ou continues qui surviennent dans un membre pendant le passage d'un courant constant par un tronc nerveux, soit dans les muscles antagonistes, soit dans les muscles animés par ce même nerf, sont de nature réflexe et peuvent, par conséquent, être produites aussi par l'excitation galvanique de certains nerfs cutanés; ou, en d'autres termes, que l'excitation continue des fibres nerveuses sensibles, par un courant galvanique continu, peut se transmettre jusqu'aux centres nerveux et donner lieu à des contractions continues des muscles qui sont sous la dépendance immédiate de ces centres. L'étude de ces faits l'a conduit, en outre, à la découverte d'une nouvelle propriété des courants continus qui, si elle était confirmée, n'offrirait pas moins d'intérêt au point de vue physiologique qu'au point de vue des applications thérapeutiques dont elle serait susceptible.

Des expériences pratiquées sur des grenouilles avaient déjà appris que les muscles contractés se détendent ou s'assouplissent par l'action d'un courant induit, mais pour perdre bientôt leur contractilité normale volontaire.

M. Remak, utilisant cette notion, a entrepris de faire sur l'homme les mêmes expériences, en remplaçant le courant induit par un courant constant. Il a constaté ainsi que le courant constant avait la propriété de faire cesser les contractures en conservant aux muscles la faculté d'obéir à la volonté, et en la leur restituant même dans les cas où elle avait été perdue. On comprend toute la portée d'un pareil fait. Le cercle des applications thérapeutiques de l'électricité se trouverait considérablement élargi si ce fait était exact. Il importe que les expérimentateurs et les médecins familiers avec le maniement des appareils électro-médicaux contrôlent les observations de M. Remak.

L'Académie a reçu de M. le professeur Stoltz (de Strasbourg) la communication d'un travail considérable sur un point de tératologie que nous croyons neuf, ou du moins peu exploré, sur le développement incomplet de l'une des moitiés de l'utérus, et sur la dépendance du développement de la matrice et de l'appareil urinaire chez la femme. Nous en publions dans le compte rendu un résumé qui en donnera une idée suffisante. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. ARAN.

Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus.

(Recueillies et rédigées par M. RABAUD, interne du service.)

DE L'INFLAMMATION CHRONIQUE DU COL DE L'UTÉRUS ET DE SES PRINCIPALES MANIFESTATIONS (ULCÉRATIONS, GRANULATIONS, ENGORGEMENTS, CATARRHE UTÉRIN).

Je veux insister aujourd'hui sur quelques-unes des manifestations les plus importantes de l'inflammation chronique affectant le col de l'utérus (ulcérations, engorgements, catarrhe, etc., décrites à tort, selon moi, comme des affections spéciales et distinctes les unes des autres. En insistant avec détails sur ces manifestations, mon intention est de signaler des altérations qui peuvent appeler un traitement particulier, et nullement de revenir sur cette question que j'ai déjà traitée, de l'importance relative du col et du corps de l'utérus. Pour moi, cette question est jugée : les altérations morbides du col de l'utérus ne représentent pas, en général, toute la maladie; elles ne tiennent pas sous leur dépendance ces nombreuses manifestations locales et surtout générales que je vous ai décrites. Je reconnais que, par suite de sa position dans le vagin, l'état morbide du col peut présenter une persistance plus grande, alors que les deux parties de l'organe, col et corps, ont été prises simultanément. De même, il est probable qu'à la suite des couches le travail rétrograde de l'utérus est plus facilement entravé du côté du col. Mais, en somme, il ne me paraît pas possible de rattacher à des phénomènes locaux si peu importants en réalité tous les troubles de l'organisme que l'on observe en pareil cas.

Les altérations pathologiques du col dont nous voulons parler sont au nombre de trois. Ce sont :

1° Les solutions de continuité de la membrane muqueuse (érosions, granulations, ulcérations);

2° Les engorgements, avec ou sans induration;

3° Le catarrhe utérin.

1° *Des ulcérations.* — On décrit généralement les ulcérations comme une maladie à part. Pour moi, je suis convaincu qu'elles n'existent presque jamais seules. L'application d'un pessaire, d'une tige métallique, le fait de la pression du col contre le vagin par suite d'une déviation utérine peuvent bien, dans certains cas, amener une érosion de l'épithélium, une ulcération légère; mais, en général, ces lésions sont produites par l'inflammation de la trame même de l'utérus.

Que sont donc ces ulcérations? Cette question a donné lieu, en Angleterre, à un violent débat. Ceux qui niaient d'une manière absolue l'existence de ces érosions voulaient dire sans doute qu'on ne trouve pas sur le col d'ulcération ayant une certaine profondeur et à bords parfaitement limités. Au lieu de ces caractères, nous n'avons en effet le plus souvent qu'une surface d'un rouge plus ou moins vif, dépouillée d'épithélium, dont le fond est d'un lisse uniforme, ou bien hérissé de petites saillies très-fines ordinairement, d'autres fois plus grosses, constituant alors des granulations; ces ulcérations ont de la tendance à s'étendre dans le sens antéro-postérieur, très-peu latéralement : tantôt elles ne dépassent pas l'orifice externe du col; tantôt tout le pourtour de l'orifice est ulcéré, ou, par contre, l'ulcération est tout à fait partielle et n'occupe qu'un point très-limité. Quelques médecins pensent que ces ulcérations pénètrent dans la profondeur du col de l'utérus; les autopsies m'ont, au contraire, prouvé qu'elles dépassent très-rarement l'entrée de la cavité du col.

On trouve ordinairement sur ces ulcérations de petits points saillants très-multipliés, donnant l'aspect d'une plaque eczémateuse enflammée; autour d'elles, la muqueuse est plus ou moins congestionnée, rose ou d'un rouge foncé, quelquefois parfaitement saine et pâle.

Lorsque les ulcérations sont récentes, le col n'est point induré; il reste mou; il n'en est pas de même lorsque la maladie est ancienne. Le col devient de plus en plus dur, à mesure qu'on s'éloigne du début; il acquiert la consistance du tissu fibro-plastique, et donne au doigt une sensation d'irrégularité remarquable due à la présence des granulations. Ces granulations nécessitent-elles la présence d'ulcérations; sont-elles recouvertes d'épithélium, ou bien au contraire les papilles du derme sont-elles à nu? Les anatomistes et les micrographes ne sont pas entièrement d'accord sur cette question.

Quelquefois ces granulations sont assez considérables pour rappeler les bourgeons charnus, j'ai dit qu'on pouvait les sentir avec le doigt; mais il n'en est pas de même des érosions et des ulcérations superficielles, quoi qu'en disent plusieurs médecins, qui prétendre les reconnaître par le simple toucher.

Le diagnostic de ces ulcérations est en général facile; on peut avoir néanmoins à les distinguer des ulcérations syphilitiques du col, dont M. Bernutz a fait dans ces derniers temps une étude spéciale. Mais ces dernières, au lieu d'une coloration rouge, nous présentent, quand on les regarde un peu obliquement, une espèce de fausse membrane jaunâtre à travers laquelle on aperçoit, comme par transparence, l'ulcération. L'inoculation est d'ailleurs dans les cas douteux un très-bon moyen pour déterminer leur nature. On ne saurait confondre les ulcérations simples avec les ulcérations cancéreuses, non plus qu'avec les prétendues ulcérations tuberculeuses.

2° *Des engorgements.* — On les distingue par le toucher et par le spéculum : par le toucher, on reconnaît que le col a acquis proportionnellement au corps un volume démesuré. Mais cette appréciation, facile quand la femme n'a jamais eu d'enfants, parce qu'alors le col a presque toujours un volume médiocre, peut être rendue difficile chez les femmes qui ont eu des enfants, par le manque de renseignements sur le volume antérieur de l'utérus, et par l'existence normale de certaines déformations. A la suite de couches, il se fait, en effet, des déchirures qui fractionnent le col et lui donnent un aspect bosselé capable d'en imposer au médecin; mais il faut savoir que, même dans ces cas, le volume du col ne dépasse jamais certaines limites, au delà desquelles il y a engorgement. On ne peut douter de cette lésion, par exemple, lorsque le col a 4 ou 5 centimètres de diamètre, qu'il est en outre le siége de rougeur, de granulations, etc.

3° *Du catarrhe utérin.* — Chez les femmes qui sont bien portantes, le col de l'utérus est fermé; c'est à peine si l'orifice permet l'introduction de la sonde; au contraire, quand l'utérus est malade, les lèvres en s'écartant laissent l'orifice béant, à moins que les granulations en se pressant les unes contre les autres ne viennent effacer la lumière du col.

Le catarrhe utérin est constitué le plus ordinairement par une sécrétion qui vient de la cavité du col, et qui s'échappe par l'orifice; tantôt cette sécrétion est muqueuse et se présente sous forme d'une mèche blanchâtre et adhérente, d'autres fois elle est mucoso purulente ou purulente.

C'est à tort qu'on a voulu faire de ce symptôme une espèce morbide; le catarrhe utérin, pas plus que l'ulcération, ne donne lieu à des symptômes spéciaux; l'un et l'autre surviennent sous l'influence d'une inflammation chronique; mais ces manifestations morbides s'observent plus ou moins fréquemment; le plus commun est l'ulcération, vient ensuite l'engorgement, et enfin le catarrhe.

En Angleterre, M. West a examiné un grand nombre de cadavres de femmes. Sur 65 cadavres pris à l'hôpital Saint-Georges, il a trouvé 25 maladies utérines, et de ce nombre 17 ulcérations (11 ulcérations simples, 3 avec maladie de la membrane interne, 3 avec induration).

Un médecin indien a trouvé sur 50 cadavres, 35 cas de maladies utérines et 15 cas d'ulcérations.

J'ai fait faire le relevé des maladies utérines entrées dans mon service depuis treize mois, et j'ai trouvé, sur 155 malades de ce genre, 59 cas d'ulcérations (8 cas d'ulcérations simples et 51 avec complications, 15 avec déplacement en arrière, 3 avec abaissement, 30 avec déplacement en avant).

Ce tableau vous montre qu'on ne doit pas faire des ulcérations une espèce morbide, et que les maladies utérines se présentent comme de grands ensembles de phénomènes et d'altérations, et non comme des altérations isolées et morcelées.

Ce tableau confirme encore une opinion dont j'étais convaincu depuis longtemps, c'est que les ulcérations du col se lient fort souvent à une action toute mécanique, comme l'est une déviation en avant.

Ces déplacements en avant, qu'ils soient simples ou compliqués d'inflammation, exposent plus que tous les autres aux ulcérations par le frottement du col contre la muqueuse du vagin.

Les catarrhes utérins sont moins nombreux que les ulcérations. Sur ces 155 malades, 18 seulement avaient des catarrhes, et sur ces 18 catarrhes utérins nous comptons :

1 catarrhe simple;
14 catarrhes avec déviations;
3 catarrhes avec déviation et ulcération.

Le catarrhe utérin simple et sans complications est donc aussi rare que les ulcérations sans engorgements ou sans déviations.

Faut-il traiter les ulcérations, et par quels moyens?

Dans l'immense majorité des cas, ces ulcérations simples, ces érosions légères avec destruction de l'épithélium ne réclament aucun traitement actif. J'en suis revenu au pansement simple de Récamier par l'amidon, et sous cette influence, dès que la maladie locale, l'inflammation, est entrée dans une bonne voie, dès que les forces de la malade sont revenues, les ulcérations se guérissent rapidement.

J'ai fait aussi des pansements occlusifs avec un vernis de collodion. Sous l'influence de ce moyen, lorsque les malades ne souffrent plus, on voit l'ulcération disparaître rapidement. Je ne suis pas partisan des moyens actifs, tels que les caustiques, employés contre les ulcérations; je crois qu'ils retardent souvent la guérison. Ils sont bons néanmoins dans quelques cas, et peuvent servir à exciter un travail réparateur trop languissant, ce qui arrive chez

certaines femmes faibles dont les ulcérations du col ont un aspect grisâtre de mauvaise nature. Mais avant d'en venir à ce moyen, il en est d'autres à employer. Pour moi, j'en suis revenu à la méthode la plus simple signalée depuis longtemps par M. Mélier : c'est le pansement avec l'alun. Je reconnais cependant qu'il a le désavantage de coaguler le mucus et de former une espèce de fausse membrane qui peut irriter le col. Aussi faut-il en modérer les doses (25 à 50 centigr.). En ajoutant de l'amidon, on empêche la production de cette fausse membrane.

J'ai fait dans ces derniers temps quelques expériences avec le sous-acétate de plomb, qui adhère très-fortement aux parties ulcérées, et n'adhère pas aux parties saines. C'est un modificateur topique auquel je n'ajoute pas du reste une grande importance.

Quand les granulations sont très prononcées, elles réclament des agents plus énergiques, tels que le nitrate d'argent, l'iode, le sulfate d'alumine, le nitrate acide de mercure.

L'iode et le nitrate d'argent sont les plus simples et les meilleurs. J'ai peu employé le nitrate acide de mercure, qui, entre autres inconvénients, peut amener la salivation mercurielle, même après une seule cautérisation.

Si les granulations disparaissent après une première cautérisation, on suspendra leur emploi et l'on recourra au pansement simple; sinon on reviendra à la cautérisation, et après deux ou trois tentatives on modifiera la surface ulcérée avec la pâte de Vienne.

Nous arrivons maintenant aux engorgements du col utérin. Ici se place une méthode nouvelle, qui compte pour elle des succès nombreux : c'est la cautérisation avec la potasse caustique ou avec le fer rouge. Mais avant de recourir à ce traitement, qui ressemble un peu à l'*ultima ratio* des nations, on se demande si on ne pourrait pas guérir par des moyens moins violents et moins dangereux, car leur application a quelquefois entraîné des accidents formidables.

Pour moi, je combats ces hypertrophies par des vésicatoires sur le col de l'utérus. Leur application est très-simple; elle consiste en une rondelle de sparadrap vésicant maintenue sur le col pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures à l'aide d'un tampon imbibé de collodion et de quelques boulettes de charpie. L'effet de ces vésicatoires est de déterminer un boursouflement blanchâtre de la muqueuse, limité par un sillon rouge.

C'est un résolutif auquel on doit avoir recours lorsqu'on a employé les moyens généraux et les topiques simples. On renouvellera leur application deux, trois, cinq fois dans un intervalle de un à deux mois, et de cette façon on verra disparaître dans un temps assez court des engorgements simples ou compliqués d'ulcération qui languissaient depuis longtemps.

J'arrive enfin au catarrhe utérin, et ici encore je suis en opposition avec ce qui a été dit ou écrit à ce sujet. Beaucoup de personnes, en effet, portent des caustiques solides dans la cavité du col pour guérir des catarrhes. Cette méthode est inutile, si l'on n'emploie que des caustiques peu puissants; dangereuse, si l'on porte des caustiques tels que la pâte de Vienne; mais surtout peu logique, car le catarrhe utérin n'est point entretenu par des ulcérations du col, mais par l'inflammation sécrétoire des follicules, qu'il est bien difficile d'atteindre avec un de ces caustiques. Aussi M. Huguier, qui avait très-bien compris ce fait, avait-il eu l'idée de fendre le col de l'utérus, dans les cas rebelles, pour pouvoir cautériser dans la profondeur même de l'organe les follicules malades.

Il me semble qu'on peut obtenir la guérison d'une manière plus simple en débarrassant le col des mucosités qui l'obstruent à l'aide d'injections dans la cavité même du corps. Dans ce but, j'ai fait construire une sonde creuse, de même forme que la sonde utérine, et à laquelle j'adapte l'instrument de M. Hardy (de Dublin), destiné par ce médecin à pousser des vapeurs dans le vagin. En ajoutant à l'eau contenant du tannin de l'alun, quelques gouttes de laudanum, les malades éprouvent peu de douleur et supportent très-facilement cette opération.

Les substances que l'on injecte ne sauraient être indifférentes. Le nitrate d'argent en injections peut occasionner des péritonites graves, même mortelles, sans que l'injection passe dans le ventre et par propagation seulement de l'utérus au péritoine.

Si, au contraire, on met pour 50 grammes d'eau 25 ou 50 centigrammes d'alun, et 10 à 15 gouttes de laudanum, la malade n'éprouvera que quelques coliques, ou des douleurs un peu plus vives si l'orifice du col est très-étroit, douleurs que le médecin calmera facilement par l'emploi de l'opium et des fomentations émollientes.

C'est en agissant de la sorte qu'après plus de cinquante injections je n'ai jamais vu survenir le moindre accident sérieux.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. GOSSELIN.

Du cancer isolé du corps de l'utérus.

Par M. le Dr MONCEAUX, ex-interne en pharmacie dans le service.

Le numéro 97 de la *Gazette des Hôpitaux* contient une observation de grossesse extra-utérine recueillie dans le service de M. le professeur Velpeau par M. Dumont-Palier, et dans laquelle il est dit, à propos du diagnostic d'une tumeur rétro-utérine :

« On ne doit pas s'arrêter à l'idée d'un cancer de l'utérus; car » le corps utérin ne devient cancéreux que consécutivement au » col, et le col est intact. »

L'éminent professeur dans le service duquel cette observation a été prise, est trop versé dans la connaissance des affections cancéreuses pour qu'on puisse lui attribuer un seul instant, sur le début du cancer utérin, une opinion aussi absolue. L'exagération m'en paraît plutôt échappée à la rapidité de la rédaction, et c'est ce qui m'a inspiré la pensée de la faire remarquer.

Si, en effet, c'est le plus ordinairement par le col (et par la portion inguinale de celui-ci) que débute le cancer de l'utérus, dans un certain nombre de cas aussi, c'est le corps qui est primitivement envahi, le col restant intact. MM. Ferrus, Marjolin, Lebert, Huguier, Forget (de Strasbourg), Gosselin, etc., ont observé des exemples de cet envahissement primitif du corps, et les ont publiés ou en ont parlé dans leurs ouvrages. J'en ai moi-même inséré dans ma thèse inaugurale (*Etudes cliniques sur le cancer de la matrice*, janvier 1855) une observation que j'avais recueillie dans le service de M. Gosselin, à l'hôpital de Lourcine; je demande la permission de la reproduire ici.

Il est vrai, ces faits sont assez rares. Ainsi, M. Ferrus dit ne les avoir observés que trois fois sur trente-deux, et M. Lebert deux fois sur quarante-cinq. Mais ces chiffres eux-mêmes ne démontrent-ils pas l'importance qu'il peut y avoir à ne pas oublier la possibilité de l'existence de ces cancers isolés du corps de l'utérus? Ne démontrent-ils pas que ces affections sont moins rares que les grossesses extra-utérines, et que ce serait laisser le praticien dans une incertitude fâcheuse que de les lui laisser ignorer?

D'ailleurs, la rareté du cancer utérin n'est peut-être pas aussi grande qu'on pourrait le croire au premier abord. M. le professeur Forget a déjà insisté sur ce fait, il y a quelques années, dans un travail qu'il a publié (*Gazette médicale*, 11 octobre 1851), et qui contient deux observations de cancer isolé du corps de l'utérus. Si le cancer isolé du corps utérin est si rare, c'est peut-être parce qu'il est méconnu ou rejeté des probabilités du diagnostic.

Ce ne serait pas, en effet, la première fois que l'idée du cancer du corps utérin serait écartée par cette raison que le col est resté sain. On trouve dans l'ouvrage de Dugès et de Mme Boivin plusieurs observations publiées sous ce titre : *Hydropysie de l'utérus suivie de l'ulcération cancéreuse du col*, dans lesquelles il s'agit manifestement d'affections cancéreuses du corps utérin méconnues.

Un des cas de M. Forget fut pris pour un kyste ovarique.

Enfin, les signes diagnostiques des phlegmons péri-utérins (en dehors de l'état puerpéral) et de l'hématocèle rétro-utérine, ne sont pas tellement précis, tellement distincts de ceux du cancer isolé du corps, qu'on ne puisse, dans certains cas, confondre ces affections ou rester dans le doute sur la nature de la tumeur.

Il n'est cependant pas indifférent pour une malade d'avoir l'une ou l'autre de ces affections, et la possibilité de l'existence d'un cancer isolé du corps utérin me paraît devoir toujours entrer en ligne de compte dans l'esprit du médecin lorsque, comme je l'ai dit, après M. Forget, dans mon travail, il ne trouvera pas dans les organes de la génération des lésions suffisantes pour expliquer l'ensemble des symptômes et des troubles fonctionnels qu'il remarque. Le corps de l'utérus peut devenir cancéreux primitivement et isolément, et la mort survenir avant même l'envahissement du col, comme le démontrera la lecture de mon observation.

La nommée G... (Arthémise), âgée de cinquante ans, entra le 11 février 1854 dans le service de M. Gosselin, à l'hôpital de Lourcine. Cette femme avait eu deux enfants, le dernier a dix-neuf ans. Jamais de fausses couches. Depuis six ans, au lieu de ses règles, qui jusque-là avaient été assez régulières, elle avait des pertes sanguines habituelles, sans douleurs ni affaiblissement notable, lorsqu'au mois de septembre 1853 apparurent des douleurs très-fortes dans les reins et les lombes. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, le sang cessa de paraître et fut remplacé par du pus. C'est dans cet état qu'elle se présenta à la visite.

Par le toucher, on ne trouva le col de l'utérus ni dur, ni bosselé, ni ulcéré; il fut jugé très peu saillant. On ne put, à cause des douleurs abdominales, préciser l'état du corps de l'organe; on constata seulement qu'il était très-développé.

A l'aide du spéculum, on constata que le col était petit, rouge, et que sa surface avait seulement une apparence fongueuse pouvant en imposer, au premier abord, quoique le col fût sain. On constata aussi une suppuration abondante et fétide venant de l'intérieur de l'utérus.

Le ventre était développé et sensible; il y avait des alternatives de diarrhée et de constipation. L'état général était, du reste, assez bon, et ne présentait rien de particulier.

Le 28, un nouvel examen permit de constater que le col était parfaitement sain. On mit en doute l'existence de l'affection cancéreuse.

Le 5 mars, la malade continuait à souffrir dans les hanches, les reins et le ventre, ce qui rendit l'exploration de celui-ci impossible; mais l'abondance et la fétidité de l'écoulement utérin purulent, jointes aux autres troubles fonctionnels, firent soupçonner à M. Gosselin qu'il s'agissait d'un cancer du corps de l'utérus.

Des inhalations de chloroforme faites à plusieurs reprises calmèrent momentanément la malade, et lui procurèrent même un soulagement marqué; mais après avoir encore souffert une quinzaine de jours de la fièvre, de douleurs abdominales avec vomissements rebelles, attribués à une péritonite aiguë, elle mourut le 23 mars.

A l'autopsie, voici ce que l'on trouva en examinant les viscères abdominaux :

Le grand épiploon était accolé aux anses intestinales, dont on ne pouvait le séparer qu'avec le bistouri. Un bon nombre d'anses intestinales accolées à cet épiploon étaient, d'autre part, réunies entre elles par des adhérences; elles étaient en même temps molles, rosées et dépolies, présentant de petites fausses membranes et du pus en quelques points. On trouva une assez grande quantité de pus dans l'excavation pelvienne; cette excavation était remplie en grande partie par une tumeur mollasse qui masquait complétement l'utérus et les autres organes du bassin.

Tous ceux-ci ayant été enlevés en masse, on commença par ouvrir le rectum, qui, confondu avec la masse générale, était difficile à suivre, à cause des flexuosités qu'il décrivait. Il était notablement étroit, et nous remarquâmes que les couches musculaires circulaires offraient une épaisseur de 4 ou 5 millimètres, et avaient un aspect grisâtre.

La vessie, petite, ratatinée, n'offrait rien de particulier. L'uretère droit ne présentait pas d'oblitération, ni même d'apparence de rétrécissement, pas plus que le gauche.

Le vagin étant fendu, nous trouvâmes le col utérin très-peu saillant et réduit à de petites proportions; mais il ne paraissait pas ulcéré ni avoir été le siége d'aucune destruction cancéreuse.

En fendant la matrice, à partir de 2 ou 3 centimètres au-dessus du col, on trouva une tumeur mollasse, mamelonnée, grosse comme le poing, remplissant la cavité utérine, et évidemment constituée par sa paroi, transformée de tous côtés en cancer mollasse. Il ne restait aucune trace de la paroi antérieure, à l'exception du péritoine, qui paraissait ulcéré et perforé. Ce cancer du corps de l'utérus remplissait toute l'excavation pelvienne et formait, par suite d'adhérences du péritoine, une masse avec les annexes des deux côtés et le rectum.

Dans la région lombaire droite, on trouva plusieurs ganglions blanchâtres, mollasses, fournissant du suc, et paraissant évidemment formés, de même que la tumeur utérine, par de l'encéphaloïde.

Les poumons n'offraient aucune lésion; le cœur non plus. Le foie était volumineux, décoloré, et présentait à sa surface deux taches noires qui se prolongeaient dans l'épaisseur de l'organe à près de 1 centimètre et semblaient formées par une ecchymose. L'une d'elles offrait à son centre une poche grise qui donnait l'idée d'un cancer commençant.

Les reins étaient pâles, mais il n'y avait ni atrophie de leur substance, ni dilatation des calices et des bassinets.

On voit par cette observation que non-seulement pendant la vie il peut exister un cancer de l'utérus, le col restant intact, mais encore que le mal peut faire des progrès assez rapides et amener des désordres assez grands du côté des organes internes pour causer la mort avant que le col ait participé en aucune façon à l'altération organique du corps. Cette observation montre encore l'obscurité qui peut régner longtemps sur le diagnostic, et la réserve imposée au chirurgien sur le pronostic qu'il pourrait être tenté de porter favorable, s'il s'arrêtait à cette donnée que le col est intact.

CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE STRASBOURG.

Service de M. HELD, professeur agrégé.

Contusion du cerveau par contre-coup. — Méningite avec ramollissement cérébral circonscrit limité au côté gauche du cerveau, survenue à la suite de l'ablation d'une tumeur cancéreuse sur le frontal droit.

(Observation recueillie par M. le docteur PICARD.)

Barbara Strencher, paysanne, âgée de soixante-sept ans, entre à l'hôpital de Strasbourg le 1er septembre 1854. C'est une femme d'une constitution assez bonne, d'un tempérament mixte; elle affirme avoir toujours joui d'une bonne santé, et ne connaît aucune personne de sa famille qui ait eu une affection de mauvaise nature; mariée, elle est mère de cinq enfants, qui sont tous bien portants. Elle raconte que depuis un an s'est développée vers la région frontale du côté droit une tumeur qui a peu à peu augmenté de volume, et qui aurait eu pour point de départ une induration résultant d'une contusion survenue deux ans auparavant; cette tumeur s'est ulcérée à la suite de l'application de caustiques. Douleurs lancinantes, s'exaspérant pendant la nuit: insomnie. Du reste, toutes les autres fonctions s'exécutent normalement; la malade a peu maigri.

Etat actuel. — Embonpoint conservé; teint un peu jaunâtre de la peau; pas de fièvre.

A la région droite du front existe un champignon volumineux, d'environ 10 centimètres de diamètre, ayant tous les caractères d'une tumeur cancéreuse; la surface offre une coloration rosée et grisâtre; la suppuration est abondante et fétide. Ce champignon, au dire de la malade, aurait déjà donné lieu à des hémorrhagies assez abondantes. A l'angle interne de l'œil droit et sur différents points de la face existent de petites croûtes grisâtres, superficielles, que M. Held croit être de nature suspecte. La tumeur est peu mobile, et paraît partir du périoste.

Rien de particulier à l'exploration des autres organes.

Le 15 septembre, M. Held pratique l'extirpation de la tumeur par l'instrument tranchant; on fut obligé de détacher le périoste pour enlever toutes les parties malades. — Pansement à plat.

Rien qui mérite d'être noté jusqu'au 21. Voici quel était l'état de la plaie : des portions superficielles du frontal s'étaient déjà spontanément détachées, au fond apparaissaient des bourgeons charnus de bonne nature; l'état général était excellent. La malade se rend à la cathédrale par une matinée froide, et y reste pendant une heure.

Le 24, à midi, frisson suivi de chaleur; le soir, à six heures, voulant sortir de son lit, la malade tombe comme frappée d'une attaque d'apoplexie.

Le 25, à sept heures du matin, décubitus dorsal, facies hébété, respiration non stertoreuse, surdité absolue, vision conservée; la malade ne répond à aucune question; point de paralysie des extrémités, point de contracture ni d'hyperesthésie; sensibilité très-vive à la pression de l'abdomen; impossible de voir la langue. Peau chaude; pouls très-fréquent, un peu irrégulier. — Fomentations sur les cuisses d'une solution alcoolique d'huile essentielle de moutarde, 1/30; lavement avec feuilles de séné, 5,00, sel de Glauber, 15,00; fomentations froides sur le ventre.

Le même jour, à une heure et demie, violent frisson; œil droit fermé, œil gauche ouvert, mais terne et sans expression; l'abdomen n'est plus sensible, même à une pression profonde; la respiration

s'embarrasse. A quatre heures, frisson intense, tremblement de tout le corps, claquement des dents; respiration bruyante; pouls irrégulier, fréquent. — Calomel, 0,50 en dix fois.

Le 26, rien de particulier pendant la nuit. La malade a pu avaler cinq paquets du médicament. Face pâle; yeux fermés; respiration stertoreuse, lente; tremblement des extrémités supérieures. Mort à cinq heures et demie du soir, sans reprendre connaissance.

Autopsie faite le 28 septembre, à neuf heures du matin.

Cadavre amaigri. Absence de rigidité. Pas d'œdème. Ventre aplati; on sent la colonne vertébrale à travers les parois abdominales.

Etat de la plaie. — Bourgeons charnus de bonne nature; dans certains points, lamelles osseuses très-minces, nécrosées, prêtes à se détacher.

Cavité crânienne. — Crâne tellement adhérent à la dure-mère qu'il faut l'enlever avec le cerveau. Absence de tout travail pathologique dans les points correspondants à la plaie extérieure.

A gauche, nappe de pus entre la dure-mère et l'os; du même côté, méningite suppurée, érosion superficielle du parenchyme cérébral. A la partie antérieure du lobe cérébral gauche existe un ramollissement circonscrit, apoplectiforme, peu étendu. Le reste du cerveau ne présente rien de spécial à noter; peu de sérosité dans les ventricules.

Cavité abdominale. — Vessie distendue par de l'urine. Intestins remplis de matière liquide, verdâtre. Point de lésion des glandes de Peyer.

Cavité thoracique. — Cœur normal. Quelques tubercules crétacés disséminés dans les deux poumons.

RÉFLEXIONS. — Cette observation n'est pas de nature à élucider le diagnostic si obscur des affections cérébrales. Nous ne faisons que mentionner rapidement la symptomatologie spéciale de ce cas particulier, son évolution rapide, sa prompte terminaison par la suppuration, l'existence dès le début de symptômes abdominaux qui pouvaient faire soupçonner une péritonite ou une fièvre typhoïde; les tubercules, il est vrai à l'état crétacé, coïncidant avec une tumeur cancéreuse bien caractérisée, etc.

Mais cette observation nous a paru surtout remarquable par les considérations suivantes:

Habituellement, à la suite d'opérations pratiquées sur le périoste des os du crâne, il se fait un travail pathologique du côté de la dure-mère dans les points correspondants aux parties extérieures; ici, par une singulière anomalie, les choses se passent différemment; le frontal avait été nécrosé superficiellement du côté droit, et c'est à gauche que nous trouvons une accumulation de pus entre l'os et la dure-mère, une méningite suppurée et un ramollissement apoplectiforme circonscrit.

Il est vrai que ces accidents sont survenus plus de huit jours après l'opération, alors que la plaie avait très-bon aspect et que rien ne pouvait faire supposer une pareille catastrophe. Il est difficile, toutefois, d'admettre qu'il n'y ait pas eu de relation entre ces phénomènes. Nous ne hasarderons point d'explication; contentons-nous de rapporter le fait, qui nous a semblé être assez intéressant pour être publié.

SIMPLES RÉFLEXIONS

au sujet du mémoire de MM. Socquet et Bonjean sur un nouveau traitement dialytique.

Par M. ROBIQUET.

J'ai lu avec un vif intérêt le mémoire sur le traitement de la goutte que M. le docteur Socquet et M. Bonjean, pharmacien, viennent de publier dans ce journal, toujours empressé d'accueillir les travaux sérieux. Ces messieurs ont donné le bon exemple d'unir en commun leurs efforts, et la thérapeutique profite trop de cette association médico-pharmaceutique pour que les amis de l'art de guérir n'y applaudissent pas. C'est même grâce à une entente cordiale aussi louable que je me crois permis d'entrer dans la discussion.

Quelle que soit la forme sous laquelle apparaisse la goutte, il est un fait incontestable, c'est qu'il se produit dans l'économie un excès d'acide urique qu'il faut détruire et éliminer. En raisonnant chimiquement, le bi-carbonate de soude et le carbonate d'ammoniaque sont les meilleurs dissolvants de l'acide urique; le dernier de ces sels le décompose même complétement. Il faudra donc, en premier lieu, soumettre le malade à un traitement alcalin interne et externe. Pour éliminer les produits uriques transformés ou dissous, on aura recours aux diurétiques et aux purgatifs. Enfin, comme il est rare que l'économie subit une transformation complète, même en bien, il ne se produise pas un certain mouvement de fièvre, le sulfate de quinine pourra être d'un grand secours pendant la convalescence.

Guidé par ces principes, je me suis permis de donner à deux de mes amis atteints de sciatique rhumatismale et de goutte des articulations le traitement suivant:

Poudre diurétique alcaline.

Nitrate de potasse.	10 grammes
Bi-carbonate de soude. . . .	10 —

Mêler pour 40 prises. En prendre une chaque soir, dans une tasse d'infusion de racines de fraisiers très-sucrée.

Mixture alcaline.

Carbonate d'ammoniaque. . .	100 grammes
Eau de fontaine.	400 —
Baume Fioraventi.	100 —

A employer en compresses sur les points douloureux.

Prendre tous les huit jours un bain contenant:

Carbonate d'ammoniaque. . . .	150 grammes.

Se purger tous les quinze jours avec:

Scammonée.	50 centigr.

En cas de fièvre, vers la fin du traitement, prendre:

Sulfate de quinine.	15 à 20 centigr.

Alimentation amylacée et sucrée; viandes très-cuites et en petites quantités. Éviter les viandes saignantes, et en général toute nourriture azotée. Le vin, le café et les liqueurs, loin d'être nuisibles, favoriseront l'effet du traitement.

Ce n'est pas sans motif que je recommande une alimentation sucrée. On sait, en effet, que les concrétions des goutteux contiennent une grande quantité de chaux, et que le sucre est un très-bon dissolvant des sels calcaires.

Quoi qu'il en soit de ce traitement et des motifs qui me l'ont fait adopter, j'ai eu le bonheur de le voir réussir complétement, et c'est pour ce motif que je m'empresse de le publier, espérant qu'entre de meilleures mains il portera ses fruits, après avoir sans doute subi quelques modifications.

J'ai cherché surtout à employer des médicaments bien connus, pour ainsi dire vulgaires, et pouvant être parfaitement supportés par les malades. Le bi-carbonate de soude et le carbonate d'ammoniaque agissent comme sels alcalins, et peuvent être remplacés par tout autre sel à base de potasse, de soude ou d'ammoniaque, mais à acide faible. Le silicate de soude et le benzoate de soude sont dans ce cas. Seulement, il serait bon de savoir comment les malades supporteront l'acide silicique isolé de sa combinaison alcaline par les acides de l'économie, et si ce même acide ne pourrait pas devenir le noyau de calculs siliceux très-durs et parfaitement insolubles. Quant au benzoate de soude, que MM. Socquet et Bonjean emploient pour transformer l'acide urique en acide hippurique, il faudrait y renoncer s'il n'a pas d'autre but.

Je comprends bien l'acide hippurique comme une copulation de sucre de gélatine et d'acide benzoïque que M. Dessaignes nous a parfaitement appris à dédoubler, mais je ne vois pas très-clairement comment, en ajoutant de l'acide benzoïque à de l'acide urique, on ferait de l'acide hippurique.

J'ai évité avec soin les préparations de colchique, à cause de leur action toxique et des inflammations d'estomac qu'elles peuvent entraîner. De plus, dans la goutte, la colchique n'agit que comme diurétique, et à ce titre il vaut mieux le remplacer par le nitrate de potasse et la racine de fraisier.

Telles sont les réflexions que m'a inspirées le mémoire de MM. Socquet et Bonjean; je n'ai certes pas la prétention de me faire juge de leur traitement, mais seulement d'apporter mon modeste tribut dans la discussion qui va s'ouvrir devant l'Académie.

CÉPHALOEMATOME ÉPICRANIEN.

Incision, injections, séton, etc. — Guérison.

Par M. le docteur CORLIEU (de Charly), médecin de la direction des nourrices.

Le céphalœmatome est une affection peu commune. Souvent méconnue, confondue par les médecins du siècle dernier avec l'œdème séro-sanguin (*caput succedaneum*), elle échappa aux investigations de Bonnet et de Morgagni, et ce n'est que vers la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, depuis une cinquantaine d'années environ, qu'il devint, en Allemagne d'abord, en Italie, puis en France, l'objet d'une étude particulière.

L'étendue du céphalœmatome varie depuis le volume d'une noisette jusqu'à celui d'un œuf de poule. Dans le premier cas, il passe souvent inaperçu et guérit seul; dans le second, il est très-rare, et résiste quelquefois plus ou moins longtemps au traitement conseillé par les auteurs.

Le hasard m'ayant fourni tout récemment l'occasion d'en voir un d'un volume extraordinaire et dont le traitement a été long, je vais en rapporter l'observation.

J'ai été appelé le 27 mai 1856 chez M. P... (de Montoisel) pour voir sa fille, née le 19 mai.

La mère, quoique primipare, bien constituée, était accouchée seule et sans beaucoup de souffrances. La grossesse avait été heureuse, l'accouchement naturel, peu long, l'enfant ayant présenté le sommet.

A ma visite, j'ai constaté un céphalœmatome épicrânien occupant *tout le pariétal droit*. La tumeur était fluctuante, sans battements, sans changement de couleur à la peau, ayant le bourrelet caractéristique, mais *non continu*. On m'a dit que l'enfant était née avec cette tumeur. Le céphalœmatome avait 0,29 de circonférence, 0,13 d'arrière en avant et autant de gauche à droite.

Quoique n'espérant pas arriver par les topiques à la résolution d'un céphalœmatome aussi volumineux, j'ai cependant employé pendant quelques jours les frictions avec la pommade iodurée et les compresses imbibées d'une solution d'acétate de plomb. Ces moyens, employés exactement pendant neuf jours, n'ayant amené aucun résultat, je me suis décidé à opérer l'enfant le 4 juin.

Je n'ai point remarqué que le céphalœmatome, comme le dit Palletta, ait augmenté de volume jusqu'au jour de l'opération.

Le procédé auquel je me suis arrêté a été l'incision, comme plus sûr et plus prompt.

J'ai pratiqué sur la tête, préalablement rasée, une incision de 3 centimètres, oblique d'arrière en avant, de manière à éviter le trajet des vaisseaux. Par cette incision, il est sorti un jet de sang noir, liquide, 100 grammes environ. J'ai senti, quand le sac fut vidé, quelques petites bosselures dans la tumeur, bosselures roulantes, inégales, qui avaient disparu seules le lendemain. J'ai introduit dans le sac des mèches enduites de cérat simple; j'ai recouvert la plaie avec des cataplasmes de farine de graine de lin, arrosés d'eau blanche, pour prévenir l'érysipèle. Pansement matin et soir.

Au bout de cinq à six jours, il s'était établi une suppuration qui fut assez abondante et devint fétide. J'employai quelques lotions et injections chlorurées; deux jours après, la mauvaise odeur avait disparu.

Dans le but d'amener une inflammation adhésive dans le sac et de faire cesser la suppuration, je fis des injections iodées: elles n'eurent aucun résultat. La suppuration devint de plus en plus abondante; il sortait matin et soir une cuillerée de pus épais, crémeux, sans odeur. Au lieu d'introduire des mèches dans la poche, ce qui enfermait le pus, j'essayai de cautériser les bords de la plaie avec le nitrate d'argent, suivant la méthode conseillée récemment par M. Nonat. Au lieu de laisser l'ouverture béante et de favoriser ainsi l'écoulement du pus, ce moyen en amena l'occlusion. Je dus avoir de nouveau recours aux mèches cératées et aux cataplasmes, que je maintins à l'aide de bandes qui se croisaient sur la tumeur; un bonnet ajusté recouvrait ce pansement.

La suppuration étant toujours très-abondante, et craignant un décollement considérable et ses funestes conséquences, je fis, le 20 juin, une contre-ouverture à la partie postérieure de la poche, à cinq centimètres environ de la première. J'établis ainsi un séton et fis panser l'enfant toutes les quatre heures pour empêcher, autant que possible, l'accumulation du pus. La suppuration dura encore longtemps; j'employai les injections iodées, les mèches enduites de cérat et d'onguent styrax.

Enfin, n'arrivant pas à un résultat satisfaisant, j'essayai la compression méthodique sur la poche, de manière à rapprocher les deux feuillets. Un coussinet, vide au centre, en forme de pessaire, me servit parfaitement: les bandes en croix le maintinrent exactement et permirent au pus de sortir dans le milieu vide de ce bourrelet. Ce dernier moyen me réussit, et à partir des premiers jours de juillet le pus fut remplacé par un liquide séreux, qui disparut lui-même bientôt.

Le 14 août, je touchai avec la pierre quelques bourgeons fongueux aux deux ouvertures du séton.

Aujourd'hui la guérison est complète; les cheveux ont repoussé, la tête est régulière; les pariétaux ont la même forme; il ne reste, en un mot, aucune trace du céphalœmatome.

Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est:

1° Non-seulement la rareté de l'affection, mais encore le volume énorme de la tumeur, qui, d'après les auteurs, dépasse rarement celui d'un œuf de poule (1);

2° La présence des petites bosselures roulantes, qui étaient probablement des caillots sanguins, et qui disparurent seules;

3° L'existence du céphalœmatome chez une fille, Burchard ayant remarqué que, sous le rapport de la fréquence, on le trouve presque quatre fois plus souvent chez les garçons que chez les filles (34 à 9);

4° La longueur du traitement, la suppuration abondante et prolongée.

Malgré la quantité considérable de pus qui sortait chaque jour, il n'y eut aucune altération dans la santé de l'enfant, qui augmentait vite et prenait le sein avec avidité.

Quoique le traitement par le séton, prôné par le comte P. de Moscati, ancien médecin du prince Eugène Beauharnais, adopté en partie par Palletta en 1820, soit aujourd'hui généralement abandonné, c'est celui qui, par le hasard des circonstances, a amené la guérison de la jeune P... (de Montoisel. Malgré l'application du séton, il n'y eut ni fièvre ni érysipèle.

Quant à la ponction, elle eût été insuffisante pour un céphalœmatome aussi volumineux: aussi m'étais-je arrêté à l'incision, méthode conseillée d'abord par Michaelis (1799), puis par Osiander, Elie Siebold, Naegele (1812) et, plus récemment encore, par M. le professeur Paul Dubois.

TRAITEMENT DES NÆVI MATERNI VASCULAIRES (TUMEURS ÉRECTILES)

par l'inoculation vaccinale.

Par M. F. L. LEGENDRE.

Le traitement des tumeurs érectiles par la vaccination constitue une méthode vantée par un grand nombre d'auteurs, et qui, convenablement appliquée, donne presque constamment d'excellents résultats, sans exposer à aucun danger. Malheureusement cette méthode n'est point applicable à tous les cas, car l'opération ne peut être pratiquée utilement chez les enfants vaccinés, et elle échoue lorsque le mal est trop étendu ou trop profond.

Pour assurer le succès de l'opération, le chirurgien doit provoquer une inflammation dans la totalité du tissu pathologique. Le nombre des piqûres, toujours en rapport avec l'étendue de la lésion, sera tel que les pustules, complétement développées, se touchent par leur base. Les piqûres doivent être faites à 1 centimètre de distance les unes des autres, dans les points où la peau est moins altérée. Dans les régions habituellement couvertes, et où par conséquent une cicatrice d'une certaine étendue n'aurait pas grand inconvénient, on peut faire les inoculations au pourtour du mal, sur la peau saine, mais de telle sorte que le bouton, en se développant, empiétât sur le nævus.

M. Legendre rapporte une observation très-intéressante, dont

(1) Nous avons vu, il y a quelques jours, à la consultation de M. Nélaton (M. Richard suppléant), un céphalœmatome de 6 centimètres au moins de diamètre. (Note de la Rédaction.)

nous donnons les détails principaux, afin de rappeler la marche suivie par le mal dans les cas de guérison.

Nævus saillant. — Vaccination par sept piqûres faites au pourtour de la tumeur érectile. — Guérison complète au bout d'un mois.

Tache érectile congénitale, saillante, de l'étendue d'une très-petite lentille, située au-dessous et en arrière du grand trochanter droit. A deux mois, le mal a fait de grands progrès; il a 12 millimètres en largeur, et 7 en hauteur. La tumeur se gonfle, et devient d'une couleur rouge vif quand l'enfant crie; elle s'affaisse au niveau de la peau saine lorsque l'enfant est calme. A 7 millimètres en arrière, et un peu au-dessous de ce nævus, on trouve une petite tache rouge, à peine visible, formée par quelques varicosités vasculaires.

Le 28 août 1855, sept inoculations sont pratiquées autour de la tumeur érectile, à 5 millimètres environ de distance les unes des autres. Les piqûres faites sur la peau saine, mais très-près du nævus, fournissent à peine du sang. Huitième piqûre au centre du petit nævus commençant, et neuvième enfin, sur le bras droit, pour servir plus tard de témoignage de vaccination.

Le 30, deux petites papules sont visibles au bord inférieur de la tumeur, sans changement de couleur à la peau.

Le 1er septembre, sept papules répondant aux sept piqûres entourent le nævus; elles sont déprimées au centre, du volume d'une tête d'épingle, peu saillantes. Mêmes caractères sur le petit nævus et sur le bras. Déjà le nævus principal paraît un peu flétri et moins vermeil.

Le 3, les pustules se touchent et forment un cercle complet, interrompu seulement vers le bord supérieur, dans une étendue de 3 millimètres. Boutons aplatis, légèrement ombiliqués, encore pâles. Ils empiètent sur le nævus, et offrent dans leur portion qui repose sur le tissu érectile une couleur bleuâtre.

Le 5, le cercle pustuleux est complet; au centre se trouve le nævus, réduit à une étroite surface triangulaire. La pustule du bras suit son évolution normale.

Le 7, engorgement notable du tissu cellulaire sous-cutané, au-dessous de l'auréole qui environne la plaque boutonneuse.

Le 9, pustules complétement desséchées, formant une plaque comme bulleuse, rénitente, de couleur ardoisée.

Le 11, une croûte sèche, noirâtre, festonnée, remplace le nævus et le cercle boutonneux; elle commence à se détacher, et l'on voit au-dessous d'elle une exulcération un peu grisâtre.

Le 14, même état. La croûte est plus décollée, et l'exulcération visible dans une plus grande étendue.

L'enfant est ensuite perdu de vue jusqu'au 16 octobre. Cicatrice légèrement déprimée, dont les bords, festonnés, sont un peu plus rosés que la peau normale environnante, et dont le centre, uni, très-blanc, est ponctué seulement d'une quinzaine de points rouges du volume d'une pointe d'aiguille, sans saillie aucune. A la place des petites varicosités qu'on observait près de la tumeur érectile, on constate aujourd'hui une cicatrice de vaccine blanchâtre, gaufrée, n'offrant aucune injection. (*Arch. gén. de méd.*)

POSSIBILITÉ ET FACILITÉ D'OPÉRER LA CATARACTE par extraction dans certains cas de pupille artificielle.

Par M. Critchett.

Lorsqu'une opacité de la cornée ou une occlusion morbide de la pupille normale a nécessité une opération de pupille artificielle, si l'on trouve, au moment de cette opération ou quelque temps après, une opacité du cristallin, que faut-il faire? Convient-il de faire l'opération de la cataracte par la méthode de l'extraction?

Un certain nombre de chirurgiens repoussent cette opération parce que :

1° Il existe ordinairement des adhérences entre l'iris et la capsule cristalline;

2° La non-dilatabilité de la pupille artificielle empêche le cristallin de pouvoir la traverser;

3° Enfin, quand il existe déjà une opacité de la cornée, l'incision faite à cette membrane pour pratiquer l'extraction ne se réunit que par une cicatrice non transparente qui diminue encore d'une manière notable l'espace resté perméable aux rayons lumineux.

M. Critchett ne croit pas décisives ces objections. Les adhérences, d'abord, n'existent qu'entre la capsule et l'iris. Or le cristallin reste donc libre dans sa capsule, et facile à en déloger lorsque celle-ci a été largement ouverte.

D'un autre côté, il a vu, sur de jeunes sujets, des cataractes molles passer à travers une pupille dont le diamètre n'était point suffisant pour admettre le manche de la curette. Si la cataracte est dure, on fait l'incision de la cornée tout à fait au voisinage de la sclérotique, de manière que le centre du lambeau corresponde à l'ouverture artificielle.

Enfin le prolapsus de l'iris, accident qui complique fréquemment l'extraction faite sur un œil dont l'iris est à l'état normal, n'a jamais été observé dans les cas de pupille artificielle.

M. Critchett a exécuté trois fois, pour le moins, l'extraction dans ces circonstances.

Sur un sujet, il avait établi la pupille artificielle pour une opacité étendue de la cornée. Ayant trouvé le cristallin opaque, il en fit l'extraction au bout de quelques semaines, sans accidents et avec succès.

Chez un autre, la pupille artificielle avait procuré une vision parfaite durant sept ans; ce ne fut qu'alors qu'une cataracte se forma. Elle fut extraite aussi facilement qu'à travers la pupille naturelle, et les suites furent parfaitement heureuses.

Sur le troisième, la pupille artificielle, nécessitée par une déformation de la pupille normale, avait été exécutée par un autre opérateur, mais sans résultat bien avantageux. M. Critchet s'aperçut alors de l'existence d'une opacité cristallinienne. Il fit l'extraction de la lentille. A la suite, la pupille artificielle se ferma, et il fut obligé d'en ouvrir une nouvelle dans une partie plus centrale de l'iris. Le résultat fut satisfaisant pour l'exercice de la vue.

(*The Lancet.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 septembre 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Action physiologique et thérapeutique du courant galvanique constant sur les nerfs et les muscles de l'homme. — M. Remak (de Berlin) lit sous ce titre la note suivante :

Au mois de décembre de l'année passée, j'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie une note sur des contractions toniques des muscles produites chez l'homme au moyen des courants galvaniques constants. En poursuivant depuis ce temps ces expériences, je suis arrivé à mettre hors de doute que les contractions toniques ou continues qui surviennent dans un membre pendant le passage d'un courant constant par un tronc nerveux, soit dans les muscles antagonistes, soit dans les muscles animés par ce même nerf, sont de nature réflexe, et peuvent par conséquent être produites aussi par l'excitation galvanique de certains nerfs cutanés. Il était donc démontré que l'excitation continue des fibres nerveuses sensibles, qui, comme on le sait depuis Volta, se produit par l'action du courant galvanique continu, peut se transmettre chez l'homme jusqu'aux centres nerveux, et causer même des contractions continues des muscles qui sont en rapport avec les parties centrales excitées.

A la même époque, une autre série de recherches anatomiques et physiologiques m'avait conduit à essayer sur l'homme l'effet des courants électriques pour faire cesser des contractures. M. Edouard Weber avait trouvé dans des expériences sur la grenouille (1845) que les muscles deviennent plus souples par l'action du courant induit. La première expérience faite par moi (le 13 juin 1856) sur une femme souffrant depuis deux ans d'hémiplégie avec contractures, confirmait en apparence ce résultat; mais je reconnus bientôt que les muscles délivrés de la contracture par le courant induit ne rentraient pas sous l'empire de la volonté. En conséquence, j'entrepris la même expérience (le 22 juin) en remplaçant le courant induit par le courant constant d'une batterie de vingt éléments de Daniell. Après avoir conduit le courant pendant quelques minutes par les muscles contracturés de l'épaule, j'eus la satisfaction d'observer qu'ils devenaient plus mous et commençaient à obéir à la volonté de la malade. En poursuivant ces expériences, toujours avec un succès croissant, sur la même personne pendant un mois, mon attention fut captivée par des phénomènes qui me forcèrent à supposer que la cessation des contractures n'est pas un fait simplement périphérique, mais qu'elle est causée par une excitation de centres nerveux. Par là mes recherches furent dirigées vers une application thérapeutique des contractions galvano-toniques découvertes par moi sur mon propre corps, et je continuai à essayer les effets du courant constant en guérissant un grand nombre de contractures rhumatiques, arthritiques et paralytiques, c'est-à-dire de celles qui se combinent avec l'hémiplégie cérébrale.

Dans le cours de ces traitements d'hémiplégies, il m'est arrivé plusieurs fois de voir que la paralysie de la face ou de la langue, ou même la faiblesse intellectuelle, s'était améliorée, quoique les courants galvaniques n'eussent été conduits que par les extrémités. Ainsi, il ne restait plus de doute que l'action du courant se transmettait aux centres nerveux, et je fus conduit à essayer la guérison de la chorée partielle et générale, puis des paraplégies, notamment de cette paralysie de la moelle épinière, qui est connue en Allemagne sous le nom de *tabes dorsalis*, et que l'on suppose ordinairement être causée par atrophie de la moelle épinière.

Je ne veux pas parler encore des succès étonnants que j'ai obtenus dans le traitement de ces maladies, ainsi que de la paralysie de la vessie et du rectum; mais je dois dire, à cette occasion, que tous ces succès élargissant le point de vue où je m'étais placé jusqu'ici dans mes expériences, me portaient à croire que le courant constant est en état, non-seulement d'exciter les centres nerveux, mais de régler et de rétablir les actions des cellules ganglieuses centrales, en leur communiquant l'excitation périphérique des fibres nerveuses. On comprendra aisément comment, en suivant cette hypothèse, j'ai pu guérir même des névralgies des extrémités déjà très-anciennes et apaiser quelquefois des tremblements des membres qui évidemment avaient une cause centrale.

Il y a même des faits qui permettent de supposer que les fibres nerveuses, et par conséquent les cellules ganglieuses pourraient, sous l'influence du courant constant, revenir à leur volume normal. Au moins j'ai observé plusieurs fois que les muscles atrophiés d'un membre s'augmentaient subitement de volume pendant que le courant traversait les troncs nerveux, et je ne peux pas croire que cet effet soit purement périphérique, parce que je ne l'ai observé que dans des cas où les muscles étaient sujets, pendant le passage du courant, à des tremblements ou des contractions violentes, qui, selon mes expériences physiologiques, doivent être considérées comme mouvements réflexes. D'autre part, il résulte des recherches microscopiques que j'ai faites pendant les dernières années, que la partie centrale des fibres nerveuses découverte par moi en 1837, et reconnue maintenant sous le nom de *cylindre d'axe de Purkinje*, qui lui a donné ce nom, peut se gonfler quand elle est délivrée de sa gaîne en présence de liquides, et perd cette propriété endosmotique quelque temps après la mort, en subissant un endurcissement analogue à la rigidité cadavérique de la fibre musculaire.

Comme le nombre des malades qui faisaient l'objet de ces recherches ne dépasse pas encore deux cents, on ne me demandera pas d'entrer déjà dans des détails sur l'application méthodique des courants constants à la guérison de toutes les maladies nommées dans ce travail. Je veux dire seulement que la guérison des contractures rhumatismales, qui existent si souvent dans la classe ouvrière, est devenue un fait certain, qu'on peut quelquefois démontrer en quelques minutes, et que je me suis convaincu que l'on pourrait appliquer le courant galvanique à la guérison ou amélioration des déviations scoliotiques et du rétrécissement de la cavité pectorale, qui surviennent si souvent dans la jeunesse par contracture et par faiblesse des muscles respiratoires. Il s'agit, comme on voit, d'un problème important, c'est-à-dire d'agrandir la surface respiratoire et de prévenir, si c'est possible, les destructions pulmonaires en tant qu'elles sont occasionnées ou facilitées par un rétrécissement de la cavité pectorale. (Commissaires : MM. Andral, Rayer, Velpeau.)

— M. Milne Edwards dépose sur le bureau de l'Académie une lettre de M. le docteur Knox au sujet de ses travaux sur l'adaptation focale de l'œil. (Renvoyée à la commission chargée de l'examen des communications de MM. Rouget et Muller sur le même sujet, commission composée de MM. de Quatrefages et Cl. Bernard.)

Développement incomplet de l'une des moitiés de l'utérus, et dépendance du développement de la matrice et de l'appareil urinaire chez la femme. — M. Stoltz communique sous ce titre un mémoire très-étendu, qu'il résume en ces termes :

1° Il existe un vice de conformation de l'utérus qui consiste dans le développement incomplet d'une des moitiés de son corps, et par suite duquel cette moitié défectueuse ne se trouve plus en rapport de continuité avec la moitié complète que par un cordon charnu, aplati.

2° On reconnaît facilement ce vice de conformation aux caractères suivants :

a La moitié ou corne incomplète est plus ou moins éloignée de la moitié complète, et comme isolée dans la duplicature du péritoine appelée ligament large;

b Elle consiste en un corps ovoïde, charnu, creux;

c Elle a des annexes tantôt normalement, tantôt vicieusement conformés ou imparfaitement développés;

d Elle est en rapport avec la corne complète au moyen d'un cordon fibreux plus ou moins épais et long.

3° La corne complète présente une configuration particulière dépendante de son isolement :

a Elle est ordinairement allongée, recourbée vers le côté auquel elle appartient, convexe du côté qui est dirigé vers la moitié incomplète;

b Son fond, au lieu d'être large, est plus ou moins acuminé;

c C'est de cette espèce de sommet représentant l'angle que se détachent la trompe, le ligament de l'ovaire et le ligament rond, dont les insertions sont très-rapprochées.

4° Un col souvent volumineux termine inférieurement la corne complète. Celui de la corne incomplète est représenté par le cordon qui la rattache à la première. La cavité du col n'est en rapport direct qu'avec la corne parfaite; la corne vicieuse s'y ouvre quand son cordon est canaliculé.

5° La conception et la grossesse sont possibles dans la corne incomplétement développée. Cette possibilité est subordonnée à l'existence d'un canal de communication entre la cavité de la corne incomplète et celle du col.

6° L'œuf fécondé ne peut cependant jamais arriver à maturité, parce que la poche dans laquelle il est renfermé n'a pas les éléments d'un accroissement suffisant. Elle se rompt du troisième au cinquième mois; sa rupture est généralement mortelle.

7° Jusqu'à ce jour la grossesse dans la corne utérine incomplète a presque toujours été confondue avec la grossesse extra-utérine tubaire.

8° C'est le plus souvent à gauche qu'existe le vice de conformation organique en question.

9° Le développement incomplet de l'une des cornes utérines est quelquefois le seul vice de conformation qu'on rencontre sur le cadavre; le plus souvent cependant on en découvre d'autres qui indiquent que ces anomalies se sont formées sous l'influence d'une cause commune.

10° Un défaut organique qui semble lié au développement incomplet d'une des cornes utérines, c'est l'absence du rein du même côté. La capsule surrénale existe toujours. L'absence d'un rein implique celle de l'uretère et entraîne un développement unilatéral de la vessie. (Commissaires : MM. Serres, Velpeau et Coste.)

— M. Desayvre adresse pour le concours Montyon (médecine et chirurgie) des recherches sur les causes et le traitement de la phthisie pulmonaire; il y joint, conformément à l'une des conditions imposées aux concurrents, une indication de ce qu'il considère comme neuf dans son travail.

— M. le ministre de l'instruction publique transmet l'extrait d'un décret impérial, en date du 8 septembre courant, autorisant l'Académie à accepter le legs d'une somme annuelle de 3,000 fr. fait par M. le baron Barbier pour la fondation d'un prix annuel à décerner à celui qui fera une découverte précieuse pour la science chirurgicale, médicale, pharmaceutique et dans la botanique ayant rapport à l'art de guérir.

Si l'Académie ne pouvait décerner le prix, les sommes restées sans emploi s'ajouteraient à la valeur du prix à décerner l'année suivante.

M. le docteur Manec, chirurgien de la Salpêtrière, passe à l'hôpital de la Charité, en remplacement de M. le professeur Gerdy, décédé.

Le successeur de M. Manec à la Salpêtrière n'est pas encore nommé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Du suicide. Statistique, médecine, histoire et législation; par E. Lisle, docteur en médecine, directeur de l'établissement d'aliénés du Gros-Caillou. Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine dans sa séance du 5 décembre 1848. Paris, 1856. Un vol. in-8° de 500 pag. Prix : 7 fr. A Paris, chez J. B. Baillière, libr., rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 116. — JEUDI 2 OCTOBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 116. — JEUDI 2 OCTOBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 1er OCTOBRE 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Tholozan a occupé la tribune durant la première moitié environ de la séance. Ce n'était pas trop pour l'étendue et l'importance du travail qu'il avait à communiquer. M. Tholozan, par sa position au Val-de-Grâce, et surtout par les diverses missions dont il a été chargé pendant la durée de la guerre de Crimée, a été à même d'observer la plupart des maladies épidémiques qui ont sévi sur nos troupes. Ses observations ont porté particulièrement sur les maladies qui ont régné dans l'armée d'Orient pendant l'hiver de 1854 à 1855. C'est le résultat de ces laborieuses investigations qu'il a communiqué hier à l'Académie. L'étendue de ce travail ne nous permet pas de le placer aujourd'hui sous les yeux de nos lecteurs; nous espérons pouvoir en reproduire prochainement quelques extraits assez étendus pour qu'on ne perde rien de l'intérêt scientifique et pratique qui se rattache à cet important document.

M. Chauveau, chef des travaux anatomiques à l'École vétérinaire de Lyon, dans une précédente communication aux deux Académies des sciences et de médecine, dont nous avons reproduit dans le temps un extrait, a exposé le résultat des recherches expérimentales qu'il avait entreprises pour éclairer la question très-vivement débattue alors de la fonction glycogénique. Tout en concluant dans le sens de la théorie de M. Claude Bernard, les recherches de M. Chauveau laissaient subsister, ou plutôt soulevaient elles-mêmes, sur quelques points de ce fait, des doutes dont les adversaires de la théorie de la formation du sucre dans le foie pouvaient se servir également contre les conclusions de M. Bernard et contre les siennes propres. Ainsi, par exemple, M. Chauveau déclarait avoir constamment trouvé du sucre dans le sang de la veine-porte comme dans toutes les autres veines et dans le système circulatoire tout entier : artères, veines et vaisseaux lymphatiques; et cela aussi bien dans l'état d'inanition qu'immédiatement après le repas. Mais avant de tirer une conclusion quelconque de ce fait, il fallait d'abord en étudier la véritable signification. Tel a été l'objet des nouvelles recherches dont le savant vétérinaire de Lyon vient d'exposer les résultats à l'Académie. D'une part, loin de voir dans ce fait la preuve que le sucre de l'économie prenait son origine dans le canal digestif, M. Chauveau s'inscrit au contraire contre cette conclusion, en se fondant sur ce que le sang des vaisseaux efférents du canal digestif n'est pas plus chargé de sucre, pendant le travail de la digestion, que les autres vaisseaux veineux ou lymphatiques, ainsi que cela devrait être dans l'hypothèse en question; et que l'expérience démontre, au contraire, que le sang des vaisseaux efférents du foie renferme toujours plus de sucre que les vaisseaux efférents. Reste à expliquer la présence de ce produit, en proportions moindres, il est vrai, mais constantes néanmoins, dans ce dernier ordre de vaisseaux. On verra dans l'analyse du travail de M. Chauveau, que nous publions au compte rendu, comment il concilie les faits en apparence contradictoires que lui ont révélés ses expériences, et comment il justifie en définitive la conclusion ultime qu'il en déduit, tout en faveur de la théorie de M. Bernard.

M. O. Henry fils a clos la séance par la lecture d'un travail fait en commun avec M. E. Humbert, sur les procédés analytiques propres à faire découvrir le brome et l'iode. Ce travail complète les précédentes recherches de ces deux auteurs sur ce sujet. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Du rachitis (1).

Anatomie pathologique de l'ostéomalacie. — Sur un même sujet les os ne sont pas tous désorganisés au même degré : les uns présentent des altérations très-avancées, les autres restent presque à l'état normal ou offrent des altérations intermédiaires. Ces différences tiennent aux progrès plus ou moins rapides de l'ostéomalacie, et surtout à ce que les sujets succombent à des maladies intercurrentes, car la marche régulière de l'affection est d'envahir tout le squelette.

La lésion pathognomonique qui paraît la première est la diminution de consistance du tissu osseux; elle varie à l'infini depuis les premiers degrés d'une élasticité anormale jusqu'à une mollesse excessive; aussi voit-on toujours réunies d'abord la flexibilité et la friabilité. Il faut cependant qu'elle ait déjà atteint un certain degré pour que l'os se laisse couper par un instrument tranchant; alors la trame inorganique persiste en partie et conserve la forme de l'os. Le ramollissement devenant plus considérable, l'os, transformé en une bouillie rougeâtre, limité par une membrane cartilagineuse, se laisse tordre et ployer dans tous les sens; le doigt pénètre dans certaines portions de sa substance aussi facilement que dans la rate, le foie ou un poumon hépatisé : c'est dans ces cas qu'il a été comparé au tissu des gencives, à de la cire molle, à une chair calleuse. C'est là aussi le dernier degré de la maladie.

En général, les os ramollis deviennent très-flexibles et se courbent d'autant plus qu'ils sont soumis à des pressions plus fortes et plus souvent répétées, et que la partie moyenne des os longs est le siége principal du ramollissement. Quand on essaye de les courber, ils ploient et reprennent leur direction première; mais si l'on persiste, ils se brisent en un grand nombre de petits fragments, à moins que toute la partie inorganique ait disparu, et que l'os ait subi une sorte de carnification, auquel cas on donne aux membres la forme que l'on veut.

Les courbures varient à l'infini : suivant l'intensité de la maladie, les contractions musculaires qui surviennent, l'usage que les malades font de leurs membres, la position qu'ils leur donnent, les précautions qu'ils prennent en les entourant d'appareils, etc.; aussi arrive-t-il souvent que des os que l'on coupe sans la moindre résistance avec le couteau ne sont que fort peu déviés ou même ne le sont pas du tout.

A un âge avancé, les courbures sont plus rares et moins prononcées. Chez une femme de soixante-trois ans, le ramollissement était général, les côtes et le sternum surtout étaient ramollis; les os des îles se laissaient ployer; la crête de l'os iliaque était extrêmement molle, sa lame extérieure très-mince et perforée en plusieurs endroits, mais le bassin conservait ses dimensions normales. Quelquefois on rencontre la même immunité chez de jeunes sujets.

On a voulu assigner à l'action lente des muscles seule la production des courbures. On a au moins exagéré cette action : ainsi, chez les malades forcés de garder le lit pendant des années, sans jamais se servir de leurs membres inférieurs, ceux-ci offrent parfois des déviations plus grandes que les supérieurs, toujours en action pour subvenir à tous les besoins. L'autopsie démontre pourtant que ces derniers sont aussi profondément atteints. En général, il n'y a pas de régularité dans la direction de courbure d'un même os.

Une des premières lésions, que l'on voit quelquefois apparaître, est une diminution dans la longueur de l'os, qui s'affaisse sur lui-même et se raccourcit sans se courber. Ce tassement a surtout lieu dans les os courts, comme les vertèbres, tandis qu'il n'en est pas de même pour les os longs, au moins au début de la maladie; plus tard, le raccourcissement peut y devenir considérable. Quant au gonflement des épiphyses, on ne le constate que chez les sujets dont le système osseux n'a pas acquis tout son développement.

Les fractures sont tellement fréquentes dans le ramollissement des os des adultes, qu'il n'est presque aucun cas où on ne les ait pas constatées. Elles sont complètes ou incomplètes. Dans les os plats, elles se présentent sous forme de fissures ou de fentes longitudinales qui n'embrassent pas toujours les deux tables de l'os; dans les os longs, elles sont généralement transversales, et il se fait une division de tout le pourtour de la diaphyse, ou bien une portion seulement de la circonférence se brise, la mollesse du tissu osseux ayant permis à la convexité de la courbure de céder sans se rompre. Par la même raison, ce ramollissement de la substance compacte ne laisse pas assez de consistance aux fragments pour qu'ils coupent le périoste qui sert de gaîne; aussi les maintient-il le plus ordinairement en contact.

(1) Suite. — Voir les numéros des 17 juillet, 14 et 28 août.

Beaucoup d'entre elles se consolident; la fracture semble avoir servi en quelque sorte de coup de fouet, en appelant à son niveau une sécrétion de matière calcaire; tandis que le ramollissement marche à grands pas dans le reste du squelette et même dans les autres portions de l'os fracturé. (Il est inutile de dire que la réunion se fait à merveille dans la période de guérison ou de reconstitution.) D'autres fois on peut, au bout de plusieurs années, ne rencontrer aucun indice de réorganisation; l'os offre alors un étranglement comme s'il avait été serré par un lien, ou bien il est plus ou moins profondément plissé, et ce phénomène peut servir à distinguer les fractures qui ont été produites avant la mort, car il y a une résorption des extrémités des fragments en même temps qu'un épaississement; tandis que dans le cas contraire elles présentent de nombreuses aspérités, et les os paraissent avoir été déchirés plutôt que rompus.

Lorsque la consolidation a lieu, elle se fait de trois manières différentes :

1° Par une virole osseuse, comme dans les cas ordinaires.

2° Le cal n'est pas sensible à l'extérieur, mais il se forme une cloison osseuse qui oblitère plus ou moins la cavité médullaire, et qui sert de moyen d'union entre les fragments.

3° On rencontre des fractures réunies par un tissu fibreux assez dense, et qui constitue des pseudarthroses.

D'après divers auteurs, le périoste est habituellement épaissi, vasculaire, d'un rouge plus ou moins foncé, assez dense, se détachant facilement et entraînant avec lui les prolongements qu'il envoie dans le tissu osseux. On ne dit pas s'il a été trouvé plus épais à la concavité qu'à la convexité. Souvent il conserve son état normal.

En enlevant le périoste, on trouve une couche de tissu osseux d'une minceur extrême, inégale, rugueuse, criblée de trous imperceptibles, que l'on rend apparents quand on comprime l'os de manière à faire sourdre le liquide qu'il renferme. Quelquefois on observe à la surface une mince couche qui paraît être de nouvelle formation.

A l'intérieur, les cellules sont agrandies, les lamelles du tissu compacte s'écartent; les plus internes se désorganisent et sont résorbées en partie; les plus externes sont amincies au point de devenir transparentes et de laisser voir le tissu réticulaire sous-jacent; tous les interstices s'imbibent d'un liquide rouge, gras, pulpeux, que l'on fait sortir comme d'une éponge. La disparition du tissu osseux se fait surtout à la partie moyenne, les extrémités (où cependant le tissu est lâche et aréolaire) étant altérées à un moindre degré.

Le canal médullaire est rempli de la même matière pulpeuse mêlée de détritus osseux, qui forme une bouillie couleur lie-de-vin, assez semblable au tissu de la rate ramollie, et disparaissant sous un filet d'eau ou par des lavages répétés. Parfois cette matière renferme des espèces de kystes ou de noyaux blanchâtres, plus ou moins homogènes, constitués par de la fibrine décolorée.

Avant cette désorganisation si avancée, la membrane médullaire est infiltrée de sang et épaissie; elle se détache aisément du tissu osseux, en entraînant des filaments vasculaires. Plus tard elle s'altère davantage, et ne peut être distinguée du sang extravasé que renferme la cavité médullaire. Cette cavité est oblitérée de loin en loin par des cloisons formées par le cal d'anciennes fractures. D'autres fois elle manque presque complétement, l'os étant transformé en un tissu à mailles très-déliées, semblables à celles d'une éponge fine. Quand la substance calcaire a été résorbée, et que l'os est devenu membraneux au point de former des plis dans divers sens, la matière pulpeuse peut faire saillir à l'extérieur quelques portions de l'enveloppe, qui s'épaissit, et simule ainsi des tumeurs quelquefois de consistance cartilagineuse.

Dans les os plats, les deux tables s'éloignent l'une de l'autre, s'amincissent et se confondent parfois avec le diploé, transformé en tissu spongieux dans toute l'étendue de l'os, qui est comme boursouflé. Dans d'autres cas, les cellules du diploé ne sont pas très-agrandies.

Les os courts, lorsqu'ils sont ramollis, ce qui est assez rare, présentent une substance aréolaire très-raréfiée.

En résumant les autres particularités qu'ont présentées les os de diverses régions du squelette de l'adulte rachitique, nous signalerons les suivantes.

Crâne. — Les sutures sont souvent effacées, dans certains cas

même avancés. Les os du crâne ne présentent pas d'altération, mais ils ont été trouvés mous.

Vertèbres et bassin. — Les courbures naturelles de la colonne vertébrale sont exagérées, ou bien il s'en forme de nouvelles. Le ramollissement est presque toujours plus considérable à la région lombaire que dans les autres. C'est surtout le corps des vertèbres qui est altéré; leurs cellules, très-agrandies, contiennent un liquide rougeâtre, et sont faciles à écraser sous les doigts. Les arcs et les apophyses restent souvent presque intacts. Les ligaments et les disques inter-vertébraux n'offrent jamais de changements.

Les femmes qui ont eu des grossesses successives présentent des altérations extrêmes du bassin; les os sont ramollis et les diamètres très-diminués; mais on a aussi souvent rencontré les mêmes lésions de la région pelvienne chez l'homme.

Sternum, côtes. — On a rencontré le sternum et les côtes mous et fracturés. Proesch signale, dans une autopsie, une vingtaine de fausses articulations aux côtes; les extrémités des fragments étaient réunies par une masse fibreuse de périoste épaissi, qui permettait facilement des mouvements dans tous les sens. On ne pouvait distinguer les fractures les plus récentes des plus anciennes, à moins qu'on ne se guidât sur la différence de densité et de volume du périoste.

Epiphyses et surfaces articulaires. — Malgré le nombre d'années pendant lesquelles les malades restent immobiles, les articulations (cartilage et synovie) demeurent constamment saines; c'est dans les épiphyses que l'on trouve encore de la substance osseuse en lames minces quand elle a été détruite partout ailleurs. Du reste, l'augmentation de volume des épiphyses, quand elle se produit, n'entraîne pas un état anormal des surfaces articulaires.

Dans les os longs, la substance compacte des diaphyses offre le même dédoublement en lamelles que l'on rencontre dans le rachitis; seulement elles sont plus fines et ne forment que rarement ces couches emboîtées, bien séparées dans une grande étendue et éloignées les unes des autres, qui sont si communes dans les os des enfants. Chez les adultes, les parois des cellules formées par l'écartement du tissu osseux sont plus minces, et les cellules elles-mêmes plus ténues; mais les couches sont beaucoup plus nombreuses et beaucoup plus rapprochées. Près des épiphyses, la structure du tissu spongieux se raréfie, le nombre des cellules augmente, et l'épaisseur de leur parois diminue.

Dans les os courts et dans les os plats, les tables externes s'amincissent par la même transformation, et l'augmentation du tissu spongieux des uns, comme du tissu diploïque des autres, est en rapport avec la diminution de la substance compacte. A mesure que la désorganisation fait des progrès, les lamelles sont successivement écartées, brisées et résorbées, et se convertissent en une bouillie rougeâtre qui comble le canal médullaire. C'est à cette résorption qu'il faut attribuer l'amincissement si considérable de certains os plats, qui finissent par devenir tout à fait transparents quand ils sont secs.

L'évolution de l'ostéo-malacie n'est pas toujours la même; au lieu de cette destruction si profonde, on observe quelquefois la production d'un tissu fin et spongieux qui s'organise au milieu de cellules nouvelles, et redonne à l'os sa consistance primitive.

D'après tous les détails dans lesquels nous venons d'entrer, on voit que des changements successifs se font d'après un ordre constant dans la texture des os atteints de ramollissement, et, si parmi les auteurs il y a un si grand désaccord sur les lésions qu'offrent les os ramollis, c'est qu'on les a confondues avec celles de plusieurs autres maladies, et qu'on a compris dans un même tableau les effets du rachitis, les dégénérescences cancéreuses, scorbutiques, etc. Comme conséquence de cette erreur, on n'a su discerner ni les degrés ni la marche progressive du rachitis des adultes, et on a été dans l'impossibilité de suivre pas à pas les modifications par lesquelles passe le tissu osseux avant de parvenir à l'état de désorganisation si complète, qui seul a été considéré pour ainsi dire comme pathognomonique de cette affection.

Telles sont les altérations bien connues du rachitis des adultes, car aucune autopsie n'a encore fait constater l'état dans lequel se trouvent les os de ceux qui ont guéri complétement d'une ostéomalacie. La disparition absolue de tous les symptômes et le rétablissement des malades, qui autrement se concevrait difficilement, donnent à croire cependant que le tissu osseux devient éburné, comme chez les enfants, et qu'il acquiert une épaisseur et une solidité plus grandes qu'à l'état normal.

Nature du rachitis. — Un grand nombre d'auteurs ont cherché dans diverses diathèses le point de départ du rachitis, qui serait pour eux une dégénérescence des principes syphilitique, scorbutique, scrofuleux, etc.

Nous ne savons pas au juste quelle est la valeur de ces opinions, car il faudrait une étude spéciale sur une grande échelle pour parvenir à démontrer l'influence réelle de ces diverses causes. Cependant on a rapporté des cas qui semblaient avoir eu une telle origine. Nous voyons le rachitis se développer si constamment à la suite d'une mauvaise alimentation, et par conséquent après un appauvrissement du sang, que nous ne sommes pas éloigné d'admettre *à priori* que l'état d'épuisement qui accompagne les cachexies en général peut, lorsqu'il existe chez les parents, donner aux enfants une prédisposition rachitique, qui apparaîtra sous l'influence d'une cause occasionnelle indéterminée, et deviendra par là un des modes de la manifestation du virus primitif dégénéré.

Diagnostic du rachitis. — Avant que le gonflement et la courbure des os rendent le rachitis évident, les phénomènes généraux au début ont de l'analogie avec ceux de plusieurs autres affections. Ainsi la pâleur du teint, l'amaigrissement, un état de langueur et de faiblesse générale sont autant de caractères communs au rachitis, à l'entérite chronique, aux cachexies miasmatique, tuberculeuse et syphilitique; mais en même temps qu'existent ces symptômes communs, il y en a d'autres propres au ramollissement qui ne manquent presque jamais : ce sont une aversion extrême pour tout mouvement brusque et une vive sensibilité de toutes les parties du corps, qui fait jeter des cris aux petits malades à chaque mouvement qu'on les force à faire. Si l'on y ajoute la présence dans les urines d'une notable quantité de phosphate de chaux, la réunion de ces trois symptômes établit une forte présomption en faveur de l'existence du rachitis commençant.

Dans l'entérite chronique simple, maladie si fréquente chez les enfants du premier âge, tous les dérangements fonctionnels sont limités au tube digestif.

Dans la cachexie palustre, outre la teinte subictérique de la peau, il y a des accès de fièvre bien caractérisés.

Dans la syphilis, le coryza pathognomonique, les éruptions du pourtour de la bouche et de l'anus rendront l'erreur impossible. Quant au gonflement des os, s'il existe (ce qui n'est pas démontré), on devra l'observer plutôt dans la longueur des diaphyses qu'aux extrémités; le gonflement, dans le rachitis est généralisé, et ne se montre qu'aux épiphyses articulaires.

Les tubercules pulmonaires, chez les très-jeunes enfants, ont une marche rapide et se traduisent par des signes stéthoscopiques et des troubles fonctionnels qu'on ne rencontre pas dans le rachitis à son début.

La paralysie des membres abdominaux simule jusqu'à un certain point l'impotence rachitique; mais l'enfant paralysé ne peut remuer ses jambes, quelque position qu'on lui donne, tandis que le jeune rachitique les remue lorsqu'il est couché, quoique le mouvement lui cause de vives douleurs.

A une période plus avancée, alors qu'il existe du gonflement articulaire et de l'augmentation de volume du ventre, le rhumatisme articulaire chronique et quelques formes particulières de la tuberculisation pourraient être confondus avec le rachitis. La rareté du rhumatisme articulaire chez les enfants, à l'âge où sévit habituellement le ramollissement des os, est déjà une présomption en faveur de l'existence de ce dernier, lorsqu'il survient quelque phénomène morbide du côté des articulations. De plus, la flexibilité concomitante des os des membres, qu'on n'observerait pas dans le rhumatisme articulaire, serait une circonstance de plus, à laquelle les courbures et les fractures viendraient bientôt s'ajouter en faveur du rachitis. L'état cachectique, avec sueurs abondantes, ballonnement du ventre, ascite légère et mouvement fébrile continu, avec quelques exacerbations, pourront faire croire à l'altération des glandes mésentériques, connue sous le nom de *carreau*. Le ballonnement du ventre, qui est en réalité très-marqué dans le ramollissement des os, le paraît bien davantage à cause du rétrécissement latéral de la poitrine; et peut-être cette augmentation de volume, chez les rachitiques, a-t-elle contribué à accréditer l'erreur de ceux qui ont voulu voir dans cette affection une complication de la scrofule.

Quant aux manifestations de ces deux maladies, les dissemblances sont faciles à saisir. Ainsi, les tubercules de l'abdomen ne restent jamais isolés; il survient des altérations de même nature, soit dans les poumons, soit dans les glandes du cou. D'ailleurs, il y a une émaciation considérable de tout le corps, et une rectitude et une solidité des os qui contrastent d'une manière très-sensible avec ce qui se voit dans le rachitis. Nous ajouterons que l'on rencontre très-rarement chez des sujets au-dessous de trois ou quatre ans un gonflement considérable des glandes mésentériques.

Quant aux tumeurs blanches, elles ne sont pas non plus une maladie commune des enfants au berceau, et elles n'attaquent jamais, comme le rachitis, les deux poignets et les deux chevilles en même temps. Ces considérations et l'examen attentif de l'espèce de gonflement que détermine la lésion scrofuleuse lèveront tous les doutes. Tandis que dans cette dernière il y aura un empâtement général des parties molles, que les extrémités articulaires des os concourant à former l'articulation donneront lieu à une augmentation de volume qui ne produira qu'une seule masse globuleuse, et que les mouvements dans le membre affecté seront très-bornés, dans le rachitis, au contraire, le gonflement articulaire sera pour ainsi dire bilobé, et l'on distinguera à la première vue chaque épiphyse séparée par un étranglement circulaire qui permettra des mouvements parfois plus étendus qu'à l'état normal.

Pronostic du rachitis. — Tant que la maladie se borne, chez un enfant au berceau, au gonflement des épiphyses, à une légère déformation du thorax, et que ces phénomènes se sont développés lentement, la guérison est la terminaison la plus fréquente. Il suffit, en effet, que l'on prenne, pendant fort peu de temps, les précautions que nous indiquerons à propos du traitement, pour voir disparaître le boursouflement des articulations, et pour que les os qui ont été le siége de légères courbures se redressent complétement. Il n'en est plus de même lorsque le thorax, très-aplati, donne lieu à une gêne considérable des organes qu'il renferme, et ne permet plus à l'hématose de se faire d'une manière complète; dans ces cas, les petits malades sont d'une susceptibilité extrême aux changements atmosphériques; la plus légère cause donne aussitôt lieu à des complications graves du côté des poumons; des affections inflammatoires s'y développent et s'y succèdent avec une grande rapidité, jusqu'à ce que l'enfant meure subitement étouffé. Ces affections, qui dans d'autres conditions pourraient être légères, prennent de suite, chez les enfants atteints de rachitis, une gravité d'autant plus grande, qu'il est à une période plus avancée et que les enfants sont plus jeunes.

Ceux qui ne succombent pas victimes d'une bronchite ou d'une pneumonie sont très-exposés à contracter et à mourir des diverses fièvres contagieuses que l'on rencontre partout où les enfants se trouvent entassés, comme dans les services de nourrices ou dans les hôpitaux spécialement destinés aux enfants.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE STRASBOURG.

M. Forget

Purpura hæmorrhagica des os.

Un homme d'une bonne constitution, d'un tempérament mixte, âgé de quarante-neuf ans, malade depuis huit jours, éprouve, sans cause connue, des douleurs dans les yeux et les articulations. Bientôt après rougeur des conjonctives et larmoiement; céphalalgie; parfois de la fièvre.

Pouls à peine accéléré; ophthalmie intense des deux yeux (photophobie, larmoiement).

A la pression, même la plus légère, exercée sur la malléole interne gauche, ainsi que sur l'épine iliaque droite, on provoque des douleurs excessives; la marche est très-pénible; point de gonflement ni rougeur aux articulations.

Un traitement énergique fut institué contre l'ophthalmie.

Le 3 mai, le malade se plaint de douleurs très-vives, dont il désigne les os comme siége; le moindre contact avec les malléoles et les épines du tibia arrache au malade des cris de douleurs; la peau est du reste normale. — Vésicatoires, extrait d'aconit et teinture de fleurs de colchique n'amenèrent aucune amélioration.

Le 5 juin, exaltation dans les paroles du malade, délire, urines involontaires.

Le 6, mouvement fébrile, faciès égaré, langue sèche, râpeuse; pas de diarrhée; taches rosées sur l'abdomen, gargouillement, peu de sensibilité à la pression de la fosse iliaque droite; quelques râles sous-crépitants à gauche. Ce malade est considéré comme ayant gagné le typhus dans nos salles.

Le 7, délire, urines involontaires, pas de selles, extrémités froides, pouls petit, prostration extrême, tremblement des extrémités, mouvements spasmodiques des muscles de la face.

Mort le même jour.

Autopsie. — Amaigrissement notable; pas d'œdème.

Congestion de la pie-mère; infiltration du tissu cellulaire sous-arachnoïdien; substance cérébrale légèrement piquetée.

Engorgement des deux poumons; cœur sain; sang liquide; pas de caillots.

Rate volumineuse; foie et reins congestionnés. *Urine albumineuse.*

Muqueuse stomacale ramollie; un peu de psorentérie; pas d'ulcération. Sur une longueur de 0,15, la muqueuse du côlon ascendant est boursouflée, et présente une suffusion sanguine considérable (apoplexie dans la muqueuse).

Système osseux. — En incisant la peau de la jambe au niveau de l'épine du tibia, on constate une suffusion sanguine sous le périoste, qui est intact, non épaissi. Pas de trace de pus. En détachant le périoste, on trouve une perte de substance assez considérable dans l'os; le tissu osseux est raréfié, spongieux, imbibé de sang.

Même altération aux malléoles des deux côtés et à l'épine du tibia du côté opposé. En détachant le périoste de l'os entier, on constate qu'il n'a pas augmenté d'épaisseur. La surface de l'os présente une véritable éruption de purpura (petits foyers sanguins, linéaires ou ovalaires, séparés de l'extérieur par une lamelle très-mince de tissu osseux). A l'épine iliaque droite, traces de la même altération.

En face de telles lésions, M. Forget pense qu'indépendamment du typhus, auquel le malade paraît avoir succombé, celui-ci était affecté d'une maladie particulière se rapprochant du purpura et du scorbut, et se caractérisant par des suffusions de sang dans l'épaisseur des os; bref, d'un *purpura osseux*.

DE L'OCCLUSION DES PAUPIÈRES

comme traitement des ophthalmies.

Par M. le Dr Masson (d'Ardres).

Pascal (Pain), âgé de quarante-deux ans, demeurant rue Saint-Nicolas-d'Antin, 25, commissionnaire, reçut à l'âge de vingt ans, en travaillant dans une forêt, un éclat de bois dans l'œil droit; l'œil fut perdu par suite de cette blessure.

Le 10 août 1856, Pascal me fait appeler, et voici ce qu'il me rapporte :

Depuis l'accident qui l'a privé de la vue du côté droit, l'œil gauche est devenu d'une susceptibilité particulière; aux changements de saison et à la suite d'écarts de régime, il y éprouve de la douleur, de la chaleur et une congestion remarquable.

Vers le milieu du mois de juillet, cet homme commença à éprouver dans l'œil gauche de la gêne, du larmoiement et une sensation de grains de sable; il tint d'abord peu compte de ce malaise, car ce n'est que vers les premiers jours d'août qu'il consulta un oculiste. Six sangsues furent appliquées à la région temporale; malgré ce traitement, les douleurs devinrent intolérables, et il nous fit appeler. Nous constatons une kérato-conjonctivite ulcéreuse de la plus grande gravité avec photophobie très-intense.

La douleur est extrêmement vive; Pascal se plaint de violents maux de tête, de bourdonnements dans les oreilles, etc.

Je fis appliquer le premier jour, 10 août, des compresses d'eau fraîche d'abord, puis froide, puis glacée sur l'œil; diète.

Sous l'influence de ce traitement, les douleurs disparurent comme par enchantement, et vers cinq heures du soir on cessa les applications.

Le 11, les douleurs ont reparu aussi intenses que la veille. — Eau de Sedlitz à 50 grammes; on reprend les applications réfrigérantes. Le lendemain, je fis en outre appliquer 20 sangsues à l'anus.

Le 13, un peu de mieux; mais la vue ne revient pas, l'œil est toujours d'un rouge vif, le pus est abondant; toujours des douleurs dans l'œil et des étourdissements. — Pansement par la méthode d'occlusion (voir la *Gazette des Hôpitaux*, n° 21, 1856, par M. Bonnafont).

Le 14, je nettoie convenablement l'œil, et je renouvelle le pansement sans relever la paupière; toute douleur a disparu pour ne plus revenir.

Tous les deux jours jusqu'au 21, je renouvelle ce pansement, et je fais donner au malade une bouteille d'eau de Sedlitz à 50 grammes.

Le 21, le malade distingue les objets; il m'indique d'une manière précise l'heure à ma montre. La vue au jour lui cause de l'étourdissement. — Pansement *ut suprà*.

Le 22, pas de pansement. — Eau de Sedlitz.

Le 23, le malade se plaint de démangeaison dans l'œil; je retire un cil renversé qui frottait sur un des ulcères de la cornée.

Le 24, pas de pansement.

Le 25, le malade est parfaitement rétabli; la vue de la lumière ne lui est plus pénible; il consent à se laisser fermer les yeux pendant quarante-huit heures encore.

Le 27, tout est fini.

On distingue pour tout vestige d'une aussi grave affection les cicatrices de trois ulcères disposés en triangle sur la cornée transparente. Nous avons ordonné quelques lotions à l'eau de guimauve, et depuis Pascal a repris ses travaux habituels.

CAS D'ÉPILEPSIE LARYNGÉE TRAITÉE PAR LA TRACHÉOTOMIE.

Par M. Hall, m.-d., G. R. S., etc.

Lettre à l'éditeur du journal The Lancet.

(Traduit par M. le docteur Ludovic Hirschfeld.)

Je viens d'être témoin de la reconnaissance d'une mère dont le fils a été guéri d'épilepsie, folie et idiotisme à la suite d'attaques terribles de « *laryngeal epilepsy*, » et qui a été traité par la trachéotomie.

Le cas sera publié en détail par M. le docteur Ogle, de Saint-George, auquel la science est redevable de cette cure.

Je m'empresse pourtant de vous communiquer quelques détails que je tiens de la mère, une pauvre blanchisseuse.

Le malade est âgé de dix-sept ans, et fut pris d'épilepsie, il y a six ans, à la suite d'une frayeur.

Les attaques devinrent graduellement plus fréquentes et plus graves; il y a un an, elles se répétaient presque toutes les nuits, et même dans le jour quand le malade s'endormait; il y avait de la cyanose, langue et pouces mordus, convulsions, stupeur, folie, idiotisme.

Au jour de Noël, on était forcé de mettre la camisole de force, et on proposait de l'envoyer dans une maison de fous. Sa mère s'y opposait, et le soignait jour et nuit pour prévenir ses extravagances dans les attaques.

Il y a deux mois, la trachéotomie fut habilement pratiquée par M. Holmes, de Vigo-Street. Presque aussitôt après, on observait une amélioration; pendant deux jours, les attaques furent moins violentes, et depuis il n'y en avait plus. Pendant la nuit, plus de morsure de la langue, ni cyanose, ni convulsions ou perte de connaissance, et tout se réduisait, en un mot, à une espèce de malaise passager.

Les symptômes d'idiotisme disparurent, et, la santé générale étant satisfaisante, on a pu penser à lui chercher des occupations utiles.

La canule est supportée avec facilité et nettoyée du mucus avec soin. Le malade ferme l'orifice avec le doigt quand il veut parler.

La joie de la pauvre mère est sans bornes, et j'avoue éprouver une grande satisfaction morale d'avoir le premier préconisé ce traitement de l'épilepsie laryngée, et avoir ainsi rendu à la santé les malheureux qui sont réduits par cette affection à un état si désespéré.

Les soins de M. le docteur Ogle, qui s'occupe spécialement d'épilepsie, sont des plus judicieux dans ce cas.

SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL des polypes de la matrice,

Par M. le docteur J. Spaeth.

Les méthodes opératoires usitées généralement dans l'extirpation des polypes de la matrice sont la ligature, l'excision et la torsion. A laquelle des trois faut-il donner la préférence? A l'une ou à l'autre, disent les auteurs, suivant les circonstances. Mais si l'on consulte la pratique des chirurgiens qui ont publié leurs résultats, on est fort étonné de trouver des contradictions inexplicables au premier abord. On voit, par exemple, que la ligature, qui n'a donné que des guérisons à tel opérateur, n'a guère procuré que des insuccès à tel autre. A quoi cela tient-il? Evidemment à ce qu'ils n'ont point opéré dans les mêmes conditions. De l'examen de ces conditions, M. Spaeth tire cette conclusion, que le danger ou l'innocuité des méthodes opératoires ne réside point dans ces méthodes elles-mêmes, mais bien dans les circonstances où elles sont employées.

M. Spaeth pose en principe que les polypes de l'utérus ne doivent être opérés qu'à l'époque où ils ont franchi le col de la matrice, à moins qu'il n'y ait péril en la demeure.

En attendant ce moment favorable, le chirurgien devra se contenter d'appliquer une médication palliative. L'heure de l'opération étant venue, il est assez indifférent de recourir à l'excision ou à la ligature.

La première se recommande par la promptitude des résultats; les hémorrhagies qu'elle peut déterminer sont aussi rares que l'infection purulente succédant à la ligature. Le volume du pédicule, son insertion élevée ne peuvent décider le choix entre ces deux méthodes, qu'ils rendent également dangereuses.

Souvent l'étroitesse des organes génitaux, la difficulté de porter des ciseaux sur le pédicule, ou même l'effroi qu'inspire à la malade la vue de l'instrument tranchant, mettront le chirurgien dans la nécessité de pratiquer la ligature.

Mais il est des cas où la violence des accidents est telle qu'il est impossible d'attendre que le polype ait franchi le col utérin, et que la seule chance de salut pour la malade est dans une opération immédiate.

Dans ces cas, l'auteur conseille la torsion, si le pédicule est étroit; la ligature, si ce pédicule a un certain volume. L'excision offrirait beaucoup plus de dangers que la ligature. (*Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 septembre 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Un rapport de M. le docteur Gaudet, médecin inspecteur des bains de mer de Dieppe, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854. (Commission des eaux minérales.)

2° Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements du Var, du Nord et des Côtes-du-Nord. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Barbaste (de Romans) sollicite le titre de membre correspondant de l'Académie.

— M. Delfrayssé adresse une lettre sur un moyen prophylactique de la péripneumonie épizootique du gros bétail. (Commissaires: MM. Renault et Leblanc.)

— M. Gaudin informe l'Académie qu'il a réuni plusieurs séries d'animaux afin de constater la puissance de son lait artificiel ou lait de bouillon. (Commission nommée; M. Boudet rapporteur.)

— M. G. Delenda adresse un mémoire intitulé *Recherches théologiques et médicales sur les scrupules, ou alliance de la théologie et de la médecine*. (Commissaire: M. Guéneau de Mussy.)

LECTURES.

M. Tholozan lit un travail intitulé *Recherches sur les maladies de l'armée d'Orient pendant l'hiver de 1854 à 1855*. (Nous publierons un extrait de ce travail prochainement.)

Glycogénie. — M. Chauveau lit un travail dont l'objet est l'examen de la question suivante: Se forme-t-il du sucre dans le tube digestif des animaux nourris exclusivement de viande?

On sait que cette question avait été résolue par M. Cl. Bernard de la manière suivante: Au commencement de la digestion d'un repas de viande il n'existe point de sucre dans le sang de la veine-porte ni dans les chylifères, donc la fabrication du glycose animal ne s'opère pas au sein du tube digestif, puisque cette substance n'aurait pu être absorbée que par les vaisseaux précités.

Mais M. Figuier trouve, dans les mêmes conditions, le sang de la veine-porte plus ou moins sucré. Mais M. Colin constate également la présence du glycose dans les chylifères. Aussi tous deux affirment-ils la formation du sucre dans l'intestin; et de plus, le premier nie formellement le concours de l'activité du foie dans la génération de la matière sucrée.

De quel côté est la vérité? Voici un ensemble de faits nouveaux qui permettront de juger définitivement le procès.

Et d'abord, on trouve du sucre dans le sang de la veine-porte alors qu'il n'en devrait point exister d'après M. Bernard. La constatation de ce fait ne me suffisait pas pour me ranger du côté de M. Bernard. L'éminent physiologiste a signalé pendant la digestion une période d'hypersécrétion glycosique, à la suite de laquelle la matière sucrée, trop abondante pour être détruite dans le poumon, se répand dans toute l'économie, et arrive ainsi dans le sang de la veine-porte comme dans celui des autres veines; n'était-ce pas pendant cette période que j'avais ouvert le tronc des vaisseaux sous-hépatiques? Je fus d'abord tenté de le croire; mais d'autres recherches me convainquirent bientôt qu'il en était toujours de même, quel que fût le moment choisi pour recueillir le sang.

Me rappelant alors quelques-unes des analyses de M. Poggiale, je me demandai s'il était vrai que le sang des vaisseaux de la circulation générale ne contînt jamais de sucre environ douze heures après le dernier repas, comme l'a avancé M. Bernard, et je donnai à mes expériences une direction nouvelle. Je mis des animaux herbivores et carnivores à la diète, et je pus constater, dans une première série de recherches, qu'au sixième jour de l'inanition on rencontre du sucre dans le sang de la circulation générale et dans la lymphe, sur tous les points de l'économie.

Plus tard, je poursuivis mes investigations pour la période totale de l'inanition. En voici le résultat en quelques mots:

Chez les animaux privés absolument d'aliments, recevant l'eau pure pour toute boisson, le sucre existe dans les fluides nourriciers tant que la température du corps ne baisse pas sensiblement; et il existe en quantité à peu près égale depuis le premier jusqu'au dernier jour de l'expérience. Aussitôt que survient le refroidissement signalé par M. Chossat aux approches de la mort, le sucre disparaît du sang comme de la lymphe. Si les animaux meurent sans se refroidir, ce qui arrive parfois accidentellement, dans les espèces de grande taille, le glycose se retrouve encore dans ces deux fluides.

Cette relation remarquable entre la préseuce du sucre dans les humeurs nutritives et la température des animaux est un fait extrêmement important, dont je ne veux pas développer maintenant les conséquences. Elle ne manque jamais, et est entièrement indépendante du temps que l'animal met à mourir.

Maintenant, s'il est vrai, comme j'ose l'affirmer après un nombre imposant d'expériences, que le sang et la lymphe soient partout sucrés chez les animaux soumis à l'inanition, quel jugement porter sur la conclusion que MM. Figuier et Colin ont tirée de leurs recherches? Ces deux honorables expérimentateurs reconnaîtront facilement que la présence du glycose dans la veine-porte et les chylifères pendant la digestion d'un repas de viande ne prouve point que ce sucre a été fabriqué à l'intérieur du tube intestinal. Aujourd'hui cette preuve ne pourrait être faite qu'en montrant, après ce repas, le sang des vaisseaux afférents du canal digestif chargé d'une proportion de sucre plus considérable que celui des autres vaisseaux veineux ou lymphatiques de l'économie; et je crois qu'on n'arrivera pas à cette démonstration: Si l'on trouve 60 à 70 milligrammes de glycose dans le sang de la veine-porte, on constatera la présence d'une quantité équivalente de sucre dans la jugulaire et les veines saphènes, et de même pour la lymphe intestinale comparée à celle du cou ou de la cuisse; est-il nécessaire d'ajouter que ce prétendu sucre engendré à l'intérieur du canal digestif n'a jamais été retrouvé dans les matières chymeuses?

Mais, dira-t-on, si le sang de la circulation générale est toujours sucré, si les vaisseaux afférents de la glande hépatique, artères ou veines, y amènent incessamment du glycose, peut-on dire que la matière sucrée rencontrée dans les efférents ait été engendrée par le tissu de cette glande? L'objection aurait une grande valeur si les deux ordres de vaisseaux contenaient la même quantité de glycose. Mais l'expérience enseigne, au contraire, que le sang des derniers, c'est-à-dire des efférents, renferme toujours plus de sucre; et ce fait, aujourd'hui victorieusement démontré, ne permet plus de douter de la fabrication du glycose par le foie.

Je sais qu'on a attribué cette différence en plus à la nature du procédé mis en usage pour recueillir le sang sus-hépatique, et qu'on l'a expliquée par la stagnation forcée de ce fluide dans le tissu très-sucré du foie, avant son évacuation. Mais j'ai réduit cette fin de non-recevoir à néant, en instituant un procédé qui permet d'extraire le sang des vaisseaux efférents du foie dans les conditions de la circulation normale.

Après avoir reconnu la possibilité de cathétériser les vaisseaux efférents du foie par la jugulaire, et régularisé cette méthode d'exploration, M. Chauveau a recueilli ainsi le sang des vaisseaux efférents du foie de manière qu'il n'ait subi aucune stagnation dans cette glande, et qu'il n'ait pu s'imprégner anormalement du sucre qu'elle contient dans la trame parenchymateuse. Or l'analyse lui a démontré que ce fluide est toujours beaucoup plus sucré que le sang recueilli sur les autres points de l'appareil circulatoire, moins cependant que l'a cru M. Bernard. Le sucre qu'on y trouve en excédant a donc été fabriqué de toutes pièces dans le foie: je ne sais pas, ajoute M. Chauveau, par quel faux-fuyant il sera possible maintenant d'éviter cette conclusion.

Si du sucre se produit incessamment dans l'économie, il doit s'en détruire de même une quantité équivalente. Quel est le lieu où s'opère cette destruction? Ma réponse se trouvant dans la note que j'ai communiquée à l'Académie sur le même sujet, il y a quelques mois, je me bornerai à rappeler ici:

1° Que, le sang du cœur gauche se montrant à peu près aussi sucré que celui du cœur droit, quand on a soin de prendre celui-ci dans l'artère pulmonaire, le sucre ne se détruit à aucun moment en quantité appréciable pendant le passage du sang à travers le poumon;

2° Que, le glycose des artères étant un peu plus abondant que celui des veines, le sang se dépouille ainsi en traversant le réseau capillaire d'une certaine proportion de sucre, dont une partie passe dans les lymphatiques, pendant que l'autre disparaît définitivement de l'appareil circulatoire en produisant un déficit comblé par la sécrétion glycogénique du foie.

Comme conclusion générale de ce travail, et pour répondre à la question qui en fait le titre, je dirai donc:

Le foie fabrique du sucre, et il ne s'en développe point dans l'intestin. Mise en regard des faits qui la justifient, cette conclusion suscite un rapprochement assez intéressant pour être signalé ici: les deux adversaires de M. Bernard élèvent contre lui les données expérimentales, que mes recherches ne contredisent point à proprement parler; mais en démontrant que ces données, prises pour base de leur système théorique, sont tout à fait insuffisantes, je détruis radicalement ce système. Je me trouve, au contraire, en opposition formelle sur plusieurs points de fait avec M. Bernard, et cependant il m'est impossible d'entamer sa belle conception, qui reste intacte comme au premier jour. Aussi mon admiration pour cette conception, à laquelle nous devrons certainement les clartés qui ne peuvent manquer de se répandre bientôt sur les mystères du mouvement nutritif, n'en a-t-elle été que plus sincère et plus enthousiaste. (Commissaires: MM. H. Bouley, Bussy, Bérard.)

Recherche du brome et de l'iode. — M. O. Henry fils lit en son nom, et au nom de M. Em. Humbert, un travail sur un nouveau procédé pour reconnaître le brome et l'iode.

Les auteurs pensent que le nouveau procédé de recherches qu'ils décrivent dans ce travail pourra être utile à plus d'un titre: d'abord en permettant de reconnaître le brome et l'iode dans tous les produits où ils existent, là même où d'autres méthodes n'auraient donné que des résultats incertains; en second lieu, en permettant d'obtenir ces deux métalloïdes toujours à l'état de composés très-purs, et dont il est

facile de reconnaître la nature, n'ayant point à craindre que la présence de composés organiques déjà colorés vienne masquer les réactions.

Ils pensent, enfin, que dans certains cas on pourra non-seulement reconnaître l'iode et le brome, mais encore le doser, si l'on a pris soin de peser avant et après l'opération les tubes où se sont condensés les produits. (Commissaires : MM. Wurtz, Guérard, Chevallier.)

— La séance est levée avant cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 septembre 1856. — Présidence de M. Chassaignac.

M. le président annonce que M. le docteur Notta, membre correspondant, assiste à la séance.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Larrey présente à la Société deux malades atteints d'exostoses épiphysaires au voisinage du condyle externe du fémur, et communique sur ces deux cas la note suivante :

Observations d'exostoses épiphysaires développées au-dessus du condyle externe du fémur droit chez deux malades;

Par M. le docteur Gaujot, aide de clinique au Val-de-Grâce.

Obs. I. — Fougerol (Charles), fusilier au 8e de ligne, âgé de vingt-deux ans, au service depuis cinq mois, entré le 13 août 1856 dans une division de fiévreux, pour un ictère, est évacué dans le service de chirurgie à cause de l'exostose dont il est affecté. Il était tailleur avant son entrée au service. Il est d'une bonne constitution, d'un tempérament sec et bilieux, et n'a jamais eu de maladie vénérienne.

Il s'est aperçu pour la première fois de son exostose il y a cinq mois, pendant qu'il était en marche pour rejoindre son régiment, la fatigue ayant déterminé de la douleur à la partie inférieure de la cuisse. La tumeur avait alors à peu près le volume qu'elle présente aujourd'hui. Elle est située sur la face externe de l'extrémité inférieure du fémur droit, à 11 centimètres au-dessus du condyle externe de cet os, et sur la même ligne verticale que le péroné. Elle forme sous la peau, qui est saine, libre et légèrement soulevée, un relief peu considérable, mais qui persiste dans toutes les positions du membre. Sa forme est irrégulière; sa portion superficielle offre deux tubercules qui soulèvent la peau. Sa base s'implante de champ sur le fémur perpendiculairement à l'axe de cet os. Son volume est assez considérable; elle a 5 à 6 centimètres de diamètre. Sa consistance est dure, uniforme dans tous les points; c'est celle du tissu osseux.

L'aponévrose fascia lata passe sur la partie antérieure de la face externe de cette exostose et semble même y adhérer, de sorte qu'elle est tendue comme une corde au-dessus et au-dessous. Derrière le tubercule postérieur de cette même face, glisse le muscle biceps. En déprimant les parties molles, on sent la base libre, isolée et immobile. Nulle douleur spontanée ou à la pression; aucune gêne dans la marche, si ce n'est un peu de fatigue lorsqu'elle est prolongée. Point d'altération dans le reste du fémur.

Le développement de cette exostose paraît être extrêmement lent; cependant le malade a remarqué qu'elle forme actuellement un relief constant dans toutes les positions de la cuisse, ce qui n'avait pas lieu lorsqu'il s'en est aperçu pour la première fois.

L'extension que cette exostose peut prendre, la gêne qu'elle peut amener dans la marche, sont des motifs suffisants pour admettre la nécessité de réformer le malade.

Obs. II. — Blanche (Jean), grenadier au 88e de ligne, entré le 27 août 1856 pour un calcul vésical, est affecté en outre d'une exostose du fémur. Cet homme est âgé de trente et un ans, au service depuis cinq ans, d'une constitution vigoureuse, d'un tempérament sanguin. Il était garçon meunier avant de s'engager.

Il s'est aperçu pour la première fois de la présence de cette exostose il y a six ans. Elle était alors de la grosseur d'une noix; depuis, elle s'est développée lentement et progressivement. D'après le récit du malade, elle aurait commencé à se manifester quelque temps après une chute qu'il aurait faite au gymnase sur cette région de la cuisse.

Cette exostose est située à 4 centimètres au-dessus de la tubérosité du condyle externe du fémur droit. La région est à peine déformée. La tumeur soulève très-légèrement la peau; sa forme est irrégulière, affectant un peu la disposition d'un champignon, c'est-à-dire étroite à la base, étalée à sa face superficielle. Sur cette face passe l'aponévrose fascia lata, qui semble y être adhérente. Sur la face postérieure glisse, avec la plus grande facilité, le muscle biceps, dans une sorte de gouttière spéciale. Sa consistance est celle du tissu osseux dans tous ses points. Sa base est immobile. Cette tumeur n'est pas douloureuse à la pression, mais le malade en souffre quelquefois dans les grands changements de température. Nulle gêne dans la marche.

Cet homme a eu il y a quatre ans une blennorrhagie, mais il n'a eu, depuis, aucun accident syphilitique secondaire, ni aucune altération semblable dans les autres os du corps.

M. Richard pense qu'il faudra y regarder avant d'attaquer ces exostoses, et cite à cette occasion deux malades à qui M. Roux enleva des exostoses épiphysaires analogues, et qui succombèrent aux suites de l'opération.

M. Larrey déclare qu'en présentant ces malades à la Société il a voulu seulement lui montrer deux cas curieux en eux-mêmes et par la coïncidence de deux exostoses entièrement semblables développées sur le même point du corps. Du reste, il ne compte pas les enlever. Il pense qu'on pourrait les exciser si elles étaient pédiculées; mais comme elles sont sessiles, on doit s'abstenir de les attaquer.

M. Huguier demande si le siége de ces tumeurs étant identique, on ne devrait pas penser qu'il a pu être déterminé par une cause anatomique. Deux fois il a enlevé des exostoses dont la pointe menaçait de percer la peau; elles étaient pédiculées, et il lui a suffi de couper le pédicule avec un sécateur. Mais lorsque les exostoses sont sessiles, et surtout quand elles ont une large base, comme celles que présente M. Larrey, il est préférable de s'abstenir d'opérations.

M. Chassaignac fait remarquer l'importance de ces cas au point de vue du diagnostic. En effet, le point où ces tumeurs se sont développées est fréquemment le siége d'ostéophyte, de sorte qu'en pareil cas on est souvent dans le doute sur la nature de la tumeur; et la distinction est d'autant plus importante que le développement des ostéophytes suit en général le développement du système osseux, et s'arrête avec lui, pour rester ensuite stationnaire. Le seul caractère qui puisse souvent conduire à distinguer l'ostéophyte de l'exostose est l'âge du sujet au moment où la tumeur a commencé à paraître, l'ostéophyte se développant toujours dans l'enfance. Si les tumeurs présentées par M. Larrey datent des premiers temps de la vie, elles ne s'accroîtront plus et ne deviendront pas une gêne pour les malades; mais si elles s'accroissent, on pourra plus tard être forcé de les enlever.

M. Larrey fait observer que les caractères différentiels des exostoses et des ostéophytes sont mal tranchés, et qu'il serait utile de les étudier attentivement.

M. Chassaignac, au caractère qu'il vient d'indiquer, en ajoute un autre, qu'il regarde comme certain lorsqu'il existe: c'est le développement de saillies osseuses anormales dans des points symétriques du squelette. Lorsque ce caractère existe on peut être sûr qu'on a affaire à des ostéophytes.

M. Houel rappelle les caractères indiqués par M. Cruveilhier, qui consistent dans le siége de la tumeur, l'exostose se développant sur le corps des os, tandis que les ostéophytes prennent naissance sur les tissus fibreux voisins des jointures, et s'étendent les uns vers les autres quand ils sont multiples, de sorte qu'on les voit souvent s'articuler entre elles. D'après ces considérations, M. Houel pense qu'on doit conserver la distinction entre les ostéophytes et les exostoses.

M. Verneuil n'admet pas que la disposition symétrique puisse servir de caractère; car le musée Dupuytren renferme un grand nombre de pièces où l'on voit des exostoses développées sur des points homologues du squelette. Souvent, dans ce cas, les tumeurs existant symétriquement sur les deux côtés, se trouvent à différents degrés de développement, et par conséquent ne datent pas de la même époque.

M. Giraldès croit que dans cette discussion on confond l'anatomie pathologique et la clinique; et même, au point de vue de l'anatomie, il n'admet pas la distinction établie par M. Houel; car on trouve des ostéophytes sur le corps des os. En anatomie pathologique, le caractère, c'est que l'ostéophyte est une variété ostéologique, et que l'exostose est une maladie; mais en clinique, la distinction est difficile. Il faut remarquer cependant que les ostéophytes ont fréquemment leur siége dans les tendons.

M. Huguier signale une variété particulière d'exostoses qui ont leur siége à la partie supérieure du bord interne du tibia, où elles présentent une forme allongée et se terminent en pointe saillante sous la peau. Ces exostoses ne grossissent que jusqu'à un certain point, et ne doivent pas être considérées comme des maladies.

M. Houel ne pense pas qu'on ait jamais considéré comme des ostéophytes les cas dont a parlé M. Giraldès.

Gangrène spontanée. — Section des os après la séparation spontanée des parties molles.

M. Chassaignac présente un malade à qui il a amputé la jambe pour une gangrène par congélation.

Cet homme a été atteint de gangrène à la jambe droite pour être resté longtemps exposé à la gelée avec des bottes trop étroites. A son entrée à l'hôpital, il n'y avait plus de battements ni dans la crurale ni dans la poplitée. L'artérite indiquée par cette absence de battements artériels fut traitée par des sangsues et des ventouses scarifiées; les pulsations reparurent, mais le sphacèle ne s'en déclara pas moins accompagné de points de gangrène isolés dans les parties saines, qui empêchèrent de songer à l'amputation, parce qu'il aurait fallu la faire trop haut.

M. Chassaignac attendit donc le travail d'élimination; seulement, les os se trouvant à nu, il en fit la section. Cette opération, faite uniquement dans le but de débarrasser le malade d'une portion de membre devenue infecte, produisit un résultat complétement inattendu : ce fut la cessation subite des douleurs vives que le malade ressentait dans son membre.

M. Chassaignac attribue ce soulagement à une sorte de débridement du canal médullaire, qui permit à la moelle gonflée et comprimée de s'étendre plus à l'aise.

Lorsque plus tard la gangrène fut limitée et les parties molles séparées sur la limite du mort et du vif, M. Chassaignac fit la section des os au milieu des chairs à l'aide de la scie à chaînette, et il lui resta un bon lambeau pour servir à la cicatrisation de la plaie. Aujourd'hui il ne reste qu'un point fistuleux.

M. Larrey rappelle que ce n'est pas la première fois qu'on scie les os après la séparation spontanée des parties molles dans des cas de gangrène. Lui-même a fait ainsi l'année dernière la section des deux premiers métatarsiens. Il pense que c'est là le parti le plus avantageux et celui qui met le mieux à l'abri des accidents.

Mais dans l'application de ce principe, il faut tenir compte du membre atteint de gangrène; ainsi autant cette méthode est rationnelle pour la cuisse, le bras, la main, le pied, etc., autant elle le serait peu pour la jambe, parce que la réparation pourrait se faire dans un point qui ne se prêterait pas à l'application des moyens prothétiques.

Enfin, il faut encore prendre en grande considération l'état des os. Chez le malade de M. Chassaignac, ils sont évidemment malades, tuméfiés, le tibia en particulier. Peut-être cet état disparaîtra-t-il; mais il est plus probable que les fistules persisteront, et que la guérison se fera longtemps attendre, si même on n'est pas forcé plus tard d'amputer le moignon.

M. Chassaignac est d'accord avec M. Larrey sur quelques points; mais pour l'amputation des moignons trop longs, il n'admet pas cette pratique, qui expose la vie des malades pour les débarrasser d'une difformité gênante. Chez son malade, il n'y a pas, à proprement parler, maladie de l'os; il n'y a qu'une nécrose qui s'éliminera d'elle-même. La première opération qu'il a pratiquée n'était pas réellement une amputation, il n'a fait que retrancher une partie gênante du membre sphacélé en coupant l'os dans un point où les parties molles s'étaient séparées; s'il en a parlé, c'est uniquement à cause du soulagement inattendu qui en est résulté.

M. Larrey partage l'avis de M. Chassaignac sur l'utilité de la séparation artificielle d'une portion de membre sphacélée. Quant à l'amputation des moignons trop longs, M. Chassaignac a parfaitement raison de la réprouver. Mais si l'on n'ampute pas pour cet excès de longueur, on est souvent forcé de le faire pour les accidents qu'il détermine. C'est ainsi que beaucoup de chirurgiens l'ont fait; entre autres, aux Invalides, Sabatier, Ivan, Larrey, MM. Gimelle et Hutin.

Depuis un certain temps, il arrive de Crimée des hommes qui ont eu la jambe amputée au tiers moyen ou à la partie inférieure, et qui se trouvent dans des conditions telles que l'on ne peut s'empêcher d'en conclure que l'amputation au lieu d'élection finira par prévaloir. La difficulté de se servir des membres artificiels, les accidents qui en résultent sont tels, que les malades finissent par rejeter ces moyens prothétiques et se servir de la jambe de bois. C'est cependant la possibilité d'employer ces appareils qui a fait adopter les amputations à la partie inférieure de la jambe.

M. Huguier fait observer que de tout temps on a fait la section des os sur les membres dont les parties molles étaient détruites par la gangrène; mais on avait soin de faire porter la scie sur les portions vivantes de l'os, et M. Chassaignac a scié dans la partie morte, et attribue à cette section le soulagement éprouvé par le malade. M. Huguier ne voit pas l'avantage de cette conduite, qui laisse dans le moignon une portion d'os nécrosée. Quant au soulagement, ne pourrait-on pas l'expliquer par l'ablation d'une partie infecte qui fatiguait le malade?

M. Chassaignac rappelle qu'il n'a fait la section dans les parties mortes qu'avec l'intention d'amputer plus tard, comme il l'a fait, en effet. Pour lui, le soulagement est venu de ce que la moelle tuméfiée a cessé d'être comprimée dans le canal médullaire.

Au sujet des amputations sus-malléolaires, il ne partage pas l'avis de M. Larrey. Pour lui, la première question est de conserver la vie du malade, et c'est pour cela qu'il déclare contraire aux principes de la chirurgie conservatrice de la vie des hommes de pratiquer l'amputation au lieu d'élection quand on peut amputer au-dessus des malléoles.

M. Laborie demande si la section des os n'a pas amené du soulagement en supprimant un long levier dont les mouvements et les chocs retentissaient douloureusement dans les parties vivantes.

M. Larrey fait la part des dangers moins grands dans les amputations sus-malléolaires; mais il maintient que les accidents consécutifs sont plus fréquents; et en définitive, il ne sait pas si les résultats de cette opération ne sont pas regrettables. Pour en donner une idée, il pourra présenter à la Société un Arabe qui a subi l'amputation des deux jambes à la partie inférieure. Ce malheureux n'a jamais pu se tenir debout avec aucun des appareils qu'on lui a donnés, et il en est réduit à demander qu'on l'ampute de nouveau des deux côtés, malgré la répulsion qu'éprouve sa race pour toute opération qui enlève une partie du corps.

M. Larrey croit que Blandin a été entraîné à préconiser l'amputation sus-malléolaire par la perfection des appareils prothétiques.

(Nous donnerons la fin de cette séance dans le prochain numéro.)

SUR LA LITHOTRIPSIE
d'un calcul volumineux très-dur.

M. Guillon a adressé dans la dernière séance de l'Académie des sciences la lettre suivante :

« Tous les chirurgiens ont admis en principe que lorsqu'un malade est affecté d'un calcul vésical très-dur et volumineux, on doit recourir à l'opération de la taille pour l'en débarrasser.

» Or, comme j'ai évité cette grave opération à plusieurs calculeux en pulvérisant au moyen de mes lithotripteurs à levier leurs pierres jugées non lithotritiables, et comme j'ai actuellement un malade qui a un calcul vésical du volume d'un gros œuf de poule et très-dur, dont j'espère le débarrasser en deux séances de lithotripsie, je viens vous prier, monsieur le président, de désigner quelques-uns de MM. les membres de la commission des prix Montyon, devant lesquels je puisse l'opérer.

» Mon but est de prouver :

» 1° Qu'à l'aide de mes brise-pierre à levier et à évacuateur on peut réduire en poudre très-rapidement les calculs vésicaux, quelle que soit leur densité, et même lorsqu'ils sont trop volumineux pour être extraits par la taille périnéale;

» 2° Qu'à l'aide de mon appareil évacuateur on entraîne très-facilement au dehors les détritus lithiques;

» 3° Que ma manière de placer les opérés rend la lithotripsie si facile et si peu douloureuse, que je n'emploie le chloroforme et l'éther que très-rarement pour endormir les malades;

» 4° Qu'on obtient rapidement avec mes lithotripteurs des résultats qu'il est impossible d'obtenir avec les autres;

« 5° Que lorsque mes instruments pour la destruction de la pierre dans la vessie seront généralement adoptés, la taille, cette dangereuse opération qui a conduit un si grand nombre de malades au tombeau, sera presque toujours évitée, et on ne l'emploiera que dans des cas tout à fait exceptionnels. » (Commissaires, MM. Cloquet et Jobert.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Raymond, de Vers (Gard); *De l'emploi de l'ergot de seigle pendant le travail.*

De Casperini; *Quelques considérations les pays qui avoisinent la mer Rouge, au point de vue hygiénique et biologique, et sur les maladies qu'on y observe.*

Faure, de Foix (Ariége); *Des plaies par armes à feu.*

Vier, de Bouillargues (Gard); *Quelques considérations à propos des exutoires.*

Magniaux, de Saint-Mesmin (Dordogne); *Quelques considérations sur les causes et la thérapeutique des fièvres intermittentes.*

Barbier, de Vernoux (Ardèche); *Quelques mots sur la chorée.*

La Serre.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 117. — SAMEDI 4 OCTOBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 117. — SAMEDI 4 OCTOBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messagerie
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la cachexie exophthalmique, ou affection nouvellement décrite sous ce nom et caractérisée par des palpitations de cœur et des artères, la tuméfaction de la glande thyroïde et une double exophthalmie.

On a décrit depuis un certain nombre d'années, en Angleterre et en Allemagne, sous des noms différents, une affection ou cachexie spéciale inconnue jusqu'ici en France, et dont M. Charcot a observé récemment le premier exemple, qu'il vient de communiquer dans une des dernières séances de la Société de biologie.

Quand nous disons que cette affection était inconnue jusqu'à présent en France, cela n'est pas complétement exact; elle y était inconnue sans doute comme affection générale, mais elle avait été remarquée déjà par quelques ophthalmologistes, à cause de l'un de ses caractères les plus saillants, l'exophthalmos, qui avait dû naturellement fixer leur attention.

En 1846, M. Sichel publiait dans le *Bulletin général de thérapeutique*, un travail très-remarquable sur une *espèce d'exophthalmos* qu'il présumait être produite par l'hypertrophie ou la congestion du tissu cellulaire graisseux de l'orbite, mais dont la nature lui paraissait, en réalité, enveloppée de la plus profonde obscurité. Dans l'un des cas qu'il rapporte, la saillie de l'œil coïncidait avec une hypertrophie du cœur. Plus tard, en 1853, M. Desmarres, dans un article inséré dans ce journal (voir *Gazette des Hôpitaux*, 1853, p. 2), en rapportant trois nouveaux exemples d'exophthalmos qu'il attribuait à la même cause, l'hypertrophie du tissu cellulo-adipeux de l'orbite, signalait dans deux cas la coïncidence de cette saillie du globe oculaire avec un goître. En effet, une exophthalmie double et une tuméfaction de la glande thyroïde, telles sont les lésions organiques qui, avec une anémie plus ou moins profonde et des troubles fonctionnels qui avaient pu échapper à l'observation des deux habiles ophthalmologistes que nous venons de citer, tels que des palpitations du cœur et des battements artériels, constituent l'affection dont il s'agit. A en juger par le nombre des auteurs qui se sont occupés de ce sujet à l'étranger, Parry, Graves, Stokes, Marsh, Mac Donnel, Begbie, Taylor, Cooper, Syme, en Angleterre; Basedow, Pauli, Brueck, Romberg, Hénoch, Nauman et autres en Allemagne; Flojani, en Italie, cette affection paraîtrait devoir être plus commune dans ces pays qu'en France, où on ne la connaissait, comme on vient de le voir, que par de rares observations et dans quelques-uns de ses caractères extérieurs seulement.

Quoi qu'il en soit, voici la description générale de cette cachexie telle qu'elle résulte du collationnement des nombreuses observations qui ont été rapportées par les auteurs cités, et telle que l'a rapportée M. Charcot devant la Société de Biologie. Nous en empruntons les détails à la *Gazette médicale de Paris* des 20 et 27 septembre dernier.

D'après l'ensemble des observations où la succession des phénomènes morbides a pu être étudiée avec soin, ce sont les palpitations artérielles et cardiaques, qui, en général, ouvrent la scène; la tumeur thyroïdienne apparaît ensuite à une époque qu'on ne saurait préciser; puis, en dernier lieu, se développe l'exophthalmie. Ces deux dernières affections sont moins essentielles à la maladie que ne le sont les palpitations. L'exophthalmie, en particulier, peut ne se montrer qu'à une époque très-tardive, et il est même des cas où elle fait complétement défaut. Les battements les plus violents et les plus précipités du cœur et des artères peuvent persister sans relâche pendant des mois, des années même ; mais, en général, ils présentent une succession d'exacerbations et de rémissions de durée variable, pendant lesquelles les autres symptômes se modifient dans le même sens. Pendant les accès, en effet, la tumeur du cou et la saillie des yeux prennent un développement insolite; elles sont moins prononcées, au contraire, dans les moments de calme. Le pouls radial est presque toujours remarquablement accéléré.

D'après M. le docteur Stokes, les pulsations carotidiennes ne correspondent guère aux pulsations radiales que par leur fréquence extrême. Celles-ci sont presque toujours faibles, alors même que celles-là sont très-violentes. L'aorte abdominale peut être, comme les artères du cou, affectée de battements énergiques. Les artères qui rampent à la surface de la thyroïde paraissent quelquefois nombreuses, volumineuses, et elles battent avec force. Il est des cas où les pulsations artérielles sont tellement fortes, qu'elles semblent prédominer sur les palpitations cardiaques. Les principaux troncs artériels sont le siége d'un frémissement cataire. L'auscultation, pratiquée sur le trajet de ces vaisseaux, y fait constater l'existence d'un souffle rude, continu, avec redoublement.

Tantôt la matité de la région précordiale ne s'étend pas au delà de ses limites normales ; d'autres fois, au contraire, on a observé tous les signes qui indiquent l'existence d'un augmentation de volume du cœur. Il n'y a pas d'indices de fièvre ; la température du corps reste naturelle, et les fonctions de nutrition continuent à s'exercer pendant un temps souvent fort long sans éprouver d'atteinte sérieuse. Mais chez la plupart des sujets, une anémie plus ou moins profonde, qu'on observe même quelquefois dès le début, ne tarde pas à paraître. Il s'y joint souvent les troubles nerveux les plus variés, tels que pica, hémicrânie, vertiges, bruissements dans les oreilles, attaques hystériformes, état habituel d'excitation, etc.

Le plus souvent, la maladie a eu une terminaison heureuse ; mais dans plusieurs cas les forces ont diminué progressivement, la cachexie est devenue de plus en plus profonde, et il est survenu soit une anasarque sans albuminurie, soit une bronchite, une congestion pulmonaire ou une pneumonie lobulaire, qui ont amené la mort. Enfin, les guérisons ne sont quelquefois qu'apparentes; les récidives sont fréquentes et ont été presque toujours mortelles; et dans les cas les plus heureux, alors même que les palpitations ont cessé complétement, on voit chez quelques sujets persister le goître et l'exophthalmie.

Dans les autopsies, on a trouvé le plus souvent le cœur volumineux; les parois des ventricules étaient tantôt d'une épaisseur à peu près normale, tantôt, mais plus rarement, très-fortement hypertrophiées. Leur tissu musculaire était souvent flasque et ramolli, parfois étouffé par des accumulations graisseuses. Les cavités ventriculaires étaient habituellement distendues, quelquefois à un haut degré. Le plus souvent les valvules auriculo-ventriculaires ou sigmoïdes étaient tout à fait saines et parfaitement suffisantes; l'endocarde ne présentait pas d'altération.

La tumeur thyroïdienne est lisse, molle, plus ou moins volumineuse. Elle n'atteint habituellement pas des dimensions excessives; il est des cas où elle est formée presque exclusivement aux dépens d'un des deux lobes, principalement du lobe droit. Elle est le siége de battements plus ou moins énergiques et d'un frémissement qui l'ont quelquefois fait prendre pour un anévrisme.

Dans quelques cas, on y a trouvé des altérations plus profondes, telles, par exemple, qu'une hypertrophie uniforme, avec ou sans développement des *acini*, des kystes plus ou moins volumineux, à parois plus ou moins épaisses, et contenant un liquide tantôt transparent, ou d'autres fois, au contraire, d'une couleur rousse. Ces altérations, qui constituaient alors la tumeur en tout ou en partie, ne s'étaient développées qu'à la longue et par suite de la persistance du mal.

L'exophthalmie se montre habituellement pendant les dernières phases de la maladie; quelquefois, au contraire, elle se prononce dès le début. A peine appréciable parfois, elle peut être, dans certains cas, tellement prononcée, que l'occlusion des paupières devient impossible. Elle affecte généralement les deux yeux à un égal degré. Elle ne s'accompagne le plus souvent d'aucun trouble de la vision, d'aucune modification de la conjonctive, de l'orifice pupillaire, des membranes de l'œil ou de ses humeurs. Elle peut persister pendant des années entières sans provoquer l'ophthalmie. Elle ne produit aucune gêne, aucune douleur, du moins dans les cas de moyenne intensité.

Dans les cas où il a été examiné après la mort, le globe de l'œil ne présentait aucune altération notable, soit dans son volume, soit dans sa texture. Dans trois cas, le tissu cellulo-graisseux qui remplit le fond de l'orbite formait une masse sensiblement plus volumineuse que dans l'état normal.

Voici le fait que M. Charcot a eu l'occasion d'observer, et qui présente la plus grande ressemblance avec le tableau général que nous venons de reproduire.

BIBLIOGRAPHIE.

Eléments de pathologie générale; par M. le professeur Chomel (1).

Il y a trente-neuf ans aujourd'hui, en 1817, un jeune docteur inconnu encore, à peine reçu depuis quatre ans, mais nourri de sérieuses études, sagace observateur et rempli de cette confiance en soi que donnent les fortes convictions, qu'elles soient, du reste, bonnes ou mauvaises, venait se jeter sans crainte et résolûment au milieu de la lutte soulevée tout récemment par le génie du grand réformateur du Val-de-Grâce, et publiait le premier *Traité de pathologie générale* écrit en langue française.

La première édition de ce livre et la seconde, publiée en 1824, furent l'objet d'appréciations bien diverses. Les adversaires de la nouvelle doctrine lui prodiguèrent des éloges peut-être un peu exagérés par la passion, tandis que les adeptes de la médecine physiologique, parmi lesquels nous pourrions citer plus d'un nom devenu célèbre, qualifiaient de ridicules ces louangeux comptes rendus, et taxaient de compilation indigeste le travail de M. Chomel.

Ni les uns ni les autres n'étaient complétement dans le vrai. Les élèves de Broussais, entraînés par l'esprit de parti, déniaient avec peu de justice tout mérite, toute originalité à l'œuvre nouvelle, et les partisans de l'ancienne école, heureux de manifester à ceux-ci leur opposition, exaltaient outre mesure cette première production, sans doute remarquable, mais bien incomplète encore, d'un homme qui devait être plus tard l'un des praticiens les plus répandus et les plus renommés de son époque, l'un des professeurs les plus sages, les mieux écoutés, les plus pratiques qu'ait eus depuis longtemps l'Ecole de Paris.

La circonstance qui certainement contribua plus que toutes les autres à fixer l'attention du public médical sur les *Éléments de pathologie générale*, c'est que l'on vit le maître lui-même, l'auteur de l'*Examen des doctrines*, descendre de sa chaire professorale, et, comme s'il comprenait déjà la valeur future de son jeune adversaire, ne pas dédaigner de prendre corps à corps le hardi lutteur qui, pour le braver au milieu de son triomphe, avait la prétention de faire revivre les doctrines menacées et l'antique pathologie de Pinel. Or, à cette époque, ce n'était pas un médiocre honneur que de provoquer et d'attirer sur soi les colères et les foudres d'un homme entouré d'un si éclatant prestige.

Aux critiques de Broussais, M. Chomel ne voulut jamais répondre. Il n'avait pas prononcé son nom dans sa première publication, ce que l'on pouvait jusqu'à un certain point excuser, si l'on avait égard à la vivacité du combat qui se livrait. Toutes les armes étaient bonnes, et M. Chomel, connaissant la nature irritable du réformateur, pouvait jouer une indifférence à laquelle il savait bien que celui-ci ne serait pas insensible. Mais, une fois le but atteint, il nous paraît moins excusable d'avoir persisté dans son silence dans les trois éditions qui suivirent. Ici, cette indifférence calculée pourrait, peut-être avec quelque raison, être taxée de déni de justice.

Que l'on ne partage plus, que l'on n'ait jamais approuvé ses idées, on ne *supprimera* pas Broussais. Cet homme de génie a tenu une trop large place dans l'histoire de la médecine moderne, il a fait une trop forte brèche à l'ancien édifice pour que son nom puisse être oublié. Et d'ailleurs, si comme chef d'école il est déjà passé à l'état de souvenir, si la postérité a déjà commencé pour lui, rappelons-nous qu'il a été l'un des premiers à porter la lumière au milieu du chaos où se trouvait plongée la médecine au commencement de ce siècle, qu'il a l'un des premiers proclamé la nécessité de changer le siége et de déterminer la nature des maladies, *de débrouiller par une savante analyse les cris souvent confus des organes souffrants*, et qu'enfin, quoi qu'on en puisse dire, il avait pris pour épigraphe et pour devise cette phrase de Bichat qu'il a rendue célèbre : Qu'est l'observation si l'on ignore où est le siége du mal? Le savant professeur dont nous avons le livre sous les yeux ne nous en voudra pas de ce reproche. Il s'est acquis depuis de longues années une réputation assez haute et assez justement méritée pour que nous puissions, sans le blesser, lui dire ce que nous croyons être l'expression de la vérité, et regretter de lui voir, avec trop d'affectation, garder un silence hostile à une illustre mémoire.

La réputation qu'avait de si bonne heure commencée au *Traité de pathologie générale* la résistance de l'auteur à l'entraînement presque général vers les idées nouvelles, s'accrut bientôt en raison de la position officielle que M. Chomel occupa dans l'enseignement comme médecin des hôpitaux et comme professeur, et dès lors nous devons reconnaître qu'à chaque édition il s'étudia à apporter à son œuvre tous les perfectionnements dont la rendaient susceptible et que nécessitaient les progrès incessants de la science. Tout en conservant le *plan* et les *règles* qu'il avait adoptés lors de sa première publication, il notait avec soin les découvertes dont s'enrichissait l'art de guérir, et en formulait les résultats au point de vue de l'application.

Porté par la nature de son esprit plutôt vers la pratique que vers la théorie, il eut tout d'abord la prétention de s'abstenir de toute idée

(1) 4e édit. Un vol. in-8° de 700 pages. Paris, Victor Masson.

Une femme âgée de vingt-quatre ans, présentant tous les attributs du tempérament nerveux, et n'ayant jamais eu jusque-là que des indispositions légères, entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de la clinique, salle Sainte-Anne, vers le commencement de février 1855, avec une exophthalmie double très-prononcée, qui lui donne une physionomie singulière et une expression d'étonnement et d'anxiété. Les globes oculaires font également, de chaque côté, une saillie considérable en avant des arcades sourcilières. Tous leurs mouvements s'opèrent avec facilité. La sclérotique, la cornée transparente, l'iris présentent une coloration tout à fait normale. La conjonctive oculaire n'est nullement injectée. Les milieux de l'œil sont parfaitement transparents. La pupille se resserre et se dilate comme dans l'état normal. La malade n'éprouve aucun trouble notable de la vision. Les mouvements d'occlusion des paupières se font librement. La paupière supérieure est saillante, comme boursouflée. Les conjonctives palpébrales sont d'une pâleur très-marquée.

La glande thyroïde est très-volumineuse. La tumeur qu'elle constitue paraît être formée surtout aux dépens du lobe droit, qui a acquis le volume d'un œuf de poule environ. Elle est ovoïde, sans bosselures, mollasse, indolente, mobile dans tous les sens. Elle s'élève avec le larynx lorsque la malade fait un mouvement de déglutition. Elle est le siége de battements énergiques, mais sans mouvement d'expansion. La main appliquée sur la tumeur perçoit un frémissement cataire très-marqué, qui se retrouve à un degré plus prononcé encore sur les régions latérales du cou, au niveau des carotides. On perçoit, en outre, à l'aide du stéthoscope, dans ces mêmes points, ainsi que sur la tumeur thyroïdienne, un souffle d'une rudesse remarquable et dont l'intensité est plus accusée au moment de la systole cardiaque.

Les artères carotides primitives, l'aorte abdominale au niveau de l'épigastre, sont le siége de pulsations violentes; elles donnent à la main une sensation de frémissement très-marqué, et l'oreille y perçoit un souffle rude continu.

Le cœur a son volume normal; son impulsion est forte, ses bruits éclatants, principalement le deuxième, qui présente un timbre métallique bien marqué. Le premier bruit est couvert par un souffle qui présente à peu près les mêmes caractères de rudesse que celui qui est perçu dans les gros vaisseaux du cou. Le pouls radial est peu volumineux, régulier, très-fréquent (de 95 à 100 pulsations). La malade n'éprouve d'ailleurs aucun malaise, elle n'a même pas conscience des palpitations artérielles et cardiaques pendant le repos; elle éprouve seulement, quand elle marche, quelques battements de cœur, sans dyspnée. Toutes les autres fonctions s'exécutent régulièrement, et à part un certain degré de maigreur, rien n'indique chez cette femme un état de maladie ou de souffrance prolongée.

Tel était l'état de cette malade à son entrée à la Charité et pendant le court séjour qu'elle y a fait.

M. Charcot l'ayant revue un an après, en février 1856, a constaté que l'exophthalmie et la tumeur thyroïdienne avaient diminué d'environ moitié. Les palpitations étaient toujours assez prononcées au cou et à la région précordiale. La malade n'avait d'ailleurs cessé, depuis sa sortie de l'hôpital, de se bien porter et de vaquer à ses occupations habituelles.

Au mois d'avril suivant, l'exophthalmie était aussi prononcée qu'en février, mais la tumeur du cou avait complétement disparu. Les artères carotides étaient encore le siége de battements visibles à distance. On ne percevait plus, à cette époque, aucun bruit anormal au cœur. Le 15 avril, les battements des artères carotides n'étaient plus visibles. L'exophthalmie et le bourrelet des paupières persistaient seuls encore à un certain degré. Enfin dans le courant de juin dernier M. Charcot constata encore le même état.

Quelle est la nature de cette affection? Dans quel rang du cadre nosologique faut-il la classer? Et, ce qu'il importerait davantage de connaître, quels sont les moyens thérapeutiques ou hygiéniques à lui opposer? Diverses hypothèses ont été émises sur son étiologie et sa nature. Les uns ne veulent y voir qu'une des formes de l'anémie à laquelle se rattache aujourd'hui un groupe d'affections si nombreuses et si variées. D'autres l'ont considérée comme une forme spéciale de névrose cardiaque. Elle consisterait, suivant ceux-ci, dans une altération fonctionnelle caractérisée par une excitation permanente du cœur et des artères du cou, à laquelle se joignent comme épiphénomènes le gonflement de la thyroïde et une augmentation de volume des globes oculaires. M. Charcot inclinait à rapprocher la cachexie exophthalmique de cette autre affection qui n'est guère beaucoup mieux connue, il faut le dire, et qui a été désignée sous le nom de pulsations abdominales idiopathiques. Mais cette assimilation, toute juste qu'elle puisse être, n'éclaire pas beaucoup la question, qui est tout entière à l'étude.

Quant à ce qui concerne le traitement, ce seraient, d'après les médecins anglais et allemands qui ont le plus souvent observé cette affection, les préparations martiales et le quinquina qui se seraient montrés le plus efficaces, du moins dans les cas où l'anémie était très-prononcée. Dans les cas où il n'y avait pas de signes d'appauvrissement du sang, les préparations de digitale et l'acide phosphorique paraissent avoir produit quelquefois de bons effets. La malade de M. Charcot a été mise à l'usage de la digitaline et du sous-carbonate de fer; mais la médication n'a pas été suivie assez longtemps pour qu'on en ait pu apprécier les effets.

Cancer du pylore. — Diagnostic rendu douteux par une transposition générale des viscères.

Un fait assez singulier s'est présenté, il y a quelque temps, dans le service de M. Legroux à l'Hôtel-Dieu, fait qui montre combien il serait utile, dans les cas où le défaut d'accord entre le siége d'une tumeur et les signes rationnels qui s'y rapportent rend le diagnostic obscur et indécis, de déterminer par une exploration attentive la position respective des viscères.

Voici en quels termes M. Legroux l'a rapporté devant ses collègues de la Société médicale des hôpitaux :

Un homme entre dans son service portant le cachet d'une diathèse cancéreuse, dont le foyer occupait la partie profonde inférieure de l'hypochondre gauche, où l'on sentait manifestement une tumeur dure. Il y avait des vomissements; quelques-uns contenaient même des matières noires. Le siége de la tumeur donna lieu parmi les assistants à des avis différents : quelques-uns prétendirent qu'il avait lieu sur la partie droite de l'estomac. M. Legroux trouvait la tumeur trop profonde, trop immobile, située trop bas pour appartenir à cette région de l'estomac; il était disposé à la rattacher au pancréas. D'un autre côté, l'un des assistants, jeune médecin, guidé par la symptomatologie, plaça la tumeur au pylore. Sans s'arrêter à un diagnostic précis pour un cas qui n'exigeait qu'une médication palliative, M. Legroux soumit le malade à un régime doux, à l'usage des narcotiques. Le chlorhydrate de morphine eut dans ce cas une véritable efficacité sédative. Il calma les douleurs et facilita les fonctions de l'estomac pendant huit jours, au point que le malade se croyait en voie de guérison. Mais une péritonite aiguë se déclara et détermina la mort en peu de jours.

L'autopsie vint éclairer les obscurités du diagnostic : il y avait une transposition générale de tous les organes; le testicule droit lui-même descendait plus bas que le gauche.

La transposition des organes est un fait trop rare, trop exceptionnel sans doute pour qu'il y ait à en tenir compte dans toutes les supputations diagnostiques en général. Mais, lorsque dans un cas comme celui-ci il se présente dans la situation d'une tumeur une circonstance insolite, telle que par ce fait seul l'esprit soit détourné de la rapporter à l'organe auquel les symptômes physiologiques et les signes morbides rationnels sembleraient devoir le faire supposer, il est naturel de se demander si l'on n'aurait pas affaire à un de ces cas exceptionnels d'inversion des organes, et il devient dès lors nécessaire de diriger ses investigations dans ce sens.

C'est là un précepte qui mérite d'autant plus d'être désormais rappelé à l'attention des praticiens, que la transposition des viscères, grâce à la percussion et à l'auscultation, est maintenant facile à diagnostiquer. On peut se rappeler avec quel degré de précision et de certitude une transposition semblable fut reconnue pendant la vie, puis confirmée plus tard par l'autopsie, dans un cas que nous avons publié au commencement de cette année. Il existe chez les hommes un signe extrêmement facile à constater, et sur lequel nous avons aussi dans le temps appelé l'attention; c'est la situation plus déclive du testicule droit, contrairement à ce qui a constamment lieu dans l'état normal. Cette disposition, qui existait précisément chez le malade de M. Legroux, eût suffi à elle seule pour le mettre sur la voie d'une transposition presque certaine des viscères, si quelque circonstance l'eût sollicité à porter son examen vers ces organes. Cette précision du diagnostic n'importait que très-secondairement dans ce cas particulier, où elle n'aurait rien changé aux indications thérapeutiques ainsi qu'au pronostic; mais on comprend combien dans une foule d'autres circonstances il importerait d'éviter par un examen approfondi cette cause d'incertitude et d'erreur, quelque exceptionnelle qu'elle soit.

Du mode d'administration de la teinture d'iode à hautes doses dans le traitement du rhumatisme articulaire chronique atonique, dit rhumatisme noueux.

Nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié que nous avons signalé dans le temps à leur attention une méthode de traitement usitée dans les salles de M. Trousseau contre cette espèce de rhumatisme articulaire chronique si rebelle jusqu'alors, qui a été désigné sous les noms de rhumatisme *atonique*, rhumatisme *noueux*. Cette méthode consiste dans l'administration de la teinture d'iode à hautes doses. Les observations que nous avons recueillies et publiées alors témoignaient, pour la plupart du moins, en faveur de l'efficacité du moyen; mais ce qu'elles établissaient surtout, et c'était là un point tout au moins aussi essentiel, c'était son innocuité. L'examen de ce point eût peut-être exigé plus de développements que nous ne lui en avons accordé à cette époque. Nous nous félicitons qu'une publication récente de M. Lasègue (1), à qui appartient l'initiative de cette médication, nous fournisse l'occasion de compléter aujourd'hui la communication que nous venons de rappeler.

« Dans les médications de longue haleine qui s'adressent à des maladies chroniques, comme le dit avec tant de raison M. Lasègue, le mode d'administration est en quelque sorte partie intégrante du médicament. » Il est donc important que les praticiens qui voudraient mettre en usage la méthode dont il s'agit soient bien fixés d'avance, d'une part, sur les motifs cliniques qui justifient la préférence donnée par M. Lasègue à l'iode en nature sur ses diverses préparations, et, d'autre part, sur les conditions de son administration qui en assurent à la fois l'efficacité et l'innocuité.

Nous avons dit dans le temps que c'était après avoir vainement employé l'iodure de potassium à toutes les doses, que M. Lasègue en était venu à essayer la teinture d'iode. Il n'y aurait pas lieu, à la rigueur, à nous préoccuper d'autre chose que du fait expérimental, qui entre les deux agents a décidé en faveur de ce dernier. Mais on nous permettra, à ce sujet, de nous joindre ici à M. Lasègue pour protester au nom de la clinique contre les inductions pratiques tirées de la chimie pure.

« Un auteur qui fait autorité en pharmacie, dit M. Lasègue, déclare que l'iode en nature ne devrait jamais être prescrit à l'in-

(1) Voir le numéro des *Archives de médecine* de septembre.

---

systématique et de se renfermer strictement dans l'exposition des faits et de leurs conséquences rigoureuses. Cette méthode lui réussit-elle? Il faut bien répondre affirmativement, puisque au milieu des révolutions qui se sont succédé depuis près de quarante ans dans la médecine, il a pu, tout en modifiant les détails, ne rien retrancher d'essentiel de ce que contenait sa première édition, et que son livre est encore aujourd'hui le traité classique par excellence de pathologie générale.

Ce livre présente au plus haut degré toutes les qualités du professeur. M. Chomel, on le sait, et il semble lui-même s'en faire honneur, n'est pas un de ces esprits chercheurs, aventureux, qui sous le plus petit prétexte, sans prétexte quelquefois, cédant au caprice, à la fantaisie, se livrent à des expériences qui trop souvent ne sont suivies d'aucun résultat; inventent des médications infaillibles qui durent six semaines, et émettent, pour expliquer les faits qui nous échappent encore dans leurs causes, les interprétations les plus légères, les plus irréfléchies, pour cette raison seule qu'elles sont originales et ne se sont présentées encore à l'esprit de personne.

M. Chomel a pris pour épigraphe de son livre : *Melius est sistere gradum quam progredi per tenebras*. Il ne repousse pas le progrès; il l'accepte très-volontiers, mais seulement lorsque l'observation et l'expérience sont venues lui donner leur sanction. Il accueille les conséquences déduites de faits bien et longtemps observés, mais sympathise peu avec les *expériences*. Combien de fois ne lui avons-nous pas entendu, à sa clinique de l'Hôtel-Dieu, blâmer sévèrement, non les médecins qui font de sages et prudentes expérimentations, mais ceux qui se livrent à des *expériences*, mot qui suivant lui doit être banni du vocabulaire du médecin. Observateur habile, il interroge tous les phénomènes, et cherche pour ainsi dire à surprendre la nature, pour suivre la voie qu'elle va lui tracer. En un mot, M. Chomel résume en lui le savant érudit pour lequel l'expérience du passé n'est pas lettre morte; le médecin consciencieux qui emprunte à toutes les écoles ce qu'il croit y trouver de véritablement utile; qui, sans se l'avouer peut-être à lui-même, bannit de sa pratique cet exclusivisme que nous nous permettions plus haut de ne pas approuver complétement; enfin, et c'est là un de ses plus grands mérites, il tente, toutes les fois qu'il est possible, de construire des théories sur et d'après les faits, mais ne prétend pas plier les faits aux théories, comme on l'a essayé trop souvent.

Professeur de clinique à la Faculté de Paris pendant trente années, M. Chomel est certainement un de ceux qui ont avec le plus de zèle, le plus de conscience, rempli le mandat qui lui était confié. Son enseignement était simple, clair, toujours de bon goût; dans ses leçons, où il citait du reste rarement les noms des auteurs contemporains, il évitait, autant que faire se pouvait, de faire des critiques désobligeantes. Jamais on n'entendit sortir de sa bouche, à l'amphithéâtre, ces personnalités blessantes qui tôt ou tard finissent par retomber sur ceux qui les prononcent. Si le style de ses conférences, comme il les appelait lui-même, n'était pas celui des discours d'apparat, il était toujours correct, sans platitude comme sans emphase, toujours à la même hauteur, facile à suivre, agréable à entendre, et il n'est pas un seul des nombreux élèves qui l'ont écouté qui n'ait conservé de lui comme maître, comme homme, les plus agréables souvenirs. Plus tard, beaucoup d'entre nous l'ont retrouvé et le retrouvent encore journellement en consultation près du malade, et les rapports avec le confrère n'ont ni moins de charmes ni moins d'aménité.

Nous voulions parler du livre de M. Chomel, et nous n'avons parlé que de l'auteur. Et en effet, que dirions-nous de cet ouvrage que personne ne sache aussi bien que nous? Nous n'aurions à signaler que les nombreuses et importantes additions qui à elles seules suffisent presque pour en faire un livre nouveau; quelques considérations préliminaires sur la médecine elle-même; une extension plus grande donnée aux chapitres consacrés aux causes, aux symptômes, aux altérations des liquides organiques, à l'examen chimique et microscopique des produits morbides, etc. Mais ici encore nos paroles seraient inutiles. Du moment que M. Chomel se décidait, après quinze ans, à donner une nouvelle édition de sa *Pathologie générale*, il s'engageait par cela même à n'y laisser subsister aucune lacune, et cet engagement tacite il l'a tenu avec la même fidélité que tous ceux qu'il a jamais contractés.

Dr A. FOUCART.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

térieur, et que, hormis les cas où on tient à voir se produire une action chimico-irritative, l'iode ne doit pas être introduit dans l'économie à l'état de liberté. » La principale objection sur laquelle repose cette opinion vient de ce que, suivant l'auteur en question, l'ingestion de l'iode à l'état libre peut donner lieu à des accidents inflammatoires qui, sans être toujours graves, ne laissent pas d'être parfois très-fâcheux. Mais, ainsi que le fait remarquer M. Lasègue, cette opinion n'est appuyée que sur des réactions chimiques; elle n'a pas attendu le contrôle de l'expérience clinique. Or que dit la clinique? Le voici :

Des expériences multipliées ont démontré que, même à des doses qui dépassent celles qu'on a prescrites habituellement, l'ingestion de l'iode est exempte d'inconvénient. Seulement, comme pour le fer et plus encore que pour les préparations martiales, ajoute-t-il, il doit être de règle absolue de n'administrer l'iode qu'au moment du repas. L'estomac à l'état de vacuité le tolère difficilement, et il occasionne des gastralgies qui ont une frappante analogie avec celles que les ferrugineux provoquent chez certains malades. Pris pendant le repas, il active la digestion plutôt qu'il ne l'entrave; jamais il ne cause ni douleurs, ni vomissements, ni diarrhée, ni accidents gastriques d'aucun ordre, quelle que soit la susceptibilité des sujets.

La dose que M. Lasègue a prescrite dans ses expériences a été élevée progressivement de 8 à 10 gouttes, deux fois par jour, à 5 et 6 grammes pendant le repas, en prenant pour excipient un peu d'eau sucrée, ou de préférence du vin d'Espagne pour en mieux masquer la saveur.

Les effets physiologiques qu'il a constatés ont été parfaitement conformes à ce que M. Lugol a signalé depuis longtemps. Il n'y a jamais eu d'ivresse iodique ou d'amaigrissement appréciable; les malades n'ont même jamais accusé le dégoût qu'entraîne habituellement l'usage longtemps continué d'un médicament doué d'une saveur prononcée. En un mot, l'influence exercée par la teinture d'iode ingérée à doses progressivement croissantes, et en même temps que les aliments, n'a paru à M. Lasègue avoir aucun des caractères communs avec les intoxications momentanées que déterminent les ingestions considérables de teinture d'iode faites dans diverses cavités.

Du traitement de la blennorrhagie par les injections d'oléo-résine de copahu.

Nous avons publié, dans le numéro du 15 avril dernier, la description d'une méthode de traitement de la blennorrhagie par les injections de baume de copahu dans le canal de l'urètre. Bien que cette méthode ne fût pas nouvelle, ainsi que le reconnaissait très-loyalement l'auteur de cette communication, M. le docteur Dallas (d'Odessa), qui l'a inventée de son côté, après que d'autres avaient eu déjà la même idée, les essais qui en avaient été faits à cette époque étaient assez restreints encore pour qu'elle pût passer pour telle. Quoi qu'il en fût de la question de priorité, l'honorable praticien d'Odessa ne tenait dans cette communication qu'à une chose, appeler l'attention de ses confrères et provoquer les essais sur un moyen qui lui avait paru produire de très-bons effets, et dont il résumait les avantages sous les trois chefs suivants : innocuité; la formule adoptée permettant facilement de rendre le médicament aussi faible ou aussi fort qu'on le désire; — efficacité plus grande que les moyens usuels; le copahu, réputé universellement le meilleur des anti-blennorrhagiques, alors même qu'il est administré d'une manière vicieuse et infidèle, devant à plus forte raison mériter ce titre dès qu'il serait dirigé en substance et à des doses convenables sur la partie malade elle-même; — usage facile et pratique; ce moyen étant d'une administration facile et également applicable aux cas récents ou légers comme aux cas graves et invétérés.

Nous avons secondé les vues de M. Dallas en insérant sa communication; son but et le nôtre seront atteints, si des expériences comparatives faites en divers lieux par les médecins les mieux placés pour ce genre d'observations, il doit ressortir un résultat pratique que nous puissions présenter avec confiance à nos lecteurs. Voici un document important qui vient de nous être communiqué par un de nos plus savants confrères de l'armée navale, M. le docteur Lecoq (de Cherbourg), et qui peut être considéré comme une première pièce acquise à l'enquête provoquée par M. Dallas. Elle est, comme on va le voir, peu favorable à la méthode.

Nous laissons parler M. Lecoq :

« Entraîné par les convictions de ce praticien (M. Dallas), et par ce qu'avaient de merveilleux les succès si heureux obtenus par lui dans plusieurs cas d'urétrite chez l'homme, j'ai soumis plusieurs malades au mode de traitement qui fait le sujet de sa communication, et je crois de mon devoir de vous faire connaître les résultats que j'ai obtenus.

» Sans doute, le traitement si simple de la blennorrhagie par les injections d'oléo-résine de copahu a quelque chose de séduisant, comme le fait fort bien remarquer notre confrère d'Odessa; on épargne ainsi aux malades l'administration par la bouche d'un médicament qu'on ne prend qu'avec répugnance, qui fatigue l'estomac, donne lieu souvent à des accidents sérieux du côté des organes digestifs; et, malgré l'efficacité si bien reconnue de cet agent médicamenteux contre la blennorrhagie urétrale, il est bien à désirer qu'on puisse épargner aux malades l'ingestion d'une substance aussi repoussante. Mais pour cela, il faut que le copahu en injections parvienne à guérir l'urétrite, et malheureusement les observations cliniques que j'ai pu recueillir ne prouvent pas en faveur de ce mode si simple d'administration de ce médicament.

» J'ai soumis vingt et un malades atteints d'*urétrite aiguë* au traitement par les injections. Ces vingt et une observations ont été toutes recueillies jour par jour avec le plus grand soin. Mon intention n'est pas de les rapporter *in extenso*. Dans cette note, que je crois utile de vous communiquer, je me contenterai : 1° de raconter exactement la marche que j'ai suivie dans l'administration du médicament; 2° de signaler les résultats auxquels je suis arrivé; 3° de tirer les conclusions que je crois découler tout naturellement de ces observations.

» 1° Tous les malades choisis par moi étaient de jeunes soldats de vingt à vingt-cinq ans, placés dans les meilleures conditions hygiéniques. Presque tous avaient eu antérieurement une ou plusieurs blennorrhagies, guéries par le traitement ordinaire : copahu à l'intérieur, cubèbe, etc. Au point de vue des symptômes, je classerai ces malades dans deux catégories. Chez les uns, en effet, j'ai noté un écoulement épais, très-abondant, jaune verdâtre, avec douleur à la miction, érections fréquentes et douloureuses, rougeur plus ou moins prononcée du gland et du méat. Chez les autres, et c'était le plus petit nombre, l'écoulement était jaune pâle, sans douleur, sans érection, sans rougeur du méat urinaire. Le plus souvent, j'ai combattu chez les premiers les symptômes inflammatoires par les moyens ordinaires. Il m'est cependant arrivé d'avoir recours aux injections de copahu dès le premier jour de l'entrée du malade à l'infirmerie. J'ai composé l'injection d'après la formule donnée par M. Dallas, savoir :

Baume de copahu.	5 drachmes
Jaune d'œuf.	N° 1
Extrait d'opium.	1 grain
Eau.	7 onces.

» Devant mes insuccès, j'ai diminué la quantité d'eau d'un tiers, puis de moitié. J'ai maintenu constamment les hommes à l'infirmerie, bien surveillés par l'infirmier, qui était présent chaque fois que les malades faisaient leurs injections. Le liquide était maintenu en contact avec la muqueuse urétrale aussi longtemps que possible.

» Si j'insiste sur toutes les précautions dont j'ai entouré les malades soumis à mon observation, c'est parce que les résultats obtenus par moi ne sont pas aussi favorables aux injections de copahu que ceux signalés par M. le docteur Dallas, et je ne vois pas à quoi attribuer mes insuccès, si ce n'est à ce qu'a de mauvais le mode d'administration de notre principal médicament anti-blennorrhagique préconisé par notre confrère d'Odessa. Quoi qu'il en soit, voici les résultats que j'ai obtenus.

2° Sur les 21 malades soumis au traitement par les injections, 6 seulement sont sortis guéris ; le temps minimum exigé pour la guérison complète a été de vingt et un jours; le temps maximum, quarante-sept jours. En moyenne, le traitement a duré de trente à trente-cinq jours. Chez un malade des douleurs assez vives dans les aines, avec un commencement d'engorgement des ganglions, accident que j'ai attribué, peut-être à tort, aux injections, m'ont engagé à recourir au traitement ordinaire de l'urétrite. Il nous reste donc 14 cas d'insuccès complets, 14 cas dans lesquels nous avons dû recourir au copahu et au cubèbe administrés par la bouche, après avoir employé les injections pendant trente et trente-cinq jours *sans aucun amendement* des symptômes. La maladie a guéri, il est vrai, chez 6 malades par l'emploi seul du copahu en injections, mais ces guérisons ne prouvent rien, puisque tous les jours nous voyons disparaître des écoulements urétraux sans que le malade subisse aucun traitement, ou bien sous l'influence d'un régime un peu sévère aidé de quelques injections purement émollientes.

» Tels sont les résultats que j'ai obtenus, et malgré la *logique inflexible*, suivant l'expression de M. Dallas, qui prétend que ce mode de traitement *doit être plus efficace* que tous les autres, je suis forcé de reconnaître qu'il y a quelque chose de plus inflexible que la logique, ce sont les faits, or les faits observés par moi viennent malheureusement donner tort au raisonnement.

» Voici les conclusions qui découlent de mes observations :

» 3° Avec M. Dallas, je reconnais que ce procédé est *inoffensif*. Une seule fois sur vingt et une la prudence m'a fait suspendre ces injections, pour des douleurs assez vives avec engorgement des ganglions inguinaux.

» Il est *pratique*. Rien en effet de plus simple que ce procédé.

» Quant à ce qui est de son *efficacité* plus grande, ici je ne puis me trouver d'accord avec M. Dallas, et je reconnais :

» 1° Que ce mode d'administration de l'oléo-résine de copahu, quand il guérit, exige autant et même plus de temps que quand le médicament est donné par la bouche.

» 2° Qu'il échoue dans la majorité des cas : quatorze fois sur vingt et une.

» 3° Que dans les urétrites légères il peut guérir radicalement un écoulement blennorrhagique.

» 4° Que c'est un procédé à conserver et à suivre, mais seulement chez les malades qui ne peuvent pas tolérer le copahu administré par la bouche. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 17 septembre 1856.—Présidence de M. Chassaignac.

M. Verneuil. C'est sans doute par mégarde que l'on considérerait comme nouvelle la conduite tenue par M. Chassaignac, et qui consiste à faire l'amputation de la jambe dans la partie morte. Cette pratique, en effet, a été discutée depuis longtemps, et lorsqu'on pose les indications de l'amputation dans la gangrène, on agite toujours les trois questions suivantes; faut-il amputer : 1° dans le vif; 2° à la limite de la gangrène; 3° dans les parties sphacélées? Cette dernière opération, à proprement parler, n'est pas assimilable aux deux autres : elle n'est que palliative; c'est une espèce de pansement analogue à l'excision, sans effusion de sang, d'une eschare des parties molles.

En effet, le membre sphacélé est pesant, gênant; il exhale une odeur infecte, il fournit des sucs délétères dont l'absorption par les parties saines est funeste. On retranche cette partie mortifiée à laquelle le patient est enchaîné, et l'on fait cesser ainsi sans danger une série d'inconvénients très-fâcheux. Tous les cas ne comportent pas ce genre d'intervention, dont on s'accorde cependant à reconnaître parfois l'utilité.

Nous trouvons cette indication nettement formulée dans nos traités classiques (1), et notre honorable président a sans doute voulu la suivre à titre de palliatif, puisque plus tard il a pratiqué une seconde opération, la résection des extrémités osseuses dans le vif.

Mais ce qui est réellement neuf et intéressant dans l'histoire de la maladie dont nous venons de voir le sujet, c'est le soulagement soudain survenu par le fait seul de la section de l'os mort, ou, en d'autres termes, de l'ouverture du canal médullaire.

Or, ce résultat a été tout à fait imprévu, et il a frappé vivement le chirurgien qui a bien voulu nous le communiquer. Nous savons donc désormais que la section d'un os long partiellement nécrosé peut calmer les douleurs dont cet os est le siége, et ceci est tout à fait digne d'attention. M. Chassaignac propose, pour expliquer cette particularité, une hypothèse qui me paraît fort acceptable. Une partie encore vivante du tissu médullaire est enflammée; elle est renfermée dans un étui inextensible, la cavité diaphysaire, on ouvre celle-ci, on fait de la place à l'organe enflammé, les douleurs cessent. Je trouve l'interprétation très-logique et très-conforme à nos connaissances générales.

Mais la discussion s'est élargie, et voici venir la question de choix encore si controversée entre l'amputation sus-malléolaire et l'amputation dite au lieu d'élection; c'est une des questions les plus sérieuses et les plus délicates de la chirurgie. Mon expérience personnelle est encore si restreinte, que je n'interviendrais pas dans ce débat si des recherches commencées depuis longtemps sur les suites ultérieures des amputations en général ne m'avaient permis d'emprunter aux autres quelque connaissance du sujet. D'ailleurs, on vient de formuler ici des propositions qui me semblent trop générales, et qui ont pour but de préconiser presque exclusivement l'amputation sus-malléolaire.

Or, je crois que cette opération a été beaucoup trop vantée, et j'affirme surtout qu'on a été beaucoup trop loin en avançant qu'elle ne causait jamais d'accidents. J'accorde, et cela me paraît tout à fait irréfragable, que la mortalité immédiate qu'elle entraîne est moindre qu'à la suite de la méthode ancienne. Mais quand on mutile un malade, il ne faut pas songer exclusivement au résultat primitif, il faut faire entrer en sérieuse ligne de compte le bénéfice ultérieur qu'il recueillera du sacrifice du membre.

Aussi, quelque grave, quelque pénible que soit cette assertion, je pense que dans certains cas il vaut mieux affronter des chances de mortalité plus grandes que de faire une opération inutile qui devra être répétée plus tard, et qui, par conséquent, fera courir deux fois au malade les chances funestes d'une grande opération.

Je dis d'abord que l'amputation sus-malléolaire donne assez souvent des moignons défectueux. J'ai eu pour ma part, en courant les hôpitaux, l'occasion d'en observer un certain nombre, et j'ai remarqué entre autre chose que la conicité était plus commune dans ce cas que pour l'amputation au lieu d'élection.

Un autre accident plus grave, c'est l'ostéite, ou la carie, ou la nécrose des os de la jambe. Cette complication a plus d'une fois déjà forcé le chirurgien à pratiquer la section du membre plus haut. Je ne crois pas qu'on doive accuser exclusivement de ces cas malheureux la longueur trop grande de la portion restante de la jambe et les chocs qui en résulte; je pense plutôt que les ostéites secondaires si rebelles, si incurables, tiennent surtout à ce qu'on a opéré pour des maladies de l'articulation tibio-tarsienne. Dans ces cas, l'ostéite du tibia remonte à une assez grande hauteur, et en coupant cet os à trois travers de doigt de son extrémité articulaire, on laisse dans le moignon un foyer d'ostéite qui, récidivant plus tard, nécessite une nouvelle intervention chirurgicale. A la vérité on est trompé par les suites immédiates de l'amputation ; le malade guérit d'abord. Pendant les premiers mois, et sous l'influence de l'opération, qui est un moyen antiphlogistique puissant, l'ostéite s'amende et s'endort, et on croit le succès assuré. Plus tard, les parties dures s'altèrent de nouveau spontanément ou à la suite de causes légères, et la récidive apparaît avec toute son incurabilité.

Je crois donc que lorsque l'amputation devient nécessaire à la suite de maladies organiques de l'articulation du pied avec la jambe, on doit se résoudre souvent à pratiquer la section au tiers supérieur, afin de s'éloigner suffisamment du siége du mal.

Je ne me sens pas l'esprit capable de grandes témérités chirurgicales, et j'espère passer plus tard pour aussi soucieux que tout autre de l'intérêt et de la conservation de mes malades, et je crois cependant que je pratiquerai plus d'une fois l'amputation au lieu d'élection dans des cas où d'autres croiraient suffisante la méthode inférieure. J'exposerai plus, il est vrai, au moment même, la vie des patients, mais la vie aura moins de chance d'être plus tard mise en question; la guérison sera plus radicale, et les opérés pourront plus certainement, à l'aide de l'ancienne jambe de bois, supporter les fatigues inséparables de leur condition et de leurs rudes travaux.

Au reste, si je me trouve en dissidence sur quelques points avec

(1) *Compendium de chirurgie*, tome Ier, page 233, 1re colonne : « La gangrène étant bornée, convient-il de pratiquer l'opération dans le mort, dans le vif, ou enfin sur les limites de l'un et de l'autre. Les anciens redoutant les hémorrhagies et n'ayant d'autre but que de débarrasser le malade d'un foyer d'infection, avaient pour usage de couper le membre dans les parties gangrenées, à quelque distance du cercle inflammatoire.

notre honorable président, je me permettrai également de soumettre une objection à M. Larrey. Dans le parallèle qu'il a tracé entre les deux méthodes générales d'amputation de la jambe, notre collègue a mis de côté l'opération à la partie moyenne. Or, ne pourrait-on pas, comme déjà certains chirurgiens le pensent, et je citerai à ce propos M. Maisonneuve, ne pourrait-on pas, dis-je, mettre de côté les deux lieux d'élection, et considérant la jambe comme la cuisse ou le bras, la diviser dans tous ses points pour s'éloigner suffisamment, suivant les cas, du foyer de la lésion organique? Marchant dans cette voie, M. Larrey père a déjà, au grand étonnement de ses contemporains, amputé dans les condyles du tibia plutôt que de remonter jusqu'à la cuisse. Cette prétendue témérité est aujourd'hui sanctionnée par l'expérience. J'ai vu une amputation de cette espèce exécutée par M. Denonvilliers avec le plus grand succès; plusieurs blessés de Crimée ont également survécu à la même tentative. Or, si l'on coupe si haut, pourquoi n'en ferait-on pas autant à la partie moyenne du membre, vers l'origine des jumeaux? On s'éloignerait ainsi de l'articulation malade, et l'on aurait un moignon meilleur que dans l'amputation au lieu d'élection, défavorable surtout comme opération, parce que la section porte dans le point où les muscles ont une plus grande épaisseur et où la peau de la région postérieure a le plus de tendance à se rétracter naturellement et à laisser les os à découvert.

M. Guersant blâme la pratique de laisser les membres gangrenés se détacher naturellement, parce qu'alors on a des moignons qui ne se cicatrisent pas.

Dans les amputations sus-malléolaires et au lieu d'élection, il obtient des résultats identiques et n'observe pas de différence dans la proportion des guérisons et des morts, comme sur les adultes. Il penche pour l'amputation au lieu d'élection à cause de la position sociale que doivent avoir plus tard ses petits malades, qui auront à supporter des travaux fatigants et ne pourront faire les frais de membres artificiels.

M. Larrey n'admet pas les avantages que M. Verneuil reconnaît à l'amputation dans le tiers moyen de la jambe. Après cette amputation, si l'on veut profiter de ses avantages, il faut des moyens prothétiques particuliers qui tiraillent toujours la peau. Les téguments finissent par se rétracter, les muscles également, et il en résulte la conicité du moignon, la saillie des os, et souvent des excoriations interminables.

M. Huguier reconnaît l'innocuité relative de l'amputation sus-malléolaire; sur quatorze malades à qui il a appliqué cette méthode, il n'en a perdu qu'un seul; mais il y a renoncé pour les tumeurs blanches du pied, à cause de la fréquence des caries et des nécroses qui en sont la suite.

M. Broca pense que les faits invoqués dans cette discussion ne suffisent pas pour faire proscrire l'amputation sus-malléolaire. Il reconnaît que les objections présentées par M. Larrey sont sérieuses, et que beaucoup d'opérés, faute de posséder des moyens prothétiques suffisants, sont exposés à des accidents fâcheux. Lui aussi il a vu des malades qui, désespérant de faire usage de leur tronçon de jambe, se décidaient à marcher sur leur genou avec une jambe de bois ordinaire, et qui étaient fort gênés dans leur travail par le long segment de leur jambe fléchie. Cet inconvénient est réel, sans aucun doute, mais il est de peu de valeur si on le compare aux avantages que présente l'amputation sus-malléolaire sous le rapport de la gravité. M. Huguier vient de faire connaître les résultats de sa pratique : sur 14 opérés, il n'en a pas perdu un seul. Tout le monde n'a pas été aussi heureux que lui; mais on s'accorde généralement à reconnaître que l'amputation sus-malléolaire laisse survivre au moins les cinq sixièmes des malades, tandis que l'amputation au lieu d'élection en tue plus de la moitié. Cette considération doit l'emporter sur toutes les autres. La mission du chirurgien est, avant tout, de sauver les malades qui lui sont confiés. Lorsqu'il a le choix entre deux opérations dont la gravité est à peu près égale, il peut accorder la préférence à celle qui donne les résultats les plus commodes pour les malades; mais il ne doit pas tenir compte de cette considération lorsque l'une de ces opérations est fort grave et que l'autre l'est fort peu. On objecte que les malades qui survivent à l'amputation sus-malléolaire sont moins valides que les autres, moins aptes à exécuter des travaux pénibles; que ceux qui sont pauvres ne peuvent pas se procurer des jambes articulées, qui coûtent fort cher, et sans lesquelles la marche est fort difficile pour eux; qu'enfin ces malheureux ne pouvant gagner leur vie, deviennent un fardeau pour la société. Tout cela est possible, continue M. Broca, mais cela ne regarde pas le chirurgien. On lui demande autant que possible de ne pas tuer ses malades, et les questions sociales ne sont pas de son ressort.

M. Huguier vient de parler de la nécrose du moignon, qui complique plus fréquemment l'amputation sus-malléolaire que l'amputation au lieu d'élection, et qui peut nécessiter une amputation secondaire. Cela est vrai, dit M. Broca, et moi-même dans un cas de ce genre j'ai été obligé, il y a quelques jours, de recouper la jambe au-dessous des condyles du tibia; je montrerai tout à l'heure la pièce à la Société. Mais on remarquera en premier lieu que ces amputations secondaires sont ordinairement moins graves que les autres. Il semble, toutes choses égales d'ailleurs, que la gravité d'une amputation soit proportionnelle à la quantité de tissus qu'on enlève à la fois; en second lieu, cet accident, la nécrose du moignon, n'est pas propre à l'amputation sus-malléolaire. Il résulte de ce que la scie a porté sur un os compact, et il est tout aussi fréquent dans les amputations de l'avant-bras, du bras ou de la cuisse. Remonter au lieu d'élection dans les maladies du pied ou du cou-de-pied, ce serait comme si on coupait la cuisse au-dessous des trochanters dans les maladies du genou, car l'amputation de cuisse est à la tumeur blanche du genou ce que l'amputation de jambe est à la tumeur blanche du pied. Tous les chirurgiens savent bien qu'ils se mettraient à l'abri de la conicité et de la nécrose du moignon en sciant le fémur au-dessous des trochanters; tous cependant, lorsque cela est possible, font de préférence l'amputation au tiers inférieur de la cuisse, parce qu'ils savent que cette dernière opération est beaucoup moins grave que l'autre. Or la différence de gravité est bien plus considérable encore entre l'amputation sus-malléolaire et l'amputation au lieu d'élection. Celle-ci doit donc être considérée comme un pis-aller.

M. Broca montre en terminant le tibia et le péroné d'un homme à qui M. Lenoir avait pratiqué, il y a cinq mois, l'amputation sus-malléolaire. Des abcès se sont formés, plusieurs fistules ont persisté, et M. Broca, chargé de la direction du service de l'hôpital Necker en l'absence de M. Lenoir, a cru devoir couper la jambe au lieu d'élection. Plusieurs nécroses fort singulières existent sur le tibia et sur le péroné, et l'examen des pièces prouve que l'extraction de ces divers séquestres aurait été à peu près impossible.

Le malade va bien, mais il n'est pas encore guéri, l'opération n'ayant été faite que depuis peu de jours.

Lorsque l'observation sera complète, M. Broca la communiquera à la Société, et y joindra la description de la pièce, qui est extrêmement curieuse.

M. Larrey commence par déclarer qu'il a autant que qui que ce soit souci de la vie de ses malades. Mais les succès primitifs de l'amputation sus-malléolaire ne sont pas seuls à considérer, il faudrait aussi rechercher les résultats définitifs, et il est trop certain que, même avec les membres artificiels les mieux faits, il arrive souvent un moment où le malade ne peut s'en servir et regrette de n'avoir pas été amputé plus haut.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

— M. Broca annonce qu'il a examiné la tumeur du maxillaire supérieur enlevée par M. Desormeaux, et qu'elle présentait tous les caractères du cancer véritable.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur fibro-plastique ayant récidivé dans les tendons. — M. Broca présente une pièce provenant d'une jeune fille à qui il a coupé la jambe avant-hier.

Cette jeune fille avait subi quinze mois auparavant l'amputation de Chopart pour une tumeur fibro-plastique de la partie antérieure du pied. La récidive s'est produite sur le moignon au bout d'environ cinq mois, et a donné lieu à une tumeur qui a fini par acquérir un volume presque égal à celui des deux poings. La peau, quoique fort distendue, avait partout conservé son intégrité. La tumeur présentait plusieurs bosselures, et ne paraissait pas remonter plus haut que les malléoles. L'état général était excellent.

En examinant la région malade, il semblait possible de pratiquer la désarticulation tibio-tarsienne ou l'amputation intra-malléolaire; mais M. Broca, pour diminuer les chances de récidive et pour s'éloigner davantage de la tumeur, résolut de scier les os à cinq travers de doigt au-dessus de la ligne articulaire.

La malade fut endormie, et l'amputation fut faite dans le lieu indiqué. Les chairs divisées paraissaient parfaitement saines. Mais, après avoir lié les vaisseaux, M. Broca trouva dans le moignon, à la partie antérieure de l'espace inter-osseux, à la place du tendon du jambier antérieur, une masse cylindrique indurée qui présentait l'apparence du tissu fibro-plastique.

Contrairement à tout ce qu'on pouvait prévoir, et malgré l'intégrité absolue de toutes les parties environnantes, l'affection fibro-plastique s'était prolongée dans le tendon du jambier antérieur, très-au-dessus des limites apparentes du mal.

Dès qu'il eut constaté cette disposition, M. Broca, sans attendre que la malade fût réveillée, se hâta de pratiquer une nouvelle amputation à la partie supérieure de la jambe. Cette fois les chairs du moignon étaient dans une intégrité parfaite, et la plaie fut réunie par première intention.

L'examen du membre amputé a révélé des particularités extrêmement curieuses, dont il n'existe jusqu'ici aucun exemple dans la science; ce sont les tendons divisés par l'amputation de Chopart qui ont été le siége primitif de la récidive.

Les tendons des extenseurs, du jambier antérieur, du jambier postérieur et des deux péroniers latéraux viennent se perdre dans la masse fibro-plastique, où on peut les suivre jusqu'à une petite distance de la cicatrice. Ils sont tuméfiés, présentent une couleur grise, une consistance lardacée et un volume considérable. Le tendon du jambier postérieur offre, dans une étendue de 5 centimètres, le volume du petit doigt. Celui du long péronier latéral est plus gros que le pouce, et celui du jambier antérieur a près de 2 centimètres de diamètre. Tous sont assez exactement cylindriques, à l'exception du tendon du long péronier latéral, qui présente plusieurs bosselures arrondies. Deux de ces tendons se détachent de la tumeur principale, et l'altération dont ils sont le siége remonte à une distance notable au-dessus des limites apparentes du mal. La maladie du long péronier latéral occupe toute la longueur de la coulisse dans laquelle glisse ce tendon sur le côté externe du calcanéum et derrière la malléole voisine. Mais le tendon du tibial antérieur est bien plus curieux encore; il est trauformé dans toute sa longueur en une sorte de boudin fibro-plastique parfaitement cylindrique, parfaitement lisse à sa surface, et le tissu cellulaire qui l'environne est parfaitement sain. Cette altération remonte jusqu'à l'extrémité supérieure du tendon, et, ce qu'il y a de plus remarquable, c'est qu'elle s'arrête brusquement au niveau de l'union du tendon avec la partie charnue du muscle. Celle-ci n'a subi aucune altération; les fibres qui la composent viennent s'insérer sur le tendon fibro-plastique exactement comme sur un tendon ordinaire.

Au voisinage de la cicatrice de l'ancienne amputation de Chopart, les tumeurs fibro-plastiques des divers tendons se confondent en une masse commune très-volumineuse, bosselée, qui en plusieurs points a envahi le tissu cellulaire environnant, mais qui a partout respecté l'aponévrose sous-cutanée et la peau. La masse fibro-plastique se prolonge sous le calcanéum, qu'elle a envahi de bas en haut, et dont elle a ainsi détruit en partie le tissu. L'astragale n'est point envahi. La tête de cet os est intimement soudée avec celle du calcanéum. A la suite de l'amputation de Chopart, l'articulation calcanéo-astragalienne antérieure est devenue le siége d'une ankylose par fusion, ankylose tellement complète qu'on ne peut découvrir les traces de l'ancienne ligne articulaire. L'articulation calcanéo-astragalienne postérieure, au contraire, est parfaitement intacte, et, quoique condamnée depuis quinze mois à une complète immobilité, elle ne présente aucune tendance à l'ankylose. L'articulation tibio-tarsienne, enfin, est le siége d'une ankylose fibreuse incomplète, constituée par plusieurs bandes fibreuses longues de 4 à 8 millimètres, étendues du cartilage de l'astragale au cartilage du tibia. La partie moyenne de ces bandes fibreuses est entièrement libre dans la cavité articulaire; leur implantation se fait directement sur le tissu des cartilages diarthrodiaux, qui ont conservé partout leur épaisseur, leur apparence et leur structure microscopiques normales.

M. Broca a déjà eu plusieurs fois occasion de constater des adhérences fibreuses étendues ainsi de cartilage à cartilage.

Tumeur fibreuse de la langue.

M. Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux, présente une tumeur de la langue, au sujet de laquelle il donne les détails suivants :

Dans le courant du mois de mai 1854, je vis un garçon meunier, âgé de vingt-neuf ans, portant une tumeur développée au milieu de la portion libre de la langue.

Cette tumeur a commencé à se manifester, sans cause appréciable, il y a neuf ans, et insensiblement elle a acquis le volume d'une noix, que nous lui trouvons aujourd'hui. De temps à autre elle augmente de volume, et devient alors le siége de quelques élancements. Hormis cela, elle est complétement indolente.

Cette tumeur fait saillie à la face supérieure de la langue, et dans le point le plus saillant, situé sur la ligne médiane, à 3 centimètres de l'extrémité libre, existe une surface ulcérée superficiellement, grisâtre, ayant environ 3 millimètres d'étendue.

Au toucher, cette tumeur est très-dure. Le tissu de la langue semble lui adhérer intimement, mais n'est pas induré.

Il n'y a pas d'antécédents syphilitiques; néanmoins le malade a pris pendant un mois, et sans résultat, de l'iodure de potassium.

L'ablation de la tumeur ayant été résolue, le docteur Quesnel et moi procédâmes de la manière suivante :

Le malade, assis sur une chaise, fut endormi avec le chloroforme. La langue, maintenue hors de la bouche avec des érignes, une incision antéro-postérieure sur le point ulcéré de la tumeur fut pratiquée, et il devint alors facile de l'énucléer.

La guérison fut rapide.

La tumeur présente une forme irrégulière. Sa surface est mamelonnée. Elle est formée d'un tissu homogène blanchâtre, dépourvue de vaisseaux. A la coupe, elle présente une surface divisée en lobules par des tractus fibreux. La pression n'en fait écouler aucun liquide.

Au microscope, mon ami le professeur Leudet (de Rouen) y a retrouvé tous les caractères du tissu fibreux pur, sans mélange d'aucun autre tissu.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire, Désormeaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur A. Foucart vient de recevoir de Sa Majesté D. Pedro II la décoration de l'ordre impérial *Da Roza* du Brésil.

— MM. Anitchskoff et Berzinski, officiers d'état-majors russes envoyés en mission par l'empereur Alexandre pour étudier l'enseignement de la médecine militaire, ainsi que le service des hôpitaux de l'armée en France, se rendent chaque jour au Val-de-Grâce, où ils se sont mis en rapport avec MM. Michel Lévy et Champouillon.

— Le corps médical de Paris vient de perdre un de ses membres les plus considérables. M. le docteur Cayol vient de succomber à l'âge de soixante-neuf ans environ. M. Cayol était, comme tout le monde le sait, ancien professeur à la Faculté de médecine de Paris, et l'un des fondateurs de la *Revue médicale*, dont il est resté jusque dans ces derniers temps le directeur. Il était, à ce titre, le doyen des journalistes de Paris. Comme professeur de clinique et chef d'école, comme praticien et surtout comme polémiste, M. Cayol a occupé une trop large place dans l'histoire de la médecine contemporaine, pour que nous ne devions pas lui consacrer prochainement une notice biographique.

— Le choléra faisait des ravages vers la fin du mois d'août à Moscou, et se développait à Lubeck et à Ystad (Suède). La maladie règne également en ce moment sur plusieurs points du Portugal, notamment à Lisbonne, à Saint-Antoine, à Madère et à Funchal.

— Si nous sommes bien informé, un jeune professeur agrégé de notre Faculté, qui jouit déjà dans les salons d'une réputation méritée de chanteur, se serait essayé sur une scène étrangère, et le succès le plus complet aurait répondu aux espérances qu'on avait conçues. Encouragé par cette tentative, le savant ténor paraît disposé à affronter le jugement du public parisien, un peu plus difficile que celui d'outre-Manche. On dit que les professeurs titulaires sont disposés à faire de grands sacrifices pour empêcher leur jeune collègue d'accomplir ses projets; mais nous doutons que les susceptibilités du respectable corps aillent jusqu'à lutter avec un engagement de 80,000 livres qu'on offrirait, paraît-il, au savant transfuge. (*Moniteur des Hôpitaux.*)

— L'*Echo d'Oran* garantit l'exactitude de ce qu'on va lire :

« Il existe actuellement, et tous les voyageurs peuvent voir, comme nous l'avons vu, chez M. Paul, maître de poste et hôtelier à la Macta, un coq qui possède quatre pattes, deux fondements et, par suite, deux queues verticales, et qui, de plus, est hermaphrodite. On peut dire littéralement que ce coq est une poule et que cette poule est un coq, car il s'acquitte également des fonctions du mâle et de la femelle. Ses œufs sont des œufs ordinaires de poule.

» Deux de ses quatre pattes seulement posent à terre; il retient les deux autres pliées sous le corps, mais elles ont la même longueur et affectent les mêmes proportions que les deux autres. Sa démarche est saccadée et irrégulière quoique ferme.

» Courageux comme tous ses semblables, il lutte même contre les chiens, et les blessures qu'il en reçoit ne l'empêchent pas de cribler leur museau de furieux coups de bec, qui les forcent quelquefois à la retraite.

» Doué d'une rare intelligence, il aime et suit son maître, dont chaque nuit il s'établit le gardien en venant se coucher à la porte de sa chambre.

» De son côté, M. Paul est fort attaché à son coq, auquel il tient assez pour en avoir refusé 1,400 fr. à l'un de nos premiers fonctionnaires.

» Tel est le coq de Macta, qui ferait le bonheur de plus d'un naturaliste et l'ornement de plus d'une collection zoologique. »

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 118. — MARDI 7 OCTOBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 118. — MARDI 7 OCTOBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messagerie. et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 1er OCTOBRE 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

Les tendons sont-ils sensibles? Non, répondaient les physiologistes; oui, disaient les chirurgiens. Qui avait raison? Et comment concilier une semblable contradiction? Ils avaient raison les uns et les autres, si l'on se place à leur point de vue respectif. Ils avaient tous également tort en généralisant les résultats de leurs observations. C'est faute d'avoir spécifié les conditions d'expérimentation ou d'observation, et pour avoir tiré du fait particulier qu'ils avaient sous les yeux une conclusion trop générale, en effet, qu'ils sont arrivés à ces propositions contradictoires qui ont tenu si longtemps l'opinion indécise sur un simple point de fait. La vérité est que les tendons sont insensibles à l'état sain et normal, c'est-à-dire dans l'état où les étudiaient les physiologistes, et qu'ils sont sensibles, très-sensibles même dans certaines conditions pathologiques qui étaient celles où les voyaient le plus habituellement les chirurgiens. A la lecture réfléchie des faits consignés dans l'histoire de la science, la logique seule pouvait conduire à cette conclusion et expliquer ainsi la divergence des opinions par l'apparente contradiction des faits. Elle y conduisit effectivement M. Flourens. Mais un expérimentateur comme lui ne pouvait se contenter d'une simple induction; il lui fallut vérifier le fait. C'est là l'origine des expériences que le savant physiologiste a entreprises il y a trente-cinq ans, et qu'il vient de répéter aujourd'hui à l'occasion d'une communication récente de M. Jules Guérin sur un point de physiologie pathologique qui présente une certaine connexité avec celui-ci, sur la contractilité tendineuse. En 1856 comme en 1821, M. Flourens est arrivé, comme on le verra plus bas, aux mêmes conclusions, parfaitement conformes entre elles et avec la déduction logique des faits antérieurs; savoir, que le tendon sain est dépourvu de sensibilité, et que le tendon enflammé a une sensibilité très-vive.

Nous ne pouvons nous empêcher de faire ressortir, à cette occasion, toute l'importance d'un précepte sur lequel nous avons déjà plusieurs fois insisté, précepte trop souvent négligé par beaucoup d'expérimentateurs, mais dont M. Flourens, ainsi que M. Jules Guérin, ont fait une si heureuse application dans les circonstances que nous venons de rappeler; c'est qu'on ne doit jamais rigoureusement conclure de la physiologie à la pathologie, et réciproquement, sans avoir contrôlé les uns par les autres les résultats de l'expérimentation et ceux de l'observation. On ne saurait trouver un exemple plus frappant des erreurs où peut conduire l'oubli de ce précepte, que celui de la confusion où les résultats isolés de la physiologie et de l'observation avaient jeté les esprits sur la question de la sensibilité des tendons.

La découverte de Laënnec passe avec raison pour la plus belle découverte médicale moderne. Le champ des applications de l'auscultation au diagnostic s'élargit tous les jours, en même temps qu'on précise de plus en plus le sens et la valeur des signes qu'elle fournit. Le même avenir est-il réservé à la découverte qu'un jeune médecin, M. Collongues, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Montpellier, a exposée dans cette séance? Nous ne saurions le prévoir, et nous hésiterions dans tous les cas à oser le lui prédire. Mais, pour peu qu'on s'arrête sur l'objet de cette communication et qu'on y réfléchisse, on ne peut s'empêcher d'être frappé à la fois de la simplicité, nous dirons même volontiers de la vulgarité du fait qui a été le point de départ et le sujet des recherches de M. Collongues, et des nombreuses et utiles applications qu'il peut offrir à la pratique. Tout le monde a certainement constaté sur soi-même l'espèce de bruissement ou de bourdonnement particulier qui se produit lorsqu'on place l'extrémité d'un de ses doigts dans le conduit auditif externe. Le même phénomène se manifeste si c'est le doigt d'une autre personne qui est introduit dans notre oreille.

A ce bourdonnement continu se joignent, lorsqu'on y prête une certaine attention, de petites crépitations ou pétillements qui ne se font entendre qu'à des intervalles irréguliers et quelquefois assez prolongés. Ce double bruit peut être perçu, et d'une manière même plus distincte, à l'aide d'un corps intermédiaire. Ainsi soit un tube creux ou sorte de stéthoscope en liége, dont l'une des extrémités taillée en cône est introduite dans le conduit auditif de l'explorateur, tandis que l'autre extrémité est appliquée sur l'une des parties quelconques du corps du sujet exploré, les deux bruits en question sont perçus avec des degrés et des nuances qui varient suivant une foule de circonstances. C'est précisément l'appréciation de tous les degrés et de toutes les nuances de ces bruits et les déductions qu'on en peut tirer par rapport à l'état de vie ou de mort, de santé ou de maladie, et par rapport au degré de bénignité ou de gravité de ce dernier état, qui constitue la découverte que M. Collongues a soumise au jugement de l'Académie.

Ainsi, d'après ce médecin, le double bruit de bourdonnement et de pétillement est modifié dans les maladies aiguës, comme dans les maladies chroniques, suivant l'intensité et la gravité de l'état morbide. Sa diminution graduelle est l'indice d'une mort imminente et plus ou moins prochaine; sa cessation complète et permanente est un signe certain de la mort réelle; sa cessation temporaire s'observe dans les cas de perte de connaissance momentanée; son absence partielle sur une région du corps, sur un membre, par exemple, est un signe de paralysie complète.

Nous ne pousserons pas plus loin les exemples empruntés au travail de M. Collongues, travail dont on trouvera d'ailleurs un court extrait au compte rendu. Mais nous tenions à les citer ici pour qu'on pût juger tout de suite de la portée des applications que l'on pourrait faire de l'étude de ce signe à la détermination de la marche, de la gravité et du pronostic d'un grand nombre d'affections et peut-être même au diagnostic de quelques-unes. Le nom de *dynamoscope* que l'auteur a donné à l'instrument dont il se sert pour ce genre d'exploration et celui de *dynamoscopie* par lequel il désigne la méthode rendent assez bien l'idée que l'on peut se faire de ce phénomène. C'est là, en effet, un fait qui, par son universalité chez tous les êtres vivants, par la permanence de son existence partout et tant que dure la vie, et par les modifications qu'il subit suivant la nature des êtres, suivant les âges et les diverses périodes de la vie et suivant les perturbations qu'y apporte la maladie, semble être inhérent à la vie elle-même, ou traduire du moins, sans qu'on en connaisse ni la cause ni la nature, une de ses propriétés les plus essentielles.

Si les faits annoncés par M. Collongues sont exacts (et la vérification en est assez facile pour que chacun avec un peu de temps et de patience puisse concourir à les contrôler), si surtout l'expérience ultérieure vérifie la justesse des déductions qu'il a cru pouvoir en tirer et des applications pratiques qu'il laisse entrevoir, la découverte de la dynamoscopie fera honneur à son auteur. Sans prétendre l'assimiler à la découverte de Laënnec dont elle procède au fond, bien qu'elle en diffère par le but autant que diffèrent entre eux les phénomènes qu'elles mettent l'une et l'autre en relief, nous croyons pouvoir prédire qu'elle rendra des services à la médecine. Nous serions heureux, si l'avenir devait justifier les espérances que l'auteur fonde sur son œuvre, d'avoir été l'un des premiers à en pressentir la valeur et à saluer en elle l'avénement d'une méthode destinée peut-être à réaliser dans le pronostic et dans le diagnostic général ou dynamique des maladies, un progrès analogue à celui qu'a réalisé l'auscultation dans leur diagnostic local et physique.

L'étendue réclamée par les deux communications que nous venons de signaler à l'attention de nos lecteurs, nous laisse à peine la place nécessaire pour mentionner les autres travaux de cette séance. On trouvera au compte rendu l'énoncé d'une note additionnelle de M. Remak sur l'action thérapeutique des courants galvaniques constants; l'indication de recherches très-détaillées, et que le défaut d'espace ne nous permet pas de reproduire, sur la circulation du sang dans les vaisseaux de l'œil, par M. Waller; un court résumé du résultat des curieuses expériences de M. Vulpian sur les capsules surrénales; et enfin les conclusions d'un travail de M. Demarquay sur les modifications imprimées à la température animale par quelques maladies chirurgicales. Nous reviendrons sur cette dernière communication. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Considérations générales sur les fistules vésico-utérines, à propos d'une opération pratiquée avec succès pour une fistule de ce genre.

Depuis un certain nombre d'années, les lésions mal connues et mal étudiées acquièrent un positivisme remarquable. La structure et les fonctions des organes mieux connues, conduisent aussi à la découverte d'altérations ignorées. Chaque jour la science enregistre de nouveaux faits qui témoignent de l'ardeur scientifique de l'époque. Ceci est vrai pour beaucoup d'appareils d'organes, et entre autres pour les voies urinaires et les organes génitaux des deux sexes.

Aujourd'hui un nouvel exemple vient encore prouver une fois de plus que dès que l'attention est appelée sur une maladie, des faits nouveaux se produisent. C'est ainsi que se trouvent maintenant facilement expliquées des maladies sur lesquelles régnait une obscurité fâcheuse.

L'observation qui suit va justifier ces courtes réflexions.

Fistule vésico-utérine. Opération. Guérison.

La nommée G..., couturière, âgée de vingt-sept ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 4 juin 1856.

Cette femme semble être d'une assez bonne constitution et d'une assez bonne santé. A treize ans, elle a eu au côté gauche du thorax un abcès froid qui a été incisé, et dans lequel on a introduit de la charpie trempée dans de la décoction de feuilles de noyer. De quinze à vingt ans, elle a éprouvé un grand nombre de phénomènes hystériques, tels que boule, clous, céphalalgies intenses, gastralgie, appétit pour les fruits verts et les aliments vinaigrés, etc., tous symptômes nerveux, sauf la paralysie des membres. Je dois ajouter, pour être complet, qu'il s'est déclaré chez elle une aphonie complète qui a duré trois semaines.

Ce n'est qu'à vingt ans que la menstruation a commencé à paraître, ce n'est qu'à force de médicaments (quinquina, préparations ferrugineuses de toutes sortes, absinthe) qu'elle s'est définitivement établie au bout d'un an. Les règles vinrent alors chaque mois avec assez d'abondance. Elles duraient huit jours environ; le sang était bien coloré; elles étaient précédées de peu de douleur. Dans leur intervalle, il y avait quelques flueurs blanches.

Elle a eu son premier enfant à vingt-deux ans. La grossesse, l'accouchement et les suites de couches n'ont rien offert de particulier. Elle se maria à l'âge de vingt-quatre ans, et devint enceinte presque de suite.

Après six semaines de mariage, elle a eu une maladie qu'elle qualifie d'inflammation du bas-ventre, et qu'elle attribue à la disproportion des organes sexuels de son mari relativement aux siens. Quoi qu'il en soit, vomissements, céphalalgie, constipation, envies fréquentes d'uriner avec ténesme vésical, tels sont les symptômes éprouvés. Le traitement a consisté en bains et en injections dans la vessie et le vagin.

On s'aperçut au bout de deux mois qu'elle était enceinte, et l'avortement fut provoqué. Cinquante sangsues furent appliquées sur les reins par deux fois et en deux jours. Enfin, après une perte qui dura trois jours, elle expulsa un œuf regardé par le médecin comme datant de deux mois. C'est huit jours après cet avortement qu'elle s'est aperçue qu'elle perdait ses urines sans avoir jamais rendu de détritus par le vagin.

Ses urines sortent toujours par le vagin, sans que jamais l'envie d'uriner se fasse sentir. Les règles sont supprimées depuis cette époque.

Le médecin ayant cru à un abcès intermédiaire à la vessie et à l'utérus, a introduit des linges dans le vagin, mais la malade prétend qu'on n'a pas introduit d'instrument.

Etat local. — Urètre normal. Pus au fond du vagin.

Vagin humide par l'urine.

Par l'orifice du col utérin, on voit suinter un liquide.

Les parois du vagin sont saines d'ailleurs. Une sonde cannelée recourbée est introduite par l'orifice du col de l'utérus et vient rencontrer une sonde d'argent placée dans la vessie.

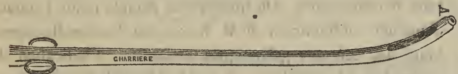
Quinze jours après son entrée à l'hôpital, cette femme a été prise de symptômes de péritonite typhoïde, ce qui a retardé l'opération jusqu'au 1er août.

La malade étant placée dans la position habituelle, les jambes pliées sur les cuisses et les cuisses sur le bassin, le siége près du bord du lit, un spéculum univalve déprime la cloison recto-vaginale; des leviers placés de chaque côté permettent de voir le col de l'utérus.

Au moyen de pinces de Museux, je saisis les lèvres du col, dont je fends les commissures. Je puis alors pénétrer dans la cavité de l'utérus, et constater qu'il existe une ouverture communiquant avec la vessie.

Avec des pinces à dents et le bistouri, les lèvres du museau de tanche sont ravivées de manière à avoir deux surfaces saignantes. Au moyen d'aiguilles courbes portées sur des manches et enfilées de fils cirés, trois points de suture sont appliqués de manière à réunir les deux lèvres du col et en oblitérer complétement l'ouverture.

Une seringue pleine d'eau froide est injectée dans le vagin. Un tampon d'agaric est introduit. On place dans la vessie une sonde métallique dont la disposition est la suivante:



Le bout vésical de la sonde est percé d'un trou. Sur sa concavité, qui est très-faible, existe une rigole longue de 2 ou 3 centimètres environ, en sorte que par ces deux ouvertures l'urine peut s'écouler plus facilement. La malade est replacée dans son lit, les jambes écartées et pliées sur des coussins placés sous les jarrets.

Le soir, elle a peu de fièvre; elle a quelques douleurs de ventre. L'écoulement de sang par la vulve est presque nul. Les urines sont sanguinolentes.

Le tampon d'amadou est retiré.

Le 2 août, la malade a eu quelques frissons; elle a des douleurs de ventre assez vives; l'urine est toujours sanguinolente; la sonde ne peut être supportée: elle est retirée, et on pratique le cathétérisme. — Lavement avec 60 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 3, pas de fièvre; quelques frissons. Les urines sont toujours teintes de sang, dont la couleur est très-rouge. La malade a de fortes douleurs dans le ventre; ces douleurs lui arrachent même de temps en temps des cris: il lui semble qu'elle a toujours envie d'uriner. Elle expulse par l'urètre de petits caillots de sang.

Depuis l'opération, le lit n'a pas été mouillé par l'urine. — Tisane de groseilles; lavement avec 60 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 4, toujours du sang par l'urètre; mêmes douleurs, mêmes envies d'uriner: l'introduction de la sonde est douloureuse. Elle n'a pas été à la selle depuis l'opération. — Eau de Sedlitz.

Le 5, la malade a été une fois à la selle; mêmes symptômes du côté de l'abdomen. Elle ne perd pas d'urine.

Le 7, elle n'a pas été à la selle depuis le dernier purgatif; toujours de l'écoulement de sang. — Eau de Sedlitz; lavement avec 30 grammes de sulfate de soude, qui est donné le soir, la malade n'ayant pas été à la selle dans la journée.

Le 8, les deux premiers fils sont coupés; celui du milieu reste seul. Toujours de l'écoulement de sang. Douleurs abdominales.

Le 9, même état. — Bain.

Le 12, le troisième fil est retiré. Tout est en bon état; les lèvres du col sont réunies. Il y a encore quelques légères douleurs. L'écoulement de sang a cessé, et les urines sont redevenues d'une couleur moins foncée. — Potion avec eau de laitue, 128 grammes; fleurs d'oranger, 16 gr.; laudanum, 8 gouttes; frictions avec l'huile de camomille camphrée sur le ventre; lavement à la décoction de têtes de pavots. On permet les potages.

Le 22 août, jusqu'à cette époque la malade n'a pas perdu d'urine; elle est restée couchée, et elle a senti l'envie d'uriner. Toutes douleurs du côté de l'abdomen ont cessé. L'urine rendue, mise dans un verre, dépose au fond une certaine quantité de muco pus. La malade se lève sans perdre d'urine.

Le 24, la malade va très-bien. Elle n'a pas perdu d'urine depuis qu'elle se lève. Elle sent bien l'envie d'uriner; elle urine six ou sept fois par jour et quatre ou cinq fois seulement dans la nuit. L'urine dépose toujours.

Le 26, *examen de la malade.* — Pas d'urine ni de muco-pus au fond du vagin. Le col est entièrement effacé. On aperçoit sur la ligne médiane du col une ligne longitudinale, trace de la réunion des lèvres du col; trois plis transversaux perpendiculaires à cette ligne, qui ne sont autre chose que les restes des points de suture.

La cicatrice est encore un peu rosée. Une sonde introduite dans la vessie n'a retiré que peu d'urine très-limpide; mais elle dépose toujours.

Je viens d'exposer la relation d'un cas de fistule vésico-utérine intéressant sous le point de vue de l'étiologie, de la symptomatologie et du traitement. Depuis que j'ai tracé l'histoire de cette maladie, dont on ne savait pour ainsi dire que l'existence, les faits nouveaux que j'ai portés à la connaissance des médecins me paraissent avoir rendu complet ce point de pathologie. Maintenant que l'attention est dirigée sur ces sortes de lésions, les exemples se multiplieront probablement de plus en plus.

Les rapports de la vessie avec le col de l'utérus auraient dû faire penser, lors même qu'aucun fait n'était encore connu, que les fistules vésico-utérines devaient être possibles. Désormais il est facile de comprendre que ces fistules peuvent avoir lieu de la vessie vers le col, et surtout de l'intérieur de celui-ci vers la première. Il est très-possible que le temps fasse découvrir une autre origine aux fistules vésico-utérines. On peut admettre, en effet, qu'une cause puisse tout à la fois attaquer la vessie et le col de l'utérus en établissant son siége dans le tissu cellulaire qui les réunit.

Chez notre malade, il est difficile de savoir comment la fistule vésico-utérine s'est établie, mais il est probable cependant qu'elle a débuté par l'intérieur du col de l'utérus. Le cathétérisme pratiqué à différentes reprises chez cette malade l'a été avec tant de ménagement et d'habileté qu'il n'est pas croyable qu'il ait pu la produire. Pour rendre même ce mécanisme probable, il faudrait admettre une foule de circonstances qui n'ont pas existé.

Comme on a pu le voir par la lecture de notre observation, il n'y avait rien de plus obscur que le siége de cette fistule urinaire. Cependant à différentes reprises, en examinant le vagin et n'y découvrant aucune trace de tissu cicatriciel, il a bien fallu en rechercher le siége ailleurs. Dès lors, j'ai plusieurs fois porté mon attention sur le col de l'utérus mis à découvert. Avec un peu de patience, nous avons fini par voir le liquide franchir l'ouverture du col. A dater de ce moment, j'ai dû faire les recherches nécessaires pour découvrir le siége précis de la fistule, et c'est en introduisant une sonde cannelée recourbée dans le col et une sonde de femme dans la vessie qu'il a été possible de reconnaître définitivement un trajet établi entre la vessie et l'intérieur du col. Quoique la malade perdît constamment son urine par le vagin et qu'elle ne ressentît nullement le besoin d'uriner, il régnait cependant de l'obscurité sur son existence jusqu'au moment où le cathétérisme a pu le démontrer.

L'urine, comme nous l'avons dit, paraît avoir d'autant plus d'influence sur les fonctions utérines qu'elle agit directement sur la membrane muqueuse utérine. C'est ce que prouve clairement notre observation. Chose remarquable, aussitôt que le cours de l'urine est rétabli par l'urètre, les règles ont de la tendance à reparaître, tantôt le lendemain même de l'opération et tantôt très-peu de temps après.

A son entrée à l'hôpital, la malade désirait ardemment être débarrassée de son mal; malheureusement elle fut prise d'une péritonite typhoïde qui régnait alors dans l'hôpital. Un retard par conséquent devint nécessaire. Ce n'est que lorsqu'elle a été bien préparée et que toute complication a cessé que j'ai proposé l'opération.

Avant tout, elle fut prévenue qu'après sa guérison elle ne pourrait plus peut être devenir mère. Il s'agissait, en effet, pour rendre à l'urine son cours naturel, ou bien de fermer directement l'ouverture de communication établie entre la vessie et le col de l'utérus, ou bien de fermer le museau de tanche. Il était évident que dans la supposition où l'opération serait possible de la première manière, c'est-à-dire après le ravivement de la fistule et le rapprochement de ses lèvres par la suture, la grossesse serait encore possible.

Cette opération ne put être faite ainsi à cause de l'étendue de la voie de communication et de l'étroitesse du col. Je dus donc faire l'opération autrement, et je me décidai à raviver les lèvres du museau de tanche et à les maintenir en contact par leurs surfaces saignantes au moyen de la suture entrecoupée. Le résultat a été complet, car l'urine passe par la voie naturelle et le siége n'est jamais mouillé par ce liquide.

On a pu voir que dans cette opération nous nous sommes servi d'une sonde de femme ouverte en gouttière et terminée à son extrémité par une ouverture arrondie, afin de donner plus facilement issue à l'urine. Cet instrument, d'ailleurs, est plus léger que les sondes ordinaires, moins courbe, et n'a pas l'inconvénient, comme les sondes en gomme élastique, de se coller à l'urètre et de l'enflammer. L'extrémité libre de la sonde offre deux anneaux pour y passer des liens.

Dans l'observation, il est fait mention des envies d'uriner assez fréquentes que la malade éprouve. C'est ainsi que les choses se passent habituellement. Mais la vessie s'habituera au contact de l'urine, et le réservoir fonctionnera comme par le passé.

Comme bien on le pense, désormais les règles prendront nécessairement leur cours par la vessie, comme cela a eu lieu chez d'autres malades.

La malade est très-satisfaite du résultat, et a facilement fait le sacrifice de ne pas avoir d'enfants pour guérir d'une infirmité aussi dégoûtante.

Je ne puis résister au désir de citer en quelques mots, à cette occasion, un fait concernant une malade qui fut guérie par le même procédé, et qui cependant devint enceinte.

Ce serait le cas de se demander ici comment s'est faite la fécondation chez cette femme, dont les lèvres du museau de tanche ont été confondues d'une manière exacte par le procédé relaté dans l'observation précédente.

Voici ce qui est rapporté à la page 345 de la *Gazette des Hôpitaux* du mardi 19 juillet 1853.

Le 24 juin, nouvel examen de la malade, qui permet de constater l'état suivant:

1° Il n'existe pas d'érythème à l'extérieur des parties génitales.

2° L'urètre a un calibre normal; il est seulement encore un peu douloureux, par suite du séjour prolongé des sondes.

3° Le vagin n'a rien perdu, ni de sa longueur, ni de sa largeur.

4° On ne voit plus que les traces du museau de tanche, dont les deux lèvres sont entièrement confondues.

5° Sur les côtés, on aperçoit deux longues cicatrices parallèles.

6° En arrière et en avant, deux autres cicatrices transversales.

7° Entre les deux lèvres confondues du museau de tanche, on aperçoit une surface encore un peu rosée, qui est légèrement touchée avec le nitrate d'argent.

8° La malade se lève et ne perd plus du tout d'urine. Elle urine seule, et le besoin s'en fait sentir à peu près toutes les deux heures.

9° Enfin, la malade est sortie de l'hôpital israélite il y a quelques jours. Elle a eu ses règles, qui se sont écoulées par la vessie sans aucune difficulté, avec l'urine, qui a pris une teinte sanguinolente.

Depuis l'opération, j'ai revu plusieurs fois la malade, et j'ai pu me convaincre que la guérison était demeurée bien solide.

Encore une fois, ce qui précède étant connu, il est difficile d'expliquer comment la grossesse a pu avoir lieu, à moins qu'on ne veuille admettre que pendant les efforts du coït il ait pu se produire, on ne sait comment, un éraillement, qui rendrait compte, jusqu'à un certain point, de la transmission des animalcules spermatiques sur l'ovaire fécondé, car il y a longtemps que les autres doctrines sur le mystère de la génération paraissent définitivement jugées.

J'ai tracé jusqu'à présent l'histoire de trois malades affectées de fistules vésico-utérines, et les trois opérations faites sur le col ont été couronnées de succès. L'occlusion partielle du conduit utérin a suffi pour rétablir la voie normale de l'urine et pour rappeler les menstrues.

PHLÉBITE SUPPURATIVE.

Ce que peut une vigoureuse constitution.

Par M. L. Gatiniol (du Grand-Fougeray).

Le 17 avril 1856, mon beau-frère, M. H...., médecin à Guémené-Penfas, âgé de trente et un ans, doué d'une constitution athlétique, procédait à l'autopsie d'un cadavre inhumé depuis quinze jours. Mon beau-frère, qui n'était porteur ni de plaies ni d'écorchures aux doigts, éprouva dès le 18 tous les symptômes d'une intoxication miasmatique: céphalalgie violente, frissons, malaise général, inappétence, langue saburrale. — Il eut recours à un éméto-cathartique, qui, malgré son résultat purgatif, ne produisit aucune amélioration.

Le 19, notre malade était dans le même état. L'insomnie, qui avait commencé le 17, continuait; les symptômes précités semblaient prendre de l'accroissement; la douleur était générale, mais le malade la rapportait principalement à la tête, à l'estomac et au ventre; le pouls était à 98-100. Ce jour-là, il fit appeler son confrère M. Fortin, et il fut convenu que le malade reviendrait au purgatif (eau de Sedlitz), qui produisit une superpurgation, mais sans résultat avantageux. — Vingt-cinq sangsues au siége; diète; boissons délayantes.

Le 20, l'état du malade est le même: céphalalgie atroce, insomnie continuelle, frissons incessants, gastro-entéralgie. — Même prescription, moins les sangsues; vésicatoire entre les épaules.

Le 21, même état.

Le 22, je fus mandé en toute hâte. Je trouvai mon beau-frère couché en décubitus dorsal, la face plombée, le regard anxieux, les yeux cernés, le pouls à 120; langue saburrale, frissons continuels. Il se plaignait de maux de tête, d'estomac et de ventre, et d'un malaise général. L'insomnie persistait.

A ces signes, me reportant à leur cause, je reconnus une fièvre pernicieuse par intoxication miasmatique. Je demandai M. Fortin. Mais notre confrère étant indisposé, ne put venir ce soir-là. J'administrai alors 2 grammes de sulfate de quinine en deux doses, à une demi-heure d'intervalle entre chaque dose. (Je me hâte d'ajouter que notre confrère avait pensé à ce moyen.) Une demi-heure après, une sueur profuse se manifesta, et fut accompagnée d'un sommeil calme et profond qui dura sans interruption de neuf heures et demie du soir à quatre heures du matin. J'avais passé la nuit auprès du malade. A son réveil, mon beau-frère se disait guéri, et tout en comptant moi-même sur sa guérison, je lui administrai un nouveau gramme de sulfate de quinine à doses fractionnées, et prescrivis quelques tasses de bouillon gras et un peu d'eau rougie.

Le 23, à dix heures du matin, M. Oheix, prévenu de la maladie de mon beau frère, et ayant lui-même assisté à l'autopsie du 17, accourait de Savenay, portant avec lui un flacon de sulfate de quinine. Il trouva le malade dans un état très-satisfaisant, et nous convînmes, MM. Fortin, Oheix et moi, de revenir au sel quinique en lavements, dans le cas pour nous très-hypothétique où se représenteraient quelques symptômes de la nature de ceux que nous venions de combattre si heureusement.

Le même jour, à cinq heures du soir, l'on vint me dire que mon beau-frère était repris. Et en effet, à mon arrivée, tout le cortége des accidents avait reparu. — J'administrai le sulfate de quinine en lavement à la dose de 50 centigrammes et 1 gramme sans le moindre avantage. Je revins à son administration par la bouche, et immédiatement les frissons disparurent; les sueurs se manifestèrent, et l'agitation fit place à un sommeil de plusieurs heures.

Je fis continuer ce remède à la dose de 50 centigrammes de deux en deux heures, et cela assez longtemps pour que mon malade se trouvât avoir pris 6 grammes de ce médicament du 22, à neuf heures du soir, au 24, à onze heures du matin. Mais ce ne fut pas tout.

Le 25, la céphalalgie devint insupportable; il y eut du délire, des vomissements, un peu d'engourdissement dans le bras droit et le membre pelvien du même côté; le pouls donnait 130.

Diagnostic: méningite subaiguë avec un léger épanchement à la base du crâne. — M. Fortin et moi fîmes appliquer 20 sangsues aux apophyses mastoïdes; le sulfate de quinine fut continué.

Le 26, même état. — Même prescription. Le sulfate de quinine fut remplacé par 1 gramme de calomel.

Le 27, pas d'amélioration; embarras plus grand dans le bras et la jambe droite; délire et quelquefois coma.

Ce jour-là, M. Oheix revint, et fut d'avis de recourir aux saignées générales; de les répéter jusqu'à complète cessation de tout indice inflammatoire. — 400 grammes de sang furent retirés, et devinrent couenneux.

Le 28, deux nouvelles saignées furent pratiquées, de 200 à 250 grammes chaque.

Le 29, nouvelle saignée. Mais notre malade craignant la piqûre d'une lancette, avait par deux fois déchiré la plaie de la veine du bras droit par l'extension brusque et forcée de ce membre.

Le 30, quatre à cinq ventouses scarifiées furent appliquées à la nuque, vésicatoires aux extrémités inférieures, révulsif à l'épigastre, saupoudré avec la morphine, dans le but de calmer les vomissements,

qui avaient résisté aux eaux gazeuses. Résultat nul. Selles diarrhéiques.

Le 1er mai, l'on vit survenir une inflammation qui, occupant d'abord la saignée et le canal veineux dans une étendue de 0,04 centimètres, se propagea bientôt à tout le bras. Des onctions mercurielles, des cataplasmes émollients furent appliqués sur le bras et le cuir chevelu; mais les symptômes de la méningite allant toujours en augmentant, M. Fortin et moi eûmes recours à une pommade stibiée sur le cuir chevelu préalablement rasé (parties égales d'axonge et d'émétique). Cette pommade produisit un très-bon effet; les symptômes cérébraux cédèrent à ce moyen; mais nous ne sortions d'un danger que pour tomber dans un autre (la phlébite du bras) : c'était désespérant. Nous demandâmes le concours de MM. Pinault et Pitois (de Rennes). Des exigences de maladies de famille nous privèrent des conseils du premier. Mon ami M. Pitois vint le 9 mai nous engager à suivre notre idée, de ne plus recourir aux émissions sanguines, à supprimer les vésicatoires qui commençaient à s'ulcérer; et pour combattre les frissons et le commencement d'infection purulente, continuer le sulfate de quinine en potion dans du café, faire prendre des macérés et des extraits de quinquina, et ne pousser pas trop loin les onctions mercurielles si la phlébite augmentait, afin de ne pas jeter le malade dans la prostration.

Le mal suivit néanmoins sa marche ascensionnelle. Quelques jours après l'on vit se former des abcès dans plusieurs points; l'intérieur de la veine céphalique fut lui-même le centre d'un foyer purulent; du pus séreux, mal lié, s'en écoulait, et en pressant légèrement la veine on faisait refluer le pus par la plaie restée béante.

Un autre abcès s'était formé sur le dos de la main; la fluctuation à peine sentie, j'en pratiquai l'ouverture. Un troisième se forma sur le dos du poignet, au niveau de l'articulation radio carpienne. Il y en eut dans les viscères : le malade rendait du pus par les selles. Il en fut de même dans le parenchyme pulmonaire. Le malade a craché du pus pendant quatre semaines. Il y a eu de la toux, de l'oppression, et l'auscultation vint nous faire percevoir du râle crépitant et sous-crépitant, à la base du poumon droit principalement. Un quatrième abcès eut lieu sous le muscle biceps. Inutile de dire que les mouvements du membre étaient devenus impossibles. Notre malade ne voulut jamais consentir à l'ouverture de ces divers abcès. — Même régime; cataplasmes émollients.

L'articulation du genou droit ne tarda pas à être envahie; l'on percevait de la fluctuation péri et intra-articulaire. Les frissons continuaient; le pouls était à 140; diarrhée et sueurs abondantes.

Ce fut dans cet état qu'il fut visité le 15 mai par nos amis MM. Lacour et Dronadenne (de Rennes). M. Blanche (de Redon) eut aussi l'obligeance de voir notre malade. Pour tous, la maladie avait la gravité que lui attribuent les auteurs; tous aussi furent unanimes sur l'emploi des toniques, macérés, extraits de quinquina; régime réparateur sans être excitant; narcotiques intus et extra contre le symptôme douleur; cataplasmes émollients.

Enfin la veine du bras se cicatrisa; les abcès se firent jour à l'extérieur; le bras guérit et recouvra ses mouvements, mais l'abcès du genou était le même; les douleurs dans cette région étaient atroces, ostéocopes, térébrantes, s'irradiant le long de la crête du tibia, revenant périodiquement tous les deux ou trois jours par crises d'une durée quelquefois de quatre à cinq heures. Les articulations tibio-tarsiennes, ainsi que celles du pied, devinrent également malades et tellement douloureuses, qu'elles cédaient difficilement aux pommades opiacées-belladonnées et aux cataplasmes laudanisés.

Le 19 juin, M. Pinault (de Rennes) vint voir notre malade; il le trouva dans l'état que je viens de décrire. Les douleurs étaient si violentes qu'il était impossible d'allonger la jambe, qui faisait avec la cuisse un angle de 45 à 50 degrés.

M. Pinault approuva le traitement mis en usage, et conseilla la compression douce et méthodique du membre aussitôt qu'elle serait possible, tout en continuant l'usage des cataplasmes et des narcotiques au besoin.

Quelques jours plus tard, le genou et le pied avaient sensiblement diminué; toute douleur a disparu. Le malade peut se mettre sur son séant.

M. Oheix a employé depuis quelques jours des bains de vapeur sur le genou, d'après la méthode de Jos. Franck.

Notre malade est guéri; il ne reste plus à craindre qu'un léger raccourcissement de la jambe, suite de l'affection du genou. Il est à remarquer que la partie gauche du corps a toujours joui d'une complète immunité.

OBSERVATION DE LOUPES (DONT DEUX TRÈS-VOLUMINEUSES) enlevées à l'aide de la cautérisation linéaire.

Par MM. les docteurs DELONGCHAMP, chirurgien, et LAYGER, médecin à Fribourg (Suisse).

(Communiquée aux Académies des sciences et de médecine de Paris et publiée par M. le docteur A. LEGRAND.)

On s'accorde généralement et facilement pour reconnaître que toute méthode thérapeutique, soit médicale, soit chirurgicale, n'a véritablement de valeur qu'autant qu'elle a reçu la sanction du temps, ou bien qu'elle a été heureusement appliquée par d'autres médecins ou d'autres chirurgiens que celui qui l'a instituée. C'est là, en effet, un contrôle qui prouve deux choses : d'abord que celui qui paraît en avoir eu la première idée a dit tout ce qu'il fallait dire pour que la description qu'il en a donnée fût facilement comprise, et qu'il n'a négligé aucun des détails qui permettent son application par une autre main que la sienne et assurent son succès; et, en second lieu, que le manuel opératoire n'offre pas de ces difficultés qui exigent une main tellement exercée que tout praticien mis en demeure à ce sujet hésite à en faire une première application. Aussi suis-je heureux et reconnaissant en même temps de ce que deux confrères étrangers, que je vais maintenant laisser parler, m'aient mis à même de publier l'observation suivante, qui, je l'espère du moins, démontrera l'efficacité et l'innocuité de la *méthode de la cautérisation linéaire* appliquée dans toute sa rigueur.

Mme de C..., âgée de soixante et onze ans révolus, d'une haute stature, jouissant habituellement d'une bonne santé, quoique d'un tempérament éminemment nerveux, portait depuis un grand nombre d'années (environ vingt ans) sept loupes à la surface du cuir chevelu, dont elle rapportait la cause à de vives impressions morales. Quoiqu'il soit bien difficile de justement apprécier la valeur de cette assertion, toujours est-il certain qu'à chaque chagrin violent ressenti par Mme de C... de nouvelles loupes surgissaient, et les anciennes augmentaient immédiatement de volume.

Deux de ces tumeurs, situées sur le côté droit de la tête (une sur la partie antérieure du pariétal, l'autre sur sa partie postérieure), avaient acquis des proportions effrayantes. La plus volumineuse mesurait 11 centimètres dans un sens et 10 dans l'autre; la seconde n'avait que 9 centimètres et demi sur 8 et demi : elles étaient si voisines qu'elles se confondaient presque l'une dans l'autre. Quant à leur poids, il n'a pu être constaté vu qu'elles se sont vidées avant l'enlèvement des kystes, mais il était tel que les deux tumeurs se repliaient sur elles-mêmes, étaient en partie pendantes et forçaient presque la malade à incliner la tête de ce côté. Des cinq autres loupes situées sur le sommet de la tête, trois étaient de la grosseur d'une grosse noix et les deux autres du volume d'une petite pomme.

Quoique les deux loupes dont nous avons donné les proportions plus haut fussent devenues une source d'incroyables incommodités pour Mme de C..., elle ne pouvait cependant se décider à aucune opération par suite de la crainte que lui inspirait le bistouri, ainsi que le chloroforme; aussi accueillit-elle avec un grand empressement l'idée d'en être débarrassée par un procédé opératoire *non sanglant*, fût-il même douloureux. Le mode d'opération indiqué avec un soin minutieux par M. le docteur A. Legrand, en réponse à une consultation que nous lui avions adressée, inspira une telle confiance à la malade qu'elle insista pour qu'on procédât de suite à l'ablation simultanée des deux loupes précitées, quoique nous eussions désiré, à cause de son grand âge et de sa susceptibilité nerveuse, ne les enlever que successivement.

Ce fut celui de nous qui se livre plus spécialement à la pratique de la chirurgie qui se chargea de l'application du procédé indiqué, quoiqu'il eût d'abord été effrayé du volume qu'avait acquis les deux loupes.

La première cautérisation linéaire fut pratiquée le 9 mars 1852; elle fut faite double pour chaque loupe, de manière à comprendre entre les deux lignes de cautérisation (lignes semi-elliptiques se réunissant à leurs deux extrémités) un lambeau de cuir chevelu assez large pour obtenir une perte de substance destinée à compenser l'effrayante distension du cuir chevelu et favoriser ainsi la cicatrisation. Chaque lambeau, offrant la forme de ces morceaux d'étoffes qu'on nomme *fuseaux* et qu'on coud ensemble pour faire les ballons, avait 12 centimètres au moins dans son grand diamètre mesuré de l'une à l'autre de ses extrémités et 8 centimètres à l'endroit du plus grand développement de son plus petit diamètre.

Les deux premières cautérisations furent peu douloureuses; mais, après la troisième, il se manifesta un phénomène assez singulier : les loupes, qui étaient flasques, assez semblables à de grosses vessies, remplies d'un liquide épais, se sont tendues et ont acquis une dureté extraordinaire.

A dater de ce moment, les cautérisations furent plus douloureuses, et donnèrent lieu à un ébranlement nerveux général, qui fut calmé par un grand bain, et à quelques accès de fièvre, qui ne diminuèrent cependant en rien l'appétit.

Après la sixième cautérisation, on laissa la malade prendre un jour de repos.

La portion de cuir chevelu qui forme l'enveloppe de chacune des loupes s'étant développée inégalement, il en est nécessairement résulté des inégalités dans l'épaisseur de cette même enveloppe, inégalités que la cautérisation a rencontrées dans son trajet; de sorte que le caustique a agi avec une rapidité variable pour les différents points parcourus par les lignes de cautérisation. Ce qui a fait encore que le 19 une des loupes s'est vidée par un point de l'eschare qui s'est rompu, et la seconde en a fait autant dans la nuit du 20 au 21. Cette nuit a été mauvaise, et le matin Mme de C... a éprouvé une syncope qui s'est prolongée deux ou trois minutes; événement qu'on ne peut attribuer qu'à l'impressionnabilité de la malade, très-émue par le double phénomène de l'évacuation spontanée de ses loupes, qui le lendemain s'étaient remplies, mais sans reprendre leur volume primitif. Les cautérisations, qui, malgré la douleur qu'elles causaient, n'exerçaient cependant presque aucune action sur le système nerveux, furent pourtant encore suspendues pendant deux jours. Elles furent ensuite reprises jusqu'au 28 mars, époque où le kyste tout entier d'une des deux loupes put être enlevé avec l'eschare presque sans douleur et sans que le pouls de la malade, familiarisée enfin avec le manuel de l'opération, ait éprouvé la moindre variation. Chose fort singulière! c'est qu'au centre de cette grosse loupe il s'en est trouvé une autre du volume d'une prune, dont l'enveloppe était fort mince. Elle fut immédiatement cautérisée, et ne tarda point à tomber, presque sans qu'il eût été nécessaire d'y toucher.

La seconde loupe a été enlevée le 8 avril aussi facilement et aussi heureusement que la première, et le 14 avril les deux plaies, en même temps que Mme de C... était dans l'état le plus satisfaisant de santé, commençaient à se cicatriser.

Cependant, le 30 avril, le travail de cicatrisation parut se ralentir, et la plaie de la dernière loupe offrit çà et là quelques petits points que nous n'hésitâmes point à considérer comme résultant d'un manque de vitalité, que nous réveillâmes facilement en touchant tous ces points avec le crayon de nitrate d'argent : petite opération dont tout le monde connaît l'innocuité, et qui suffit cependant pour exciter chez Mme de C... cette agitation nerveuse que nous avons plusieurs fois signalée dans le cours de cette brillante application de la méthode instituée par notre confrère de Paris. Depuis ce moment, la cicatrisation marcha rapidement et sans encombre.

Quant aux cinq loupes qui restaient, quoiqu'elles gênassent relativement fort peu la malade, elle se les fit enlever en 1854 par le même procédé, mais bien plus facile pour les plus petites, puisqu'il a suffi pour celles-ci d'une cautérisation linéaire simple. Mme de C... a si peu souffert de cette seconde opération, que, malgré ses soixante treize ans, elle n'a jamais gardé un seul jour le lit, et aucun accident n'est survenu durant la cautérisation, l'énucléation des loupes et la cicatrisation, qui s'opéra ensuite avec la plus grande régularité. Depuis, Mme de C..., qui touche à soixante-quinze ans révolus, n'a pas cessé un instant de jouir, dans les meilleures conditions de santé, du bénéfice de cette double opération, et il ne se passe point un jour sans que, dans sa fervente piété, elle ne remercie Dieu, les médecins qui l'ont opérée, et celui qui, malgré l'éloignement où il se trouvait, les avait inspirés et guidés.

J'ose espérer que le lecteur voudra bien m'excuser d'avoir conservé à cette observation, dont il me paraît difficile de contester la valeur, sa forme un peu louangeuse, et de bien vouloir croire que si j'en ai agi ainsi, j'ai plus songé à la propagation de la méthode qu'à ma personne. A. LEGRAND, D.-M.-P.

SUR LE CANCER ISOLÉ DE L'UTÉRUS,

Par M. DUMONTPALLIER, interne des hôpitaux.

La *Gazette des Hôpitaux* du 30 septembre renferme un article qui traite du cancer isolé du corps de l'utérus.

L'auteur, M. le docteur Monceaux, ex-interne en pharmacie, a pris pour motif de son article une phrase de l'observation de grossesse extra-utérine qui a été imprimée dans le numéro 97 de ce journal.

Dans cet article, je suis accusé d'une exagération échappée à la rapidité de ma plume; aussi je m'empresse de remercier M. Monceaux de la bonne pensée qu'il a eue de faire remarquer cette exagération au monde médical.

Dans l'observation sus-indiquée, j'ai écrit en faisant le diagnostic différentiel de la grossesse extra-utérine : « On ne doit point » s'arrêter à l'idée d'un cancer de l'utérus; car le corps utérin ne » devient cancéreux que consécutivement au col, et *le col est* » *intact.* »

Voilà l'exagération que j'ai commise. Deux mots seulement pour essayer de me défendre.

Tout le monde sait, et il est généralement admis aujourd'hui, grâce aux observations cliniques suivies d'autopsie, que le cancer de l'utérus, dans la très-grande majorité des cas, a pour point de départ le col utérin, et ce n'est que consécutivement que le corps de l'organe est envahi.

Cette notion clinique est dans tous les livres; elle a pour elle l'expérience de tous. Mais, puisque M. le docteur Monceaux, pour combattre mon exagération, a invoqué l'appui de MM. Lebert, Forget (de Strasbourg) et de Marjolin, je citerai seulement le texte de ces auteurs. Multiplier les citations serait chose trop facile.

M. Lebert, *Traité des maladies cancéreuses*, page 219 (Paris, 1851), dit :

« *Tous les bons observateurs* sont d'accord sur le fait que le » point de départ ordinaire du cancer de l'utérus est le col. On » s'accorde généralement aussi à regarder le cancer primitif du » corps de l'utérus comme une *affection très-rare*, et M. Ferrus » nous paraît même dépasser la proportion réelle en indiquant, » sur 32 cas, le nombre de 3 pour le cancer primitif du corps de » la matrice. Nous n'avons rencontré que 2 *cas de ce genre sur* 45; » Et M. Kiwisch, dont l'expérience dans ces maladies est grande, » dit n'avoir observé dans toute sa pratique que deux cas de ce » genre. »

M. Forget, *Gazette médicale*, p. 640 (1851). *Du cancer isolé du corps de l'utérus :*

« Il est un point de l'histoire du cancer utérin qui nous paraît » laisser encore quelque chose à désirer, c'est la détermination du » siége de la maladie. On s'est beaucoup étendu sur le cancer du » col, qui est *incomparablement le plus fréquent*, il est vrai. On » s'est moins occupé du cancer de la totalité de l'utérus, qui est le » *plus souvent*, il faut en convenir, la conséquence du cancer du » col; mais lorsqu'il s'agit du cancer isolé du corps de l'utérus, » les détails graphiques font à peu près complétement défaut, et son » histoire spéciale reste à créer. »

Enfin, antérieurement à MM. Lebert et Forget, Marjolin (*Dict. en 30 vol.*, page 273, *Cancer de l'utérus*, 1846), s'exprime ainsi :

« Le cancer de la matrice affecte presque toujours primitivement » son col; les cas où il envahit d'abord le corps de l'organe, *le col* » *restant intact, sont extrêmement rares.* »

Tels sont les noms que M. Monceaux a invoqués pour combattre mon exagération clinique; et il se trouve que ces autorités font de mon exagération la règle *extrêmement générale.*

Maintenant, qu'il y ait à cette règle générale des exceptions très-rares (Lebert), incomparablement très-rares (Forget), extrêmement rares (Marjolin), personne ne le nie, et surtout quand elles ont pour elles le témoignage d'hommes recommandables. Aussi accordons-nous à M. Monceaux qu'il a attiré notre attention sur une exception très-rare. Mais en clinique, ce n'est point avec des exceptions qu'il faut établir un diagnostic raisonné, bien au contraire, il faut avoir recours aux faits le plus ordinairement observés : lesquels faits, quand ils sont nombreux, constituent des règles générales qui conduisent au diagnostic.

Agir dans un sens opposé, c'est-à-dire avoir toujours en vue les exceptions en matière de diagnostic, ce serait aller à la recherche d'un diagnostic exceptionnel, et qui, dans l'extrême majorité des cas, serait une erreur.

En résumé, l'exagération qui a échappé à la rapidité de ma plume a pour elle l'observation générale. De semblables exagérations conduisent presque toujours à la vérité.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 septembre 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Sensibilité des tendons. — M. Flourens lit la note suivante :

Il y a trente-cinq ans aujourd'hui que les expériences qui suivent ont été faites. Elles datent de 1821, époque où je m'occupais de mes expériences sur le cerveau et la moelle épinière, expériences bien autrement importantes, que je présentai à l'Académie en 1822, et dont l'importance même me fit négliger alors de publier celles-ci.

Dès ce temps-là, le problème particulier de la *sensibilité* des tendons avait déjà fixé toute mon attention. Je n'avais pu voir sans étonnement la divergence singulière qui régnait entre les physiologistes et les chirurgiens touchant un simple point de fait, savoir si les tendons sont *sensibles* ou ne le sont pas. D'une part, tous les physiologistes, ou à peu près tous, soutenaient l'*insensibilité* des tendons, et, d'autre part, tous les chirurgiens, ou à peu près tous, soutenaient la sensibilité vive, et même, dans certains cas, extrême, des parties fibreuses ou tendineuses.

Ainsi, par exemple, tandis que Haller (et toute son école, alors l'école supérieure de la physiologie) posait en principe, à Gœttingue, l'*insensibilité absolue* des tendons, deux chirurgiens très-habiles, Morand et Jean-Louis Petit, affirmaient, à Paris, que non-seulement les tendons sont *sensibles*, mais que certaines de leurs lésions pouvaient être suivies des plus vives douleurs.

« J'ai rapporté, je pense, disait Haller, autant d'expériences qu'il en fallait pour prouver qu'on coupe, qu'on brûle et qu'on détruit sans douleur les tendons de l'homme et de l'animal, et que par conséquent les tendons sont dépourvus de sentiment. »

Et Morand disait : « On sera peut-être étonné de voir un aussi grand nombre de blessures de cette espèce (il s'agit de tendons et de membres *arrachés*) rassemblées dans ce mémoire ; mais ce qui, à mon gré, est bien plus étonnant, c'est qu'en général elles sont moins suivies d'accidents que la simple piqûre du tendon, qui est souvent mortelle. Voilà huit personnes blessées de cette façon guéries assez promptement, et il n'y en a eu qu'une qui ait éprouvé quelques accidents. Il y eut des douleurs épouvantables les premiers jours, etc. »

Jean-Louis Petit, cet observateur si judicieux et si clairvoyant, a inséré dans les volumes de notre Académie deux observations, l'une sur un cas de rupture complète du tendon d'Achille, et l'autre sur un cas de rupture incomplète de ce même tendon.

A propos de la première, Jean-Louis Petit dit : « Je finis cette observation en faisant remarquer que le malade n'a senti aucune douleur en se cassant les tendons, ni dans la suite pendant tout son traitement. » Et à propos de la seconde, il dit : « De cela seul que le tendon d'Achille est rompu entièrement, il n'arrive aucun accident... ; et de cela seul que ce tendon n'est rompu ou cassé qu'en partie, il doit nécessairement survenir de fâcheux symptômes. C'est ce que j'ai presque toujours remarqué dans la rupture ou coupure incomplète des tendons des autres parties : la douleur, l'inflammation, la fièvre, le délire et la gangrène qui y surviennent quelquefois, rendraient cette maladie presque toujours mortelle sans le secours de l'art. »

Jean-Louis Petit nous explique ensuite, par une analyse anatomique admirable, comment, dans le cas de rupture complète il n'y a jamais douleur, parce qu'il n'y a jamais tiraillement, et comment, au contraire, dans le cas de rupture incomplète il y a toujours tiraillement, et par suite toujours douleur.

Je laisse à regret cette analyse, qui m'éloignerait trop de mon sujet ; je me borne à ajouter que les deux observations de Jean-Louis Petit, comparées l'une à l'autre, furent pour moi le trait de lumière. Je vis tout de suite d'où provenait la divergence des physiologistes et des chirurgiens. Les physiologistes, opérant sur un tendon sain et normal, ne le trouvaient point sensible, et les chirurgiens, opérant sur un tendon déchiré, tiraillé, enflammé, le trouvaient sensible.

Il ne s'agissait plus que de confirmer cette interprétation par l'expérience. Je provoquai donc, sur différents animaux, l'inflammation du tendon d'Achille par des piqûres, par des tiraillements, par des coupures, et dès lors tout fut expliqué et concilié. Toutes les fois que j'opérais sur un tendon sain, je ne trouvais aucune sensibilité, et toutes les fois que j'opérais sur un tendon tuméfié et enflammé, je trouvais la sensibilité la plus vive.

Toujours emporté par d'autres travaux, j'ajournais sans cesse la publication de celui-là, lorsque, dans la séance du 3 mars dernier, M. Jules Guérin nous lut un mémoire très-remarquable sur ce qu'il nomme la *contractilité tendineuse*.

A l'occasion de ce mémoire, je pris la parole pour annoncer que des « expériences sur les tendons, déjà fort anciennes, m'avaient conduit à » reconnaître la sensibilité de ces parties, à préciser le mode de cette » sensibilité et à déterminer les procédés d'excitation au moyen des» quels on l'oblige à se manifester. »

En conséquence de ces paroles, j'aurais pu me borner à publier immédiatement mes anciennes observations. J'ai préféré les recommencer.

Sur différents animaux (chiens, lapins, cochons d'Inde), j'ai provoqué l'inflammation du tendon d'Achille par des piqûres et des coupures, et tout cela, bien entendu, sans le moindre signe de douleur ni de sensibilité.

Au bout de huit jours, j'ai trouvé, du moins en général, le tendon rouge, grossi, enflammé. Je l'ai pincé alors, et toutes les fois que les signes d'inflammation étaient manifestes, les signes de douleur et de sensibilité l'ont été aussi.

J'ai répété ces expériences à plusieurs reprises, et par séries successives d'animaux opérés ensemble. Je ne reproduirai ici que deux de ces séries.

Dans la première, sur six cochons d'Inde dont le tendon d'Achille avait été soumis aux irritations indiquées, quatre ont manifesté une sensibilité très-vive chaque fois que leur tendon, rouge et tuméfié, a été pincé.

Dans la seconde série, sur cinq cochons d'Inde à tendon d'Achille préalablement irrité, quatre ont manifesté la plus vive douleur chaque fois que le tendon a été pincé.

Pour avoir simultanément sous les yeux les deux effets opposés qui nous occupent, j'ai fait mettre à nu, sur ces quatre animaux, le *tendon sain* et le *tendon enflammé*. Une plaque de verre a été placée ensuite sous chacun de ces deux tendons pour l'isoler complétement des parties voisines et sous-jacentes.

Après quoi on a pincé, piqué, coupé, brûlé avec l'acide nitrique, avec l'acide sulfurique, le tendon sain, et l'animal n'a ni crié ni bougé. On a pincé le tendon enflammé, et à chaque pincement l'animal a jeté un cri. C'était une chose frappante et une épreuve bien décisive que cette comparaison immédiate, que cette impassibilité absolue de l'animal tant qu'on n'agissait que sur le tendon normal et sain, et que les mouvements impétueux, les cris de ce même animal dès qu'on agissait sur le tendon malade.

Le fait est donc démontré : le tendon sain est dépourvu de sensibilité, et le tendon enflammé a une sensibilité très-vive. Mais quelle est la cause de ce fait ; à quoi peut tenir cette différence entre le tendon sain et le tendon malade ; quel changement s'est-il opéré dans l'état du tendon, ou plutôt dans l'état des nerfs du tendon (car tout ce qui tient à la sensibilité dépend des nerfs), pour que, dans un cas, ce même tendon soit doué de sensibilité, tandis qu'il en est dépourvu dans l'autre ?

C'est là une question toute nouvelle, d'un ordre beaucoup plus général, et qui sera examinée dans une seconde note.

Dynamoscopie. — M. V. Collongues lit un mémoire ayant pour titre : *De la dynamoscopie, ou nouveau système d'auscultation*. Voici le résumé de ce mémoire :

En plaçant l'un des doigts de la main d'un homme à l'état de santé ou malade dans le conduit auditif externe, on entend un bruit continu très-semblable à un *bourdonnement ;* à ce bruit s'ajoutent, par intervalles irréguliers, des crépitations bien distinctes du bruit de bourdonnement, et qu'on peut appeler *pétillements* ou *grésillements*. Les bourdonnements et les pétillements sont plus sensibles lorsqu'on se sert d'un corps intermédiaire entre le doigt et le conduit auditif. Les meilleurs conducteurs jusqu'à présent sont le liége et l'acier. Les bruits entendus appartiennent bien réellement au sujet en exploration et non à l'oreille de l'observateur, pas plus qu'à l'air comprimé entre le tympan et l'instrument explorateur. Preuve : si on appuie l'instrument que nous appelons *dynamoscope* contre un corps inerte, ou si l'on introduit dans le godet de l'instrument le doit d'un cadavre, on ne perçoit aucun de nos bruits. Le bourdonnement est un phénomène général. Les pétillements n'existent qu'à l'extrémité des doigts des mains et des pieds. Le bourdonnement et les pétillements, considérés sous le rapport physiologique, varient suivant les sexes, les âges, les tempéraments, les saisons, les climats, l'état de veille ou de sommeil, de fatigue ou de repos, de grossesse.

Etudiés dans certaines circonstances physiologico-pathologiques, comme la douleur pendant les opérations sanglantes, l'électrisation, l'éthérisation, le bourdonnement et les pétillements ont des différences marquées. Pendant les maladies, soit aiguës, soit chroniques, le bourdonnement se modifie ainsi : s'il est doux, lent, continu, égal à l'état normal, il devient rude, fort, rapide, continu ; nous l'appelons *bourdonnement roulant*. Ce bourdonnement coïncide avec un état morbide exempt de danger. Si le bourdonnement, au lieu d'être continu, uniforme, devient tremblotant, c'est l'indice d'un état sérieux. Le bourdonnement peut être très-variable, très-inégal ; il peut affecter tantôt une note aiguë, tantôt une note grave, et il correspond alors à un état morbide grave. Le cas devient plus grave encore si le bourdonnement passe du roulant, du tremblotant à l'intermittent. Lorsque le bourdonnement passe du roulant, du tremblotant, de l'intermittent, au doux, c'est le signe de la rétrogradation de la maladie. Enfin, l'absence du bourdonnement à l'extrémité des doigts est l'augure d'une mort prochaine. Pourtant, dans quelques maladies en particulier, il ne faudrait pas se laisser tromper à ce caractère : ainsi, dans les paralysies complètes, le bourdonnement est nul ; dans les maladies qui se manifestent par la perte de la connaissance (épilepsie, catalepsie, apoplexie, etc.), le bourdonnement peut se supprimer longtemps et reparaître. Son apparition avant la fin de l'attaque indique que le malade reprendra bientôt ses sens.

Les pétillements dans les états morbides sont très-variables. Après la mort, c'est-à-dire après la cessation complète de la respiration et des battements du cœur, le bourdonnement persiste ; il est seulement très-affaibli. Il est un point dans les régions précordiale et épigastrique où il est plus évident que partout ailleurs. La durée du bourdonnement après la mort varie de la dixième à la quinzième heure. Il suit une loi de retraite des extrémités vers le centre.

Dans les membres séparés du tronc, le bourdonnement existe partout immédiatement après l'amputation. Il disparaît de minute en minute, en allant des deux extrémités vers le centre. Ce n'est que vers la quinzième minute qu'il a complétement disparu.

Les corollaires de toutes ces observations indiquent que le bourdonnement et les pétillements ne tiennent pas à la circulation ni à la chaleur animale. Sans rien conclure sur la nature de ces bruits, nous constatons qu'ils sont une résultante de l'action organique.

L'absence du bourdonnement de la surface du corps est le signe le plus certain de la mort ; elle fait distinguer la mort réelle de la mort apparente. Les variations du bourdonnement éclairent la marche et le pronostic des maladies. Enfin, l'absence du bourdonnement fait distinguer une paralysie complète d'une paralysie incomplète ; elle est le signe le plus certain de la paralysie vraie, et la fait distinguer de la paralysie simulée.

Comme on le voit, notre système d'auscultation diffère du système d'auscultation de l'immortel Laënnec. L'auscultation stéthoscopique ne transmet à l'oreille que des bruits résultant d'une action physique, comme le passage de l'air à travers les mucosités accumulées dans les bronches ou les vésicules pulmonaires, le choc de deux fragments d'os ou de pierre, le frottement de deux surfaces rugueuses, etc. Notre système d'auscultation transmet les produits de l'action organique. C'est pour cela que nous l'appelons *dynamoscopie*, et l'instrument explorateur *dynamoscope*. (Commissaires, MM. Cagniard de la Tour, Andral, Jobert, de Lamballe).

Action physiologique et thérapeutique du courant galvanique constant sur les nerfs et les muscles de l'homme. — M. Remak communique une note additionnelle au mémoire qu'il a lu sur ce sujet dans la séance du 22 septembre. Cette note a pour objet d'appeler l'attention sur un ordre de maladies dont il a omis de parler dans son mémoire, et dont la guérison s'opère aussi bien par sa méthode d'électrisation que celle des contractures ; ces maladies sont les douleurs rhu-matismales.

Circulation du sang dans les vaisseaux de l'œil. — M. A. Waller communique le résultat d'observations microscopiques sur la circulation du sang dans les vaisseaux de l'œil, vue en transparence sur le vivant. C'est un travail de détails anatomiques minutieux qui ne peut trouver place ici en ce moment.

De quelques réactions propres à la substance des capsules surrénales. — M. Vulpian communique une note sur ce sujet. L'auteur a reconnu que la substance des capsules surrénales, mise dans certaines conditions, présente des réactions spéciales et toujours les mêmes. Ces réactions, qui appartiennent exclusivement aux capsules surrénales, y décèlent la présence d'une matière spéciale, inconnue jusqu'ici, douée de propriétés chimiques remarquables, et qui, par conséquent, dit l'auteur, constitue le *signe particulier* de ces organes.

Cette matière, qui se montre ainsi dans la substance médullaire, est-elle destinée à s'y détruire sur place, ou bien pénètre-t-elle dans le sang, pour être entraînée dans le torrent circulatoire ? M. Vulpian est très-disposé à admettre la seconde supposition. Chez le mouton, dit-il, il y a une veine principale, une sorte de sinus qui parcourt toute la longueur de la substance médullaire, et s'ouvre à une des extrémités de la capsule. J'ai toujours vu la gouttelette de liquide sanguinolent qui sortait de l'orifice veineux produire, avec le sesquichlorure de fer, la réaction indiquée. Dans un cas même, un petit caillot, pris dans la veine-cave auprès de l'embouchure de la veine capsulaire, s'est comporté de même, quoique plus faiblement, avec le même réactif. La matière s'était donc fait jour dans la veine, au travers de ses parois ; et, ce qui se fait si constamment après la mort, peut, et doit même, ce me semble, avoir lieu pendant la vie. L'expérience en décidera. Ainsi serait prouvée, pour la première fois et d'une façon décisive, l'hypothèse qui regarde les capsules surrénales comme des glandes dites sanguines, c'est-à-dire versant directement dans le sang leur produit de sécrétion.

Quelle est l'importance de cette sécrétion ? J'avoue que je n'ai encore pu me former aucune idée sur les usages possibles de cette matière. Je ne hasarderai par conséquent aucune hypothèse.

(Commissaires : MM. Dumas, Pelouze, Cl. Bernard.)

Modifications imprimées à la température animale par quelques maladies chirurgicales. — M. Demarquay communique les résultats de recherches qu'il a entreprises pour étudier les modifications imprimées à la température animale par quelques maladies chirurgicales, et en particulier dans l'infection purulente et l'érysipèle généralisé, dans les inflammations localisées et les plaies, dans les anévrismes, dans la ligature des vaisseaux et la gangrène sénile. Voici les conclusions de ce travail, dont nous publierons plus tard un extrait :

1° L'infection purulente et l'érysipèle donnent une élévation de la température animale de 2 à 3 degrés.

2° Tandis que les inflammations circonscrites, comme le phlegmon et l'érysipèle localisé, impriment à la partie malade une augmentation de température variable entre 1 et 5 degrés, comparativement aux parties du côté opposé restées saines. De la glace appliquée sur ces parties malades abaisse promptement la température. Cet abaissement est passager, car dès que celle-ci est enlevée, les parties non-seulement reviennent à leur état primitif de température, mais la dépassent même.

3° Un anévrisme vrai, le membre restant sain, ne fait éprouver aucune variation à la température animale. L'anévrisme artérioso-veineux, au contraire, donne lieu, au membre inférieur surtout, à une élévation de la température de 1 à 2 1/2 degrés.

4° Hunter et son école s'étaient occupés de l'influence de la ligature des vaisseaux sur la température animale. Les résultats auxquels ils sont arrivés sont contradictoires. Il résulte de mes expériences que la ligature de l'artère et de la veine dans un anévrisme artérioso-veineux du membre inférieur donne lieu à une élévation de la température, tandis que la ligature seule de l'artère principale d'un membre a donné toujours un abaissement de la température.

5° Il en est de même de la gangrène sénile, qui a toujours amené un abaissement de la température animale dans les parties situées au-dessus des parties mortifiées, abaissement qui a varié entre 1 et 5 degrés. (Commissaires : MM. Becquerel, Cl. Bernard, J. Cloquet.)

— M. Dubois adresse un mémoire ayant pour titre : *Des pratiques médicales empiriques, superstitieuses, se rattachant à d'anciennes croyances, à des théories, à des pharmacopées tombées en désuétude et constatées dans plusieurs localités du département des Deux-Sèvres.*

(Commissaires : MM. Serres, Andral, Bussy.)

— La prochaine séance de la Société médicale du Panthéon aura lieu le mercredi 8 octobre à la mairie du XIIe arrondissement, place du Panthéon, sous la présidence de M. Dublanc. L'ordre du jour est ainsi composé :

1° Exposé de quelques expériences sur la production artificielle de l'épilepsie, et considérations sur le traitement de cette maladie, par M. le docteur Brown-Séquard ;

2° Continuation de la discussion sur les maladies mentales ;

3° Etat actuel de la jurisprudence sur les faits de communication de la syphilis par les nourrissons à leurs nourrices ; par M. Guérin, avocat à la cour d'appel ;

4° Du valérianate d'ammoniaque, par M. Laboureur ;

5° Rapports, par MM. Mattei.

Les membres des autres sociétés médicales sont invités aux séances, qui ont lieu tous les deuxièmes mercredis de chaque mois. Les personnes qui désirent faire des communications à la Société sont priées d'en informer le secrétaire général avant le 1er du mois.

Le secrétaire général, Auzias-Turenne.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 119. — JEUDI 9 OCTOBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 119. — JEUDI 9 OCTOBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Piorry). De la migraine. — Recherches sur les maladies de l'armée d'Orient. — Moyens à opposer aux accidents produits par les agents anesthésiques. — Congestions apoplectiques; emploi de l'acide arsénieux. — Emploi de l'huile essentielle de térébenthine associée à l'huile de foie de morue dans les ophthalmies. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 7 octobre. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 8 OCTOBRE 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance d'hier s'est ressentie un peu des vacances. Deux lecteurs seulement se sont présentés à la tribune : M. Brown-Séquard, pour exposer un point de physiologie expérimentale très-curieux, et M. le docteur Petit, pour exhumer quelques souvenirs déjà très-anciens relatifs au typhus. Ces deux lectures ont suffi à peine pour remplir la moitié du temps habituellement consacré aux séances. En vain M. Brown-Séquard, sur l'invitation de M. le président, a-t-il après sa lecture *amusé* un peu le tapis (qu'on nous passe l'expression), en répétant devant l'Académie les expériences qui faisaient l'objet de sa communication, la séance a dû être levée à quatre heures, l'ordre du jour étant épuisé. On trouvera au compte rendu les conclusions du mémoire de M. Brown-Séquard, qui résument parfaitement les faits très-inattendus qui ressortent de ses expériences.

Quant au travail de M. Petit, il a eu le tort considérable d'être lu quelques trente ans trop tard. L'intérêt que pouvaient avoir encore, malgré leur ancienneté, les faits et les documents qu'il renferme, est complétement effacé d'ailleurs par les faits autrement féconds en enseignements que vient de fournir la dernière guerre. Et puisque le sujet traité par M. Petit nous en présente l'occasion, nous nous empressons de la saisir pour réparer une lacune de la précédente séance.

Nous publions en effet plus loin un extrait de l'important mémoire de M. Tholozan, qui n'avait pu trouver place dans le numéro de jeudi dernier. Les lecteurs s'assureront aisément, en parcourant ce travail, qu'il n'est lui-même qu'un résumé et une sorte d'introduction d'un travail beaucoup plus considérable, et qui devra faire l'objet de plusieurs communications successives. Il est aisé de voir effectivement que cette large esquisse de la pathologie de l'armée d'Orient, tracée à la manière des grands maîtres en épidémiologie, n'est que l'expression condensée d'observations et de recherches extrêmement multipliées.

Lorsque les divers points de vue étiologique, symptomatique et thérapeutique de cette épidémie complexe auront été traités comme l'a été l'anatomie pathologique dans ce premier mémoire, c'est-à-dire avec cet esprit rigoureux d'analyse de détails, si heureusement combiné avec les vues philosophiques qui embrassent les faits dans leur généralité, il en résultera certainement un ensemble qui constituera l'un des travaux les plus complets et les plus instructifs qu'aient fait naître les circonstances exceptionnelles de la guerre de Crimée. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

De la migraine.

Au n° 10 de notre salle Saint-Charles est couché un homme d'une assez robuste constitution en apparence; il a quarante ans, et exerce la profession de copiste pour les écrivains publics. Ce malade est entré à l'hôpital pour une bronchorrhée, qui a rapidement cédé à l'emploi du tartrate antimonié de potasse; mais le point sur lequel je veux principalement fixer votre attention, c'est qu'en interrogeant cet homme avec la plus minutieuse attention, nous avons appris de lui qu'il éprouvait à des intervalles irréguliers des migraines qui le faisaient horriblement souffrir. Or, bien que la migraine ne tienne pas une place importante dans le cadre nosologique, je suis heureux que la clinique m'ait offert l'occasion de vous en parler, car il est en médecine de ces questions sur lesquelles on a le tort de ne point s'appesantir et qui fourmillent cependant à chaque heure sous les pas du praticien.

On observe la migraine (névropathie ommique, irisalgie) sur les individus dont la vue est faible, qu'une lumière vive éblouit facilement, qui demeurent dans un appartement obscur; chez ceux qui lisent ou écrivent beaucoup : chez les ouvriers qui, menant une vie sédentaire, fixent longtemps des corps peu éclairés ou d'un petit volume. Les hommes de lettres, les employés, les ouvrières en dentelle, les demoiselles de comptoir qui ont beaucoup d'écritures à faire, les typographes, sont spécialement exposés à cette pénible affection. On la rencontre très-rarement chez ceux qui sont habitués à l'action d'une vive lumière, qui travaillent peu des yeux et qui mènent une vie active. Le genre de vie que suivent les femmes est peut-être la cause qui fait qu'elles sont plus sujettes à la migraine. C'est, en général, dans deux conditions de l'estomac que cette maladie se déclare : ou bien lorsqu'il est rempli d'aliments, ou lorsque la faim se fait impérieusement sentir. Il suffit, dans ces cas, du moindre travail de l'œil pour déterminer, chez ceux qui y sont sujets, la névropathie ophthalmique.

OBS. I. — Un médecin éprouvait fréquemment cette affection en faisant à deux heures une leçon de médecine; il avait l'habitude de déjeuner à une heure, de lire ses notes, écrites dans un caractère très-fin, en se rendant à l'amphithéâtre. Il cesse de faire cette lecture pendant huit jours : il n'a pas la migraine. Le neuvième, il relit ses notes : l'hémicrânie reparaît. Il est un mois sans se livrer à cette étude, et pendant un mois il n'a pas cette affection, qui revient le jour où il recommence comme par le passé. Depuis, et il en a fait une multitude de fois l'expérience, il lui suffit de lire quelques lignes au moment de la digestion stomacale pour déterminer la névrose.

L'invasion de la maladie a lieu à toute heure, quelquefois immédiatement après l'action de la cause qui l'a déterminée, d'autres fois dans les heures qui suivent cette action, rarement vingt-quatre heures après. Il est encore assez fréquent de voir la névropathie ophthalmique se manifester le matin lorsqu'on a beaucoup lu la veille au soir. C'est ce qui arrivait à deux jeunes dames qui passaient une partie de la nuit à lire : le lendemain, aussitôt que la lumière du jour frappait l'œil, un éblouissement avait lieu et était suivi de l'hémicrânie. La migraine disparut en cessant l'action de la cause. Plusieurs faits semblables se sont offerts à mon observation.

Au moment de l'invasion, la vue est moins nette; on éprouve une sensation très-analogue à l'éblouissement; il semblerait qu'un nuage se manifeste au centre de l'image qui se peint sur la rétine. Peu à peu le point terne qu'on observait s'étend; bientôt, et après une ou deux minutes, se dessine à l'entour de l'espace obscurci un arc de cercle lumineux, coloré chez quelques individus, mais pâle chez d'autres, disposé en zigzags, agité par une sorte d'oscillation continuelle. D'abord très-petite, cette portion de cercle s'agrandit en même temps que le point central obscurci commence à s'éclaircir, et, se développant de plus en plus, scintillant continuellement, semblant se rapprocher successivement de la circonférence de l'iris, l'arc lumineux finit par disparaître lorsqu'il arrive à l'extrémité du champ de la vision. Que l'œil soit ouvert ou fermé, l'hallucination continue; mais elle se dessine mieux dans un demi-jour ou dans les ténèbres que dans une lumière vive. C'est presque toujours d'un seul côté qu'elle a lieu; je n'ai jamais observé personne qui ait éprouvé la sensation de doubles images. Chez presque tous les malades que j'ai vus, la forme de ces images était à peu de chose près la même; de sorte qu'en la dessinant, ils la reconnaissaient de suite. La durée de cette première lésion varie : ordinairement elle ne dépasse pas quelques minutes; quelquefois l'image met une demi-heure à parvenir à son entier développement et à sa disparition.

Jusque-là, et même un peu au delà, point de douleur, seulement une sorte de stupeur, du trouble dans la vision et une légère pesanteur de tête. Dans quelques cas, l'éblouissement, même léger, et le nuage sont les seules lésions optiques qui précèdent la douleur, et il arrive que les troubles de la vision sont quelquefois assez légers pour que les malades n'y aient pas fait attention et ne se les rappellent qu'après les questions réitérées du médecin.

Cependant, après un temps dont la durée varie, quelques élancements se font sentir dans l'œil et dans la tempe du côté où l'éblouissement avait eu lieu; tout le globe oculaire est douloureux, et la moindre pression qu'on exerce sur lui détermine un sentiment pénible, dont le caractère ne diffère pas des élancements spontanés qui surviennent; il semblerait que l'œil soit trop plein et qu'on y donne des coups de marteau. C'est spécialement en haut et en dedans que la douleur est plus intense. Celle-ci n'est pas constamment portée au même degré pendant toute sa durée; elle est extrême quelques minutes, puis se calme, pour reparaître ensuite avec la même énergie. Du reste, elle ne cesse pas complétement, et, s'il est vrai que des exacerbations se manifestent toutes les dix minutes, tous les quarts d'heure, on ne peut pas dire qu'il y ait intermittence. La durée de la douleur varie depuis plusieurs heures jusqu'à deux ou trois jours.

La vue, l'ouïe, le goût, l'odorat, sont altérés pendant que la névralgie suit ses périodes. Les paupières sont rouges, tuméfiées. La lumière la plus légère ramène les paroxysmes ou les rend plus intenses; le moindre bruit est insupportable; le dégoût pour les aliments est quelquefois extrême, et les odeurs les plus suaves sont difficilement supportées par les malades. Les facultés intellectuelles ne sont pas altérées, seulement il y a le plus souvent une grande tendance au sommeil.

Dans les cas les plus simples, la maladie se borne aux symptômes que je viens de signaler; mais trop souvent l'estomac participe à la souffrance de l'œil. Quelque temps après les éblouissements et l'invasion de la douleur, des éructations surviennent, des gaz s'échappent par l'œsophage, puis des nausées se déclarent, des vomissements les suivent; les aliments que contenait l'estomac, plus ou moins digérés, suivant le temps qu'ils ont séjourné dans ce viscère, sont rejetés au dehors. Ces vomissements ne dépendent pas de la présence des aliments, car ils se déclarent quelquefois lorsque l'estomac est complétement vide, et ce sont même ceux-là qui fatiguent le plus les malades.

Mais il ne faudrait pas penser que ce fussent là les seuls accidents dont une migraine excessive soit accompagnée; il arrive qu'un des côtés de la langue ou de la face, que les membres inférieurs, et surtout les supérieurs éprouvent un frémissement douloureux qui rappelle les oscillations de l'image dans l'œil, qui en a le caractère de vibration, et qui, commençant par la pointe de la langue, une partie de la face, le bout des doigts ou des orteils, remonte peu à peu vers l'axe cérébro-spinal, en disparaissant successivement vers les points où d'abord il s'était développé. Cette sensation bizarre ressemble assez bien à celle que l'on éprouve dans les crampes, ou au sentiment pénible que l'on ressent au bout des doigts lorsqu'on s'est heurté le nerf cubital au coude. Quand cette douleur est parvenue vers le centre nerveux, elle cesse de se faire sentir.

Le cœur, les poumons, le tube intestinal ne donnent pas lieu, en général, à des symptômes dignes d'être notés. Le plus souvent un sommeil réparateur termine la maladie, soit après plusieurs heures, soit après un ou deux jours. Les douleurs se font encore sentir pendant que le malade dort, mais elles s'amortissent, et finissent par disparaître. Quelquefois des nausées suivies de vomissements réveillent, et le sommeil revient ensuite. La migraine n'existe ordinairement plus le matin, ou il n'en reste qu'une pesanteur de tête qui se dissipe bientôt.

Le retour de la névralgie de l'œil est variable. Chez un grand nombre de malades il a lieu dès qu'ils s'exposent à l'action des causes dont nous avons parlé, et seulement lorsque ces causes ont agi. Nous connaissons une personne qui est six mois sans avoir la migraine, si elle ne lit pas dans les deux heures qui suivent l'ingestion des aliments dans l'estomac, et qui est sûre d'en être atteinte brusquement si elle manque à cette précaution hygiénique. Chez certains hommes, la maladie est périodique, et revient tous les huit jours, tous les mois, tous les trois mois. Chez d'autres, il n'y a rien de fixe dans son retour. Tantôt tous les accès sont à peu près de même durée et de gravité semblable; d'autres fois ils diffèrent infiniment d'importance et de ténacité.

Le pronostic de la névropathie ophthalmique est rarement grave; mais si cette maladie ne fait pas périr, elle est horriblement douloureuse, et tourmente infiniment ceux qui en sont atteints. Quelquefois elle se guérit spontanément avec l'âge, mais souvent aussi les accès qui la constituent se rapprochent de plus en plus et rendent l'existence déplorable. On conçoit encore qu'elle peut présenter des complications qui rendent grave une maladie qui par elle-même ne présente pas cette importance.

Nous ne connaissons pas de fortes travaux sur l'anatomie pathologique dans la migraine. Il y a de fortes raisons de penser que le scalpel ne trouverait rien dans le cerveau ou ses membranes qui fût en rapport avec l'affection dont il s'agit. Cette névralgie est trop fugitive, de trop peu de durée, sujette à des intermissions trop longues pour laisser dans l'œil lui-même ou dans les nerfs qui y correspondent des traces cadavériques de son existence; mais ce n'est pas toujours la mort qu'il faut interroger pour connaître le siége des maladies.

L'examen de l'œil pendant la vie fait connaître un resserrement

remarquable de la pupille, par conséquent une expansion de l'iris, et de plus une rougeur vive de l'une et de l'autre paupière, qui présentent un aspect semblable à celui qu'elles offrent chez des hommes qui ont irrité l'œil par des veilles et par des travaux de cabinet.

Quel est le siége précis de ce remarquable cortége de symptômes? Existe-t-il dans les filets terminaux de la cinquième paire distribués dans l'iris?

Nous avons toujours la plus grande tendance à admettre cette opinion, formulée depuis longtemps par nous, que l'iris est l'organe primitivement malade.

Voici comment nous rendions compte de la production des accidents :

« Une cause excitante agit sur la rétine et l'iris, l'action nerveuse est modifiée, une sorte de travail morbide se déclare ; il consiste dans des oscillations ou vibrations telles qu'elles viennent d'être décrites. Elles se portent de la petite circonférence de l'iris vers la grande. De là résulte ce cercle lumineux qui s'agrandit de plus en plus. On ne pourrait guère rapporter à un autre organe la forme arrondie de l'image. » (*Du procédé opératoire à suivre dans l'exploration des organes par la percussion médiate*, n° 822.) Ces oscillations se reproduisent souvent avec les caractères précédemment décrits dans diverses parties du tégument.

Obs. II. — Le docteur D... a longtemps fait usage de verres concaves du n° 10 ; il s'en trouvait parfaitement bien ; mais, pendant un voyage dans le fond de la Russie, les verres s'étaient brisés ; il fut obligé de les remplacer sur les lieux par d'autres verres concaves à un degré inconnu, probablement rapproché du n° 10, puisqu'ils convenaient tout à fait à sa vue.

A quelque temps de là, le docteur D... voulut faire l'acquisition de nouvelles lunettes à Paris ; il choisit tout naturellement le n° 10, comme celui qui pouvait le mieux lui convenir, et l'essai instantané qu'il en fit semblait justifier ce choix. Quelques jours après, ayant voulu en faire usage, il commença par éprouver au bout d'une heure ou deux un sentiment de pesanteur et de constriction très-pénible dans les yeux ; la vue était nette, mais un peu douloureuse à soutenir. Le soir, M. D... enlève ses lunettes pour se coucher ; la céphalalgie subsiste et paraît s'accroître, la lumière artificielle est difficile à supporter ; dans l'obscurité, une sorte d'aréole lumineuse semble de temps à autre paraître et disparaître ; en même temps, il se déclare une douleur gravative dans les sinus frontaux, et pendant toute la nuit une céphalalgie intense et générale, et perte de sommeil.

Le lendemain matin, il reste encore quelques éblouissements légers, et une impossibilité de se livrer au travail de cabinet. M. D... reprend ses lunettes ordinaires, et dès lors diminution progressive de la céphalalgie.

Quinze jours après environ, le docteur D... renouvela l'expérience pour se convaincre de la réalité de la cause productrice du mal : même symptôme pendant le jour et pendant la nuit ; le lendemain disparition graduée des accidents.

Il est bien certain que dans la névropathie ommique il s'agit d'une souffrance primitive et spéciale propre aux filets périphériques des nerfs de l'œil. C'est évidemment l'organe du sens qui souffre ; car si l'on porte volontairement ou mécaniquement, au moyen d'une pression faite avec le doigt, le globe oculaire dans des sens divers, l'image se déplace et suit toujours la direction que l'on imprime à ce même organe.

Il me reste à vous parler de la migraine olfactive, de la migraine otique et du traitement général de la migraine ; ce sera l'objet de notre entretien à la prochaine conférence.

RECHERCHES SUR LES MALADIES DE L'ARMÉE D'ORIENT pendant l'hiver de 1854 à 1855.

Par M. le Dr Tholozan.

Ces recherches ont été faites à Constantinople, dans le principal hôpital de l'armée, pendant les mois de décembre 1854, janvier, février et mars 1855. Chargé d'un service où je recevais directement les malades qui arrivaient de la Crimée, j'ai pu examiner et traiter pendant le premier hiver si rigoureux que l'armée eut à passer sous Sébastopol, 1,200 malades environ. Dans un quart de ces cas, les affections étaient légères et guérirent facilement ; les 900 autres malades étaient gravement atteints. Une partie put être évacuée sur les hôpitaux de seconde et de troisième ligne après quelques jours de médication ; une partie resta en traitement ; les autres, au nombre de 290, moururent dans mon service.

Les maladies qui donnèrent lieu à cette mortalité considérable qui pesait alors sur tous les hôpitaux de Crimée et de Constantinople étaient le choléra, la dyssenterie, le scorbut et le typhus. Le choléra, influence morbide accidentelle, se faisait sentir sur les armées, par suite de la constitution médicale cholérique qui régnait à cette époque dans une grande partie de l'Europe occidentale. Le choléra n'est point une maladie propre aux armées ; il se montre pourtant souvent dans ces agglomérations dès que la constitution épidémique ou endémique prête à son développement. Ce qu'on a vu à ce sujet dans l'Inde, en Russie, en Pologne, en Algérie, s'est répété en Orient avec une parfaite identité de caractère, sous le double rapport épidémiologique et pathologique. Cette uniformité de causes, de marche et de symptômes fait l'un des traits les plus importants de l'histoire du choléra dans les armées.

Il en est autrement de la dyssenterie, du scorbut et du typhus. Ces maladies naissent aux armées, dans les garnisons encombrées, dans les camps, dans les villes assiégées. Elles remplacent, dans ces circonstances, les formes morbides qui se montrent en temps de paix dans les conditions ordinaires de la vie militaire. Ainsi la phthisie, la phthisie à marche aiguë qui, en France comme en Angleterre, comme en Allemagne, est très-commune dans l'armée et figure en première ligne parmi les causes de mort, ne se retrouve en campagne que dans des proportions très-minimes. Ainsi la fièvre typhoïde, très-fréquente dans nos hôpitaux, se développe très-rarement dans les conditions hygiéniques de la guerre active. J'en dirai autant des fièvres éruptives, variole, rougeole, scarlatine, et du rhumatisme articulaire aigu. L'histoire et la statistique donnent un enseignement très-formel à ce sujet ; elles font voir presque partout à la suite des armées la dyssenterie, le scorbut et le typhus, et très-rarement les exanthèmes fébriles.

Les trois types pathologiques sur lesquels j'appelle en ce moment l'attention ont été fort peu étudiés à notre époque. Il en est résulté que leur histoire laisse encore beaucoup à désirer sous le rapport de la précision dans la description des symptômes et des lésions. En voulant apporter dans ce sujet la méthode rigoureuse de la pathologie moderne, j'ai rencontré une difficulté qui tient aux principes mêmes de l'observation clinique. La dyssenterie, le scorbut et le typhus, tels que nous les connaissons par les descriptions classiques, forment des groupes morbides totalement distincts les uns des autres. Quand ces affections se présentent ainsi isolées, à l'état de simplicité, il est bien facile de les reconnaître, et aucun observateur ne s'y trompera. Mais que ces maladies viennent à se combiner et à se compliquer l'une l'autre, et quelquefois toutes trois à la fois, pour former, comme cela a été observé si souvent aux armées, des maladies composées, des espèces mixtes, des types spéciaux, alors le problème pathologique se complique. Les dyssenteries présentent les caractères du scorbut ; les scorbutiques délirent comme dans le typhus, ou bien ils succombent au flux dyssentérique ; les sujets atteints de typhus ont la dyssenterie et deviennent scorbutiques : les exemples de ces mélanges ne manquent pas, presque tous les cas graves sont des cas compliqués.

Quand les symptômes caractéristiques de ces affections sont nettement dessinés, il est possible de reconnaître chacune d'elles et de déterminer en quelque sorte la part plus ou moins grande qu'elle prend à l'état morbide ; mais c'est là l'exception. Le plus souvent, dans ce mélange d'influences morbides diverses, il y a de telles anomalies, que les signes propres à l'une des entités morbides disparaissent, et sont remplacés par des signes d'une importance moindre. Ainsi, dans le typhus, l'éruption caractéristique si bien décrite par W. Jenner se montre rarement quand cette affection se complique de dyssenterie ; la fièvre continue qui la caractérise disparaît aussi, le délire persiste quelquefois très-intense, d'autres fois les malades n'ont que la céphalalgie, les vertiges, les bourdonnements d'oreille, l'insomnie, sans chaleur fébrile. Cette dyssenterie est une de celles qui sont éminemment contagieuses et qui engendrent le typhus. Ainsi, dans le scorbut compliqué de dyssenterie, l'altération des gencives manque, les infiltrations sanguines sous-cutanées, inter-musculaires et les colorations hémorrhagiques de la peau n'existent pas ; les douleurs scorbutiques dont les caractères ont été jusqu'ici peu précisés, l'anémie des gencives, la teinte terreuse de la peau, sont les seuls symptômes auxquels on peut reconnaître la cachexie scorbutique. D'autres fois, la fièvre et les autres symptômes du typhus s'arrêtent brusquement, et l'on voit apparaître le scorbut sous sa forme la plus grave ; c'est un exemple de mutation d'une maladie en une autre : l'observateur qui n'est pas prévenu de ces phénomènes croit encore avoir affaire au typhus. Plus souvent le scorbut et le typhus se combinent ; alors il y a de la fièvre, l'œdème de la face, une coloration subictérique de la peau, un délire plus intense et plus persistant que dans le typhus ordinaire, des gangrènes graves de la bouche et des extrémités. Aussi fréquemment on voit la dyssenterie scorbutique présenter des symptômes typhiques, et réciproquement le typhus des scorbutiques offrir les caractères de la dyssenterie.

Ces symptômes qui se surajoutent, ces états mixtes ont besoin pour être interprétés de toutes les lumières de la pathologie et de l'analyse cliniques. Si les variétés que j'ai indiquées constituent autant de maladies nouvelles, c'est-à-dire si elles se distinguent toujours par des caractères uniformes, il faut multiplier les espèces pathologiques ; si elles forment, comme je le pense, des maladies composées, il y a lieu de faire entrer leur étude dans le cadre de la pathologie générale, et de chercher à connaître le caractère de ces combinaisons, leur influence sur la marche générale de la maladie, sur l'évolution de chaque symptôme en particulier, et de noter avec soin les réactions spéciales de l'économie qui peuvent prendre naissance dans ces cas.

La difficulté de résoudre scientifiquement ces questions est plus grande qu'on ne serait porté à le croire au premier abord ; elle tient à l'absence complète de principes et de données précises de l'observation sur les maladies composées. J'ai cherché à réunir à ce sujet les éléments de la science pour servir de base à l'interprétation des faits que j'ai recueillis en Orient, et je dois avouer qu'il ne m'a pas été possible de les trouver formulés d'une manière complète. A défaut de règles ou de données admises sur cette question, j'ai examiné les faits avec le seul secours de mes observations antérieures.

J'ai cherché, en étudiant à part les cas simples de scorbut, de dyssenterie, de typhus, à démêler les cas complexes. Je suis arrivé ainsi, par l'analyse d'un grand nombre d'observations, à l'opinion que je viens d'émettre, que les maladies observées à Constantinople à la fin de 1854 et au commencement de 1855 étaient des maladies complexes dans lesquelles le scorbut, le typhus et la dyssenterie avaient chacun leur part, et où venait s'ajouter encore l'influence cholérique.

Si l'on se reporte maintenant aux conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvait forcément l'armée à cette époque, alimentation de qualité inférieure, vêtements insuffisants, habitation sous la tente, pluie, neige, froid rigoureux, veilles et fatigues excessives des travaux du siége, on verra qu'il faut ajouter encore aux principales influences morbides indiquées l'influence des circonstances hygiéniques si défavorables que je viens d'énumérer.

Les observations faites dans ces conditions sont forcément des observations complexes qui demanderaient une grande expérience pour être complétement élucidées. J'ai pensé que les résultats nécroscopiques observés dans ces circonstances exceptionnelles seraient de nature à intéresser.

La plupart des faits que je vais indiquer ont trait à une partie de la pathologie des armées qui est à peine connue, aux maladies des armées pendant les campagnes d'hiver.

Sur 79 autopsies, 47 fois le cerveau ou ses membranes présentaient des altérations importantes. Les lésions étaient ainsi réparties :

1° Dans la *pie-mère*, 18 fois, dont 15 fois œdème simple, 1 fois œdème sanguinolent, 2 fois infiltration purulente ;

2° Dans les vaisseaux du cerveau, 13 fois, à savoir : 10 fois l'anémie, 1 fois l'hypérémie, 2 fois l'apoplexie capillaire ;

3° Dans la pulpe cérébrale, 33 fois, dont 6 fois ramollissement prononcé et généralisé, 9 fois l'induration prononcée, 10 fois le ramollissement péri-ventriculaire, avec hydropisie ventriculaire, 2 fois l'induration des ventricules unie à leur hydropisie, 4 fois l'hydropisie ventriculaire sans ramollissement ni induration des parois de ces cavités, 1 fois le ramollissement isolé des parois du quatrième ventricule, 1 fois un abcès du cerveau.

Ces différentes lésions étaient quelquefois combinées les unes aux autres; ainsi l'œdème de la pie-mère et l'anémie du cerveau s'observaient le plus souvent avec l'augmentation du liquide ventriculaire.

J'aurais relevé un bien plus grand nombre d'altérations dans les centres nerveux si j'avais tenu compte de toutes les particularités anatomiques que j'ai rencontrées; je n'ai fait figurer dans ces observations que des lésions assez prononcées pour que leur existence fût hors de doute, que celles qui pouvaient avoir de l'importance au point de vue de l'interprétation des symptômes, et qui doivent figurer parmi les causes ou les résultats des maladies. A ce titre, on doit se demander à quelle influence morbide il faut rapporter les altérations dont il vient d'être question. La réponse peut se déduire des considérations précédentes : ni le typhus, ni le scorbut, ni la dyssenterie ne produisent dans les cas simples les lésions cérébrales dont je viens de parler ; sans cela les auteurs qui ont décrit ces maladies y auraient fait allusion, et dans les cas simples que l'on observe communément on en trouverait des traces. Mais il y a évidemment, les faits ne me laissent pas de doute à cet égard, des dyssenteries, des scorbuts, des typhus qui s'accompagnent de lésions cérébrales, du moins dans les circonstances analogues à celles dont j'ai parlé.

Laquelle de ces trois influences morbides prédispose le plus aux altérations du cerveau ? De prime abord on pourrait croire que le typhus, qui s'accompagne toujours de perversions dans les fonctions du système nerveux, est une des causes déterminantes des lésions cérébrales ; mais, par une induction plus conforme aux données pathologiques, on arrive à voir que le délire et les autres symptômes nerveux, dans le typhus comme dans la fièvre typhoïde, comme dans les fièvres éruptives, n'est pas le produit d'altérations palpables du centre nerveux. On sait, par exemple, que dans la fièvre typhoïde, le délire le plus intense ne coïncide pas avec l'hypérémie la plus marquée du cerveau. J'ai trouvé, en 1849, avec un de mes maîtres, que dans la période torpide du choléra il y avait, après la mort, beaucoup moins d'injection du cerveau et de ses membranes que dans la période algide, où l'intelligence conserve sa lucidité.

Mais du reste, à côté de l'induction à laquelle se mêle toujours plus ou moins d'hypothèse, il y a les faits à consulter. Or, il ressort des observations cliniques que j'ai recueillies, que dans plusieurs cas dans lesquels les altérations de la pulpe cérébrale étaient très-prononcées, il n'y avait eu ni délire ni coma. C'étaient des hommes tourmentés depuis longtemps par des diarrhées rebelles, amaigris, considérablement affaiblis — D'autres hommes, dans ces mêmes conditions déplorables, ayant déliré et étant morts dans le coma, présentaient des altérations semblables du cerveau. — Enfin, une troisième catégorie de cas fait voir des malades, dont l'affection n'a pas duré longtemps, qui ont conservé leur musculature, qui ont eu la céphalalgie, la stupeur, le délire, le coma, et chez lesquels on n'a pas rencontré d'altération de la substance cérébrale.

On peut, il me semble, conclure de ces faits que les altérations les plus fréquentes et les plus graves du cerveau, dont il vient d'être question, l'accumulation de sérosité dans les ventricules avec ramollissement et souvent destruction d'une partie des parois ventriculaires, ou bien l'induration de ces parois, l'anémie du cerveau, le ramollissement ou l'induration de la substance blanche, ne relèvent point du typhus considéré comme une maladie fébrile spécifique, à marche aiguë et déterminée. Il y a peut-être des relations éloignées entre le typhus et les différents états du cerveau que je

viens d'énumérer ; l'état actuel de nos connaissances sur le typhus ne permet pas de rien affirmer d'absolu à ce sujet.

Je me bornerai, pour le moment, à donner une idée générale seulement de ces altérations. L'anémie a paru être la condition primordiale, sinon essentielle, du ramollissement et de l'induration du cerveau. Elle portait sur les deux substances, mais principalement sur la substance blanche. La substance grise corticale avait un reflet grisâtre et était demi-transparente. La substance médullaire était d'un blanc laiteux, avec un piqueté vasculaire très-clair-semé, très-fin, quelquefois sans aucun piqueté sur la coupe. La dilatation des ventricules portait généralement sur le quatrième et sur les latéraux, quelquefois également sur toutes ces cavités. Dans quelques cas elle a été considérable; ainsi, il est arrivé souvent de trouver le quatrième ventricule doublé de capacité; quelquefois aussi les ventricules latéraux avaient une étendue bien plus grande qu'à l'état normal, toutes les dimensions de ces cavités étant augmentées. — Plus rarement un seul ventricule, le quatrième, ou une seule partie des ventricules latéraux, la corne postérieure ou antérieure, ou la voûte, était lésé. La sérosité contenue dans les cavités dilatées était pâle, sans aucun reflet citrin. Le ramollissement et l'induration étaient généralement plus prononcés dans les parois des ventricules. Le ramollissement de la substance blanche péri-ventriculaire était quelquefois tel qu'on détachait facilement avec les pinces ou le manche d'un scalpel de larges lambeaux de la membrane ventriculaire ; quelquefois le trigone était tellement ramolli que ses fibres nageaient dans le liquide ventriculaire et que le cinquième ventricule était détruit; souvent les parois du quatrième ventricule, et surtout la paroi antérieure, jusqu'au bec du calamus, présentaient un ramollissement gélatiniforme à plus d'un millimètre de profondeur. L'induration des parois des ventricules latéraux et du quatrième ventricule a été rencontrée fréquemment. La surface ventriculaire était dure, résistante, présentant quelquefois un aspect granuleux. Le quatrième ventricule a présenté plus souvent l'induration de ses parois que les ventricules latéraux. Par contre, l'induration péri-ventriculaire était plus étendue autour des ventricules latéraux dans l'épaisseur de la substance médullaire que dans la protubérance, le bulbe et le cervelet qui enveloppent le quatrième ventricule. Plusieurs fois la substance blanche a présenté une consistance et une ténacité remarquable qui la faisaient comparer à celle des cerveaux conservés dans l'acide nitrique étendu d'eau. Les corps striés et les couches optiques ne participaient pas à l'induration ni au ramollissement.

La moelle n'a été examinée qu'un petit nombre de fois. Sur 5 cas où le rachis a été ouvert, 2 fois la moelle présentait des altérations notables; 1 fois nous avons noté une diminution de consistance de la substance blanche, 1 fois les cordons blancs de la moelle ont présenté un état remarquable de dureté et de résistance à la traction.

Les lésions qui viennent d'être décrites relèvent toutes probablement du même processus morbide; c'est le même acte pathologique, le même vice de nutrition qui entraîne ces modifications de la pulpe cérébrale. En effet, toutes ces altérations siégent principalement au pourtour des ventricules; le ventricule le plus fréquemment ramolli et dilaté est celui qu'on trouve aussi le plus souvent induré. De plus, les observations cliniques démontrent que l'induration est en rapport avec des maladies de longue durée, le ramollissement avec des états morbides à marche moins chronique.

Je ne chercherai pas à déterminer quelle est la nature de ces diverses altérations; je les rangerai sous la dénomination très-générale et vague « des vices de nutrition, » indiquant par là qu'elles s'éloignent complétement des inflammations.

Dans tous les cas, ces lésions cérébrales étaient accompagnées d'altérations notables des viscères thoraciques et abdominaux. Le cœur, le foie, les reins sont les organes parenchymateux qui ont le plus fréquemment et le plus notablement souffert. Ici, comme pour le cerveau, ce sont les vices de nutrition qui prédominent.

Dans les 79 autopsies, 69 fois un ou plusieurs des états anatomiques suivants ont été notés dans le cœur : péricardite tuberculeuse, 2 fois; hydropéricarde, 1 fois; endocardite valvulaire, 2 fois; coagula consistants, adhérents, 2 fois; sang fluide, 2 fois; rougeur de la surface interne au cœur gauche, 2 fois; adhérences anciennes du péricarde au cœur, 2 fois; cœur flasque, 3 fois; hypertrophié, 1 fois. Le chiffre de fréquence si réduit de ces altérations accidentelles montre qu'elles n'ont pas de rapport précis avec les maladies régnantes. Mais il en est autrement des phénomènes dont il me reste à parler. Le cœur était d'un volume notablement réduit, 26 fois; le tissu musculaire du cœur était décoloré, blanchâtre, 23 fois; jaunâtre, 8 fois; 18 fois l'atrophie coïncidait avec la décoloration; 1 seule fois la décoloration s'accompagnait d'augmentation du tissu charnu ; 9 fois elle s'accompagnait de friabilité ou de diminution de consistance des fibres du ventricule gauche.

Ces altérations, par leur fréquence et par leur nature, méritent de fixer l'attention des observateurs. De nombreuses pesées et mensurations du cœur m'ont démontré que, dans le nombre considérable des cas graves dont il est ici question, le cœur a souvent diminué de volume et de force, et ses fibres charnues ont subi une décoloration, indice d'une modification dans la nutrition : 31 pesées du cœur ont donné pour le poids moyen de cet organe chez des hommes de 24 à 35 ans, 215 grammes; le chiffre le plus élevé a été 293, et le chiffre le moins élevé 125 grammes.

Le *foie* a présenté, à côté de quelques lésions à noter dans les cas particuliers (cirrhose, 2 fois; calculs, 1 fois; abcès, 2 fois, etc.), des altérations qui, par leur chiffre de fréquence élevé et leur coïncidence avec des lésions graves du cerveau et du cœur, ont une importance majeure. 29 fois, sur 79 autopsies, on a noté une réduction notable du volume du foie. En comparant le poids du foie dans 27 observations où cette donnée a été relevée, on obtient pour moyenne des diverses pesées 1,655 grammes, le maximum étant 2,580 et le minimum 810 grammes. 4 fois la pesée ne donna pas 1,100 grammes, 12 fois elle n'atteignit pas 1,300 grammes. Dans les pesées qui donnèrent le poids minimum, la réduction du volume du foie était si grande, qu'il était impossible de n'en pas faire la remarque. Cette atrophie, sans changement notable dans la forme de l'organe, portait sur tous les diamètres, mais principalement sur le lobe gauche et sur le bord tranchant. La capsule fibreuse du foie, qui n'avait point suivi ce retrait, présentait des plis et des rides sur la face convexe; elle paraissait épaissie, blanchâtre; elle se doublait elle-même aux bords tranchants. Dans la plupart de ces cas, le foie n'avait pas pris de coloration anormale ; il n'était ni anémié ni hyperémié.

48 fois les reins ont présenté des lésions. Les altérations principales ont été : 14 fois la diminution notable du volume et du poids de ces organes, 11 fois leur hyperémie, 6 fois l'état jaunâtre avec épaississement de la substance corticale, 2 fois le développement de cette substance uni à son infiltration purulente, 3 fois l'augmentation de volume uni au ramollissement, 2 fois l'hypertrophie simple de la corticale, 5 fois la décoloration unie à la friabilité, 2 fois la dégénérescence granuleuse. L'importance de ces altérations se déduit, comme pour celles du cerveau, du cœur, du foie, de l'identité du processus morbide, qui au début détermine l'augmentation de volume de la substance glandulaire avec hyperémie ou anémie, et, plus tard, le retrait de cette substance entraînant celui de la substance tubuleuse et déterminant ainsi une atrophie notable des reins.

J'ai hâte d'arriver à un organe dont les maladies si fréquentes dans nos hôpitaux de garnison, et dans les conditions hygiéniques en apparence les meilleures, disparaissent en partie dans les camps, pendant l'hiver, alors que tous les agents de l'hygiène semblent se réunir pour agir sur le parenchyme le plus exposé par ses fonctions à recevoir l'impression de l'atmosphère extérieure. Je veux parler des poumons. 21 fois j'ai noté des lésions pulmonaires ou pleurales, 5 fois la tuberculisation, 1 fois la pleurésie scorbutique, 1 fois la pleurésie purulente, 1 fois la pleurésie simple, 1 fois l'œdème du poumon, 2 fois la carnification, 5 fois l'hépatisation rouge, 4 fois l'hépatisation grise, 1 fois la gangrène. Parmi les 9 cas d'hépatisation, il y en a 5 dans lesquels la lésion pulmonaire a été dominée pendant la vie par des symptômes généraux graves et a été accompagnée par des altérations notables de la muqueuse gastro-intestinale. Il en est de même de 3 cas sur les 5 faits de tuberculisation. Les observations démontrent que les lésions pulmonaires ont été dominées dans toutes ces circonstances par les états morbides généraux, à côté desquels elles jouent seulement un rôle secondaire.

Les altérations de la muqueuse gastro-intestinale, les plus fréquentes de toutes les lésions, sont en même temps celles qui méritent le plus de fixer l'attention au point de vue de l'origine ou du début de la maladie. Sur les deux tiers environ des sujets examinés, c'est-à-dire 7 ou 800 malades sur un total de 1,200, il y avait eu de la diarrhée au début des accidents morbides qui les conduisaient dans les hôpitaux. Dans un tiers de ces cas, les selles avaient été sanguinolentes. Près de 1,100 malades sur 1,200 eurent plus ou moins de diarrhée au début ou dans le cours de la maladie. Les autopsies pratiquées traduisent ces symptômes en résultats anatomiques importants à relever. Les 79 nécropsies donnent 63 fois des altérations du gros intestin, 42 fois des lésions de l'intestin grêle, 38 fois des lésions de l'estomac.

Les gros intestins ont montré 12 fois des ulcérations anciennes à bords indurés et noirâtres ; 14 fois des ulcérations récentes assez étendues, 13 fois de petites ulcérations. Ces lésions occupaient toute la longueur du gros intestin; mais dans presque tous les cas elles étaient plus prononcées, et de date plus ancienne, dans le rectum. Trois fois il n'y avait d'ulcérations que dans l'S iliaque et dans le rectum. A côté de ces lésions qui caractérisent la dyssenterie ulcéreuse, et dont l'origine est manifestement dans une altération des follicules de l'intestin, 4 fois j'ai noté la *dyssenterie hypertrophique*, celle qui s'accompagne d'un épaississement considérable du tissu sous-muqueux, avec chute de l'épithélium altéré. Dans tous ces cas, l'altération ne portait principalement que sur la fin du gros intestin. — 18 fois les altérations étaient bien moins prononcées : c'étaient les lésions initiales de la dyssenterie ulcéreuse, la psorentérie et le piqueté noirâtre de l'orifice et du pourtour des follicules.

Dans l'intestin grêle, j'ai rencontré 37 fois la psorentérie, développement anormal des follicules isolés, toujours plus marqué vers la fin de l'iléon que dans les autres parties du tube intestinal. 31 fois les cryptes muqueux, augmentés de volume, étaient légèrement jaunâtres; 5 fois ils avaient une teinte mélanique, 1 fois ils offraient à leur centre et à leur pourtour un pointillé rouge. Les plaques de Peyer étaient altérées 7 fois, mais 2 fois seulement elles présentaient les lésions propres à la fièvre typhoïde; 5 fois elles montraient des érosions multiples siégeant à l'orifice des petits follicules, qui n'étaient ni tuméfiés ni infiltrés de matière typhique. Cette lésion n'avait aucunement l'aspect des lésions dothinentériques.

J'ai aussi noté 2 fois des suffusions sanguines au-dessous de la muqueuse du jéjunum et de l'iléum, principalement dans le repli des valvules conniventes. Enfin, 4 fois la muqueuse de l'iléum au voisinage de la valvule iléo-cœcale, présentait l'aspect granuleux et ces petites concrétions jaunâtres ou verdâtre, comme pseudo-membraneuses, qu'on rencontre très-fréquemment dans certaines dyssenteries, dans le rectum, le côlon, le cœcum et quelquefois l'intestin grêle; 3 fois seulement la psorentérie s'étendait dans le jéjunum et dans le duodénum.

L'estomac a présenté 15 fois de petites ulcérations linéaires, plus nombreuses dans la région pylorique que partout ailleurs, n'entamant jamais que la muqueuse. 1 fois on put reconnaître des ulcérations cicatrisées; 8 fois la muqueuse gastrique offrait un piqueté ecchymotique d'un rouge brun, 1 fois des ecchymoses, 8 fois l'aspect mamelonné.

La muqueuse de l'estomac, de l'intestin grêle, du gros intestin, était donc altérée au moins fonctionnellement au début de la maladie; les lésions organiques s'effectuaient plus tard complétement à des degrés et suivant des modes divers, que les symptômes ne faisaient pas toujours prévoir.

La muqueuse de la vessie, qu'on trouve rarement altérée dans les fièvres, dans la dyssenterie, et dont les lésions dans le scorbut n'ont pas été décrites, a présenté, dans 45 cas où elle a été examinée, 8 fois des *taches sanguines*. Elles siégeaient dans la muqueuse et non pas dans le tissu sous-muqueux.

Je n'ai pas saisi de relation entre ces extravasations sanguines et celles qui caractérisent le scorbut. Cet état de la vessie correspond probablement aux symptômes de dysurie et aux douleurs sus-pubiennes aiguës qui ont été observées assez souvent dans les hôpitaux à l'époque où je recueillais ces observations.

Les ganglions lymphatiques de l'abdomen n'étaient altérés que 3 fois; 2 fois (dans les cas de fièvre typhoïde) les glandes mesentériques étaient augmentées de volume et ramollies; 1 fois (dans un cas de dyssenterie suraiguë) les ganglions mésocoliques étaient gonflés et rougeâtres.

La *rate* a offert des lésions bien plus fréquentes: 24 fois elle avait augmenté de volume, 10 fois elle est augmentée et friable; 1 fois on y trouva des foyers apoplectiques, 1 fois un abcès. Mais l'augmentation de volume de cet organe était rarement considérable; ses dimensions et son ramollissement restaient au-dessous de ce qu'on observe dans la fièvre typhoïde, par exemple.

La *peau* était manifestement altérée dans une grande partie des cas; elle était sèche, rugueuse, décolorée; elle avait perdu ses poils. Les orifices des follicules pileux aux membres inférieurs et à la face externe des membres supérieurs étaient saillants, noirâtres ou rougeâtres. J'ai noté la coloration ictérique 2 fois, l'ecthyma des membres inférieurs 1 fois, l'ecthyma perforant et gangréneux 2 fois, le rupia 2 fois, l'ulcération de la cornée 1 fois, l'anasarque 3 fois. 8 fois il y avait des ecchymoses scorbutiques anciennes ou récentes sous la peau, entre les muscles ou dans les muscles. 7 fois seulement, sur les 79 cas, les gencives présentaient des altérations scorbutiques caractérisées, à savoir : le gonflement ou l'infiltration sanguine sous-périostique.....

Telles sont les altérations multiples plus ou moins graves qui caractérisent anatomiquement les maladies de l'armée d'Orient observées à Constantinople pendant l'hiver de 1854 à 1855. Le nombre, la variété et la complexité de ces lésions prouvent que les maladies ont été générales, et que des influences très-diverses ont agi simultanément sur l'organisme. J'ai énuméré la dyssenterie, le typhus, le scorbut, le choléra, le froid, la mauvaise alimentation. Il est possible qu'il faille ajouter à ces causes d'autres influences morbides ou hygiéniques ; je ne veux pas ici toucher à cette question. J'indique seulement aujourd'hui les résultats nécroscopiques, et je cherche moins à les interpréter qu'à faire voir la difficulté du problème et qu'à en préparer la solution.

MOYENS A OPPOSER

aux accidents produits par les agents anesthésiques.

Avant de recourir aux agents anesthésiques, il faut avoir recours à certaines précautions, qui consistent à s'assurer de leur pureté, à choisir un appareil convenable qui, en général, doit être un des modèles simples et efficaces de M. Charrière pour l'éther, le sac à inhalation, le mouchoir humecté ou l'éponge pour le chloroforme.

Le consentement du malade doit être obtenu ; s'il appréhende l'anesthénisation, il ne faut pas le forcer. Avant l'emploi des agents il faut débarrasser les voies intestinales, faire cracher, expectorer le malade.

Quant aux inhalations d'essai, nous croyons qu'il est bon d'y avoir recours deux ou trois jours avant l'opération, pour savoir quel effet elles produisent sur l'individu, et être à même de parer aux phénomènes qu'elles peuvent déterminer.

Le local doit être aéré, vaste ; parmi les aides, un devra être familier avec l'emploi des anesthésiques.

Pour la position, nous sommes de l'avis de MM. Staraki, Bouisson, Lenoir et Oudet, et pensons que la position horizontale est la meilleure. On gradue successivement l'inhalation. Ces précautions prises, s'il y a des accidents on s'y oppose plus ou moins énergiquement, suivant leur gravité.

La toux et les vomissements réclament rarement l'emploi des agents thérapeutiques. Si ces derniers persistent après l'opération, des boissons acidules, glacées, prises en petite quantité, suffiraient pour les faire entièrement cesser.

On remédie à la congestion encéphalique par des affusions froides sur le front, des sinapismes aux extrémités inférieures ou par

la saignée générale. On peut aussi avoir recours à la saignée locale au moyen des sangsues appliquées derrière les oreilles.

Dès que la perte de connaissance est prononcée, qu'il y a menace d'asphyxie, que les tissus sont décolorés, que le corps se couvre de sueurs froides et partielles, il faut cesser l'inhalation et l'opération et s'occuper exclusivement du danger qui vient de surgir et qui domine toutes les autres indications. Il faut placer le malade dans un endroit frais, enlever tout ce qui peut exercer quelque compression, faire des ablutions froides sur la face, des inspirations de liquides volatiles et excitants, comme l'ammoniaque, le vinaigre concentré.

Si la déglutition est possible, quelques cuillerées de vin chaud peuvent suffire pour réveiller le malade. Il faut faciliter les mouvements du cœur, frictionner la région précordiale soit avec une brosse, soit avec la main; titiller les narines, chatouiller les aisselles. M. Plouviez (de Lille) considère les insufflations d'air ou d'oxygène dans les poumons au moyen d'un soufflet ordinaire comme un moyen infaillible.

La respiration artificielle produit le même résultat.

Dans ces derniers temps, M. Ricord a conseillé l'insufflation directe de l'air dans les poumons en appliquant sa bouche contre celle du sujet anesthésié; il dit avoir retiré deux fois un avantage signalé de cette manière d'agir.

On peut avoir recours aux frictions faites sur les gencives avec de l'essence de menthe, moyen dont Duval a retiré des succès dans des défaillances de plusieurs minutes, à la suite de l'arrachement des dents.

Les lavements de vin chaud additionné d'eau-de-vie ne sont pas à dédaigner.

On peut appliquer des ventouses sur la région précordiale; un cautère incandescent, si le cas est grave; on peut y joindre la succion du thorax et le mouvement cadencé des bras, moyen qui parut exercer une influence favorable sur un malade chloroformisé par M. Robert.

Le galvanisme, mis en usage par M. Backer, a fait contracter les muscles de la respiration; son action a été nulle sur la circulation.

La strychnine, signalée par M. Longet, employée sur des chiens par M. Bouisson, serait peut-être une ressource qu'il ne faudrait pas dédaigner dans les cas graves. La méthode endermique pourrait aussi procurer des avantages.

Enfin nous devons citer pour mémoire une note de M. Barrati (de Turin), dans laquelle il signale la morphine et l'acétate de morphine comme les agents les plus propres à réveiller de leur sommeil les fonctions animales, dont l'exercice a été suspendu par l'inhalation éthérée (*Giornale della scienze mediche di Torino*, 1847).

Quand tout est désespéré, nous conseillerons d'avoir recours à la bronchotomie, ou bien, d'après le conseil donné autrefois par Bichat, d'inciser la veine jugulaire externe droite, et de laisser glisser un stylet dans sa cavité jusqu'au cœur, de façon à le titiller pour exciter ses contractions. (*Journal de méd. de Bruxelles.*)

CONGESTIONS APOPLECTIQUES;

emploi de l'acide arsénieux.

La disposition à l'apoplexie dépend communément d'un accroissement outre mesure des globes du sang.

L'acide arsénieux paraît avoir pour premier effet de rendre le sang moins riche en globules et moins plastique, et il offre, en effet, dans toutes les congestions de forme apoplectique un agent thérapeutique des plus précieux.

Il est indispensable, avant de commencer une médication arsénicale, chez des sujets prédisposés aux affections apoplectiques, de constater l'état de richesse du sang ou de son altération; car, dans la supposition où ce fluide serait pauvre en globules, l'usage de l'acide arsénieux, essentiellement hyposthénisant, accroîtrait cette condition anormale.

L'action de l'acide arsénieux se liant d'une manière intime avec le résultat des digestions, on est conduit à en faire usage au moment des repas, afin d'en faciliter la tolérance et l'assimilation.

Il est nécessaire d'en prolonger l'usage au delà du terme de la guérison, afin d'avoir plus de chances de durée. Dans le cas de récidive des affections apoplectiques, alors qu'il s'agit d'imprimer une modification profonde à l'économie, il y a nécessité absolue de continuer le traitement pendant longtemps, car cette modification, se liant aux actes de l'assimilation, ne peut devenir stable qu'à la longue.

La médication arsénicale a pour résultat pratique de diminuer les conséquences fâcheuses des congestions cérébrales, quand, par la marche seule des années, les individus sont prédisposés à l'apoplexie par une constitution à prédominance sanguine.

La dose de l'acide arsénieux, de 4 milligrammes à 1 centigramme par jour, a été généralement suffisante dans le traitement des affections apoplectiques.

EMPLOI DE L'HUILE ESSENTIELLE DE TÉRÉBENTHINE

associée à l'huile de foie de morue dans les ophthalmies.

Il y a quelques années, Holbert avait conclu, de quelques essais dans son service à l'hôpital de Hambourg, à l'efficacité thérapeutique de l'essence de térébenthine dans l'iritis syphilitique. M. Becquer en avait déjà essayé l'emploi dans l'iritis rhumatismal, où il l'avait trouvé extraordinairement favorable. Depuis lors il en a fait usage également dans d'autres ophthalmies opiniâtres, et tout récemment, pour en faciliter l'emploi, il l'a prescrite associée à l'huile de foie de morue. C'est ainsi qu'il a donné, à la dose d'une cuillerée à thé toutes les trois heures, un mélange de 4 grammes d'essence rectifiée de térébenthine et de 30 grammes d'huile de foie de morue, dans un cas d'ophthalmie catarrhale intense. Il a employé le même mélange pour une ophthalmie contagieuse déjà traitée sans succès pendant six semaines; puis, au bout de six jours, il l'a remplacé par la camphène, qu'on prépare en faisant distiller de l'huile de térébenthine sur de l'hydrate de chaux.

Au bout de deux semaines, l'œil gauche était clair, la conjonctive modérément rouge, et, à droite, la cornée un peu trouble et la granulation beaucoup plus petite.

Après quatre semaines de traitement, cet œil fut complétement clair.

Dans ce laps de temps, le malade avait pris 20 grammes d'essence de térébenthine et un mélange de 80 grammes de camphène et de 100 grammes d'huile de foie de morue. (*Ann. d'oculistiq.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 octobre 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Le ministre du commerce transmet:

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Nord pendant l'année 1855;

2° Les tableaux des vaccinations pratiquées pendant l'année 1855 dans les départements de Vaucluse et de la Corse. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Merland (de Napoléon-Vendée) adresse un rapport sur la pratique de la vaccine dans le département de la Vendée en 1855, suivi de quelques réflexions sur la nécessité des revaccinations. (Même commission.)

— M. le docteur Vallez (de Bruxelles) transmet à l'Académie un exemplaire de son *Traité théorique et pratique de médecine oculaire*, et sollicite le titre de correspondant étranger.

— M. le docteur Bédor (de Troyes) envoie une note intitulée *Cas remarquable de maladie mentale recueilli au dépôt d'aliénés de l'Hôtel-Dieu de Troyes*. (Commissaire, M. Baillarger.)

— M. Pons (de Bez, près le Vigan), communique un mémoire sur l'évolution épigénèse. (Commissaire, M. Bourdon.)

— M. Colin (d'Alfort) ayant appris au retour d'un voyage, le reproche que lui a adressé M. Bouley, d'avoir nié qu'il eût soumis à une affusion (qualifiée de traitement hydrothérapique) un des chiens auxquels il a pratiqué la ligature de l'œsophage, écrit pour se défendre de ce reproche.

— M. le docteur Léon Marie, en réponse à la lettre de M. Broca, invoque à l'appui de ses précédentes assertions relatives à la méthode de Dominel (de Caen) pour le traitement des adénites, le témoignage récemment rendu public de M. le professeur Leprestre, l'un des successeurs de ce chirurgien. Quant à ce qui a été dit du défaut de publicité qu'aurait eu cette méthode, M. Marie rappelle qu'elle n'a pas cessé depuis longtemps d'être mise en pratique dans l'hôpital de Caen; qu'elle a été l'objet de plusieurs démonstrations publiques, et qu'elle a dû être décrite dans l'un des volumes que cette Société publie tous les ans.

— M. Capron jeune adresse une réclamation en faveur de son père, relativement au bistouri à châsses tournantes présenté récemment à l'Académie par M. Charrière fils comme un nouveau modèle. Ce bistouri, dit M. Capron, a été exécuté pour la première fois par son père en 1818.

— M. Charrière fils écrit, au même sujet, qu'il a appris depuis sa communication à l'Académie, qu'un instrument à peu près semblable avait été fabriqué par M. Capron père, et présenté il y a trente-cinq ans environ à l'Athénée des arts, mais qu'il ignorait complétement cette circonstance.

— M. le secrétaire perpétuel présente, au nom de M. le docteur Jobert (de Guyonvelle), un mémoire sur divers troubles de la vue propres à certaines femmes grosses: la diplopie, la triplopie, ou la polyopie en particulier. (Commissaires: MM. Danyau et Cazeaux.)

LECTURES.

Affection convulsive épileptiforme consécutive à certaines lésions de la moelle. — M. Brown-Séquard lit un mémoire intitulé *Recherches sur une affection convulsive épileptiforme consécutive à certaines lésions de la moelle épinière.*

M. Brown-Séquard résume dans les propositions suivantes les faits exposés dans cette note:

1° Des lésions variées de la moelle épinière peuvent produire une affection convulsive ressemblant beaucoup à l'épilepsie;

2° Les accès de convulsions chez les animaux ayant eu la moelle épinière coupée peuvent survenir spontanément ou sous l'influence d'irritations de certaines parties de la peau;

3° Lorsque la moelle épinière a été lésée d'un côté, c'est l'irritation de la face et du col du côté correspondant qui seule peut produire les accès de convulsions;

4° Si la lésion de la moelle épinière a atteint profondément ses deux moitiés latérales, les convulsions peuvent être produites par l'irritation des deux côtés de la face et du col;

5° Ce sont les ramifications cutanées des nerfs de la face et du col, et non leurs troncs, qui ont la faculté de causer des accès quand on les irrite.

Après cette lecture, M. Brown-Séquard répète devant l'Académie les expériences décrites dans ce mémoire. Il montre sur plusieurs cabiais auxquels il avait pratiqué préalablement la section d'un des côtés de la moelle, que le pincement des membres et le pincement de la face du côté opposé à la lésion provoquent des douleurs très-vives, mais sans produire d'attaque convulsive, tandis que le pincement de la face du côté lésé donne immédiatement lieu à des convulsions épileptiformes. Chez un autre cabiais, dont la moelle a été complétement divisée, les convulsions épileptiformes sont également produites par le pincement des deux côtés de la face.

Le mémoire de M. Brown-Séquard est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Jobert (de Lamballe) et Bouvier.

— M. A. Petit lit une note sur le typhus contagieux. Le travail de M. Petit repose sur des observations faites de 1812 à 1814 pendant les dernières guerres de l'Empire.

L'auteur passe en revue dans ce mémoire plusieurs points de vue de l'histoire du typhus, et propose une série de mesures prophylactiques qu'il croit propres à en prévenir le retour dans les armées. Les principales conclusions qui ressortent de ce travail sont celles-ci: Le typhus est distinct de la fièvre typhoïde; il est contagieux; il s'accompagne presque toujours de lésions inflammatoires plus ou moins intenses du cerveau et des méninges.

Le travail de M. Petit est renvoyé à la commission chargée d'examiner plusieurs travaux sur le même sujet.

— L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à quatre heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Une décision ministérielle du 18 septembre porte que l'inspection médicale des officiers de santé des corps de troupe et des hôpitaux militaires aura lieu, pour 1856, en France, en Algérie et en Italie. Elle sera divisée en sept arrondissements, confiés à MM. les médecins inspecteurs ci-après indiqués, savoir:

1er arrond. —	Bégin, président du conseil de santé: 15e, 16e et 18e divisions militaires.
2e —	Vaillant: 3e, 4e, 5e et 6e divisions militaires.
3e —	Baudens: 11e et 13e divisions militaires, la division d'Oran et toute la partie de la division d'Alger à l'ouest du méridien d'Alger.
4e —	Michel Lévy, directeur de l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires: 1re et 2e divisions militaires.
5e —	Guyon: la division de Constantine, et la partie de la division d'Alger à l'est du méridien d'Alger.
6e —	Maillot: 7e, 8e, 9e et 17e divisions militaires, et la division d'occupation en Italie.
7e —	Scrive: 10e, 12e, 14e, 19e, 20e et 21e divisions militaires.

(*Moniteur de l'Armée.*)

— M. le docteur Lemoine père, ancien chirurgien de la marine impériale et professeur à l'Ecole de Cherbourg, ancien chirurgien en chef de l'hôpital de Saint-Brieuc, membre du jury médical des Côtes-du-Nord, etc, vient de mourir à Saint-Brieuc, à l'âge de 78 ans, à la suite d'une maladie longue et douloureuse.

SOUSCRIPTION

en faveur des veuves et orphelins des médecins de l'armée et de la flotte morts en Orient.

Anonyme, 20 fr.; docteur Bisson, 20 fr.; anonyme, 10 fr.; docteur Am. Forget, 20 fr.; docteur Lamouroux, 20 fr.; docteur Baillarger, 40 fr.; docteur Rouget, à Levier (Doubs), 5 fr.; docteur Maillot, médecin-inspecteur, membre du conseil de santé des armées, 100 fr.; docteur Duval, à Tulle, 15 fr.; Thiriaux, pharmacien-inspecteur, membre du conseil de santé des armées, 100 fr.; docteur Bertet, à Cercoux, 10 fr.; docteur Caillat, à Aix-en-Provence, 5 fr.; docteur Paris, à Gray, 3 fr.; docteur Destrem, à Paris, 20 fr.; Jaux, médecin-major du 13e de ligne, 5 fr.; Juzanx, médecin aide-major au 13e de ligne, 5 fr.; docteur Lombard, à Paris, 20 fr.; Bailly, médecin aide-major au 97e de ligne, 5 fr.; docteur Delabrosse, à Rouen, 3 fr.; docteur Lehu, à Paris, 5 fr.; Martrez, aide-major aux chasseurs à cheval de la garde, 10 fr.; docteur Daveu, à Saint-Aignan, 5 fr.; docteur Bergeron, à Paris, 20 fr.; docteur Machelard, à Paris, 10 fr.; docteur Brochin, à Paris, 15 fr.; Lenoir, médecin-major au 8e cuirassiers, 10 fr.

Total de cette liste. . . . . . 504 fr.

Nos confrères des départements qui auraient quelque difficulté à se procurer des mandats de poste peuvent envoyer leur offrande en timbres-poste de 20 centimes.

La Société de médecine de Besançon a adressé la circulaire suivante aux médecins et pharmaciens de la Franche-Comté:

« Besançon, le 1er octobre 1856.

» Monsieur,

» Une commission, formée au sein du corps médical de Paris, sous la présidence de M. le baron Paul Dubois, doyen de la Faculté de médecine, vient d'ouvrir une souscription en faveur des veuves et des orphelins des médecins et des pharmaciens morts en Orient. La Société de médecine de Besançon, s'associant à ces généreux sentiments, fait appel aux médecins et pharmaciens de Franche-Comté, et vous prie de vouloir bien concourir avec elle à cette œuvre confraternelle.

» Agréez l'assurance de ma considération très-distinguée,

» *Le président de la Société*, Janson.

» Nota. Les souscriptions seront envoyées par la voie qui paraîtra la plus facile, à M. le Dr Janson, Grande-Rue, 75, à Besançon. »

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 120. — SAMEDI 11 OCTOBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 120. — SAMEDI 11 OCTOBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messagerie et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la manie chez les enfants.

Tous les auteurs qui se sont occupés spécialement d'aliénation mentale sont d'accord pour reconnaître la rareté de cette affection dans le jeune âge. Nous ne chercherons pas à discuter ici les motifs déduits, soit de l'état psychologique, soit des conditions organiques de l'enfance, capables d'expliquer cette rareté. Nous l'acceptons simplement comme un fait aussi évident d'ailleurs pour tout le monde, qu'il l'est pour les médecins qui font de la folie l'objet de leurs études habituelles. Cette rareté ne rend que plus intéressante l'étude des caractères particuliers que présentent les désordres intellectuels à cet âge, et des conditions dans lesquelles ils se manifestent ainsi d'une manière en quelque sorte exceptionnelle.

Il a été très-peu écrit jusqu'à présent sur ce sujet. M. Delasiauve est peut-être celui des médecins aliénistes actuels qui y a prêté le plus d'attention. Dans la série de leçons cliniques sur les maladies mentales qu'il a publiées en 1852 dans la *Gazette des Hôpitaux*, il a signalé en passant plusieurs caractères qui lui ont paru communs à la manie des enfants, et qui sont de nature à jeter quelque jour sur l'histoire de cette affection ; mais cette histoire ellemême reste encore à faire. M. Le Paulmier, attaché pendant un an au service des enfants aliénés de Bicêtre, sous la direction de ce médecin, a profité de cette circonstance pour étudier d'une manière spéciale la marche et les caractères de la folie dans l'enfance, et il a consigné les résultats de ses recherches dans sa thèse inaugurale (1). Bien que le travail de M. Le Paulmier ne renferme, à vrai dire, que les premiers linéaments d'une histoire qui, pour avoir toute sa valeur, demanderait une étude beaucoup plus longtemps suivie, nous ne le considérons pas moins comme un document très-utile à consulter, et qui devra servir de point de départ à ceux qui voudront poursuivre ce genre de recherches. Nous ne saurions donner une meilleure preuve de ce que nous avançons à cet égard, qu'en empruntant à cette thèse les principaux résultats cliniques qu'elle renferme.

Nous ferons tout d'abord une remarque qui n'est pas sans quelque importance dans l'espèce. En donnant à cet article le titre de *Manie chez les enfants*, nous avons obéi au titre même du travail de l'auteur, d'une part, et à la classification adoptée dans l'hospice où les observations ont été recueillies. Mais il est bon de savoir que l'administration fixe à dix-huit ans l'âge auquel les jeunes malades passent dans la section des adultes, et que très peu y sont admis avant l'âge de sept ans. Il eût été donc plus exact de dire : *De la manie chez les adolescents*. Mais dans cette limite encore, quelque large qu'elle soit, les faits n'en ont pas moins d'intérêt, les conditions de la folie, à cet âge, étant très-différentes de celles qu'on rencontre généralement chez l'adulte. Nous ajouterons que nous avons cru devoir nous borner ici à ce qui concerne l'histoire de la manie, le type le plus complet de l'aliénation mentale, et celui qui pouvait prêter aux observations les plus neuves et les plus originales. Ces explications données, nous résumons les résultats les plus généraux des faits observés par M. Le Paulmier.

Indépendamment des signes propres à l'espèce, la manie de l'enfance offre dans beaucoup de cas une complication qui se produit exceptionnellement dans les autres âges. Cette complication consiste dans une sorte de stupeur extatique survenant par accès d'une durée indéterminée, vagues dans leur retour ou affectant suivant les cas quelque régularité.

Tantôt l'apparition en est rapide, d'autres fois la loquacité et la turbulence font insensiblement place à une tendance immobile. La figure prend une expression d'étonnement sombre ou méditatif ; les yeux fixes, grandement ouverts, reflètent des émotions intérieures. L'attitude participe à ce changement : elle est roide, guindée, et parfois grotesque par la bizarrerie des poses. Corps, tête et membres sont tour à tour infléchis ou redressés en des directions variées ; quelques-uns tiennent leurs bras ou leurs jambes suspendus à la manière des illuminés de l'Inde.

Dans cet état, l'insouciance peut aller au point que les malades laissent échapper la salive de leurs lèvres pendantes, et satisfont aux besoins naturels dans leur lit et leurs vêtements.

On les stimule quelquefois en vain ; en d'autres moments, un sourire sardonique anime leur physionomie ; leurs traits se contractent ; ils parlent peu, rient niaisement, ou trahissent par des mots entrecoupés et ironiques les impressions et souvent les fausses sensations qui les agitent.

Les hallucinations, rares en général dans la manie des adultes, ont été notées, au contraire, dans la majorité des cas chez les enfants. Elles reconnaissent le plus ordinairement pour cause la stupeur extatique. Les jeunes malades ne sortent de cette stupeur que pour retomber dans la divagation maniaque ; quelques-uns pourtant recouvrent une lucidité momentanée, suivie du désordre de la pensée ou d'un nouveau ravissement qui semble seulement avoir subi une interruption. Quant à la forme des hallucinations, elle s'est montrée très-variable.

Faute de renseignements suffisants sur les antécédents, le mode d'invasion de la maladie est resté le plus souvent inconnu. Chez certains malades, les accidents ont paru avoir éclaté tout à coup ; mais le plus souvent, autant du moins qu'il a été possible de s'en assurer, des modifications d'humeur et d'habitudes ont précédé de longtemps la manifestation évidente de la manie. La transformation a porté en même temps sur l'économie physique : le sommeil est devenu mauvais, interrompu par des rêves ou des cauchemars ; les enfants sont devenus pâles, ont maigri ; des modifications profondes sont survenues dans les fonctions digestives et nutritives ; la tête est devenue lourde et douloureuse ; le pouls s'est plutôt ralenti qu'accéléré, dépassant rarement le rhythme normal.

La manie des enfants, une fois déclarée, ne suit pas constamment une marche uniforme. Dans quelques cas, les symptômes se déroulent régulièrement avec leurs périodes d'invasion, d'augment, d'état et de déclin ; le plus souvent, au contraire, ils offrent des rémissions inégalement prolongées de quelques heures à plusieurs semaines. Parfois aussi il y a de bons et de mauvais jours, et même une véritable intermittence...

La maladie n'a pas de durée fixe. Presque tous les cas relevés par M. Le Paulmier ont eu une issue heureuse : la convalescence s'est manifestée, pour les uns, dans un court intervalle ; pour les autres, après deux ou trois mois seulement. La moyenne du séjour dans l'asile a été de 189 jours, le minimum de 17 et le maximum de 531.

Les recherches de M. Le Paulmier n'ont rien ajouté à ce que l'on savait d'une manière générale et très-vague, il est vrai, sur l'étiologie de la manie chez les enfants : l'hérédité, les coups et chutes sur la tête, les convulsions antécédentes, l'action de certains agents toxiques, l'onanisme surtout, et l'influence de certaines impressions vives sur l'imagination des enfants, figurent parmi ces causes, mais sans qu'il soit possible de rien préciser sur leur fréquence relative et sur les caractères qu'elles ont pu imprimer à la manie.

Le diagnostic peut offrir des difficultés, suivant M. Le Paulmier, pour distinguer la manie, d'une part, des affections aiguës du cerveau, et, d'autre part, de certaines formes de stupidité s'accompagnant ou non d'aberrations perceptives.

Dans la méningite, il est vrai, dit l'auteur, il y a ordinairement une progression et une fixité plus grandes. La céphalalgie, l'accablement successif, la dilatation et l'inégalité des pupilles, les nausées ou les vomissements tracent une ligne démarcative, sinon absolue, du moins généralement suffisante ; mais l'agitation et la loquacité masquent parfois ces phénomènes, et, si la marche antérieure ne vient éclairer le médecin, il en est réduit pour lever ses doutes à attendre des modifications qui dans la phlegmasie de l'encéphale et des méninges sont presque constamment rapides et funestes.

La stupidité, ordinairement facile à reconnaître, soulève cependant dans quelques cas aussi des incertitudes non moins grandes. Certaines confusions succédant aux attaques épileptiques et dans lesquelles l'agitation se joint à l'obtusion hallucinative présentent quelquefois la plus grande ressemblance avec les complications extatiques de la manie. Seulement chez l'épileptique l'hébétude de la physionomie est, en général, plus profonde, et, ajoute M. Le Paulmier, comme l'excitation est en majeure partie soumise aux fausses sensations, il y a entre les manifestations intellectuelles de la forme maniaque et celles-ci tout l'intervalle de l'irrégularité à l'impuissance.

D'après les observations recueillies dans le service, le pronostic de la manie chez les enfants paraîtrait devoir être moins grave que dans les périodes plus avancées de la vie ; presque tous ont guéri dans un espace relativement court, deux, entre autres, chez lesquels l'ancienneté du mal et le degré de prostration morale ne permettaient guère de compter sur ce résultat.

La récidive ne s'est non plus montrée que deux fois, à la distance d'un et deux mois ; mais il n'en resterait pas moins, suivant M. Delasiauve, une impressionnabilité susceptible de favoriser plus tard le retour de la perturbation mentale, plusieurs maniaques ayant déjà à sa connaissance figuré dans la section des hommes qui auparavant avaient été traités heureusement dans celle des enfants.

Voici quels ont été les résultats des moyens mis en usage.

M. Delasiauve a eu fréquemment recours avec avantage aux bains tièdes administrés à la manière ordinaire, pendant une heure ou une heure et demie, en y joignant les affusions froides lorsque l'excitation est vive.

La saignée directe n'est pour lui qu'un agent exceptionnel ; en revanche, et notamment dans les cas où la congestion vasculaire du cerveau est soupçonnée, il emploie soit les ventouses scarifiées à la nuque, soit les sangsues aux oreilles, réitérant cette application selon que les symptômes l'exigent.

Presque toujours les vomitifs et les purgatifs lui ont paru d'utiles auxiliaires aux autres remèdes ; M. Delasiauve s'est bien trouvé quelquefois du calomel poussé jusqu'à salivation. A moins d'urgence ou d'indication spéciale qui l'engage à établir des exutoires au cou ou aux jambes, il se contente d'en faire entretenir un à l'un des bras.

Parmi les sédatifs, l'opium a produit quelques améliorations immédiates ; mais il a plus souvent donné lieu à des exacerbations. Il n'en a pas été de même de la combinaison des deux agents énergiques suivants, dont il assure avoir eu beaucoup à se louer : ce sont les applications permanentes de glace sur la tête, et l'emploi, soit à l'intérieur, soit en lavement, du sulfate de quinine. L'action de cette dernière substance, à laquelle le camphre a été plusieurs fois associé chez les sujets adonnés à l'onanisme, a paru spécialement convenable dans les cas où se montrent de temps à autre des intervalles lucides. L'action du sulfate de quinine s'est montrée encore d'une manière plus manifeste dans quelques cas de manie franchement intermittente qui pouvaient être considérés comme des cas de fièvre larvée.

Enfin les toniques, le vin ou la macération de quinquina notamment, ont avantageusement modifié l'état de faiblesse et de détérioration générale où étaient quelques enfants.

En ce qui concerne les agents hygiéniques, M. Le Paulmier signale les bons effets des exercices gymnastiques introduits seulement depuis deux ans dans l'établissement, et qui lui ont paru avoir contribué pour une large part à hâter les progrès de la convalescence.

Traitement de l'épilepsie.

Il y a chez les médecins une tendance abusive à s'attribuer la guérison de certaines maladies ; il est bien connu cependant, et cela depuis longtemps, qu'à la nature seule revient souvent le mérite de tels succès. Les revendications faites en faveur de l'art sont-elles fondées en ce qui concerne l'épilepsie ? En d'autres termes, l'épilepsie, avec ses diverses nuances de formes et de chronicité, est-elle curable spontanément ou par le secours de la thérapeutique ? Sur ce point, comme dans une foule d'autres circonstances, des auteurs également respectables professent des opinions absolument opposées. Ainsi, selon Tissot, croire que l'épilepsie ne guérit jamais, c'est ignorer les ressources et la puissance de l'art.

Quoique l'épilepsie résiste souvent à tous les remèdes, dit Odier, on possède cependant un très-grand nombre d'exemples de guérison.

M. Foville pense que si cette maladie guérit si rarement, c'est parce qu'on n'a pas encore trouvé le moyen de la traiter efficacement.

Avec le nitrate d'argent, M. de la Rive réussit très souvent ; au moins une fois sur deux.

MM. Esquirol, Lélut, Delasiauve, Monneret et Fleury regardent, au contraire, l'épilepsie comme une affection constamment rebelle aux efforts de la nature, de même qu'aux agents thérapeutiques.

Enfin les résultats obtenus par Sauvages, Pinel, Georget et par M. Chomel sont fort peu encourageants, sans être néanmoins tout à fait négatifs. Pour ces médecins, la guérison de l'épilepsie est incertaine, caduque, et fort difficile à obtenir. C'est aussi l'opinion des médecins militaires, qui rangent cette maladie au nombre des infirmités incurables ou d'une guérison douteuse, et par conséquent incompatible avec la profession des armes. De là vient que dans les

(1) *Des affections mentales chez les enfants, et en particulier de la manie.* Thèse soutenue le 20 juin 1856.

hôpitaux de l'armée, lorsqu'un sujet est reconnu épileptique, on le réforme.

Dans ces derniers temps, M. Herpin (de Genève), prenant à tâche de réviser les éléments du pronostic de cette maladie, en a présenté l'issue sous un nouveau jour. Cet estimable praticien a pensé avec raison que sous la dénomination générique d'épilepsie, il y a des variétés de formes qui n'offrent pas toutes la même gravité ni les mêmes chances d'insuccès, et qu'ainsi il ne peut y avoir un pronostic général de l'épilepsie. Ses recherches sur ce point ont été résumées dans les conclusions suivantes :

« 1° Généralement l'épilepsie ne guérit pas par les seuls efforts de la nature, et cette heureuse terminaison ne s'observe pas même dans un vingtième des cas.

» 2° La médecine peut intervenir utilement chez les trois quarts des malades ; elle peut en guérir plus de la moitié, et procurer une amélioration plus ou moins durable dans un cinquième des cas.

» 3° Le nombre des épilepsies rebelles aux traitements dirigés avec persévérance est d'un quart seulement. »

Voilà certes des données bien inattendues, entièrement contraires à la tradition, et de nature à faire entrer désormais l'épilepsie dans la classe des affections morbides qui présentent le plus de chances de guérison. M. Herpin attribue à l'oxyde de zinc les nombreux succès qu'il a obtenus. Si cette bonne réputation se soutient et se confirme, la thérapeutique aura fait là une précieuse conquête.

L'oxyde de zinc jouirait-il d'une action spécifique contre l'épilepsie? Il ne nous en coûterait nullement de le reconnaître, si nous n'avions vu employer ce médicament sans aucun succès, et si, d'autre part, nous n'avions sous les yeux une série d'observations qui témoignent en faveur d'une autre méthode de traitement préconisée par M. Hiard, médecin à Mugron.

On se souvient peut-être que M. Champouillon a signalé plusieurs cas d'épilepsie chez des militaires atteints d'anasarque, et qu'il est porté à attribuer à la compression que la sérosité exerce sur les centres nerveux.

Ce qui tendrait à justifier cette opinion, c'est que les deux affections, épilepsie et anasarque, ont suivi une marche décroissante et simultanée sous l'influence des purgatifs drastiques et des hydragogues.

Cette présomption plus ou moins juste sur l'intervention de la compression dans certaines formes du mal épileptique paraît avoir servi de base à la méthode curative instituée par M. Hiard contre cette maladie. En effet, pour ce médecin, l'épilepsie résulte de l'interruption du fluide électro-vital (fluide nerveux). Cette interruption est produite par une congestion passagère de la partie du bulbe rachidien engagée dans le trou occipital. L'indication thérapeutique à déduire de cette vue purement idéale, c'est de combattre la stase inter-moléculaire au moyen de la saignée ; mais M. Hiard préfère les purgatifs et les révulsifs cutanés. Voici, du reste, comment il fait usage de ces deux derniers moyens.

Durant le premier mois du traitement, deux purgations par semaine avec l'huile de ricin ; puis diminution graduelle du nombre de ces purgations, de manière à n'administrer l'huile de ricin qu'une seule fois par mois, au bout de trois mois et toujours de la sorte jusqu'à la guérison définitive. Il emploie, conjointement avec les purgatifs, de larges vésicatoires volants appliqués alternativement sur les deux jambes. Des frictions avec l'alcool camphré tiède sont pratiquées sur tout le corps du malade, la face et la tête exceptées ; des tisanes anti-spasmodiques, un régime alimentaire doux et modéré complètent l'ensemble des moyens de traitement. M. Hiard ne recourt jamais à la saignée, ni aux agents diurétiques, parce que, dit-il, l'huile de ricin a toujours réussi, du moins pour les cas récents. Comme M. Herpin, il recommande la persévérance, comme condition du succès, dans l'emploi du traitement dont ils préconisent respectivement les avantages.

De ce que l'on parvienne à guérir les épileptiques par des moyens de nom différent, il n'y a pas là matière à surprise : de tels résultats se présentent journellement pour la plupart des affections nerveuses. Le groupe des médicaments anti-spasmodiques est peut-être le plus nombreux de ceux qui forment le domaine de la matière médicale ; mais le mode d'action propre à chacun d'eux a été jusqu'à présent si imparfaitement déterminé, que le praticien ne procède guère à leur emploi que par voies de tâtonnements répétés. On dirait presque d'un serrurier qui essaye successivement les clefs de son trousseau pour crocheter une porte.

A l'heure qu'il est, les études diagnostiques seules sont en faveur ; s'il n'y a pas lieu de s'en plaindre, on est du moins en droit de regretter que des esprits éminents abandonnent la thérapeutique à une sorte de routine, et qu'ils s'abaissent jusqu'à des subtilités oiseuses pour établir surabondamment les signes de certaines maladies beaucoup mieux connues que le moyen de les guérir. Pourquoi les hommes qui mènent aujourd'hui le mouvement scientifique ne s'appliqueraient-ils pas enfin à systématiser une bonne fois l'administration des substances médicamenteuses ? L'œuvre est difficile sans doute, mais c'est pour cela même qu'elle réclame les efforts de ceux qui n'ont jamais à la main plus de pelotons qu'ils n'en peuvent dévider.

De l'anesthésie locale par les douches d'acide carbonique.

M. Follin, chargé par intérim du service de M. Jobert à l'Hôtel-Dieu, vient de faire sur quelques malades de ce service l'essai d'une nouvelle méthode d'anesthésie locale qui, à en juger par quelques-uns des résultats dont nous avons été témoin ces jours derniers, paraît destinée à rendre d'utiles services. Cette méthode consiste à pratiquer des injections ou douches de gaz acide carbonique sur les parties douloureuses. C'est au professeur Simpson (d'Edimbourg) que l'on doit, sinon la découverte de cette propriété sédative de l'acide carbonique, du moins les premières applications régulières qui en ont été faites pour les usages thérapeutiques.

Voici sur l'historique de cette méthode quelques renseignements que nous devons à l'obligeance de M. Follin, qui a fait des recherches sur ce sujet.

M. Simpson s'est servi du gaz acide carbonique avec succès comme anesthésique contre la névralgie du vagin et de l'utérus, et contre les douleurs ou spasmes qui résultent de différents états morbides ou déplacements des organes pelviens. Il en a également fait usage avec le même avantage contre la névralgie des organes voisins, dans la dysurie dépendant d'un état névralgique du col de la vessie, par exemple. Il cite quelques cas de cure définitive pour des affections de ce genre dans lesquelles les malades étaient cloués dans leur lit par la douleur. Simpson a eu recours aussi aux douches d'acide carbonique dans le vagin, mais dans un but et avec des résultats tout différents, pour provoquer l'accouchement prématuré. Nous reviendrons incessamment sur ce genre d'application, qui révèle dans le gaz acide carbonique un mode d'action tout autre que celui qui nous occupe en ce moment.

Pour ne pas sortir du sujet de cet article, nous rappellerons avec M. Follin que la découverte de la propriété sédative de l'acide carbonique n'est pas tout à fait nouvelle. On en peut trouver du moins une indication assez précise dans l'expérience suivante d'Ingenhousz.

Personne n'ignore assurément qu'une partie du corps dépouillée de son épiderme par un vésicatoire, et exposée à l'air, est le siége d'une vive sensibilité. Or Ingenhousz, après avoir dépouillé ainsi l'extrémité d'un doigt, et avoir constaté la vive douleur qu'y produit le contact de l'air, a alternativement plongé ce doigt dans l'air vital (l'oxygène) et dans le gaz acide carbonique. Lorsque le doigt était plongé dans l'oxygène la douleur acquérait un surcroît d'intensité; elle cessait, au contraire, instantanément, et d'une manière complète, quand le doigt était plongé dans l'acide carbonique. Des observations analogues ont été faites encore par Ewart de Baltz, qui, avant les essais de Simpson, avait employé les douches d'acide carbonique à la surface des ulcères cancéreux. Enfin, n'est-ce pas à cette action qu'il faut attribuer l'efficacité sédative attribuée à certaines eaux très-chargées d'acide carbonique, telles que celles de Marienbad; ainsi que cette pratique bien plus ancienne encore, puisqu'elle remonte à A. Paré et à Hippocrate même, et qui consistait à faire brûler des herbes aromatiques, dont on dirigeait la fumée dans le vagin, dans le but de calmer les douleurs dont ces parties étaient le siége?

Quoi qu'il en soit de ces rapprochements historiques, qu'il est bon toutefois de rappeler comme pouvant mettre sur la voie de nouveaux essais, en donnant l'interprétation de certaines pratiques empiriques oubliées, voici quels sont les résultats des tentatives de M. Follin.

Le premier essai a été fait chez une femme atteinte d'un ulcère cancéreux du col de l'utérus. Cette femme, qui depuis près de dix-huit mois que les premiers symptômes de son affection s'étaient manifestés, était en proie à de vives douleurs, dont elle n'était quelque peu soulagée que par l'emploi des narcotiques, présentait à son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 24 septembre dernier, l'état suivant : teinte jaune et décolorée des téguments, aspect cachectique, facies exprimant la souffrance; écoulement par le vagin d'une sérosité roussâtre, fétide. Le ventre est peu douloureux à la pression, et on n'y trouve point de tumeur. Par le toucher, on constate que le col utérin est volumineux; l'orifice, entr'ouvert et déchiré, laisse pénétrer le doigt dans la cavité du col. Au spéculum, on constate que l'orifice du col est béant, et que les lèvres sont envahies par une ulcération qui en a déchiqueté les bords et qui pénètre dans la cavité. L'ulcération est à bords taillés à pic et saigne facilement. La malade se plaint d'élancements dans le bas-ventre qui lui ôtent tout repos.

Pendant quelques jours on se borna à prescrire l'usage d'injections émollientes et narcotiques et une pilule d'opium.

Le 29 septembre, la malade souffrant considérablement, M. Follin pratique une injection de gaz acide carbonique. Au bout de quelques secondes, la malade, qui ignorait dans quel but on pratiquait cette opération, déclara avec un ton d'agréable surprise qu'elle ne souffrait plus.

Le soir, les douleurs étant revenues, on pratique une nouvelle injection qui les calme comme la première.

Le lendemain 30, la malade a passé une nuit beaucoup plus calme que d'habitude; elle souffre un peu seulement depuis le matin. Nouvelle injection qui la calme en peu d'instants.

Du 1er au 5 octobre, on a pratiqué tous les soirs une injection qui a calmé chaque fois presque instantanément les douleurs et lui a procuré une assez bonne nuit. Elle a pu dormir plusieurs heures chaque nuit, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps. Les injections n'ont d'ailleurs eu aucune autre influence appréciable sur l'état des parties ; l'écoulement de sérosité roussâtre et fétide a continué comme à l'ordinaire; il n'y a pas eu d'hémorrhagie abondante depuis que la malade est entrée à l'hôpital. L'état général est resté le même.

Un résultat plus remarquable encore a été obtenu en même temps dans un cas analogue. Une femme âgée de cinquante ans, entrée le 26 septembre pour un carcinome ulcéré du col de l'utérus également accompagné de douleurs très-vives qui la privaient de sommeil, a reçu une première injection d'acide carbonique le 30 septembre. Dès les premiers instants du dégagement du gaz, les douleurs ont cessé, et elles ne se sont reproduites que huit jours plus tard, le 8 octobre, pendant la nuit. Une nouvelle injection pratiquée le lendemain a procuré un soulagement aussi rapide et aussi complet que la première.

Enfin, M. Follin a pratiqué en notre présence la même opération sur l'œil, chez une jeune fille atteinte d'une kératite qui provoquait de très-vives douleurs. Les douleurs ont été calmées seulement, mais pas d'une manière aussi immédiate ni aussi complète que dans les deux cas précédents.

Ces essais seront continués, du reste, et nous pourrons en suivre les résultats.

Voici quel est le mode d'administration de ce nouvel agent anesthésique dont s'est servi M. Follin :

L'appareil consiste en un large flacon à deux tubulures, rempli d'eau aux deux tiers environ et contenant du bi-carbonate de soude; à l'une des tubulures est adapté un entonnoir muni d'un robinet contenant de l'acide tartrique. La seconde tubulure donne passage à un long tube de caoutchouc, dont l'une des extrémités plonge dans le liquide contenu dans l'appareil; tandis que l'autre extrémité libre, pourvue d'une canule, sert à diriger les injections vers le point douloureux. Pour faire fonctionner l'appareil, il suffit de tourner le robinet de l'entonnoir qui renferme l'acide tartrique. Dès que cet acide arrive au contact du bi-carbonate de potasse, il se produit un dégagement continu d'acide carbonique qui s'échappe en partie par le tube de caoutchouc et en partie par un tube de sûreté placé à la partie moyenne de l'appareil, entre les deux tubulures dont nous avons parlé.

Des sections et cautérisations électriques.

Dans un article du mois de mars dernier, nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur les intéressants travaux de M. le professeur Middeldorpff (de Breslau), relatifs à la galvano-caustique, et nous avons fait connaître, à cette occasion, les ingénieux appareils que cet habile chirurgien a imaginés pour réaliser les nombreuses applications chirurgicales dont cette méthode est susceptible. M. Middeldorpff ayant fait récemment un voyage à Paris, nous avons pu juger *de visu* de la puissance de son appareil et de la riche variété de son outillage, dont toutes les pièces sont on ne peut plus heureusement appropriées au but et aux indications qu'elles sont destinées à remplir. Dans une démonstration publique qu'il a faite dans l'amphithéâtre de la clinique, en présence de M. le doyen, de M. Nélaton, de M. Richard, son suppléant, et d'un grand nombre de médecins et d'élèves en médecine, nous lui avons vu mettre en œuvre son puissant appareil, et produire sur des morceaux de chair des sections linéaires ou courbes de toutes les étendues et en tous sens, des perforations, des cautérisations à tous les degrés, depuis la simple ustion superficielle jusqu'à la carbonisation, suivant la rapidité des manœuvres ou le degré de température auquel il portait volontairement les cautères.

L'appareil devait être appliqué, dans cette séance, à l'ablation d'un polype naso-pharyngien. Mais malheureusement l'opération a échoué, non par le fait de l'appareil ou de l'instrumentateur, mais à cause de l'impossibilité de saisir et de pédiculiser suffisamment la tumeur. Nous avons appris depuis que quelques applications de différente nature avaient été faites dans d'autres hôpitaux, notamment à la Charité, dans le service de M. Broca (nouveau service de M. Manec), pour la cautérisation d'un trajet fistuleux faisant communiquer le rectum avec le vagin; mais nous n'avons pas eu la bonne fortune d'y assister. Il sera facile, du reste, de s'enquérir du résultat de cette tentative.

Les expériences dont nous avons été témoin ont suffi, toutefois, pour nous faire constater l'exactitude de quelques-unes des propositions formulées dans le travail précité de M. Middeldorpff, et entre autres celles-ci : Possibilité de renouveler d'une manière incessante et continue la chaleur, et de la maintenir constamment au même degré autant de temps qu'on le désire, au sein des parties charnues; facilité d'élever ou d'abaisser instantanément la température du cautère ou instrument conducteur, quelles que soient sa forme ou sa dimension; facilité de faire à volonté des incisions rapides, en ne brûlant que très-légèrement les tissus, ou de les cautériser assez profondément en même temps qu'on les divise, pour prévenir toute effusion de sang; enfin limitation exacte de l'action du cautère au point précis sur lequel on veut agir.

Il n'est pas possible, après avoir vu ces expériences, de méconnaître l'importance des ressources que ce système d'instrumentation met à la disposition des chirurgiens. C'est à l'expérimentation clinique maintenant de chercher à déterminer et à préciser autant que possible, avec la mesure et la prudence qu'exigent de pareils expériments, le champ d'application de cette nouvelle méthode opératoire.

HÉMORRHAGIE OMBILICALE SUIVIE DE MORT.

Par M. le docteur ALLAIRE (d'Hériçy-sur-Seine).

Je viens d'observer cette terrible hémorrhagie chez un de mes petits enfants, que j'ai eu la douleur de perdre dans la nuit du 13 courant (septembre 1856). C'est le seul cas qu'il m'ait été donné de rencontrer pendant une pratique de près de trente-cinq ans. L'enfant, âgé de neuf jours, de la plus belle santé, aux soins d'une excellente nourrice

sous tous les rapports, n'avait jamais jeté le moindre cri depuis son arrivée à la campagne. Le cordon ombilical tomba spontanément quatre jours après la naissance, et on eut soin de continuer l'emploi du petit bandage de corps. Appelé de suite auprès du petit malade, je crus un instant avoir triomphé de cette hémorrhagie en employant tour à tour charpie, amadou, couverts de compresses graduées, le tout soutenu par un bandage de corps. La suspension de l'écoulement sanguin n'étant toujours que momentanée, je dus essayer la compression latérale avec les doigts, que je continuai pendant une heure, à deux reprises; mais j'avais le chagrin de voir l'hémorrhagie revenir aussitôt que la compression était suspendue.

Je dois me hâter de dire que le sang ne venait pas du tubercule ombilical; il sortait en nappe et sans saccades du fond d'un hiatus existant au-dessous et un peu à gauche de ce tubercule. Cet hiatus était visiblement contractile; il se fermait et se dilatait alternativement : d'où suspension et réapparition de l'hémorrhagie.

La figure et les lèvres étaient d'une pâleur extrême, et je croyais à chaque instant voir mon petit garçon périr. En désespoir de cause, je dus me déterminer à maintenir rapprochés deux plis de la peau, l'un inférieur, bien contigu à l'hiatus, l'autre supérieur, au moyen de deux aiguilles à coudre (n'en ayant pas d'autres sous la main), et je fis la suture entortillée. A l'instant même l'écoulement de sang cessa, mais l'enfant succomba une heure et demie après l'application de la suture et cinq heures après l'accident. Il refusa d'abord faiblement le sein de la nourrice, qui bientôt ne put que lui instiller de son lait dans la bouche; poussa de temps en temps des cris, des gémissements, eut quelques mouvements convulsifs; la respiration devint plus sonore, plus rare, suspirieuse; l'enfant était à l'agonie. Je n'omettrai pas de noter que pendant la première heure de l'accident l'enfant eut deux ou trois selles et urina deux fois.

Trente heures après la mort, je pratiquai une incision dans le lieu de l'hiatus d'où naissait l'hémorrhagie, en suivant la direction de la ligne blanche au côté gauche du tubercule ombilical. Là aucune extravasation n'existait. Je pus découvrir assez profondément, détachée et écartée de ce tubercule, une artère, dans le pertuis de laquelle je pus introduire un petit stylet. Évidemment c'est ce petit vaisseau qui a donné lieu à l'hémorrhagie. Sans aucun doute l'opération la plus rationnelle et la plus sûre eût été de découvrir incontinent ce petit moignon d'artère afin d'en pouvoir faire la ligature. Cependant je me fais cette question : La compression au moyen de la suture entortillée, faite de suite, eût-elle été suffisante, soit pour, en arrêtant l'écoulement de sang au dehors, s'opposer à une extravasation sanguine interne, soit pour que la petite artère s'oblitérât?

Comment expliquer cette hémorrhagie ombilicale? Dépendait-elle d'un sang moins coagulable?

Nota. — L'enfant portait à la voûte palatine une tumeur aplatie, rouge, dure, qui devint, au moment de l'agonie, violacée; cette tumeur existait depuis la naissance.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 septembre 1856. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

Le procès-verbal est lu et adopté.

— M. VERNEUIL fait à l'occasion du procès-verbal la communication suivante :

M. le docteur Testa, professeur de chirurgie à Naples, ayant assisté à la discussion actuelle sur les amputations de la jambe, désire soumettre à la Société le résultat de ses remarques sur ce sujet important; il a rédigé une note succincte renfermant diverses propositions appuyées d'observations tirées soit de sa pratique personnelle, soit de celle de ses confrères et de ses maîtres.

Cette note renfermant quelques imperfections de style faciles à comprendre de la part d'un étranger, M. Verneuil en communique oralement la substance en présence de l'auteur lui-même, et remettra le travail épuré dans la séance suivante.

Désireux de prendre désormais part à nos travaux, M. Testa nous adressera ultérieurement un mémoire accompagné d'une demande de candidature; il désire que la communication présente lui soit comptée comme titre antérieur.

— M. VERNEUIL. A la fin de la séance dernière, mon excellent ami M. Broca a dans une chaleureuse improvisation défendu des idées qui nous sont à tous également chères, c'est-à-dire l'intérêt des malades et la sauvegarde de leurs jours. Mettant en comparaison la mortalité dans les deux amputations classiques de la jambe, il a énergiquement protesté contre l'opération au lieu d'élection.

La vivacité et l'extrême conviction qu'on rencontre souvent dans les paroles de notre collègue paraissaient faire de son discours une sorte de réquisitoire, un acte d'accusation contre ceux qui croiraient devoir n'accepter que sous réserve l'opinion qu'il a adoptée. Lorsque deux chirurgiens sont en dissidence, celui-là a le plus beau rôle qui limite l'étendue des sacrifices opératoires et perd le moins de malades dont il verse le sang; aussi, pour soutenir, la conscience tranquille, la thèse opposée, il convient d'accumuler les raisons, de se justifier jusqu'à un certain point.

Je désire donc, pour ma part, m'expliquer catégoriquement. J'ai dit que dans les lésions organiques anciennes de l'articulation tibio-tarsienne l'amputation sus-malléolaire devait en général être rejetée, et qu'on devait couper plus haut, soit à la partie moyenne de la jambe, soit au lieu d'élection. M. Larrey a donné quelques raisons pour combattre le premier de ces deux modes; peut-être faudrait-il des faits plus nombreux pour prononcer en dernier ressort.

S'il s'agissait, au contraire, d'une altération des os du pied et que le squelette de la jambe fût à peine atteint, je n'hésiterais pas, et l'amputation sus-malléolaire deviendrait pour moi la méthode générale et ne comporterait guère d'exceptions.

C'est donc uniquement sur les amputations nécessitées par des lésions de l'articulation du cou-de-pied que je veux discuter. *Comme avant tout*, nous a dit M. Broca, *il ne faut pas tuer ses malades, toutes les fois qu'on aura le choix, il faudra faire la section au-dessus des malléoles.* Or il est évident que dans le cas même où je me place on a le choix; donc il faudrait toujours amputer en bas.

Voici précisément ce que je conteste, et à l'axiome que M. Broca a posé j'en opposerai un autre que je crois aussi soutenable. Après avoir admis qu'on doit épuiser toutes les ressources de la thérapeutique, ressources qui chaque jour deviennent plus efficaces, lorsque l'art médical est devenu notoirement impuissant entre les mains du chirurgien, je dis aussi catégoriquement que mon collègue : *Toutes les fois qu'on pratique une opération, il faut s'attacher à la rendre radicale pour éviter de recommencer plus tard, ou au moins de ne rien retirer de la mutilation qu'on a pratiquée.*

Si l'on en excepte, en effet, les cas où sans grand espoir de salut le chirurgien opère dans le seul but de diminuer les souffrances et de prolonger la vie, les opérations peuvent être distinguées en *radicales*, *incomplètes* et *insuffisantes*. C'est toujours involontairement qu'on arrive aux deux derniers résultats; aussi faut-il s'efforcer de grossir le nombre des guérisons complètes; ceci paraîtra si banal, que c'est à regret que je l'énonce.

Permettez-moi de citer quelques exemples :

Un premier malade a une tumeur blanche incurable du pied. On lui coupe la jambe; la cicatrisation s'opère; le patient recouvre la santé, prend un membre artificiel, et désormais sa vie s'écoule sans nouveaux accidents de ce côté et sans autre gêne que celle qui résulte toujours de la privation d'un membre. Voilà une opération radicale.

Un deuxième sujet présente une carie de la rangée antérieure du tarse. On lui fait la désarticulation de Chopart; la plaie guérit plus ou moins vite : le danger, les souffrances sont conjurés. Mais le talon s'élève, la marche est impossible à tout jamais, et l'opéré est condamné au repos à perpétuité, sans espoir d'une guérison future, s'il est riche; à se faire réamputer plus tard, s'il est pauvre.

Voilà une opération incomplète; j'en ai cité des exemples, et comme ils ne sont pas rares, bon nombre de chirurgiens ont abandonné cette brillante désarticulation.

J'arrive au troisième exemple : je le prends dans la même région, affectée de la même manière. Il s'agit d'une carie d'un ou de plusieurs des os du pied, on pratique l'extirpation des os malades; la carie récidive dans les os voisins, on fait l'amputation de Chopart; la carie récidive dans l'astragale et le calcanéum, on finit par couper la jambe. Dans ce cas, je dis qu'on a fait au moins une, souvent deux opérations insuffisantes; plusieurs d'entre vous pourront déposer dans le même sens que moi. Et qu'on n'aille pas croire que la chose soit rare, de tous les côtés on en voit des exemples. J'en ai rapporté plusieurs dans mon travail sur l'amputation tibio-tarsienne, qui est imprimé dans vos *Mémoires*. Depuis, M. Richet fait la même désarticulation; quelques mois plus tard il ampute la jambe, et je vous montre la pièce disséquée.

M. Laugier, dans une opération brillante, extirpe deux cunéiformes et une partie des deux métatarsiens correspondants. Chez le même sujet, il y a quinze jours environ, M. Jarjavay coupe la jambe au-dessus des malléoles; le squelette du pied était presque complétement désorganisé.

M. Nélaton pratique une amputation sous-astragalienne, il y a quelques mois, à une jeune fille à laquelle M. Ad. Richard coupe la jambe au-dessus des malléoles la semaine dernière.

M. Maisonneuve extirpe le premier métatarsien d'un jeune carrier; nous assistons, M. Gosselin et moi, l'an dernier, à une récidive qui conduira un de ces jours à une opération radicale.

M. Huguier nous présentait récemment les deux pieds d'un sujet qui avait été opéré à plusieurs reprises par plusieurs chirurgiens de Paris pour des caries multiples. Je disséquai les pièces, et vous montrai ces deux pieds cariés, fistuleux, suppurants, incurables.

Je pourrais arriver sans peine, dans un travail spécial, à décupler ces cas, que vous avez du reste tous observés.

Voilà le bilan des amputations partielles dans les caries, voilà les opérations que j'appelle *insuffisantes*.

Comment remédier à ces récidives funestes? En faisant des opérations secondaires? M. Broca paraît croire qu'elles sont moins graves que les premières, et il cite trois cas d'amputations au lieu d'élection pratiquées sans coup férir pour des amputations sus-malléolaires insuffisantes. On s'accorde, à la vérité, à considérer les opérations faites dans ces conditions comme moins graves relativement. C'est là un de ces points de doctrine qui est traditionnel, mais qui n'est point établi par des chiffres précis et nombreux, et qui par conséquent doit être, jusqu'à nouvel ordre, mis en suspicion. J'ai cité pour ma part l'observation d'une jeune femme à laquelle la désarticulation tibio-tarsienne fut pratiquée sans succès, et qui succomba à une amputation sus-malléolaire consécutive. Les faits de ce genre ne sont pas en général publiés; on peut donc de très-bonne foi se faire illusion sur leur fréquence.

En admettant même que les amputations successives perdent quelque peu de leur gravité, on ne peut vraiment pas, sous le prétexte de l'humanité, couper un membre en plusieurs fois et par tronçons superposés.

Pour expliquer comment une amputation secondaire est moins grave, M. Broca fait une hypothèse : il pense que « c'est la quantité retranchée qui domine le pronostic, plutôt que la distance plus ou moins grande du tronc; quand on coupe au lieu d'élection après avoir antérieurement coupé en bas, le tronçon est peu volumineux, et le malade court peu de dangers. » L'argument me paraît fragile, et on peut le combattre par le suivant : Lorsque l'os fait saillie à la surface d'un moignon cicatrisé ou non, on en pratique quelquefois la résection. Certes, on fait en poids et en volume un sacrifice minime, et cependant cette petite opération passe pour fort grave, et quelques chirurgiens la proscrivent absolument, préférant amputer plus haut ou s'abstenir complétement.

Notre collègue a encore produit un argument auquel, je pense, il ne tient pas beaucoup. Mettant en parallèle les lésions du genou et celles du pied, il a comparé l'amputation sus-malléolaire à l'amputation de la cuisse, l'amputation au lieu d'élection à la désarticulation coxo-fémorale, contre laquelle il a très-énergiquement protesté.

Il y a si peu de rapport entre ces éléments mis en regard, que je ne crois pas utile de réfuter un parallèle beaucoup trop forcé.

Par un singulier hasard, que M. Broca a reconnu tout le premier avec trop de bonne foi pour que j'y insiste longuement, les deux pièces pathologiques que notre collègue a mises sous nos yeux plaident éloquemment contre lui. La première est le moignon d'une amputation sus-malléolaire malheureuse; la seconde est à la fois un exemple d'une première opération insuffisante et d'une autre amputation sus-malléolaire qui aurait été également inutile si par bonheur une particularité fortuite n'avait pas montré, séance tenante, la nécessité d'un sacrifice plus radical. Pour ma part, je dois dire que d'emblée, devant une récidive de tumeur fibro-plastique du pied, j'aurais adopté sans hésitation l'amputation au tiers supérieur.

A plusieurs reprises, j'ai déjà protesté contre les amputations partielles opposées aux caries des os et des articulations, aux tumeurs fibro-plastiques et cancéreuses du squelette, et je disais, dans le mémoire où j'ai développé ces opinions (1) : « En résumé, le principe conservateur poussé à l'excès devient fréquemment inutile, sinon nuisible; c'est en suivant les malades pendant un temps suffisamment long que l'on peut s'en convaincre. »

On pourrait, à la vérité, m'opposer des faits contradictoires, et me montrer des cas de réussite nombreux; mais en procédant de cette manière on n'arrive à rien, et le doute, un moment écarté, renaît bientôt. Pour éviter des oscillations aussi fâcheuses pour l'art que préjudiciables aux malades, il faut procéder autrement; si l'on veut juger enfin les deux méthodes d'amputation de la jambe, il faut rassembler, sans idée préconçue, un grand nombre d'observations, dans lesquelles seront consignés au moins les renseignements suivants :

1° La nature de la maladie et son siége précis;

2° La constitution, l'âge, l'état général de l'opéré;

3° Le procédé mis en usage; les suites immédiates de l'opération, c'est-à-dire les complications intéressantes; la durée de la cicatrisation;

4° La maladie et ses causes;

5° L'état anatomique du membre et l'examen des fonctions, le malade étant suivi au moins pendant un an.

Certainement on verra que les amputations de la jambe fourniront des résultats différents suivant qu'elles seront pratiquées pour des cas traumatiques ou organiques, pour des lésions du pied ou de l'articulation tibio-tarsienne, pour des caries diaphysaires ou épiphysaires, pour des arthrites aiguës ou chroniques, pour des maladies des parties molles ou des parties dures, pour des affections inflammatoires ou cancéreuses et fibro-plastiques. Peut-être ce relevé exact donnera-t-il un démenti aux opinions que j'ai aujourd'hui, et c'est de grand cœur que j'en adopterai de nouvelles, fondées au moins sur des bases solides. La Société de chirurgie est peut-être seule en mesure de trancher une question en litige depuis près de trente ans; il suffit de recueillir, ce qu'on ne fait guère, des observations d'amputation de la jambe. Ces cas sont si communs qu'on peut négliger ceux qui existent dans la science, et se contenter de faits nouveaux colligés indistinctement, sans qu'il en soit omis un seul. Tous ceux qui voudront sortir de l'incertitude concourront à ce travail, susceptible, plus qu'on ne le pense peut-être, de jeter sur nos travaux un éclat sérieux.

En conséquence, je dépose sur le bureau un premier document : l'observation d'une amputation de la jambe au lieu d'élection, nécessitée par une altération profonde de l'articulation tibio-tarsienne, amputation qui s'est terminée par la mort.

M. BROCA prend la parole en ces termes : Je prie avant tout M. Verneuil et les autres collègues dont j'ai cru devoir combattre les opinions, d'être bien persuadés que je n'ai pas eu l'intention de mettre en doute leurs sentiments d'humanité. Si j'ai fait appel à ces sentiments, c'est parce qu'en parlant cette langue, j'étais sûr de trouver de l'écho chez mes adversaires.

Nous ne devons pas nous dissimuler la gravité de cette discussion. L'amputation sus-malléolaire a été rejetée pendant longtemps. Il y a des chirurgiens qui ne l'ont jamais acceptée; d'autres l'ont abandonnée, et beaucoup d'autres sont encore indécis. Dans cette situation, l'opinion de la Société de chirurgie aura certainement une grande influence sur la pratique générale, et nous devons, avant de nous prononcer, examiner la question sous toutes ses faces.

Le chirurgien qui, en désespoir de cause, se décide à couper la jambe pour une affection incurable du pied ou du cou-de-pied, doit se proposer de remplir trois grandes indications que j'énumérerai par ordre d'importance : 1° sauver la vie du malade; 2° obtenir la cicatrisation complète et durable de la plaie; 3° conserver autant que possible les fonctions du membre. Comparons les deux opérations rivales sous ce triple point de vue.

Tout le monde est d'accord sur le premier point, et je reste certainement au-dessous de la vérité en disant que l'amputation sus-malléolaire est trois fois moins grave que l'amputation au lieu d'élection. Celle-ci fait périr plus de la moitié des malades, 55 p. 100, suivant la triste statistique de M. Malgaigne. Il n'existe pas de statistique régulière bien étendue pour l'amputation sus-malléolaire; mais voici M. Huguier qui, sur 14 opérés, n'en a pas perdu un seul. C'est une série heureuse, je le reconnais. On s'accorde généralement à dire que la mortalité est comprise en moyenne entre 1/6e et 1/7e. Ce chiffre me paraît assez exact, si je m'en rapporte aux opérations que j'ai pratiquées moi-même et à celles bien plus nombreuses que j'ai vu faire par Blandin pendant mon internat. Prenons, si on veut, le chiffre de 1 sur 6, qui est le moins favorable; comparons-le au chiffre de 1 sur 2, qui n'exprime même pas toute la mortalité de l'amputation au lieu d'élection, et nous arriverons à cette conclusion, que le chirurgien désireux de conserver ses malades à la vie doit, toutes les fois que cela est possible, donner la préférence à l'amputation sus-malléolaire.

Sur ce point, l'amputation sus-malléolaire est inattaquable, et, il faut le dire, inattaquée. Mais on se préoccupe avec raison des résultats ultérieurs. M. Verneuil a tiré parti des cas où la plaie ne se cicatrise pas, où elle se rouvre, où l'os devient malade de diverses manières. Ces résultats, qu'à juste titre il appelle insuffisants, peuvent être assez graves pour nécessiter une nouvelle amputation, pratiquée, cette fois, au lieu d'élection, ainsi que j'ai été obligé de le faire il y a quelques jours sur un malade dont j'ai déjà entretenu la Société. Est-ce une raison pour renoncer à l'amputation sus-malléolaire? Non, certes, car le même argument pourrait servir à faire proscrire toutes les amputations et toutes les résections. Toutes, en effet, peuvent se comporter de la même manière. M. Verneuil ne le nie pas; mais il pense que ces accidents offrent à la suite de l'amputation sus-malléolaire une

(1) *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. IV, p. 433.

fréquence toute spéciale. Je lui demanderai comment il peut le savoir ; car personne, que je sache, n'a fait sur ce point de statistiques comparatives. On cite, il est vrai, beaucoup de faits qui, sous ce rapport, semblent déposer contre l'amputation sus-malléolaire.

M. Verneuil lui-même en a recueilli un grand nombre. Cela ne prouve rien, pour deux raisons ; d'abord, parce que cette amputation est une de celles qu'on a pratiquées le plus souvent depuis une quinzaine d'années; ensuite, parce que c'est une opération encore contestée, sur les avantages de laquelle tous les chirurgiens ne sont pas d'accord, de telle sorte que chacun s'empresse d'enregistrer les faits défavorables. Mais si on voulait dresser un pareil réquisitoire contre l'amputation de la cuisse, du bras ou de l'avant-bras, on trouverait, je n'en doute pas, des chefs d'accusation tout aussi nombreux. Quels sont, en effet, les accidents qui peuvent se développer dans le moignon, empêcher la plaie de se refermer entièrement, provoquer plus tard l'ulcération de la cicatrice, donner lieu, en un mot, aux résultats insuffisants dont parle M. Verneuil ? Ce sont la conicité du moignon, la procidence de l'os, la formation d'ostéophytes trop volumineuses, l'ostéite, la nécrose, et enfin la carie.

En laissant de côté la carie, sur laquelle je vais revenir, et qui dépend de causes spéciales, les autres accidents, je le reconnais, sont plus fréquents à la suite de l'amputation sus-malléolaire qu'à la suite de l'amputation au lieu d'élection. Est-ce parce que celle-ci est pratiquée plus loin de la lésion primitive? Nullement. C'est parce que, dans l'amputation sus-malléolaire, on scie un os *compacte* et qu'on ouvre le canal médullaire du tibia et du péroné, circonstances favorables à la production de la nécrose, de la médullite, de la périostite, tandis que dans l'amputation au lieu d'élection on n'entame que le tissu spongieux. Mais, ainsi que je l'ai déjà dit, les mêmes différences existent entre l'amputation pratiquée au milieu de la cuisse et l'amputation pratiquée au-dessous des trochanters, entre l'amputation classique du bras et celle qu'on pourrait faire sur le col chirurgical de l'humérus, si on ne préférait pas avec raison, dans le cas où la scie doit porter sur un point aussi élevé, pratiquer la désarticulation de l'épaule. Cette analogie et les conséquences qui en découlent n'ont pas échappé à M. Verneuil; aussi a-t-il glissé rapidement sur la nécrose, sur la conicité du moignon et sur la plupart des autres accidents, pour s'occuper principalement de la carie. A ce propos, il a établi une distinction très-importante entre les diverses causes qui peuvent nécessiter l'amputation. Pour les causes traumatiques, il accepte sans restriction l'amputation sus-malléolaire. Il l'accepte encore lorsqu'il s'agit d'une altération pathologique limitée au squelette du pied. Mais lorsque l'articulation tibio-tarsienne est malade, il craint de voir la carie s'emparer du moignon, il repousse alors l'amputation sus-malléolaire, et conseille, pour s'éloigner du siége du mal, de remonter au lieu d'élection. Je lui ferai remarquer pourtant que la carie attaque très-rarement le tissu *compacte;* elle peut s'y développer sans aucun doute; j'en ai vu quelques exemples, mais je n'en ai pas vu un seul à la suite de l'amputation sus-malléolaire, et les faits de ce genre sont beaucoup trop exceptionnels pour qu'on doive s'en préoccuper. On n'en tient point compte dans les autres amputations, et il ne faut pas avoir deux poids et deux mesures. C'est lorsqu'on fait porter le trait de scie sur des os *spongieux* très-rapprochés de la carie primitive que la récidive de la carie est à craindre. Cela n'empêche pas cependant de pratiquer les résections articulaires. Or, jamais, dans ces résections, on ne s'éloigne autant du siége du mal qu'on ne le fait dans l'amputation sus-malléolaire, toujours pratiquée à cinq ou six travers de doigt au-dessus de l'articulation.

Quant au cas particulier où l'amputation est faite pour une tumeur cancéreuse, fibro-plastique, épithéliale, etc.; en un mot, pour une de ces tumeurs qui ont beaucoup de tendance à récidiver, je reconnais, avec M. Verneuil, qu'il y a avantage à s'élever bien au-dessus des limites de la tumeur. C'est un précepte général qui trouve ici son application, mais qu'il ne faut pourtant pas exagérer. Si l'amputation sus-malléolaire permet de remplir complétement l'indication, il n'y a vraiment pas de raison pour couper la jambe plus haut.

J'arrive maintenant à la question la plus sérieuse. Quels sont les résultats définitifs de l'amputation sus-malléolaire, c'est-à-dire quel est l'état des fonctions du membre après la guérison complète du moignon ? Après l'amputation au lieu d'élection, l'opéré est obligé de marcher sur le genou; c'est un point d'appui très-solide, mais le membre est privé des mouvements de flexion et d'extension. Après l'amputation sus-malléolaire, au contraire, on place la jambe dans un membre artificiel qui prend son point d'appui sur l'ischion, et qui présente au niveau du genou une articulation en charnière. Cette articulation, mise en mouvement par l'action des muscles, obéit à la volonté comme une articulation naturelle, et, lorsqu'on adapte à l'extrémité inférieure du membre un pied artificiel articulé à ressort, la marche s'effectue sans claudication avec la même facilité, avec la même élégance qu'à l'état normal.

L'avantage ici paraît donc tout entier du côté de l'amputation sus-malléolaire. Malheureusement tous les opérés ne sont pas dans les mêmes conditions sociales. C'est de là que sont venues les contestations.

Lorsque l'amputé appartient à la classe aisée, lorsqu'il exerce une profession peu pénible, lorsque ses moyens lui permettent de faire la dépense d'un membre artificiel convenable, les résultats de l'amputation sus-malléolaire sont vraiment merveilleux. Le membre amputé fonctionne tout aussi bien que l'autre. L'opéré ne boite pas; il peut faire plusieurs lieues à pied sans désemparer et sans se fatiguer; il peut courir, sauter, danser, aller à cheval sans que personne s'aperçoive qu'il est mutilé.

Permettez-moi de vous en citer un exemple frappant.

Un de nos confrères, homme fort grave aujourd'hui, donna des soins pendant son internat à une jeune fille que Blandin avait soumise à l'amputation sus-malléolaire. Quelque temps après, il alla au bal masqué, où il dansa pendant toute la soirée avec cette jeune fille sans la reconnaître et sans s'apercevoir qu'elle n'avait qu'une jambe. Telle est la perfection des résultats de l'amputation sus-malléolaire.

On ne peut donc pas contester la supériorité de cette opération lorsque le sujet qui la subit est dans une position aisée. Mais les pauvres, ici comme partout, sont les plus nombreux. On les ampute à l'hôpital; puis, quand ils sont guéris, on s'adresse à l'administration pour obtenir un membre artificiel. C'est une dépense de 60 à 80 fr., et l'administration recule quelquefois. Lorsqu'on a levé tous les obstacles, on renvoie l'opéré avec une jambe articulée qui le plus souvent laisse beaucoup à désirer. Celui-ci, au lieu de s'exercer graduellement à la marche, reprend tout de suite ses pénibles travaux : première source d'accidents. Puis son membre artificiel, soumis à des manœuvres violentes, s'use promptement, se dérange, se casse. Il faudrait pouvoir le remplacer fréquemment; mais l'ouvrier ne peut pas supporter cette dépense périodique, et l'administration de l'assistance publique, dont le budget est insuffisant, lui vient rarement en aide. Il continue donc à travailler avec sa mauvaise jambe articulée; alors son moignon s'excorie, s'ulcère, et voilà pourquoi beaucoup de malheureux, pour mettre fin à tant de difficultés, viennent réclamer une nouvelle amputation, que, pour ma part, je refuserai toujours de pratiquer, parce qu'elle est grave et qu'elle n'est pas absolument indispensable.

Tout cela est fort fâcheux, sans aucun doute. Si la différence de gravité était peu considérable entre les deux opérations rivales, il serait peut-être permis d'hésiter entre elles lorsqu'il s'agit d'un malade pauvre, qui exerce une profession pénible. Mais cette différence est tellement grande que nous ne devons pas tenir compte des difficultés administratives. La chirurgie ne peut pas plier à ce point devant les exigences sociales.

C'est à nous de faire comprendre à l'administration la nécessité des sacrifices que nous lui demandons pour nos opérés, et je suis convaincu qu'en y mettant de la persévérance nous finirons certainement par y réussir.

M. Robert déclare qu'il partage l'opinion de M. Broca sur les avantages de l'amputation sus-malléolaire, mais il pense que la question doit être étudiée sous différents points de vue. Quant à la mortalité, il est hors de doute qu'elle est bien moindre après l'amputation à la partie inférieure qu'au lieu d'élection; cette dernière est presque aussi grave que l'amputation de la cuisse. Sur ce point, il ne saurait donc y avoir aucun doute; mais, si l'on considère l'usage que le malade fera plus tard de son membre et les accidents qui peuvent arriver au moignon, ulcérations, ostéite, nécrose, etc., la préférence à accorder à l'amputation sus-malléolaire est moins évidente. Lorsque le malade n'est pas exposé à de grandes fatigues, et qu'il est en position de se procurer de bons appareils prothétiques, la solution de la question est assez simple; mais il est d'autres cas où l'amputation au lieu d'élection peut être préférable. Ainsi, dans l'enfance, les amputations en général sont peu graves, et l'amputation de la jambe au lieu d'élection ne l'est pas plus qu'au-dessus des malléoles : aussi M. Robert incline pour la première de ces opérations chez les enfants à cause de la difficulté d'appliquer à cet âge des moyens prothétiques, et de la nécessité de les renouveler à mesure de la croissance. Chez les adultes mêmes la question est encore douteuse lorsqu'ils ont un état fatigant, parce qu'alors on les voit souvent se dégoûter du membre artificiel et l'abandonner pour prendre la jambe de bois, qui offre plus de solidité dans la marche. Enfin, la nature de la lésion qui motive le sacrifice du membre est encore, aux yeux de M. Robert, d'une grande importance pour le choix du point où l'on amputera. Lorsque l'affection siége au pied et n'atteint pas l'articulation tibio-tarsienne, il préfère l'amputation sus-malléolaire, tandis que dans les tumeurs blanches de cette articulation il préfère l'amputation au lieu d'élection.

M. Demarquay, bien que l'on ait déjà dit une partie de ce qu'il avait à dire sur l'amputation sus-malléolaire, croit cependant devoir prendre la parole pour défendre une opération qui a donné entre les mains de Blandin des résultats si avantageux. Cette opération (le fait est bien établi) n'offre pas une grande gravité; pendant une période de dix ans, M. Demarquay n'a vu périr qu'un des malades sur qui Blandin l'avait pratiquée. Le procédé qu'employait ce chirurgien était celui de M. Lenoir modifié, c'est-à-dire qu'il pratiquait la méthode circulaire, en ayant soin de laisser en arrière une grande partie des chairs adhérentes à la peau, de manière à bien recouvrir les extrémités osseuses. Les pansements étaient faits de manière à reporter autant que possible en avant les parties molles de la face postérieure du moignon, et à bien maintenir à l'aide de bandelettes les bords de la plaie en rapport, afin de prévenir la rétraction des tissus. M. Demarquay déclare n'avoir pas observé dans la pratique de Blandin les accidents sérieux que l'on attribue à cette méthode, et, quant au sort ultérieur des malades, il a vu les personnes aisées opérées par Blandin, et munies des appareils de M. Martin, marcher facilement et dissimuler parfaitement leur mutilation; plusieurs même, qui étaient forcées de travailler pour vivre, se servaient très-bien de leurs membres artificiels. M. Martin lui a fait voir l'année dernière plusieurs malades qui se servaient de ses appareils, et pouvaient suffire à leur existence par un travail continu. Mais il faut bien se souvenir que la fabrication et l'application des appareils prothétiques ne sont pas chose indifférente, et doivent être surveillées avec soin.

M. Demarquay termine en déclarant que, pour lui, l'amputation sus-malléolaire est une bonne opération que l'on doit conserver, et qu'il l'appliquera toutes les fois que les conditions seront favorables.

M. Huguier fait observer qu'il ne s'agit pas de proscrire l'amputation sus-malléolaire. Pour lui, il a eu pour cette opération une grande prédilection appuyée sur les succès qu'il avait obtenus; mais, quand il en a mieux connu les suites, il a modifié son opinion; il lui reconnaît des avantages incontestables dans les lésions traumatiques; dans les cas de ce genre, il n'a jamais vu d'accidents graves; les deux ou trois malades à qui il a dû faire l'amputation du moignon avaient été amputés une première fois pour des tumeurs blanches. Les malades chez qui il survint des accidents avaient souvent des ulcérations ou des fistules du bout du moignon; mais il en est d'autres dont les ulcérations, placées à la face antérieure de la jambe, sont dues uniquement au ballotement du moignon dans des appareils mal adaptés, et aux chocs continuels qui en résultent.

M. Giraldès établit que, pour juger les résultats de l'amputation sus-malléolaire, il faut apprécier des conditions très-complexes. On en a déjà signalé un certain nombre, mais il en est encore qui méritent une sérieuse attention. Ainsi M. Larrey, d'après des opérations pratiquées dans des circonstances particulières, s'est élevé contre cette méthode d'amputation. Sans doute les résultats qu'il a rapportés sont déplorables; mais dans les mêmes circonstances les résultats des autres méthodes sont plus déplorables encore. Les conditions qui aggravaient ainsi la position des opérés venaient de ce que dans les ambulances ils manquaient du nécessaire, de ce qu'on était forcé de les évacuer, souvent à plusieurs reprises, d'un hôpital sur un autre, et de ce qu'enfin dans le cours du traitement ils passaient successivement par les mains de plusieurs chirurgiens.

M. Verneuil a manifesté une certaine tendance à proscrire l'amputation sus-malléolaire, s'il n'était retenu par la mortalité à la suite de l'amputation au lieu d'élection; cette tendance vient de ce que M. Verneuil n'a pas tenu compte d'un assez grand nombre de faits; en effet, il ne suffit pas pour établir son jugement d'étudier les résultats de la pratique des chirurgiens de notre pays, il faut y joindre ceux qu'obtiennent dans d'autres pays tous les chirurgiens habiles, et consulter leur opinion.

Pour apprécier les inconvénients des moyens prothétiques, il faut savoir d'abord à quelle époque et comment ils ont été appliqués. Dans les hôpitaux, on renvoie en général les malades dès que leur plaie est cicatrisée. Mais un moignon cicatrisé a souvent encore besoin de beaucoup de temps avant d'être en état de supporter un membre artificiel. Lorsqu'il a pris le service de Saint-Louis, que quittait M. Richard, M. Giraldès y a trouvé plusieurs malades qui avaient été amputés, et dont les plaies étaient à peine cicatrisées. S'il les eût renvoyés, il leur serait infailliblement arrivé des accidents; mais il a continué à les soigner, et au bout de quelque temps il a pu, sans inconvénient, leur faire porter des appareils. A ces conditions, qui tiennent à l'état du moignon, il faut ajouter encore celles qui viennent des appareils prothétiques, le plus souvent mal faits; et il n'en saurait être autrement, car chaque appareil demanderait une étude particulière pour se bien adapter au membre. Évidemment ces conditions défavorables, qui sont dues à la mauvaise exécution des appareils ou bien à l'état des moignons, ne doivent pas peser sur l'amputation sus-malléolaire elle-même.

M. Verneuil proteste contre l'intention de proscrire l'amputation sus-malléolaire. Ce qu'il a dit, c'est qu'on ne doit l'employer que lorsque les os de la jambe sont sains, dans les cas d'altérations du pied dans sa continuité ou de lésions traumatiques; tandis que les tumeurs blanches, les caries de l'articulation tibio-tarsienne réclament l'amputation à la partie supérieure.

Quant aux résections, M. Verneuil est loin de les rejeter; mais il pense que le membre inférieur ne s'y prête pas.

La discussion est close.

CORRESPONDANCE.

M. Verhaeghe (d'Ostende) envoie à la Société deux ouvrages intitulés *De l'influence de l'air de la mer sur l'organisme humain*, et *Chirurgie plastique.*

Hémorrhagie ombilicale suivie de mort. — M. Richard donne lecture de l'observation suivante adressée par M. Allaire, d'Héricy-sur-Seine. (Voir plus haut.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Desormeaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 9 octobre 1856, M. le ministre de l'instruction publique a pourvu ainsi qu'il suit à la nomination des membres du jury du concours qui s'ouvrira à Paris, le lundi 3 novembre prochain, pour huit places d'agrégés près les Facultés de médecine.

Sont nommés juges :

MM. Dumas, sénateur, membre de l'Institut (Académie des sciences), vice-président du conseil impérial de l'instruction publique, inspecteur général de l'enseignement, *président ;*

Gavarret, professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Paris ;

Wurtz, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Paris ;

Moquin-Tandon, membre de l'Institut, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris ;

Bérard, doyen, et professeur de chimie médicale et de toxicologie de la Faculté de médecine de Montpellier ;

Benoît, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier ;

Kuss, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Strasbourg ;

Rayer, membre de l'Institut (Académie des sciences) ;

Claude Bernard, membre de l'Institut, professeur au Collége de France et à la Faculté des sciences de Paris ;

Sont nommés juges supplémentaires :

MM. Soubeiran, professeur de pharmacie à la Faculté de médecine de Paris ;

Bussy, membre de l'Institut, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris;

Coste, membre de l'Institut (Académie des sciences), professeur au Collége de France ;

De Quatrefages, membre de l'Institut (Académie des sciences), professeur au Muséum d'histoire naturelle.

— Par arrêté du 6 octobre, M. le docteur Vallette est nommé professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Barrier, promu aux fonctions de professeur adjoint.

M. Valette sera spécialement attaché au service des chaires de chirurgie et d'accouchements.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 121. — MARDI 14 OCTOBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 121. — MARDI 14 OCTOBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messagerie, et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 OCTOBRE 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

« Il existe une glycosurie *normale* chez toutes les femmes » en couches, chez toutes les nourrices et chez un certain » nombre de femmes enceintes. » Telle est la proposition générale qui résume le travail dont M. Blot a donné lecture dans la dernière séance de l'Académie des sciences. Les précautions qu'a prises l'auteur pour établir ce fait ne paraissent devoir laisser aucun doute sur sa réalité. Le concours des habiles chimistes qu'il s'est associés pour la partie purement chimique de son travail, offre à cet égard les meilleures garanties. Ce fait établi, M. Blot a cherché à étudier la relation physiologique avec l'état puerpéral, et les conditions de la lactation avec lesquelles il coïncide, et il est arrivé, par ses observations, à formuler cette seconde proposition : « que la » glycosurie est en rapport évident avec la sécrétion lactée ; » qu'elle diminue d'activité, cesse même complétement dès » qu'intervient un état morbide, et qu'elle reparaît avec le » retour de la santé et le rétablissement de la lactation. » C'est là incontestablement un fait physiologique intéressant, dont il reste à étudier la signification au double point de vue de la fonction glycogénique considérée d'une manière générale, et de la théorie de la lactation à laquelle cette fonction paraît se rattacher. C'est ce que M. Blot se propose de faire par la suite. Nous ne saurions trop l'encourager à poursuivre cette nouvelle série de recherches, qui fera un pendant utile à ses précédentes recherches connues de tous sur l'albuminurie des femmes enceintes.

M. Middeldorpf a communiqué à l'Académie les résultats de ses travaux sur la galvano-caustique. On trouvera dans le compte rendu une courte note où sont exposés ces résultats. Nous n'avons pas à revenir sur ce que nous en avons dit dans le précédent numéro. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Du rachitis (1).

Diagnostic de l'ostéomalacie. — L'ostéomalacie, à son début, a presque toujours été confondue soit avec des douleurs rhumatismales, soit avec une maladie de la moelle ou de la colonne vertébrale; sa rareté est une des raisons qui font que l'on ne songe même pas à son existence tant qu'elle n'est pas rendue évidente par des déformations ou des fractures.

Le diagnostic est d'autant plus difficile, que ces maladies naissent sous la même influence, et que la plupart de leurs symptômes sont communs. Nous pensons qu'à un premier examen il serait impossible de distinguer une ostéomalacie commençante d'une des affections indiquées plus haut. Ce n'est que par l'étude et la comparaison attentive des symptômes qu'un médecin expérimenté et sur ses gardes pourra arriver à soupçonner cette maladie.

Les douleurs si vives de l'ostéomalacie ont été ordinairement attribuées au rhumatisme; quelques auteurs vont même jusqu'à dire qu'au début elles sont de *nature rhumatismale.* Nous les considérons comme liées intimement à l'ostéomalacie, mais ne différant que par de légères nuances des douleurs musculaires du rhumatisme, qui ne sont point, comme celles du rachitis, profondes et ostéocopes. S'il arrive quelquefois qu'il y ait des douleurs articulaires dans l'ostéomalacie, on les distingue aisément des douleurs rhumatismales, en ce qu'il n'y a point de gonflement ni de rougeur de la peau. Dans l'ostéomalacie d'ailleurs, même au début, il y a parfois gêne de la respiration, sentiment de faiblesse et crainte de tomber, signes presque pathognomoniques.

Un examen qu'on ne doit pas négliger, c'est celui des urines. Si on y constate l'existence d'une notable quantité de phosphates calcaires, on devra se tenir sur la réserve, et craindre l'existence d'une ostéomalacie.

Il y a aussi une circonstance dont il faut tenir compte, c'est l'état de grossesse, surtout si la femme en est à sa troisième ou quatrième, et que dans les premières elle ait éprouvé des douleurs dans le bassin et dans la région lombaire.

La maladie faisant des progrès, la distinction sera plus facile à établir, et bientôt le doute ne sera plus possible.

L'ensemble des symptômes que présente l'ostéomalacie a souvent fait croire à une affection des centres nerveux rachidiens, quelle qu'en fût la nature. En effet, les troubles de la sensibilité et de la myotilité, les douleurs vives dans les membres, les crampes, les fourmillements, les désordres de la respiration, les douleurs même le long de la colonne vertébrale, sont des manifestations communes à ces divers états pathologiques. Cependant nous croyons qu'on pourra, en observant attentivement, saisir des différences dans leurs symptômes, et surtout dans leur marche, et nous allons les indiquer. Mais disons d'abord que dans l'ostéomalacie, s'il est survenu une déviation ou un tassement de la colonne vertébrale, il peut y avoir une compression de la moelle épinière, qui se traduit par des symptômes identiques à ceux d'une affection primitive de ce cordon.

En général, le premier retentissement des maladies de la moelle a lieu sur les extrémités inférieures, dans lesquelles se manifestent des douleurs vives, spontanées, tantôt avec diminution, tantôt avec exaltation de la sensibilité tactile. Ces douleurs ne sont pas notablement augmentées par l'exercice. Celles de l'ostéomalacie, hors les cas où elle est une suite des couches, occupent presque aussi souvent le bassin et les membres supérieurs que les membres inférieurs; elles disparaissent complétement sous l'influence du repos, au début surtout. Il y a quelquefois augmentation de la sensibilité, mais bien rarement une diminution. La démarche est bien différente dans les affections de la moelle : les mouvements sont brusques, sans souplesse, mal coordonnés; les malades lancent leurs pieds en avant, mais ils ont confiance en eux, ils se croient bien solides sur leurs jambes, s'ils ne le sont réellement pas. Les individus atteints d'ostéomalacie, au contraire, sont continuellement dans la crainte de tomber; ils n'osent faire un pas sans appui, et redoutent le moindre choc; leur démarche est chancelante, et n'a rien des mouvements saccadés des premiers.

Bientôt survient le cortége des maladies de la moelle : la douleur en ceinture, les complications du côté du rectum et de la vessie, la paralysie plus ou moins complète des membres, la marche ascensionnelle des accidents; tandis que dans l'ostéomalacie, surviennent le raccourcissement de la taille, les déformations de la colonne vertébrale ou des membres, les fractures sous l'influence de la cause la plus légère, les sueurs, les troubles du côté de la respiration.

Une autre affection avec laquelle la confusion est encore plus facile est la *maladie de Pott.* Celle-ci, en effet, à son début, présente les signes communs au rachitis, qui envahit d'abord la partie inférieure du corps, et aux affections de la moelle, en produisant souvent de plus que ses dernières une déformation de la colonne vertébrale. Mais cette déformation n'a pas tout à fait la même disposition que celle qu'on observe dans l'ostéomalacie; elle est limitée à une ou deux vertèbres, du moins primitivement; elle est d'ailleurs anguleuse. Dans le ramollissement, la déformation est plus générale; c'est plutôt une exagération des courbures ou une courbure anormale se répartissant sur toute une région, qu'une saillie anguleuse. Puis, à ces accidents viennent s'ajouter les paralysies du mouvement et du sentiment, qui se prolongent, et les troubles dans les fonctions du rectum et de la vessie, qu'on observe rarement dans l'ostéomalacie. Il est encore un phénomène distinctif des plus importants, qui survient quelquefois avant la gibbosité dans les maladies de Pott, c'est la formation des abcès par congestion, dont l'existence, s'il y avait d'abord en erreur, le rend plus tard impossible. Enfin, à l'ostéomalacie appartiennent de certains signes qu'on ne retrouve pas dans les maladies de Pott. Il est extrêmement rare qu'elle soit limitée à la colonne vertébrale; presque toujours les os des membres, ceux du bassin et du thorax se prennent en même temps que le rachis, et à ces signes on ne se méprend pas.

Pronostic de l'ostéomalacie. — A mesure que les sujets acquièrent des années, la marche plus ou moins lente du ramollissement devra laisser plus ou moins d'espoir au médecin d'employer avec succès les divers moyens thérapeutiques. Si la maladie est arrivée à une période assez avancée pour produire des vices de forme considérables, et que cependant sa terminaison soit heureuse, les os ne se redressent pas complétement comme dans le premier âge; des organes essentiels restent condamnés à une gêne continuelle. Cependant, cette règle n'est générale que pour certaines fonctions. Ainsi, lorsque des altérations de forme ont leur siége dans le bassin de la femme, elles nécessitent la gastrotomie, opération si sérieuse et si souvent mortelle.

Les grossesses successives ayant toujours aggravé la maladie, et étant la cause la plus puissante de sa reproduction, il va sans dire que si l'on peut soustraire les femmes à leur influence, on augmentera beaucoup les chances de guérison.

Le ramollissement des os est donc une maladie grave à un double titre :

1° Par les déformations nombreuses qu'il détermine et les gênes que ces déformations apportent à l'accomplissement des fonctions des organes ;

2° Par sa nature. Si chez les enfants, en effet, il suit une marche rétrograde, et a une tendance naturelle vers la guérison, il est loin d'en être de même pour les adultes : abandonné à lui-même, il a une terminaison presque toujours fatale, surtout lorsque de mauvaises conditions hygiéniques ou des grossesses répétées contribuent à le rendre permanent, et neutralisent les effets du traitement le mieux entendu.

Ici se présente tout naturellement l'importante question du traitement du rachitis et de l'ostéomalacie ; nous l'aborderons avec détails dans la prochaine séance, mais afin de préluder utilement à cette étude, rien ne nous paraît préférable à la citation de quelques observations fort concluantes, et susceptibles d'ailleurs de vous faire prévoir la grande efficacité de la médication mise par nous en usage en pareil cas.

OBS. I. — Mme G... s'est mariée à vingt ans, vers 1830. En 1831, elle eut un premier et dernier enfant. L'accouchement fut long, et comme la tête de l'enfant était volumineuse, on donna de l'ergot de seigle qui hâta la fin du travail. Il n'y eut aucun accident de couches. En 1832, l'enfant, d'ailleurs bien portant, mourait du choléra en quelques heures. La mère en conçut une vive douleur, que bien des années ne suffirent pas à calmer. En 1833, l'utérus devint un peu malade ; il y avait de fréquentes hémorrhagies et des douleurs habituelles dans les reins et dans le bassin, qu'il était assez naturel d'attribuer à la congestion de la matrice.

Plus tard, vers 1835, aux douleurs du bassin se joignirent des douleurs de dos, et l'épine commença à se courber en avant; plus tard, une épaule devint plus saillante, il y avait une déviation latérale du rachis. En 1840, la déviation de l'épaule devint considérable ; la taille s'amoindrit, les côtes s'imbriquèrent les unes sur les autres, et toute la cage osseuse de la poitrine subit une déformation considérable. En même temps, les bras semblaient s'allonger ainsi que les mains, et la malade avait les doigts d'une bossue. Les douleurs de la poitrine, du bassin, de la colonne vertébrale, étaient devenues intolérables, la marche était impossible ; et, depuis près de deux ans, Mme G... était incapable de faire un pas dans la rue.

Ce fut alors seulement que l'ostéomalacie fut reconnue, et qu'on appliqua les remèdes convenables. La malade prit de l'huile de foie de morue à doses considérables ; presque tout de suite, et après l'emploi de cette médication, qui fut continuée pendant deux mois, les douleurs diminuèrent et la marche devint possible. On interrompit quelque temps pour reprendre de nouveau, et cela pendant près de deux ans. On revint à la même médication deux mois de suite à peu près chaque année. Durant l'été, Mme G... prenait des bains de rivière ; l'hiver, des bains sulfureux. En 1842, la guérison était complète en ce sens que les déformations restaient les mêmes, que les douleurs avaient cessé. Depuis cette époque, Mme G... a conservé ses forces, et à la difformité près, elle est, quant à sa santé, dans un état fort satisfaisant (1).

OBS. II. — Le sujet de cette observation est une femme de trente ans, bien conformée ; elle est blonde, ses yeux sont bleus et sa figure est fine et intelligente.

Jusqu'à l'âge de vingt et un ans, sa santé a toujours été bonne ; à cette époque, elle fait une chute sur une douzaine de marches d'un escalier en pierres ; il en résulte des contusions dans la région du sacrum.

A vingt-quatre ans, elle commence à éprouver de la faiblesse, le moindre exercice l'épuise ; peu de temps après, on la traite pour un rhumatisme, on la saigne, on lui met des sangsues, etc. ; comme son état s'aggrave, on lui conseille d'aller à Bath pour y prendre les eaux ; elle y reste cinq mois sans ressentir aucune amélioration, ses forces diminuant au contraire chaque jour. Cet affaiblissement, quoique général, fut plus considérable dans le membre pelvien droit, où il s'accom-

(1) Suite. — Voir les numéros des 17 juillet, 14, 28 août, et 2 octobre.

(1) Observation recueillie par MM. Trousseau et Lasègue.

pagnait d'une douleur qui partait de la colonne vertébrale. En même temps apparaît le premier indice sensible de la maladie : le membre se courbe ; bientôt il devient le siége de contractions violentes, et la malade en perd complétement l'usage. Elle garde le lit, prend des aliments nourrissants, et boit du vin chalybé.

La maladie marque ensuite ses progrès par la courbure des métacarpiens des deux mains ; courbure due aux efforts que faisait la malade en saisissant les colonnes de son lit lorsqu'elle voulait en sortir ou y entrer. Vers cette époque, l'auteur la voit pour la première fois ; la santé générale était assez satisfaisante. Voici dans quel état se trouvaient les membres : les métacarpiens des deux mains semblaient avoir été fracturés dans leur milieu, de manière à simuler une double rangée de jointures, en y comprenant les articulations métacarpo-phalangiennes ; au bras gauche, un peu au-dessus du coude et à la face externe, on rencontrait un renflement dur qui éveillait l'idée d'un cal. La malade ne pouvait, du reste, bouger ce bras qu'avec l'aide de la main droite. Les deux radius présentaient des gonflements tout à fait analogues. La cuisse droite était courbée vers l'union de ses deux moitiés; mais, quoique la faiblesse fût la même dans chacun des membres abdominaux, la déformation n'était sensible que du côté droit. La colonne vertébrale était légèrement courbée dans le sens latéral. Le traitement suivant fut mis en usage : régime nourrissant, viande, porter, et de temps en temps du poisson ; séjour au lit ; comme médicament, l'huile de foie de morue, 15 grammes, trois fois par jour. Les effets de ce régime ne tardèrent pas à se montrer, car au bout de quelques mois la santé générale et l'état des membres s'étaient améliorés, la saillie des métacarpiens des deux mains était bien moins considérable, et ces os paraissaient plus fermes au toucher; les renflements que l'on avait remarqués aux membres thoraciques étaient très-diminués, et la malade avait recouvré en très-grande partie l'usage du bras gauche (1).

Les deux observations qui précèdent nous montrent combien est précieux l'usage de l'huile de foie de morue; c'est ce dernier point qu'il nous reste à traiter pour en avoir fini avec l'histoire complète du rachitis et de l'ostéomalacie.

(1) Observation recueillie par le docteur Masson (*Lancet*, 1852).

CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE STRASBOURG.

M. le professeur Schutzenberger.

Périostite aiguë phlegmoneuse aux deux tibias. Abcès, pyoémie, mort. Décollement du périoste. Nécrose des deux os, pus dans les canaux médullaires.

Emile Hœdrath, âgé de dix-huit ans, tailleur, de constitution moyenne, d'un tempérament lymphatique, a été atteint dans son enfance d'ophthalmies répétées et d'adénite cervicale scrofuleuse. Depuis trois ans, à la suite d'un traitement de quatre semaines fait à l'hôpital de Strasbourg, tous les accidents scrofuleux ont cessé, et le jeune homme jouissait d'une santé parfaite.

Travaillant habituellement, comme tailleur, dans un atelier situé dans un rez-de-chaussée bas et humide, il fut atteint, le 2 janvier 1855, de douleurs assez aiguës aux genoux et aux tibias. Ces douleurs ont augmenté progressivement, sans fièvre, et obligent le malade à entrer à l'hôpital.

Le 6, nous constatons à la clinique l'état suivant :

1° Douleurs spontanées continues, assez aiguës dans les deux genoux, sans gonflement notable des articulations. La pression et les mouvements exaspèrent les douleurs.

2° Au-dessous du genou gauche, gonflement diffus, œdémateux, occupant les deux tiers supérieurs de la jambe ; rougeur marbrée de la peau, qui est tendue et luisante; la moindre pression est douloureuse et le contact des couvertures du lit pénible.

Léger gonflement à la jambe droite occupant le tiers supérieur du tibia sans marbrure de la peau.

3° Peu de fièvre, pouls à 70, inappétence, langue chargée.

Prescription : 20 sangsues à la jambe gauche, 10 à la jambe droite; large onction mercurielle répétée trois fois par jour avec 10 grammes d'onguent; fomentations narcotico-émollientes; tisane de chiendent nitrée, diète.

Le 7 et le 8, les accidents locaux s'aggravent, malgré la médication antiphlogistique et hydrargireuse.

A la jambe gauche, œdème diffus, très-douloureux; l'acuité des souffrances arrache souvent des gémissements et des cris; la peau est plus tendue, luisante, marbrée de rouge, mais non érysipélateuse. On ne sent pas de fluctuation, mais un empâtement profond et diffus.

L'articulation, quoique douloureuse à la pression, ne présente aucun gonflement.

A la jambe droite, tuméfaction notable avec rougeur marbrée de la peau, œdème diffus, moins de douleurs qu'à gauche.

Pouls très-fréquent, à 100; peu de chaleur à la peau, peu de soif, agitation, insomnie.

Cautérisation ponctuée aux deux jambes, onctions mercurielles à la cuisse, limonade nitrée.

Du 8 au 10, aucune amélioration; fièvre intense, empâtement fluctuant aux deux jambes.

On pratique à chaque tibia une incision longitudinale de 10 centimètres. Des flots de pus s'échappent de dessous le périoste largement décollé; les os sont à nu dans une grande étendue.

L'évacuation du pus a soulagé momentanément le malade; mais dès le 12 janvier, frissons, altération profonde des traits, adynamie, somnolence, plus de réponse aux questions; langue sèche, ventre un peu ballonné; pouls variant de 110 à 130, petit.

Mort le 13.

Autopsie le 15 janvier.

Rien de particulier à noter ni dans la coloration ni dans la structure de la peau qui recouvre les tibias malades.

L'incision faite à gauche arrive jusqu'à l'os. Le tibia offre encore sa coloration normale, peut-être un peu plus blanche. Le périoste est décollé au-dessus de l'incision dans l'étendue de 9 centimètres. En bas, l'incision arrive presque au niveau du décollement antérieur, qui occupe les deux tiers supérieurs de l'os, et représente une vaste poche sous-périostique remplie de pus sanieux et de sang. Au-dessus du premier abcès sous-périostique, à la partie postérieure et supérieure du tibia, existe un second décollement de 5 centimètres de long et de 3 de large qui communique avec le premier par un décollement qui contourne l'os en spirale.

Le périoste décollé est notablement épaissi, infiltré, ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané. Là où le pus était jaune, la face interne du périoste est d'un blanc sale, offrant des taches ecchymotiques ; ailleurs la membrane fibreuse offre une teinte marbrée ou rouge foncé, à surface tomenteuse.

Le décollement s'arrête à 1 centimètre au-dessous de l'articulation du genou qui n'offre rien d'anormal.

Tibia droit. L'incision, moins longue, arrive également jusqu'à l'os, et touche en bas aux limites du décollement qui s'étend, en haut en dedans, jusque près de l'articulation. Le périoste disséqué offre, du reste, les mêmes altérations qu'à gauche. Mais en haut et en dehors l'os est recouvert d'une couche d'exsudat sanguinolent qui colore en rouge le tissu osseux sous-jacent. Partout ailleurs, c'est du pus sanieux comme à droite.

Les deux tibias sciés en long n'offrent pas encore d'altération notable, seulement le tissu osseux est plus blanc, plus mate dans les parties privées du périoste. Dans les deux canaux médullaires se trouve une collection purulente, plus abondante à droite qu'à gauche, la membrane médullaire est épaissie et ecchymotique.

Le poumon, le foie, le cœur, le nerveau, les intestins sont sains. La rate seule est notablement augmentée de volume, ramollie; mais n'offre point d'abcès métastatiques.

Les ganglions lymphatiques de l'aine sont plus volumineux, plus rouges, mais ne contiennent pas de pus.

Les veines sont partout intactes.

La nature et la gravité de l'affection ont été reconnues dès l'entrée du malade à la clinique. L'empâtement profond et diffus, les douleurs intenses spontanées et provoquées par la pression, l'intégrité de la peau qui n'offrait que quelques marbrures sans rougeur érysipélateuse, l'absence de toute lésion dans les veines, ont permis d'établir comme siége de l'inflammation le périoste à l'exclusion de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané et des veines.

On ne saurait méconnaître néanmoins l'analogie symptomatique qui existe entre la périostite phlegmoneuse aiguë et le phlegmon diffus ou l'érysipèle phlegmoneux. Le gonflement œdémateux, l'empâtement diffus, les phénomènes généraux, sont peu différents. Mais dans l'érysipèle phlegmoneux les douleurs sont moins aiguës, et il existe de plus une rougeur diffuse érysipélateuse ; tandis que dans la périostite la peau, quoique luisante, conserve encore sa coloration normale, alors que l'acuité des souffrances et le gonflement signalent déjà une phlegmasie intense et profonde. Si la peau s'affecte consécutivement, c'est sous forme de marbrure rougeâtre, de taches irrégulières rosées ou brunâtres, séparées par des portions de peau blanche, que se manifeste l'extension de la phlogose aux tissus superficiels.

Dans la phlébite ou la lymphite il y a moins de douleur, le gonflement est plus considérable, plus général, et s'il y a de la rougeur à la peau, elle suit le trajet des veines superficielles ou des lymphatiques.

Je regrette de n'avoir pas pratiqué *dès l'entrée du malade* deux larges incisions destinées à débrider le périoste et à donner issue à l'exsudat sous-périostique. Dans une consultation tenue à la salle des conférences cliniques, cette question a été discutée. Mais l'opinion d'une médication antiphlogistique active à tenter en vue d'obtenir la résolution a prévalu, et quand le débridement a été pratiqué, il était déjà trop tard; car le décollement périostique était énorme et s'était fait avec une effrayante rapidité.

Jusqu'à présent, je n'ai vu aucun cas de périostite aiguë phlegmoneuse se terminer par résolution sous l'influence de la médication antiphlogistique. Le *débridement* par de larges incisions faites jusqu'à l'os, *avant que la fluctuation soit évidente*, et dès que la périostite est reconnue, me paraît devoir être établi en précepte. Si l'émission sanguine locale est utile, une incision donnera au moins autant de sang que des sangsues; mais l'incision aura de plus l'immense avantage de lever l'étranglement et de permettre aux produits exsudés de se faire jour au dehors avant d'avoir décollé le périoste et nécrosé l'os dans une grande étendue.

DE LA GLYCOSURIE PHYSIOLOGIQUE

chez les femmes en couches, les nourrices et un certain nombre de femmes enceintes,

Par M. le Dr Hippolyte Blot, chef de clinique d'accouchements de la Faculté.

Jusqu'à présent, la présence du sucre dans l'urine a été considérée par les médecins comme le signe pathognomonique d'une des maladies les plus graves, c'est-à-dire du diabète.

Les recherches nombreuses auxquelles je me suis livré m'ont fourni des résultats qui, dorénavant, devront enlever à ce signe une partie de sa valeur diagnostique. En effet, il ressort nettement de ces recherches que *le sucre existe normalement dans l'urine de toutes les femmes en couches, de toutes les nourrices et d'un certain nombre de femmes enceintes.*

Je dirai, afin de donner plus de poids à ces résultats, que je me suis associé, pour la partie chimique de ce travail, M. Réveil, professeur agrégé à l'Ecole de pharmacie, et que dans plusieurs circonstances j'ai eu recours aux lumières de M. Berthelot, dont les beaux travaux en chimie organique sont connus de tous. La plupart des faits consignés dans cet extrait ont d'ailleurs été montrés par moi à un grand nombre de médecins, et en particulier à deux membres de l'Académie des sciences, MM. Rayer et Cl. Bernard.

Pour arriver à la démonstration du fait que j'annonce, j'ai eu recours à tous les moyens généralement employés pour déceler le sucre dans un liquide. Voici dans quel ordre ils ont été successivement mis en usage : tout d'abord, les urines et expériences ont été traitées par la liqueur cupro-potassique titrée. C'est celle de Fehling qui m'a toujours servi; et pour éviter toute erreur, ces urines ont été préalablement traitées par l'acétate de plomb, puis par l'acide sulfhydrique, afin de les débarrasser des principes autres que le sucre, qui auraient pu réduire la liqueur réactif. Dans la dernière moitié de mes recherches, ce mode de purification a été remplacé par un autre plus simple, plus expéditif, et très-souvent employé par M. Cl. Bernard dans ses beaux travaux sur la glycogénie, à savoir, la filtration sur le charbon animal.

Comme deuxième réactif, j'ai employé les alcalis caustiques (potasse, chaux), qui ont donné, avec l'urine décolorée par le charbon, une belle couleur brune plus ou moins foncée.

Comme troisième et principal moyen de vérification, j'ai eu recours à la fermentation au contact de la levure de bière, en ayant toujours soin de faire comparativement l'essai de la levure employée, soit avec de l'urine non sucrée, soit avec de l'eau distillée prise en égale quantité et mise dans les mêmes conditions. Toujours j'ai obtenu, d'une part, de l'alcool facile à reconnaître à tous ces caractères ; de l'autre, de l'acide carbonique facilement absorbable par la potasse. J'ajouterai que je me suis assuré par contre-épreuve que le résidu liquide de la fermentation ne réduisait plus la liqueur cupro-potassique.

En général, la fermentation, à une température moyenne de 30 à 35 degrés, a mis de douze à vingt-quatre heures à s'opérer.

Je mets en ce moment sous les yeux de l'Académie des sciences une petite partie de l'alcool ainsi obtenu.

Enfin, après avoir légèrement concentré et parfaitement décoloré l'urine en examen, j'ai pu voir, grâce à l'extrême obligeance de M. Berthelot, que cette urine déviait à droite le plan de polarisation.

Ainsi donc, le fait capital que je désire établir aujourd'hui, à savoir : l'existence, à l'état normal ou physiologique, du sucre dans l'urine de *toutes* les femmes en couches, de *toutes* les nourrices, et d'un *certain nombre* de femmes enceintes ne peut plus être mis en doute, puisque ces urines présentent réunies ces quatre propriétés qui n'appartiennent qu'aux sucres, à savoir :

1° De réduire la liqueur cupro-potassique;

2° De brunir les solutions alcalines caustiques de potasse ou de chaux;

3° De donner par la fermentation de l'alcool et de l'acide carbonique;

4° Enfin de dévier à droite la lumière polarisée.

Voyons maintenant dans quelles conditions se présente cette glycosurie physiologique.

Chez toutes les femmes en couches (45 fois sur 45), c'est au moment de la sécrétion laiteuse que le sucre commence à exister dans l'urine en proportion suffisante pour être dosé; chez beaucoup de femmes il n'apparaît qu'à cette époque ; chez quelques-unes on en trouve auparavant, mais le plus souvent en quantité peu considérable.

Si la sécrétion lactée se continue, le sucre continue de passer dans l'urine avec des variations quotidiennes encore inexpliquées.

Quand la sécrétion lactée est très-abondante, la proportion de sucre est, en général, grande; si elle est peu active, l'urine est peu sucrée. Aussi l'examen des urines peut-il servir, jusqu'à un certain point, à juger de la valeur d'une nourrice.

Si la sécrétion laiteuse est diminuée ou tarie par une cause quelconque, et en particulier par le développement d'un état morbide plus ou moins grave, le sucre diminue ou disparaît complétement. Si l'état morbide fait place à la santé, et que la sécrétion laiteuse se rétablisse, le sucre reparaît.

Enfin les urines continuent à renfermer du sucre tant que la sécrétion laiteuse persiste. J'en ai trouvé des proportions très-notables (8 grammes sur 1,000 grammes d'urine) chez une nourrice qui allaite depuis vingt-deux mois.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que toutes ces femmes, enceintes, en couches ou nourrices, ne présentent aucun des symptômes du diabète; au contraire, leurs urines sont, en général, d'autant plus riches en sucre que la santé est meilleure et se rapproche le plus possible de l'état normal ou physiologique.

Quand la lactation cesse, le sucre disparaît des urines, et cela dans un temps variable chez les différents individus ; plus vite chez les femmes qui n'ont pas nourri, plus lentement chez celles qui, après avoir nourri, commencent à sevrer. Chez ces dernières surtout la disparition du sucre peut offrir quelques alternatives ; il m'est arrivé d'en trouver un jour, de n'en pas constater le lendemain, et d'en retrouver le surlendemain. Mais ce qui est constant, c'est la réduction du sucre à de très-faibles proportions dès que la tuméfaction mammaire consécutive au sevrage a disparu.

D'après ce qui précède, il me paraît impossible de ne pas admettre que cette glycosurie physiologique est en rapport avec la sécrétion lactée.

Nous verrons plus tard quelle est la nature intime de ce rapport, qu'il me suffise aujourd'hui de l'avoir établi.

J'ai dit plus haut que la quantité de sucre variait chez les différents sujets et aux différentes époques de la lactation ; j'ajouterai qu'elle est le plus ordinairement beaucoup moindre que dans le diabète. La quantité que j'ai pu ainsi constater a varié depuis 1 et 2 grammes jusqu'à 12 grammes pour 1,000 grammes d'urine. Je ferai seulement observer à ce propos que ces quantités se sont présentées dans l'urine du matin, c'est-à-dire dans celle qui peut-être est la moins riche. Quoi qu'il en soit, il reste aujourd'hui bien démontré que *l'urine de toutes les femmes en couches, celle de toutes les nourrices et d'un certain nombre de femmes enceintes, contient normalement du sucre.* Chez ces dernières, les femmes enceintes, le sucre se rencontre *environ* dans la moitié des sujets observés. Je crois, sans qu'il me soit encore permis de l'affirmer d'une manière positive, que cette particularité se rencontre surtout quand les phénomènes sympathiques de la grossesse du côté des mamelles sont très-développés; elle manque, au contraire, quand les mamelles restent pour ainsi dire indifférentes à ce qui se passe dans l'utérus.

Cette *glycosurie physiologique* bien reconnue chez la femme, il était tout naturel de penser que, dans les mêmes conditions, elle existait également chez les femelles des différentes espèces d'animaux mammifères; mais, désireux de ne m'en rapporter qu'à l'observation directe, je poursuis en ce moment mes recherches sur l'urine des animaux, et je puis dès à présent annoncer à l'Académie que le même phénomène se produit chez la vache. En effet, sur 9 observations recueillies sur 9 animaux de cette espèce, je l'ai constaté neuf fois, c'est-à-dire dans tous les cas. Si l'Académie veut bien le permettre, je lui communiquerai dans une prochaine séance le résultat de mes nouvelles investigations; en même temps, je déterminerai autant qu'il me sera possible l'espèce de sucre à laquelle nous avons affaire, ce qui m'amènera tout naturellement à l'exposé des théories les plus probables de ce que j'appellerais presque volontiers cette nouvelle fonction. Pour aujourd'hui, désireux d'épargner les moments de l'Académie, je m'en tiendrai à ce simple énoncé, me réservant de lui adresser plus tard les observations détaillées dans le mémoire complet que je prépare sur ce sujet intéressant.

Conclusions.— 1° Il existe une *glycosurie physiologique* chez *toutes* les femmes en couches, chez toutes les nourrices, et chez la moitié environ des femmes enceintes;

2° Ce fait intéressant est démontré par :

a La réduction de la liqueur cupro-potassique;

b La coloration brune des solutions alcalines caustiques de potasse ou de chaux;

c La fermentation qui donne d'une part de l'alcool, de l'autre de l'acide carbonique;

d Enfin, par la déviation à droite du plan de polarisation;

3° Cette espèce de fonction nouvelle est en rapport évident avec la sécrétion lactée; elle diminue considérablement d'activité, cesse même le plus souvent dès que survient un état morbide; elle reparaît avec le retour de la santé et le rétablissement de la lactation;

4° La *glycosurie physiologique* indiquée plus haut existe non-seulement chez la femme, mais aussi chez la vache.

APPLICATION DU COLLODION

contre la hernie ombilicale des enfants.

Par M. le Dr Pardier (de Clermont-Ferrand).

Le 11 mars, à cinq heures du soir, la petite fille qui fait le sujet de cette observation vint au monde sans accidents ; le cordon fut lié après que je me fus assuré qu'il n'existait aucune anse intestinale à sa base. Un mois après, la mère s'aperçut d'une tumeur existant à l'ombilic et grossissant quand l'enfant, qui, du reste était très-vive et remuante, faisait des efforts. Très-inquiète de cette circonstance, elle me prévint, et je constatai une hernie ombilicale du volume d'une très-grosse noisette. Du milieu d'avril au 4 mai, les divers bandages fabriqués sur mes indications par le père, qui est tailleur, les compresses maintenues par des bandelettes de diachylon, rien ne pouvait rester en place. Quand on défaisait les langes de l'enfant, le petit appareil avait glissé, ou était tellement mouillé par les urines, qu'il fallait le changer. Enfin, le 6 mai, j'employai le collodion.

Je fis une première application de collodion, et, malgré les efforts et les mouvements de l'enfant, on voyait la tumeur rentrer et l'anneau se resserrer à mesure que s'opérait la dessication ; la peau se plissait fortement tout autour de l'enduit, mais sans devenir rouge.

Le 9 mai, le collodion s'étant détaché, j'en fis une nouvelle application avec le même succès ; enfin, soit que la substance ne fût pas très-pure, soit par toute autre cause, il fallait renouveler les applications tous les deux jours à peu près, le collodion se décollant promptement.

Le 16 mai, le pourtour de l'ombilic étant d'un rouge vif, je me dispensai de faire une application, pour recommencer quand la rougeur aurait disparu.

Le 18, la peau était dans son état normal; mais ce qu'il y avait de plus extraordinaire, c'est que la hernie s'était maintenue réduite.

Le 20, elle n'avait pas reparu.

Le 24, rien encore, et cependant l'enfant faisait autant d'efforts que par le passé. Malgré ce résultat inattendu, j'ai conseillé à la famille de continuer le traitement encore pendant quelque temps, crainte de récidive.

OPÉRATION DU PHIMOSIS FAITE SANS PRÉCAUTIONS;

ses funestes conséquences.

Par M. le professeur Nélaton.

Il n'est pas de petite opération, et souvent celle qui pourrait sembler la plus insignifiante, la plus facile à pratiquer, est suivie des accidents les plus fâcheux, parce que le chirurgien aura manqué d'expérience ou aura négligé l'emploi de quelque précaution recommandée par les maîtres de l'art. M. le professeur Nélaton a fait voir à ses nombreux élèves un triste exemple de ce genre, dont voici l'histoire en peu de mots.

Au n° 1 *bis* de la salle des hommes était couché, depuis le 19 janvier, un jeune sujet qui, onze jours avant son entrée, avait été opéré en ville d'un phimosis. Dans quelles conditions était chez lui le vice de conformation qui a nécessité l'opération? Il n'est plus possible d'en rien savoir; mais voici ce que l'on remarque.

Le procédé mis en usage a été l'excision. Or, le médecin qui l'a pratiquée, n'ayant pas probablement une expérience suffisante, n'a pas réfléchi que la peau qui recouvre la verge est douée d'une extrême mobilité, d'une laxité non moins grandes, conditions nécessitées par les volumes différents que peut physiologiquement présenter l'organe dans l'état de flaccidité et dans l'érection. Il a attiré les téguments à lui avec tant de force que, lorsqu'il a eu fait la section circulaire et que les téguments ont repris leur situation normale, ils se sont trouvés divisés presque à la base de la verge.

L'aspect que présente le membre est le suivant : le gland est à découvert; au-dessous de sa base, un large repli formé par la muqueuse, puis un léger espace de plusieurs centimètres d'étendue privé de téguments, et enfin, à un centimètre ou un centimètre et demi de la base de la verge, très-près, par conséquent, du plan formé par la paroi antérieure de l'abdomen, la section de la peau. Après l'opération, il ne paraît pas, d'après ce que nous dit le malade, que l'on ait fait de tentatives de suture pour réunir par première intention.

De là voici ce qui résulte. La verge présente une large surface suppurante; des érections sont survenues nombre de fois depuis l'opération, comme il arrive très-fréquemment toutes les fois que la verge est le siége d'une plaie; ces érections ont déterminé des déchirures auxquelles ont succédé des hémorrhagies. Mais ce n'est pas l'état présent qui est le plus fâcheux; c'est la question d'avenir qui doit faire bien plus regretter que l'opération ait été si imprudemment faite.

Lorsque la cicatrisation sera complète, la verge éprouvera les plus grandes difficultés à se développer dans le sens de sa longueur, pendant les érections, car dans l'état de flaccidité le dommage ne sera pas bien grand. Quant au développement en largeur, il sera encore moins facile, car cette cicatrisation produira un tube qui bientôt, par suite de la rétraction des tissus, se convertira en anneau rigide, et pendant les érections les corps caverneux seront véritablement étranglés douloureusement.

On voit combien eût été utile au praticien la précaution adoptée aujourd'hui par le plus grand nombre des chirurgiens, et qui consiste à tracer préalablement sur la peau de la verge, avec une plume chargée d'encre, les limites des téguments à retrancher. De cette façon, il devient impossible de produire une perte de substance démesurée, et l'opération ne comporte plus aucun danger, du moins du genre de celui que nous venons de citer. (*France méd.*)

ILÉUS SPASMODIQUE.

Stupéfiants; purgatifs; chloroforme;

Par M. le professeur Trousseau.

Il est entré il y a quelque temps dans le service de M. Trousseau un homme de vingt-cinq ans, atteint de coliques atroces s'accompagnant de nausées, de vomissements, de sueurs froides. Ce fut par voie d'exclusion qu'on arriva à diagnostiquer une entéralgie, ou iléus spasmodique.

Le ventre fut recouvert d'un cataplasme arrosé d'une à deux cuillerées à bouche d'une mixture de teinture de belladone et d'opium, à parties égales. En même temps le malade prit en une seule fois et d'un même coup une pastille composée de :

Calomel.	0,05
Extrait ne belladone.	0,02
Jalap en poudre.	1,00

Les topiques stupéfiants diminuèrent l'intensité de la douleur, mais celle-ci ne cessa tout à fait qu'après l'effet purgatif produit par le calomel et le jalap.

Le chloroforme a donné de bons résultats dans de pareilles circonstances, en liniment, à la dose de 10 grammes pour 60 d'huile d'amandes douces, et à l'intérieur dans la potion suivante :

Sirop de fleurs d'oranger. . . .	40,00
Eau distillée de tilleul.	100,00
Chloroforme.	1,00

Mélangez le chloroforme et le sirop par agitation.

(*Journ. de Méd. et de Chirurg. prat.*)

ANGINE TONSILLAIRE. TEINTURE DE BELLADONE.

Un médecin hongrois, le docteur Popper, se fondant, dit-il, sur plus de cinq cents observations, affirme qu'il n'est pas de meilleur remède contre l'angine tonsillaire que la teinture de belladone administrée en potion.

Ce médicament, qui du reste ne convient ni dans l'angine diphthéritique ni dans celle qui est de nature syphilitique, produit si rapidement son effet désiré que le plus souvent la guérison ne se fait pas attendre au delà de vingt-quatre heures.

(*Ann. méd. de la Flandre occ.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 octobre 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Glycosurie physiologique chez les femmes en couches et les nourrices. — M. H. Blot lit sur ce sujet une note reproduite textuellement plus haut. (Commissaires : MM. Dumas, Rayer, Cl. Bernard.)

Galvano-caustique. — M. Middeldorpf lit sur ce sujet une note dont voici un extrait :

Je me suis proposé d'utiliser pour les usages de la chirurgie les effets thermiques de la pile, et je désigne sous le nom de *galvano-caustique* l'ensemble des opérations exécutées à l'aide de ce moyen. La première idée d'une semblable application appartient à M. Heider (de Vienne, 1844), qui a été suivi par MM. Amussat fils, Bardeleben, Bence Jones, Cloquet, Crusell, Ellis, Harding, Hilton, Leroy (d'Étiolles), Longet, Marshall, Nélaton, Sedillot, Waite.

Comme source de la chaleur, je me sers d'une pile de Grove; les instruments que j'emploie sont :

1° Différents cautères (cautère simple, cautère à coupole, en porcelaine, cautère du sac lacrymal, cautère pour les rétrécissements : ce dernier instrument est droit ou courbe);

2° Le séton galvanique;

3° Le porte-ligature galvanique ou anse coupante susceptible de pénétrer là ou l'accès est interdit à tout autre instrument tranchant, et réunissant les avantages à la fois de l'incision, de la ligature et de la cautérisation. Ces instruments s'adaptent à la pile à l'aide des fils conducteurs ; un mécanisme particulier permet d'exciter ou de suspendre le courant, et, par conséquent, de faire naître dans les instruments une chaleur intense ou de les refroidir à volonté.

Les avantages les plus essentiels de cette méthode sont : l'absence d'hémorrhagie par les petits vaisseaux ; la faculté d'employer une température très-élevée, de produire une action des plus énergiques, et qui cependant est nettement limitée ; l'accès rendu possible à un instrument qui divise et brûle dans des régions où le bistouri, les ciseaux, le cautère ordinaire ne peuvent absolument pas pénétrer, et, s'ils y pénètrent, ne peuvent rester sans blesser les parties ou tout au moins sans se refroidir ; la possibilité de conduire des instruments très-déliés à travers des ouvertures étroites et au besoin par la méthode sous-cutanée ; l'avantage d'une chaleur ayant sa source dans les instruments eux-mêmes et que l'on est maître d'augmenter, de modérer ou d'arrêter.

Ce feu intelligent, que l'on pardonne l'expression, permet de couper, de fendre, d'exciser, de faire des cautérisations pointillées, rayées ou sur de larges surfaces ; d'arrêter les hémorrhagies, de provoquer l'inflammation de certains tissus, la coagulation du sang, la suppuration, le développement de granulations de bonne nature. Enfin, étant introduits à froid, les instruments galvano-caustiques n'inspirent aux malades aucune frayeur ; une fois en place, il suffit d'une pression avec le doigt pour les porter au rouge. Toutefois, quand il s'agit d'obtenir un effet hémostatique, il ne faut pas que la chaleur atteigne un degré trop élevé, ni que l'instrument soit manié avec trop de rapidité.

A la suite des opérations galvanocaustiques, l'inflammation est bien limitée, jamais diffuse. Sur plus de quatre cents opérations de ce genre que j'ai pratiquées, je n'ai pas observé un seul cas d'érysipèle, de pyoémie, ni d'hémorrhagie secondaire..... Plusieurs centaines d'observations attestent l'innocuité et les avantages d'une méthode qui maintes fois a permis de mener à bonne fin les tentatives les plus difficiles de la médecine opératoire, alors que les procédés généralement usités n'offraient guère de chances de succès. Sans doute ni la physique ni la chirurgie n'ont pas dit leur dernier mot ; mais les faits déjà acquis me semblent suffisamment nombreux pour asseoir sur cette base une conviction motivée. Ce que je me propose, ce n'est ni de proscrire systématiquement le bistouri ni d'adopter exclusivement le feu, mais bien de remplacer la méthode ordinaire de cautérisation par une autre plus rationnelle, meilleure, susceptible d'applications plus étendues et plus variées. (Commissaires : MM. Despretz, Velpeau, Jobert (de Lamballe.)

Opérations qui se pratiquent dans les voies digestives et aériennes. — M. Apostolides présente un troisième mémoire sur les opérations qui se pratiquent dans les voies digestives et aériennes. (Commissaires : MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert (de Lamballe).)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er octobre 1856. — Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur sanguine de la tête paraissant et disparaissant suivant la position. — M. Richard présente à la Société de chirurgie une femme qui porte au niveau de la fontanelle postérieure une tumeur molle, fluctuante, paraissant lorsque la tête est dans une position déclive et disparaissant quand elle est droite.

M. Verneuil pense que cette tumeur appartient à une classe d'affections non encore décrite dans les auteurs ; il en a vu un exemple sur une jeune fille. La tumeur, qui disparaissait quand la tête était droite, reparaissait quand elle était inclinée, et devenait grosse comme un œuf de poule; elle augmentait dans les efforts. La malade avait reçu plusieurs années avant un coup sur la région affectée, et disait sentir dans sa tumeur une petite pièce solide qui se déplaçait et causait quelquefois une piqûre. Cette malade fut présentée à la Société de chirurgie, où l'on regarda généralement sa tumeur comme une tumeur sanguine veineuse communiquant avec l'intérieur du crâne. La guérison survint, ou du moins la tumeur cessa de paraître à la suite de l'examen prolongé et des palpations répétées auxquels elle avait été soumise.

M. Verneuil cite quatre autres cas publiés dans divers recueils scientifiques, ce qui fait en tout six exemples de cette affection connus dans la science. Il pense que l'on doit se borner à un traitement palliatif.

M. Larrey, aux faits qui viennent d'être signalés, en ajoute un nouveau qu'il a observé au Val-de-Grâce sur un jeune soldat. Cet homme ne se souvenait pas avoir reçu de coup sur la région frontale. Il vit se développer dans ce point une tumeur qui acquit peu à peu le volume d'une pomme de reinette, et présentait tous les caractères que l'on vient de signaler; sa base était entourée d'un cercle dur; elle disparaissait lorsque la tête était élevée, reparaissait et devenait vasculaire à sa surface dans les positions déclives. M. Larrey n'a tenté aucun traitement.

M. Broca ne possède pas d'observation de ce genre d'affection; mais il remarque l'analogie de ces faits, qui sont curieux par leur répétition dans une même région du corps, avec d'autres tumeurs qui ont été désignées sous le nom d'anévrismes veineux, et que l'on a surtout observées au voisinage de la veine jugulaire externe et dans la région parotidienne. On peut encore en rapprocher certains kystes veineux de la région parotidienne. L'année dernière, dans un hôpital de Paris, on pratiqua une injection iodée dans un kyste de ce genre, et il en résulta des accidents qui amenèrent la mort en quelques heures.

M. Huguier a observé une semblable tumeur qui s'était formée sur le trajet de la veine faciale pendant les douleurs de l'accouchement. Il en a vu une autre chez une fille de quatorze ou quinze ans sur le trajet de la veine céphalique; cette tumeur augmentait lorsque le bras était pendant, et diminuait quand il était élevé. Une ponction exploratrice fut faite avec un petit trocart, et donna issue à du sang veineux; alors la petite plaie fut fermée et la tumeur abandonnée à elle-même. M. Huguier se demande si dans ce cas il y a une seule cavité remplie de sang ou bien un lacis de veines dilatés; la promptitude avec laquelle

le liquide disparaît et revient le porte à penser qu'il doit remplir une cavité unique.

M. Giraldès fait savoir à la Société, de la part de M. Middeldorf, que ce chirurgien traite en ce moment deux tumeurs analogues à celle qu'a présentée M. Richard, et qu'il s'est assuré par la ponction qu'elles étaient remplies de sang. M. Giraldès lui-même en a vu trois ou quatre. Une de ces tumeurs se trouvait sur la glande thyroïde d'une fille qui entra à la Charité dans le service dont M. Giraldès était chargé. Il y fit une ponction exploratrice, et, n'ayant obtenu que du sang, il s'abstint de toute opération. Cette fille, sortie du service de M. Giraldès, revint bientôt à la Charité; on lui fit une injection iodée, et elle mourut en très-peu de temps.

Une autre fille avait au niveau du cartilage thyroïde une tumeur semblable, qui fut injectée avec le perchlorure de fer.

A l'hôpital Saint-Louis, M. Giraldès en observa une troisième qui siégeait sur la face antérieure du cou; il y fit une ponction qui donna issue à du sang, et par suite de la ponction la tumeur augmenta de volume.

Enfin, il en a vu une quatrième à Heidelberg; M. Cheilius, après l'avoir ouverte, y mit du perchlorure de fer, et la malade succomba.

M. Verneuil fait remarquer qu'il existe de grandes différences entre les tumeurs dont il vient d'être question. On a rapporté des cas de tumeurs remplies par du sang veineux et situées en différents points; mais dans l'observation de M. Richard, il y a communication de la tumeur extérieure avec l'intérieur du crâne; rien ne prouve au reste que ce soit une tumeur veineuse; on le préjuge, car on ignore la nature du liquide qu'elle contient.

M. Guersant pense, comme M. Verneuil, que c'est à tort qu'on a rapproché la tumeur observée par M. Richard des kystes veineux; il propose, pour trancher la question, de faire une ponction exploratrice.

Tumeur présumée fibro-plastique de la région sous-malléolaire externe du pied droit.

M. Larrey présente une malade qui lui a été adressée de Compiègne par M. le docteur Dénéchaud, pour une tumeur du pied dont l'extirpation semble nécessaire. Voici d'abord les antécédents recueillis sur ce cas assez rare en lui-même.

Mme P..., âgée de cinquante-cinq ans, est d'une excellente constitution, d'un tempérament sanguin, et n'a jamais été malade. Elle raconte que vers l'âge de douze ans elle s'est foulé le pied droit, sans presque faire attention à cet accident et sans réclamer aucun soin. Elle croit que les mouvements et la fatigue ont occasionné de la tuméfaction vers le point où siége aujourd'hui la tumeur, et que peu à peu le gonflement s'est accru, d'abord d'une manière insensible pendant les dix premières années, mais ensuite bien davantage et plus vite dans les derniers temps, sans se rappeler s'il a augmenté sous l'influence d'autres causes, telles surtout que des contusions. Quoi qu'il en soit, cette femme, obligée par sa profession de commerçante à une activité continuelle assez pénible, n'a pas cessé de s'y livrer, et n'a rien révélé de son mal à sa famille, qui n'en a eu connaissance que depuis quelques jours.

L'état dans lequel la tumeur s'offre à notre observation est le suivant; il a été noté par le docteur Gaujot, notre aide de clinique au Val-de-Grâce: cette tumeur, siégeant à l'extrémité inférieure de la jambe droite, au-dessous de la malléole externe, s'y trouve comme insérée par un pédicule assez large, en même temps qu'elle semble s'étaler et s'aplatir sur ce point d'implantation, soit par son propre poids, soit plutôt par la pression due à une chaussure élevée, quoique assez molle.

Tel est le premier aspect que présente la tumeur, dont la forme arrondie, mais déprimée, indique effectivement une action mécanique tendant aussi à l'abaisser et à l'appliquer à la face externe du tarse.

Un sillon presque circulaire sépare en partie la tumeur du pied, et permet à une spatule mince de circonscrire à peu près le pédicule.

Le côté inférieur de cette tumeur dépasse le bord externe de la plante du pied, et porte même sur le sol dans un point déprimé, dont la peau est devenue un peu calleuse. Son bord antérieur s'avance jusqu'au métatarse; elle recouvre en arrière la face externe du calcanéum, et elle est en rapport en haut avec la malléole.

De là il résulte que la tumeur a un volume assez considérable, équivalant à peu près à celui du poing. Elle mesure 28 centimètres dans sa plus grande circonférence, 21 centimètres dans son diamètre vertical, et 16 autour de son pédicule. Elle est mobile au niveau de son point d'origine, autour de la malléole, sans y adhérer, par conséquent; mais elle semble inséparable du pied par une connexion directe avec le tarse, dont elle suit tous les mouvements.

La peau qui la recouvre est mince, adhérente, colorée d'une teinte bleuâtre et sillonnée de veines variqueuses. Elle offre enfin une ulcération superficielle assez étroite, formée récemment par excoriation sur l'un des points saillants de sa surface.

La masse morbide est constituée extérieurement par des bosselures accolées les unes aux autres, inégales de volume et de consistance, plutôt mollasses que dures, paraissant un peu fluctuantes et douloureuses à la pression.

Cette tumeur n'a cependant jamais provoqué par elle-même d'autres douleurs, et surtout point d'élancements; elle n'a porté aucune atteinte à la santé générale; elle est seulement gênante pour la marche par son développement progressif et par l'ulcération qui est survenue. Mais nulle autre lésion locale n'existe non plus; point d'œdème du pied ni de la jambe, point d'engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine; les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne enfin, et ceux des orteils sont intacts. L'abduction du pied est seule un peu difficile.

L'ensemble de ces caractères nous permet de conclure que la tumeur est probablement de nature fibro-plastique, et qu'elle peut être soumise à l'extirpation.

M. Lenoir reconnaît dans cette tumeur une maladie peu connue, dont il a déjà vu cependant quatre cas. Il la regarde comme une tumeur fibro-plastique développée dans la gaîne des péronniers. Il a vainement employé contre cette affection les médicaments fondants, qui sont restés sans action, et la cautérisation transcurrente, qui a souvent causé des abcès, mais n'a pas eu d'influence sur la marche de la maladie. Enfin, il pense qu'il n'y a d'autre traitement à proposer que l'extirpation des tissus malades, qui lui a réussi dans un cas.

Tumeur de l'avant-bras. — M. Guersant présente une jeune fille de huit ans, dont l'avant-bras droit est le siége d'une tumeur volumineuse qui a été remarquée au mois de juillet, et n'a pas cessé de s'accroître depuis ce moment. Elle ne cause aucune douleur; sa consistance se rapproche de celle des lipômes. Une ponction exploratrice a été faite, et n'a rien donné. M. Guersant croit qu'il existe des rapports entre la tumeur et le cubitus.

M. Richard trouve que cette tumeur est adhérente au cubitus; il la regarde comme une tumeur fibro-plastique du périoste.

M. Huguier croit qu'elle a pris naissance dans le périoste, et qu'elle a altéré le cubitus dans ses points de contact avec lui. Si on ne lui oppose aucun traitement actif, il est évident qu'elle gagnera les parties voisines. Il faut donc en tenter l'extirpation. Si, pendant l'opération, on s'aperçoit que le cubitus est attaqué, comme ses extrémités sont saines on pourra faire la résection de la partie malade.

M. Robert regarde le cubitus comme n'ayant aucune part à la maladie, attendu qu'il n'offre pas de gonflement. La tumeur n'est pas un lipôme, car elle n'en a ni la mollesse ni la forme lobulée. Cela paraît être un tumeur tuberculeuse ou fibro-plastique. M. Robert, conseille d'en faire l'extirpation.

— M. Boinet demande l'avis de la Société sur un malade offrant dans la région inguinale droite une tumeur oblongue, placée au-dessus du ligament de Poupart, et s'étendant obliquement de l'épine iliaque antérieure au pubis. Cette tumeur, qui a été examinée par plusieurs chirurgiens, a été prise par les uns pour un entérocèle, par les autres pour un abcès par congestion. C'est à cette dernière opinion que s'arrête M. Boinet, qui fait remarquer que cette tumeur offre à la percussion une matité très-prononcée; ce qui n'aurait pas lieu si elle était formée par les intestins. De plus, le malade a éprouvé des douleurs dans la région lombaire et dans l'épine iliaque antérieure, qui est encore douloureuse à la pression. Cette tumeur, très-saillante quand le malade est debout, est réductible lorsqu'il est couché, ce qui porte plusieurs membres de la Société à penser que cet abcès a son siége dans la fosse iliaque, tandis que d'autres croient qu'il est placé dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— A l'occasion de la discussion sur l'amputation sus-malléolaire, M. Marjolin déclare qu'elle lui a toujours réussi, soit chez les enfants, soit chez les adultes. Il l'a pratiquée six fois, et compte six succès; tous ses amputés marchent bien avec leurs membres artificiels, à l'exception d'un seul, qui est encore en traitement.

M. Larrey regrette de n'avoir pas assisté à la fin de la discussion. Il rappelle que Blandin, dont l'opinion a tant d'importance sur ce sujet, lui avait avoué à lui-même que, sans les appareils de Martin, il aurait été beaucoup plus réservé pour les amputations à la partie inférieure de la jambe. Il insiste encore sur les résultats ultérieurs de l'amputation sus-malléolaire, qui sont généralement mauvais, par suite de l'imperfection des appareils et des accidents qui peuvent arriver au moignon.

— M. Guersant, à propos du cas d'hémorrhagie ombilicale rapporté dans la dernière séance, déclare que dans des cas semblables il a presque toujours vu périr les enfants. Cependant il a employé trois fois avec succès le perchlorure de fer appliqué au moyen de boulettes de charpie. Chez un de ses trois malades, qui avait un *purpura* avec disposition évidente aux hémorrhagies, en même temps qu'il appliquait le perchlorure de fer, il prescrivit un traitement général composé de frictions avec l'eau vinaigrée, et d'eau de Tisserand en boisson. Il obtint par ces moyens un succès complet.

— MM. Bouisson et Middeldorf, membres correspondants, assistent à la séance.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Chappelain, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Marseille, à titre de candidature, une observation qui offre de l'analogie avec un fait communiqué par M. Gosselin à la Société. Cette observation a pour titre: *Hernie crurale; étranglement; anus contre nature; entérotomie; suture intestinale.* (Commission: MM. Maisonneuve, Larrey, Gosselin.)

— M. Dunal, chef interne des hôpitaux de Montpellier, adresse, pour obtenir le titre de correspondant, un mémoire sur la fracture transversale de la rotule. (Commission: MM. Huguier, Laborie, Deguise.)

— M. Sirus Pirondi (de Marseille), membre correspondant, adresse l'exposé de nouvelles expériences sur l'emploi des inhalations éthérées dans le but de remédier aux accidents du chloroforme. (Commission: MM. Laborie, Boinet, Robert.)

— M. le docteur Rufz lit, pour obtenir le titre de membre titulaire, un mémoire sur les polypes de l'utérus. (Commission: MM. Huguier, Lenoir, Giraldès.)

— M. Sallenave (de Bordeaux) adresse à la Société sa réponse à M. Saurel (de Montpellier) sur le *Traité des maladies chroniques dues à l'épuisement.*

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, Dr Desormeaux.

COUR IMPÉRIALE D'ANGERS.

Contravention aux lois sur la pharmacie.

Après avoir pendant quelques années exercé à Angers la médecine homœopathique, M. Oriard, officier de santé, s'est fixé à Paris. Mais, à plusieurs reprises, il est revenu dans cette ville, et y a non-seulement donné des consultations, mais aussi distribué et vendu des substances préparées selon la méthode et les indications d'Hahnemann. Poursuivi, en 1851, pour cette contravention aux lois sur l'exercice de la pharmacie, il soutint alors que les pharmaciens voués aux formules de la médecine usuelle ou allopathique ne pouvant fournir ni préparer convenablement les remèdes spéciaux et de quantités infinitésimales dont se sert l'homœopathie, il se trouvait dans la même position que le médecin exerçant dans un lieu où il n'y a pas de pharmacien, et qu'ainsi la distribution de remèdes faite en ce cas par lui ne pouvait constituer aucun délit.

Mais cette assertion ayant été démentie par des chimistes d'Angers, et plusieurs pharmaciens de cette ville ayant même *offert* de préparer selon la méthode homœopathique tous les médicaments que pourrait leur demander M. Oriard, celui-ci fut, au cours du mois de septembre de ladite année, condamné par application des lois du 21 germinal an XI (1), et 29 pluviôse an XIII, à 100 francs d'amende.

Cette décision n'a pas arrêté M. Oriard. Ayant loué un appartement à Angers, il y venait à certaines époques, y recevait des clients, et distribuait, comme par le passé, des globules et autres remèdes préparés selon la formule homœopathique. Traduit une seconde fois devant le tribunal correctionnel de cette ville, à raison de ces faits nouveaux, M. Oriard ne se présenta pas. Le 28 juin dernier, le tribunal, statuant par défaut, considéra comme constant le fait, par le prévenu, d'avoir vendu ou distribué des préparations médicamenteuses à Angers, où il existe des pharmaciens tenant officine ouverte et, vu la récidive, prononça contre lui la peine de dix jours d'emprisonnement et 300 francs d'amende.

Appel a été interjeté par M. Oriard. Assisté de Me Duverdy, avocat du barreau de Paris, il a soutenu devant la Cour qu'il n'avait pas contrevenu aux lois sur la pharmacie, car c'est chez un pharmacien de Paris, le sieur Catelan, dont l'officine est spécialement consacrée aux préparations homœopathiques, qu'il s'est procuré les substances remises aux malades. Or, il n'est pas dit que le médecin sera obligé de s'adresser aux pharmaciens du lieu même où se donne la consultation. Il peut, ainsi que le malade, faire venir les remèdes d'une ville voisine ou éloignée. La méthode homœopathique exige qu'au moment même où se donne le conseil, où se constate le mal, le médecin administre certaines substances qu'il lui faut nécessairement avoir sous la main. En achetant ces substances chez un pharmacien et en s'en chargeant avant de se rendre au lieu où elles devaient être employées, le prévenu n'a fait que ce qui arrive souvent aux médecins appelés près d'un malade pour lequel ils prévoient que l'application de tel ou tel remède présentera de l'urgence: ils se munissent dans ce cas d'émétique, de quinine, de seigle ergoté, etc., etc., sans que personne songe à intenter une poursuite contre eux. Il y a ici un motif d'humanité et de bon sens que le texte de la loi ne saurait faire rejeter...

M. de Soland, substitut du procureur général, a soutenu le bien jugé de la décision frappée d'appel.

La Cour a rendu l'arrêt suivant, le 26 septembre dernier:

« Par les motifs exprimés au jugement dont est appel et y ajoutant;

» Considérant qu'on ne saurait assimiler la distribution des drogues et préparations médicinales, imputées à Oriard, à la simple remise d'un médicament, faite par le médecin à son client, au nom et au profit du pharmacien préparateur;

» Que, fût-il vrai qu'Oriard s'est procuré les médicaments qui ont été saisis dans sa résidence à Angers, dans une pharmacie de Paris, il est également vrai qu'il s'est approprié ces médicaments dans une quantité tellement considérable qu'il n'a pu se les procurer pour des cas spéciaux et actuels; qu'il les a délivrés directement, en son nom personnel et moyennant un prix dont il devait profiter;

» Considérant, en outre, que les dispositions de la loi du 21 germinal an XI, sont générales, absolues, et s'appliquent sans distinction à toutes personnes qui y contreviennent; d'où il suit que la qualité de médecin homœopathe, dont se prévaut Oriard, ne le soustrait pas à l'application de cette loi, dont il a méconnu les prescriptions;

» Confirme le jugement dont est appel, en ce qui concerne la condamnation à l'amende prononcée contre le prévenu, maintient dans son intégralité ladite condamnation à l'amende, mais réduit à trois jours la peine d'emprisonnement prononcée par le même jugement;

» Et, vu l'art. 194, condamne le prévenu aux frais. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour les prix de l'externat et pour la nomination des internes des hôpitaux de Paris commencera le 22 de ce mois.

Les membres du jury sont MM. Delasiauve, Jobert (de Lamballe), Barthez, Lenoir et Béhier.

Membres suppléants: MM. Chassaignac et Bazin.

— Nous apprenons avec le plus grand plaisir que M. Borlée, agrégé à la Faculté de médecine de Liége, vient d'être promu au grade de professeur extraordinaire. C'est là une juste récompense du dévouement, du zèle et du talent qu'a toujours déployés M. Borlée dans l'accomplissement de ses difficiles fonctions. (*Presse méd. belge.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Mémoire sur un nouveau mode d'occlusion des yeux dans le traitement des ophthalmies en général, lu à l'Académie impériale de médecine le 12 février 1826, par M. Bonnafont.

Documents et Mélanges publiés à l'occasion de la maladie asiatique introduite dans les Etats romains et les Alpes dauphinoises, par V. Bally.

Études anatomiques sur l'hydrhémo-choladrée et sur la fièvre jaune, par V. Bally.

Ces ouvrages se trouvent dans les librairies médicales.

(1) Art. 36. Tout débit au poids médicinal, toute distribution de drogues et préparations médicamenteuses .... sont sévèrement prohibés. Les individus qui se rendraient coupables de ce délit seront poursuivis par mesure de police correctionnelle, et punis conformément à l'art. 183 du Code des délits et des peines.

Loi du 29 pluviôse: Ceux qui contreviendront aux dispositions de l'art. 36 de la loi du 21 germinal an XI, relatif à la police de la pharmacie, seront poursuivis par mesure de police correctionnelle, et punis d'une amende de 25 à 600 francs, et, en outre, en cas de récidive, d'une détention de trois jours au moins, et de dix au plus.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 122. — JEUDI 16 OCTOBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 122. — JEUDI 16 OCTOBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messagerie, et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 15 OCTOBRE 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

Il y a six mois environ, M. Barth exposait à l'Académie un procédé qu'il venait de mettre en usage pour ponctionner et injecter sans danger un vaste kyste ovarique, et il présentait la malade alors en voie de traitement. La seule chose que l'on pût constater à cette époque, c'était l'innocuité du procédé. Pour son résultat définitif, nous dûmes ajourner tout jugement. Les prétentions de M. Barth lui-même d'ailleurs n'allaient pas plus loin. Aujourd'hui l'honorable académicien est venu raconter à la tribune les diverses péripéties qui, après avoir entravé les effets du traitement, sont venues se terminer d'une manière tout à fait inattendue. Après une réduction d'abord notable et graduelle de la tumeur, bientôt la décroissance s'arrête. La malade n'a pas ses règles; mais on s'en préoccupe peu; elle avait déjà cessé de les avoir lorsqu'on a commencé le traitement. Lasse de voir sa tumeur rester stationnaire, elle quitte l'hôpital. Mais elle s'y présente de nouveau trois ou quatre mois après avec un accroissement de volume du ventre, de la sensibilité, des douleurs et un malaise général. A peine installée.... elle accouche. Une péritonite suraiguë ne tarde pas à se développer et à entraîner la mort.

Qu'était devenu le kyste au milieu de tout cela? Le kyste, si nous avons bien saisi les détails un peu vagues et incomplets qu'a donnés de vive voix M. Barth, en était resté à peu près au point où il était lorsque la malade a quitté l'hôpital, c'est-à-dire rétracté, en partie revenu sur lui-même et sécrétant un liquide albumino-purulent, mais point de nouveau distendu, comme on avait dû le croire tout d'abord, et fort innocent, comme bien on le pense, de l'accroissement qu'avait pris le volume du ventre. Seulement, vers la fin du cinquième mois de la grossesse (l'enfant a été jugé avoir à peu près cet âge), une rupture s'était opérée sur l'un des points du kyste éloigné du siége de l'opération, et il s'en était suivi l'accouchement prématuré et la péritonite mortelle.

La complication inattendue, quoique pas tout à fait insolite, d'après le témoignage de M. Moreau, qui a mis un terme prématuré à l'observation, a rendu l'épreuve thérapeutique nulle, et laisse sous ce point de vue la question au même degré d'indécision où elle était lors de la première communication de M. Barth.

Cette seconde communication, toutefois, n'aura pas été sans fruit; si elle laisse le jugement en suspens sur la valeur du procédé mis en usage dans ce cas particulier, elle aura fourni à l'Académie l'occasion d'examiner la question plus générale et partant plus intéressante de l'application des injections iodées au traitement des kystes ovariques.

Ce n'est pas d'aujourd'hui, comme on le sait, que datent les premiers essais de la méthode. M. Boinet, dans un mémoire lu à la Société de chirurgie au commencement de 1850, annonçait déjà avoir obtenu des résultats avantageux des injections iodées dans l'hydropisie enkystée de l'ovaire. Plusieurs de ces faits ont été publiés depuis. Enfin, plus récemment, et précisément à l'occasion de la première communication de M. Barth sur le sujet qui nous occupe, ce chirurgien a résumé devant l'Académie, dans un court mémoire dont nous avons reproduit les points principaux, les résultats de son expérience à cet égard.

Nous ne prétendons pas que les faits de M. Boinet et ceux provenant d'autres sources qui sont parvenues à notre connaissance, doivent suffire pour résoudre complétement la question en faveur des injections iodées; mais ils fourniront à l'Académie les éléments qui lui manquent, si nous en jugeons par la petite discussion d'hier. Ce n'a été d'ailleurs que le prélude d'une discussion plus étendue et plus générale qu'on nous promet pour une des prochaines séances. — Dr Brochin.

Le but principal d'un journal de médecine est de tenir ses lecteurs au courant des inventions, des découvertes, des faits nouveaux qui se produisent dans le vaste champ de la pathologie ou de la thérapeutique, du mouvement scientifique, en un mot. Ce but est rempli par la feuille volante qui est servie périodiquement à ses abonnés; mais il n'est pas unique. Il en est un autre qui répond à des besoins non moins réels. Ce que fait le numéro quotidien pour les faits et choses d'actualité, la collection du journal doit le faire également pour une période de temps beaucoup plus étendue; c'est-à-dire qu'elle doit constituer, pour l'abonné, des archives où il puisse trouver à un instant donné et sur l'objet spécial de ses recherches tous les renseignements dont il a besoin. Les tables annuelles remplissent ce but, sans doute, pour ceux qui possèdent la collection entière; mais elles ne le remplissent que pour ceux-là seulement, et encore ne le font-elles qu'imparfaitement, d'une part à cause du temps qu'exigent ces recherches dans une collection déjà considérable, et d'autre part à cause de la composition de ces tables faites dans un but plus restreint que celui que nous indiquons.

Ces observations, que nous avons été bien des fois à même de faire, nous ont été faites aussi dans ces derniers temps par un si grand nombre d'abonnés, que nous nous sommes très-sérieusement occupé de l'idée d'une table générale des trente années de la *Gazette* (la 30e année finira le 31 décembre 1857).

Cette table sous forme de dictionnaire ne serait pas une simple énumération, une indication sèche des matières contenues dans le journal; elle serait conçue de manière que le lecteur qui désirerait connaître l'état d'une question, le résultat d'un essai thérapeutique ou d'une méthode opératoire, d'une expérience physiologique, etc., pût trouver, exprimé de la manière la plus sommaire possible, le fait qu'il désire, dans sa signification ou dans son résultat le plus général.

Cette entreprise ne pourrait être mise à exécution sans entraîner un travail et des frais considérables. Tout calcul fait, cette table formerait un très-fort volume in-4°, en caractères fins, mais cependant lisibles. Le prix de rédaction et d'impression de ce volume ne s'élèverait pas à moins de 40,000 fr. Si tous nos abonnés (ils sont au nombre de près de 5,000) y souscrivaient, nous pourrions la leur livrer à raison de 8 francs. Qu'ils veuillent donc bien nous envoyer sans retard un engagement ainsi conçu :

Je souscris à la Table générale analytique et raisonnée de la GAZETTE DES HOPITAUX, *et j'en payerai le prix* (HUIT FRANCS) *dès que j'aurai été prévenu de sa mise en vente.*

Si nous ne réunissions pas 4,500 souscripteurs au moins, nous serions obligé de renoncer à ce projet, car nous ne croyons pas devoir élever le prix de cette table au-dessus de 8 fr. C'est à nos abonnés à se prononcer.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

RÉSUMÉ CLINIQUE DE 1855-1856;

Publié par M. Félix GUYON, interne du service.

De l'orchite.

Parmi les maladies inflammatoires dont nous avons eu à nous occuper cette année, celles des organes génitaux forment un des groupes les plus nombreux. C'est ainsi que nous avons été à même d'observer 50 cas d'orchite, dont 48 aigus et 2 chroniques.

Dans les orchites aiguës, nous en avons eu 3 parotidiennes, 2 par masturbation, 6 survenues sans cause appréciable, et 37 blennorrhagiques. Une particularité remarquable, c'est que parmi ces 50 orchites, le côté droit et le côté gauche ont été pris un nombre égal de fois; 24 ont été comptées à droite, 24 à gauche; 2 étaient doubles, et dans l'un de ces cas, l'affection était chronique et de nature tuberculeuse.

Il est bon que je vous fasse remarquer, à propos des orchites tuberculeuses, combien doit être réservée l'application d'une loi par trop absolue en pathologie. M. Louis avait, en effet, pensé et formulé que lorsque des tubercules existaient quelque part dans un organe, il en existait simultanément dans le poumon. Mais cette loi souffre plusieurs exceptions, et pour le testicule en particulier.

Ceci est d'autant plus important à connaître, que beaucoup de médecins, sur la foi de cette proposition, s'effrayent et portent dans les cas qui nous occupent un pronostic grave. C'est souvent à tort; car j'ai vu et pu faire voir à la clinique et à l'amphithéâtre des poumons restés sains malgré la tuberculisation de l'épididyme. J'ai plutôt trouvé que cette tuberculisation de l'épididyme coïncidait avec celle des ganglions lymphatiques. Rien, du reste, ne se ressemble mieux qu'un ganglion et un épididyme tuberculeux.

Trois fois, nous l'avons dit, l'orchite est survenue à la suite des oreillons, et sans que l'on pût l'expliquer autrement que par la métastase. Toujours est-il que cette variété mérite d'être distinguée; car elle n'a ni la même durée, ni la même marche, ni la même physionomie que l'orchite ordinaire. L'épipidyme est modérément gonflé; le testicule a augmenté de volume; le scrotum est légèrement érysipélateux; il n'y a pas ordinairement d'eau dans la tunique vaginale. Ces orchites se développent rapidement. Arrivées presque d'emblée à leur summum, elles décroissent spontanément, et la résolution est bientôt complète. Il y a évidemment là une manière d'être toute spéciale de l'inflammation.

Nous avons accusé dans plusieurs cas la masturbation; mais cette cause peu signalée nous a paru surtout bien démontrée dans deux cas. On comprendra du reste facilement comment répétée la masturbation fait naître au fond de l'urètre une irritation qui devient la cause de l'orchite; tout individu qui s'est livré au coït avec quelque ardeur a ressenti vers la région prostatique un sentiment de chaleur et de fatigue. C'est une variété à étudier à part : en effet, l'épididyme est moins souvent pris, ou plutôt il y a moins de gonflement, peu ou pas de liquide. Si la cause cesse, la résolution est accomplie en trois ou quatre jours. Ce n'est que depuis quelques années et en interrogeant de près les malades, que j'ai été conduit à soupçonner, puis à admettre cette cause d'orchite comme réelle et méritant d'être signalée à part.

Je dois encore vous parler des six cas d'orchite que nous avons dit être survenus sans cause appréciable, c'est-à-dire en dehors de toute inflammation, irritation ou lésion de l'urètre. Dans ce cas il arrive que les malades accusent souvent un effort. Les données positives fournies par l'anatomie avaient conduit à nier l'influence de cette cause; l'anneau fibreux ne pouvant en effet comprimer le cordon, on avait été conduit à déclarer impossible l'orchite par effort. Cette doctrine a régné depuis Winslow. Mais on n'avait compté qu'avec l'anneau externe. Depuis, l'anatomie a encore démontré que du bord externe de l'aponévrose du muscle droit se détache un faisceau de fibres qui, d'autre part, va se fixer à la crête iliaque. Ces fibres forment une arcade à concavité supérieure sur laquelle repose le cordon qui fait au niveau de l'orifice interne du canal inguinal un angle plus ou moins aigu; c'est le redressement brusque de cette arcade fibreuse qui, le comprimant pendant l'effort, devient cause occasionnelle d'orchite lorsque cette pression est portée assez loin pour jeter un trouble notable dans la circulation du cordon.

Les 37 autres orchites ont été franchement blennorrhagiques; elles nous ont présenté quelques particularités dignes d'attention : 7 ou 8 ont existé sans qu'il y eût dans la tunique vaginale une notable quantité de liquide, ce qui infirme l'opinion de Rochoux. J'ai du reste été à même d'apprécier à sa juste valeur cette opinion depuis que j'ai généralisé ma méthode de traitement par la ponction. Jamais il ne s'écoule une quantité de liquide équivalente au volume de la tumeur, et toujours on peut constater le gonflement soit épididymaire, soit testiculaire, soit mixte. Parmi les cas de cette année, pour nous tenir à ceux-là, nous avons souvent observé ce gonflement simultané de l'épididyme et du testicule, ce qui pour moi est une raison de rejeter la dénomination d'épididymite que l'on a voulu appliquer à l'orchite.

Le gonflement du testicule, ou le testicule sain lui-même font du reste qu'il est souvent difficile de bien apprécier s'il y a ou non du liquide dans la tunique vaginale. Le testicule donne en effet, au doigt qui l'explore, la sensation de la fluctuation. Mais si, ayant bien saisi le scrotum, de manière à faire saillir la tumeur en avant, on explore avec un ou deux doigts, s'il y a même une couche assez mince de liquide, on sentira d'abord céder sous la pression du doigt un plan non résistant qui, déplacé, vous permet d'arriver vers un plan plus résistant, dans lequel on pourrait aussi trouver la fluctuation; c'est le testicule, sur lequel on est arrivé en déplaçant la couche liquide, et cette seconde sensation est seule perçue lorsqu'il n'y a pas de sérosité épanchée. Le doigt a besoin d'être souvent exercé à bien saisir ces différentes sensations. Le canal déférent a été pris dans la majorité des cas; on l'a trouvé alors

gonflé, douloureux. Il est important d'en tenir compte, car cet état du conduit déférent implique une durée plus longue pour l'orchite. Le testicule pourrait, du reste, être comparé à un ganglion enflammé, et, de même que quelquefois on ne trouve pas la corde lymphatique, de même peut manquer le gonflement du canal déférent. Le gonflement de l'épididyme implique aussi une durée plus longue à l'orchite, et celle-ci durera d'autant moins que le testicule sera plus pris proportionnellement au canal déférent et à l'épididyme.

La durée moyenne a été de seize jours. Mais vous savez combien il est difficile d'établir une statistique sur les dates d'entrée et de sortie, alors que pour une cause étrangère à la maladie principale, par un oubli, le séjour est prolongé, ou qu'il se trouve raccourci par le caprice ou l'ennui du malade.

Quarante-six sont sortis guéris; deux ne l'étaient pas encore lorsqu'ils nous ont quitté; un est mort. Cette mort a eu lieu hors de notre service, mais l'orchite en a été la cause. C'était une orchite peu intense ayant succédé à une blennorrhagie peu aiguë contractée par un jeune homme hypospade. Des accidents de nature un peu indéterminée dans le principe nous obligèrent à le faire passer en médecine, où il mourut d'une péritonite généralisée. On a pu suivre la marche de l'affection à travers les voies séminales, qui étaient tout entières envahies par la blennorrhagie. Les vésicules séminales étaient suppurées, et c'est du cul-de-sac recto-vésical qu'était partie la péritonite. Je ne fais ici que rappeler ce cas si insolite; je ferai remarquer, comme je l'ai déjà fait depuis longtemps, que l'inflammation des vésicules séminales après la blennorrhagie n'est point une affection rare, et que c'est une maladie nouvelle à faire entrer dans le cadre nosologique. Comme autres complications, nous avons seulement observé deux hydarthroses, deux stomatites mercurielles dues aux frictions.

Dans le traitement, nous avons, comme de coutume, mis en usage le repos, l'eau blanche, la suspension de l'organe, les onctions mercurielles, la ponction simple ou multiple avec la lancette; pas de sangsues. La ponction, en donnant issue au liquide, soulage mieux et plus vite, et abrége certainement la durée de la maladie; elle est de plus, comme je l'ai dit et prouvé tant de fois, exempte de tout inconvénient. On ne saurait trop, du reste, tenir compte, dans l'appréciation et l'application des divers modes de traitement, des *variétés* et des *particularités* que je vous ai rappelées à propos des cas qui viennent de nous passer sous les yeux cette année; il y a là-dedans l'explication de bien des succès et le jugement de bien des méthodes préconisées ou à préconiser.

DE L'EMPLOI DU GAZ ACIDE CARBONIQUE

comme anesthésique local dans les affections utérines.

Le docteur Simpson vient de communiquer à la Société d'obstétrique d'Edimbourg un travail qui nous a semblé pouvoir intéresser nos lecteurs. Il s'agit de l'emploi du gaz acide carbonique comme anesthésique local dans les affections de l'utérus. Cet agent a procuré d'heureux résultats dans la névralgie de l'utérus et du vagin, et dans divers états morbides et déplacements des organes pelviens accompagnés de douleurs et de spasmes. Quelquefois même les organes voisins en ont ressenti l'influence favorable. Il y a deux ans, la femme d'un praticien du Canada vint se remettre entre les mains du docteur anglais. Elle souffrait d'une maladie bien cruelle, une irritation de la vessie et de la dysurie. Divers modes de traitement avaient déjà échoué, lorsque des injections journalières et répétées de gaz carbonique dans le vagin procurèrent d'abord des soulagements à la malade, puis une guérison parfaite. Depuis elle est repartie pour l'Amérique, et vient de mettre heureusement au monde un enfant.

Le soulagement est quelquefois immédiat; quelquefois cependant il est nécessaire d'en continuer pendant quelque mois l'emploi.

Voyons comment on procède à ce genre d'injection.

Dans une bouteille de verre commun, on introduit 6 drachmes (24 grammes) d'acide tartrique cristallisé et une solution de 8 drachmes (30 grammes) de bicarbonate sodique dans six ou sept onces (186 à 218 grammes) d'eau. Un long tube flexible de caoutchouc conduit le gaz de la bouteille dans le vagin. Le bouchon qui maintient ce tube est bien fixé pour éviter toute déperdition de gaz; à cet effet, on traverse le bouchon par un tube métallique qu'on enveloppe d'une bourse de caoutchouc.

Cette fumigation, souvent répétée avec cet appareil, a permis de mener à bonne fin un accouchement prématuré (à huit mois) chez une femme qui avait déjà deux fois perdu ses enfants. Et ici le gaz acide carbonique agit non pas comme un excitant de contractions utérines, mais plutôt indirectement par une distension mécanique du vagin (le toucher le prouve), et enfin en séparant, comme par une injection liquide, les membranes du col de l'utérus.

L'application de l'acide carbonique comme anesthésique local aux surfaces muqueuses utérines et aux autres parties du corps n'est pas une découverte récente. Ici, comme dans bien d'autres cas, des investigations nombreuses, et faites avec beaucoup de soin, ont prouvé que, loin d'être une pratique nouvelle, ces fumigations étaient parfaitement connues des anciens, et peut-être même jusque dans leurs détails. Et, en effet, Hippocrate, Paul d'Egine, A. Paré, etc., tous ont brûlé des plantes aromatiques et médicinales, et en ont dirigé la fumée au moyen de tubes appropriés dans l'intérieur du vagin; ces vapeurs étaient chargées d'acide carbonique, et si un pareil traitement a été institué, ne peut-on pas en attribuer l'efficacité au gaz acide carbonique qui se dégageait?

Si maintenant nous consultons la pratique moderne, nous voyons employer en injections dans le vagin les eaux de Nuheim, Marienbad, etc., et le docteur Funck (de Francfort) en certifiait l'efficacité à son ami le docteur Simpson. Or nous trouvons une explication suffisante de leurs effets dans leur composition où prédomine l'acide carbonique.

La connaissance des effets topiques de ce gaz expliquerait peut-être aussi son action dans l'irritation gastrique ou intestinale. De là l'usage des boissons effervescentes dans les nausées et les irritations de l'estomac; peut-être l'action anti-acide d'un alcali exerce-t-elle quelque influence, mais il est plus vraisemblable d'en attribuer l'effet aux propriétés anesthésiques de l'acide carbonique. Ne trouverions-nous pas un nouvel argument en faveur de cette explication dans l'effet sédatif et curatif qu'on retire de l'emploi de ces injections dans le rectum chez les sujets atteints de dyssenterie?

Quant à son effet sur l'enveloppe cutanée, le docteur Simpson rappelle le cataplasme de bière, ou cataplasme de ferment, dont la surface exhale une grande quantité de ce gaz. Ce topique, souvent employé dans les ulcères irritables et couverts d'eschares, semble devoir ses propriétés anti-septiques douces et tièdes à la présence de l'acide carbonique. On n'a eu qu'à se louer de cet acide dans le traitement des ulcères cancéreux; et le docteur Ewart de Bath dit avoir rendu par ce moyen le bien-être et le repos à un malade qui depuis longtemps n'avait connu que l'agonie et la torture. Et ce qui frappe surtout dans les deux faits que nous venons d'énoncer, c'est ce *bien-être presque instantané qui s'est toujours déclaré à la suite de l'application de ce gaz.*

Enfin, si on étudie l'effet de ce gaz sur les blessures et les surfaces dénudées, il est bon de ne pas oublier l'expérience qu'Ingenhoux proposait à Bedoes: « Appliquez, disait-il, sur votre doigt un vésicatoire pour mettre à nu la peau sensible: le contact de l'air vous fera éprouver de la douleur; placez alors votre doigt dans l'air vital (oxygène), la douleur augmentera; et, si vous l'exposez dans l'air fixé ou azotique (acide carbonique ou nitrogène) la douleur diminuera ou même cessera. »

C'est alors que Bedoes institua les expériences suivantes sur trois personnes:

1° L'épiderme d'un vésicatoire appliqué sur le doigt fut coupé dans l'acide carbonique après que toute action des cantharides eut cessé: point de douleur.

2° Un second vésicatoire est ouvert à l'air ordinaire; douleur vive. Dans une vessie remplie d'air fixe, la douleur cessa bientôt.

3° Un troisième vésicatoire est dénudé et placé dans l'oxygène: la douleur fut telle que le sujet croyait qu'on avait jeté du sel sur la plaie. Dans l'acide carbonique, la douleur cédait tout à fait dans l'espace de deux minutes, pour reparaître aussitôt que la partie dénudée était replacée sous l'influence atmosphérique.

Si ces expériences ne sont pas entachées d'erreur, elles marquent certainement un progrès dans le traitement des brûlures et des blessures, puisqu'elles semblent permettre de soustraire le malade à la douleur en plaçant la partie affectée dans une atmosphère d'acide carbonique, ou de tout autre gaz ou fluide capable d'agir comme anesthésique local. Si les travaux d'Ewart, de Bedoes et de Fourcroy sont corrects, nous devons trouver dans l'acide carbonique un moyen de traitement très-favorable à la cicatrisation et à la guérison des solutions de continuité.

(*Edinburg medical Journal.*)

NOUVEAUX APPAREILS ÉLASTIQUES

à compression spirale ou circulaire.

Par M. le Dr Petit.

Depuis quelques années, et surtout depuis la découverte de la *vulcanisation*, le caoutchouc, employé sous mille formes, travaillé de mille manières, est devenu la base de la plupart des appareils de contention et de compression mis en usage en chirurgie. Cependant il est encore un certain nombre d'affections au traitement desquelles il n'avait pas paru jusqu'ici possible de l'appliquer, et dans la thérapeutique de certaines autres, le mode de fabrication des appareils semblait susceptible de quelques améliorations. Un homme habile et ingénieux, qui joint à un esprit remarquablement inventif le précieux avantage de posséder des connaissances anatomiques et physiologiques étendues, M. Bourjeaurd, ancien chirurgien de la marine, comprenant toute l'importance de la question générale à laquelle nous faisons allusion, s'est mis à l'étudier de la façon la plus suivie, la plus consciencieuse, et il est arrivé à des résultats inespérés (1). Ainsi, il est parvenu à créer de nouveaux appareils destinés à maintenir les hernies réduites et à remplacer les bandages à ressort métallique, si faciles à briser, si difficiles à fixer solidement dans une position convenable; et quant aux appareils déjà connus, les ceintures, les bas pour varices, les suspensoirs, etc., il a imaginé de donner à la force élastique une direction nouvelle qui permet de graduer la compression suivant les besoins. Voici en peu de mots la description de ces appareils:

(1) *Nouvelle méthode de compression par les appareils élastiques*, par M. Philippe Bourjeaurd, ancien chirurgien de la marine, brochure in-8°, chez l'auteur, rue des Beaux-Arts, 11, à Paris.

Le bandage ordinaire est un ressort d'acier disposé en demi-cercle, dont une des extrémités se fixe sur le rachis, tandis que l'autre présente une pelote qui presse violemment de dehors en dedans sur l'anneau et empêche la sortie de l'anse intestinale. A cette pression brutale, inintelligente, qui peut déterminer des accidents graves, des ecchymoses, des excoriations, l'engorgement des glandes de l'aine, M. Bourjeaurd substitue une ceinture munie d'une ou deux pelotes qui s'appliquent également sur les anneaux, mais dont la pression s'exerce différemment. Cette ceinture est formée d'une bandelette élastique, étroite, qui décrit, comme l'indique son nom, une *spirale* autour de la partie qu'elle doit comprimer. Les bords de chaque tour de la bandelette élastique sont cousus avec ceux de la bandelette supérieure et de la bandelette inférieure, de telle sorte que, dans son ensemble, l'appareil forme un tout sans solution de continuité. De plus, cette bandelette, élastique seulement dans le sens de sa longueur et inextensible dans celui de sa largeur, n'exerce dans ses révolutions multiples, de compression que dans un sens, toujours le même, perpendiculaire à l'axe du tronc ou du membre qu'elle embrasse.

Ce mécanisme une fois expliqué (et il est le même pour tous les appareils de M. Bourjeaurd) il est facile de comprendre que, dans les points correspondants aux anneaux, une pelote à air, dont le volume peut être augmenté à volonté, puisse être aisément adaptée à la ceinture qui la maintient étroitement appliquée sur l'ouverture. Deux sous-cuisses élastiques fixés à un bouton empêchent tout dérangement de l'appareil, dont nous reproduisons ici la figure.



S'agit-il d'une hernie crurale? A la ceinture primitive s'ajoute un cuissard qui supporte la pelote, si difficile, pour ne pas dire impossible, à fixer avec les bandages ordinairess.



Examinant la question à un point de vue plus élevé que celui des bandagistes, M. Bourjeaurd a posé en principe, et l'expérience a prouvé qu'il avait raison, qu'il ne faut pas seulement comprimer les anneaux herniaires, mais qu'il est utile de contenir la masse intestinale qui tend à se porter vers ces ouvertures. Les aponévroses abdominales étant insuffisantes chez les hernieux pour contenir les intestins dans la cavité normale de l'abdomen, M. Bourjeaurd supplée à leur insuffisance au moyen de sa ceinture élastique, qui s'applique exactement sur la peau et fait corps avec elle. Cette remarque, l'une des plus importantes de l'art, et qui n'avait encore été mise à profit par personne, est une de celles sur lesquelles a insisté avec le plus de force M. A. Guérin, dans le savant rapport qu'il a présenté à la Société de chirurgie sur ces appareils.

Quant à la hernie ombilicale, le mécanisme de la ceinture est encore plus facile à comprendre, et nous bornant à reproduire ici le dessin qui la représente, nous nous hâtons de jeter un coup d'œil sur les ceintures destinées aux femmes enceintes et aux nouvelles accouchées, pour terminer par deux autres appareils des plus utiles, nous voulons dire les bas pour varices et le suspensoir.



On sait les malaises auxquels sont sujettes les femmes pendant les derniers mois de leur grossesse, malaises déterminés par la compression qu'exerce sur les troncs veineux et sur les nerfs qui l'avoisinent l'utérus chargé du produit de la conception. Une ceinture élastique, destinée à soutenir l'organe devenu physiologiquement trop volumineux, et apportant un précieux renfort aux fibres distendues des muscles abdominaux, dissipera ces malaises auxquels ne remédient qu'incomplétement les bandes de toile ou de flanelle que l'on emploie ordinairement à cet usage. Inutile de dire, on le comprendra sans peine, qu'une ceinture analogue, souple et légère pourra remplacer, après l'accouchement, le classique bandage de corps.

Le bas élastique, jusqu'à ces derniers temps, était extensible dans tous les sens, en longueur comme en largeur. Il est pourtant évident que la compression latérale est la seule qui soit utile, et qu'un appareil qui l'exercera uniquement sera bien plus efficace que ceux dans lesquels un effet dépourvu de toute espèce d'avantages viendra contrarier l'effet principal. Avec le bas de M. Bourjeaurd, rien de pareil. La spirale décrite par la révolution de la bande élastique autour de la jambe ne comprime le membre que perpendiculairement à son axe, et force les parois des veines à s'affaisser. Notons en passant que ce bas ne devra être appliqué qu'après quelques minutes au moins d'un décubitus horizontal, le talon ayant même, s'il est possible, été élevé sur un plan un peu supérieur à celui du reste du corps.

Nous terminerons l'exposé de ces intéressants appareils par la mention du suspensoir, construit suivant les mêmes principes. Si, pour nous servir de l'expression d'un homme compétent en déligation chirurgicale, M. Rigal (de Gaillac), si, jusqu'à présent, les *suspensoirs ne suspendaient rien*, la maligne remarque de notre savant confrère ne subsistera plus en présence du suspensoir de M. Bourjeaurd, qui soutient et contient avec une douce pression, sans gêne et sans aucun danger, les organes contenus dans les bourses, qu'ils

soient sains ou malades, qu'ils soient le siége d'une affection aiguë, comme l'orchite, ou d'une affection chronique, hydrocèle, varicocèle, etc.

Les expériences nombreuses faites depuis plusieurs années dans les hôpitaux de Londres, et couronnées des plus éclatants succès; les éloges accordés à l'ingénieuse invention de M. Bourjeaurd par la Société de chirurgie, nous semblent des motifs suffisants pour recommander à nos confrères l'usage des appareils compresseurs en spirale; nous pouvons leur assurer qu'ils en obtiendront les plus heureux résultats.

NOUVEAU PROCÉDÉ

pour la préparation et la conservation de quelques médicaments du Codex (SIROPS, SUCS, EXTRAITS).

Le *Codex* contient la formule d'un grand nombre de sirops composés et de quelques sucs d'herbes qui, par l'heureuse combinaison des substances dont ils se composent, sont des agents thérapeutiques précieux et d'une efficacité tellement bien constatée, qu'ils ont survécu à l'hécatombe de la polypharmacie et à tous les systèmes. Mais la plupart de ces sirops, fortement chargés de matières mucilagineuses azotées, s'altèrent très-promptement et perdent ainsi la plus grande partie de leurs propriétés.

D'un autre côté, on ne peut faire usage des sucs d'herbes que pendant le temps, assez restreint, où les plantes jouissent de toutes leurs propriétés.

Désireux de conserver à la médecine, sous une forme inaltérable, des médicaments d'une efficacité aussi éprouvée, M. Laurent, pharmacien de l'École supérieure de pharmacie de Paris, a pensé qu'on pourrait les remplacer avec avantage, dans la plupart des cas, par des saccharolés solides, en concentrant dans le vide les décoctés ou infusés qui servent à la préparation des sirops et les sucs des plantes obtenus dans le moment convenable, et divisant le produit concentré en doses uniformes qu'il recouvre d'une forte couche sucrée, à la manière des dragées ordinaires.

A l'aide d'un appareil de son invention, qui lui permet d'opérer à une très-basse température, il obtient des produits qui n'ont éprouvé aucune altération et représentent exactement les propriétés médicales des substances employées, dont ils conservent l'odeur et la saveur. Il a soumis son appareil et ses produits à l'appréciation de l'Académie de médecine, qui les a renvoyés à l'examen d'une commission spéciale composée de MM. Bussy, Ricord et Bouchardat.

Voici un extrait du rapport fait à l'Académie, au nom de cette commission, par M. le professeur Bouchardat, et dont cette savante compagnie a approuvé les conclusions.

« Toutes les applications proposées par M. Laurent reposent sur l'emploi d'un nouvel appareil pour la concentration dans le vide.

« Bien des efforts ont déjà été tentés pour appliquer facilement aux usages courants de la pharmacie les appareils à évaporation dans le vide; mais ces appareils, qui rendent de si grands services à l'industrie, ne se trouvent encore que dans quelques rares laboratoires de pharmacie. L'emplacement qu'ils réclament, quelques difficultés dans leur manœuvre, leur prix élevé, en ont jusqu'ici limité l'emploi dans la pratique pharmaceutique. . . . .

« M. Laurent utilise particulièrement son appareil pour la préparation des extraits, des eaux distillées, des alcoolats, et pour la rectification et la purification des alcools. Les extraits préparés par lui, et qui ont été examinés par vos commissaires, représentent, par leur saveur et par l'ensemble de leurs propriétés, la substance qui a servi à les préparer; ils se dissolvent sans résidu dans le liquide qui leur a servi de dissolvant primitif.

« Ce n'est pas seulement des extraits employés ordinairement en pharmacie que M. Laurent prépare; il obtient aussi, sous forme d'extraits, les dissolutions extractives aqueuses qui forment la base des sirops préparés avec ces liqueurs extractives, tels que les sirops de chicorée composé, de salsepareille composé, de mou de veau composé, etc., etc. Il concentre de la même manière les sucs d'herbes dépuratifs et anti-scorbutiques, etc. Il enrobe ces extraits d'une couche de sucre suffisante pour les préserver de toute altération, et il obtient ainsi, sous une forme inaltérable et d'une administration facile, l'équivalent des sirops pharmaceutiques qui sont le plus exposés à fermenter.

« Dans la conviction que l'appareil de MM. Laurent et Egrot pourra être utile aux pharmaciens, et que les *applications que M. Laurent a faites de cet appareil sont bien entendues*, nous avons l'honneur de vous proposer de le remercier de son intéressante communication. » (Adopté.)

M. Laurent prépare, d'après ce procédé, les saccharolés solides des sirops du *Codex* qui fermentent le plus facilement, et ceux des sucs d'herbes dépuratifs et anti-scorbutiques.

Il enrobe en outre, de la même manière, les extraits de colchique, de cachou, de ratanhia, etc.

Il vient de publier un petit formulaire dans lequel il rappelle la formule et les propriétés des médicaments ainsi transformés par lui.

En voici la nomenclature :

Dragées pectorales de mou de veau composées.

(Formule du sirop de ce nom.)

Fortement chargées, comme ce sirop, de substances adoucissantes et béchiques, elles sont un pectoral employé avec avantage dans les pneumonies, les catarrhes pulmonaires, les rhumes ou bronchites, grippes, etc.

Dragées d'érysimum composées.

(Formule du sirop de ce nom.)

Comme lui, elles sont un excellent tonique et un léger excitant de la muqueuse bronchique. Elles facilitent l'expectoration dans les affections catarrhales chroniques, et elles sont employées avec succès contre l'enrouement. Cette plante a joui longtemps d'une vogue populaire.

Dragées de tamarin.

(Composées avec l'extrait de pulpe de tamarin rouge du Brésil.)

De même que le tamarin, elles sont à la fois rafraîchissantes et laxatives. En délayant deux dragées dans un verre d'eau, on obtient une tisane rafraîchissante légèrement acide, fort agréable, et à la dose de 8 à 12 par jour ces dragées purgent légèrement.

Elles agissent comme laxatif tempérant, et sont très-utiles pour entretenir la liberté du ventre, surtout dans le cours des maladies inflammatoires, et pour combattre la constipation qui les détermine habituellement.

Dragées de rhubarbe composées.

(Formule du sirop de ce nom.)

Ces dragées, dans lesquelles la rhubarbe se trouve alliée à la chicorée et à d'autres plantes dépuratives et diurétiques, sont le meilleur et le plus doux purgatif des jeunes enfants, et elles conviennent à toutes les époques de la vie, dans l'état adynamique, quand l'emploi des évacuants est indiqué.

A la dose de 2 à 3, matin et soir, elles sont pour les adultes un bon toni-purgatif qui excite les fonctions de l'estomac et tient le ventre libre, sans irriter les intestins et avoir les inconvénients des pilules aloétiques et autres, etc.

Dragées des cinq racines apéritives.

(Formule du sirop de ce nom.)

Bien qu'elles n'aient pas une action aussi énergique que la digitale, la scille, etc., les cinq racines apéritives fortement chargées de principes aromatiques constituent un diurétique assez actif.

On peut donc employer ces dragées dans tous les cas où il est nécessaire d'augmenter les sécrétions urinaires.

Dragées de colchique.

(Chaque dragrée contient 2 centigrammes et demi d'extrait acétique de colchique.)

Les préparations de colchique sont, comme on sait, généralement employées dans la thérapeutique du rhumatisme et de la goutte. Des milliers de faits soigneusement étudiés, dit M. le professeur Trousseau, prouvent que leur action est aussi sûre contre ces affections que celle du sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes : elles sont prescrites avec un égal succès contre les hydropisies passives.

L'extrait acétique a été préconisé par Scudamore, et M. Bouchardat le considère comme plus énergique que l'extrait aqueux ou alcoolique. Il ajoute qu'il est plus facilement supporté par l'estomac que les autres préparations.

Les dragées acétiques de colchique offrent le moyen d'administrer cette substance à doses toujours uniformes d'une manière aussi commode et aussi agréable que possible.

Dragées de salsepareille composées.

(Formule du sirop de Cuisinier.)

Ce sirop, qu'on administre très-souvent dans les affections syphilitiques constitutionnelles et les maladies graves de la peau, est considéré comme le dépuratif par excellence de la pharmacie, et les praticiens les plus célèbres assurent qu'on peut en attendre des succès incontestables, à la seule condition d'en prolonger l'emploi.

Les dragées de Laurent offrent le moyen d'administrer les principes qui entrent dans sa composition sous une forme inaltérable; elles sont d'ailleurs d'un emploi bien plus facile que le sirop, surtout en voyage.

Tisane sudorifique sèche.

(Six dragées représentent un litre de tisane sudorifique du Codex.)

Cette tisane, qui réunit les propriétés sudorifiques de la salsepareille, du gaïac et du sassafras, s'emploie également comme anti-syphilitique et pour augmenter les sécrétions de la peau; c'est à ce titre qu'on en fait fréquemment usage contre les affections cutanées, la goutte et les rhumatismes.

Il suffit de délayer une dragée dans un verre d'eau tiède, pour avoir une tisane sudorifique toujours identique et sur l'action de laquelle on peut compter.

Dragées dépuratives.

(Au suc d'herbes.)

Le suc d'herbes jouit depuis longtemps d'une grande réputation comme dépuratif et tonique, et s'emploie généralement dans les maladies chroniques de la peau, les scrofules, etc.; mais on ne peut l'employer que pendant un temps restreint.

Les dragées dépuratives offrent le moyen d'en faire sûrement usage à toutes les époques de l'année.

Dragées anti-scorbutiques.

(Formule des sucs anti-scorbutiques.)

Les sucs des plantes anti-scorbutiques qui contiennent du soufre au nombre de leurs principes jouissent de propriétés stimulantes assez énergiques. On les emploie dans les divers accidents qui dénotent ou accompagnent l'état scrofuleux et scorbutique, et contre les maladies de la peau.

Les dragées de Laurent permettent également d'avoir recours à cette médication à toutes les époques de l'année.

Dragées d'armoise composées.

(Formule du sirop de ce nom.)

Il suffit d'examiner les propriétés bien constatées des plantes qui entrent dans leur composition pour être convaincu que ces dragées sont un bon excitant emménagogue, d'une action certaine pour combattre l'atonie de l'estomac et de l'utérus, dans la dyspepsie, certaines gastralgies, la chlorose, l'aménorrhée, surtout chez les jeunes filles mal réglées.

Dragées de gentiane.

(Formule du sirop de ce nom.)

La gentiane est un de nos meilleurs amers. Le principe tonique, dont la nature n'est pas bien connue, y est uni avec un autre principe qui agit comme stimulant du système nerveux.

Ces dragées permettent de l'administrer sous une forme agréable pour exciter l'appétit, ranimer les forces dans les affections scrofuleuses, l'anémie, la chlorose, les fièvres intermittentes, les rhumatismes chroniques, la goutte, etc.

Dragées de ratanhia.

(Chaque dragée contient 30 centigrammes d'extrait aqueux de ratanhia.)

Ces dragées offrent le moyen le plus facile et le plus commode d'administrer cet extrait, qui est un des astringents les plus énergiques et des plus puissants hémostatiques que nous possédions contre les hémorrhagies graves, les diarrhées, les catarrhes chroniques du poumon, de l'utérus, du vagin, de l'urètre, contre l'hémoptysie, la leucorrhée, etc.

Dragées de cachou.

(Chaque dragée contient 20 centigrammes d'extrait de cachou.)

Comme le cachou, qui en est la base, ces dragées possèdent à la fois des propriétés astringentes et corroborantes.

Elles sont particulièrement indiquées dans les cas de dyspepsie accompagnée de diarrhée, pour combattre le scorbut, les hémorrhagies, la leucorrhée, et à haute dose dans le traitement de la phthisie pulmonaire tuberculeuse.

Les avantages qu'offre ce nouveau mode d'administration des divers médicaments que nous venons d'énumérer sont trop évidents pour que nous croyions devoir les signaler longuement. Ils seront, nous n'en doutons pas, appréciés aussi favorablement par le corps médical tout entier qu'ils l'ont été par l'Académie de médecine.

CHORÉE OPINIATRE GUÉRIE PAR LE NITRATE D'ARGENT.

Contre une chorée qui, pendant plus de quatre ans, avait résisté aux antispasmodiques, aux révulsifs, aux narcotiques, etc., le docteur Nieberg a eu recours avec succès au nitrate d'argent employé de la manière suivante :

Nitrate d'argent cristallisé.	0,15
Eau distillée.	45,00

Une cuillerée à café trois fois par jour; on augmenta successivement jusqu'à la dose de sept cuillerées.

(*Rev. de Thér. méd.-chirurg.*)

EMPOISONNEMENT.

M. Walter Wilson, un correspondant du *Times*, établit que 536 personnes par an meurent empoisonnées en Angleterre. Or, en admettant que le nombre de ceux qui ne succombent pas au poison se trouve dans la proportion de 11 à 1 (et c'est ce qui se passe à Birmingham), on peut conclure que chaque année 6,432 personnes s'empoisonnent ou sont empoisonnées.

Cette statistique tire son intérêt de la tension des esprits en Angleterre, sur la vente des médicaments vénéneux, qui donne lieu à tant de sinistres. (*The medical circul.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 octobre 1856. — Présidence de M. BUSSY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. Comon, médecin cantonal de Longuyon (Moselle), sur une épidémie de fièvres typhoïdes. (Commission des épidémies.)

2° Une demande formée par le sieur Rempp, à l'effet d'être autorisé à exploiter pour l'usage médical l'eau d'une source située à Soultz-sous-Forêt (Bas-Rhin). (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Billiard (de Corbigny) adresse un mémoire intitulé *Découverte des sources de l'ozone organique*. (M. Bouchardat, rapporteur.)

COMMUNICATION.

Traitement des kystes ovariques. — M. BARTH. L'Académie n'a sans doute pas oublié que je l'ai entretenue, il y a quelques mois, d'un nouveau mode de traitement pour un cas de kyste volumineux de l'ovaire. Je viens lui faire connaître aujourd'hui le complément de cette observation. Je rappellerai d'abord le fait en quelques mots.

Il s'agit d'une femme de trente-sept ans, entrée à l'hôpital Beaujon pour une variole. Cette femme présentait un kyste volumineux de l'ovaire, uniloculaire, datant alors de deux ans. En présence des dangers que l'accroissement incessant de cette tumeur pouvait faire courir à la malade, je jugeai nécessaire d'agir. Mais le cas était difficile. Une simple ponction n'aurait certainement pas été suffisante. Une injection iodée pouvait n'être pas sans dangers à cause de la difficulté de s'assurer si une partie du liquide ne passerait pas dans le péritoine. Je m'arrêtai au parti suivant :

Le 10 mars, je pratiquai une ponction au-dessus du pubis, après avoir préalablement évacué la vessie; ayant retiré la lame et laissé écouler par la canule une petite quantité du liquide, je réintroduisis le trocart dans la canule et traversai de nouveau le kyste de dedans en dehors à 7 ou 8 centimètres au-dessus de la première ponction; puis je glissai dans la canule une longue aiguille munie d'une sonde de caoutchouc vulcanisé destinée à rester en place dans le kyste. Les

deux extrémités de cette sonde sortaient par chacune des ponctions ; tandis que sa partie moyenne, séjournant dans le kyste, percée de deux petits trous, devait permettre au liquide de s'écouler au dehors à mesure qu'il se formait.

Cette manière de procéder devait me fournir l'avantage de maintenir constamment le kyste rapproché de la paroi abdominale, de manière à pouvoir y pratiquer des injections à volonté.

L'opération en elle-même ne présenta rien de particulier; elle ne fut que médiocrement douloureuse.

Au bout de huit jours, dans le but de m'assurer du degré de susceptibilité du kyste, je pratiquai une injection d'eau tiède. Dix jours après, le kyste étant notablement réduit de capacité et pensant qu'il n'y aurait plus aucun danger, je me décidai à pratiquer une première injection iodée, qui fut répétée les jours suivants. C'est vingt jours après cette première injection que j'ai présenté la malade à l'Académie. Son état général était alors notablement amélioré, et le kyste était très-diminué de volume.

A dater de cette époque, un écoulement séro-purulent a continué à avoir lieu par les orifices; j'espérais alors obtenir par ce moyen une guérison plus ou moins prochaine. Cependant le kyste cessa de se rétracter, et la tumeur conservait le même volume, bien qu'il se fît tous les jours un écoulement abondant par les trous de ponction. La malade, ayant perdu patience, réclama sa sortie le 18 mai.

Le 26 suivant, elle revint à la consultation amaigrie et avec un facies altéré. La tumeur paraissait avoir conservé à peu près le même volume. Je lui proposai de rentrer, mais elle ne voulut pas, et retourna à Neuilly, où elle habite.

Le soir de la même journée, on la ramena à l'hôpital, et, à peine entrée, on vint m'avertir qu'elle venait d'accoucher. Ma surprise fut extrême : je ne pouvais en croire un tel rapport; mais on me présenta l'enfant. Bref, l'accouchement fut suivi de l'invasion d'une péritonite suraiguë, à laquelle la malade succomba rapidement.

A l'autopsie, je trouvai le kyste aplati derrière la paroi abdominale et perforé à sa partie supérieure dans l'étendue d'une pièce de 50 centimes. Derrière ce kyste, se trouvait la matrice en partie revenue sur elle-même. On trouvait dans toute l'étendue de l'abdomen des traces d'une péritonite suraiguë.

Ce fait me paraît renfermer de nombreux enseignements. Je rappellerai d'abord qu'on a opposé au procédé que j'ai mis en usage plusieurs objections très-sérieuses. Or, on pense, par la manière dont les choses se sont passées, que le procédé par lui-même n'a rien déterminé de sérieux; qu'aucun des accidents survenus ne sauraient lui être imputable. J'ai pu me rendre en quelque sorte maître du kyste. Les accidents ont eu une autre cause; et c'est ici le cas de faire remarquer ce qu'il y a de curieux dans cette grossesse se développant derrière un kyste. Il m'est revenu alors à la mémoire que cette femme avait déclaré, dans le principe, qu'elle avait cessé d'être menstruée depuis quelques mois, mais sans se croire nullement enceinte. La malade était mariée; elle n'avait donc aucune raison de chercher à nous tromper; mais elle s'est trompée elle-même.

La grossesse s'est développée régulièrement et sans paraître recevoir aucune influence fâcheuse de la présence du kyste; mais il n'en a pas été de même à l'égard de celui-ci. Par suite des distensions et de la compression auxquelles il a été soumis par le produit de la conception, le kyste s'est rompu, et c'est consécutivement à cette rupture qu'a eu lieu prématurément l'accouchement (environ vers le cinquième mois de la grossesse), puis la péritonite qui a amené la mort.

Mais quant à l'opération, je le répète, elle n'a produit aucun accident, et elle est restée complétement étrangère à cette issue fatale. La perforation du kyste, qui a déterminé les accidents mortels, n'a pas eu lieu, comme on pourrait le croire, par l'une des ponctions; elle a eu lieu vers le sommet de la tumeur.

M. Malgaigne. La communication de M. Barth est extrêmement intéressante, en particulier en ce qui concerne le procédé mis en usage; mais elle l'est surtout au point de vue général du traitement des kystes ovariques. Peu de sujets sont aussi importants que celui-là pour la pratique, si l'on considère surtout combien peu de médecins sont fixés sur le traitement de ces hystes.

M. Barth a pratiqué deux ponctions; je crois que c'est trop d'une. En médecine opératoire, ce qui est inutile est bien près d'être nuisible. Je ne serais pas éloigné d'attribuer à la double ponction la suppuration prolongée qui a eu lieu dans la tumeur. Il y a là, à mon avis, un péril sans aucun bénéfice. Voilà pour le procédé.

Voici maintenant sur quoi je voudrais appeler l'attention de l'Académie. On a tenté depuis un certain nombre d'années plusieurs moyens de traitement pour la cure des kystes ovariques. Faut-il abandonner ces kystes à eux-mêmes? Faut-il leur opposer un traitement palliatif ou un traitement curatif? La cure palliative, outre qu'elle est insuffisante, n'est pas toujours exempte de danger. On connaît des exemples de simples ponctions suivies de mort.

Le traitement curatif soulève une grave question. Je ne parlerai pas de ces fameuses opérations faites en Amérique, et qu'on a eu le bon esprit de ne point imiter en Europe, ou du moins en France, que je sache. Nous nous sommes défiés avec raison des brillantes statistiques des chirurgiens américains. Il y a quelque sujet de craindre, en effet, que le résultat de ces ablations n'ait été que beaucoup trop radical. Mais il est une autre opération qui a prévalu parmi nous, c'est la ponction suivie de l'injection iodée. Je sais qu'il existe des exemples de guérison; mais la nature est si puissante, que je me demande si ces guérisons n'ont pas eu lieu quand même. Je ne conteste pas les résultats de la méthode, mais je dis seulement qu'ils manquent de preuve. D'un autre côté, c'est une chose grave que de pratiquer une injection iodée dans un kyste de l'abdomen. Je crois que c'est là une opération à laquelle on ne doit se déterminer que lorsqu'il y a péril pour la vie des malades. Dans le cas contraire, je considère comme plus sage et plus prudent de s'en tenir à la ponction palliative, ou mieux encore de ne rien faire.

L'opinion, je le répète, n'est pas fixée sur la valeur de cette opération, et j'avoue que mon expérience personnelle n'est pas suffisante pour me permettre de la juger. Je pense donc qu'il serait du plus grand intérêt de soumettre cette question à une discussion approfondie.

M. Moreau. La coexistence d'une grossesse avec un kyste de l'ovaire n'est pas aussi rare que paraît le penser M. Barth. Je l'ai rencontrée pour ma part plusieurs fois. Dans ces cas, la présence du kyste apportait de très-graves difficultés à l'accouchement, mais elles n'empêchaient nullement la grossesse de se développer régulièrement et d'arriver à son terme.

Je suis complétement de l'avis de M. Malgaigne pour ce qui regarde le traitement; je crois que ce qu'il y a de mieux à faire dans les kystes de l'ovaire, c'est de no rien faire du tout et de les laisser tranquilles. On a proposé dans le temps de traiter ces tumeurs par un courant galvanique. J'ai vu deux fois cette opération être suivie d'accidents inflammatoires mortels chez deux jeunes femmes qui eussent pu certainement vivre longtemps avec leur kyste. On a parlé de l'ablation. Je l'ai vu pratiquer une fois, elle a été également suivie de mort.

De deux choses l'une : ou la tumeur n'apporte aucune perturbation dans les fonctions et dans l'état général de la malade, ou au contraire elle compromet la vie par des troubles fonctionnels plus ou moins graves. Dans le premier, il est inutile d'agir; dans le second cas, les ponctions palliatives remplissent suffisamment le but. J'ai eu souvent l'occasion de pratiquer ces ponctions palliatives; je l'ai pratiquée 28 ou 29 fois sur la même femme, sans aucun danger. J'ai vu une femme qui avait subi 110 fois la ponction. Une seule fois j'ai vu cette ponction palliative suivie d'une guérison radicale. La ponction fut pratiquée par M. Roux chez une dame qui se croyait enceinte, et qui m'en voulait beaucoup de l'avoir désabusée.

M. Huguier : J'ai eu l'occasion de soigner il y a quelque temps une dame de quarante ans, atteinte d'un kyste de l'ovaire compliqué d'une tumeur fibreuse de l'utérus. Lorsqu'elle me fut adressée, elle était en proie à une dyspnée extrême et à une asphyxie presque imminente, tant la tumeur était volumineuse. La chirurgie ne pouvait opposer à ce danger que des moyens palliatifs. Une ponction donna issue à 16 ou 17 litres de liquide. Il ne résulta de cette ponction qu'une inflammation peu violente. Mais l'hydropisie s'étant reproduite, cette fois avec des symptômes de suppuration et d'infection putride, une seconde ponction fut pratiquée en présence de M. Malgaigne; celle-ci donna issue à 10 ou 12 litres de liquide purulent. A la suite de cette seconde ponction, la poche est revenue sur elle-même. Je laissai à demeure une canule par laquelle je pratiquai plus tard des injections iodées, d'abord très-étendues, puis de plus en plus concentrées. Aujourd'hui la malade va bien. Elle a toujours sa canule en permanence. La tumeur est tellement rétractée, qu'on peut à peine y injecter un verre de liquide. C'est l'exemple le plus remarquable que je connaisse d'un retrait aussi considérable d'un kyste.

M. Cazeaux. On a fait des objections à l'injection iodée; on a demandé des exemples de guérison. Il y a quelques années, j'ai été chargé par l'Académie de lui faire un rapport sur un mémoire de M. Boinet. Ce mémoire ayant été publié depuis, le rapport n'a point été fait; mais je n'en ai pas moins étudié la question. Il est certain pour moi, aujourd'hui, qu'il existe un certain nombre de cas de guérison. J'ai revu plusieurs malades opérées par M. Boinet depuis quatre ou cinq ans; or, ces femmes, qui avaient des kystes très-volumineux qui refoulaient le diaphragme, n'avaient plus, lorsque je les ai revues, que des tumeurs dont le volume égalait à peine celui d'une tête de fœtus, et ne contenant plus aucun liquide. Or, on ne peut nier que ce ne soit là un résultat évidemment très-favorable, et qui peut être considéré comme une guérison.

Maintenant, faut-il conclure de ces résultats heureux qu'on doit toujours opérer? Ce n'est ni l'opinion de M. Boinet ni celle d'aucun chirurgien. Il y a évidemment des cas qui se refusent à l'opération; tels sont, par exemple, les kystes multiloculaires. Il en est qui ont été suivis de mort pour avoir été opérés inopportunément. Mais est-ce une raison pour s'abstenir dans les cas simples? Je ne le pense pas. Je le pense d'autant moins, que même dans ces cas, les kystes ovariques ne sont pas tout à fait aussi innocents que semble le croire M. Moreau. Cela est vrai quelquefois. Ainsi, je connais une personne qui a un kyste énorme, et qui n'en éprouve aucune incommodité. Mais beaucoup de femmes en sont assez gênées pour que cette affection nécessite l'intervention de la chirurgie. Or, qu'arrive-t-il, si l'on se borne dans ce cas à des ponctions palliatives répétées? L'expérience montre que la plupart des femmes finissent au bout de quelques années par succomber.

Je crois donc, pour ma part, qu'il faut exclure de toute intervention opératoire les kystes multiloculaires et les kystes compliqués d'autres tumeurs; mais pour les kystes simples, uniloculaires, je crois utile et prudent de recourir à une opération qui n'offre point, en général, de danger sérieux, et qui a au moins pour effet, si elle ne guérit pas radicalement, d'éloigner beaucoup du moins les époques où de nouvelles opérations pourront être nécessaires.

M. Velpeau. La question soulevée par la communication de M. Barth est d'autant plus importante qu'elle n'a jamais été l'objet de discussions sérieuses ni en France ni à l'étranger. Nous avons vu, il y a quinze ou vingt ans, une sorte d'épidémie d'opérations aventureuses; on ne parlait que d'ablations des kystes de l'ovaire. Cette épidémie heureusement n'a pas gagné la France. Aujourd'hui nous en avons une autre, c'est l'épidémie des injections iodées; celle-là heureusement est moins grave, et la question mérite d'être très-sérieusement examinée.

Pour ce qui me concerne, je suis, contre mon habitude, un peu de l'avis de tout le monde. Ainsi, sur le fait particulier qui nous est soumis, je suis d'avis, avec M. Barth, qu'il est bon de laisser en place une canule qui permette l'écoulement du liquide à mesure qu'il se forme. Quant à la question de la bénignité ou de la malignité des kystes de l'ovaire, il y a beaucoup de choses à dire. Il est des femmes qui vivent longtemps et bien portantes avec des kystes volumineux; c'est même, il faut le dire, le plus grand nombre. D'autres sont loin d'être aussi heureuses. Il y en a qui éprouvent au bout de quelque temps des troubles tels qu'on est obligé de recourir à des ponctions palliatives. Chez d'autres, ce sont des accidents inflammatoires locaux qui surviennent et entraînent rapidement la mort. J'ai vu, comme M. Moreau, des femmes qui supportaient très-bien un grand nombre de ponctions palliatives; mais il en est quelques-unes qui succombent rapidement à la répétition de cette opération. J'ai eu à cet égard deux phases bien tranchées dans ma carrière chirurgicale. Pendant une longue série d'années, j'ai toujours réussi. Puis il m'est arrivé dans la même année d'avoir 5 cas de mort à la suite de la ponction. On comprend qu'il ne m'est plus permis depuis de dire que cette opération n'est pas dangereuse. Ce n'est pas tout. Il y a quelques années, une femme vint à la Charité demandant à être opérée à tout prix. J'hésitais à le faire; cependant sur ses instances, et après avoir pris l'avis du mari, qui y consentit, je me décidai à l'opérer. Le jour fixé, et au moment où tout était prêt pour l'opération, cette femme est prise tout à coup de douleurs vives dans la tumeur, accompagnées bientôt d'accidents graves. Le lendemain, elle était morte. Je le demande, que fût-il arrivé si je l'avais opérée quelques instants plus tôt? Je conclus de cela que ce n'est pas une petite affaire qu'un kyste de l'ovaire.

Quant à la ponction curative, c'est-à-dire avec injection iodée, je la tiens pour très-dangereuse dans les cas de kystes multiloculaires, multiples ou compliqués. C'est donc pour les cas les plus simples qu'on doit la réserver. Mais on se trouve alors en présence d'un singulier dilemme. Dans les cas graves, où il serait surtout utile de pouvoir compter sur une méthode sûre, l'opération est impossible ou dangereuse; elle n'est possible et efficace que pour les cas simples, qui n'entraînent aucun inconvénient sérieux pour les malades, et où par conséquent elle ne serait pas indispensable.

M. Velpeau entre ici dans quelques considérations sur la composition anatomique des kystes ovariques, et des différences notables qui les distinguent d'avec les organes à surfaces séreuses, il conclut à l'impossibilité d'obtenir des injections iodées dans ce cas les heureux résultats que l'on obtient pour ces derniers. Il termine en exprimant le désir que l'Académie mette cette question à son ordre du jour, et qu'elle veuille bien fixer un jour pour la discuter.

M. le Président : Le bureau prendra ce désir en considération, et fixera un jour pour cette discussion.

La parole est à M. Jobert pour la lecture d'un rapport.

RAPPORT.

Anomalie du pavillon de l'oreille. — Otomiosie. — M. Jobert (de Lamballe), en son nom et au nom de M. Poiseuille, lit un rapport sur une observation de M. Joseph Martino (de Naples), relative à une anomalie du pavillon de l'oreille et à un procédé d'otomiosie.

Il s'agit d'un jeune homme qui présentait un développement exagéré des deux oreilles, d'où résultait une difformité choquante. M. Martino eut recours au procédé d'exérèse suivant; dans un premier temps, une perte de substance fut faite au pavillon de l'oreille; dans le second, on rapprocha les lèvres de la plaie et on les maintint en contact par la suture. Le pavillon de l'oreille fut divisé de dehors en dedans, du bord externe vers le centre de la conque et de haut en bas. Un second coup de ciseau intéressa l'épaisseur du pavillon à un demi-pouce de la première section, de manière à obtenir une perte de substance d'une forme triangulaire. Quatre points de suture furent ensuite appliqués. Le cinquième jour l'appareil fut levé, et l'on trouva la plaie réunie par première intention. Un mois après la même opération fut pratiquée sur l'autre oreille.

M. le rapporteur regrette que l'auteur ait gardé le silence sur la manière dont s'est faite la réunion des cartilages. Quant à l'opération en elle-même, dit M. le rapporteur, elle n'offre pas de gravité, et peut être approuvée, quoiqu'on doive la classer parmi les opérations de complaisance. Les excisions des parties exubérantes de l'oreille ne sont pas d'ailleurs des opérations nouvelles, puisqu'on les trouve inscrites dans les ouvrages classiques.

Les commissaires proposent à l'Académie d'adresser à l'auteur des remerciments pour sa communication et de déposer honorablement son travail dans les archives. (Adopté.)

— La séance est levée avant cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Meyer Steiger, médecin-major du 2[e] régiment de la légion étrangère, vient de mourir en Algérie.

— On pourrait, selon Luton, préserver pendant longtemps de toute décomposition les substances soit animales, soit végétales en les plongeant dans de la glycérine. Cette matière jouirait même d'une propriété anti-septique assez prononcée pour bien injecter les cadavres.

(*The medical circular.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Edmond-Belin, de Colmar (Haut-Rhin); *De la version du fœtus par manœuvres externes.*

Bornèque, de Bitschwiller (Haut-Rhin); *De l'emploi de l'arsenic à l'intérieur dans les maladies de la peau.*

Millière, d'Arc en Barrois (Haute-Marne); *Considérations sur l'agonie et son traitement.*

Lasségue, né à Pouillon (Landes); *De l'influence de la grossesse et de l'état puerpéral sur la marche de la phthisie.*

Bouvyer, né à Dreux (Eure-et-Loir); *Etude clinique sur les effets de l'abstinence dans les maladies.*

Boichin, né à Saint-Christophe (Isère); *De l'habitude.*

Lasnier, né à Malestroit (Morbihan); *Quelques considérations sur l'amputation en général et le traitement des amputés.*

Ladevèze, né à Saint-Galmier (Loire); *De l'ictère.*

Chavanne, né à Dôle (Jura); *De la combustion humaine spontanée.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Documents et Mélanges publiés à l'occasion de la maladie asiatique introduite dans les Etats romains et les Alpes dauphinoises, par V. Bally.

Études anatomiques sur l'hydrhémo-choladrée et sur la fièvre jaune, par V. Bally.

Ces ouvrages se trouvent dans les librairies médicales.

Le Gérant,
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messagerie.
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Ponction du péricarde pratiquée pour un cas de péricardite avec épanchement très-considérable.

La paracentèse du péricarde, devant laquelle on a si longtemps reculé, moins peut-être pour les dangers réels qu'elle entraîne qu'à cause des incertitudes du diagnostic, est une opération que l'on peut considérer maintenant comme admise dans la pratique. L'expérience s'est prononcée sur sa possibilité et sur son utilité. Dans une consultation récente, dont il va être parlé tout à l'heure, et qui a eu une certaine solennité par le nombre et l'autorité des consultants, cette utilité a été publiquement reconnue. Tous les médecins de l'Hôtel-Dieu, réunis à la demande de M. Trousseau pour délibérer sur un cas grave de péricardite avec épanchement considérable et qui paraissait devoir entraîner une mort très-prochaine, ont été unanimement d'avis qu'il y avait lieu de pratiquer la ponction du péricarde comme unique moyen de conjurer le danger immédiat. Mais l'indication posée, toutes les questions ne sont pas résolues. Fort de cette unanimité qui mettait sa responsabilité à l'abri, M. Trousseau a pratiqué, en présence des consultants, la paracentèse du péricarde. Le résultat n'a pas répondu, dans cette circonstance, à son attente, et des difficultés de plus d'un genre qu'il ne doit pas être toujours facile de prévoir, sont venues montrer que l'opération n'est pas toujours aussi facile, ni aussi sûre dans ses résultats qu'on a pu le dire dans ces derniers temps, — encouragé peut-être qu'on était dans cette sorte de réaction contre les préventions de nos devanciers, par le succès de quelques-unes des heureuses tentatives que nous avons déjà fait connaître. — D'un autre côté, la petite discussion qu'a provoquée l'exposé de ce fait devant la Société médicale des hôpitaux, prouve qu'on est loin de s'entendre sur le meilleur procédé opératoire à suivre dans ce cas.

Cette double circonstance nous engage à reproduire ici l'observation dont il s'agit, malgré, ou plutôt à cause même de l'insuccès de l'opération ; ces sortes d'insuccès renferment souvent plus d'enseignements que les succès eux-mêmes.

Un jeune homme de vingt-sept ans entre à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte-Agnès), se disant malade seulement depuis quelques jours. Il avait une fièvre violente et tous les symptômes et les signes stéthoscopiques du catarrhe capillaire. — Il avait eu, deux ans auparavant, une affection pulmonaire assez grave, pour laquelle il avait pris de l'huile de foie de morue. — Au bout de quelques jours, un examen attentif fit constater un bruit de souffle évident à la pointe du cœur, dont on entendait d'ailleurs très-distinctement les battements. — Il n'avait, disait-il, jamais eu de rhumatisme. — Une semaine s'était à peine passée, que l'on entendit un double bruit de souffle à la pointe du cœur, et quelques jours plus tard, le second bruit fut redoublé de manière à constituer le triple bruit dit de *rappel* ou de *galop*. Enfin, la matité de la région du cœur devint plus grande, et fit en quelques jours de tels progrès, qu'on ne put douter de l'existence d'une péricardite avec suffusion séreuse.

A mesure que l'épanchement augmentait, les bruits cardiaques devenaient moins distincts : enfin ils disparurent. Le pouls était toujours fréquent, régulier, assez fort. Le malade était en proie à une anxiété qui croissait à mesure que l'épanchement augmentait.

La digitale, le calomel, les purgatifs et l'application de vésicatoires sur la région du cœur n'amenèrent aucun soulagement. La face devint bouffie, les extrémités œdématiées, le pouls petit et extrêmement fréquent.

Dans cet état de choses, M. Trousseau avait déjà pensé à ponctionner le péricarde ; mais il espérait encore pouvoir éviter cette opération. Cependant les accidents devinrent tellement pressants, qu'il ne crut pas devoir différer davantage. Ce fut alors qu'il réunit en consultation tous ses collègues de l'Hôtel-Dieu, afin de leur soumettre une triple question de diagnostic, de pronostic et de traitement.

L'avis unanime des consultants fut qu'il existait une péricardite avec épanchement évalué au moins à un litre. La matité remontait à la troisième côte, descendait un peu au delà de la base de la poitrine, et latéralement commençait 2 ou 3 centimètres au delà de la ligne médiane du sternum, à droite, pour s'étendre jusqu'à 10 centimètres en dehors du mamelon gauche. Il était impossible d'entendre les bruits du cœur. D'après l'anxiété du malade, la bouffissure générale et l'état du pouls et la pâleur de la peau, ils jugèrent que la mort était imminente et qu'il était urgent de donner issue au liquide qui distendait ainsi le péricarde.

L'opération décidée, fut pratiquée immédiatement en leur présence. M. Trousseau s'arrêta au procédé opératoire suivi il y a deux ans par M. Jobert dans un cas analogue. Il se servit du bistouri pour ouvrir la poitrine. L'incision fut faite au centre de la circonférence indiquée par la matité, au-dessous du mamelon, dans l'espace intercostal le plus voisin. La peau, les muscles furent coupés successivement avec la plus grande précaution. La plèvre, incisée à son tour, permit au doigt de pénétrer dans la cavité de la poitrine, où il fut arrêté par la résistance du péricarde distendu ; les battements du cœur n'étaient point perçus. M. Trousseau coupa alors par couches successives, écartant à mesure avec la sonde cannelée les tissus incisés. Enfin, la pointe du bistouri pénétrant un peu plus avant, il jaillit une sérosité légèrement rougeâtre. L'incision fut alors prolongée d'un demi-centimètre seulement, à l'aide de la sonde cannelée, et il s'échappa par la plaie un flot de liquide de la même nature, dont on put recueillir environ 100 grammes dans une palette ; une assez grande quantité fut perdue dans les alèzes. Plusieurs sondes de gomme élastique introduites dans le péricarde n'ayant point amené au dehors d'autres liquides, on fit placer le malade sur le côté gauche, et il s'écoula alors à peu près 200 grammes d'un liquide jaune citrin, très-différent de celui qui était sorti le premier, avec lequel il tranchait surtout par sa couleur ambrée.

Une injection iodée fut poussée dans la cavité. Mais, comme on put s'en assurer plus tard, il n'en pénétra rien dans le péricarde, et à peine la valeur d'une cuillerée dans la plèvre.

Malgré qu'on n'eût extrait qu'une petite quantité de liquide (400 grammes environ), le malade éprouva un soulagement notable ; le pouls devint beaucoup moins fréquent et plus distinct.

Le malade alla assez bien jusqu'au soir, lorsque tout à coup il fut pris d'attaques d'éclampsie qui se répétèrent de demi-heure en demi-heure pendant la nuit. Les convulsions n'avaient lieu que du côté droit.

Le lendemain matin, le côté droit du corps était presque complétement paralysé, ainsi que la langue. Le pouls battait 160 fois par minute ; la respiration était d'ailleurs assez bonne. On prescrivit du musc, de la valériane. Les accidents parurent se calmer un instant ; mais le mardi 5 août, cinq jours après l'opération, le malade succomba dans la soirée.

A l'autopsie, on trouva dans la plèvre gauche un liquide de couleur citrine, semblable à celui qui s'était écoulé en second lieu, après que le malade avait été placé sur le côté. Le péricarde, d'une couleur rougeâtre, avait le volume de la tête d'un adulte ; il était libre de toute adhérence avec les côtes, recouvert seulement dans sa partie supérieure d'une lame mince du poumon gauche qui y adhérait intimement.

A peu près en face du point où avait été pratiquée l'ouverture du thorax, on voyait à l'intérieur du péricarde une tache violette, vestige de la ponction qui y avait été faite avec le bistouri. Les fausses membranes qui le doublaient au niveau de cette ouverture étaient colorées en rouge, comme par une suffusion sanguine récente.

Lorsqu'on ouvrit le péricarde, il s'en échappa à peu près 1,000 grammes d'un liquide rougeâtre identique à celui que l'on avait recueilli dans la palette durant le premier temps de l'opération.

Le cœur était au fond de ce sac, à 10 centimètres environ de sa paroi et du point où la ponction avait été faite. Il était, ainsi que toute la face interne du péricarde, recouvert d'une fausse membrane épaisse et réticulée. Son volume était un peu plus considérable qu'à l'état normal ; mais il y avait une hypertrophie concentrique, de sorte que ses cavités étaient plus étroites qu'elles ne le sont ordinairement.

On a vu dans la relation qui précède que le liquide dont l'issue a été provoquée par la ponction s'était écoulé à plusieurs reprises, ou plutôt qu'il était sorti successivement par la plaie deux liquides différents d'aspect et de nature, et qui paraissaient provenir de deux sources différentes. Quelques-uns des assistants pensèrent que le liquide ne provenait que d'une cavité unique, mais que cette cavité n'était pas le péricarde, comme on l'avait cru, mais bien la plèvre. Or l'autopsie a démontré, comme l'avait présumé M. Trousseau pendant l'opération, qu'il provenait de l'une et de l'autre, c'est-à-dire que le premier liquide évacué venait bien effectivement du péricarde, et le second, celui qui n'était sorti qu'en inclinant le malade sur le côté, de la plèvre. Or il était évident dès lors que le péricarde n'avait été que très-incomplétement vidé.

Voici ce qui s'était passé pendant l'opération :

Une fois entré avec la lame du bistouri dans la cavité du péricarde, par la crainte assurément très-naturelle de rencontrer le cœur en pénétrant trop avant avec l'instrument, M. Trousseau n'avait fait qu'une très-petite entaille dans le sac. Et, n'ayant pas eu la précaution d'introduire immédiatement une sonde en caoutchouc, ce sac s'était aussitôt rétracté ; et la petite ouverture ayant perdu son parallélisme avec la plaie des parois thoraciques, il en était résulté un arrêt brusque dans l'écoulement du liquide, et très-probablement une réunion presque immédiate des lèvres de la plaie péricardiaque.

Instruit par cette circonstance, M. Trousseau s'est promis à l'avenir de modifier sa manière de procéder. « Si l'occasion se présentait de nouveau, dit-il, je me servirais de l'instrument tranchant en incisant largement au niveau d'un espace intercostal ; j'attaquerais le péricarde après avoir pénétré dans la cavité pleurale, où je laisserais écouler le liquide en l'y abandonnant, et je fermerais ensuite la plaie extérieure. » M. Trousseau se fonde, pour agir ainsi désormais, d'une part sur la facilité que lui donnerait l'ouverture préalable de la plèvre pour atteindre le péricarde dans un point plus facilement accessible et pour l'ouvrir largement sans crainte de rencontrer la pointe du cœur ; et, d'autre part, sur l'innocuité du séjour d'un liquide séreux dans la plèvre, et sur la facilité avec laquelle s'en opère la résorption lorsque cette membrane est saine.

Pourquoi ne pas recourir pour cette opération au trocart, en pratiquant la ponction directe du péricarde dans le point d'élection, c'est-à-dire à la base de la pyramide que forme l'épanchement péricardiaque, d'après les recherches de MM. Simpson et Piorry qui ont assigné à ces épanchements une forme pyramidale à base inférieure, tout à fait spéciale, et dont le cœur occuperait toujours le sommet ? Tel eût été l'avis de M. Aran, qui dans deux circonstances a pratiqué avec succès la ponction du péricarde en se servant d'un trocart capillaire introduit d'une manière lente et graduelle sur les limites inférieures de la matité, après s'être bien assuré préalablement de la situation supérieure du cœur. Dans les cas où les battements du cœur sont assez nettement perçus pour pouvoir préciser la situation de cet organe, ce procédé peut en effet paraître préférable. Mais cela est il toujours possible, et malgré les signes indiqués par MM. Simpson et Piorry, et dont M. Aran luimême assure avoir vérifié l'exactitude, le diagnostic d'un épanchement péricardiaque offre-t-il toujours assez de certitude pour justifier cette manière d'agir ? Le fait rapporté par M. Vigla, où une matité énorme de la région précordiale avec absence complète d'impulsion et de bruits cardiaques avait fait croire à un épanchement, tandis qu'il s'agissait d'une énorme hypertrophie du cœur, doit, ce nous semble, être toujours présent à l'esprit quand on se détermine à pratiquer une semblable opération, et rendre très-circonspect sur le choix du procédé opératoire. On se saurait donc étudier trop attentivement cette question.

Hydrocéphale considérable guéri par la ponction du crâne et les injections iodées.

Nous recevons d'un de nos honorables confrères de Bucharest (Valachie), M. le docteur Tournesko, la relation de deux cas d'hydrocéphale qu'il a opérés, l'un par la ponction seulement, et le second par la ponction suivie d'injections iodées ; le succès de cette dernière opération a été tel qu'il permet d'espérer une guérison complète et définitive. Bien que ce fait ne soit pas sans précédents, comme paraît le croire M. Tournesko, dont la sincérité n'est pas ici à mettre en cause, il ne perd rien pour cela de son intérêt. Aussi nous empressons-nous de souscrire au désir de notre confrère en mettant ses deux observations sous les yeux de nos lecteurs. Nous le laissons parler lui-même :

« Chirurgien de l'hôpital civil Koltsa (à Bucharest), j'ai eu l'occasion d'opérer pendant les deux derniers mois, en présence de mes confrères les docteurs Polgzo, médecin en chef de l'hôpital de la Philanthropie, et Georganta, médecin des prisons de Bucharest, deux enfants atteints d'*hydrocéphalie congénitale*. Le premier ne présente rien de remarquable : il était âgé d'un an ; il ne voyait pas, il ne remuait qu'à peine ses membres inférieurs frappés d'atrophie et presque insensibles ; la périphérie occipito-frontale de sa tête était de 59 centimètres. Après une première ponction et la

sortie de 10 onces de sérosité, la tête, malgré la compression que j'ai pratiquée aussitôt après l'opération, ne tarda pas à reprendre en vingt-quatre heures son volume primitif. Trois jours après la première ponction j'en ai fait une seconde; j'ai tiré la même quantité de liquide, et j'ai eu presque le même insuccès, puisque trois jours plus tard la sérosité remplit de nouveau l'intérieur du crâne, qui ne m'offrit qu'un demi-centimètre de diminution dans sa circonférence. C'est alors que j'ai songé à une injection de teinture d'iode; mais la mère, découragée, ne voulut plus soumettre son enfant à une nouvelle tentative, et partit pour son village avec son enfant, au reste bien portant.

» Le second hydrocéphale est l'enfant de George Borné, né à Cingourani (village); il n'avait, lors de l'opération, que deux mois à peine, et sa tête me donna 56 cent. 1/2 de circonférence. A la première ponction, je n'ai laissé écouler que 11 onces de sérosité; vingt-quatre heures plus tard le liquide remplissait complétement le crâne. Une nouvelle ponction fut pratiquée le surlendemain; cette fois, j'ai tiré tout ce que j'ai pu de liquide de la cavité crânienne, c'est-à-dire 24 onces de sérosité, et immédiatement après j'ai fait une injection de teinture d'iode. L'enfant pâlit et poussa plusieurs cris.

» Les jours suivants, il eut de la fièvre et une constipation contre laquelle je n'ai prescrit que le calomel. Dix jours plus tard la fièvre cessa; et le vingt-troisième jour après l'injection iodée, l'enfant fut présenté par sa mère à MM. le docteur Arsaki, éphore des hôpitaux civils de la principauté de Valachie, et le proto-médecin Goussy. Sa tête mesurée ne donna que 44 cent. de circonférence, état normal à peu de chose près, puisque la tête des enfants du même âge bien conformés, oscille, d'après mes propres mensurations, entre 41 et 43 centim. Quinze jours après cet examen, la tête me donna la même périphérie, et l'enfant, sauf une légère bronchite, jouit d'une santé parfaite.

» Voici maintenant quelques détails relatifs à la ponction ainsi qu'à l'injection iodée.

» 1° Le trocart dont je me suis servi était d'un très-gros calibre.

» 2° Je l'ai introduit à une profondeur de 5 centimètres et demi.

» 3° J'ai ponctionné la partie latérale de la suture fronto-pariétale, comme le point le plus rapproché des ventricules.

» 4° La direction de ma ponction a fait un angle de 45 degrés avec l'horizon.

» 5° Le liquide injecté était ainsi composé : teinture d'iode, 3 gros (12 grammes); eau distillée, 6 gros (24 grammes). J'ai injecté le tout, et je n'ai retiré que la huitième partie, après avoir remué en différents sens la tête de l'enfant. »

La lettre de M. Tournesko est écrite le trente-huitième jour après l'injection iodée dans le crâne. Si l'on peut établir une analogie entre l'hydrocèle et l'hydrocéphale traitées par le même agent irritant, il est permis d'espérer que la diminution de la tête de l'enfant sera définitive, quoique une récidive au bout de trois ou même de six mois ne soit pas absolument impossible. Quoi qu'il en soit, cette tentative prouve d'une manière incontestable que la teinture d'iode introduite dans une cavité aussi délicate que celle du crâne n'est pas nécessairement suivie d'accidents graves.

Ce fait, avons-nous dit, n'est pas sans précédents; mais nous devons ajouter qu'il n'y en a pas beaucoup. Nous n'en connaissons qu'un seul, en effet, et encore le résultat n'a-t-il pas été dans ce cas aussi heureux que dans celui de M. Tournesko; c'est le fait que M. Brainard, président du Collége médical de Chicago (Illinois), a communiqué en 1854 à la Société de chirurgie, et qui est rapporté dans les comptes rendus de cette Société (voir la *Gazette des Hôpitaux* de 1854) et dans l'excellent livre de M. Boinet sur l'iodothérapie.

Il s'agissait dans le cas de M. Brainard d'une petite fille âgée de quatre semaines, dont la tête mesurait 19 pouces de circonférence. Dans l'espace de sept mois, ce chirurgien fit vingt et une injections contenant ensemble 6 grammes 25 d'iode et 18 grammes 35 d'iodure de potassium. Dans les premières opérations, il ne retira qu'une quantité de liquide égale (environ 2 grammes de sérosité) à la quantité de solution qu'il devait injecter. Dans les dernières, il retira des quantités de sérosité variant de 180 à 360 grammes, et injecta jusqu'à 30 grammes de liquide iodé. La première injection contenait 3 milligrammes d'iode et 6 milligrammes d'iodure de potassium; la plus forte contenait 60 centigrammes d'iode et 1 gramme 80 d'iodure de potassium.

Dans aucun cas, les injections, qui furent faites d'abord tous les quinze ou vingt jours, ensuite tous les cinq ou six jours, ne produisirent de douleur. A part la réaction, qui commençait 12 à 24 heures après l'opération et durait de 48 à 72 heures, il n'y eut pas d'accidents. Pendant les cinq premiers mois du traitement, la santé de l'enfant s'améliora d'une manière très-remarquable, bien que la tête, diminuée après chaque opération, reprit peu de temps après son volume primitif. Bref, l'enfant finit par succomber au bout du septième mois de traitement avec les symptômes caractéristiques de la dernière période de l'hydrocéphalie.

Un seul résultat manifeste ressortait, comme on le voit, de l'observation de M. Brainard, c'est l'innocuité des injections iodées. Le fait de M. Tournesko est donc beaucoup plus satisfaisant encore, puisque, à une nouvelle preuve d'innocuité, il joint la démonstration sinon d'une guérison radicale et définitive, du moins d'une guérison temporaire qui peut faire espérer mieux encore pour l'avenir.

Nouvelle espèce de suture dite suture en broche. — Ses avantages dans l'opération du bec-de-lièvre et autres opérations autoplastiques.

Ce fut une des plus ingénieuses inventions de M. Vidal que celle de ces petites pinces élastiques, à pression continue, désignées sous le nom de *serres-fines*. Grâce à ces instruments, la réunion immédiate des plaies est devenue dans un grand nombre de cas d'une facilité merveilleuse. Malheureusement leur mode d'action, tout extérieur, les rend inefficaces quand les tissus à mettre en contact sont épais ou rigides, comme ceux de la face et surtout des lèvres. Or c'est là précisément que les opérations autoplastiques sont le plus fréquentes, et que l'application des serres-fines eût présenté le plus d'utilité. Pour combler cette regrettable lacune, et rendre les serres-fines applicables à la réunion de toutes les plaies extérieures, quelles que soient l'épaisseur et la rigidité de leurs lèvres, M. Maisonneuve a imaginé un nouveau procédé de suture qu'on peut désigner sous le nom de *suture en broche*.

Les applications que ce chirurgien a déjà faites de ce procédé au bec-de-lièvre, au rapprochement des plaies graves du cou, etc., donnent lieu d'espérer qu'il pourra rendre des services dans un grand nombre d'opérations autoplastiques.

Il a fait construire à cet effet des serres-fines dont les mors dentelés sont remplacés par des lames aplaties et percées d'un trou pour le passage de l'épingle. D'autres sont munies de petits crochets analogues à ceux des broches dont se servent les dames. Les unes et les autres remplissent très-bien le but; mais elles ne sont pas indispensables, et les serres-fines ordinaires suffisent parfaitement aux cas les plus difficiles.

Voici, d'après une note qu'a bien voulu nous communiquer sur ce sujet M. Gauthier, externe du service, la description de ce nouveau procédé de suture.

Etant donnée une solution de continuité dont il importe de mettre les lèvres en contact, le chirurgien se munit :

1° D'une épingle à suture;

2° De deux petits morceaux de liége ou de diachylon plié en quatre et de 3 à 5 millimètres de diamètre;

3° D'une serre-fine de dimension convenable.

Il commence par embrocher sur une épingle un des petits coussinets de liége ou de diachylon; alors :

1° Il traverse avec cette épingle ainsi préparée les deux lèvres de la plaie à réunir, en suivant pour cela les règles ordinaires de la suture entortillée;

2° Sur la pointe de l'épingle qui a traversé les tissus, il embroche le deuxième coussinet de liége ou de diachylon;

3° Enfin, il applique la serre-fine de manière que chacune de ses griffes porte sur l'un des coussinets et embrasse en même temps l'épingle qui la traverse.

De cette manière, la serre-fine, fortement accrochée aux coussinets, exerce sur eux une pression douce et continue, qui force les tissus à se rapprocher. D'une autre part, les coussinets maintenus par l'épingle donnent à la serre-fine un point d'appui solide et invariable qui rend son déplacement impossible. D'une autre part encore, les tissus doucement comprimés par une force élastique, restent en contact sans que leur expansion soit empêchée, et sans être exposés surtout à être coupés, comme cela se voit si souvent dans la suture entortillée.

Nous publierons prochainement la relation de quelques-unes des opérations dans lesquelles M. Maisonneuve a fait usage de ce procédé de suture. On pourra juger ainsi beaucoup mieux de leur effet que par cette simple description.

MODIFICATIONS IMPRIMÉES A LA TEMPÉRATURE ANIMALE

par quelques maladies chirurgicales.

Par M. Demarquay.

Depuis l'époque où De Haën a introduit le thermomètre dans le domaine de la pathologie comme moyen de déterminer avec exactitude les modifications imprimées à la température animale par les maladies, des recherches intéressantes ont été faites sur ce sujet.

Hunter a étudié l'influence de l'inflammation sur la chaleur animale. Quelques-uns de ses élèves, Everard Home entre autres, ont cherché à déterminer l'influence que la ligature des vaisseaux appliquée au traitement des anévrismes pouvait également avoir sur la propriété des êtres vivants qui nous occupe.

Depuis quelques années des recherches nouvelles ont été faites sur ce sujet intéressant par plusieurs médecins distingués de notre époque; MM. Andral, Gavarret, Bouillaud, Piorry et Roger ont étudié les variations de la température animale dans le cours des maladies internes. Ces recherches ont été analysées avec soin par les auteurs du *Compendium de médecine*, qui, de leur côté, ont fait aussi quelques recherches sur ce sujet. Mais jusqu'à ce jour, rien d'important n'a été fait sous ce point de vue en chirurgie. A part les travaux de Hunter sur l'inflammation, et quelques recherches sur les modifications imprimées à la chaleur animale par la ligature des vaisseaux artériels importants, rien de complet n'a été publié.

En 1847, dans ma thèse inaugurale, j'ai cherché à déterminer expérimentalement les modifications imprimées à la température animale : 1° par la douleur; 2° les hémorrhagies; 3° la ligature des vaisseaux; 4° les inflammations; 5° les étranglements internes; 6° enfin par les agents thérapeutiques. Cette dernière partie de mon travail a été reprise en commun par MM. Duméril, Lecointe et moi. Aujourd'hui, je viens publier des recherches faites avec soin au lit du malade afin de déterminer les variations imprimées à la température animale :

1° Par certains états fébriles;

2° Par les inflammations et les plaies;

3° Par les anévrismes;

4° Par la ligature des vaisseaux;

5° Par la gangrène sénile.

Il y a en chirurgie un certain nombre d'états généraux ou de pyrexies qui impriment une modification plus ou moins grande à la température animale, et que j'aurais été heureux d'étudier à ce point de vue; ceux qu'il m'a été donné d'observer plus particulièrement sont la phlébite avec infection purulente et l'érysipèle. Ces deux états sont particulièrement liés aux amputations.

Les amputations, ainsi que je l'ai constaté en 1847 dans ma thèse inaugurale, au moment où elles sont pratiquées élèvent la température animale, comme d'ailleurs toute douleur vive et prolongée; mais au moment de la fièvre traumatique, le thermomètre s'élève, comme cela a lieu d'ailleurs dans tout état fébrile médical ou chirurgical, et cette élévation est toujours proportionnée à la réaction qui survient dans ce cas. Mais si l'amputation se complique de phénomènes graves, si une phlébite ou un érysipèle se déclarent, alors la température animale peut subir de notables variations. Ainsi dans un cas d'amputation de cuisse suivie de phlébite avec infection purulente, nous avons vu le thermomètre s'élever à 39° 7/10[es]. En supposant la température initiale de notre observation de 36 à 37 degrés centigrades, nous avons une élévation de 2° 1/2 à 3° 1/2. Cette élévation en elle-même n'est pas très-considérable; mais ne savons-nous pas par les expériences de MM. Delaroche et Berger, et par nos propres expériences, que l'élévation de la température animale est très-limitée? MM. Andral, Gavarret, Bouillaud et Roger, dans les fièvres les plus intenses, n'ont constaté que quelques degrés d'élévation. Nous trouvant à Aix en Savoie en 1849, nous nous sommes soumis à l'action d'une température très-élevée dans les étuves que renferment ces thermes, et jamais nous n'avons pu faire monter notre température au delà de 2° 1/2.

Si les variations que subit la température, que j'appellerai générale, sont peu considérables au thermomètre, il n'en n'est pas de même de la température locale. Sous ce rapport, nous sommes arrivé à des résultats curieux. Ainsi dans le phlegmon, dans l'érysipèle, en comparant l'état des parties malades avec l'état des parties saines, nous avons constaté le fait suivant : tandis que la température générale du corps n'avait point subi de modifications notables, la température de la partie malade s'était notablement élevée, au point d'arriver à dépasser de 2, 3, 4, 5 degrés la partie opposée restée saine.

En 1847 et 1849, nous nous sommes occupé des modifications imprimées à la température par les plaies. Nous avions constaté que toute plaie un peu grave amenant un mouvement fébrile déterminait une élévation de la température générale et locale. Mais un fait intéressant qui ressort de nos études, c'est qu'une plaie simple, quand la membrane des bourgeons charnus est bien organisée, présente la même température que les parties voisines. On comprend dès lors que la glace appliquée sur ces plaies n'enlève plus de calorique morbide et qu'elle peut devenir nuisible. Afin de me rendre compte de l'action de la glace appliquée sur des plaies, j'ai fait sur des chiens une série d'expériences qui m'ont démontré que le thermomètre subit un abaissement considérable au contact des plaies sous-cutanées soumises pendant quelque temps à l'action du froid. Dans un cas, après avoir appliqué vingt-cinq minutes une vessie imperméable remplie de glace sur une plaie sous-cutanée, j'ai constaté cinq minutes après l'avoir enlevée un abaissement de 5 degrés.

Ces expériences m'ont aussi permis de constater combien une plaie modifiée ainsi dans sa température reprenait promptement sa température normale et la dépassait même. Il résulte de ces expériences que la glace appliquée sur nos tissus modifie profondément leur température, et que cette dernière subit une série d'élévations et d'abaissements, suivant la quantité de glace employée et suivant son degré de fusion. On comprend avec quelle réserve un moyen aussi profondément perturbateur doit être employé dans la chirurgie. Aussi n'est-ce pas sans raison que la plupart des chirurgiens de Paris ont préféré dans le traitement des grandes mutilations l'usage d'irrigations tempérées à ces congélations en masse préconisées par quelques chirurgiens.

Une question qui devait tout naturellement occuper les chirurgiens était celle des anévrismes. Dans les anévrismes des membres, la température animale est-elle modifiée quand l'artère principale de ce membre a été liée?

Hodgson, qui s'est occupé de ce sujet (tome I[er], page 347), conclut, avec sir Everard Home et Scarpa, que la température animale est plus élevée dans le membre où l'artère principale a été liée, comparativement à celle du membre opposé resté sain. Sir Everard Home dit qu'après la plupart des opérations d'anévrismes poplités exécutées par Hunter, la température du membre malade était plus élevée pendant plusieurs jours que celle du côté opposé. Scarpa a fait la même remarque dans six cas différents. Hodgson lui-même, qui paraît s'être occupé de ce sujet, dit avoir constaté une augmentation de température; et, plus loin, il cite Forster et une observation de Hunter lui-même, où une diminution notable de la température avait été observée.

J'ai cherché par mes propres recherches à élucider ce sujet ; et tout d'abord il importait de savoir si l'anévrisme lui-même, en dehors de toute opération, ne pouvait pas imprimer des variations à la température animale. On conçoit que si l'anévrisme est compliqué de phlegmon, de phlébite, ces états viennent singulièrement modifier la température; des troubles dans la circulation veineuse pourront aussi changer notablement l'état physiologique des parties sous le rapport de la température.

Dans l'anévrisme artérioso-veineux des membres inférieurs, il m'a été donné de constater sur tous les sujets que j'ai pu examiner une élévation de température d'un à deux degrés et demi. Cette observation a été vérifiée par M. Monneret sur plusieurs malades que nous avons observés ensemble.

Sur un de ces malades, auquel M. Velpeau fit la ligature de l'artère et de la veine fémorales suivant la méthode ancienne, j'ai pu constater une augmentation de température qui a persisté dans le membre opéré jusqu'à la guérison du malade. Des expériences faites sur des animaux auxquels j'avais lié des veines importantes m'ont généralement donné une élévation de température animale. Tandis que je constatais d'une manière si évidente l'élévation de la température animale du membre inférieur affecté d'anévrisme artérioso-veineux, je n'ai point trouvé de différence sensible au membre supérieur quand un anévrisme artérioso-veineux existait au pli du coude. Quand un membre est affecté d'anévrisme, et que la circulation n'a point subi de trouble considérable, on ne constate au thermomètre aucune variation importante dans la température animale. Nous avons vu plus haut que des complications de l'anévrisme, au contraire, pouvaient modifier l'état physiologique qui nous occupe. Ainsi, chez une malade affectée d'anévrisme compliqué de phlegmon, j'ai trouvé une élévation de deux degrés. Nos recherches ont porté sur la température du membre inférieur dont la fémorale avait été liée, ou sur le membre supérieur ayant subi une opération du même genre. Sur un malade affecté d'anévrisme poplité et auquel j'ai pratiqué la ligature de l'artère fémorale, mon ami Lecointe et moi, nous avons constaté un abaissement de la température à la suite de l'opération. Nous avons répété la même observation, non-seulement au membre inférieur, mais aussi au membre supérieur, sur plusieurs malades auxquels l'humérale avait été liée.

Les expériences que nous avons faites sur les animaux avec MM. Auguste Duméril et Lecointe confirment nos recherches sur l'homme, et démontrent la vérité de cette assertion : que toute ligature d'une artère importante faite suivant les règles et n'amenant aucune altération dans les veines ou dans les nerfs, donne un abaissement de la température dans la partie inférieure du membre sur lequel la ligature a été pratiquée. Cette diminution de la température n'est point considérable sur le malade auquel nous avons lié la fémorale; la température n'a baissé que d'un degré et une fraction sur un malade auquel un chirurgien avait dû couper et lier l'humérale. Pendant une opération grave, la température baissa de plusieurs degrés; mais la gangrène ne tarda pas à se manifester. *A priori*, on aurait pu savoir que la température animale devait subir une profonde modification dans les membres affectés de gangrène sénile. J'avoue que je n'ai point été peu surpris de ne trouver qu'une différence d'un degré et demi à deux degrés en prenant la température d'une jambe dont le pied était frappé de gangrène sénile, comparativement à l'autre jambe restée saine. Toutefois, l'année dernière, en examinant avec soin la jambe d'une pauvre femme paralysée de tout un côté du corps et dont le pied était frappé de gangrène, nous avons trouvé, M. Luton, interne distingué des hôpitaux, et moi, une différence de 4 ou 5 degrés. Comme ce fait s'éloigne de tout ce que j'ai vu jusqu'à ce jour, je me demande si l'état de paralysie dans lequel était cette pauvre femme par suite d'une apoplexie n'a point été pour quelque chose dans le phénomène.

Dans un prochain mémoire, j'étudierai l'influence que les étranglements internes et herniaires peuvent imprimer à la température animale.

DE LA MÉDICATION LACRYMALE OU LACRYMATION.

Par M. J. L. Brachet.

Une médication tout entière semble avoir échappé jusqu'à ce jour à la sagacité des thérapeutistes, je veux parler de la médication qui provoque la sécrétion des larmes, et que j'appellerai lacrymation. L'oubli dans lequel on l'a laissée vient sans doute de ce qu'on lui a reconnu peu d'importance. Qu'il me soit permis d'appeler de ce jugement et de faire voir que la sécrétion abondante des larmes n'est pas sans effet thérapeutique.

Il n'est presque pas de maladie des yeux qui ne s'accompagne d'une sécrétion plus ou moins considérable des larmes, et dans laquelle on ne voie ce flux opérer du soulagement et contribuer à la guérison. Qu'un grain de poussière, un gravier, ou tout autre corps étranger, pénètre dans l'œil et en irrite la surface, de suite des larmes abondantes s'écoulent et entraînent le corps étranger qui venait offenser l'organe. Elles calment en même temps l'irritation qu'il avait causée à la surface de la conjonctive. Ici l'irritation de la glande n'a pas été directe, le gravier n'a point pénétré jusqu'à la glande. Il a borné son action sur la conjonctive, et celle-ci effrayée a pour ainsi dire averti la glande du danger que courait la vision avec elle : elle lui a fait un appel secourable, qui a été instinctivement entendu, puisque les larmes ont inondé la surface de l'œil. La nature médicatrice a mis en œuvre l'action bienfaisante de la glande lacrymale, et a opéré ainsi la cure du mal dont l'œil était menacé. Qui n'a pas vu des ophthalmies très-intenses ne guérir que par un larmoiement considérable? Dans ce cas, deux choses sont à examiner : 1° l'action directe des larmes sur l'organe enflammé; 2° l'action résolutive ou critique de la sécrétion elle-même. Il est évident que le fluide que la nature a destiné à lubrifier l'œil doit, lorsqu'il est étendu en nappe à sa superficie, agir comme un corps émollient, comme une fomentation tiède, et doit ainsi combattre l'éréthisme et l'inflammation de la partie. C'est toujours alors par une sorte d'instinct *médicateur* que la glande en sécrète une plus grande quantité, et qu'elle la verse sur l'œil pour le tenir dans une sorte de bain ou d'étuve. La sécrétion ainsi augmentée sert, avons-nous dit, de voie résolutive ou critique à la phlegmasie. Elle en opère la crise ou la solution, comme la diarrhée opère la crise d'une pneumonie ou d'une hépatite. La direction fluxionnaire qui se faisait sur le globe de l'œil ou sur ses annexes est brisée ; elle est détournée par la fluxion que nécessite la sécrétion lacrymale. Ainsi plus elle est abondante, plus elle est efficace.

C'est d'après ces données que les ophthalmologistes opèrent le plus souvent la guérison des maladies des yeux. En effet, tandis qu'ils attribuent à l'action directe, émolliente ou résolutive du collyre la cure qu'ils ont obtenue, ils ne la doivent qu'à la sécrétion des larmes qu'ils ont provoquée. Dans une ophthalmie chronique, par exemple, ils emploient des collyres irritants, liquides ou mous, et ils attribuent la résolution à l'action topique de ces collyres. Le plus souvent cependant, ce n'est point à cette action mécanique et locale qu'est due la guérison; elle est le résultat des larmes abondantes que le remède a sollicitées par son contact avec la conjonctive. Il y a révulsion critique sur la glande lacrymale, et c'est à cette révulsion qu'il faut savoir gré de la diminution de l'inflammation. Cela est si vrai que les collyres qu'on emploie varient infiniment dans leur composition, et que celui qui amène la guérison la plus sûre est précisément celui qui fait pleurer le plus. J'ai même essayé plusieurs fois de substituer aux collyres en usage des corps simplement irritants, et j'en ai obtenu les mêmes bons effets toutes les fois que je produisais une abondante sécrétion de larmes.

Voyez encore ce qui se passe dans les leucoma et autres taches de la cornée. Vous soufflez tantôt du sucre en poudre, tantôt du calomel, tantôt du sulfate de zinc, de fer ou de cuivre, quelquefois même de l'azotate d'argent; vous y instillez une goutte d'un collyre ou même de laudanum ; chacun de ces moyens provoque une sécrétion abondante de larmes, et ce n'est qu'à cette condition que la résolution de la maladie s'opère; car n'importe le moyen, il réussit toujours pourvu qu'il cause une irritation, et par contre une sécrétion considérable des larmes.

Bien que les choses se passent le plus souvent ainsi, loin de moi la pensée de nier toute espèce d'action directe de la part du remède. Oui, sans doute, le collyre employé et directement appliqué sur l'organe malade doit y agir directement, doit y causer une modification thérapeutique qui, en changeant l'état pathologique de la partie malade, la dispose à une résolution plus facile. Mais ce n'est pas là son action la plus sûre. Le plus souvent c'est la sécrétion des larmes qui opère la cure. J'en trouve la preuve moins dans la qualité différente des collyres, pourvu qu'ils soient irritants, que dans une tentative que j'ai faite plusieurs fois avec succès. Dans les cas indiqués, je me suis contenté, tantôt de promener la barbe d'une plume sur l'œil, tantôt d'appliquer pendant quelques instants la tête d'une épingle dans l'angle de l'œil. J'ai toujours provoqué des larmes abondantes, toujours aussi j'ai obtenu la résolution de l'ophthalmie ou de la tache que je voulais combattre. Cependant, je le déclare, ces essais ne sont pas assez nombreux pour mériter une confiance trop étendue.

D'après toutes ces considérations, nous devons regarder la sécrétion des larmes comme une voie médicatrice par laquelle la thérapeutique peut éliminer un principe morbifique, soit en révulsant sur la glande la direction fluxionnaire qui se faisait sur la partie malade, soit en opérant une sorte de crise locale qui juge ainsi la maladie, soit enfin en fournissant un liquide émollient qui sert à tempérer et à calmer l'irritation inflammatoire, et qui nous expliquerait peut-être la manière d'agir de l'occlusion palpébrale dans le traitement de l'ophthalmie.

Nous sommes donc fondés à admettre une médication lacrymale, ou *lacrymation*. Pour compléter ce travail, il nous faudrait maintenant faire connaître les agents à l'aide desquels la lacrymation peut être provoquée. Nous n'essayerons point d'entrer dans ces détails, parce que ces moyens sont tous bien connus; tous sont employés tous les jours et avec succès, bien qu'on ne leur attribue pas le mode d'action qui leur est propre. Ce sont tous les collyres gazeux, liquides, en poudre et en pommade. N'importe la nature ou la forme, ils agissent presque tous de la même manière, en provoquant la sécrétion des larmes. Cela est si vrai que plusieurs collyres n'arrivent pas directement sur la conjonctive, et ne peuvent par conséquent pas agir sur elle pour la modifier, et cependant ils n'en sont pas moins efficaces toutes les fois qu'ils sollicitent les larmes. Le sachet de camphre est dans ce cas. Beaucoup de collyres liquides ou mous appliqués sur les paupières agissent également bien, pourvu qu'ils réussissent à provoquer la lacrymation.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 octobre 1856. — Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Anévrysme traumatique de la radiale dans le premier espace interosseux. — M. Richard présente à la Société un cas assez rare, dont on ne trouve pas d'exemples dans les auteurs; c'est un anévrisme traumatique de l'artère radiale à son passage à travers le premier espace interosseux. On tenta la compression, qui n'amena aucun résultat. Alors M. Richard fit la ligature de la radiale, qui amena la guérison; on sent encore une tumeur dure à la place de l'anévrysme.

M. Richard pense que ce fait soulève une question qui n'est pas encore bien résolue par les chirurgiens; savoir, si dans les hémorrhagies consécutives de la main il faut chercher les bouts de l'artère dans la plaie ou faire la ligature au-dessus.

M. Boinet pense qu'en pareil cas on doit faire la ligature des deux bouts de l'artère si la plaie est récente. Plus tard, lorsqu'il y a anévrysme, il est indiqué de lier la radiale et de voir si les battements cessent; s'ils continuent, il est temps alors de lier la cubitale. Il rapporte le fait qu'il a observé à l'hôpital Saint-Louis d'une hémorrhagie de la paume de la main, pour laquelle on suivit cette conduite; et la ligature de la radiale ayant suffi, on ne fit pas celle de la cubitale.

M. Giraldès, tout en admettant que M. Richard a eu de bonnes raisons pour agir comme il l'a fait, regarde les règles à suivre pour les hémorrhagies dans les plaies récentes ou anciennes comme parfaitement posées. Il est bien établi qu'on doit, autant que possible, chercher les deux bouts de l'artère dans la plaie. Guthrie, pour une plaie de la péronière qui donnait lieu à une hémorrhagie quatre ou cinq semaines après l'accident, agrandit la plaie et lia les deux bouts. M. Nélaton a beaucoup insisté sur ce principe.

M. Richard soutient que les chirurgiens ne sont pas d'accord, et que s'il en est qui recommandent, dans les plaies anciennes de la main, de chercher l'artère dans la plaie, il en est d'autres qui lieraient, en pareil cas, les artères radiale et cubitale.

M. Larrey rappelle qu'à deux reprises, dans des discussions qui ont eu lieu au sein de la Société de chirurgie, on a insisté sur la nécessité de rechercher les bouts de l'artère dans la plaie, mais il est des cas où on ne peut parvenir à la saisir. Il annonce qu'il a en ce moment au Val-de-Grâce un malade sur lequel il a fait avec un plein succès la ligature de l'humérale pour une hémorrhagie grave de la paume de la main. Il présentera plus tard ce malade à la Société.

M. Morel admet, non-seulement que les chirurgiens ne sont pas d'accord, mais que la règle doit même varier suivant les cas, et que souvent on pourrait se contenter de la compression directe sur les bords rapprochés de la plaie. Il y a quelque temps, il a vu employer avec succès cette méthode par M. Guérin (de Saint-Mandé), pour arrêter l'hémorrhagie qui accompagnait une plaie de la main. La guérison a eu lieu il y a trois mois, et il n'existe aucune tumeur sous la cicatrice.

M. Giraldès cite des faits de ligature pratiquées sur les artères de l'avant-bras et sur l'humérale pour arrêter des hémorrhagies de la paume de la main, sans aucun succès. Il en conclut que chez les sujets dont le sang est peu plastique, la ligature faite loin de la plaie n'arrête pas l'hémorrhagie, et que toutes les fois que cela est possible on doit lier l'artère dans le point où elle est divisée.

M. Follin rapporte le fait suivant, qui s'est passé dans son service. Il arrêta une hémorrhagie de la paume de la main au moyen du tamponnement et du perchlorure de fer. Le malade sortit de l'hôpital au bout de huit jours, et revint bientôt avec une nouvelle hémorrhagie. Le tamponnement est appliqué de nouveau; il en résulte un phlegmon, et l'hémorrhagie ne s'arrête pas. Alors, ne pouvant faire la ligature dans la plaie, M. Follin lia les artères radiale et cubitale avec un plein succès.

M. Huguier établit une différence pour la conduite à tenir, entre les hémorrhagies primitives et consécutives. Pour ces dernières, la ligature dans la plaie n'est pas toujours possible. Dans les plaies de l'arcade palmaire superficielle, il pense qu'on doit découvrir l'artère et la lier au point blessé; mais pour les plaies de l'arcade profonde, il n'est pas d'avis de faire dans la paume de la main des débridements qui mettraient les tendons à nu et pourraient causer de graves désordres; il y aurait alors moins de danger à lier la radiale dans un point assez rapproché, par exemple, au moment où elle s'engage entre les deux premiers métacarpiens. Pour les cas d'anévrysmes faux consécutifs, il approuve la conduite de M. Richard; car il est inutile de lier les deux artères s'il suffit d'en lier une seule. On doit commencer alors par l'artère qui est plus spécialement lésée.

M. Marjolin rapporte que, lorsqu'il était interne, on amena à Beaujon un garçon de café qui, en bouchant une bouteille, s'était fait une plaie profonde à la main. La plaie étant trop étroite pour atteindre facilement les deux bouts de l'artère lésée, M. Marjolin exerça une compression directe sur les artères radiale et cubitale, et un pansement simple fut appliqué sur la plaie. A partir de ce moment l'hémorrhagie cessa, et la guérison eut lieu sans aucune complication.

M. Chassaignac ne met pas en doute que dans les plaies récentes on doive tâcher de faire la ligature dans la plaie; mais pour les plaies anciennes le précepte de Dupuytren lui paraît meilleur, bien que la raison qu'en a donnée l'illustre chirurgien ne soit peut-être pas bonne. En effet, la friabilité des bouts de l'artère n'est pas assez grande, en général, pour empêcher d'y appliquer des ligatures; la meilleure raison, c'est qu'il est impossible bien souvent de trouver les extrémités du vaisseau divisé. L'exemple de Guthrie ne prouve rien, car il a été obligé de faire une incision de sept pouces, et par conséquent il n'a pas lié l'artère dans le point où elle était ouverte.

M. Broca est de l'avis de M. Chassaignac sur la question pratique; mais il pense que Dupuytren a eu raison de dire que dans les plaies anciennes les bouts de l'artère sont friables. Il a été trop loin sans doute en annonçant que les artères dans ces conditions ne supportent pas la ligature; elles la supportent bien, en général, mais pas assez longtemps. M. Broca a vu deux fois des hémorrhagies secondaires, suspendues par la ligature, reparaître le second jour.

Quant à l'emploi du perchlorure de fer, M. Broca pense que généralement on l'applique trop superficiellement; si l'on veut arrêter sû-

rement une hémorrhagie, il faut obtenir un caillot qui s'étende au loin dans l'artère, et pour cela il faut faire pénétrer le perchlorure dans le vaisseau. Il faut également maintenir assez longtemps l'arrêt de la circulation pour que le caillot ait le temps de se former; pour cela, la compression doit durer un quart d'heure environ; la coagulation du sang par le perchlorure n'est pas instantanée; elle n'est complète qu'au bout de 45 secondes.

M. Giraldès rappelle qu'il existe des faits nombreux d'hémorrhagies qui n'ont pas été arrêtées par la ligature au-dessus de la plaie, et la ligature d'une artère n'est pas une opération innocente. Il pense, comme M. Broca, qu'on a dit à tort que dans les ligatures faites sur les bouts de l'artère le fil coupait le vaisseau. Ce n'est pas non plus l'impulsion du sang qui rompt ses tuniques, mais elles s'ulcèrent dans le point correspondant à la ligature.

Amputations de la jambe au-dessus des malléoles et au tiers moyen du membre. — M. Larrey présente deux amputés de jambe comme double spécimen des cas auxquels il a fait allusion dans la discussion soulevée par lui.

Le premier est un Arabe, des tirailleurs algériens, blessé en Crimée, le 5 novembre 1854, par un biscaïen qui lui fracassa les deux pieds, l'un dans les articulations du tarse, l'autre dans l'articulation tibio-tarsienne. Les premiers soins ne purent lui être donnés que quarante-huit heures après, et la mutilation de l'un et l'autre membre était telle que la double amputation semblait nécessaire; mais le blessé s'y refusa d'une manière absolue d'abord. Il dut s'y soumettre enfin après deux mois et demi de soins et de pansements inutiles, lorsque les os se trouvèrent dénudés, en même temps que les plaies élargies, et la sensibilité ainsi que le mouvement abolis dans les orteils.

L'amputation des deux jambes fut pratiquée, le 26 janvier 1855, au-dessus des malléoles par la méthode circulaire, et le résultat primitif en fut très-satisfaisant. Nul accident, nulle complication ne survint, et au bout d'un mois la cicatrisation était si avancée dans chaque moignon qu'elle faisait espérer l'application prochaine ou au moins l'essai des moyens convenables de prothèse. Mais il n'en fut rien, et sans cause, sans excoriation intercurrente, sans pourriture d'hôpital, les deux plaies devinrent deux ulcères que rien ne put faire cicatriser définitivement. Un travail de réparation se formait-il d'un côté, que du côté opposé l'ulcération semblait s'accroître, et il en a été ainsi sans interruption jusqu'à ce jour.

A présent même, le moignon du côté droit paraît cicatrisé, tandis que celui du côté gauche offre une ulcération assez large. Que celle-ci se ferme, celle-là s'ouvrira sans doute, car le tissu cicatriciel est si mince, si adhérent aux os, qu'il ressemble à une pellicule prête à se déchirer. Chaque extrémité de l'un et l'autre moignon est d'ailleurs tellement amincie que les deux os paraissent confondus en un seul, tant ils se sont émoussés et rétrécis dans le lieu de leur section.

Il résulte de cette disposition, jointe à l'émaciation et à l'atrophie du reste des deux jambes, que les moignons, devenus presque cylindriques à chaque bout, présentent au-dessus une forme conique, effilée, mesurant à peine 12 ou 13 centimètres de circonférence.

La sensibilité, enfin, y est assez vive et continue pour que l'amputé s'en plaigne presque toujours. Il n'a pu supporter jusqu'à présent divers essais de prothèse, ni les appareils même les mieux confectionnés. Le meilleur, confié à un fabricant habile, a été retouché ou modifié dix fois pour une, et nous ne pouvons prévoir encore s'il sera possible à l'amputé de s'en servir.

Voilà près de deux ans qu'il a été blessé; voilà vingt-deux mois qu'il a subi la double amputation sus-malléolaire, sans avoir pu encore supporter la marche, ni même la station sur deux jambes artificielles. Ce malheureux enfin nous a déjà demandé de lui reséquer ses moignons, ou de lui faire des appareils qui lui permissent de fléchir ses restes de jambes sur les cuisses, comme le font les amputés au-dessous du genou.

Ce fait-là n'est-il pas, ajoute M. Larrey, un témoignage vivant à l'appui de l'opinion que j'ai soutenue devant la Société?

Le second fait est relatif à une amputation de jambe pratiquée vers le tiers moyen du membre, et qui a offert quelques circonstances particulières.

Un soldat du 10e régiment d'artillerie est blessé en Crimée le 8 septembre 1855 par un éclat de bombe, qui fracasse les deux os de la jambe droite à son quart inférieur. Aucun accident primitif ne survient; un pansement provisoire est fait. Mais dès le surlendemain la gangrène s'empare de la plaie; elle semble se limiter après quelques jours, et le 11 septembre on procède à l'amputation par la méthode circulaire, à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur.

Le blessé est évacué trois jours après sur Constantinople. Mais pendant la traversée la pourriture d'hôpital se déclare dans le moignon, et détruit toutes les parties molles de la partie antérieure, en laissant à peu près intactes celles de la région postérieure. Le tibia et le péroné se trouvent complétement dénudés, et forment une saillie très-prononcée. Le travail d'élimination ne dura pas moins de cinq mois, et alors seulement on réséqua les bouts d'os nécrosés. La portion de tibia ainsi enlevée (nous l'avons sous les yeux) constitue une virole complète de 3 centimètres de longueur. Plusieurs esquilles se détachent consécutivement à cette résection, et enfin le travail de réparation commence, mais si difficilement, si lentement, qu'aujourd'hui même la cicatrisation n'est point terminée. L'ulcération qui persiste, sans être large, est encore assez profonde; les téguments voisins sont enflammés, adhérents et sensibles au toucher. Le moignon enfin, outre sa longueur relative, est irrégulier, par la perte de substance qu'il a subie, et n'offre qu'une cicatrice imparfaite, amincie et adhérente au tibia. Cet os est de plus déformé par un gonflement assez considérable occupant presque toute la place de l'espace inter-osseux. Le péroné est plus long que le tibia, et fait une saillie recouverte par une portion de cicatrice adhérente et incapable d'aucun glissement. Il suit de cette disposition que le seul point de cicatrice solide et souple correspond au centre des muscles du mollet, formant par leur excès de longueur un épais bourrelet.

Telles sont les principales circonstances de cette amputation, que je rapprocherais volontiers, ajoute M. Larrey, de l'amputation sus-malléolaire, quant au résultat ultérieur et à l'insuffisance des moyens prothétiques pour obtenir une cicatrisation prompte et régulière.

M. Giraldès fait remarquer que le premier malade ne saurait fournir un argument contre le procédé opératoire qui a été employé, puisque les accidents qui sont survenus tiennent uniquement à des circonstances étrangères à l'opération. Les chirurgiens anglais font souvent l'amputation au tiers moyen de la jambe, et sont satisfaits de leurs résultats.

M. Larrey répond qu'il ne s'est pas tant élevé contre les amputations à la partie moyenne que contre les amputations sus-malléolaires; s'il blâme l'amputation au tiers moyen, c'est parce que cette région de la jambe ressemble à la partie inférieure.

M. Legouest informe la Société que les chirurgiens anglais, en Crimée, amputaient la jambe à toute hauteur. Il annonce qu'il a l'intention de communiquer des renseignements à ce sujet.

M. Larrey tient d'un chirurgien russe que dans la campagne de 1812, où la pourriture d'hôpital était très-fréquente, les Russes amputaient le plus bas possible pour se réserver la ressource de nouvelles amputations, en cas de gangrène.

Gaz acide carbonique employé comme anesthésique. — M. Follin a employé les insufflations d'acide carbonique, déjà préconisées par M. Simpson, sur trois malades, dont deux étaient affectées de cancer de l'utérus et le troisième d'un cancroïde de l'oreille. Dans ces trois cas, la douleur a été supprimée. Le contact du gaz causait une légère chaleur. A ce sujet, M. Follin rappelle l'action sédative du marc de raisin et de certaines eaux minérales riches en acide carbonique.

— Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

RAPPORT.

M. Gosselin lit un rapport sur un travail du docteur Legendre, intitulé *De l'anus contre nature*. — Le vote des conclusions est renvoyé à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Verneuil présente un pied sur lequel on avait pratiqué la résection de la tête du premier métatarsien, en conservant l'orteil, pour une altération de l'os causée par le voisinage d'un durillon. L'opération a réussi, et le résultat définitif est très-satisfaisant.

M. Lenoir a toujours vu, en pareil cas, l'orteil se dévier par suite de la rétraction de la cicatrice, et s'opposer à ce que le malade puisse porter des chaussures.

Ostéo myélite du fémur. — M. Broca présente une pièce d'ostéo-myélite provenant d'une femme amputée par M. Guérin, et qui a succombé à une affection tuberculeuse. Pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, la plaie avait bien marché; mais, plus tard, l'os s'était détaché des chairs et était devenu saillant. A l'autopsie, on trouva un bouchon osseux qui obturait complétement le canal médullaire; il n'y avait aucune lésion qui se rapportât à l'infection purulente, on n'en avait constaté aucun symptôme pendant la vie, et pourtant la médullite est bien évidente. Elle n'a pu venir ni du contact de l'air, ni du contact du pus sur le tissu médullaire.

Une autre particularité curieuse, c'est que, contrairement à ce qu'on observe généralement en pareil cas, le périoste est sain et adhérent à l'os.

— M. Larrey montre le dessin de la tumeur sanguine de la région crânienne dont il a parlé dans la dernière séance.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, Desormeaux.

JURISPRUDENCE PHARMACEUTIQUE ET VÉTÉRINAIRE.

Nous avons reçu d'un de nos abonnés les quatre questions suivantes, sur lesquelles il nous demande notre avis basé sur les dispositions légales qui s'y rattachent. Le sujet nous a paru assez important pour faire l'objet d'un article spécial; la matière d'ailleurs est peu connue et intéresse un grand nombre de personnes.

Première question. — *Un vétérinaire établi dans un pays où il y a un pharmacien, a-t-il le droit de préparer, de vendre et de débiter des médicaments?*

En l'absence de lois ou ordonnances formelles qui puissent être invoquées, nous allons rappeler en quelques mots un fait qui a eu un certain retentissement en 1839 et 1840, et dont la solution, par un jugement de première instance et par un arrêt de la Cour royale de Paris, est la réponse à cette question.

En 1838, M. Durand, pharmacien à Arpajon, dénonça au procureur du roi M. Caramija, vétérinaire au même lieu, comme contrevenant aux lois qui régissent l'exercice de la pharmacie, en préparant et débitant des médicaments à l'usage des animaux malades. Le procureur du roi n'ayant pas jugé à propos de poursuivre, M. Durand intenta au vétérinaire une action en dommages-intérêts. Le 20 février 1839, le tribunal civil débouta M. Durand de sa demande, par le jugement suivant, dont nous reproduisons les considérants les plus importants, lesquels semblent jusqu'ici destinés à fixer la législation :

1° Considérant que les lois et ordonnances sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie ont toutes pour objet la conservation de la santé publique; que l'art de la médecine ne concerne que le traitement des maladies dont peut être affligée l'espèce humaine; que les pharmaciens doivent, pour leurs préparations, se conformer au code pharmaceutique publié en exécution de l'ordonnance du roi du 6 août 1816; que la loi de germinal an XI n'interdit que le débit de drogues et préparations médicamenteuses au poids médicinal;

2° Considérant que les écoles vétérinaires ont été instituées pour former des hommes capables d'exercer avec succès la médecine des animaux domestiques; que les élèves de ces écoles apprennent non-seulement la théorie, mais encore la pratique de la médecine vétérinaire; que les doses et la qualité des médicaments à préparer pour les animaux diffèrent essentiellement des doses et qualités des médicaments à administrer à l'homme, et ne sont pas indiqués par le code pharmaceutique;

3° Considérant que les pharmaciens ne sont pas astreints à étudier la pharmacie vétérinaire pour obtenir leur diplôme;

4° Considérant qu'en médecine et en pharmacie les remèdes secrets sont formellement interdits, tandis qu'ils ne sont nullement défendus en médecine vétérinaire;

5° Considérant que l'exercice de la médecine et de la pharmacie est un délit de la part de ceux qui ne sont pas porteurs d'un diplôme, mais que la médecine et la pharmacie vétérinaires n'offrant pas les mêmes dangers dans l'administration des remèdes, n'ont pu éveiller au même point la sollicitude du législateur; que si le grade de vétérinaire donné aux élèves reçus par le jury d'examen des écoles est une garantie pour les propriétaires d'animaux, il n'est cependant pas interdit à toute personne qui veut s'en occuper d'exercer la médecine des animaux, car aucune loi ne déclare que cet exercice constitue soit un délit, soit une contravention;

6° Considérant qu'il résulte de ces considérations que le droit exclusif attribué aux pharmaciens de préparer et de vendre les médicaments ne peut s'entendre que des médicaments qui concernent le traitement du corps humain;

7° Que la préparation des médicaments destinés aux animaux n'est pas interdite aux vétérinaires, et ne saurait constituer de leur part le délit d'exercice illégal de la pharmacie, etc.;

Déclare Durand mal fondé dans sa demande.

Sur l'appel interjeté par M. Durand, la Cour royale, adoptant les motifs des premiers juges, rendit, le 19 août 1840, un arrêt confirmatif du jugement de première instance.

M. Durand s'était pourvu en cassation, et déjà avaient été publiés dans le *Journal de médecine vétérinaire* les mémoires à consulter pour et contre; mais il paraît qu'il ne fut donné aucune suite à ce pourvoi, car nous n'avons pu en trouver aucune trace dans les arrêts de la Cour de cassation. Depuis lors, à plusieurs reprises, la même question s'est représentée devant divers tribunaux civils, qui ont tous rendu des jugements conformes au précédent, et appuyés sur les mêmes motifs.

Nous basant donc sur les considérants du jugement ci-dessus, nous répondrons à la première question : En l'absence de dispositions légales qui s'y opposent, le vétérinaire a le droit de préparer et de vendre des médicaments *pour l'usage des animaux domestiques*, même dans une localité où il y a un pharmacien.

Deuxième question. — *Le vétérinaire a-t-il le droit de délivrer toutes les substances et préparations vénéneuses portées sur le tableau annexé à l'ordonnance du 29 octobre 1846, sans être tenu à se conformer à ladite ordonnance?*

Le vétérinaire n'étant pas pharmacien, il est évident qu'il ne peut être assujetti aux formalités prescrites à ce dernier par les dispositions de l'ordonnance du 29 octobre 1846; mais il est évident aussi que toute personne qui se livre, avec ou sans diplôme, à l'exercice de la médecine vétérinaire, doit être assujettie aux mêmes formalités que les *commerçants*, *chimistes*, *fabricants* ou *manufacturiers* mentionnés dans ladite ordonnance, c'est-à-dire déclaration au maire, inscription des substances vénéneuses vendues sur un registre spécial, détention de ces substances dans un endroit sûr et fermé à clef, etc. Ici le vétérinaire rentre dans la classe commune.

Troisième question. — *Le vétérinaire peut-il être assujetti à la visite du jury médical?*

Non, puisqu'il n'est pas assimilé aux pharmaciens, et que, d'après les considérants 5, 6 et 7, l'exercice de la médecine et de la pharmacie vétérinaires est libre. Le vétérinaire rentre ici dans la classe des *commerçants*, *chimistes*, *fabricants*, et n'est soumis, conformément à l'article 14 de ladite ordonnance, qu'à la visite du commissaire de police, chargé de vérifier si ces industriels se conforment aux dispositions portées aux articles 1, 2, 3, 4, 11, 12 et 14 de cette ordonnance.

Quatrième question. — *Le vétérinaire a-t-il le droit de tenir une pharmacie ouverte et de faire débiter les médicaments par des personnes étrangères à sa profession?*

Quant à ce qui regarde les préparations pharmaceutiques destinées à l'homme, *non*, le vétérinaire n'a pas ce droit. Quant à ce qui touche les médicaments destinés aux animaux, il peut, *sous sa responsabilité personnelle*, vendre et débiter des préparations médicamenteuses, la *profession* de vétérinaire étant libre, comme il est établi au 5e considérant du jugement rapporté ci-dessus. — Dr A. Foucart.

SOUSCRIPTION

en faveur des veuves et orphelins des médecins et pharmaciens de l'armée et de la flotte morts en Orient.

Sommes reçues par M. le baron P. Dubois, *président de la commission.*

MM. Grisolle, professeur à la Faculté de médecine de Paris, 40 fr.; Malapert, médecin principal à l'hôpital du Roule, 60 fr.; docteur Dewulf, 20 fr.; Moreau, professeur à la Faculté de médecine de Paris, 40 fr.; Association de prévoyance des médecins de l'arrondissement d'Alais, 100 fr.; docteur Liégard (de Caen), 10 fr.; docteur Combes, de Saint-Germain (Cher), 15 fr.; docteur Campmas, médecin principal à Baréges, 40 fr.; docteur Cahuac (d'Agen), 10 fr.; Association de prévoyance des médecins du département de la Seine, 500 fr.; Morgue, médecin principal de 1re classe de l'hôpital militaire de Lyon, 50 fr.; Soucelier, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Lyon, 25 fr.; Durand, id., 25 fr.; Magail, médecin-major de 1re classe, id., 10 fr.; Valette, id., 20 fr.; Marmy, id., 15 fr.; Definance, 10 fr.; Barudel, médecin-major de 1re classe, 10 fr.; Lasserre, id., 10 fr.; Verdier, méd. aide-major de 1re classe, 5 f.; Navarre, id., 5 f.; Damour, id., 5 fr.; Monnier, id., 5 fr.; Papillon, médecin aide-major de 2e classe, 5 fr.; Cuvellier, médecin-major à l'hôpital militaire de Bougie, 15 fr.; Ovide, médecin aide-major, id., 5 fr.; Boutonnier, médecin sous-aide, id., 5 fr.: Bougel, aide-major, id., 5 fr.; Massié, pharmacien aide-major, id., 5 fr.

Total.	1,070 fr.
Reçu précédemment. . .	3,345 fr.
Total.	4,415 fr.

Sommes reçues par M. le docteur Maheux, *secrétaire de la commission.*

MM. les docteurs Montanier, 20 fr.; Barbin, à Droué (Loir-et-Cher), 20 fr.; Comisetti, médecin sarde, 50 fr.; Mazzolino, id., 50 fr.; Trousseau, professeur à la Faculté de médecine, 100 fr.; Sestier, 20 fr.; Bessières, 20 fr.; Deschamps, 20 fr.; Tourny, médecin-major de 1re classe à Rome, 15 fr.; Baudens, membre du conseil de santé des armées, 200 fr.; Béchet (de Nancy), 20 fr.; Dupont, 20 fr.; Senard, adjoint à l'inspection du service de santé de la marine, 25 fr.; les médecins de l'hôpital militaire de Rome, 56 fr.; le docteur Cullerier, médecin de l'hôpital du Midi, 20 fr.; M. Pille, négociant, 5 fr.; docteur Souchard de Lavoreille, à Batignolles, 20 fr.; Richard (d'Aulem), 20 f.; Dupuy, pharmacien, 100 fr.; Venard, id., 1 fr.; Leperdriel, id., 20 f.; Ravault, id., 5 fr.

Total.	827 fr.
M. le baron P. Dubois. . . .	4,415 fr.
La *Gazette des Hôpitaux*. . .	136 fr.
L'*Union médicale*.	515 fr.
Total à ce jour.	5,893 fr.

Le Senne.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 20 OCTOBRE 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Hiffelsheim, dont on connaît les intéressantes recherches sur les mouvements du cœur, poursuit avec une persévérance digne d'éloges la solution du problème qu'il s'est proposé d'élucider jusque dans son dernier terme. Dans un troisième mémoire qu'il a lu dans cette séance, il a étudié l'influence qu'exerce la ligature des gros vaisseaux du cœur sur le battement ou le choc précordial. Nous avons cherché, à l'occasion des deux premiers mémoires, à faire saisir la portée de l'ingénieuse expérience à l'aide de laquelle l'auteur avait été conduit à exprimer le mécanisme de l'impulsion du cœur par cette formule si simple et si hardie à la fois : « le cœur bat » parce qu'il recule. » Nous avons fait voir également que dans cette explication, qui éliminait ainsi l'un des termes du problème si complexe des mouvements du cœur en le rattachant à une loi physique, il y avait plus qu'un fait, plus qu'une théorie, qu'il y avait encore toute une méthode d'investigation.

Les physiologistes ont dû s'en émouvoir. Diverses objections ont été présentées, en effet. Quelques-unes, décelant dans leurs auteurs un esprit peu familiarisé avec les sciences physiques, prouvaient qu'on s'était complétement mépris sur la signification réelle de la théorie du recul. Mais il n'en a pas été de même pour d'autres. Il en a été fait une entre autres, empruntée au cœur même du sujet, c'est-à-dire à la théorie physique du recul, qui tendait à infirmer la justesse de l'application qui en était faite dans l'espèce. Il n'y avait qu'un moyen de réfuter cette objection théorique, c'était de démontrer expérimentalement la réalité du fait. On ne lira pas sans intérêt la description du procédé qu'a employé M. Hiffelsheim pour donner à sa théorie une sanction en quelque sorte vivante.

Déjà M. Hiffelsheim avait invoqué à l'appui de son explication l'analogie qui existe entre le phénomène de la marche à reculons des céphalopodes pourvus d'une poche contractile semblable aux poches élastiques distendues dont il s'était servi dans sa première expérience, et ce qui se passe dans le mouvement de totalité de cette autre poche contractile qu'on appelle le cœur. Dans les expériences dont il a exposé les résultats à l'Académie, il a complété la démonstration de cette analogie en produisant et supprimant à volonté les battements du cœur à l'aide de ligatures ou de serres-fines placées à l'origine des gros vaisseaux cardiaques, tandis qu'il laissait subsister ou excitait même au besoin les contractions partielles de l'organe. Or, il est arrivé à ce résultat constant que l'interruption momentanée du cours du sang dans les gros vaisseaux du cœur entraînait la disparition du choc précordial.

Espérons que la commission voudra bien constater la réalité des faits avancés par M. Hiffelsheim, et contrôler elle-même l'exactitude de ses expériences. Si elle venait à en sanctionner les résultats par son jugement, la théorie des mouvements du cœur aurait enfin une première assise solide, et la doctrine si controversée de M. Bouillaud sur ce point de physiologie trouverait, dans les laborieuses investigations de M. Hiffelsheim, un auxiliaire puissant.

M. Budge, qui paraît avoir fait choix, pour sa part de coopération au défrichement du vaste domaine de la physiologie expérimentale, des fonctions du système nerveux de la vie organique, a fait connaître dans une lettre les résultats de ses recherches relatives à l'influence des ganglions semi-lunaires sur les intestins. Il a constaté que l'extirpation de ces ganglions et du ganglion mésentérique chez un animal vivant avait pour effet constant d'augmenter la sécrétion des mucosités intestinales et de produire une distension considérable de l'intestin. Les expériences de M. Budge manquent malheureusement des détails nécessaires pour permettre d'apprécier la valeur de ce résultat, et de saisir au milieu des mutilations que nécessite une semblable expérience le rapport qui peut exister entre l'effet produit et le retranchement de la portion du système nerveux dont il s'agit. Il faut donc attendre de plus amples renseignements.

Dans une courte note, que l'on trouvera au compte rendu, M. Tavignot a exposé un nouveau mode de traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales fondé sur une nouvelle théorie de cette affection.

L'Académie a reçu, enfin, dans cette même séance, plusieurs autres communications médicales dont les titres n'ont fait qu'amorcer notre curiosité sans la satisfaire ; tel est, par exemple, un mémoire de M. Devay ayant pour titre : *Du danger des alliances consanguines au point de vue sanitaire;* un travail de M. Apostolides sur l'utilité du stéréoscope dans le strabisme, les communications de M. Meyer sur le traitement des scolioses, et celles de M. Dyrmianski sur le pansement des plaies gangréneuses.

— Encore un mot sur la sensibilité des tendons. Nous avons reçu, à l'occasion de la communication de M. Flourens sur ce sujet, une lettre d'un de nos honorables correspondants, M. le docteur Pascal, médecin principal de l'hôpital militaire de Bayonne, qui renferme sur ce point de physiologie et de pathologie quelques réflexions qu'on lira avec d'autant plus d'intérêt qu'elles sont comme le corollaire et l'interprétation naturelle du fait expérimental démontré par l'illustre physiologiste.

Voici cette lettre :

D'après les faits exposés dans la communication de M. Flourens, les tendons, insensibles à l'état sain, seraient, au contraire, sensibles quand l'inflammation a le temps de se développer par suite des irritations physiques de ces organes.

C'est donc à l'état phlegmasique qu'il faudrait attribuer le développement de la sensibilité dans des tissus qui paraissent en être dépourvus à l'état normal.

Le fait qui vient d'être signalé par des expériences nouvelles ne concerne pas les tendons seulement. Depuis longtemps il est établi dans la science que tous les organes sans exception qui jouissent de la vie, à quelque degré que ce soit, lors de la naissance d'une inflammation, voient leur sensibilité, quelque obscure qu'elle pût être, s'élever tout à coup au plus haut degré, et donner lieu par suite à des phénomènes nerveux très-prononcés. Les os, le *tissu osseux* proprement dit, non le tissu médullaire ; les aponévroses, les ligaments ; les membranes cellulaires, fibro-cellulaires ou fibro-séreuses, sont pour ainsi dire tous dans ce cas.

Mais est-il aussi bien établi que semble l'indiquer la note de M. le professeur Flourens, que les tendons sont parfaitement insensibles à l'état sain ? Les tendons constituent un organe fibreux distinct, mais qui partage sans nul doute avec le système fibreux en général les propriétés physiologiques spéciales à ce système.

Or, depuis l'époque glorieuse de Bichat, il a été reconnu que *chaque organe a son mode spécial de sensibilité !*

Que, par suite, *chaque nature d'organes a ses excitants et ses irritants propres à l'état physiologique!*

De même que la lumière excite d'une manière spéciale la rétine; le son, les extrémités des nerfs auditifs ; les odeurs, la membrane muqueuse ethmoïdale, etc.

De même les tissus fibreux ne sont sensibles à l'état sain, dit *état physiologique*, qu'à la torsion.

C'est par suite de cette spécialité relative à la production de la sensibilité dans les tissus fibreux, que les entorses sont accompagnées de si vives douleurs, et les tiraillements tendineux suivis d'accidents si redoutables.

Mais, dira-t-on, dans ce cas particulier, les nerfs qui avoisinent les tendons ne joueraient-ils pas le principal rôle, et ne serait-ce pas aux nerfs mêmes qu'il faudrait attribuer la douleur vive développée tout à coup par la torsion?

Non, certes, il ne paraît pas qu'il en soit ainsi ; d'abord, parce que le siége et le caractère de la douleur ressentie est tout particulier et distinct; puis, parce que la rupture des tendons, lorsqu'elle est complète, au rapport de tous les observateurs, n'est plus suivie de douleur. Or, dans ce dernier cas, les nerfs voisins devraient encore donner des signes de douleur, n'étant pas eux-mêmes tous divisés, quoique distendus.

Mais il est un caractère qui est, j'oserais dire, *pathognomonique;* c'est que lorsqu'un nerf est *blessé, piqué, tordu ou lésé, la douleur se propage ordinairement le long du tronc nerveux devenu bientôt tout entier souffrant.*

ÉCOLE DE MÉDECINE NAVALE DU PORT DE BREST.

Discours prononcé par M. LEFÈVRE, directeur du service de santé, le 1er octobre 1856, à l'ouverture d'un concours pour divers grades dans le corps des chirurgiens et des pharmaciens de la marine.

Messieurs,

C'est toujours avec un vif sentiment d'intérêt que nous assistons au retour de ces luttes solennelles qui vous permettent de produire et de défendre publiquement dans l'arène du concours vos droits à l'avancement. Si le labeur incessant qu'elles imposent ajoute à la rigueur des autres devoirs que vous avez à remplir, elles vous donnent au moins l'assurance que vos efforts seront toujours appréciés, et que la récompense due à de longs et honorables services ne saurait manquer quand ils se présentent avec l'appui d'une instruction professionnelle élevée au niveau du grade auquel on aspire.

Le concours qui va s'ouvrir emprunte à l'importance des places qui seront disputées, au nombre des candidats qui se présentent et aux circonstances qui l'ont précédé, un intérêt inaccoutumé. Aussi M. le préfet maritime, qui dans les nombreux commandements qu'il a exercés a pu apprécier les services que vous rendez journellement à la marine, et qui saisit toutes les occasions de nous témoigner sa bienveillance a-t-il voulu présider à cette première réunion.

Après quelques considérations sur les fonctions attribuées aux professeurs dont les grades sont compris parmi ceux qui font l'objet de ce concours (1), et sur la nature des épreuves à subir par les candidats, M. le docteur Lefèvre continue en ces termes :

Félicitons-nous, messieurs, de posséder une institution qui établit entre nous une communauté d'origine dont nous pouvons, à bon droit, nous enorgueillir. Sans le concours, votre avancement serait soumis à la règle de l'ancienneté ou aux caprices du choix. Le premier mode, en permettant de s'engourdir dans une oisiveté préjudiciable à l'instruction, porterait atteinte à la confiance que vous devez toujours inspirer et à la considération du corps; le second, en ouvrant la porte à l'intrigue et à ses sourdes menées, tendrait à avilir et à déconsidérer les individus qui, pour se concilier la faveur, pourraient recourir à des actes qu'ils n'oseraient pas toujours avouer.

Restez donc soumis à cette loi du travail qui est du reste imposée à tous les médecins. Cabanis l'a dit, au commencement de ce siècle : De toutes les sciences, la médecine est celle qui demande le plus de labeur et le plus de pensées. On le comprend, quand on considère la somme des difficultés et des obstacles à vaincre dans son étude. En effet, elle n'a pas comme d'autres sciences de principes arrêtés, de bases immuables. Depuis des siècles, des systèmes présentés tour à tour comme ouvrant les routes qui devaient conduire à la vérité, ont fait place à d'autres systèmes qui n'ont pas vécu plus longtemps, laissant souvent à leurs auteurs, lorsqu'ils avaient le malheur de leur survivre, d'amers et vifs regrets. Mais ces tristes résultats, que les détracteurs de notre art invoquent pour le combattre et pour le déprécier ont-ils la puissance qu'ils leur prêtent? Non, messieurs; ils ne témoignent que des difficultés d'une étude qui a l'homme pour objet, et qui en apprenant à soulager ses maux et à prolonger son existence, emprunte quelque chose à la puissance divine qui l'a créé. Si les progrès de la médecine ont été lents, si les avantages qu'elle procure viennent à de longs intervalles, ils n'en sont pas moins réels. Et cette science qui s'enrichit chaque jour par l'application des nouveaux principes et des nouvelles découvertes qu'elle emprunte aux autres sciences si universellement cultivées, doit être regardée comme l'espérance et la sauvegarde de l'humanité. Les bienfaits qu'elle dispense tendent journellement à s'accroître, et dans l'avenir, n'en doutez pas, ses ressources seront encore plus étendues et plus efficaces.

A aucune époque, cette nécessité d'études et de travaux continuels

(1) A la suite de ce concours, il sera nommé :
1 médecin-professeur;
1 pharmacien-professeur;
2 chirurgiens, 2 pharmaciens } de 1re classe;
9 chirurgiens, 1 pharmacien } de 2e classe;
10 chirurgiens, 1 pharmacien } de 3e classe.

Tandis que dans le cas des lésions fibreuses ou tendineuses produites par la torsion, la douleur spéciale qui naît, *sourde et concassante*, reste locale et comme bornée à la région froissée ou tordue. Je parle ici d'après mon expérience propre. PASCAL.

Les faits énoncés par M. Pascal, comme ceux que M. J. Guérin a invoqués dans le temps à l'appui de la démonstration de la contractilité des tendons, et que nous rappelions encore récemment à cette même occasion, viennent, comme on le voit, élargir le problème que M. Flourens s'est proposé de résoudre par ses expériences, et appellent sur ce sujet de nouvelles études au point de vue de la détermination du *mode spécial* de sensibilité des tendons. — Dr Brochin.

Nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs la lettre suivante de M. Cazeaux, en joignant notre appel au sien, afin de rendre aussi fructueuse que possible la discussion qui va s'engager devant l'Académie.

La question soulevée mardi dernier à l'Académie, et dont la discussion doit continuer à la séance prochaine, est des plus importantes. Faut-il, dans les kystes de l'ovaire, abandonner les malades à elles-mêmes, se borner aux ponctions palliatives, ou faut-il tenter la cure radicale à l'aide des injections?

Une pareille question ne peut être élucidée que par un très-grand nombre de faits, et quelque vaste que soit la pratique d'un seul homme, elle est insuffisante pour la résoudre. Mais ce que personne ne peut faire dans son isolement, tous peuvent le faire, et je viens, par l'intermédiaire de votre journal, m'adresser à tous. Je viens prier nos confrères de France et de l'étranger de m'adresser immédiatement un résumé de leurs observations sur ce point important de pratique chirurgicale, et voici les points principaux sur lesquels des détails précis me semblent indispensables.

A. Kystes de l'ovaire abandonnés complétement à eux-mêmes.

Epoque de leur apparition; leur marche plus ou moins rapide; leur durée; leurs complications et accidents; ont-ils été pour quelque chose dans la mort de la malade?

B. Kystes de l'ovaire traités par les ponctions palliatives.

A quelle époque la première ponction a-t-elle été nécessaire; après quel temps et combien de fois a-t-il fallu la renouveler; ces ponctions ont-elles été suivies d'accidents; combien de temps la femme a-t-elle vécu après la première ponction?

C. Kystes traités par la ponction et l'injection irritantes (iodée ou autres).

Résultat immédiat de l'opération. La tumeur s'est-elle reproduite, et avec quelle rapidité; combien a-t-il fallu faire d'injections? Dans combien de cas la sonde à demeure a-t-elle été employée? Durée du traitement; accidents divers; résultat définitif; combien de morts, combien de guérisons?

Si j'étais assez heureux pour obtenir la collaboration de tous mes confrères, il me serait facile de dresser une vaste statistique à l'aide de laquelle l'Académie pourrait enfin résoudre, ou au moins éclairer beaucoup cette question encore si indécise.

J'ai pensé, mon cher confrère, que vous voudriez bien me permettre d'insérer dans votre journal cet appel aux souvenirs de tous les praticiens, et je vous prie d'agréer d'avance tous mes remercîments.

Votre dévoué collègue, P. CAZEAUX.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. ARAN.

Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus.

(Recueillies et rédigées par M. RABAUD, interne du service.)

DES DÉPLACEMENTS, DÉVIATIONS ET FLEXIONS DE L'UTÉRUS.

La question des déplacements, déviations et flexions de l'utérus est une des plus controversées de la pathologie utérine; et, comme vous le savez, une de celles qui ont passionné vivement les esprits dans ces dernières années; non pas qu'il puisse y avoir des doutes sur leur existence, mais à cause du rôle important qu'on a voulu leur donner dans la production des phénomènes morbides éprouvés par les femmes, et surtout à cause des traitements mécaniques qu'on a proposés pour y remédier, traitements pour lesquels l'engouement a été tel pendant un moment, qu'on a pu croire à l'absorption complète de la thérapeutique utérine dans l'emploi de moyens purement mécaniques.

Que l'utérus puisse se déplacer, c'est ce qu'il est impossible de ne pas admettre *à priori*, quand on réfléchit à sa position dans le bassin, d'une part, où il est en rapport avec des organes éminemment mobiles; et dans le vagin, d'autre part, où il peut être atteint si facilement par des causes extérieures; quand on connaît ses connexions intimes avec l'ovaire, dont la réplétion ou l'état de vacuité fait changer la situation, quand on songe à la laxité des autres moyens de sustentation qu'il possède, laxité en rapport avec les fonctions que l'organe doit accomplir. Toutefois, on s'est demandé, et c'est à M. le professeur Cruveilhier qu'appartient cette remarque, si ces variations de situation que l'on constatait chez les femmes étaient bien quelque chose d'anormal, si l'utérus avait une position constante, si l'utérus enfin avait un axe; et M. Cruveilhier s'est prononcé pour la négative. A notre avis, la solution de cette question est cependant bien facile; mais pour la résoudre, il ne faut pas examiner la situation de l'utérus chez les femmes qui ont eu des rapports sexuels, encore moins chez celles qui ont eu des enfants, parce que ces femmes se sont placées dans des conditions qui ont pu altérer la situation normale de l'utérus. Or, les recherches faites sur des cadavres de jeunes filles impubères et chez les jeunes filles pubères et vierges, ont montré, ainsi que M. Boulard l'a très-bien dit, et comme j'ai pu le vérifier bien des fois sur le cadavre et sur le vivant, que dans l'état normal et presque constamment, l'utérus est placé dans la direction de l'axe du grand bassin, avec une très-légère obliquité latérale et avec une flexion du corps sur le col, flexion qui mérite moins le nom d'*antéflexion* que celui d'*anté-courbure*, qui lui a été donné par M. Huguier.

C'est là la direction normale, mais qui varie beaucoup chez les femmes qui ont eu des rapports sexuels ou des enfants, l'utérus pouvant être plus ou moins perpendiculaire, obéissant même, surtout chez ces dernières, aux lois de la pesanteur et se portant en avant ou en arrière, avec les inclinaisons du corps de la malade dans l'une ou l'autre de ces directions. Toutefois, c'est là une remarque dont je puis affirmer l'exactitude, l'utérus ne s'incline jamais ni autant ni aussi facilement en arrière qu'en avant, nouvelle preuve de l'inclinaison naturelle de l'organe dans ce dernier sens.

La distance à laquelle le col se trouve de l'orifice vulvaire varie suivant la situation occupée par l'utérus lui-même. Sensiblement plus élevé, en général, chez les filles vierges et chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, on le trouve ordinairement à une profondeur de 4 centimètres, rarement plus haut, et souvent plus bas chez les femmes qui ont eu des enfants.

Tout en faisant une large part aux variétés que peut offrir la situation de l'utérus, il est impossible de ne pas admettre que l'utérus peut présenter des changements notables dans sa situation par rapport aux organes voisins et dans la situation respective du col et du corps de l'organe, l'un par rapport à l'autre. Aux premiers changements appartiennent ce qu'on a appelé *déplacements* ou *déviations*, suivant que l'organe a changé ses rapports avec les organes voisins par abaissement, élévation ou inclinaison en tel ou tel sens; et les seconds changements comprennent ce qu'on a appelé les *flexions*.

Élévation ou *abaissement* dans le *prolapsus*, ou *chute* de l'utérus, est le degré le plus avancé. *Inclinaisons* en avant, en arrière ou sur les côtés de tout l'organe, dénommées, d'après la direction affectée par le corps de l'utérus, *antéversion, rétroversion, latéroversion*. *Inclinaison* du corps ou du col de l'utérus changeant la direction relative de ces deux parties, dénommées également, suivant la position affectée par le corps de l'utérus, en avant, en arrière ou sur les côtés, *antéflexions, rétroflexions, latéroflexions;* tels sont les principaux changements qui peuvent survenir dans la situation absolue ou relative de l'utérus.

Mais quelques détails sont utiles pour bien faire comprendre ces derniers déplacements, qui présentent, en effet, trois variétés:

1° Inclinaison du corps sur le col, celui-ci conservant sa situation normale (flexion du corps);

2° Inclinaison du col sur le corps, le col seul ayant changé de situation (flexion du col);

3° Inclinaison du col et du corps, les deux parties de l'organe ayant marché l'une vers l'autre dans le même sens, ou s'étant inclinées en sens opposé (flexions du col et du corps).

Ces diverses inflexions peuvent être et sont très-souvent accompagnées d'abaissement, surtout les rétroflexions du corps et les rétroflexions du col et du corps.

Dans la rétroflexion simple, le corps est porté en arrière; le fond de l'organe repose sur le rectum et la paroi postérieure du petit bassin; l'organe a la forme d'une cornue; mais d'autres fois le col se porte avec le corps en arrière (rétroflexion double); alors l'angle de réunion qui existe dans le premier cas se rétrécit de plus en plus et finit par disparaître; c'est dans ces derniers cas que l'utérus donne au doigt qui presse sur le col d'avant en arrière ou d'arrière en avant la sensation que j'ai décrite sous le nom de *mouvement de sonnette*.

L'antéflexion peut venir du col ou du corps; mais elle est toujours bien plus limitée que la rétroflexion. Elle est très-souvent double; mais jamais l'antéflexion du col ne va jusqu'à faire toucher cette partie à l'angle des pubis.

Dans certains cas, on a vu le corps porté en avant et le col porté et tordu sur lui-même en arrière, constituant une affection complexe (antéflexion du corps et rétroflexion du col).

Cette torsion du col et du corps de l'utérus se fait toujours au même point, à la réunion des deux parties constituantes de cet organe, col et corps; et la seule explication que l'on puisse donner de ce fait est celle proposée par Virchow, qui l'attribue aux adhérences intimes de la vessie au col de l'utérus.

Quelle est la fréquence relative des divers déplacements de l'utérus?

J'ai fait faire le relevé des maladies utérines entrées dans mon service depuis le 2 mai 1855 jusqu'au 5 juin dernier, c'est-à-dire dans un espace de treize mois. Elles s'élèvent à 143; et sur ce nombre il y a 103 exemples de déplacements ou de déviations de l'utérus.

L'abaissement est la lésion dominante. En effet, nous avons eu:

- 10 cas d'abaissement simple;
- 26 — avec rétroversion ou rétroflexion;
- 25 — avec antéversion ou antéflexion;
- 18 de rétroversion ou rétroflexion;
- 24 d'antéversion ou antéflexion;

C'est-à-dire 61 cas d'abaissement avec ou sans flexion, et 42 cas d'inflexions diverses sans abaissement.

Mais je tenais en outre à vider par la statistique une question soulevée dans ces derniers temps, et tendant à montrer que ces inflexions tenaient à l'état puerpéral. Or, j'ai trouvé que sur ce chiffre de 103 malades il y en avait 65 qui avaient eu des couches ou des fausses couches, et 38 qui n'en avaient pas eu; en sorte que l'on ne peut regarder ces lésions comme appartenant en propre à l'état puerpéral.

Il était important de savoir si l'état de grossesse avait joué un certain rôle dans le développement de telle ou telle inflexion.

On avait voulu, en effet, expliquer la rétroversion et la rétroflexion par le décubitus sur le dos chez les femmes récemment accouchées.

Sur les 38 femmes non accouchées, nous avons trouvé:

- 2 abaissements simples;
- 10 — avec rétroversion ou rétroflexion;
- 5 — avec antéversion ou antéflexion;
- 10 antéversions ou antéflexions simples;
- 11 rétroversions ou rétroflexions simples.

Il y avait donc 21 femmes n'ayant pas eu d'enfants, et pourtant atteintes de rétroflexion ou rétroversion.

---

de la part de ceux qui cultivent les sciences médicales ne s'est fait mieux sentir. Nous vivons dans un temps de scepticisme où, à défaut de conviction, il semble de bon goût à certains esprits d'attaquer ce qu'ont fait leurs devanciers, de répudier les doctrines qu'ils pratiquaient la veille, de renouveler ces déplorables luttes qui ont trop longtemps divisé les hommes de science. Quelques-uns, placés sur le terrain de l'expérimentation, s'attachent à contester les faits qui semblent les mieux établis, jettent du doute sur l'efficacité des méthodes thérapeutiques les plus puissantes, et opposent aux expériences les plus concluantes par les résultats qu'elles avaient donnés, des expériences nouvelles qui tendent à amoindrir ceux-ci et à plonger de nouveau l'esprit dans une pénible incertitude. Au milieu de ce dédale d'opinions et de faits souvent contradictoires qui se produisent tous les jours, l'homme véritablement jaloux de la dignité de son art, doit s'attacher aux travaux sérieux, s'appliquer à distinguer la vérité de l'erreur et à augmenter le nombre des données exactes et positives qui seules peuvent faire progresser la médecine.

Malgré les préoccupations nombreuses qui, dans ces dernières années, ont détourné les officiers de santé de la marine des travaux de cabinet, nos écoles ne sont pas restées en arrière du mouvement intellectuel qui anime la génération actuelle. Jamais le nombre de nos officiers de santé promus aux grades universitaires n'a été plus considérable, jamais ils n'ont livré à la publicité plus d'utiles travaux. L'école de Brest peut se glorifier de la large part qu'elle a prise à ces publications. Sans oublier les recherches sur la thérapeutique médicale de M. le médecin en chef Delioux, qui sont justement appréciées, je vous rappellerai l'ouvrage sur l'anatomie et la médecine opératoire de M. le premier chirurgien en chef Duval, qui porte le cachet de consciencieuse exactitude, d'utilité pratique qu'il sait donner à toutes ses œuvres; le mémoire de M. Rochard sur l'influence de la navigation et des pays chauds sur la marche de la phthisie pulmonaire, qui a résolu une question importante posée par l'Académie impériale de médecine, et a valu à son auteur un des grands prix du concours de 1855; l'excellent traité d'hygiène navale de M. le professeur Fonssagrives, qui prendra place dans la bibliothèque de tous les médecins navigateurs. C'est, a dit M. le professeur Forget, juge compétent en pareille matière, une œuvre utile et savante, un livre instructif et substantiel qui leur manquait: de semblables travaux honorent autant leurs auteurs que le corps auquel ils appartiennent.

Qui, dans la marine, ignore cependant les conditions dans lesquelles vous vivez habituellement? les exigences impérieuses auxquelles vous devez toujours obéir, et l'impossibilité presque constante où vous êtes de goûter le repos et le calme si nécessaires à l'étude pour qu'elle soit fructueuse? Pour la plupart, la vie s'écoule dans l'étroit espace que mesure la muraille d'un navire, ou dans des contrées lointaines et sous l'influence de climats énervants, et cependant c'est là que plusieurs d'entre vous trouvent encore le temps de se préparer à ces rudes épreuves d'où dépend leur avenir, ou de rassembler les éléments de travaux utiles qui sont accueillis avec empressement par les compagnies savantes auxquelles ils en font hommage (1).

Mais c'est dans cette vie agitée, dans cet éloignement des écoles que vous acquérez une utile connaissance de la marche et des dangers des terribles fléaux qui pèsent d'une manière si fatale sur les habitants de la zone torride et sur les équipages des navires qui y stationnent, que vous vous familiarisez avec le triste spectacle d'une épidémie meurtrière concentrée dans un étroit espace, que vous parvenez à vous roidir contre l'image de la mort se reproduisant partout autour de vous, et que vous arrivez enfin à conserver, au milieu de ces scènes de douleur, le calme, le sang-froid, la présence d'esprit si nécessaires à l'homme dans lequel se résument alors les espérances de tant de malheureux! Si dans ces luttes vos rangs s'éclaircissent, si la mort ne vous épargne pas plus que vos compagnons, soldats de la milice médicale, la conscience du péril n'ébranle pas en vous le sentiment du devoir, et vous savez faire à votre pays et à l'humanité le sacrifice de votre vie. C'est ainsi que chaque jour de nouveaux noms viennent s'ajouter à la liste déjà si grosse qui forme le nécrologe de nos écoles,

(1) M. Dutroulau, médecin en chef à la Guadeloupe, a communiqué en 1855, à l'Académie de médecine, un excellent travail sur l'hépatite des pays chauds, qui a été inséré dans le tome XX de ses *Mémoires*.
En 1856, M. Lajoux, chirurgien de 2e classe, a adressé au ministre un mémoire remarquable sur le service médical des postes de Grand-Bassam et de Gabon (Côte-d'Or, Afrique), qui lui a valu un témoignage officiel de satisfaction.

Sur les 65 femmes ayant eu des couches, nous avons trouvé :

8 abaissements;
16 — avec rétroversion ou rétroflexion;
20 — avec antéversion ou antéflexion;
7 rétroversions ou rétroflexions;
14 antéversions ou antéflexions.

D'où 23 rétroversions et rétroflexions seulement. En sorte que cette affection est, comme on voit, toutes proportions gardées, beaucoup plus fréquente chez les femmes qui n'ont jamais eu d'enfants que chez les autres, chose peut-être difficile à comprendre, mais qui n'en existe pas moins.

J'ai examiné aussi la question des âges, et j'ai trouvé que c'est bien entre 20 et 40 que s'observent surtout les déplacements.

En effet :

De 19 ans et au-dessous	3 cas;
De 20 ans à 29. . . .	55
De 30 ans à 39. . . .	32
De 40 ans à 49. . . .	12
A 50 ans.	1

Sur les 12 femmes ayant dépassé 40 ans, il y avait 7 cas de rétroversion ou rétroflexion.

Les 3 cas observés avant 20 ans étaient des rétroversions ou des rétroflexions également.

Ainsi, chose remarquable, l'on voit cette dernière affection être plus commune aux deux extrémités de l'échelle de la vie utérine.

J'ai voulu savoir également quelles pouvaient être les complications observées dans ces cas, afin de remonter autant que possible à la cause des souffrances plus ou moins vives éprouvées par les malades. On sait, en effet, que M. le professeur Paul Dubois, et avec lui un grand nombre de pathologistes, professent que les symptômes morbides éprouvés par les femmes sont, en général, le résultat d'inflammation ou de sub-inflammation de l'utérus. Les partisans de cette opinion en trouvent la preuve dans les ulcérations du col. Nous avons effectivement trouvé ces ulcérations 49 fois sur 103, c'est-à-dire dans près de la moitié des cas; et, de plus, ce n'étaient pas là les seules lésions. Le col et le corps présentaient d'autres lésions, de l'engorgement, du catarrhe, de l'induration. Dans bien des circonstances, cependant, nous avons trouvé le corps et le col à peu près sains, à part l'inflexion. Ce qu'il y a de certain, en tout cas, c'est qu'on ne saurait regarder l'ulcération comme la cause constante des phénomènes morbides éprouvés par les malades.

Les malades souffrent-elles par le fait de leur déplacement, ou bien est-ce en vertu de quelque complication particulière qu'elles viennent réclamer nos soins? Je crois avec M. le professeur Paul Dubois que, à part les cas de déplacements extrêmes avec augmentation très-grande de volume du corps de l'utérus, à part les difficultés dans la menstruation qui peuvent résulter dans certains cas de torsions très-prononcées de l'organe, il faut, pour que les femmes viennent réclamer nos soins, quelque circonstance particulière, une congestion, par exemple, la plus fréquente et la plus fâcheuse complication de ces flexions. Est-ce à dire cependant que les femmes qui ne réclament pas nos soins sont parfaitement bien portantes? Nullement, et en les interrogeant avec soin, on arrive le plus généralement à se convaincre du contraire; mais à un moment donné elles ont été prises de souffrances plus vives, et sont venues réclamer un traitement désormais indispensable.

La preuve de cette assertion se trouve en effet dans la longue durée des accidents éprouvés par les malades, souvent sans qu'elles eussent consulté un médecin. Notre relevé nous a montré que le début remontait à :

2 mois dans. . . .	17 cas.
2 à 6 mois. . . .	18
7 à 12 mois. . . .	3
1 an à 5 ans. . . .	17
5 ans à 9 ans. . . .	5
10 à 15 ans. . . .	3
20 à 25 ans. . . .	2
Total. . . .	64

Dans 37 cas, il a été impossible de préciser le début.

Les phénomènes que ces malades éprouvaient avaient donc été supportables jusqu'à leur entrée à l'hôpital, puisque plusieurs d'entre elles n'avaient jamais subi un traitement quelconque.

Serrons de plus près maintenant le côté clinique de la question. Comment constate-t-on la présence de ces inflexions, et quels sont, d'une manière précise, les phénomènes auxquels ils donnent lieu?

Le diagnostic des flexions utérines est moins simple qu'il ne le paraît. Si l'on touche la malade étant couchée, l'abaissement et l'antéflexion peuvent disparaître, car l'utérus se remet en place : d'où ce précepte de toucher alternativement les malades couchées et debout. Avec cette précaution, et pourvu que les replis supérieurs du vagin présentent un certain degré de souplesse, la nature de la flexion est assez facile à constater. Il y a des cas toutefois où l'on est exposé à se tromper complétement; c'est lorsque, avec une certaine résistance des replis supérieurs du vagin, l'angle de flexion est à la fois très-saillant et comme prolongé par suite de l'inclinaison progressive du corps de l'utérus. Dans ces cas, on peut croire à une antéflexion lorsqu'il existe une rétroflexion, et réciproquement.

Dans tous les cas où le diagnostic ne peut être porté d'emblée, et généralement dans tous les cas douteux, il faut avoir recours à la sonde utérine, qui dans un utérus normal pénètre avec sa courbure en haut et dont l'extrémité se porte en haut et en avant. Dans les cas de rétroflexion, on est obligé de relever beaucoup le manche de la sonde et d'abaisser fortement son extrémité; la sonde pénètre courbure en bas.

S'agit-il d'une antéversion, c'est le contraire qui a lieu. Mais ne serait-il pas possible qu'une tumeur située dans la paroi antérieure ou postérieure de l'utérus pût être prise pour une anté ou une rétroflexion? Le diagnostic est quelquefois assez facile, si la forme et le volume de la tumeur peuvent être bien appréciés et distingués de ceux qu'affecte l'utérus normal à l'aide du toucher. Dans les cas où la chose n'est pas possible, c'est à la sonde utérine qu'il faut avoir recours. De même dans les épanchements sanguins qui se font autour de l'utérus et se convertissent en tumeurs plus ou moins dures, l'application de la sonde ne laisse aucun doute dans l'esprit; la sonde pénètre dans sa direction normale sans altérer la situation de la tumeur, tandis que dans les flexions la sonde fait disparaître à un degré plus ou moins marqué la saillie formée par le corps de l'utérus.

La question la plus controversée de l'histoire des inflexions est de savoir si elles peuvent par elles-mêmes donner lieu à des accidents; sur ce point, les médecins sont en grand désaccord; un grand nombre de femmes, en effet, ont à la fois ces déplacements et des phénomènes inflammatoires; d'autres, au contraire, ne paraissent nullement incommodées par des inflexions que le hasard a souvent fait découvrir. Ce dernier argument, qui a été souvent reproduit, ne nous paraît pas d'une grande valeur : de ce que dans certains cas les affections les plus graves, cancers, tubercules, par exemple, atteignent leur plus haut degré de développement sans donner signe d'existence, on ne conclut pas que ces affections ne sont d'aucune importance! Eh bien, la clef de toutes ces différences se trouve dans le mode de sensibilité des personnes : les unes prêtant une grande attention à tout ce qui se passe en elles, s'écoutant vivre pour ainsi dire; les autres vivant en quelque sorte en dehors d'elles-mêmes, d'une sensibilité obtuse, ne prêtant aucune attention aux souffrances de leurs organes, dures pour elles comme pour les autres. Ces dernières ne comptent pas dans la détermination des phénomènes morbides qui appartiennent aux déplacements, aux déviations et aux flexions de l'utérus. Mais la présence des complications, dira-t-on, les ulcérations, les engorgements, les catarrhes utérins n'expliquent-ils pas les accidents éprouvés par les malades? A cela, il n'y a qu'à répondre que dans un grand nombre de cas il est impossible de constater autre chose que le déplacement, la déviation et la flexion. Les malades souffrent, et, si dans les classes inférieures de la société elles viennent rarement réclamer des soins, la chose est plus commune dans les classes élevées.

Quels sont donc les symptômes qu'éprouvent ces malades? Ces symptômes consistent quelquefois en des troubles de la menstruation, de la leucorrhée, de la difficulté ou de la douleur dans l'excrétion des matières ou des urines, mais principalement en une sensation de pesanteur, de douleur sourde dans le bassin, de tiraillements dans les reins, très-légers dans les circonstances ordinaires, mais augmentant beaucoup par la marche, par la fatigue, s'exaspérant lorsque la malade ne surveille pas assez les fonctions intestinales et se laisse prendre par la constipation, ou lorsqu'elle retient trop longtemps son urine dans la vessie. Indiquons parmi les troubles dans la menstruation les règles douloureuses et difficiles, et les règles abondantes, pouvant même se transformer en de véritables hémorrhagies.

Mais y a-t-il des phénomènes particuliers à tel ou tel déplacement ou flexion? Peut-on rapporter à l'antéversion ou l'antéflexion, par exemple, des phénomènes du côté de la vessie? Non, cela n'est pas exact; les mictions sont aussi souvent douloureuses dans les rétroversions que dans les antéversions; il en est de même de la constipation. Qu'importe, en effet, que ce soit le corps ou le col qui appuie sur la vessie ou sur le rectum! or c'est toujours l'un ou l'autre.

Tel est le tableau des signes assez mal définis qu'occasionnent les déplacements ou inflexions. Mais s'il survient quelque symptôme violent, il faut l'attribuer à une autre cause, à une congestion ou à une inflammation de l'organe.

Comme vous le voyez, je prends un moyen terme entre ceux qui ont voulu retirer aux inflexions de l'utérus toute espèce de participation dans la souffrance des femmes, et ceux qui, à l'exemple de mon maître M. Velpeau, ont voulu rapporter aux flexions tout symptôme attribué jusqu'ici à un état inflammatoire ou congestif.

Un dernier mot.

Comment se produisent ces inclinaisons chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, chez des vierges, par exemple? Cette cause échappe dans beaucoup de cas; mais dans un bon nombre on s'explique assez facilement ces déplacements par des adhérences circonvoisines. Cette opinion est pleinement justifiée par les autopsies. On trouve, en effet, très-souvent de vieilles adhérences, produites sans doute par quelques péritonites partielles, pouvant exister chez toutes les femmes, et devant avoir pour cause très-fréquente la stérilité et la dysménorrhée. Ces adhérences sont quelquefois très-peu étendues, et si peu résistantes qu'elles cèdent à la traction la plus légère. D'autres, au contraire, sont très-résistantes et très-étendues. A diverses reprises, même chez des femmes qui n'avaient pas eu d'enfants, nous avons trouvé l'utérus adhérant par toute sa face postérieure.

Je vous entretiendrai un peu plus longuement prochainement des déplacements utérins proprement dits et du traitement à leur opposer, ainsi qu'aux déviations et aux flexions utérines.

CAS D'ANÉVRYSME DE L'ARTÈRE CAROTIDE INTERNE GAUCHE DANS LE CRANE,

diagnostiqué durant la vie et guéri par la ligature de l'artère carotide primitive gauche.

Par M. Coe.

Une femme âgée de cinquante-cinq ans, qui avait joui d'une bonne santé jusqu'alors, ayant eu une altercation vive avec son mari, reçut plusieurs coups sur la tête durant la querelle : elle fut en proie à une colère très-vive. Elle fit en même temps de grands efforts pour soulever de pesants fardeaux. Cinq minutes après qu'elle fut revenue un peu de cette surexcitation, elle se plaignit à une voisine d'une sensation extraordinaire (bruit de battement et de bourdonnement) dans la tête, qu'elle n'avait jamais éprouvée auparavant, et qui, disait-elle, avait continué sans cesser depuis cette époque jusqu'au jour où M. Coe la vit, du mois de juin au mois de novembre 1851.

Elle comparait ce bruit à celui d'une pompe à feu, et disait qu'elle l'entendait plus distinctement dans l'oreille gauche que dans l'oreille droite, et qu'il était accompagné d'un bruit continu, semblable au rou-

---

liste que nous ne lisons jamais sans être pénétré d'une douloureuse admiration pour tant de victimes tombées sans bruit et sans éclat sur le champ d'honneur de notre profession (1).

Les deux années de guerre qui viennent de s'écouler si glorieuses pour nos armées, et surtout pour la marine impériale sans laquelle cette mémorable campagne de Crimée n'aurait pu s'accomplir, vous ont placé dans toutes les positions difficiles où des médecins puissent se trouver. Partout vous avez été à la hauteur de vos devoirs, et vous avez pu donner l'exemple de tous les courages. Sur les champs de bataille le sang de quelques-uns de vous s'est mêlé à celui de leurs compagnons, dont ils venaient panser les blessures et protéger la vie (2);

(1) Depuis le commencement de la guerre, la marine a perdu 48 officiers de santé, soit par les épidémies, soit par suite des fatigues du service et de la navigation, sur divers points du globe.

(2) Le 4 septembre 1854, à l'affaire de Pétropaulowski, M. Guérin Méneville, chirurgien entretenu de 2e classe, embarqué sur la *Forte*, a eu le coude fracassé par une balle au moment où il pansait un blessé.

Le 12 août 1855, au combat de Manaël (Sénégal), M. Marec, chirurgien entretenu de 3e classe, a été atteint de cinq coups de feu, dont un lui a traversé la jambe.

Lors du bombardement de Sébastopol, deux chirurgiens de 2e classe, MM. Guillou et Richer de Forges, furent envoyés au fort Génois; là, au moment où ils pratiquaient une amputation, ils furent atteints l'un et l'autre par le même éclat d'obus, qui ne leur fit heureusement que de légères contusions; mais l'infirmier qui les assistait fut blessé au visage, et plusieurs marins furent blessés une seconde fois pendant qu'ils les pansaient.

aux ambulances de Sébastopol vous avez supporté les rigueurs de saisons extrêmes, et partagé les fatigues et les privations du soldat en même temps que vous affrontiez les mêmes dangers.

A bord ou à terre, dans les hôpitaux de l'armée d'Orient et sur les divers points du globe où vous avez été conduits, vous avez su montrer l'énergie des âmes fortement trempées pour lutter contre les horribles fléaux qui tour à tour ont désolé la flotte et l'armée.

La gloire s'achète par le travail, disait naguère un illustre maréchal. Vous avez prouvé qu'elle s'acquiert aussi par le dévouement et l'abnégation.

Honneur à la mémoire de ceux de nos camarades qui sont tombés dans cette lutte héroïque, et qui ont ajouté une si belle page à l'histoire du service de santé de la marine!

Quant à nous, messieurs, qui sommes fiers d'être placés à la tête d'un corps où l'héroïsme est une vertu commune, nous n'oublierons pas dans l'accomplissement des graves devoirs que nous avons à remplir que nous devons vous rendre en justice ce que vous nous donnez en honneur et en satisfaction.

Les applaudissements prolongés dont ce discours a été couvert avaient à peine cessé, que M. le vice-amiral Laplace, préfet maritime, a pris la parole. Après avoir témoigné à MM. les officiers de santé tout le plaisir qu'il éprouvait à se trouver au milieu d'eux : « Oui, messieurs, a-t-il dit, toutes les fois qu'il s'est agi de défendre vos intérêts au conseil d'amirauté, dans les préfectures maritimes, partout et toujours, je me suis constitué votre avocat. Je suis, et je me plais à le proclamer hautement, je suis l'ami des chirurgiens de la marine. Eh! comment ne le serais-je pas? Qui mieux que moi a pu les apprécier? Dans mes longues navigations, dans mes voyages autour du globe, alors que l'épidémie décimait mes équipages, ne les ai-je pas vus, admirables de dévouement, se traîner exténués de fatigues au lit des malades, exposer à chaque instant leur vie pour conserver celle de nos matelots, rassurer tout le monde par leur fermeté et leur sérénité, et donner à tous et à moi-même des consolations si précieuses dans ces jours de longues et cruelles épreuves, etc. »

Cette improvisation, prononcée avec un accent de chaleureuse conviction, a vivement impressionné l'assistance, qui par ses applaudissements unanimes a témoigné à M. le préfet maritime combien elle était flattée et reconnaissante des nobles paroles qu'elle venait d'entendre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Notice sur le commerce du lait destiné à l'alimentation de la population parisienne; par M. A. Chevallier, chimiste, membre de l'Académie de médecine, du conseil de salubrité, etc. — A Paris, chez Penaud frères, rue du Faubourg-Montmartre, 10.

lement du tonnerre dans le lointain. Elle l'entendait plus distinctement près de l'angle supérieur et postérieur de l'os pariétal droit.

Depuis que ces symptômes s'étaient manifestés, elle n'avait pu rester couchée, et elle était obligée de dormir assise. Quoique rêvant d'habitude, cependant ses rêves étaient devenus très-effrayants. Ils la réveillaient en sursaut et la remplissaient de terreur.

A l'examen, on ne distinguait pas de son anormal dans la région du cœur ou des grands vaisseaux. Mais vers la région du cou, on distinguait un bruit anévrismal très-fort, isochrone avec le pouls. On l'entendait distinctement sur toute la surface de la tête, mais plus fort sur l'os pétreux gauche. En comprimant l'artère carotide commune droite, on ne faisait pas cesser le bruit, tandis qu'il cessait immédiatement lorsqu'on comprimait la carotide commune gauche. Il y avait un léger strabisme de l'œil gauche; elle ne voyait pas aussi bien de l'œil gauche que de l'œil droit.

L'ouïe n'était pas affectée; cependant le bruit qui avait lieu était si grand qu'il étouffait celui produit par les voitures qui passaient dans la rue. A moins de diriger fortement son attention de ce côté, en se livrant à un examen attentif, on ne distinguait pas de tumeur sur les parties extérieures de la tête et du cou, de même que dans les cavités nasale, buccale et pharyngienne.

M. Coe diagnostiqua un anévrisme de la carotide interne gauche à son entrée dans le sinus caverneux, immédiatement après son émergence de la portion pétrée de l'os temporal.

Le 11 décembre 1851, la patiente ayant été soumise aux inhalations du chloroforme, M. Coe fit la ligature de l'artère carotide primitive gauche. La ligature étant pratiquée, le bruit cessa tout à coup; mais très-peu d'instants après, un murmure doux et presque continu lui succéda. On le percevait en appliquant le stéthoscope immédiatement au-dessus de l'oreille gauche.

La malade put garder la position horizontale cinq heures après l'opération.

Le 13 décembre, elle n'entend plus aucun bruit dans la tête, même lorsqu'elle y prête toute son attention.

Le 15, elle a des rêves horribles; elle peut entendre distinctement les voitures qui passent dans la rue.

Le 18, elle a bien dormi, pas de rêves effrayants. La ligature ne tomba que le trente-troisième jour.

Le 16 février, l'abduction de l'œil gauche est presque parfaite. La patiente est considérée comme guérie.

VAPEURS DE CHLOROFORME.

M. le docteur Ehrenberg recommande l'administration de lavements de vapeurs de chloroforme dans le ténesme de la dyssenterie. Voici le mode d'administration :

Dans une fiole commune d'une capacité de quatre onces, on met une drachme (4 grammes) de chloroforme. Au goulot de la fiole, on adapte un tube de gutta-percha bien luté. On termine l'autre extrémité de ce tube par une canule de seringue percée de petits trous, qu'on introduit dans le rectum. Pour faciliter l'évaporation du chloroforme, il suffit de la chaleur développée par les mains, ou au besoin de tremper la fiole dans de l'eau chaude.

(*Edinburg medical Journal.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 octobre 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Mouvements du cœur. — M. Hiffelsheim lit un troisième mémoire sur les mouvements du cœur. Ce troisième mémoire est intitulé *Influence de la ligature des gros vaisseaux du cœur sur le battement ou choc précordial.* Il a pour objet une série d'expériences entreprises dans le but de vérifier sur des animaux vivants la théorie des mouvements du cœur que M. Hiffelsheim a exposée dans ses deux précédents mémoires.

J'ai établi, dit-il, la division des mouvements du cœur en mouvements *absolus* et en mouvements *relatifs*. Tandis que la plupart des physiologistes font dépendre les premiers de ces derniers, j'ai établi, par un théorème et des appareils physiques de mon invention, que le cœur bat parce qu'il éprouve un mouvement de recul lors de la sortie du liquide par les orifices artériels. Cette explication d'un phénomène physique en lui-même, comme l'est le choc du cœur, par une théorie et des expériences physiques, est déjà en partie confirmée par la marche à reculons des céphalopodes, qui sont pourvus d'une poche contractile semblable à mes poches élastiques sur-distendues.

Mais il fallait constater si l'interruption de la circulation des artères du cœur entraînerait la disparition du choc précordial. A cet effet, après avoir constaté ce choc chez un animal (lapins, chiens) dans sa station normale, je le renverse, et j'introduis dans la trachée une sonde pour la respiration artificielle; puis j'ouvre le flanc droit, en perdant le moins de sang possible. A cet effet on conserve intactes les parois près de l'aisselle, du sternum et près de la colonne vertébrale. Après m'être assuré, la poitrine étant ainsi ouverte en partie, que le cœur ne bat plus sensiblement, l'animal étant sur son dos, et au contraire très-normalement quand il est sur ses pattes, je lie successivement les veines-caves avec des serres-fines à larges mors; le choc du cœur, diminué pour l'une des veines, s'éteint lorsque toutes deux sont liées. Pour les yeux, rien n'est modifié dans les changements de forme du cœur, c'est-à-dire ses mouvements relatifs. Il faut redresser l'animal sur ses pattes pour constater, soit la présence, soit l'absence du choc précordial dans ses conditions anatomiques à peu près normales. Si alors j'enlève encore successivement les serres-fines, je sens le choc et l'ébranlement thoracique renaître, puis reparaître complétement. On peut ainsi renouveler l'opération dix fois en une heure. Les ligatures en fil donnent des résultats plus absolus en oblitérant très-complétement les vaisseaux, mais la répétition prend trop de temps. La ligature de l'aorte et de l'artère pulmonaire donne le même résultat, mais compromet bien plus vite l'existence de l'animal.

Aussitôt que l'on ouvre la poitrine, chez un certain nombre d'animaux, on voit les mouvements du cœur se ralentir très-notablement. Au bout d'une ou deux minutes d'insufflation d'air, les contractions reprennent leur rhythme normal.

En appliquant un courant continu de la pile de Pulvermacher, j'ai vu ces mouvements se ranimer bien plus énergiquement. Généralement, lorsque l'opération est faite dans de bonnes conditions, l'animal vit une heure. La ligature des deux veines-caves, quand elle est complète, entraîne la mort en quatre minutes. Celle de l'aorte n'exige pas la moitié de ce temps. D'après ces données, pour faire l'expérience avec succès, il faut :

1° Opérer avec une petite perte de sang;

2° S'assurer du rétablissement ou de la continuation du rhythme normal dans les mouvements du cœur, et ne recourir à un courant continu qu'avec ménagement;

3° Ne pas perdre de vue que le choc thoracique ne pouvant être apprécié convenablement qu'à une paroi intacte, il faut conserver celle-ci dans la plus grande étendue possible du côté où l'on opère; en effet, le poumon, et avec lui le cœur, se portent très-sensiblement du côté gauche vers la ligne médiane : c'est pourquoi le battement du cœur se fait sentir plus près de cette ligne qu'avant l'opération;

4° Dans la ligature de la veine-cave supérieure, comprendre la veine azygos, qui chez le lapin est très-développée;

5° Lier la veine-cave inférieure au niveau de la pointe du cœur;

6° Isoler l'aorte avec les plus grandes précautions, et n'ouvrir le péricarde que le plus tard possible, certains animaux m'ayant paru périr bien plus promptement des suites de cette opération;

7° Faire la ligature de chaque veine successivement, ne lier l'aorte que moitié moins longtemps que les veines-caves, et la réserver pour la fin.

Il est utile de s'assurer que le sang ne coule plus au delà de la ligature, car avec les serres-fines de force moyenne la pression du sang est assez forte pour vaincre partiellement le ressort. Pour l'aorte surtout, on n'a cette certitude que par une ligature.

En effet, en voyant persister en partie le choc du cœur, j'ai reconnu que la circulation n'était que partiellement interceptée. Il est utile de s'assurer par les mains, en dedans et en dehors du thorax, que les mouvements du cœur continuent. Quand on veut lier les vaisseaux, il faut toujours coucher l'animal; quand on veut retrouver le choc, il faut toujours le redresser. Quand on ouvre les oreillettes en dedans des veines, l'animal meurt très-rapidement; mais on reconnaît pour un court instant l'existence du cho-, et cet organe blessé ne se contracte plus pour ainsi dire.

Influence des ganglions semi-lunaires sur les intestins. — M. Budge adresse sur ce sujet la note suivante :

J'ai trouvé que l'extirpation d'une certaine portion du système nerveux pratiquée sur un animal vivant détermine la diarrhée. Ce sont les ganglions semi-lunaires et le ganglion mésentérique qui produisent cet effet. Des expériences très-nombreuses sur des lapins m'ont toujours donné ce résultat, qui s'est reproduit constamment de la même manière.

Voici comment je procède dans ces expériences :

Après avoir bien éthérisé l'animal, j'ouvre le ventre du côté gauche, je mets à nu l'artère aorte et la veine-cave inférieure au-dessus des capsules rénales, je coupe le nerf splanchnique droit, et j'extirpe alors les deux grands ganglions semi-lunaires situés sur la veine et le ganglion mésentérique situé devant l'artère mésentérique. Après cela, la plaie est cousue convenablement. Toute cette opération s'accomplit sans grande effusion de sang. Aucun des animaux d'ailleurs n'y survit plus de seize heures; la plupart meurent dans l'espace de neuf heures. Les excréments, dont la forme et la consistance chez ces animaux sont bien connues, se trouvent d'ordinaire dans la partie inférieure du côlon et dans tout le rectum, auquel ils donnent l'apparence d'un chapelet; mais chez les animaux qui ont été soumis à l'opération dont je viens de parler, on ne trouve plus de ces excréments durs : au contraire, tout le rectum est plein d'une masse molle ou même fluide. Le diamètre de l'intestin devient ordinairement presque trois fois plus grand que dans son état normal. De même le cœcum ou le côlon sont remplis d'une masse fluide, comme on ne la trouve pas dans l'état normal.

Ce sont par conséquent deux phénomènes qui se montrent après l'extirpation des ganglions semi-lunaires et du ganglion mésentérique, savoir un mouvement augmenté dans les intestins et une sécrétion augmentée de mucosités.

Le résultat reste aussi le même si l'on coupe, outre les ganglions, les nerfs pneumo-gastriques près de l'œsophage; mais il ne se montre pas précisément si l'on extirpe seulement un des ganglions mentionnés. »

Cure radicale de la tumeur et de la fistule lacrymales. — M. Tavignot communique la lettre suivante :

« La question qui a trait à l'efficacité relative des différentes manières de traiter la tumeur lacrymale est loin d'être résolue par les hommes les plus compétents. Il ne pouvait guère en être autrement, car on ignorait jusqu'à la nature même de la maladie, et en s'attaquant à l'état catarrhal du sac et au rétrécissement plus ou moins prononcé du canal nasal, on ne s'adressait qu'aux résultats les plus palpables, aux effets les plus évidents de la maladie, et non à la maladie elle-même, laquelle procède, en réalité, d'un désaccord survenu entre les propriétés chimiques des larmes et les propriétés physiologiques de la muqueuse naso-lacrymale. On devait échouer le plus souvent, et on échouait en effet....

» Les succès eux-mêmes, quand ils se trouvaient être exceptionnellement réels et définitifs, échappaient à toute interprétation rationnelle, et on ne s'apercevait pas qu'en dernière analyse les principales méthodes thérapeutiques tendaient toutes vers un but commun : celui de rompre tout rapport organique direct entre les larmes et la muqueuse naso-lacrymale, soit que par la présence accidentelle d'un corps étranger introduit dans les voies lacrymales, tels que mèche, bougie, clou, canule, on s'opposé à l'accès des larmes; soit que par le séjour en quelque sorte indéfini du même corps étranger on se propose de provoquer l'atrophie de la muqueuse, sa transformation en un tissu différent, ou sa destruction même.

» La nature de la maladie étant connue, et le but à atteindre devenu évident, il ne restait plus qu'à mettre en usage une méthode thérapeutique plus simple, plus sûre et plus rationnelle que les précédentes.

» Ma méthode opératoire se compose de trois éléments distincts, et dont l'association n'est nullement obligatoire d'une manière absolue, leur combinaison restant subordonnée à l'appréciation de chaque cas particulier. Ce sont :

» 1° L'excision des conduits lacrymaux dans le but de provoquer l'oblitération de leur partie antérieure;

» 2° L'emploi de moyens dirigés contre l'état catarrhal de la muqueuse naso-lacrymale après l'ouverture de la partie antérieure du sac;

» 3° L'ablation de la portion orbitaire de la glande lacrymale.

» Il résulte de mes observations, dont une dizaine ont été livrées déjà à la publicité, que l'on obtient par cette méthode mixte non-seulement des guérisons réelles et définitives, mais encore des guérisons très-rapides, puisque la durée du traitement chez mes malades n'a guère varié qu'entre douze, quinze et vingt jours. »

— M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet une note adressée de la Guadeloupe par M. l'abbé Cestia sur un remède annoncé comme préservatif du choléra-morbus

Cette note, destinée au concours pour le prix du legs Bréant, est renvoyée à l'examen de la section de médecine constituée en commission spéciale.

— M. Doin (de Bourges) a dressé pour le même concours une note qui se rattache à celle qui a été reçue dans la séance du 1er septembre. (Même commission.)

— M. Devay soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre : *Du danger des alliances consanguines au point de vue sanitaire.* (Commissaires : MM. Serres, Andral, Velpeau.)

— M. Meyer envoie de Wismar (Mecklenbourg-Schwerin) un mémoire écrit en allemand sur le traitement des scolioses (déviations de la colonne vertébrale) au moyen d'un bandage de son invention. (Commissaires: MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

— M. Dyrmianski envoie de Vladimir (gouvernement de Volhynie) deux notes : l'une sur le sens qu'il faut attacher au mot *fièvre;* l'autre sur le pansement des *plaies gangréneuses.* (Commissaires : MM. Serres, Andral, Jobert (de Lamballe.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

A propos de l'arrêté qui nomme les juges du jury du concours qui doit s'ouvrir à Paris le 3 novembre prochain pour la nomination de huit agrégés près les Facultés de médecine, la *Revue thérapeutique du Midi* fait les réflexions suivantes :

« Nous avons toujours regardé comme sujette à de nombreux inconvénients et nuisibles aux intérêts des Facultés de province cette tendance à centraliser à Paris les concours qui doivent leur fournir des professeurs ou des agrégés; mais, le principe étant adopté, nous devons savoir gré à M. le ministre de l'instruction publique d'avoir appelé, pour faire partie de ce jury central, des professeurs de Montpellier et de Strasbourg. Il est impossible cependant de ne pas remarquer que cette mesure, bonne en elle-même, peut porter du trouble dans l'enseignement de notre Ecole, spécialement dans les circonstances où se trouve celle-ci. Un concours pour la place de chef des travaux anatomiques doit s'ouvrir à Montpellier le 1er décembre; M. le professeur Benoît, qui en est juge de droit et naturellement un des plus compétents, se trouvera dans l'impossibilité d'y assister. D'un autre côté, son enseignement appartient au semestre d'hiver, et ce n'est pas au moment où les démonstrations du chef des travaux anatomiques feront défaut aux élèves qu'il peut être opportun d'enlever le professeur titulaire à son enseignement, qu'il a su rendre si fructueux. »

— On annonce comme une chose certaine que M. le ministre de l'instruction publique vient, par une décision spéciale, de priver de la *totalité de ses appointements*, pendant toute la durée de son absence, un professeur de la Faculté de Montpellier qui avait illégalement abandonné son service.

— M. le docteur Thore père, l'un des plus habiles et des plus honorables praticiens des environs de Paris, vient de succomber à une attaque d'apoplexie. Depuis plus de cinquante ans M. Thore exerçait la médecine à Sceaux, où il laisse un fils dont nos lecteurs ont souvent pu apprécier le mérite par les intéressantes observations qu'il a publiées dans la *Gazette*.

— M. le docteur Barraud, ancien interne des hôpitaux, ancien prosecteur à l'Ecole de médecine de Lyon, vient de mourir dans cette ville à l'âge de quarante-cinq ans.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Dozy, membre de l'Académie royale des sciences d'Amsterdam.

— M. le docteur Thibou, membre de la commission médicale de la province du Brabant, et l'un des praticiens les plus répandus de Bruxelles, vient d'être nommé chevalier de l'ordre de Léopold. C'est une juste récompense du dévouement que M. Thibou a montré dans toutes les circonstances difficiles, et surtout à l'époque du choléra.

(*Presse méd. Belge.*)

— Un nouveau journal de médecine vient de paraître à Paris; il est intitulé *Revue étrangère médico-chirurgicale*, et est spécialement destiné, ainsi que son titre l'indique, à donner la traduction des travaux publiés dans la presse médicale étrangère.

— Le gouvernement portugais ayant eu connaissance des progrès du choléra à Madère et de la nécessité de prompts secours, a expédié récemment plusieurs médecins et pharmaciens, 100 lits complets, un grand assortiment de médicaments et de l'argent pour les dépenses extraordinaires.

Les dernières nouvelles annoncent que l'épidémie est en voie de diminution; mais l'on comptait 840 décès depuis l'invasion. Il est à remarquer que c'est la première fois que le choléra se manifeste à Madère.

— M. le docteur Sandras commencera un cours public sur les maladies nerveuses, jeudi prochain 23 octobre à midi, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 125. — JEUDI 23 OCTOBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 125. — JEUDI 23 OCTOBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 22 OCTOBRE 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

Rien ne prouve mieux l'importance de la question soulevée par M. Barth, et le besoin qu'on éprouve de toutes parts d'être fixé sur la valeur thérapeutique des injections iodées dans le traitement des kystes ovariques, que l'accueil fait par l'Académie à la motion de MM. Malgaigne et Velpeau, et l'empressement avec lequel ses membres ont répondu à l'appel qui leur était fait. La discussion, à en juger par son début, promet de prendre de l'ampleur. Des nombreux membres inscrits pour prendre la parole, deux seulement ont pu être entendus, et ont suffi à occuper la plus grande partie de la séance. C'est M. Trousseau qui a engagé le débat avec cette facilité, cette faconde oratoire et cette originalité de tour qu'on lui connaît. Rien de plus légitime assurément que l'intervention de la médecine dans une question au moins aussi médicale que chirurgicale, et qui mieux que M. Trousseau, clinicien et thérapeutiste, pouvait le faire avec fruit! Cependant, disons-le, et c'est une preuve de plus de l'insuffisance des études sur ce point, le discours de M. Trousseau n'a pas jeté sur le fond de la question autant de jour que l'on pouvait en attendre. A court de faits et d'expérience personnelle suffisante pour apporter un témoignage convainquant pour ou contre les injections iodées, c'est à l'aide de l'expérience d'autrui, et surtout des faits empruntés aux ouvrages et recueils étrangers, qu'il a cherché à faire le bilan de la thérapeutique des kystes ovariques. Il en est résulté assurément des renseignements extrêmement instructifs, particulièrement sur la marche, la curabilité et les divers modes de guérison spontanée des kystes ovariques, sur l'innocuité des ponctions précoces ou d'élection, comme les appelle M. Trousseau, relativement aux ponctions tardives ou *in extremis*, dont il a fait un tableau devant lequel pâlit celui de P. Franck, et qui rappelle les statistiques les plus *lamentables* de M. Malgaigne. Mais, il faut bien le répéter, le point essentiel du débat, la valeur curative des injections iodées, n'y a rien gagné : il est resté tel après qu'avant la dissertation du disert orateur.

Il n'en a point été de même du discours de M. Jobert. Beaucoup moins d'érudition, mais une plus grande connaissance pratique du sujet, et surtout une expérience personnelle du point de thérapeutique qui fait l'objet principal de la discussion: voilà ce que l'on trouvera dans ce discours, qui est, en somme, nonobstant quelques sages réserves, favorable aux injections iodées. Les faits apportés aux débats par M. Jobert seront certainement de ceux qui devront être pris en considération quand il s'agira, après la discussion, de compter et de peser les votes.

Nous en dirons autant des faits énoncés dans la lettre que M. Demarquay a adressée à l'Académie, et dont M. le secrétaire perpétuel a donné lecture au commencement de la séance.

La correspondance officielle contient, ainsi qu'on le verra dans le compte rendu, une pièce d'une grande importance, et qui devra devenir l'objet d'une délibération de nature à défrayer probablement un grand nombre de séances. Les approvisionnements académiques ne manqueront pas, comme on le voit, pour la campagne d'hiver. — D Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

Hydrocéphale chronique avec ramollissement blanc du cerveau.

La clinique a cet avantage sur l'étude théorique de la médecine, qu'elle apporte chaque jour à l'observateur des faits nouveaux qui ne sont pas classés par les pathologistes. On en va trouver une nouvelle preuve dans l'observation d'hydrocéphale compliquée de ramollissement blanc du cerveau, recueillie chez un petit enfant de deux ans et demi. Tout est curieux dans ce fait, depuis les symptômes jusqu'aux altérations anatomiques observées : siége de l'épanchement dans chaque cavité de l'arachnoïde; exsudation plastique de cette séreuse; compression du cerveau, et ramollissement blanc de sa substance dans un point circonscrit des lobes antérieurs.

J'ai admis avec la plupart des auteurs, dans mon *Traité des maladies de l'enfance*, une hydrocéphale chronique congénitale et une hydrocéphale chronique acquise. Seulement, tandis que les uns admettent encore des hydrocéphalies chroniques essentielles, je déclare qu'elles sont toutes sous la dépendance des vices d'organisation ou des lésions accidentelles de l'encéphale et de ses enveloppes.

Parmi ces hydrocéphalies symptomatiques je n'ai pas signalé, et personne ne l'a fait, une hydropisie de l'arachnoïde avec ramollissement blanc de la pulpe cérébrale, sans oblitération des veines ou des sinus et sans tumeur encéphalique.

C'est ce qui m'engage à envisager le fait nouveau dont je parle avec un soin tout particulier, de façon qu'il puisse servir de point de départ à ceux qui viendraient à rencontrer des faits semblables.

Nique (Marie), âgée de deux ans, entra le 27 février 1856. Le père, affecté de fièvres intermittentes, est mort d'un accident; la mère est morte des suites de couches : elle buvait beaucoup. Il y a dans la famille une petite fille de huit ans qui se porte bien.

Marie Nique est vaccinée; elle a seize dents.

Elle a bon appétit ; vomissements très-fréquents; pas de diarrhée.

L'enfant tousse depuis cinq semaines environ, et elle a eu la rougeole il y a trois semaines. A ce moment, elle a eu un abcès à la joue et un autre au fondement; une seule convulsion il y a trois semaines.

28 février. *Etat actuel.* — Enfant très-faible, amaigrie; peau ridée; chairs molles ; pas de diarrhée ni de vomissements ; langue blanche ; peu de soif et peu d'appétit.

L'enfant ne tousse plus ; sa poitrine résonne bien, et sa respiration vésiculaire est pure et naturelle.

La peau est excoriée au niveau du fondement; desquammation sur le siége, les cuisses et sur le ventre, et il y a sur le tronc et sur les jambes des taches brunes d'érythème qui ressemblent à une éruption de rougeole, maladie que l'enfant a eue il y a trois semaines.

Point d'éruption sur le visage; les yeux, le nez, la bouches sont libres.

Le 29 l'enfant n'a pas eu de diarrhée. Elle a vomi tout ce qu'on lui a donné à manger; mais les boissons passent bien. L'érythème signalé hier dure encore aujourd'hui.

L'enfant a eu une convulsion qui a duré quelques minutes, et qui était caractérisée par la fixité des yeux, la perte de la vision et la contracture des membres supérieurs. Ce matin, les extrémités sont livides, froides, un peu œdémateuses, et le pouls insensible. La connaissance est entière ; mais de temps à autre il y a des spasmes dans le diaphragme, qui ressemblent à ceux du sanglot, bien que l'enfant ne pleure pas. — Bain de dix minutes.

Le 1er mars, pas de garde-robes ni de vomissements ; une convulsion. — Bouillon et lait.

Le 2, pas de garde-robes ni de vomissments; deux convulsions semblables à celle d'hier.

Le 3, une garde-robe peu abondante, demi-molle ; pas de convulsions. L'enfant ne vomit pas le lait ni le bouillon.

Le 4, une seule garde-robe; pas de convulsions ni de vomissements. — Lait et bouillon.

Le 15, une convulsion; l'enfant a un peu d'œdème; la peau présente toujours l'érythème chronique déjà indiqué ; il est impossible d'avoir des urines.

L'enfant meurt le 18 mars, au matin.

Autopsie le 19 mars. — Dès que la calotte du crâne a été enlevée, on aperçoit une tumeur uniformément bombée, demi-transparente, formée par du liquide épanché dans l'arachnoïde et contenu par la dure-mère. Ce liquide est d'un jaune citrin ; il nage dedans quelques débris semblables aux dépôts que nous décrirons à la surface interne de l'arachnoïde. On peut évaluer ce liquide à 300 gram. ; il précipite assez abondamment par l'acide nitrique, beaucoup moins par la chaleur.

L'arachnoïde est tapissée à sa face interne par une pellicule jaunâtre, rouillée, qui y forme presque une couche continue ; du reste, cette pellicule est peu adhérente, et s'enlève facilement par le plus simple grattage. Elle existe à la fois sur le feuillet viscéral et sur le feuillet pariétal.

Les veines qui serpentent à la surface de l'encéphale ne sont oblitérées en aucun point ; les sinus de la dure-mère présentent bien un peu de sang à leur intérieur, mais ce sang n'adhère nullement aux parois veineuses, et se trouve encore à l'état liquide.

L'arachnoïde ne présente pas de traces apparentes d'inflammation.

Les ventricules contiennent un peu de liquide, mais sans altération appréciable de leurs parois.

L'encéphale est le siége d'une atrophie générale bien évidente dans toutes ses parties.

La substance blanche paraît intacte.

La substance grise, à la périphérie, a subi un léger degré de ramollissement.

Toutes les deux sont pâles et affectées d'anémie ; mais ces phénomènes d'anémie et en même temps de ramollissement sont surtout prononcés au lobe frontal de l'hémisphère gauche, et tout spécialement aux circonvolutions qui accompagnent le nerf olfactif gauche.

J'ai examiné les parties malades avec M. Ch. Robin à l'aide du microscope, et voici ce qui a été observé :

Ramollissement blanc de la substance grise ; elle diffère de la substance grise normale par un nombre considérable de corps granuleux, différents de l'inflammation, semblables à ceux du ramollissement sénile.

C'est à cela qu'est due la couleur blanche de la circonvolution subjacente au nerf olfactif gauche.

La substance du côté opposé renferme également quelques corps granuleux, mais ils sont rares.

La substance blanche ne renferme ni tubes ni fragments de tubes ; elle est réduite en gouttes sphériques, semblables à celles des tubes nerveux dissociés dans le ramollissement cérébral avancé. On y trouve quelques corps granuleux.

La substance blanche du côté opposé est un peu plus molle qu'à l'état normal.

Les tubes se détruisent facilement, et il existe quelques fragments de tubes et des cylindres alors brisés.

La fausse membrane est constituée de fibres de tissu cellulaire pâles, finement onduleuses, mélangées d'un grand nombre de noyaux fibro-plastiques.

Les parois du crâne sont un peu épaisses.

Pas de traces de tubercules ni à l'encéphale ni aux poumons.

Les deux poumons présentent des lobules affectés de pneumonie catarrhale; lobules plus nombreux à droite qu'à gauche.

Le foie présente un tissu dense, plus cohérent qu'à l'état normal, assez dur, gorgé de sang. La capsule du foie est évidemment épaissie et plus dense qu'à l'état normal.

La rate est très-ferme et très-dense; volume normal du reste.

L'intestin grêle présente un peu de rougeur et de tuméfaction des plaques de Peyer, sans ulcérations.

Il y a au sacrum et au niveau du grand trochanter droit des ulcérations recouvertes de croûtes.

Au point de vue anatomique, cette observation offre au médecin des particularités intéressantes.

Une hydrocéphalie sans augmentation du volume de la tête. L'enfant n'avait que deux ans et demi, et cependant les os de la tête étaient ossifiés et assez durs pour être cassés par le marteau ; les fontanelles étaient réunies, mais les sutures étaient mobiles les unes sur les autres. Si l'enfant eût vécu plus longtemps, elles se fussent écartées par suite de la distension de la cavité arachnoïdienne par le liquide.

Un épanchement considérable à la surface du cerveau dans la cavité de l'arachnoïde disposé de chaque côté de façon à comprimer les hémisphères cérébraux d'une manière égale. Il y avait environ 300 grammes de sérosité jaune, citrine, un peu louche, et précipitant abondamment par les acides et par la chaleur. Ordinairement le liquide de l'hydrocéphale ne renferme jamais d'albumine. C'était quelque chose de très-curieux à voir que cette couche de 4 à 5 centimètres de liquide placée à la superficie du cerveau comprimé, où il était maintenu par la dure-mère. On aurait dit que toute la masse du cerveau était remplacée par une masse de liquide.

L'arachnoïde de la dure-mère et du cerveau ne présentait pas d'altération appréciable. Sa transparence n'était pas détruite, bien qu'elle fût recouverte par une pellicule rougeâtre, également transparente, dont j'ai mentionné la nature celluleuse et fibro-plastique.

Le cerveau, déprimé, réduit dans son volume, ne présentait extérieurement d'autre altération qu'une décoloration de la pie-mère par suite de la compression des vaisseaux par l'épanchement.

A la base, au niveau des circonvolutions sur lesquelles reposent le nerf olfactif, toutes les circonvolutions, dans une étendue de 6 centimètres sur 2 et dans une profondeur de 3 centimètres, étaient blanches, décolorées; la substance grise avait disparu et était devenue jaunâtre; la substance blanche était molle, également jaunâtre, et offrant les altérations microscopiques que j'ai indiquées plus haut. Ce sont les altérations de tissu observées chez le vieillard atteint de ramollissement blanc, dit *sénile*. C'est une transformation de la substance cérébrale en matière pulpeuse rem-

plie de corps granuleux dits de l'*inflammation*, et que M. Ch. Robin considère aujourd'hui comme des globules de pus d'une espèce particulière. En effet, traités par l'acide acétique, ils se décolorent, et laissent voir un noyau dans leur intérieur. Je ne m'arrête pas sur cette question accessoire pour ne m'occuper que du sujet de cette leçon.

La substance cérébrale ne présentait rien de particulier dans les autres parties de l'encéphale. Nulle tumeur et pas de tubercules en aucun point. Les ventricules n'étaient pas dilatés, et leurs parois n'offraient aucune altération.

Les sinus de la dure-mère étaient perméables au sang, et ne présentaient aucun obstacle à la circulation.

Il est fâcheux que chez cette enfant nul renseignement sérieux et digne de confiance ne puisse éclairer le médecin sur l'époque du début de l'hydrocéphalie.

Les parents qui ont amené l'enfant l'ont présenté parce qu'il avait la diarrhée, et la diarrhée n'existait pas.

Les renseignements ne datent donc que de l'entrée à l'hôpital; et il faut le dire, les symptômes observés, tout en indiquant une maladie du cerveau que nous pensions devoir être rattachée à la présence d'une tumeur, ne pouvaient pas faire penser à une hydrocéphalie. On sait d'ailleurs, par de nombreuses observations, que l'hydrocéphalie chronique est une altération très-difficile à reconnaître quand elle n'est pas accompagnée de l'ampliation du volume de la tête.

Souvent on a rencontré dans les nécropsies des hydropisies ventriculaires ou arachnoïdiennes qui n'avaient donné lieu pendant la vie à aucun symptôme appréciable. Ce sont là autant de cas à ajouter à ceux qui forment le chapitre si volumineux déjà et si négligé des *maladies latentes*.

Chez cette enfant, devenue cachectique par la misère et, avait-on dit, par une longue diarrhée antérieure, le volume de la tête n'indiquait nullement une hydrocéphalie chronique. Quelques phénomènes cérébraux annonçaient une maladie de l'encéphale, mais une maladie chronique, soit anémie du cerveau, soit phlegmasie chronique ou tumeur de l'organe; voilà les seuls symptômes offerts par la petite malade.

L'intelligence conservée lui permettait de suivre ce qui se passait autour d'elle, de demander à boire, à manger, et de jouer dans son lit.

La sensibilité était intacte.

Elle vomissait à des intervalles irréguliers, mais elle ne rejettait que les aliments solides, les boissons étant conservées. Une faible constipation avait succédé à la diarrhée.

La respiration, troublée dans son rhythme, annonçait une maladie du cerveau; mais ne spécifiait rien sur sa nature; elle offrait, comme je l'ai indiqué ailleurs, le caractère intermittent, irrégulier, suspirieux très-prononcé; seulement ici ce trouble des mouvements respiratoires avait quelque chose d'inusité dans la force et la rapidité des efforts inspirateurs. La respiration était un peu celle du sanglot, à cause de l'énergique contraction du diaphragme. C'est là un phénomène curieux, important à noter, et qui trouvera un peu plus tard sa véritable signification.

Enfin, ce qui n'arrive pas toujours dans l'hydrocéphalie, notre petite malade avait des convulsions limitées à certaines parties du corps, et dont la localisation circonscrite est fort remarquable, eu égard à la pression dont le cerveau était le siége.

Ces convulsions intermittentes, venant à des heures irrégulières, se sont reproduites un grand nombre de fois pendant le séjour à l'hôpital.

Tantôt caractérisées par une simple absence de la raison, avec fixité du regard et renversement des yeux en haut, elles étaient ordinairement signalées par la perte de connaissance, la fixité du regard, l'abolition de la vision, l'insensibilité, la contracture des doigts et des membres supérieurs entremêlée de secousses convulsives peu caractérisées. Il n'y avait rien de semblable dans les membres inférieurs. Insolites dans leur forme et dans leur apparition, ayant un jour le caractère de ce qu'on appelle des *convulsions internes*, et le lendemain le caractère des convulsions partielles qui se rattachent à une lésion partielle, leur cause resta très-obscure.

Il n'y avait d'ailleurs que deux manières de s'en rendre compte: Ou bien c'étaient des convulsions ultimes dépendant d'un état cachectique prochainement mortel; mais alors quelle était la cause de cet état cachectique? Nulle maladie présente n'en pouvait rendre compte. Ou bien c'étaient des convulsions provoquées par une altération organique; probablement une tumeur de nature impossible à déterminer. La nécropsie a montré que cette tumeur n'était autre qu'une hydropisie arachnoïdienne accompagnée de ramollissement blanc des circonvolutions subjacentes au nerf optique.

C'est là une maladie d'un diagnostic impossible, et dont l'observation est très-intéressante. D'abord, elle montre que l'hydrocéphalie chronique n'a pas de symptômes déterminés caractéristiques quand il n'y a pas augmentation du volume de la tête, et ensuite elle fait connaître une altération anatomique qui n'a jamais été observée chez l'enfant: c'est un ramollissement blanc, ayant les apparences du ramollissement *sénile* chez le vieillard, et qui s'est produit sans hémorrhagie, ni tumeur, ni oblitération des artères ou des veines du cerveau.

NOTE SUR LA FRACTURE DU COL DE L'OMOPLATE.

Par M. Abrachart, interne des hôpitaux.

La fracture du col de l'omoplate a été très-rarement observée. Je n'en ai trouvé que trois cas signalés par les auteurs. L'un est rapporté par de la Motte (*Traité de chirurg.*, t. II, p. 459); le second par Duverney (*Traité des maladies des os*, t. Ier, p. 227); le troisième par Astley Cooper (*Œuvres chirurgicales*, p. 175). Et encore de ces trois cas n'y a-t-il que celui de Duverney qui soit hors de toute contestation.

La rareté de cette espèce de fracture s'explique facilement par la position du col de l'omoplate, profondément caché, protégé en haut par la clavicule et l'acromion, en avant et en arrière par des muscles et des tendons puissants. On doit aussi faire entrer en ligne de compte la mobilité de l'omoplate, qui lui permet de fuir en partie devant les chocs qui pourraient l'atteindre.

Cependant, lorsqu'on a vu le peu de violence nécessaire pour la production des fractures que nous avons observées; quand on songe à la difficulté du diagnostic, qui est presque impossible sans le secours du chloroforme, on est tenté d'admettre que bon nombre de contusions de l'épaule regardées comme simples, et qui ont demandé un temps très-long pour guérir, n'étaient autre chose que des fractures du col de l'omoplate restées inaperçues.

Les auteurs classiques s'accordent à dire qu'il faut des causes directes d'une force énorme pour produire cette sorte de lésion. Cette opinion est vraie, si on ne s'en rapporte qu'aux trois faits cités plus haut. Dans l'un, c'est une chute de voiture (A. Cooper); dans l'autre, le poids d'une voiture tombant avec violence sur l'épaule (de la Motte); enfin, dans le cas dû à Duverney, une jeune fille d'environ vingt ans tomba dans une carrière, où elle fut trouvée morte. L'autopsie fit voir, outre la fracture du col de l'omoplate, plusieurs fractures de côtes.

Cependant chez deux malades que nous avons observés, la fracture fut produite une fois par une simple chute sur l'extrémité d'un banc, une autre fois par une chute de quelques pieds au-dessus du sol.

Les symptômes présentés par nos malades ne diffèrent pas essentiellement de ceux qui ont été signalés par les auteurs. Astley Cooper les expose d'une manière fort incomplète dans l'observation suivante:

Une jeune dame fut jetée hors d'un cabriolet par la chute du cheval. Le chirurgien qui fut appelé reconnut une luxation de l'épaule, et la réduisit par l'extension. Mais le lendemain la déformation étant revenue, Astley Cooper trouva la tête de l'humérus dans l'aisselle, l'épaule affaissée et aplatie. En soulevant le bras au-dessous du coude, et poussant en même temps la tête de l'humérus hors de l'aisselle, la difformité disparaissait; mais l'épaule s'affaissait de nouveau dès qu'on abandonnait le membre à lui-même. Alors, appliquant la main sur l'apophyse coracoïde, et saisissant le sommet de l'épaule entre les doigts, il fit exécuter au coude des mouvements de rotation, sentit une crépitation manifeste, et jugea la fracture du col de l'omoplate suffisamment constatée.

Le déplacement, et par suite la difformité, sont, selon lui, beaucoup moins considérables lorsqu'il n'y a pas rupture d'un ligament qui s'étend de la face inférieure de l'épine de l'omoplate à la cavité glénoïde, ligament qui n'est pas décrit dans la plupart des ouvrages d'anatomie. Depuis, cette description a été répétée à l'envi par Boyer et Vidal (de Cassis). Ce dernier auteur y a même ajouté le déplacement en dedans par l'action des muscles adducteurs, l'obliquité de l'axe du bras en bas et en dehors, l'écartement du coude par rapport au tronc. M. Nélaton reproduit les mêmes détails; mais il se hâte d'ajouter qu'ils lui paraissent plutôt déduits de vues théoriques que de l'observation directe.

Rien de tout cela, sauf la crépitation, n'a existé chez nos deux malades. L'épaule ne présentait aucune déformation, l'aisselle était entièrement libre, l'articulation scapulo-humérale jouissait de tous ses mouvements; la pression déterminait une vive douleur en un point fixe situé en arrière de la tête de l'humérus. Dans un cas, on put constater à ce niveau une légère dépression. Enfin, deux jours après l'accident, une ecchymose profonde, qui s'est étendue pendant longtemps, s'est montrée, chez l'un, à la face postérieure du bras, chez l'autre, au-devant du deltoïde.

En imprimant un mouvement de rotation au coude et en fixant l'épaule, comme l'indique A. Cooper, on sentit de la crépitation, mais sans pouvoir déterminer exactement le lieu où elle se produisait; et cela se comprend facilement, si l'on songe contre quelle puissance musculaire il fallait lutter. Pour la détruire, on eut recours au chloroforme poussé jusqu'à la résolution complète; saisissant alors l'angle externe de l'omoplate avec la main droite, en plaçant le pouce en arrière et l'index en avant sur l'apophyse coracoïde, pendant qu'avec la main gauche on fixait le reste de l'os, il suffisait du moindre mouvement pour obtenir une crépitation nette et parfaitement localisée. de la Motte, dans l'observation qu'il rapporte, dit aussi n'avoir pas rencontré « d'éminence de la figure d'un œuf sous l'aisselle, ni de cavité au-dessus du bras », ce qui lui fit abandonner l'idée qu'il avait d'abord eue de l'existence d'une luxation. Il est vrai qu'il ne dit point comment il reconnaît celle de la fracture.

Reste donc pour admettre, comme symptôme de la fracture du col de l'omoplate, l'affaissement de l'épaule et la présence de la tête de l'humérus dans l'aisselle, l'unique observation d'A. Cooper. Examinons-en la valeur à ce point de vue, et, pour cela, nous ne saurions mieux faire que de laisser parler M. Malgaigne, si compétent en pareille matière:

« Il me paraît fort difficile que la cavité glénoïde s'abaisse si facilement dans l'aisselle, l'apophyse coracoïde étant suspendue à la clavicule et à l'acromion par des ligaments si solides; et si elle le faisait, on aurait un signe infiniment plus certain dans le mouvement d'abaissement et d'élévation alternativement imprimé à l'apophyse coracoïde, sans omettre la saillie dans l'aisselle du fragment anguleux, tranchant, tout au moins irrégulier, et qu'une attention médiocre ne permettrait pas de confondre avec la tête humérale. Quant aux signes très-insuffisants d'A. Cooper, ils me paraissent se rapporter à la luxation en bas avec fracture de la cavité glénoïde, mieux qu'à toute autre lésion. » (*Traité des luxations*, page 551.)

Ainsi tombe tout cet échafaudage de symptômes qui permettaient à peine de différencier la fracture du col de l'omoplate de la luxation sous-glénoïdienne. Et jusqu'à ce que de nouveaux faits viennent justifier la doctrine professée par A. Cooper, nous n'admettrons comme signes réels que les symptômes rationnels de toutes les fractures et la crépitation nette, bien localisée et obtenue par le procédé décrit plus haut.

Le pronostic de cette fracture n'est grave qu'en raison des lésions des parties environnantes. Rien ne justifie celui qu'en a porté Duverney « que, telle précaution que l'on prenne, le malade restera estropié. »

Les fragments restant le plus souvent en place, le traitement doit se borner simplement à tenir les parties dans l'immobilité, ce à quoi l'on arrive facilement avec l'écharpe de Mayor.

Des deux faits que nous avons observés, l'un a été déjà publié dans ce journal (voir le n° du 2 avril 1853, page 159); nous nous bornerons à en rapporter un court extrait.

Obs. I. — Fauconnier (Augustine) entre à l'hôpital le 3 mars, trois jours après une chute dans laquelle la partie postérieure de l'épaule droite a porté sur l'extrémité d'un banc.

Mouvements spontanés assez étendus, pas de difformité du moignon de l'épaule; douleur en un point fixe, en arrière de la tête humérale; à ce niveau, légère dépression. Ecchymose diffuse jusqu'au tiers inférieur du bras.

La clavicule, l'acromion, la tête humérale sont parfaitement intacts; l'aisselle est libre.

En faisant exécuter au membre des mouvements très-étendus dans tous les sens, on perçoit de temps en temps une crépitation diffuse. On chloroformise la malade jusqu'à résolution complète. On imprime des mouvements de rotation au coude, une main étant placée sur l'épaule; pas de trace de crépitation; tandis qu'en saisissant l'épaule, le pouce en arrière, l'index en avant sur l'apophyse coracoïde, et fixant de l'autre main le reste de l'omoplate, il suffit du moindre mouvement pour obtenir une crépitation nette, localisée au col de cet os.

On met le membre dans l'écharpe de Mayor.

Le 1er avril, on enlève l'appareil, et la malade sort guérie quelques jours après.

Obs. II. — Papon (Hugues), trente et un ans, carrier. Cet homme travaillait posé sur une planche élevée de plusieurs pieds au-dessus du sol; la planche s'étant brisée sous lui, il tomba sur l'épaule droite, et le choc porta surtout sur la partie postérieure, comme le montrent quelques égratignures à la peau.

Une douleur très-vive se fit immédiatement sentir; le malade, ne pouvant se servir de son bras, entra le jour même (8 mai) à l'hôpital.

Je le vis peu d'heures après l'accident. L'épaule ne présentait aucune déformation; la clavicule, l'acromion étaient intacts; l'aisselle parfaitement libre, l'articulation scapulo-humérale jouissait de tous ses mouvements.

La pression déterminait une douleur très-vive en arrière de la tête humérale, fixe en ce point. En imprimant des mouvements de rotation au coude, une main placée sur l'épaule, je sentis de la crépitation, mais fugitivement, et je ne pus la reproduire. Ces mouvements étaient difficiles, le malade étant doué d'une force herculéenne.

Le lendemain, les parties étaient dans le même état, sauf un peu de tuméfaction; pas d'ecchymose. On chloroformisa le malade jusqu'à résolution complète; faisant alors exécuter au bras des mouvements très-étendus, on reproduisit la crépitation; pour bien déterminer le point où elle a lieu, M. Maisonneuve saisit le moignon de l'épaule de la main droite, le pouce en arrière, l'index en avant sur l'apophyse coracoïde, et, fixant le reste de l'os de la main gauche, il imprima à l'épaule des mouvements de va-et vient, et obtint ainsi une crépitation très-manifeste au niveau du col de l'omoplate.

Le bras fut mis dans l'écharpe de Mayor.

Le 10, une ecchymose apparaissait au-devant du muscle deltoïde; elle descendit peu à peu jusqu'au milieu du bras.

Le 10 juin, on releva l'écharpe, et on exerça pendant quelques jours l'épaule déjà un peu roide.

OBSERVATION D'ABSENCE TOTALE DU CORDON OMBILICAL avec insertion du placenta sur le col,

Par M. le Dr Strute (de Soest).

Femme forte, bien portante; cinquième accouchement; les quatre autres normaux. La sage-femme avait senti, à travers le col entr'ouvert, une masse molle qu'elle prenait pour le placenta; pas d'hémorrhagie. Une consultation de plusieurs médecins fut faite. Six heures avant, les eaux étaient parties; l'orifice de la matrice était ouvert, et le fond du vagin était rempli par un corps mou, épais, ayant tous les caractères du placenta. En faisant passer le doigt en avant et à gauche, à travers l'orifice, on sentait les côtes, et à droite, en arrière, la paroi abdominale.

On pouvait contourner partout cette masse, libre et mobile, qui adhérait seulement à son centre, au corps du fœtus, dans une étendue de 4 centimètres. En avançant lentement la main, on parvint, quoique péniblement, à un genou, qui servit à faire l'extraction, sans la moindre difficulté.

L'enfant était à terme et très-petit. Dans le dos, il existait une tumeur hydrorachitique volumineuse, et sur le ventre, le placenta, de grandeur normale, se trouvait collé par son centre sur l'ombilic. Pas de vestige de cordon. Les couches furent normales.

(*Monatsschr. f. geburtsk.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 octobre 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Leblanc-Bellevaux (de Nevers) sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Saint-Sulpice en 1856.

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans le département de l'Aveyron. (Commission des épidémies.)

3° Un rapport de M. le docteur Giuliani, médecin-major de l'hôpital militaire de Guagno (Corse), sur le service médical de cet établissement en 1855.

4° Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département de la Dordogne. (Commission de vaccine.)

— M. le ministre du commerce écrit pour prier l'Académie de rédiger un projet de classification des causes des décès en France. Dans cette lettre, M. le ministre soumet à l'Académie les questions suivantes :

1° Dans l'état actuel de la science en France une bonne statistique nosologique est-elle réellement possible? En d'autres termes, peut-on espérer qu'au moins les principales causes des décès peuvent dans le plus grand nombre des cas être exactement observées?

2° En supposant cette question résolue affirmativement, l'Académie croit-elle pouvoir, dans l'état actuel des doctrines entre lesquelles se divise le monde médical, préparer une classification qui, par sa clarté, le sens précis des dénominations données aux maladies, puisse être comprise par le plus grand nombre des médecins en France, et ne laisser aucun doute dans leur esprit sur la nature de ces maladies?

3° Cette question également résolue, l'Académie estime-t-elle qu'il convient d'établir immédiatement une classification complète, c'est-à-dire comprenant l'indication de toutes les maladies qui peuvent amener la mort? ou bien croit-elle qu'il suffit au début de n'appliquer la statistique nosologique qu'à la constatation d'un certain nombre de causes de décès les plus importantes et en même temps les plus faciles à connaître?

4° L'Académie n'est-elle pas d'avis que dans l'état actuel de l'organisation du service médical en France, et notamment en présence de l'insuffisance notoire de ce service dans les campagnes, il y a lieu de ne faire constater d'abord les causes des décès que dans les villes chefs-lieux d'arrondissement, sauf plus tard à étendre les mêmes recherches aux chef-lieux de canton?

5° N'estime-t-elle pas que la statistique nosologique serait particulièrement facilitée si l'institution des médecins-vérificateurs des décès était généralisée, au moins dans les villes chefs-lieux d'arrondissement?

6° Est-elle d'avis qu'il est nécessaire d'assurer par une loi la délivrance par le médecin à chaque décès du bulletin indicateur de la cause de ce décès? ou bien ne pense-t-elle pas qu'il suffirait de son intervention, sous la forme d'une circulaire adressée à tous les médecins de l'empire, pour vaincre les résistances d'une partie du corps médical à la remise de ce bulletin?

7° Ne pense-t-elle pas que l'objection tirée de la difficulté de concilier l'indication de la cause des décès avec les prescriptions de l'article 378 du Code pénal, et dans certains cas avec les légitimes susceptibilités des familles, est suffisamment résolue : 1° par la non-inscription du nom du défunt sur le bulletin nosographique; 2° par la recommandation au médecin de remettre cacheté ce bulletin à l'officier de l'état civil, et à celui-ci de n'ouvrir le bulletin qu'après l'expiration de l'année (circulaire du 24 septembre 1853)?

8° Estime-t-elle que le bulletin doit contenir l'indication du sexe, de l'âge et de la profession du décédé? (Commissaires : MM. Adelon, Lévy, Guérard.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Dynwiazicki (de Wladimir) adresse une note sur le traitement de l'hydrophobie. (Commissaire : M. Renault.)

Traitement des kystes volumineux de l'ovaire par des ponctions successives et l'injection iodée. — M. Demarquay adresse sur ce sujet la lettre suivante, dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture :

« Depuis les travaux de M. Velpeau sur les cavités closes et les injections iodées, MM. Boinet et Monod ont pratiqué un grand nombre d'injections iodées dans le but d'obtenir la guérison des kystes de l'ovaire. Ce dernier chirurgien, dont j'ai été à même de suivre les conseils et les exemples, a fait sous mes yeux un certain nombre d'injections dans des kystes ovariens. Les résultats ont généralement été heureux. J'ai, de mon côté, fait plusieurs injections iodées dans des kystes de l'ovaire avec avantage. Cependant, après avoir fait quelques ponctions de ces kystes, je me suis bien vite convaincu que la méthode généralement suivie avait quelque chose de défectueux. En effet, si on vient à vider complétement une grande cavité comme celle des tumeurs ovariennes, les parois abdominales et celles du kyste, longtemps distendues, n'ont point le temps de revenir sur elles-mêmes, elles restent flasques, déprimées; toutes les grandes fonctions sont troublées par l'évacuation d'une aussi grande quantité de liquide. L'injection que l'on pratique à la suite de cette évacuation se fait dans de mauvaises conditions. La teinture d'iode, répandue sur une aussi grande surface, modifie mal les parois du kyste. Guidé par une propriété constante de ces kystes, leur rétractilité, j'ai voulu en tirer parti et la faire concourir d'une manière efficace à la guérison des malades, et pour cela j'ai pensé qu'il était avantageux de vider les kystes ovariens ou toute grande collection de liquide de la manière suivante :

» J'enlève d'abord la moitié du liquide; huit jours après cette première opération, quand les parois abdominales et le kyste sont revenus sur eux-mêmes et appliqués l'un à l'autre, j'extrais les deux tiers du liquide restant; et finalement, au bout de quelques jours, je vide complétement le kyste par une troisième ponction, et j'injecte la solution iodée de M. Guibourt dans une cavité singulièrement réduite, bien délimitée, et quand les viscères abdominaux ont en partie repris leur place première. Plusieurs malades affectées de grandes collections de liquide ont été traitées avec avantage, sous les yeux de M. Monod, de cette manière.

» Je vois encore avec cet honorable chirurgien une dame qui portait un kyste de l'ovaire de la contenance de 20 litres, traitée avec succès par cette méthode. Il y a un an, j'ai guéri une jeune dame affectée d'un double kyste de l'ovaire en suivant le même procédé. De plus, cette manière d'agir permet d'étudier avec soin la nature du liquide, l'état des parois du kyste, toutes choses qui guident ou arrêtent la main du chirurgien. Une chose bien importante, suivant moi, c'est de se servir dans ces ponctions d'un trocart assez gros et de s'opposer à l'introduction de l'air, surtout dans les injections préparatoires à l'injection iodée.

» Voici la relation sommaire de six cas de guérison de kystes de l'ovaire, obtenus par M. Monod il y a déjà longtemps. La persistance de la guérison a été constatée depuis peu de jours :

» 1° Mme X..., boulevard Poissonnière. Une ponction; une injection iodée; guérison datant de deux ans.

» 2° Mme X..., trente-huit ans; opérée le 18 septembre 1855. Ponction; injection iodée; guérison.

» 3° Mme B... Kyste contenant 34 litres. Première ponction et injection le 22 avril 1855. Reproduction lente. Ponction le 19 septembre 1855. 6 litres de liquide. Injection iodée. Presque tout le liquide resté dans la poche. Pas d'accidents. M. Monod a vu la malade il y a peu de jours. Le volume du ventre est celui d'une femme grosse de six mois. La santé générale est bonne; les forces sont revenues, ainsi que les règles.

» 4° Mme X... Observation de MM. Monod et Duplay, publiée il y a trois ans dans les *Archives*. Ponction; injection; guérison solide.

» 5° Mme X... Kyste de l'ovaire opéré à la Maison de santé. Une seule injection iodée; guérison datant de dix-huit mois.

» 6° Mme X... faubourg Saint-Martin. Kyste de l'ovaire; 15 litres. Ponction; injection unique; guérison solide depuis un an. »

— M. le président annonce à l'Académie que M. Pamard, correspondant à Avignon, est présent à la séance.

Kystes ovariques. — L'ordre du jour appelle la discussion sur le traitement des kystes ovariques.

La parole est à M. Trousseau.

DISCUSSION.

M. Trousseau. Lorsque M. Barth est venu exposer à cette tribune le fait de kyste ovarique pour lequel il a imaginé un procédé particulier, la première personne qui est entrée en lutte est M. Malgaigne. M. Malgaigne est l'historien des statistiques lamentables; les résultats sont toujours profondément ténébreux : on y trouve généralement plus de morts qu'ailleurs.

Après lui est venu M. Cazeaux. Sa statistique a été d'une toute autre teinte. Tandis que l'un peint avec les couleurs de Zurbaran, l'autre semble prendre les siennes sur la palette de Rubens. D'après M. Cazeaux, le traitement des kystes ovariques serait peu de chose, l'opération serait toute simple; il n'y a que peu ou point de morts; la guérison a lieu presque toujours.

M. Velpeau a pris la parole à son tour. Nous attendions beaucoup de lui. Lorsque M. Velpeau intervient dans les indiscussions, avec sa grande autorité il les résout le plus souvent, et ses discours sont des arrêts en même temps que des services. Mais il nous a dit qu'il avait été pris à court, il a demandé à réfléchir. Quand il viendra plus tard mettre son épée dans la balance, ce sera pour faire pencher le plateau de son côté, comme il a coutume de le faire.

En attendant, comme la question est autant médicale que chirurgicale, je demande à l'Académie la permission d'intervenir dans la discussion pour présenter quelques réflexions.

Il s'agit ici d'une question de thérapeutique; par conséquent, la première chose dont il y ait à s'occuper, c'est de savoir comment se comportent les kystes de l'ovaire quand ils sont livrés à eux-mêmes. Nous avons vu dans le temps notre respectable collègue M. Louis s'occupant, dans une circonstance analogue, à étudier l'influence des divers traitements opposés à l'angine et à l'érysipèle, arriver à réduire à néant les médications les plus énergiques, et prouver que si l'on était heureux dans le traitement de ces affections, c'est qu'elles marchaient toutes deux naturellement et d'elles-mêmes vers la guérison; de sorte que, lorsqu'une médication quelconque intervient, la nature a deux choses à faire : guérir de la maladie d'abord, et puis du remède. Voyons comment les choses se passent dans les kystes de l'ovaire.

Les kystes de l'ovaire, dans le plus grand nombre des cas, ne constituent pas même une maladie. Si cette proposition pouvait paraître paradoxale, j'en appellerais aux médecins qui ont fait souvent des autopsies de ces kystes, à M. Cruveilhier, à M. Barth lui-même. Ils nous diraient qu'on trouve très-souvent, chez les vieilles femmes de la Salpêtrière, des kystes de divers volumes qui sont restés un demi-siècle sans causer aucun accident. Il n'y a donc à faire entrer en ligne de compte pour l'appréciation des résultats du traitement, que les kystes d'un certain volume et de nature à compromettre tôt ou tard la santé; les autres sont hors de cause.

Examinons maintenant, avant de parler des moyens de traitement, quels sont les divers procédés par lesquels s'effectue la guérison naturelle des kystes ovariques.

Un premier procédé est la résorption. Il semble que ce soit une chose assez simple que la résorption spontanée du liquide d'un kyste. Je déclare, pour ma part, que je n'en ai jamais vu un seul exemple. Je demanderai à mes collègues s'il en est parmi eux qui connaissent des cas de résorption sous l'influence d'une médication quelconque.

Ainsi il reste bien établi que les kystes assez volumineux pour être appréciables à la palpation et à la percussion ne se résorbent pas, à moins que ce ne soit à la suite d'un travail inflammatoire.

On trouve dans les auteurs quelques rares exemples dans lesquels des kystes ovariques ont spontanément diminué de volume. C'est ce qui arrive en effet quelquefois à l'époque de la ménopause, où l'on voit ces kystes se flétrir de même que se flétrissent dans les mêmes conditions certaines tumeurs fibreuses. Il est probable que les cas de guérison rapportés par Thomson étaient de ce genre. Mais ce ne sont pas là de véritables guérisons par résorption.

Le second mode de guérison spontanée est l'évacuation naturelle du kyste. Blasius, dans un ouvrage publié en 1834, rapporte des cas où des kystes ovariques se sont ouverts dans l'intestin, dans la vessie, dans le péritoine ou même au dehors. Tilt a également réuni des observations d'ouverture de kystes dans la vessie ou dans l'intestin. Mais ces exemples ne sont pas très-nombreux. En 1856, cette année même, M. Kiwisch rapporte également plusieurs cas de kystes évacués spontanément; mais il ajoute que dans la plupart de ces cas le kyste a repris le dessus, et qu'il a fini par revenir, après plus ou moins de temps, à son volume primitif.

On voit par là que ce procédé de guérison naturelle n'est pas aussi favorable qu'on aurait pu se le figurer au premier abord, et qu'il n'est à l'abri ni des accidents ni de la récidive.

L'inflammation spontanée des parois du kyste est un troisième mode de guérison naturelle. Mais il y a lieu de s'étonner combien peu l'on trouve dans la science d'exemples de guérisons de ce genre. J'en ai observé un il y a quatre ans avec MM. P. Dubois et Jobert. Le kyste étant d'une petite dimension, M. Jobert avait été d'avis que c'était le cas de faire des ponctions répétées. Quatre ponctions furent pratiquées successivement. Quinze jours environ après la quatrième ponction, alors que rien jusque-là n'avait pu inspirer la moindre crainte, il éclata tout à coup une inflammation horrible; la tumeur doubla de volume, puis ces symptômes si effrayants se calmèrent peu à peu, le kyste se réduisit graduellement, et au bout de six semaines la guérison était complète. Depuis quatre années que cet accident a eu lieu, il n'y a plus chez cette malade trace de kyste.

Voilà un exemple de guérison spontanée et durable par l'inflammation des parois du kyste. Mais il faut se hâter d'ajouter que loin que les choses se passent habituellement ainsi, le plus souvent, au contraire, ces inflammations spontanées sont suivies de perforation du kyste et de péritonite mortelle.

Enfin, la rupture du kyste dans la cavité péritonéale a été quelquefois elle-même un moyen de guérison. On ne saurait imaginer combien les faits de ce genre sont communs dans la science. Pour mon compte, j'en ai rencontré trois exemples. Le premier est celui d'une femme qui, en laçant sa bottine, sentit un violent craquement dans le ventre. C'était un kyste volumineux de l'ovaire qui venait de se rompre. Il se développa immédiatement une péritonite terrible; mais les accidents ne tardèrent pas à se dissiper, et la malade guérit à la fois de sa péritonite et de son kyste. Chez la deuxième malade, trois ponctions avaient été faites à six mois d'intervalle. Quelque temps après la troisième ponction, il se fit une rupture spontanée du kyste. La malade était guérie quelques jours après. Son kyste s'est reproduit quelque temps après; il s'est rompu de nouveau, et cette seconde rupture s'est terminée aussi heureusement que la première.

Il résulte, comme on le voit, de ce fait, que la rupture spontanée peut parfaitement laisser s'établir la récidive.

Aux exemples que je viens de citer, je pourrais en ajouter beaucoup d'autres, tels que ceux qui sont rapportés par Simpson, Kivisch, Bright, Camus, etc.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est l'uniformité de tous ces faits qui semblent se calquer les uns sur les autres.

C'est sans doute en vue de ces faits que M. Cazeaux s'est demandé dans sa thèse de concours s'il ne serait pas possible d'imiter ce procédé naturel de guérison. La même question a été posée par M. Bonfils (de Nancy) dans une observation communiquée à l'Académie.

Mais nous verrons tout à l'heure que les procédés chirurgicaux par lesquels on cherche à imiter la nature ne sont pas si heureux qu'on doive se presser beaucoup d'y recourir. J'ai cité des faits de rupture assez inoffensifs, mais j'en pourrais citer à côté bien d'autres où la rupture du kyste a été suivie de mort.

Voici donc de quelle manière les kystes de l'ovaire paraissent marcher naturellement. Il est bien entendu que dans tout ce qui précède il n'est question que des kystes séreux ou hématiques, et nullement de ceux qui renferment des débris de fœtus ou des matières organiques diverses.

Un mot maintenant de la question thérapeutique.

L'intervention médicale est nulle, nous l'avons vu. Presque toutes les fois que le médecin intervient, c'est très-inutilement. Au point de vue chirurgical, nous avons la ponction, la ponction simple, comme nous la pratiquons tous. La ponction est un moyen purement palliatif. Personne n'a jamais eu la prétention d'en attendre la guérison radicale. Voyons un peu les résultats qu'elle fournit.

Les opinions des auteurs à cet égard sont très-diverses : sur 20 cas de ponction relevés par Southam, il y a eu 4 morts dans les premiers jours qui ont suivi l'opération, 3 morts après un mois, 14 en moins d'un an.

Le docteur Lee regarde la ponction comme plus dangereuse qu'on ne croit généralement. Il a rassemblé 46 cas, sur lesquels 37 sujets sont morts, 2 guéris, et 7 ont retiré de l'opération une amélioration durable. Sur les 37 morts, 3 ont succombé dans les vingt-quatre heures après l'opération, 6 au bout de quelques jours, 6 dans le premier mois, 12 dans la première année, 5 dans la deuxième, 2 dans la troisième, 1 dans la sixième, 1 dans la huitième, et 1 dans la quinzième année.

Kiwisch a réuni 64 observations de ponction. Sur ce nombre, 9 opérées sont mortes le premier jour, 10 plus tard avec une seule ponction; 6 après deux ponctions, mais sans désignation de temps; 15 après trois à six ponctions, 7 après un plus grand nombre. Une seule a guéri, et il y a eu 3 améliorations définitives; 3 malades sont mortes peu après de maladies indépendantes des ovaires.

Scanzoni dit avoir vu seulement deux fois la guérison persister après la ponction. Il a suivi les malades pendant deux à trois ans.

Franck avait déjà stigmatisé cette opération lorsqu'il la qualifiait de simple palliatif dans les cas de suffocation imminente : « *Non aliud quam paucorum dierum solatium...* »

Avant ces dernières années, nous faisions tous, comme Franck, la ponction de nécessité et non la ponction d'élection. Nous ne nous décidions à recourir à ce moyen que lorsque les femmes ne pouvaient plus se tenir ou qu'elles avaient de la peine à respirer. On s'étonnait qu'elles mourussent; mais on aurait dû s'étonner bien plus d'en voir quelques-unes y survivre. Depuis longtemps je me suis fait un devoir de ponctionner de bonne heure, dès que la tumeur a acquis le volume d'une tête d'enfant, et alors qu'elle ne produit encore aucune gêne appréciable dans les fonctions. En agissant ainsi, les dangers de l'opération sont infiniment moindres en cas d'inflammation, et l'on a l'avantage d'avoir affaire à des tumeurs qui jouissent encore de toute leur rétractilité. Je suis convaincu, pour mon compte, que si la ponction a mérité le stigmate de Franck, c'est parce qu'on opère généralement trop tard, lorsque la tumeur s'élève au-dessus de l'ombilic, qu'elle apporte déjà une perturbation notable aux fonctions circulatoire et respiratoire, et que son inflammation traumatique peut entraîner les plus graves dangers.

On aura certainement beaucoup plus de chances de succès dès qu'on aura adopté le précepte d'opérer de bonne heure. La ponction palliative ainsi faite est un moyen utile en même temps qu'innocent, et qui mérite, par conséquent, d'être préféré.

Je n'ai pas consenti, jusqu'ici, à faire ou à laisser faire des injections iodées dans les kystes ovariques. Ce qui m'en a éloigné jusqu'à présent c'est moins leur danger que leur inutilité, ou tout au moins leur insuffisance. J'ai été témoin de plusieurs injections, et j'ai vu que les kystes ainsi traités étaient sujets à retour à peu près comme ils le sont à la suite des inflammations spontanées ou par rupture des parois du kyste.

Quant à l'autre procédé, celui dont M. Cazeaux a parlé dans sa thèse, et qui consiste à maintenir une fistule en permanence jusqu'à guérison complète, je serais peu enclin, pour ma part, à l'adopter. Sans doute il me siérait moins qu'à tout autre de le blâmer, moi qui ai proposé récemment un procédé analogue pour le péricarde. Mais ici je sais qu'en établissant une communication avec la plèvre, je n'y introduis qu'un liquide inoffensif de la sérosité, tandis qu'on n'est jamais sûr, en faisant communiquer un kyste avec le péritoine, de ne pas laisser pénétrer dans cette cavité des matières nuisibles. Mais je le laisse, ainsi que la méthode des injections iodées, à l'appréciation des chirurgiens beaucoup plus aptes que moi à les juger. Je leur laisse également le soin de juger la valeur de l'extirpation des kystes ovariques, qui est exclusivement de leur compétence.

M. Jobert. Cette discussion prouve que la science laisse beaucoup à désirer encore sur ce point; elle laisse voir un désaccord très-grand, une dissidence presque complète entre les divers orateurs qui ont pris la parole jusqu'à présent. M. Cazeaux, avec un ton de franchise et de chaleur qui dénotent en lui une entière conviction, a émis une opinion favorable à l'emploi des injections iodées. Mais M. Velpeau ne leur a pas été favorable, malheureusement pour les injections iodées, car son autorité en pareille matière est immense, comme tout le monde le sait. M. Moreau a été plus réservé encore; pour lui, ce qu'il y a de mieux à faire est d'abandonner les kystes de l'ovaire à eux-mêmes. Enfin M. Trousseau, qui vient de faire preuve d'une grande érudition sur cette question, a beaucoup parlé des étrangers; mais il semble avoir oublié qu'il y a aussi beaucoup de faits dans les annales de la chirurgie française; du moins n'en a-t-il pas parlé. Je vais essayer de réparer cette omission.

Parmi ces faits, il en est quelques-uns qui prouvent que les kystes ovariques peuvent dans quelques cas guérir spontanément. On en trouve un exemple dans Delpech. Ce chirurgien rapporte avoir vu une femme atteinte d'un kyste volumineux de l'ovaire, chez laquelle, après un traitement de huit à dix mois et un régime sévère, la tumeur avait fini par s'atrophier et se réduire au volume d'un œuf de poule. Il semblait qu'après une sorte de lutte traduite par plusieurs alternatives d'augmentation et de diminution, l'absorption eût fini par l'emporter. Mais ce n'est pas ainsi que se passent les choses le plus habituellement; j'avoue que, pour ma part, je n'ai eu que très-rarement l'occasion d'observer ce mode de guérison par la résorption du liquide contenu dans le kyste. Le plus ordinairement, ce n'est qu'à la suite d'un travail inflammatoire et d'une sorte de bourgeonnement des parois internes de la tumeur qu'on voit survenir ces guérisons.

Quels sont donc les moyens à mettre en usage pour obtenir la guérison de ces kystes par oblitération de leur cavité? Il y a la ponction simple, la ponction avec établissement d'une fistule permanente, la ponction suivie des injections iodées et l'électricité. La ponction simple est regardée avec raison comme palliative. Il semblerait *à priori* que cette opération dût être très-simple et exempte d'accidents sérieux. Il n'en est pas ainsi. La ponction palliative n'est pas aussi innocente qu'on le croit; il est des cas où les kystes sont mobiles, comme flottants dans l'abdomen, impossibles à maintenir rapprochés des parois du ventre, et où la ponction est suivie d'un épanchement dans le péritoine qui peut amener les plus graves accidents, et même la mort. Delpech rapporte un fait de ce genre où la ponction fut suivie d'une inflammation diffuse du péritoine. J'ai observé aussi un fait très-curieux à cet égard. A la suite d'une ponction, au moment où l'évacuation du liquide venait d'être terminée, il se présenta à l'orifice de la canule un prolongement tubuleux qui fut extrait. Immédiatement après l'opération, il se manifesta des symptômes de péritonite suraiguë qui entraînèrent rapidement la mort de la malade. A l'autopsie, on reconnut une péritonite générale, et on trouva dans la cavité péritonéale une quantité considérable de sérosité du kyste qui s'y était épanchée pendant ou après l'opération, et y avait produit une inflammation mortelle.

On peut, il est vrai, prévenir ces accidents en laissant la canule en place après l'opération, jusqu'à ce qu'on soit certain de l'évacuation complète du kyste, de manière à empêcher l'extravasation du liquide du kyste dans le péritoine. En effet, depuis j'ai eu recours à ce moyen dans toutes les ponctions que j'ai pratiquées, je n'ai plus vu se reproduire d'accident semblable.

Une autre question très-importante, c'est de savoir s'il est utile d'entretenir là une fistule après l'opération, et jusqu'à quel point cette pratique est elle-même exempte d'inconvénients. M. Barth croit cette précaution utile. Déjà Delpech avait démontré qu'on pouvait effectivement établir ainsi entre les parois du kyste et celles de l'abdomen des adhérences assez solides pour rendre désormais toute communication entre le kyste et le péritoine impossible. Mais l'événement n'a pas justifié les espérances qu'il avait fondées sur cette manière d'agir. Or le procédé de M. Barth me paraît rentrer dans celui de Delpech, et me semble par conséquent devoir présenter les mêmes inconvénients.

J'arrive aux injections iodées. Je les ai pratiquées un grand nombre de fois pour des kystes de l'ovaire. J'ai injecté tantôt de la teinture d'iode pure, tantôt de la teinture étendue à divers degrés. J'ai fait dans tous ces cas la ponction avec les précautions que je viens d'indiquer, et, je dois le dire, je n'ai jamais observé jusqu'ici aucun accident à la suite de cette opération, que j'ai bien faite une trentaine de fois au moins. — Ai-je toujours réussi? Non certainement. J'ai obtenu tantôt des améliorations qui ont persisté assez longtemps, tantôt des améliorations momentanées seulement, dans quelques cas des guérisons qui m'ont paru devoir être durables. Voici, dans ce dernier cas, comment les choses m'ont paru se passer. Toutes les fois que j'ai injecté de l'iode dans un kyste, j'ai observé le même résultat qu'à la suite d'une injection iodée dans la tunique vaginale; j'ai presque constamment vu la tumeur se remplir de nouveau de liquide, puis ce liquide, en partie résorbé, se condenser progressivement, et la tumeur finir par revenir sur elle-même et se réduire à un très-petit volume. Je pourrais citer plusieurs cas dans lesquels la guérison persiste depuis six ans sans aucune apparence de récidive. Une femme seulement, opérée par cette méthode, est revenue à l'hôpital au bout d'un an avec un nouveau kyste. Une seconde opération a eu le même résultat immédiat que la première; je ne puis savoir ce qui adviendra par la suite.

En résumé, je regarde les injections iodées dans les kystes ovariques comme inoffensives, pourvu qu'elles ne soient pas trop concentrées, auquel cas elles pourraient déterminer une inflammation trop vive. Mais peut-on espérer guérir tous les kystes par ce moyen? Assurément non. On ne guérira certainement pas par les injections iodées les kystes à paroi cartilagineuse; elles seraient, dans ce cas, au moins inutiles. On devra bien se garder d'y recourir toutes les fois qu'avec le kyste il y aura une dégénérescence cancéreuse de l'ovaire. Les injections iodées pourront-elles être utiles dans les kystes multiloculaires? La plupart des chirurgiens paraissent incliner à croire qu'on ne pourrait pas obtenir par ce moyen la guérison de kystes multiples. Je suis fondé à croire cependant que ces guérisons ne seraient pas impossibles. Ainsi je suis parvenu à guérir par ce moyen des kystes thyroïdes multilobés, bien que la tumeur fût pleine, comme on dit. Il est probable que l'iode a agi dans ce cas par endosmose.

Enfin; j'ai réussi dans quelques cas à guérir du kyste de la glande thyroïde par l'électricité. Cinq ou six applications d'un courant d'induction m'ont suffi dans un cas pour obtenir la guérison d'un kyste volumineux du cou, sans aucune trace de travail inflammatoire.

Je me résumerai en disant : Que la ponction avec établissement d'une fistule me paraît d'une efficacité et d'une utilité douteuses; que les kystes ovariques me paraissent pouvoir guérir sans ce moyen, et d'une manière plus sûre par les injections iodées; que ces injections sont en général inoffensives. Je crois enfin, sans pouvoir dire comment elle agit, que l'électricité peut également donner de bons résultats et provoquer dans quelques cas l'oblitération de ces kystes.

— Plusieurs membres sont inscrits pour prendre la parole; mais, vu l'heure avancée, la suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur du cerveau. — M. le docteur Poterin du Motel présente une pièce anatomique consistant en une tumeur développée entre la moitié gauche de la protubérance du bulbe et l'hémisphère correspondant du cervelet. Elle n'adhérait à la protubérance que par quelques tractus vasculaires; la racine sensitive de la cinquième paire était déplacée. Sur le cerveau, au niveau du lobe sphéroïdal, sur le cervelet et la protubérance, on apercevait une dépression profonde dans laquelle la tumeur était logée. De plus, le bulbe était incurvé à droite.

L'individu qui portait cette tumeur était frappé d'imbécillité depuis l'âge de dix-neuf ans, et il a succombé à l'âge de cinquante-trois ans. Il n'a présenté aucun phénomène de paralysie du mouvement ou de la sensibilité, mais seulement des allures insolites; il portait habituellement le corps incliné en avant, la tête penchée à gauche et agitée d'un mouvement restreint de rotation. De temps en temps, et à des périodes très-irrégulières, il avait des accès de frénésie vertigineuse dans lesquels il poussait des cris de bête fauve et dépensait en quelques instants la somme de mouvement accumulée dans ces longues périodes d'inertie.

— La séance est levée à cinq heures.

Presse médicale en Russie.

Il y a en Russie quatre journaux de médecine : le *Medicinische Zeitung von Russland* (Gazette médicale russe), édité en allemand par les docteurs Heine, Krebelet Thielmann; le *Gesundheitsfreund* (Ami de la santé), rédigé en russe par le docteur Eug. Pelikan; cette feuille contient des communications originales et des traductions d'ouvrages étrangers; le *Zeitschrift für Militair Medicin* (Journal de médecine militaire), écrit en russe sous la direction du docteur Eug. Pelikan et du docteur Tschistowitch, professeur adjoint au collége médico chirurgical de Saint-Pétersbourg, et enfin le *Journal médical de Moscou*, rédacteur en chef le professeur Polownin.

Le *Journal de médecine militaire* paraît quatre fois par an, dans le format in-octavo; ce journal est très-répandu parmi les chirurgiens militaires russes, et coûte le prix modéré de trois roubles d'argent (17 fr. environ). Il contient des articles originaux, communiqués surtout par les professeurs des universités russes et de l'Ecole médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg, et aussi par des chirurgiens militaires. On y trouve en outre des traductions de bonnes monographies d'auteurs français, anglais et allemands. Les articles originaux sont en partie fournis par les docteurs Pirogoff, Pelikan, Zablotsky, Kiebr, Tschitsowitch et Platanoff (de Saint-Pétersbourg); par Hubenet et Mazoun (de Kief), etc. Voici les ouvrages dont on donne la traduction dans ce journal : Nélaton, *Eléments de pathologie chirurgicale*; Forget, *Maladies du cœur*; Valentin, *Physiologie*; Becquerel, *Hygiène*; Zehetmayer, *Auscultation et percussion*; Clarus et Williams, *Maladies du cœur*; J. Heyfelder, *Des résections et des amputations*, etc., et des traductions de Kolliker, Rochow, Luscka, Vierordt, Frerichs, Henle, etc.

(*Deutsche Klinik.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 13 octobre, M. le docteur Pascal, médecin principal à l'hôpital militaire de Bayonne, a été nommé officier de la Légion d'honneur;

M. Rougerie, vétérinaire au dépôt de Mérignac, a été nommé chevalier du même ordre.

— M. le docteur Verguin, médecin à Enghien-les-Bains, vient d'être nommé médecin de la salle d'asile libre de la commune d'Eaux-Bonnes.

— La distribution des amphithéâtres de l'Ecole pratique entre MM. les professeurs particuliers aura lieu le mercredi 29 courant, à midi précis, dans une des salles de la Faculté.

— Le concours pour l'internat et le prix des externes a commencé hier 22 octobre. La question écrite est la suivante : *Muqueuse du larynx; diagnostic différentiel du croup et du faux croup: indications de la trachéotomie.*

— La souscription pour le buste en marbre de Pinel a reçu son plein effet. Les habitués de l'Académie ont pu admirer hier, dans la salle des Pas-Perdus (le mot admirer n'est pas exagéré), le magnifique buste de Pinel sorti des mains de M. Robinet, l'habile statuaire à qui l'Académie doit déjà plusieurs morceaux des plus remarquables. Grâce au zèle intelligent et au bon goût artistique de M. le secrétaire perpétuel, et un peu aussi à la munificence des familles de quelques-uns des anciens membres de l'Académie, nous pourrons voir bientôt les plâtres poudreux et dégradés qui surmontaient les appuis de croisées de la salle des Pas-Perdus, remplacés par des œuvres d'art vraiment dignes des personnages dont elles sont destinées à perpétuer le souvenir.

— A l'occasion du XXXII[e] congrès, les médecins d'Autriche s'occupant spécialement des maladies des enfants ont décidé qu'ils publieront chaque année un volume sous le titre de *Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung* (Annuaire de la thérapeutique de l'enfance et de l'éducation physique). Ils font un appel à la collaboration de tous leurs confrères.

— Le choléra a fait son apparition à Constantinople le 14 septembre dernier. Après un été sec et une chaleur modérée, continue, les pluies d'automne, précédées d'un orage, ont commencé vers les premiers jours de septembre. La température a subi des variations très-fréquentes depuis ce moment, et la santé publique, parfaite durant une période de huit mois, s'en est vivement ressentie. Déjà depuis un mois les diarrhées et les catarrhes étaient plus fréquents; la dysentérie, mais d'une nature plutôt bénigne, s'observait déjà; la coqueluche, chez les enfants, a régné épidémiquement depuis le mois d'avril jusqu'à septembre. Elle commence à devenir plus rare; elle est remplacée par les affections catarrhales des bronches et des intestins. Le 14 septembre enfin, 4 cas de choléra bien caractérisés ont été constatés dans un hôpital militaire turc; le 16, 2 nouveaux cas se sont développés chez des malades couchés depuis un mois dans l'hôpital de Gulhané et atteints de dysentérie chronique; 2 autres cas ont été signalés dans la pratique civile le même jour, toujours dans la ville de Constantinople.

Le 18 septembre, 5 cas de choléra ont été signalés dans un faubourg juif et arménien à Haskeng, en face de Constantinople, et 4 à Balat, quartier juif de la ville. La maladie s'étend et fait des progrès; sur les 8 premiers malades, 4 sont morts dans les vingt-quatre heures.

La température est très-mobile, l'air est vif et humide; les soirées et les matinées sont très-fraîches : le soleil darde ses rayons les plus ardents pendant la journée.

Jusqu'au 26 septembre, l'office de santé a reçu communication de 24 décès, à dater de l'invasion; ce chiffre est au-dessous de la réalité, car il ne comprend pas les décès des hôpitaux militaires et ceux dont on ne lui donne pas avis. Le chiffre des morts s'élève en moyenne à une soixantaine dans la ville et une vingtaine dans les hôpitaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Leroux, né à Paris (Seine); *De la transfusion du sang.*

Laroche, né à Saint-Amant-de-Vergt (Dordogne); *De quelques indications de la bronchotomie.*

Tessier, né à Bordeaux (Gironde); *De l'urémie.*

Fabre, né à Ormaisons (Aude); *Des vomissements incoercibles pendant la grossesse.*

Achalme, né à Montchamp (Cantal); *Des granulations du col de l'utérus.*

Poinsot, né à Lajesse (Aube); *De la fonction glycogénique du foie, précédée d'une introduction sur l'organisme.*

Dexant, né à Saint-Séverin (Charente); *Résumé des altérations du sang dans les maladies.*

Ferro, né à Reggio (royaume de Naples); *Essai sur l'action thérapeutique de la strychnine dans le choléra-morbus.*

Marianny, né à Aubenas (Ardèche); *De l'ongle incarné.*

Le Gérant, [illegible]

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 126. — SAMEDI 25 OCTOBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 126. — SAMEDI 25 OCTOBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De quelques cas de tumeurs intra ou extra-thoraciques prises pour des pleurésies.

« *Il y a des cas où il est impossible de ne pas commettre d'erreur de diagnostic, et où celui qui n'en aurait pas commis aurait agi purement au hasard, et sans tirer des résultats de la percussion et de l'auscultation les conclusions nécessaires, inévitables.* » Telle est la conclusion que M. le docteur Moutard-Martin tirait, en présence des membres de la Société médicale des hôpitaux, de deux faits où il avait été lui-même entraîné dans une erreur de ce genre. C'est surtout dans les affections thoraciques que ces causes d'erreur se rencontrent, et qu'elles sont d'autant plus inévitables qu'elles ont précisément pour cause l'identité des signes physiques produits à l'auscultation et à la percussion par des lésions de nature différente. La présence de tumeurs ou de productions solides dans la plèvre donne lieu, en effet, à un ensemble de signes physiques et de symptômes rationnels qui ont avec ceux de l'épanchement pleurétique une telle ressemblance qu'il est extrêmement difficile, pour ne pas dire presque impossible dans certains cas de les distinguer et de leur assigner des caractères différentiels. C'est sur quelques-uns de ces exemples, dans lesquels les praticiens les plus habiles et les plus familiarisés avec l'auscultation n'ont pu éviter cette cause d'erreur que nous allons appeler un instant l'attention de nos lecteurs.

Voici d'abord les deux faits rapportés par M. Moutard-Martin.

Un homme de vingt-huit ans entre à l'hôpital Saint-Antoine le 4 février 1856, en proie à du malaise, à des accès fréquents de toux, dont il fait remonter le début à six semaines environ, époque où, à la suite d'une marche rapide, il se refroidit et fut pris de frissons répétés. A son entrée à l'hôpital, il présente l'état suivant : teint pâle, sans fièvre ; faiblesse et accès fréquents de toux n'amenant pas d'autre expectoration que du mucus transparent et aéré.

A l'examen de la poitrine, on constate une résonance parfaite des deux côtés en arrière ; respiration complète, mélangée seulement de quelques râles muqueux disséminés des deux côtés.

En avant, résonnance complète à droite, exagérée au sommet gauche jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de la clavicule. A partir de ce point jusqu'à la base, matité complète, survenant brusquement et sans transition. Cette matité s'étendait en avant jusqu'à la ligne médiane, et sur le côté jusque sur une ligne qui serait descendue du bord de l'aisselle parallèlement à l'axe du corps. Le cœur est refoulé en bas et vers la ligne médiane.

Dans toute l'étendue occupée par la matité, il y a absence complète de respiration et de résonance de la voix. Deux jours plus tard, dans le même point, on entendit dans quelques grandes inspirations un souffle amphorique très-éloigné, à peine perceptible, et quelquefois un faible tintement métallique.

M. Moutard-Martin diagnostique une bronchite générale, pleurésie avec épanchement circonscrit par des fausses membranes, et limitée à la partie antérieure gauche.

Sur ce point, comme on le verra, le diagnostic était juste. Mais poursuivons.

Sorti de l'hôpital le 9 février, le malade rentre le 19 mars suivant. Voici ce qu'on constate à cette époque :

La matité de la partie antérieure gauche a complétement disparu, et le cœur a en partie repris sa position normale. La respiration est complète dans toute la partie antérieure précédemment occupée par la matité. En arrière, dilatation notable du côté gauche, matité complète dans toute sa hauteur ; résonance parfaite à droite ; absence de bruit respiratoire à gauche en arrière ; résonnance saccadée de la voix vers la partie moyenne ; mêmes caractères de la toux et de l'expectoration ; absence de fièvre.

En présence de ces nouveaux signes, M. Moutard-Martin modifia ainsi son premier diagnostic : épanchement abondant du côté gauche, causé probablement par la rupture des adhérences qui enkystaient l'épanchement primitivement constaté en avant, et le passage de l'épanchement limité dans la grande cavité pleurale. Là, comme on va le voir, était l'erreur, bien que cette interprétation parût des mieux fondées.

Le 25 mars, il survient de la fièvre et un œdème considérable des membres inférieurs. L'anasarque fait des progrès rapides les jours suivants, et dès le 27 l'œdème est général.

Le 2 avril, le malade a craché environ un litre de pus. L'examen de la poitrine ne permet de reconnaître aucune modification dans les phénomènes stéthoscopiques. Enfin, après des alternatives de calme et d'accès de toux avec expectoration purulente, le malade finit par succomber.

Rien jusqu'au dernier jour n'avait pu changer l'idée qu'on s'était faite de l'existence d'un vaste épanchement pleurétique. L'autopsie, comme on va le voir, vint démontrer combien ce diagnostic était loin de la vérité.

A la partie antérieure gauche de la poitrine, il existait des adhérences résistantes et anciennes, disposées circulairement, et laissant libre, sans adhérences, une portion de la partie antérieure du poumon gauche. C'est dans ce point qu'avaient existé la matité et l'absence du bruit respiratoire, et un épanchement circonscrit. Tout le reste du poumon gauche est complétement adhérent à la paroi thoracique ; il n'y a pas un atome d'épanchement. Le volume du poumon est énorme, et il donne la sensation d'une vaste poche à parois minces et complétement remplie de sang récemment coagulé, au milieu duquel il y avait cinq ou six débris d'hydatide. Tout le poumon, à l'exception d'une petite partie de son bord antérieur, est réduit à l'état de poche dont les parois présentent, dans certains endroits, seulement 2 ou 3 millimètres d'épaisseur. A la base surtout, dans la partie adhérente au diaphragme, on trouva une sorte de tissu fibreux, épais de 2 centimètres environ. On put constater que le kyste hydatique s'était développé dans le lobe supérieur du poumon, qu'il avait refoulé de toutes parts le tissu pulmonaire, l'avait réduit à l'état fibreux.

Il y avait donc, en définitive, dans ce cas, au début, une pleurésie circonscrite reconnue au mois de février ; présence probable d'une tumeur hydatique peu volumineuse dans le poumon gauche, ne décelant pas encore sa présence, résorption de l'épanchement séreux, développement extraordinairement rapide de la tumeur hydatique, qui, au 19 mars, remplit le poumon gauche ; suppuration de la poche, perforation de la bronche gauche ; vomique.

Il était assurément difficile de diagnostiquer les lésions constatées à l'autopsie, et la méprise était à peu près inévitable.

Il en fut de même d'un fait observé quelques années auparavant par M. Moutard-Martin, et où l'on voit une tumeur développée entre le rein et la capsule surrénale repoussant le diaphragme très-haut dans la poitrine, et ayant donné tous les signes stéthoscopiques d'un épanchement pleurétique. Matité, absence de la respiration, égophonie, point de côté, oppression, frissons au début, rien ne manquait de ce qui pouvait caractériser un épanchement pleurétique. Et comment, en effet, ne pas s'y méprendre, quand la tumeur qui avait fait une illusion aussi complète était un kyste contenant un liquide purulent et qui avait dû être primitivement séreux, lequel kyste, après avoir refoulé le diaphragme, était venu se loger entre la paroi thoracique et le poumon droit !

A l'occasion de cette communication, M. Oulmont a rapporté à la Société quatre observations de productions solides intra et même extra-thoraciques, qui avaient simulé un épanchement pleurétique.

L'un de ces faits se rapporte à un homme chez lequel on trouva un développement considérable du côté gauche de la poitrine avec matité et absence complète de bruit respiratoire. Le cœur était refoulé à droite ; le décubitus sur le côté droit était impossible. Il y avait une fièvre vive, avec redoublement le soir. Tous ces symptômes dataient d'un an et étaient survenus graduellement. On crut à l'existence d'une pleurésie chronique ; mais l'autopsie dissipa cette erreur. On trouva un énorme sac qui remplissait toute la cavité gauche de la poitrine et avait refoulé tout à fait au sommet le poumon, qui était maintenu par de solides adhérences. Ce sac, renfermé entièrement dans la cavité pleurale, était rempli de nombreux acéphalocystes nageant dans une médiocre quantité de liquide.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'une tumeur anévrismale développée dans la cavité thoracique gauche, qu'elle remplissait en grande partie, et qui avait donné lieu pendant la vie à la plupart des signes d'un épanchement pleurétique : douleur de côté, dyspnée, impossibilité du décubitus sur le côté droit, matité exactement limitée en avant et en arrière, absence complète du bruit respiratoire dans tous les points où siégeait la matité. Il n'y avait pas jusqu'à l'absence même d'égophonie ou de retentissement de la voix qui ne s'expliquât naturellement, dans cette hypothèse, par l'ancienneté de la maladie.

Le troisième fait était un cas de dégénérescence cartilagineuse de la plèvre, avec abcès des parois thoraciques. Jusqu'à l'autopsie, on avait cru également, dans ce cas, à l'existence d'un épanchement partiel tendant à se faire jour à l'extérieur au moyen de la tumeur située sur la paroi thoracique. Cette tumeur avait été considérée comme le résultat d'une communication qui s'était établie entre l'épanchement pleural et le tissu cellulaire sous-cutané.

La quatrième observation, enfin, est un exemple d'une maladie du foie (engorgement avec infiltration purulente du tissu hépatique) prise pour un épanchement pleurétique, dont elle présentait aussi tous les symptômes.

Il est vrai de dire que dans ce dernier cas l'erreur ne fut que de courte durée, et qu'elle put être rectifiée avant l'autopsie. Le développement d'une ascite et de l'infiltration œdémateuse des membres inférieurs, joint à diverses circonstances commémoratives, notamment un séjour antérieur du malade dans les pays chauds, ne tarda pas à mettre sur la voie du diagnostic d'une affection hépatique.

Les faits qui viennent d'être cités montrent surabondamment quelles sont dans quelques circonstances les difficultés du diagnostic des épanchements pleurétiques, qui dans l'immense majorité des cas constituent une des affections les plus faciles à reconnaître. Sans doute dans quelques-uns de ces faits peut-être l'erreur eût-elle pu être évitée si l'on eût suffisamment tenu compte, ainsi que l'a justement fait remarquer à cette occasion M. Aran, de certaines règles de percussion formulées par M. le professeur Piorry, et qui sont fondées sur la connaissance de ce fait : que les épanchements pleurétiques affectent toujours une disposition spéciale dans leurs limites supérieures, la matité existant toujours en arrière, suivant une ligne courbe à convexité supérieure, et s'inclinant de plus en plus à la partie antérieure. C'est là sans contredit un signe précieux et qui ne devra jamais être négligé en pareil cas. Ainsi, dans le dernier exemple cité d'engorgement du foie pris pour un épanchement pleurétique, et que d'autres circonstances d'ailleurs ont fait reconnaître, il y a lieu de présumer que la matité, au lieu de décrire la ligne oblique en question, devait avoir une direction transversale, et que cela eût déjà dû suffire pour tenir au moins sur la réserve à l'égard du diagnostic d'une pleurésie. Mais ce signe, si précieux qu'il soit, est loin d'avoir une valeur absolue ; il peut manquer, de même que le déplacement du liquide, dans les épanchements très-considérables ou dans les cas d'encloisonnement du liquide. Il peut, d'un autre côté, se rencontrer dans d'autres circonstances que celle d'un épanchement pleural. Tel était, par exemple, le cas du deuxième fait cité par M. Moutard-Martin, où la ligne courbe de la matité existait suivant les contours de la tumeur, qui se prolongeait jusque sous l'aisselle.

La conclusion générale de tout ceci, c'est qu'il est des cas où, comme l'a dit avec raison M. Moutard-Martin, les erreurs de diagnostic sont inévitables, nécessaires même, parce qu'elles sont, s'il nous est permis de nous exprimer ainsi, dans l'essence des moyens d'exploration qui ne donnent que ce qu'ils peuvent donner, c'est-à-dire des signes purement physiques. L'erreur est alors d'autant plus inévitable que ces signes sont eux-mêmes plus précis. Il importe donc que de pareils faits soient constamment présents à l'esprit des praticiens, afin de les prémunir contre des chances d'erreur, rares sans doute, mais possibles. On devra surtout en déduire cette conséquence, qu'aucun renseignement et aucun signe ne sauraient être négligés, et que, quelle que soit la certitude habituelle des signes stéthoscopiques, le diagnostic doit toujours s'aider concurremment d'une étude attentive des symptômes et des phénomènes généraux, de l'état diathésique des malades, et d'une connaissance aussi parfaite que possible de leurs antécédents pathologiques et de la marche de l'affection actuelle.

Hypospadias. — Établissement d'un canal artificiel à travers l'épaisseur du gland.

Nous avons vu dans le service de M. Chassaignac, à l'hôpital Lariboisière, un malade auquel ce chirurgien a pratiqué une opération pour remédier à un hypospadias congénital, d'après un procédé qu'il a imaginé pour la circonstance, et qui nous paraît, par la facilité de son exécution autant que par son innocuité et par le succès rapide dont il a été suivi dans cette circonstance, mériter d'être signalé à l'attention des chirurgiens. Bien que la difformité, dans ce cas, se présentât avec des conditions telles qu'il n'en ré-

sultait pour cet homme qu'une assez médiocre incommoité, le fait n'en offre pas moins d'intérêt.

Le nommé V... (François), âgé de vingt-trois ans, est entré à l'hôpital Lariboisière le 19 juillet 1856, affecté d'un hypospadias, qui a été pour lui une cause de réforme au conseil de révision. De plus, il n'a que le testicule gauche dans le scrotum; il est impossible de sentir l'autre testicule, soit à l'anneau, soit dans le canal inguinal même. Il n'est peut-être pas sans intérêt de constater la coexistence de ces deux difformités dans un même appareil. Marié depuis un an, V... n'a pas encore eu d'enfant.

L'ouverture de l'urètre se trouve placée au niveau de la base du gland, de sorte que le vice de conformation n'a pas chez lui de grands inconvénients; ainsi, le jet d'urine se forme parfaitement, et se dirige bien en avant.

Malgré le peu de difformité qui existe, V... demande avec instance que l'on remédie à cet état; aussi M. Chassaignac entreprend-il l'opération suivante :

Le 4 août, une sonde cannelée est introduite dans l'urètre, la cannelure tournée en bas. Au moyen d'un trocart explorateur, on perce la paroi inférieure de l'urètre à 5 centimètres de son orifice antérieur. La pointe de l'instrument ayant rencontré la cannelure de la sonde, on est bien certain d'avoir pénétré dans le canal. Alors on retire la sonde cannelée, et la pointe du trocart étant dirigée obliquement en avant et en haut, trace un petit canal secondaire à travers les corps caverneux de la verge, et vient sortir au sommet du gland. A ce moment, la tige de l'instrument est retirée, et à travers la canule on passe un fil double ordinaire.

Après cette petite opération, il s'écoule à peine quelques gouttes de sang. Un simple cataplasme est maintenu sur la verge.

Les jours suivants il ne survient aucun accident. Quelques gouttes de pus s'écoulent par les deux ouvertures.

Le 8, comme le fil de lin est devenu très-libre dans le trajet qu'il parcourt, on le remplace par un fil de caoutchouc d'un volume notablement plus considérable.

Enfin le 19, le nouveau canal est devenu assez large pour qu'on puisse y passer une bougie de gomme élastique grosse comme une plume de corbeau. Cette bougie est introduite par l'extrémité du gland, conduite jusque dans l'urètre, et de là, au lieu de la faire sortir par la petite plaie urétrale, on la dirige dans la vessie. Le fil de caoutchouc est retiré, et la fistule de l'urètre, abandonnée à elle-même, ne tarde pas à se rétrécir et à s'oblitérer. La sonde est laissée à demeure; l'urine s'écoule entre elle et les parois du canal.

Le 25, la première bougie est remplacée par une autre, presque de la grosseur d'une plume d'oie, et celle-ci est maintenue en place comme la précédente.

Dans les premiers jours de septembre, on augmente peu à peu le calibre des sondes. La dilatation progressive du canal se fait sans le moindre accident. A peine se produit-il quelques gouttes de pus dans le trajet nouvellement tracé; l'opéré n'éprouve un peu de douleur qu'au moment du passage de nouvelles bougies plus volumineuses. Aujourd'hui, 20 septembre, la sonde employée a 5 ou 6 millimètres de diamètre, et son passage s'effectue avec la plus grande facilité.

Il restera, une fois le canal artificiel bien établi, à oblitérer le méat naturel, ce qui ne sera pas le temps le plus facile de l'opération. Ce malade sera suivi, et il sera rendu compte du résultat définitif de l'opération. Mais tel qu'il est, et pour ce qui concerne l'établissement d'un canal artificiel à travers l'épaisseur du gland, le résultat valait la peine d'être connu.

Action anesthésique du gaz acide carbonique.

Depuis que nous avons fait connaître les tentatives d'anesthésie locale par les douches d'acide carbonique que M. Follin a faites à l'Hôtel-Dieu d'après les indications de M. Simpson, ainsi que la relation des faits exposés par ce professeur devant la Société d'obstétrique d'Edimbourg, d'autres essais ont été faits par plusieurs chirurgiens des hôpitaux avec des résultats qui paraissent confirmer jusqu'à présent les bons effets de cette médication sédative. Voici, entre autres, quelques-uns des faits constatés par M. Maisonneuve, à la Pitié :

L'acide carbonique a été appliqué par M. Maisonneuve de deux manières : en douches et d'une façon continue.

Trois malades ont été traités par les douches.

Le premier est un homme affecté d'un cancroïde de la paupière supérieure et du front, et d'une nécrose partielle du frontal et des os propres du nez; cet homme souffrait cruellement et était privé depuis longtemps de sommeil. Après une première douche, les douleurs disparurent, le sommeil fut paisible durant toute la nuit. Le lendemain et le surlendemain, les douches ont été répétées avec le même résultat.

Chez le second malade, portant un cancer de la moitié inférieure de la face et supérieure du cou, avec fistule sous-mentonnière, et qui est d'une sensibilité excessive, pleurant et gémissant sans cesse, la douche, pratiquée par l'ouverture fistuleuse, a supprimé en grande partie la douleur. Le lendemain matin, le malade était d'une tranquillité remarquable, relativement à son état habituel.

La troisième épreuve de ce genre a été faite chez une femme affectée d'un cancer de l'utérus. L'effet de l'acide carbonique a été chez elle instantané : l'injection, pratiquée au moyen d'une canule introduite dans le vagin, a immédiatement produit du soulagement.

Trois autres malades ont été traités par l'application continue d'acide carbonique.

Le gaz était introduit dans un manchon en caoutchouc, qui enveloppait hermétiquement le membre.

Un homme atteint d'un phlegmon étendu du membre inférieur était (à la date de la communication, 14 octobre) depuis trois jours soumis à ce nouveau mode de pansement. La plaie marchait franchement vers la guérison; les douleurs avaient presque complétement disparu.

Chez un deuxième malade, auquel M. Maisonneuve avait pratiqué la désarticulation carpo-métacarpienne du pouce pour une tumeur cancéreuse ulcérée, et qui avait vu se produire consécutivement un phlegmon de l'avant-bras, dès la première application de ce pansement la douleur a cessé, le sommeil est revenu, et la plaie a pris un meilleur aspect.

Chez le troisième malade, ayant une fracture de la jambe avec plaie et issue des fragments, les effets de l'application continue ont été très-marqués, mais le premier jour seulement. Le lendemain, il a déclaré avoir beaucoup souffert. Dans ce cas, fait remarquer M. Gauthiez, interne du service, qui a rédigé ces observations, le manchon de caoutchouc s'adaptait moins bien aux parties que chez les malades précédents.

M. Gauthiez fait aussi la remarque que chez ces trois malades l'application continue du gaz acide carbonique a complétement supprimé l'odeur putride de la suppuration.

— Nous avons reçu sur ce même sujet, à l'occasion des communications rappelées plus haut, une lettre de notre honorable confrère M. le docteur Raciborski, qui réclame en faveur de M. le docteur Mojon la priorité de ce mode d'application thérapeutique du gaz acide carbonique. Comme la lettre de M. Raciborski, indépendamment de son intérêt historique, renferme des renseignements utiles pour l'appréciation de ce point de médecine pratique, nous croyons devoir la mettre sous les yeux de nos lecteurs.

La voici :

« Monsieur le rédacteur,

» Dans votre numéro du 16 de ce mois, vous parlez, d'après le journal anglais *Edimburg medical Journal*, d'une communication faite par le docteur Simpson à la Société d'obstétrique d'Edimbourg, sur l'emploi des fumigations avec le gaz acide carbonique dans les affections douloureuses de l'utérus. Permettez-moi de réclamer, en cette occasion, la priorité pour un médecin italien des plus distingués, qui a longtemps vécu parmi nous, qui a siégé sur les bancs de l'Académie de médecine comme membre correspondant, et que nous avons eu la douleur de perdre victime de l'avant-dernière épidémie du choléra.

M. le docteur Mojon a publié en 1834, dans le *Bulletin de thérapeutique*, un long article intitulé *De l'emploi du gaz acide carbonique pour combattre l'aménorrhée et les douleurs qui précèdent et accompagnent l'évacuation menstruelle*. Il conseillait des fumigations à l'aide d'une canule en gomme élastique, dont une des extrémités était introduite dans le vagin, tandis que l'autre plongeait dans une vessie remplie de gaz acide carbonique préparé d'avance, ou dans une bouteille renfermant un mélange de chaux et d'acide sulfurique ou chlorhydrique affaibli. Dans mon livre, *De la puberté et de l'âge critique*, publié en 1844, j'ai eu soin de parler de cette méthode que j'ai eu depuis l'occasion d'employer quelquefois avec plus ou moins de succès. Je pense que ces détails pourront intéresser quelques-uns de vos lecteurs, et particulièrement le savant professeur d'Edimbourg. »

En remontant à la source indiquée dans la lettre de M. Raciborski, nous avons vérifié l'exactitude des faits qu'il avance et le bien-fondé de sa réclamation.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE.

Par M. Th. Herpin (de Genève),

Président de la Société médicale d'émulation de Paris.

Quelques erreurs, en ce qui me concerne, se sont glissées dans un article sur le traitement de l'épilepsie, contenu dans le n° du 11 octobre de la *Gazette des Hôpitaux*. J'aime peu les réclamations; mais la curabilité de l'épilepsie est une question d'un intérêt trop grave pour que je ne vous signale pas ces erreurs ou omissions involontaires. En France seulement, cent mille épileptiques environ sont à charge à eux-mêmes, à leurs familles ou à la société, au lieu d'en être des membres utiles. L'immense majorité d'entre eux est incurable aujourd'hui, parce qu'on n'a pas cru à la possibilité de leur guérison. Arracher désormais le plus grand nombre de ces malheureux à cette triste maladie en la combattant dès son origine avec énergie et persévérance est une œuvre possible (j'en ai la conviction intime et toujours plus profonde), et dissiper les préjugés traditionnels qui s'opposent à son accomplissement me paraît un devoir pour ceux qui sont en mesure de le remplir.

Des deux points de l'article sur lesquels je réclame, l'un concerne le pronostic, l'autre le traitement.

L'auteur dit avec raison que j'attache peu d'importance au pronostic général de l'épilepsie, et que j'ai cherché dans les diverses conditions de la maladie des règles pour apprécier la curabilité des différents cas. Cependant il reproduit, comme conclusions de ces recherches, des résultats qui appartiennent exclusivement au pronostic général. Il est parfaitement exact que, placé dans des conditions favorables de pratique, j'avais lors de la publication de mon livre (1), guéri plus de la moitié des épileptiques confiés à mes soins, amélioré d'une manière notable l'état du cinquième d'entre eux, et qu'un quart seulement était resté rebelle. Je puis même ajouter que, par une enquête récente que je suis allé faire à Genève sur l'état actuel de ces malades, j'ai constaté que cinq années, écoulées depuis lors, n'avaient pas altéré ces favorables proportions, quelques rares changements en bien ou en mal s'étant exactement compensés. Toutefois, avant d'écrire sur ce sujet, la différence entre mes résultats et ceux généralement observés m'avait paru trop saillante pour que je n'en cherchasse pas les causes. Par une analyse minutieuse de mes faits, j'avais découvert des règles de pronostic particulier qui mettaient en lumière la condition principale de succès dans cette maladie et donnaient la clef des divergences qui avaient séparé sur ce sujet les autorités les plus compétentes. En publiant mes travaux, j'appuyai sur le peu de valeur des proportions numériques précitées comme loi de curabilité applicable à tous les cas (2), et je mis en relief au contraire, à plusieurs reprises, les règles de pronostic particulier dont je viens de parler (3). Ces règles, dont l'expérience ultérieure sur un champ beaucoup plus étendu m'a confirmé l'exactitude, je les ai reproduites dans un mémoire récent sur l'épilepsie (4) ; je vais les retracer ici :

L'ancienneté de la maladie et surtout le nombre total des attaques éprouvées par le patient mesurent assez bien (sous la réserve des épilepsies liées à une lésion organique) le degré probable de curabilité des différents cas.

Le pronostic est favorable au-dessous de 100 attaques, et très-favorable au-dessous de 10.

Il est peu favorable entre 100 et 500 attaques.

Il est défavorable quand le nombre de 500 a été dépassé.

Toutes choses égales d'ailleurs, quant au chiffre total des attaques, les cas les plus récents offrent la plus grande probabilité de succès : au-dessous de trois mois de durée, les chances sont deux fois plus grandes que de trois mois à un an; après dix ans, les succès, même après un petit nombre d'attaques, sont de rares exceptions.

De tous les âges, la vieillesse est la plus favorisée; viennent ensuite l'adolescence et l'enfance, puis l'âge adulte.

Le sexe masculin m'a offert une proportion d'insuccès presque double de celle fournie par l'autre sexe.

Telles sont mes règles de pronostic exclusivement déduites de l'analyse des faits.

Dans l'état actuel de la science, nulle conclusion sur l'influence générale des traitements ou sur l'efficacité relative de telle ou telle médication n'a de valeur si l'on n'a pas tenu compte de ces conditions de curabilité.

Dans une série toute composée de cas récents, la proportion numérique des succès dépasserait, d'après mon expérience, celle que j'ai donnée au commencement de cette note. On échouera, au contraire, presque constamment dans les cas de la troisième catégorie, et souvent dans ceux de la seconde, surtout s'il s'agit d'épilepsies un peu anciennes et d'hommes adultes.

Ainsi, avant tout, il faut attaquer le mal à son origine; mais cette condition d'opportunité ne suffit pas; la maladie doit être combattue avec des armes efficaces, et il faut souvent déployer dans la lutte une infatigable énergie.

Ceci me conduit à la seconde rectification : « M. Herpin, dit l'auteur, attribue à l'oxyde de zinc les nombreux succès qu'il a obtenus. » Il semble résulter de cette phrase que je n'ai guéri que par le zinc, ce qui serait une erreur.

Sur 42 succès publiés dans mon livre,

28 ont été dus, il est vrai, à l'oxyde de zinc,
mais 4 appartiennent au sulfate de cuivre ammoniacal,
5 à la valériane,
5 au sélin des marais.

Le tiers de ces guérisons a donc été obtenu par d'autres moyens que l'oxyde de zinc; dans plusieurs de ces derniers cas ce remède avait au contraire échoué.

Marchant d'une manière méthodique dans mon expérimentation, je débutais autrefois presque constamment par l'oxyde de zinc; mais, en cas d'échec, je continuais par d'autres médicaments. Aujourd'hui, quoique je persiste à attacher une grande valeur, principalement chez les enfants, aux préparations de zinc et surtout au lactate, je commence souvent par les autres anti-épileptiques indiqués ci-dessus, ou par quelques autres encore. Je suis guidé dans le choix par des circonstances que le temps n'a pas encore suffisamment sanctionnées pour que je les donne comme des règles sûres. Un jour viendra, je l'espère (et je poursuis ce but de tous mes efforts), où nous connaîtrons les indications positives des principaux anti-épileptiques.

En attendant ce progrès, la persévérance, que je prêche avec l'auteur de l'article, ne doit pas se borner à poursuivre l'usage d'un remède pendant un temps suffisant; il faut sans se lasser, et pendant des années quelquefois, faire succéder les médications les unes aux autres à mesure qu'elles se montrent inefficaces. Sans cette règle de conduite, on abandonne des malades qui auraient guéri avec une patience un peu plus soutenue.

---

(1) *Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie*. Paris, 1852.
(2) Ouvr. cité, pages 512 et 513.
(3) *Ibid.*, pages 539 à 550.
(4) *Du lactate de zinc dans l'épilepsie*. Paris, J.-B. Baillière, 1855.

Opportunité, exactitude, persévérance, voilà, avec un heureux choix de remèdes, les conditions de succès.

RECHERCHES

SUR L'INFLUENCE DE LA CIRCULATION SANGUINE SUR LES MOUVEMENTS DE L'IRIS,

Par M. Kuessmaul.

Les expériences de Küessmaul ont été faites sur des lapins et des chiens; elles ont montré que la congestion artérielle a une autre action que la congestion veineuse, la soustraction du sang artériel, que les émissions sanguines veineuses. En arrêtant et en rétablissant alternativement le cours du sang dans les carotides, l'auteur a vu, dans le premier cas, le globe oculaire s'enfoncer dans l'orbite, l'ouverture palpébrale diminuer d'étendue, la pupille se rétrécir, l'œil tourner sur son axe, de manière que la pupille fût portée plus en dedans, la membrane clignotante s'avancer sur l'œil: les muqueuses de l'œil et l'iris devenaient plus pâles, mais non le fond de l'œil. Dans le second cas, les phénomènes inverses avaient lieu.

Les mêmes recherches sur le tronc brachio-céphalique du lapin, l'artère sous-clavière gauche étant liée préalablement à son origine, ont montré que pendant la compression de ce tronc, les muqueuses de l'œil, le grand cercle de l'iris et le fond de l'œil sont plus pâles; immédiatement après que l'afflux sanguin vers la tête fut interrompu, le globe oculaire se retira notablement dans l'orbite, la fente palpébrale se rétrécit ou s'oblitéra complétement, et l'iris se contracta d'une manière extraordinaire. Quelque temps après (huit à vingt secondes dans quelques cas), les parties revinrent à leur premier état. Le cours du sang artériel étant rétabli, non-seulement les muqueuses se colorèrent de nouveau, mais elles devinrent plus rouges, le grand cercle de l'iris se remplit de nouveau de sang, le fond de l'œil prit une légère teinte rouge magnifique; il y eut, dans tous les cas, saillie du globe oculaire, élargissement de la fente palpébrale et de la pupille. (*Würzb. Verhandl.*)

DU PEENASH OU VERS DANS LE NEZ.

Par le Dr Taruck Chander Lahory.

Peenash est un mot qui vient, dit-on, du sanscrit, et qui signifie simplement *maladie du nez*. Dans les provinces nord-ouest de l'Inde, on applique ce nom à une affection nasale dont un caractère fréquent, mais non constant, est la présence de petits vers logés dans la lame criblée de l'ethmoïde, et qui rongent les parties molles. Les os propres du nez, privés à la longue de leurs moyens d'attache et de soutien, s'affaissent, et le nez devient camard. Les narines sont le siége de vives douleurs, d'un écoulement ichoreux et de fréquentes hémorrhagies. A un degré plus avancé, les os tombent et laissent une cavité hideuse, assez semblable à celle que produit la destruction syphilitique. Parfois les vers pratiquent, de dedans en dehors, un grand nombre de trous qui donnent à la partie l'aspect d'un rayon de miel.

L'auteur croit que cette maladie consiste primitivement en une ulcération chronique de la muqueuse nasale, propre aux gens débilités et aux scrofuleux, et déterminant la sécrétion d'humeurs purulentes dont la décomposition à l'air donne lieu à la génération des vers.

Le traitement se compose d'injections térébenthinées ou avec l'infusion de feuilles de tabac, d'altérants et de toniques.

Les vers en question ont la queue *spirale*; il y a généralement onze spires, paraissant unies les unes aux autres par des articulations simples qui permettent à l'animal de se mouvoir avec rapidité. Les yeux et la bouche peuvent être distingués à l'œil nu.

(*The Indian Annals of med. sc.*)

QUELQUES MOTS

sur le rétrécissement spasmodique du canal de l'urètre chez l'homme.

Par M. Dassier.

Dans cet exposé méthodique et complet d'une altération souvent niée ou méconnue, nous avons surtout remarqué l'observation d'un jeune homme chez qui plusieurs praticiens expérimentés avaient diagnostiqué un rétrécissement organique de l'urètre. En effet, le cathétérisme était impraticable avec les instruments métalliques; à peine introduits dans le canal, ils se trouvaient arrêtés.

Le malade était sur le point de se soumettre à la méthode de dilatation brusque, autrement dite de déchirure, du docteur Perreyve, lorsqu'il songea à essayer la dilatation selon les idées de Béniqué, au moyen de bougies flexibles, d'un volume très-faiblement et progressivement grossissant.

En une seule séance, par ce moyen, il arriva des numéros les plus faibles à ceux de 10 millimètres de diamètre. Il fut guéri par là en quelques séances, et le rétrécissement, prétendu organique, complétement détruit. (*Journ. de méd. de Toulouse.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 octobre 1856. — Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Chassaignac présente un homme qui a eu une hémorrhagie à la suite de l'amputation d'un premier métatarsien avec l'orteil correspondant. Il fut impossible de trouver les vaisseaux qui donnaient le sang, même en faisant une large incision à la plante du pied. M. Chassaignac appliqua simultanément le perchlorure de fer et le tamponnement, et établit une compression sur les artères tibiales antérieure et postérieure. L'hémorrhagie s'arrêta pendant quatre jours, puis reparut le cinquième, et continua les jours suivants. Après s'être assuré que l'hémorrhagie s'arrêtait par la compression des deux artères tibiales, M. Chassaignac en fit la ligature.

Le tout allait bien, lorsque le quinzième jour une nouvelle hémorrhagie se déclara, non pas dans la plaie primitive, mais dans le point où la tibiale antérieure avait été liée. Une nouvelle ligature de la même artère fut pratiquée plus haut, le sang cessa de venir, et la guérison eut lieu.

M. Chassaignac montre l'appareil dont il s'est servi pour faire la compression. Il se compose de deux bandes roulées en globe que l'on applique, l'une sur l'artère, l'autre sur le point opposé, et que l'on maintient au moyen d'un tube de caoutchouc que l'on roule autour du membre. Ce nouveau compresseur des artères est d'une grande simplicité.

— M. Broca présente plusieurs personnes qui ont subi l'amputation de la jambe à diverses hauteurs, et qui marchent au moyen de jambes articulées construites dans les ateliers de M. Charrière. Ce fabricant s'est naturellement ému en apprenant que quelques membres de la Société de chirurgie, dans une des dernières séances, avaient déclaré les couteliers incapables de construire convenablement les membres artificiels. M. Broca ayant eu l'occasion d'aller, il y a quelques jours, chez M. Charrière, s'est précisément trouvé en présence de M. Xavier, celui des chefs d'atelier qui dirige les fabrications des jambes articulées. Cet homme, qui a subi l'amputation de la jambe en 1842, marche au moyen d'un membre artificiel avec une facilité, une agilité et une précision étonnantes. Il ne boite pas; il court, il saute, il donne un coup de pied comme avant l'amputation; il peut faire en un jour huit à dix lieues à pied.

Lorsque M. Charrière m'a invité à examiner cet amputé, continue M. Broca, il voulait seulement me prouver que les jambes articulées qui sortent de ses ateliers ne laissent rien à désirer. Mais j'ai voulu voir l'état du moignon. Quelle a été ma surprise, en reconnaissant que l'amputation avait été faite, non pas au-dessus des malléoles, comme je m'y attendais, mais purement et simplement au lieu d'élection! La chose m'a paru assez neuve et assez importante pour mériter l'attention de la Société. On croit généralement que les individus qui ont subi l'amputation à la partie supérieure de la jambe ne peuvent conserver les mouvements de l'articulation fémoro-tibiale. Le petit segment de jambe, long de quatre à cinq travers de doigt seulement, paraît trop court pour transmettre efficacement l'action musculaire au membre artificiel. On se contente donc de fléchir ce segment à angle droit sur la cuisse, on le condamne à l'immobilité, et on fait marcher l'amputé sur le genou, en ne lui laissant d'autres mouvements que ceux de l'articulation coxo-fémorale.

Il serait superflu de faire ressortir l'importance de l'innovation que je viens de vous soumettre. La possibilité de conserver les mouvements volontaires du genou à la suite de l'amputation au lieu d'élection place les individus qui ont subi cette opération dans des conditions physiologiques aussi favorables que ceux à qui on a coupé la jambe au-dessus des malléoles.

L'appareil que M. Charrière a fait construire pour et par son chef d'atelier, prend, comme les jambes articulées ordinaires, un point d'appui sur l'ischion. Le moignon, étendu en ligne droite, est reçu dans une sorte de manchon rembourré dont le diamètre est inférieur à celui du renflement supérieur du tibia, de telle sorte que le poids du corps est supporté à la fois par l'ischion et par les condyles tibiaux. La cicatrice n'est point tiraillée, et les muscles tant fléchisseurs qu'extenseurs communiquent des mouvements volontaires au segment jambier du membre artificiel. En constatant ce résultat vraiment inattendu, j'ai manifesté à M. Charrière le désir de montrer cet amputé à la Société de chirurgie.

Par la même occasion, M. Charrière m'a prié de vous présenter trois autres amputés, dont l'un, comme M. Xavier, a subi l'amputation au lieu d'élection, tandis que les deux autres ont subi l'amputation sus-malléolaire. Tous marchent avec des jambes articulées, et exécutent à volonté les mouvements de l'articulation du genou.

On introduit successivement les quatre amputés, savoir:

1° M. Xavier, chef d'atelier de M. Charrière;

2° Un capitaine qui, à la suite de la bataille de l'Alma, a subi à la fois la désarticulation du poignet et l'amputation de la jambe au lieu d'élection;

3° Une femme qui a été amputée en 1848 au tiers inférieur de la jambe pour une tumeur blanche consécutive, dit-elle, à une entorse négligée. L'amputation a été faite par la méthode à un lambeau postérieur. Le moignon est fort beau; il est tout à fait indolent à la pression. Depuis l'opération, il n'est devenu le siége d'aucun accident. Cette femme marche très-bien, sans claudication.

4° Un homme qui travaille dans les ateliers de M. Charrière, et qui a été amputé au-dessus des malléoles, par suite d'un coup de feu reçu en juin 1848. L'amputation a été pratiquée par M. Gosselin, qui pourra donner des détails sur ce malade. Le moignon s'est ulcéré à plusieurs reprises; le tibia est hypertrophié; plusieurs sequestres ont été expulsés à de longs intervalles. Aujourd'hui le moignon est encore ulcéré, et le malade aurait besoin de garder le repos pendant quelque temps.

Ce résultat est évidemment incomplet.

— Un cinquième amputé est présenté à la Société, muni du pied artificiel de M. de Beaufort, dont il se sert avec toute la facilité et la solidité désirables.

M. Larrey. Les amputés qui viennent de nous être présentés se trouvent dans des conditions dignes de toute l'attention de la Société. car chacun des cas d'amputation de jambe me semble appuyer les opinions que j'ai soutenues dans la discussion.

Laissons provisoirement de côté les autres amputations, pour mieux apprécier les résultats de trois des cas placés sous nos yeux.

C'est d'abord une amputation de la jambe pratiquée au tiers supérieur ou dans le lieu d'élection par un chirurgien belge dont le nom m'échappe, et qui offre le type le plus régulier des amputations de ce genre, par la solidité de la cicatrice et par la mobilité de l'articulation du genou, en même temps que le modèle le plus parfait des appareils de prothèse. Il est vrai que cet appareil a été fabriqué par un habile ouvrier pour lui-même, d'après le système d'un mécanicien étranger. Mais le résultat n'en est pas moins l'un des plus remarquables que l'on puisse voir, et le mieux fait pour garantir le choix et la sécurité de cette opération.

C'est ensuite une amputation sus-malléolaire faite en 1848, il y a plus de huit ans aujourd'hui, et qui, non-seulement n'est pas encore cicatrisée, mais nous montre une ulcération persistante du moignon, avec amincissement et rougeur de ses bords, en même temps qu'une tuméfaction de l'extrémité des os, manifestement atteints d'inflammation et menacés d'une nouvelle nécrose.

Nous sommes cependant bien sûrs que l'amputation a été pratiquée selon les règles et par une main habile, puisqu'elle a été faite par M. Gosselin. Mais le fâcheux résultat qu'elle présente nous laisse craindre d'autres accidents ultérieurs, sinon une amputation secondaire du moignon.

C'est enfin une amputation faite à peu près à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de la jambe, bien plus heureusement sans doute que la précédente, puisque la plaie se trouve cicatrisée. Mais le moignon, exposé à plusieurs des inconvénients que je reproche à l'amputation sus-malléolaire, pourra-t-il supporter indéfiniment l'application d'une jambe artificielle? Espérons-le, puisque l'opération a été pratiquée chez une femme, qui pourra peut-être éviter les fatigues de la marche ou d'une profession pénible. Cette amputation offre d'ailleurs toute garantie, puisqu'elle appartient, me dit-on, à M. Laugier.

De l'appréciation de ces trois faits à part, il me serait permis de conclure une fois de plus en faveur de l'amputation au-dessous du genou, si je n'attendais de l'expérience de l'avenir la démonstration d'un principe que je crois vrai par l'expérience du passé.

Quant à la présentation du pied artificiel désigné sous le nom de *pied Beaufort*, je rappellerai à la Société qu'il a déjà été soumis à son examen en 1853, et que j'avais eu l'honneur d'en faire un rapport à l'Académie de médecine (1).

Ce moyen prothétique, aussi simple qu'ingénieusement conçu, s'adapte facilement à toutes les jambes de bois ordinaires, dont il dépasse à peine le prix de quelques francs, et il assure autant de force et de solidité dans la marche qu'aucun autre appareil, sans avoir les inconvénients du simple pilon, ni ceux des appareils articulés. Trente et quelques amputés de la jambe au lieu d'élection, appartenant presque tous aux Invalides ou aux hôpitaux militaires de Paris, et provenant pour la plupart de la campagne de Crimée, ont été pourvus, à ma connaissance, de ce pied artificiel.

M. Giraldès trouve que les appareils que l'on vient de voir ne prouvent rien contre ce qu'il a dit. Il n'a jamais nié que l'on pût très-bien marcher avec un appareil parfait; mais il demande à M. Larrey si les amputés de Crimée sont aussi satisfaits de leurs appareils que ceux qui viennent d'être présentés.

M. Gosselin a toujours de la tendance pour l'amputation sus-malléolaire, mais s'il l'a faite à l'homme qu'on vient de voir, quoiqu'il soit astreint à un travail fatigant, c'est parce que sa position de mécanicien chez M. Charrière lui permet d'entretenir convenablement son appareil. Les suites de cette opération n'ont pas été, du reste, très-heureuses sous les autres rapports. Le moignon présente fréquemment des ulcérations qui guérissent promptement par le repos, et plusieurs fois le malade a été forcé d'entrer à l'hôpital pour des inflammations aiguës et des abcès ayant leur cause dans l'état des os.

M. Broca. Je n'avais pas l'intention de réveiller la discussion relative à l'amputation sus-malléolaire. Je me proposais seulement d'appeler l'attention de la Société sur la possibilité d'adapter un membre articulé à mouvements volontaires, à la suite de l'amputation au lieu d'élection. Si je m'en rapportais à ce que j'ai vu, à ce qu'on m'a enseigné et à ce que j'ai lu, je dirais que cette chose est tout à fait nouvelle; je puis me tromper cependant, et je prie mes collègues de dire s'ils ont connaissance de quelques faits de ce genre. Je m'adresse particulièrement à M. Larrey, qui est si souvent appelé par sa position à s'occuper des questions de prothèse.

M. Guersant a fait l'amputation au lieu d'élection à une femme, qui se sert très-bien d'une jambe de M. Martin.

M. Lenoir dit qu'il existe en Angleterre un artiste qui fait des membres artificiels pour ce cas spécial; il cite le fait d'une personne amputée des deux jambes qui marche très-bien avec deux de ces appareils qui portent sur ses ischions.

M. Larrey ne peut dire si dans la majorité des cas les amputés marchaient aussi bien que ceux dont il est question; il a vu des moignons qui étaient bien mobiles, mais pas autant que celui qu'on vient de montrer à la Société.

M. Chassaignac ajoute aux faits précédents celui d'un Brésilien amputé au lieu d'élection, et qui marche très-bien avec un appareil prothétique.

M. Broca. Je suis très-heureux de voir que les deux faits que j'ai présentés à la Société ne sont pas uniques dans leur genre. Si ces faits étaient seuls, on pourrait se demander si le succès ne dépend pas d'un hasard favorable. Mais les quelques observations inédites que viennent de citer MM. Guersant, Lenoir et Larrey prouvent qu'il est permis de compter sur la réussite de ce nouveau moyen de prothèse; je dis *nouveau*, parce qu'il est inédit, et inconnu jusqu'ici à la plupart des chirurgiens. L'importance en est assez grande, je pense, pour que nous devions à l'avenir nous occuper d'en faire profiter nos malades. Au lieu de tenir le moignon dans la flexion et dans une immobilité complète et prolongée pendant la durée du traitement, comme on le

(1) *Rapport sur un pied artificiel de M. de Beaufort.* (*Bulletins de l'Académie de médecine*, t. XVII, p. 66.)

fait généralement lorsqu'on se propose de faire marcher les amputés sur le genou, il faudra l'étendre et lui imprimer prudemment quelques mouvements, à partir d'une certaine époque, pour s'opposer à la roideur articulaire. Ce n'est donc pas une pure question de prothèse ; c'est aussi une question de chirurgie proprement dite que je me félicite d'avoir soulevée devant la Société. »

— M. LE PRÉSIDENT annonce que MM. DROUINEAU (de la Rochelle) et COSTE (de Marseille), membres correspondants de la Société, assistent à la séance.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

— M. LABORIE, à propos des hémorrhagies de la main, rappelle un fait arrivé à Blandin. Ce chirurgien, pour une hémorrhagie des artères de la main, lia les artères radiale et cubitale ; l'hémorrhagie continuant il lia l'inter-osseuse ; puis, le sang ne s'arrêtant toujours pas, il fit la ligature de l'humérale, et finit par amputer le bras. Le malade succomba.

CORRESPONDANCE.

M. BÉRAUD adresse les deux observations suivantes :

Des suites de l'extirpation du premier métatarsien avec conservation du gros orteil. — La présentation faite par M. Verneuil dans la dernière séance m'a rappelé deux faits que j'ai observés dans le service du professeur Blandin pendant mon internat. Comme je pense que ces deux observations peuvent éclairer la question de savoir s'il vaut mieux amputer l'orteil ou le laisser, j'ai cru devoir en faire la communication à la Société de chirurgie.

OBS. I. — Au n° 44 de la salle Saint-Paul, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Blandin, se trouve le nommé Zéphir Léonard, âgé de vingt-deux ans, exerçant la profession de tisserand. Il est entré à l'hôpital le 1er octobre 1848.

Cet homme est faible, maigre, d'une taille moyenne et d'un tempérament lymphatique. Il est atteint depuis deux ans d'une maladie du pied gauche.

Au moment de l'entrée de ce malade, Blandin constata une tuméfaction considérable à la partie interne de ce pied, et un pertuis fistuleux au niveau du premier métatarsien. Un stylet introduit dans ce pertuis arrive jusque sur l'os, qui est dénudé et carié.

Le 6 novembre 1848, Blandin pratiqua l'extirpation du premier métatarsien du pied gauche en conservant le gros orteil. Il fit une incision en T, dont les branches étaient vers la tête de ce métatarsien.

Les suites de cette opération furent assez graves. Il y eut d'abord une fusée purulente sur la face dorsale du pied. Elle fut traitée par une incision assez large. Quelque temps après, il est survenu un commencement d'érysipèle, dont la marche fut arrêtée par quatre applications successives de 20 sangsues dans le pli de l'aine gauche. La plaie finit par guérir, et le malade sortait le 12 mars de l'hôpital dans l'état suivant :

Nous avons constaté avec M. Broca que le gros orteil était enfoncé dans le pied d'environ 4 centimètres; son extrémité libre, au lieu de dépasser celle du deuxième orteil, se trouve au-dessous d'elle à une distance de 2 centimètres et demi.

La direction de cet orteil *n'est pas changée* par rapport au côté interne du pied, c'est-à-dire qu'il ne forme pas de saillie en dedans. Mais si on considère l'axe du pied, on voit une légère obliquité de dedans en dehors et d'avant en arrière, de sorte que l'extrémité postérieure de la première phalange du pouce vient s'appuyer sur la face interne du deuxième métatarsien.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que tous les mouvements du *gros orteil sont conservés*. Ainsi, pendant l'état normal, le gros orteil exécute des mouvements de flexion, d'extension, d'adduction et de circumduction ; nous constatons que ces mouvements ne sont pas abolis. Le malade fléchit et étend, porte en dedans et en dehors son orteil sans aucune difficulté. Le malade s'est déjà *exercé à la marche*, il n'a éprouvé aucune douleur, sa chaussure ne le gêne point, et il peut reprendre ses travaux.

OBS. II. — Le 7 mars, il est venu à la visite de Blandin un homme opéré par lui il y a environ deux ans.

Cet homme, âgé de vingt-deux à vingt-trois ans, exerçant la profession de tonnelier, est fort, vigoureux et d'une bonne constitution. Un corps très-lourd tombant sur son pied lui avait occasionné une contusion violente dans cette partie. Cependant il continua à marcher et à se livrer aux occupations ordinaires de sa profession ; mais bientôt des accidents survinrent, et il fut obligé de venir à l'hôpital. Il séjourna six semaines dans le service de Blandin sans éprouver d'amélioration.

C'est après avoir constaté l'insuffisance des moyens médicaux, et après avoir bien reconnu une altération profonde du premier métatarsien, que Blandin résolut de faire l'extirpation de cet os, tout en conservant le pouce. L'os fut enlevé tout par une incision en T; les tendons furent respectés, ainsi que les os sésamoïdes.

Au bout de trois semaines, le malade pouvait sortir de l'hôpital complétement guéri.

Aujourd'hui nous constatons l'état suivant :

Il existe au côté interne du pied une cicatrice qui rappelle l'incision faite pour l'opération. A ce niveau existe une excavation assez profonde. Le malade peut faire exécuter au gros orteil du pied gauche des mouvements de flexion et d'extension sans gêne ni douleur. Cet orteil n'est pas dévié en dedans, c'est-à-dire qu'il ne fait pas une saillie au delà du plan qui suivrait le côté interne du pied ; mais si on considère sa direction par rapport à l'axe du membre, on constate qu'il offre une légère obliquité de dedans en dehors et d'avant en arrière, de sorte que son extrémité postérieure vient arc-bouter contre la face interne du deuxième métatarsien. Comparé avec celui du côté opposé, le gros orteil s'enfonce dans le pied en arrière d'une manière très-prononcée; il offre un raccourcissement de 2 centimètres, c'est-à-dire qu'au lieu de dépasser le second orteil d'un centimètre environ, il en est dépassé par lui de la même longueur.

L'opéré se livre aujourd'hui à tous ses travaux de tonnelier avec la même facilité que s'il n'avait pas subi d'opération; il ne ressent jamais de douleur dans son pied, et sa chaussure ne le gêne pas.

Blandin, qui avait préconisé cette opération et qui la pratiquait souvent, nous fit remarquer avec beaucoup de soin le résultat très-satisfaisant de sa manière de faire, et il nous engagea vivement à l'imiter toutes les fois que le gros orteil n'offrirait aucune altération.

— M. Charrière adresse une note sur les modifications que la jambe artificielle de Mille a subies depuis 1835, époque à laquelle elle fut présentée à l'Académie. Cette note comprend la description du mécanisme de l'appareil.

Cette lettre sera adressée à M. Debout, qui est chargé de faire un rapport sur ce sujet.

— M. Roux (de Brignolles), professeur à l'Ecole préparatoire de médecine de Marseille, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant; à l'appui de sa candidature, il adresse :

Une observation sur des tumeurs sébacées ;

Un mémoire sur les kystes séreux du cou ;

Une lettre adressée à M. Jobert sur une nouvelle méthode d'autoplastie ;

Enfin, une note des divers travaux qu'il a publiés et deux nouveaux modèles d'instruments.

Commission : MM. Huguier, Morel-Lavallée, Richard.

— M. le docteur Bernard Brodhurts, chirurgien adjoint à l'hôpital orthopédique de Londres, fait hommage de l'ouvrage suivant : *On the nature and treatment of club-foot and analogous distortions involing the tibio-tarsal articulation.*

RAPPORTS.

M. GOSSELIN fait connaître les conclusions du rapport qu'il a lu dans la dernière séance.

Ces conclusions sont :

1° D'adresser des remercîments à M. le docteur Legendre ;

2° De renvoyer son travail au comité de rédaction. — Adopté.

La Société renvoie également le rapport de M. Gosselin au comité de rédaction.

— M. FORGET lit un rapport sur deux observations de M. Mayor fils (de Genève), l'une sur un *kyste multiloculaire développé dans la moitié gauche de la mâchoire inférieure*, l'autre sur un *goître opéré avec succès.*

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. LARREY présente la tumeur qui a été enlevée sur la malade de Compiègne qui a été examinée dans la dernière séance. Cette tumeur était adhérente aux gaînes des péroniers latéraux, qu'il a fallu ouvrir pour l'enlever. Les tendons étaient sains, ainsi que la face interne des gaînes.

L'examen microscopique de la tumeur, fait par M. Verneuil, a démontré qu'elle était formée de tissu graisseux dans une trame fibreuse abondante, ce qui ne doit pas empêcher de la ranger dans la classe des lipomes, car ce qu'elle présente de caractéristique c'est le tissu fibreux. On sait, du reste, qu'il existe une gradation insensible entre les tumeurs fibreuses et les lipomes.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

Erratum. — Le dernier procès-verbal indique un fait de ligature de l'artère humérale pratiquée par M. Larrey *pour une hémorrhagie grave de la paume de la main.* Il y a là une erreur de rédaction. Il s'agissait d'un anévrysme diffus de l'artère humérale elle-même résultant d'une plaie produite par un morceau de verre.

M. le docteur Pradier (de Clermont), mu par un sentiment d'honorable susceptibilité, nous prie de faire la rectification suivante relative à l'observation de hernie ombilicale guérie chez un enfant par l'application du collodion, que nous avons publiée dans le numéro du 14 octobre dernier d'après la *Gazette hebdomadaire* :

« Dans cette observation, écrit notre confrère, j'ai dit que c'est après avoir épuisé tous les autres moyens de contention que j'ai suivi ce mode de traitement sur l'indication de M. le docteur Mahy de Grand-Sacconnex, qui, dans le n° 18 de la *Gazette hebdomadaire*, a appelé le premier l'attention des praticiens sur l'emploi du collodion en pareil cas.

» Telle que vous l'avez rapportée, mon observation pourrait faire supposer à M. le docteur Mahy et à vos lecteurs que c'est moi qui ai le premier employé le collodion contre la hernie ombilicale chez les enfants, tandis que l'honneur en revient à M. le docteur Mahy.

» A la fin de l'observation, je disais qu'un second enfant était alors en traitement. Cet enfant, qui plus tard est mort du croup, avait été fort bien guéri de sa hernie; seulement le traitement avait duré cinq semaines, parce qu'il avait fallu suspendre de temps en temps les applications de collodion, à cause de l'inflammation de la peau qui survenait avec une trop grande facilité, et qui une fois m'a fait craindre un érysipèle. PRADIER. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le ministre de l'instruction publique vient d'inviter la Faculté de médecine de Strasbourg et le Conseil académique à faire une présentation de candidats pour la chaire de médecine opératoire, vacante dans ladite Faculté depuis le décès de M. Marchal.

— Par arrêté du 15 octobre, M. Trinquier, ancien maître répétiteur au lycée impérial de Strasbourg, est nommé préparateur de chimie, de physique et de pharmacie à la Faculté de médecine de cette ville, en remplacement de M. Kayser, dont la démission est acceptée.

— Par arrêté du 15 octobre, M. Marcé, professeur suppléant à l'École préparatoire de Nantes, est nommé professeur titulaire de pathologie interne à ladite école, en remplacement de M. Sallion, nommé professeur honoraire.

M. Malherbe, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant à la même école, en remplacement de M. Marcé. Il sera spécialement attaché, en cette qualité, aux chaires de médecine proprement dite.

— Le lundi 3 novembre commenceront les cours et les examens de la Faculté de médecine de Paris; mais la séance solennelle de rentrée et la distribution des prix n'auront lieu que le samedi 15. M. le professeur Natalis Guillot prononcera l'éloge de M. Requin.

Les registres d'inscription seront ouverts à partir du 3 novembre.

— Une circulaire de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, invite les préfets à procéder, avant l'expiration de l'année, à la révision de la statistique médicale faite en 1853.

— On lit dans la *Gazette hebdomadaire* :

« On parle depuis assez longtemps de supprimer l'hôpital des Cliniques qui fait face à l'École de médecine. Nous croyons savoir, en outre, qu'il est sérieusement question, si ce projet se réalise, de remplacer cet hôpital par l'Académie de médecine, au moyen de travaux d'appropriation qu'on dit faciles à exécuter. » Nous pensons que la *Gazette hebdomadaire* est mal informée.

— Le docteur Ramsay, de la Géorgie (États-Unis), qui, par ses statistiques obstétricales, avait excité du trouble à une réunion de l'Association médicale américaine, en 1851, et qui avait ensuite fondé un journal intitulé le VÉSICATOIRE (*The Bister*), a été arrêté sous la prévention de faux certificat.

— Nos confrères anglais jugent comme nous la question de la réquisition des médecins. A Sheffield, quatre médecins ont successivement refusé de se rendre auprès d'un homme frappé d'aploplexie, et qui est mort sans secours. Le jury, appelé à prononcer sur cette affaire, a rendu un verdict de *mort naturelle*, mais en exigeant, selon le droit que donne la loi anglaise, une caution des médecins mis en cause, comme garantie de leur conduite future. Le *Medical Times*, tout en déplorant cet incident, défend la cause de la liberté professionnelle.

Nous n'excuserons pas nos confrères d'avoir laissé mourir un homme sans secours; mais nous croyons qu'il y aurait moyen de prévenir les malheurs de ce genre sans astreindre les médecins à obéir à toute réquisition. (*Gazette hebdomadaire.*)

— Le choléra continue à régner en Espagne, mais il n'a nullement pris un caractère alarmant; il est presque nul à Madrid.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Béguerie, né à Mauléon (Basses-Pyrénées); *Des hémorrhagies qui se lient à l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus.*

Marchadier, né à Buissière-Poitevine (Haute-Garonne); *Essai sur l'inflammation du col de l'utérus.*

Bertrand; *Des suites immédiates de l'opération de l'hydrocèle par les injections.*

Lannes, né à Auxerre (Yonne); *De l'ophthalmie catarrhale.*

Anfray, né à Ponts (Manche); *De la délivrance, et de quelques accidents qui peuvent la compliquer.*

Amen, né à Castres (Tarn); *De l'étiologie et de la cure radicale des hernies.*

SOUSCRIPTION

en faveur des veuves et orphelins des médecins et pharmaciens de l'armée et de la flotte morts en Orient.

Sommes reçues par M. le docteur MAHEUX, *secrétaire de la commission.*

MM. Lamouroux, pharmacien, 20 fr.; Lebel, docteur en médecine, à Vincennes, 5 fr; la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine, 200 fr.; Fumouze Albespeyres, pharmacien, 50 fr.; Laloy, docteur en médecine, à Belleville, 20 fr.; docteur Puche, médecin de l'hôpital du Midi, 20 fr.; Jacob, docteur en médecine, 10 fr.; Deleschamps, pharmacien, 3 fr.; Simon, 5 fr.; docteur Henri (de Navenne), 20 fr., docteur Montallegri, 5 fr.; docteur Batailhé, 5 fr.; Jutier, pharmacien, 6 fr.; Paillet, docteur en médecine, 5 fr.; Deroche, pharmacien, 5 fr.; Pasquier, docteur en médecine, 20 fr.; Dequevauviller, id., 30 fr.; Pingrenon, id., 5 fr.; Bergier, id., 10 fr.; Hersent, id., 20 fr. — Total, 464 fr.

Une absence de M. P. Dubois nous empêche de publier aujourd'hui la liste des sommes versées entre ses mains.

Seconde liste des sommes reçues à la GAZETTE DES HÔPITAUX.

MM. les docteurs Thore fils, à Sceaux, 10 fr.; Bigot, à Montmartre, 15 fr.; Regad, à Morez-du-Jura, 10 fr.; Léonard, à Arthonnay, 2 fr.; Duvivier, à Paris, 10 fr.; Dupertuis, à Paris, 10 fr.; Philippe, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Djidjelly, 20 fr.; Bauvais, id., 10 fr.; Reel, id., 10 fr.; Bouché, pharmacien aide-major, id., 10 fr.; Warnier, pharmacien aide-major, id., 5 fr.; Levacher, à Paris, 20 fr.; Armieux, médecin aide-major, 10 fr.; Lacipière, médecin aide-major à l'artillerie de la garde, 5 fr.; Dissez, médecin-major au 14e d'artillerie à cheval, 25 fr.; Joblonski, à Prahec, 2 fr. 40; Morio, médecin aide-major au 2e bataillon de chasseurs à pied, 5 fr.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 127. — MARDI 28 OCTOBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 127. — MARDI 28 OCTOBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 OCTOBRE 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans une lecture sur un point d'anatomie pure, qui par sa nature se refuse à toute analyse, et dont nous avons dû en conséquence nous borner à inscrire le titre dans le compte rendu de la séance, M. Henry Muller (de Wurtzbourg) a exposé le résultat de ses observations sur la structure de la rétine de certains animaux. Il ressort de ce travail, qui complète les précédentes recherches du même auteur sur ce sujet, que *la rétine fournit des caractères microscopiques dont on peut faire usage pour la distribution systématique des animaux vertébrés;* à ce point, suivant M. Muller, qu'il est souvent possible de déterminer la classe, l'ordre et même le genre d'un animal d'après un petit morceau microscopique de sa rétine. Ce savant anatomiste a constaté qu'en général plus les caractères systématiques sont marqués dans les différents embranchements d'une classe de vertébrés, plus on observe de variations dans les caractères microscopiques de la rétine. Ces caractères consistent, ainsi que nous l'avons déjà exposé à propos des précédentes communications sur le même sujet, dans la forme et la disposition respective des deux éléments microscopiques principaux dont se compose le tissu de la rétine, les cônes et les bâtonnets.

Deux autres communications seulement composent, avec la lecture de M. Muller, tout le menu de cette séance pour la partie médicale. Ces communications sont le résumé d'un mémoire de M. Périer sur le traitement des fractures de la jambe au moyen d'appareils plâtrés hémi-périphériques, que nous publions plus loin, et une courte note de M. Castorani sur un nouvel instrument destiné à faciliter quelques-unes des opérations qui se pratiquent sur les yeux. On trouvera la description et le dessin de cet instrument au compte rendu.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

De la migraine (1).

Migraine de l'oreille (névropallie otique). — Lorsqu'on étudie avec quelque soin les affections nerveuses de l'oreille, on voit combien il est difficile de déterminer quels sont les symptômes que l'on doit considérer comme névropathiques et quels sont ceux qui dépendent de lésions d'organes autres que les nerfs de l'ouïe, et qui donnent lieu à des accidents qu'au premier abord on peut attribuer à ces nerfs.

Nous avons recueilli deux observations d'affections névrotiques relatives à des phénomènes analogues à ceux dont il a été précédemment parlé pour l'œil. Le souvenir de l'un de ces faits, que nous avons eu l'occasion de voir à Argentan en 1835, est assez confus; il a été mentionné d'ailleurs dans le *Traité de diagnostic;* mais le second ne manque pas d'un certain intérêt, et le voici :

OBS. — Mme L..., âgée de trente-six ans, d'une constitution robuste, pléthorique, a été sujette, lors de la première apparition des règles, à des attaques d'hystérie. Elle a plusieurs dents cariées, qui ont causé des odontalgies très-rebelles. Trois ans avant l'époque où je la vis, elle avait éprouvé une affection aiguë attribuée au cerveau, et accompagnée de délire. Sa vue est excellente. Depuis douze ans elle est sujette aux accidents suivants : elle croit entendre *un bourdonnement*, une vibration fort analogue au tintement d'une cloche, et d'autres fois comparable au bourdonnement que font les abeilles autour d'une ruche. D'abord cette sensation est imperceptible, mais bientôt elle devient très-évidente, et les oscillations semblent s'étendre, devenir plus larges d'un instant à l'autre; en même temps celles-ci semblent se propager à toute la tête, mais elles deviennent alors moins distinctes et plus confuses. Le plus souvent, quelques minutes ou un quart d'heure après, survient une céphalalgie très-vive suivie de vomissements, et qui dure de vingt-quatre à trente-six heures.

Le moindre bruit, la musique, l'attention fixée sur les sensations de l'ouïe, surtout lorsque l'appétit se fait sentir, ramènent les accidents, qui se renouvellent deux ou trois fois la semaine. Le repos, le silence, et au début l'ingestion de quelques aliments, arrêtent la série de ces phénomènes.

Boucher les oreilles avec du coton, éloigner l'action des causes qui produisent le mal, éviter de souffrir de la faim, prendre des aliments excitants et du sulfate de quinine au début du bourdonnement, tels sont les moyens qui m'ont paru devoir être prescrits.

Sens du goût. — Les nerfs du goût ne peuvent être isolés des tissus où ils ont leur siége (langue, palais, partie la plus élevée du pharynx et la plus reculée des fosses nasales); aussi est-il impossible de considérer en dehors des lésions organiques de ces tissus les souffrances spéciales de ces nerfs sensoriaux. En somme, il n'existe pas de lésions du goût qui ne soient pas des lésions organiques; la diminution, l'abolition de ce sens existant sur des points circonscrits des parties où il a son siége normal, sont le plus souvent liées, dans les cas très-rares où elles sont observées, à des lésions matérielles, soit des nerfs qui se distribuent à ces mêmes parties, soit des régions du névraxe d'où ces nerfs proviennent. On ne voit pas dans tout ceci d'affections primitives du tissu nerveux où se passent immédiatement les phénomènes de la gustation. La plupart des anomalies que cette sensation présente, telles que goût pâteux, fade, amer, âcre, acide, salé, putride, de sang, etc., sont évidemment les résultats, non pas d'un trouble spontané de l'innervation, d'une modification dans l'influx nerveux, mais bien de la présence sur la langue, sur le palais, etc., d'enduits de substances amères, âcres, acides, salées, putrides et sanguinolentes. La perte du goût des substances aromatiques est très-ordinairement le résultat d'une rhinosténosie qui, mettant obstacle au passage de l'air, empêche les molécules odorantes que contiennent les aliments de parvenir dans les fosses nasales et d'y produire la sensation qui leur est propre. Dans tout ceci, encore une fois, il s'agit de lésions physiques de l'organe du sens, et non d'une souffrance nerveuse primitive et essentielle.

Sens de l'odorat. — Les mêmes considérations s'appliquent à l'odorat, et presque toutes les altérations pathologiques que ce sens présente sont liées :

1° A des lésions physiques de la rhinoméninge;

2° A la présence dans les fosses nasales de mucus, de sang, de pus altéré;

3° Aux exhalaisons de différentes sortes qui s'élèvent vers la cavité olfactive, soit des enduits qui recouvrent la langue ou le palais, soit des matières qui sont rendues par régurgitation, soit des cavités dans lesquelles s'opèrent diverses sécrétions gazeuses, ou dans lesquelles encore des liquides stagnent et s'altèrent; on sait même que certaines substances sapides ou odorantes injectées dans les veines des animaux provoquent chez eux des actions en rapport avec des sensations semblables à celles qui auraient eu lieu si ces mêmes subtances avaient été avalées ou respirées.

Voici un cas de migraine olfactive :

OBS. — Un de nos confrères, M. le docteur L..., éprouve assez fréquemment le phénomène suivant : il ressent dans la profondeur du nez, et vers la région de cette partie qui avoisine davantage le front, un sentiment d'oscillation, de fourmillement, de vibration désagréable, et qui peu à peu s'étend à une surface de plus en plus large. Quelques minutes après, cette sensation cesse d'avoir lieu, et alors se déclare une névralgie intense dans le front, névralgie qui est suivie de nausées et de vomissements. Le mal de tête, la gastropathie dont il s'agit durent quelquefois vingt-quatre heures.

Il est difficile de ne pas admettre dans le cas dont il s'agit qu'il y ait eu primitivement une modification dans l'action sensoriale de l'élément nerveux qui entre dans la composition de la rhinoméninge. La question principale est de savoir si le nerf olfactif ou bien des rameaux pituitaires de la cinquième paire sont affectés. Les douleurs frontales qui suivent la souffrance rhinoméningique en question, l'analogie entre ce qui a lieu ici et les accidents du même genre que l'on observe du côté de l'œil et de l'oreille, nous portent à croire que les extrémités périphériques de la cinquième paire sont principalement affectées.

Traitement de la migraine. — La plupart des médecins, en présence d'accidents pareils à ceux que nous avons relatés, emploient au hasard à l'extérieur et à l'intérieur une foule de médicaments qu'ils décorent du nom d'anti-spasmodiques et de narcotiques. L'éther, le camphre, le musc, l'assa-fœtida, la valériane, le zinc, l'opium, le chlorhydrate de morphine, la belladone, la jusquiame, les sangsues, les vésicatoires, les frictions, etc., ont été recommandés contre beaucoup d'accidents de ce genre. Presque jamais on n'a rattaché le traitement empirique ainsi proposé à quelque idée générale; presque jamais on n'a établi de grandes indications pratiques fondées sur des considérations anatomiques et physiologiques, et propres à faire distinguer les cas et le temps où

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 9 octobre.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'ablation curative des loupes et tumeurs analogues sans opération sanglante, par M. le docteur LEGRAND (1).

Il est une croyance assez généralement répandue dans le monde médical, c'est que les plaies du cuir chevelu, soit accidentelles, soit faites avec le bistouri, sont très-fréquemment le point de départ, la cause déterminante d'érysipèles, et l'on sait que les érysipèles du cuir chevelu et de la face sont loin de constituer une affection légère. Cette croyance si commune, nous la regardons comme l'expression d'une crainte quelque peu exagérée, et que nous ne saurions partager complétement. Que le cuir chevelu entamé puisse devenir le siége d'une inflammation érysipélateuse, personne ne l'a jamais nié, et l'on ne voit pas en effet pourquoi ces plaies seraient plus à l'abri de cet accident que celles des autres régions du corps; nous admettrons même, si l'on veut, qu'il y a un *peu* plus de disposition à l'érysipèle dans ces blessures que dans les autres. Mais de là à cette menace incessante de l'érysipèle toutes les fois qu'il y a solution de continuité des téguments du crâne, nous croyons qu'il y a loin. Pour notre part, nous avons eu assez souvent occasion de voir ou de traiter des plaies de tête; nous avons nombre de fois réuni les lèvres de ces plaies à l'aide de sutures entortillées, et cela même dans des cas où les bords s'en trouvaient fortement contusionnés ou mâchés, circonstance favorable au développement de l'érysipèle, et nous n'avons pas observé que cet accident y fût plus fréquent que dans toute autre région. Qu'un amputé succombe à un érysipèle traumatique, c'est un malheur auquel on ne fera pas une très-grande attention; qu'un malade soit atteint d'érysipèle après l'ablation d'une loupe à la tête, et l'on va s'écrier de toutes parts, en érigeant en *loi* un accident qui n'a pas, là, plus de valeur que partout ailleurs. Nous regardons un peu cette crainte comme un préjugé auquel il serait difficile d'assigner une origine sérieuse.

Cependant, comme toutes les croyances en médecine sont respectables du moment qu'elles sont consciencieuses et sans danger pour les malades, nous ne blâmerons pas M. Legrand de partager l'opinion la plus répandue. Elle l'a conduit à l'institution d'une méthode d'ablation des loupes et des tumeurs de la tête qui n'est pas tout à fait neuve, en tant que l'on considère la nature des moyens employés, mais à laquelle il a su imprimer un cachet d'originalité par la manière dont il les applique.

M. Legrand a remarqué qu'après l'emploi des caustiques les érysipèles du cuir chevelu se produisent beaucoup moins fréquemment et moins facilement qu'après l'emploi de l'instrument tranchant. De plus, il a vu nombre de sujets affectés de loupes, quelquefois assez volumineuses, sur la tête, reculer devant leur ablation par crainte de la douleur, et il a pu se convaincre dans plusieurs circonstances que le séjour de ces tumeurs n'était pas toujours sans quelque danger. Il s'est donc demandé s'il n'y avait pas possibilité de diviser la peau, plus lentement il est vrai, mais en faisant, à son avis, courir moins de risques au malade, et cela au moyen de caustiques déposés suivant certaines règles.

Voici en deux mots le procédé de M. Legrand. A l'aide d'un pinceau imbibé d'une solution aussi concentrée que possible de potasse caustique, il dessine l'incision cruciale ordinaire sur la tumeur, dont on a préalablement rasé la surface. Tous les jours, ou tous les deux jours au plus tard, il répète la cautérisation sur les mêmes points. Lorsque les eschares se forment, il les divise superficiellement avec la pointe d'un bistouri ou d'une lancette, en ayant soin de ne pas atteindre les tissus vivants, et répète les applications de la solution caustique jusqu'à ce que la peau soit divisée dans toute son épaisseur. Alors, renversant les lambeaux, qui se détachent ordinairement sans grande difficulté, il enlève le kyste presque sans douleur et sans effusion de sang. La cicatrisation s'opère facilement, sans accidents, et sans laisser de traces plus apparentes que ne ferait le bistouri.

Une objection a été faite à ce procédé opératoire, c'est la longueur de la cure, qui est nécessairement de plusieurs jours. C'est là, en effet, le seul reproche que mérite la nouvelle médication. Mais la durée de l'action du caustique n'est pas toujours la même. Chez les sujets à peau fine, le chirurgien a vu deux ou trois applications de potasse suffire pour obtenir un résultat bien complet; et cette circonstance de la longueur de l'opération n'est-elle pas largement rachetée par la certitude du succès et par l'avantage de ne causer ni douleur ni effusion de sang?

(1) Un vol. in-8°. Chez J.-B. Baillière.

tel ordre de moyens est indiqué. On a confondu sous les noms des unités morbides qui viennent d'être nommées soit le point de départ des symptômes, soit les phénomènes de transmission, soit enfin ceux qui se déclarent dans le névraxe ou les ganglions. C'est seulement en isolant ces divers états morbides qu'il nous paraît possible de nettement fonder le traitement de ces affections.

Le premier soin doit être de rechercher quelles sont les causes des névropallies. Ainsi, pour celle dont l'œil est le siége, il faut, lorsque l'estomac se trouve dans les conditions précédemment indiquées, éviter de s'exposer à l'action d'une vive lumière, ou de fixer avec une attention soutenue des corps mal éclairés ou d'un petit volume, ou encore qui exigent un grand travail de l'œil. La lecture, surtout celle de livres dont les caractères sont très-fins et très-mal imprimés, doit surtout ne jamais être faite dans de semblables circonstances. Le soir, avant de se livrer au sommeil, et quand l'estomac est plein d'aliments, les personnes disposées à la névropallie de l'œil devront se garder de lire avec attention, car le lendemain matin elles seraient très-souvent atteintes de cette très-désagréable affection.

Les individus qui parfois éprouvent la névropallie rhinique ou otique, se trouvent aussi très-bien d'éviter l'action des odeurs et des sons alors que l'estomac est rempli d'aliments.

D'après ce qui précède, il arrive souvent que le point difficile, dans la curation des névropallies, est de remonter aux circonstances anatomiques et pathologiques qui en sont les points de départ et qui peuvent exister sur des organes autres que ceux où ces névropallies se déclarent. Tant que ces circonstances n'ont pas été écartées, le retour des phénomènes morbides est presque inévitable. Ainsi, dans des cas de pallies ayant leur siége dans des nerfs variés, nous sommes arrivé à découvrir qu'une névrodontalgie était le point de départ des accidents, et l'évulsion des dents a mis un terme à l'apparition de ceux-ci.

Il est presque superflu de dire que dans les cas où les névropallies sont les conséquences d'états organopathiques des troncs ou des filets nerveux qui se distribuent à la partie malade, ou encore de lésions névraxiques, c'est d'abord à combattre celles-ci qu'il faut s'attacher.

Des applications variées faites sur la partie où la névropallie a son siége, sembleraient, au premier abord, devoir l'arrêter. Malheureusement il est loin d'en arriver habituellement ainsi. D'abord le point malade est souvent trop profond et trop mal circonscrit pour qu'il soit possible d'agir sur lui d'une manière positive; mais ensuite, dans certaines circonstances où le mal est en quelque sorte extérieur, sous la main, pour ainsi dire, la réfrigération, l'augmentation brusque de température, et, bien plus, la compression, n'ont pu parvenir à arrêter la série de phénomènes attribués par nous à des névropallies.

Nous n'avons pas été plus heureux en employant, dans les mêmes cas, des sangsues ou des ventouses, ou en faisant sur l'épiderme des applications d'opium, de morphine combinée avec divers acides, de jusquiame, etc.

Il nous a d'abord semblé, et nous l'avons même publié, que l'extrait aqueux de belladone administré en frictions sur les paupières ou autour de l'œil, ou même rapproché de cet organe, avait fait plus promptement cesser la névropallie ommique que si l'on n'y eût pas eu recours. Mais, bien qu'à la vérité il y ait eu quelque amendement apporté au mal par suite de l'emploi de ce médicament, il n'a pas été assez marqué pour compenser l'inconvénient attaché à la nécessité où seraient les gens sujets à la migraine de porter sans cesse sur eux, pour l'opposer au mal lors de son début, une certaine proportion d'extrait aqueux de belladone. En se servant de ce médicament on dilate bien la pupille, mais on n'obtient pas complétement le résultat désiré.

Les vésicatoires placés sur la région atteinte de névropallie, surtout lorsqu'après l'ablation de l'épiderme la surface dénudée est passée avec le chlorhydrate de morphine, nous ont donné quelquefois des résultats satisfaisants.

Dans les affections névriques dont nous traitons, et dans lesquelles des altérations de l'action sensoriale sont les principaux caractères, il est très-vrai que la stimulation de surfaces sensibles et différentes de celles où le mal a son siége, réussit assez fréquemment à troubler la névropallie et à empêcher surtout sa progression dans divers filets nerveux vers lesquels elle a de la tendance à se propager. Ainsi, l'usage d'une liqueur alcoolique très-stimulante et contenant de médiocres proportions de quinine, entrave souvent à leur début diverses névropallies qui, abandonnées à elles-mêmes, seraient inévitablement suivies de graves symptômes. La potion dont nous nous servons dans ces cas est ainsi composée :

Quinine	1 gramme
Alcool	9 —
Teinture de cannelle	5 —
Sirop de vanille	25 —

Mêlez. — A prendre au début des névropallies une cuillerée à café ou à bouche, et plus ou moins en raison du degré de susceptibilité des malades.

Le but que l'on se propose ici est non-seulement de s'opposer à la périodicité, mais encore de modifier le système nerveux précisément à l'heure où les accidents se déclarent ordinairement, et de substituer en quelque sorte l'anomonervisme (innervation anormale) produite par le médicament à celle qui constitue la névropallie périodique. Il résulte de là que c'est à l'époque la plus voisine possible de celle où la névropallie doit se déclarer qu'il convient d'administrer les préparations de quinine. Le succès, dans des cas pareils, est souvent fondé sur l'application du principe précédent, c'est-à-dire sur le choix de l'heure à laquelle le médicament dont il s'agit est donné.

Le quinine et ses diverses préparations n'ont pas seuls la propriété d'arrêter brusquement, alors qu'elle est portée vers des organes autres que celui où la névropallie a son siége, le développement et la progression de cette singulière névrie.

Si dès le début de la névropallie ommique, ou irisalgie, et au moment même où le trouble de la vue commence, ceux qui en sont frappés prennent une médiocre quantité (150 grammes, par exemple) d'un vin de bonne qualité, et même un peu alcoolique et cela en même temps qu'ils font usage d'un biscuit ou d'un fragment de pain, l'arc scintillant et lumineux se manifeste encore, il est vrai, mais moins apparent dans ses dernières périodes qu'il ne l'eût été si l'on n'eût rien fait. Chose plus importante, les douleurs consécutives et les phénomènes gastriques ne se manifestent pas, ce qui infailliblement aurait eu lieu si l'on n'eût pas employé ce moyen. C'est de cette façon que paraissent agir certaines potions dites antispasmodiques administrées par les praticiens, et qui contiennent de l'éther, des huiles essentielles, etc.

Il y a tout lieu de croire que l'espèce de nerf qui se distribue aux parties sur lesquelles on porte le modificateur thérapique influe beaucoup sur le succès que l'on obtient de l'emploi de celui-ci, car une stimulation portée sur la peau, telle, par exemple, qu'une application soit de calorique, soit de moutarde, etc., n'arrête pas le mal, comme le fait une ingestion excitante dans l'estomac, organe qui reçoit de nombreuses branches de la huitième paire.

Les purgatifs, les stimulants injectés dans le rectum ne modifient pas davantage la névropallie ommique.

Dans quelques cas, l'emploi des douches, des bains de vapeur; un jet de cette même vapeur portée sur la partie malade; l'apposition sur cette dernière d'une pièce de flanelle recouverte de taffetas gommé nous ont paru avoir de l'utilité. Il est probable qu'un courant électrique dirigé vers le point dont il s'agit aurait de l'utilité. Nous manquons de faits positifs pour déterminer les circonstances dans lesquelles un tel moyen est indiqué.

MALADIES DES YEUX. — M. TAVIGNOT.

De la cure radicale de la tumeur et de la fistule lacrymales (1).

Il résulte déjà des faits qui précèdent que notre traitement n'est pas absolu et fatalement le même dans tous les cas, puisqu'il tient compte des indications et des contre-indications..... c'est peut-être là tout le secret de son efficacité.

Cette manière de faire est, en définitive, des plus judicieuses; il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur notre division des tumeurs lacrymales.

Considérées exclusivement au point de vue anatomo-pathologique, nous admettons cinq espèces distinctes de tumeurs lacrymales:

1° *Tumeur lacrymale* avec reflux possible du muco-pus par les points lacrymaux et par le nez;

2° *Tumeur lacrymale* avec reflux possible du muco-pus par les points lacrymaux seulement;

3° *Tumeur lacrymale* avec reflux possible du muco-pus par le canal nasal seulement;

4° *Tumeur lacrymale* sans reflux possible du muco-pus, soit par les points lacrymaux, soit par le nez;

5° *Tumeur lacrymale* avec perforation de l'un des conduits.

Or, s'il ne faut jamais perdre de vue la cause initiale de l'affection morbide — état lymphatique, vice scrofuleux, infection syphilitique, — il n'importe pas moins de se laisser guider, dans l'emploi des moyens thérapeutiques, par l'examen des caractères propres à telle ou telle espèce de tumeur lacrymale : les faits qu'il nous reste à faire connaître démontreront suffisamment l'utilité de ces préceptes.

OBS. V. — *Tumeur lacrymale* (1re espèce). — *Excision des conduits, incision du sac, injection de teinture d'iode; guérison.*

Mme C..., âgée de soixante-trois ans, vint de Strasbourg à Paris me consulter dans les premiers jours d'octobre 1855. Sa maladie remonte, selon son récit, à neuf ou dix ans; elle n'a eu, pendant ce laps de temps, que trois ou quatre inflammations intercurrentes ou dacryocystites aiguës. Sa tumeur lacrymale, située du côté gauche, est médiocrement développée; par la pression, le muco-pus reflue en partie par les points lacrymaux et en partie par le nez. La malade a souvent recours à ce moyen, ce qui explique en partie la tolérance du sac et l'absence de complications.

Mme C..., qui a attendu si longtemps avant de se décider à une opération, n'y a été amenée que par le développement de douleurs de tête survenues depuis six semaines ou deux mois, et dont le point de départ est, selon elle, dans sa tumeur lacrymale.

Le 7 octobre, excision des deux conduits lacrymaux, et ponction de la partie antérieure, que l'on a eu soin de laisser se distendre à dessein.

Le 11, une corde à violon est introduite dans le canal nasal et laissée à demeure pendant quarante-huit heures.

Le 14, injections détersives par l'ouverture du sac; le liquide s'écoule par le nez, et reflue un peu par le conduit lacrymal inférieur, qui n'est pas encore oblitéré.

Le 16, injection d'une solution composée de deux parties d'eau et d'une partie de teinture d'iode.

Le conduit lacrymal paraissant vouloir rester perméable, je l'excisai de nouveau quelques jours plus tard, et la malade après quelques soins secondaires, étant tout à fait guérie, put quitter Paris le 19 octobre.

Je ferai remarquer à propos de ce fait particulier que, pour ouvrir le sac lacrymal, il n'est pas besoin de suivre les préceptes de nos livres, et de procéder sur le vivant comme sur le cadavre. A quoi sert, en effet, de plonger un bistouri plus ou moins effilé, et tenu dans une direction déterminée jusque dans l'espèce de gouttière osseuse qui forme la portion supérieure du canal nasal, puisqu'il suffit d'une simple boutonnière pratiquée à la partie antérieure du sac distendu pour s'ouvrir un accès facile vers l'intérieur des voies lacrymales? Je concevais plus ou moins l'opportunité de ce débridement profond quand il s'agissait, à l'instar de Dupuytren, d'implanter d'emblée et magistralement une canule dans les voies lacrymales; mais à quoi bon procéder ainsi aujourd'hui que la canule est à peu près tombée dans l'oubli, et que la canule appliquée d'emblée surtout est généralement proscrite?

(1) Fin. — Voir les nos des 12 et 23 août.

L'opération de M. Legrand rentre dans la catégorie des opérations en plusieurs temps, dont le regrettable Vidal (de Cassis) a fait, il y a quelques années, l'objet d'un important travail, et nous ne doutons nullement que si les résultats obtenus par M. Legrand eussent été connus à cette époque, Vidal n'y eût vu une ingénieuse application des idées qui l'avaient conduit à proposer ces opérations en plusieurs temps.

Le livre que nous avons sous les yeux renferme, outre la description du procédé opératoire, une série d'observations qui ont pour but, les unes de démontrer les accidents plusieurs fois mortels qui ont été la conséquence de l'ablation des loupes et des tumeurs du cuir chevelu à l'aide du bistouri; les autres, de prouver l'innocuité et la réussite constante de la nouvelle méthode. De ces dernières, un grand nombre ont été soumises à l'Académie des sciences.

Bien que, comme nous l'avons dit plus haut, nous ne puissions partager à un aussi haut degré que beaucoup de chirurgiens la prévention qu'ils ont contre les opérations sanglantes faites sur le cuir chevelu, nous devons avouer cependant que M. Legrand nous paraît avoir rendu un véritable service en instituant une méthode dont les résultats sont au moins aussi complets que ceux de la méthode ordinaire, et qui ne permet pas aux esprits les plus pusillanimes de conserver la moindre inquiétude au sujet des accidents qui peuvent se produire consécutivement.

Les merveilles du corps humain; Précis méthodique d'anatomie, de physiologie et d'hygiène dans leurs rapports avec la morale et la religion, par M. le docteur DESCURET (1).

Il y a quelques années, M. Descuret publia un ouvrage qui eut une certaine renommée et fit assez de bruit parmi les gens du monde, il faut bien le dire, plutôt que dans le public médical. Nous voulons parler de la *Médecine des passions*, livre dans lequel l'auteur prétendit démontrer (nous nous servons de ses expressions), l'harmonie de la législation, de la religion et de la médecine, ainsi que la nécessité de leur concours dans le traitement des infirmités morales. Plus tard, il livra à l'appréciation du même public une *Nouvelle théorie du goût*, considéré dans ses rapports avec la nature, les beaux-arts, les belles-lettres et les bonnes mœurs.

Enfin, et peut-être un peu tard, il comprit que parler physiologie et médecine proprement dite à des gens qui ne possédaient pas les premières notions de l'organisme humain, c'était, pour nous servir d'une expression un peu triviale, *prendre le roman par la queue;* aussi s'est-il décidé à combler la lacune dont il s'apercevait seulement alors, et le livre qu'il nous présente aujourd'hui est-il en réalité la première partie de sa trilogie.

M. Descuret a donc l'ambition de donner en un seul volume, et matériellement assez mince, un précis élémentaire d'anatomie, de physiologie et d'hygiène, « afin, dit-il, que l'on pût étudier ces trois sciences, non plus séparément, mais dans leur application simultanée à chacune de nos grandes fonctions; il a pensé qu'il parviendrait ainsi à donner au lecteur une idée plus nette de notre admirable organisation; à lui faire mieux connaître ce qu'il est possible de découvrir dans la série des phénomènes dont se compose la vie; à lui signaler nombre de préjugés populaires et quelques détails historiques relatifs aux diverses parties du corps; enfin, à lui indiquer le bon emploi qu'il doit faire de son existence, en conformant chacun de ses actes à la volonté du Créateur. » *Multa paucis.*

On sait notre manière de voir à l'endroit des livres écrits pour les gens du monde. Louons donc les intentions de l'auteur.

Dr A. FOUCART.

(1) Un vol. in-8° de 500 pages. Prix, 6 fr. Chez Labé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De l'ophthalmoscope, par le docteur L. DE LACALLE, chef de clinique de M. le docteur Desmarres. Thèse in-4° avec fig. Prix, 3 fr. 50 c. Paris, 1856. Chez Leclere, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 14.

Obs. VI. — *Tumeur lacrymale* (2e espèce); *excision des conduits; incision du sac; injection de teinture d'iode. Guérison.*

M. Borrani, libraire à Paris, me présente dans le courant de septembre dernier Mme D..., âgée de soixante-neuf ans, rue du Bac, 104, affectée depuis quatre ans environ d'une tumeur lacrymale de l'œil droit. Deux ou trois dacryocystites aiguës sont survenues dans les commencements, et il y a trois ans, à la suite d'un de ces accidents intercurrents, M. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, appelé par Mme D..., pratiqua l'incision, soit du sac distendu par la matière purulente, soit d'un abcès phlegmoneux environnant le sac. Toujours est-il que Mme D... n'alla pas trop mal depuis lors, si ce n'est qu'elle conserva sa tumeur lacrymale, qu'elle vidait cinq à six fois par jour par les conduits lacrymaux.

La tumeur a néanmoins fait quelques progrès dans ces derniers temps, et le liquide évacué par la voie que je viens d'indiquer prend de plus en plus l'aspect puriforme. Il semble d'ailleurs à Mme D... que la vue devient moins bonne du côté droit que du côté gauche, et cette circonstance contribue à la décision qu'elle a prise de se faire opérer.

Le 22 septembre, je pratique très-rapidement l'excision de l'un et l'autre conduits, puis j'incise la partie antérieure du sac lacrymal. Il s'écoule alors une assez grande quantité de matière purulente pure, laquelle paraissait avoir séjourné depuis longtemps dans le réservoir des larmes. L'incision est maintenue béante par quelques brins de charpie, et des compresses imbibées d'eau froide sont appliquées sur l'œil pour tout pansement.

Le 1er octobre, une corde à violon fut introduite par moi dans le canal nasal, et laissée trente-six heures en place. Des injections détersives et une injection iodée ont été pratiquées ensuite les jours suivants. Enfin il m'a suffi définitivement de prescrire l'application, répétée tous les soirs, d'un petit bourdonnet de coton imbibé de parties à peu près égales d'eau et de teinture d'iode (en tout une dizaine de gouttes) sur le sac lacrymal pour voir cesser jusqu'à la dernière trace de la dacryocystite.

La guérison était complète dès le 10 octobre; les points lacrymaux sont imperméables; la tumeur lacrymale n'existe plus; et pour ce qui est du larmoiement consécutif à notre opération, il paraît tout à fait insignifiant, et il ne préoccupe en aucune façon la malade.

On a pu voir par ce fait, quelque succinct qu'en soit le résumé, que je fais parfois usage avec beaucoup de succès de la teinture d'iode, non-seulement à l'intérieur du sac pour combattre l'état catarrhal de la muqueuse naso-lacrymale, mais encore à l'extérieur, sous forme de topique. Ceci vient à l'appui des beaux travaux de notre confrère et ami le docteur Boinet, sur l'efficacité de la teinture d'iode dans les inflammations des membranes muqueuses.

Obs. VII. — *Tumeur lacrymale* (3e espèce) — *Excision des conduits lacrymaux. — Guérison.*

Mme G..., âgée de vingt-quatre ans, s'est adressée à moi dans le courant de septembre dernier. Voici son passé :

Vers le mois de décembre 1855, la malade, sans coryza, fut prise d'un larmoiement à peu près semblable des deux côtés. Peu à peu l'œil droit a guéri; mais le gauche est resté souffrant. Elle s'adressa alors à l'un de nos confrères spécialistes de Paris, qui, d'après son rapport, eut recours à des moyens assez divers, tels que cautérisations répétées des paupières avec le sulfate de cuivre; incision du sac, dont l'ouverture a été entretenue béante pendant huit à dix jours; saignée nasale; injections par les points lacrymaux, qui ont été suivies d'une amélioration momentanée; frictions mercurielles sur la tumeur, et iodure de potassium à l'intérieur. Ce dernier médicament a dû être cessé bientôt à cause des douleurs d'estomac qu'il paraissait provoquer, comme cela arrive quelquefois en effet.

Voici son état actuel : la malade est enceinte de quatre mois, et, relativement à sa tumeur lacrymale de l'œil gauche, elle n'a pas cessé de faire des progrès; la peau du sac est amincie, rouge, tendue, et par instants il y a comme menace d'une perforation fistuleuse. Mme G... presse sa tumeur une dizaine de fois par jour, et le contenu du sac s'échappe, non par les conduits lacrymaux, mais exclusivement par le canal nasal.

Le 27 septembre, j'excise l'un et l'autre points lacrymaux, sans prescrire d'autres médications que l'emploi de compresses imbibées d'eau froide sur l'œil.

Le 2 octobre, bien que les deux conduits ne soient pas encore oblitérés, ils ne fonctionnent plus évidemment comme à l'état normal, puisque la malade ne vide plus son sac qu'une fois par jour. La tumeur n'existe plus en réalité, et déjà la peau en regard du sac a repris ses caractères à peu près normaux. La fistule n'est donc plus à craindre.

Le 14, la guérison peut être regardée comme effectuée; car depuis une huitaine de jours la malade n'a pressé qu'une fois sur le sac. Il n'y a pas de larmoiement, et Mme G... travaille à la couture toute la journée et même une partie de la nuit. Pour tout traitement, je prescris la teinture d'iode étendue comme topique sur le sac.

Le 18, il n'existe plus de traces de l'état morbide, la guérison est définitivement acquise.

Je n'ai, dans ce cas particulier, excisé qu'une portion assez minime du rebord palpébral. Autant que faire se peut, mieux vaut exciser un peu plus que pas assez; car dans ce dernier cas on a à craindre deux choses : d'abord, la non-occlusion des conduits; ensuite la persistance de quelques cils dont la direction vicieuse, amenée par la rétraction de la cicatrice palpébrale, n'est pas sans inconvénient. Ces cils, déviés en dedans, viennent irriter la caroncule lacrymale ou même le globe oculaire, et provoquent un larmoiement plus ou moins prononcé, ainsi que je l'ai constaté sur un de mes opérés, qu'il ne m'a pas été bien difficile, comme on le devine aisément, de guérir ensuite de cette petite complication incidente.

Appareils gypso-hémi-périphériques pour les fractures de la jambe.

Par M. Périer, médecin-major à l'hôpital militaire du Roule.

Je crois devoir à la solution d'une question qui occupe encore les chirurgiens, et en même temps au zèle éclairé des médecins de Boulogne, dont j'ai partagé les travaux, alors que dernièrement encore je dirigeais le service de santé de l'armée du Nord, de signaler les résultats remarquables que nous avons retirés dans le traitement des fractures de la jambe d'appareils *hémi-périphériques* en plâtre rendus tout à fait favorables par la suspension.

Ces appareils, susceptibles de modifications suivant les cas, que cependant je n'ai pas eu besoin dans dix applications de modifier d'une manière importante, embrassent toute la partie postérieure de la jambe et ne dépassent que peu la moitié de la hauteur de ses faces latérales; ils se relèvent à partir des malléoles pour accompagner et soutenir la moitié de la face plantaire. Ils ont pour avantages particuliers :

1° Dans toutes ces fractures d'être applicables dès le premier jour de l'accident, dès les premières heures, ainsi que nous l'avons pu faire; de permettre de fixer en quelques minutes, d'une façon très-exacte et pour toute la durée du traitement, les rapports obtenus par la réduction de la fracture, en laissant pendant cette opération et après le membre sous les yeux du chirurgien; de donner, par une contention toujours égale et uniformément répartie, tout ce que l'on peut demander à l'extension et à la contre-extension permanentes; de n'exercer aucune constriction, de ne pas entraver dans le membre les fonctions organiques, de lui conserver par là en grande partie sa richesse musculaire; enfin, et surtout, de faire disparaître la douleur, de rendre impossibles les raccourcissements après l'application, de pouvoir être enlevés sans aucun effort, sans destruction même d'une de leurs parties;

2° Dans les fractures compliquées de permettre sans mobilité, comme aussi sans déplacements, sans altération de l'appareil, l'emploi des irrigations, des applications topiques, des émissions sanguines locales, des débridements, les recherches d'esquilles, etc.; de conserver leurs avantages malgré le volume souvent énorme des pièces nécessaires au pansement des plaies graves;

3° Dans les fractures intra-articulaires de donner des résultats on ne peut plus satisfaisants obtenus avec une extrême facilité; les mouvements partiels du pied qu'ils permettent dans une certaine mesure sont agréables aux malades, et combattent heureusement la disposition à l'ankylose plus particulière à ces fractures.

Mes applications les plus intéressantes ont été faites, les unes dans les salles civiles de l'hospice de Boulogne-sur-Mer, avec le concours de M. Cousin, chirurgien en chef de cet établissement, les autres dans les salles militaires ou dans la pratique civile de M. le docteur Perrochaud.

La seule objection importante qui ait été faite à nos appareils est qu'ils ne permettent pas de marcher; à quoi nous répondrons qu'il est beaucoup de fracturés qui sont dans l'impossibilité de profiter de ce bénéfice de la marche, que l'on a recherché pour eux même avec une sorte de passion; que c'est là la règle générale dans les premiers temps de l'accident, et dans les cas de fractures compliquées notre appareil rend des services qu'aucun autre ne saurait égaler. De plus, nous n'acceptons pas l'abstension à laquelle on se condamne encore pendant les premiers temps des fractures faute de moyens de contention et de sustentation compatibles avec les accidents consécutifs, abstension que l'on veut justifier en disant que la formation du cal s'opère à une époque assez éloignée pour qu'il ne soit pas nécessaire de donner aux fragments dès les premiers temps des rapports définitifs.

Ainsi que tendent à l'établir nos consolidations obtenues en un temps très-court, avant même la cicatrisation des plaies des parties molles, nous croyons qu'il n'est pas d'heure, même au début du traitement, dont on puisse faire le sacrifice indifféremment; mais qu'il est possible de laisser passer d'une façon préjudiciable des journées pendant lesquelles la persistance de rapports vicieux exagère, par la douleur, l'importance des désordres consécutifs. L'absence de douleur, la possibilité de se mouvoir, de changer de lit sans peine ont rendu le séjour au lit très-facile à nos malades.

Lorsque après un certain nombre de jours des vides se sont produits entre le membre et l'appareil, nous ne les avons comblés avec du plâtre nouveau que lorsque la sustentation est devenue par eux assez peu régulière pour éveiller les douleurs de talon, qu'ignorent nos malades; dans tous les autres cas nous nous sommes contenté d'y engager de la ouate.

Les procédés de Diffembach sont ceux avec lesquels les nôtres ont le plus d'analogie. Cependant, dans le plus grand nombre des cas, ce chirurgien, en recouvrant de plâtre tout le membre, moins le point où existaient des plaies, donnait à ses appareils, avec des difficultés d'exécution, tous les inconvénients, toutes les incertitudes que l'on reproche aux appareils inamovibles, et encore ne les appliquait-il qu'après le dixième jour; et quand dans un de ses procédés moins connu, il laissait libre une partie plus grande de la jambe, il avait besoin, quand il voulait dégager le membre, de la gouge ou du maillet.

Nous pensons, malgré les points de ressemblance qui nous ont été signalés, par les différences que nous venons d'indiquer, par ce que nous avons fait pour les fractures intra-articulaires, pouvoir établir notre part d'inventeur de cet appareil qui, après les épreuves les plus difficiles, a, je crois, mérité la faveur avec laquelle les médecins de Boulogne et nos camarades de l'armée du Nord l'ont accepté.

Voici le résumé des observations.

Fractures de la jambe compliquées.

Obs I. (Salles civiles de Saint-Louis, à Boulogne, service de M. le docteur Cousin). — Fracture comminutive des deux os, compliquée de plaie ulcéreuse communiquant avec le foyer de la fracture, et d'issue des fragments.

C'est à l'occasion de cette fracture, alors au quatorzième jour, et que l'on ne pouvait maintenir réduite par les moyens ordinairement employés, que, dans une consultation qui avait pour objet de décider si les moyens de conservation du membre avaient ou non été épuisés, j'ai proposé l'appareil hémi-périphérique, qui plus tard, pour d'autres cas, n'a demandé que de légères modifications : l'addition d'un coussinet pour protéger la jambe contre la pression du bord supérieur; l'élévation plus grande de la partie plantaire de l'appareil.

Dans ce cas grave, la consolidation était faite dès le trente-huitième jour; mais un érysipèle phlegmoneux suppuré, survenu à cette époque, a nécessité deux incisions profondes qui ont fait laisser le membre sur l'appareil jusqu'au quarante-neuvième jour.

Obs. II. (Même service.) — Ouvrier enseveli pendant quatre heures sous les décombres d'une maison. Fracture comminutive par écrasement de tout le tiers moyen des deux os; plaie faite par les esquilles; tumeur sanguine; érysipèle phlegmoneux de la jambe et de la cuisse, suite d'eschares et de fonte purulente. Cas on ne peut plus grave. Le soixante-treizième jour, le membre est enlevé de l'appareil; la consolidation est opérée; la longueur et la rectitude du membre sont aussi satisfaisantes que possible.

Fractures intra-articulaires.

Obs. III. (Même service). — Ouvrier carrier, cinquante-quatre ans. Fracture divisant la malléole interne; déchirure des ligaments antérieurs de l'articulation; fracture sus-malléolaire du péroné; déformation considérable du membre.

Après quarante-trois jours d'application de l'appareil, guérison sans ankylose, dans les conditions les plus normales.

Obs. IV. (Malade de M. le docteur Perrochaud.) — Dame anglaise; cas à peu près analogue au précédent; les déplacements sont cependant moins grands. L'appareil de Scultet avait été employé pendant les premiers jours et causait de vives douleurs, sans rien faire de favorable pour la contention. Guérison après trente-cinq jours d'application : très-bon résultat.

Fractures de la jambe simples.

Obs. V. (Salles militaires de M. Perrochaud.) — Fracture très-oblique; consolidation évidente le trente-deuxième jour.

Obs. VI. (Salles civiles de M. Cousin.) — Homme de trente ans; même cas. Le membre est dégagé le trente-troisième jour après l'application. La consolidation est déjà faite.

Obs. VII. (Même service.) — Ouvrier de soixante-huit ans, enseveli sous les débris d'une baraque au camp d'Equihem. Fracture transversale. Des accidents généraux assez graves signalent les premiers jours après l'accident. Cependant la jambe, placée sur l'appareil dès le second jour, n'occupé plus que fort peu et le malade et le médecin. Le trente-quatrième jour de l'application, le membre est dégagé, la consolidation est faite.

Fractures du péroné.

Obs. VIII. (Malade de mes salles.) — Fracture sus-malléolaire; tuméfaction considérable; très-vive douleur.

Les médecins du camp, qui étudiaient l'effet de mes appareils, m'avaient demandé d'assister à une application. Pour ce motif, l'appareil n'a été fait, pour ce militaire (Perrin, du 8e de ligne), que le troisième jour après l'accident. Cet homme, qui malgré des applications froides et des irrigations n'avait pu encore reposer un seul instant, s'est endormi une demi-heure après l'application de l'appareil. Les douleurs n'ont pas reparu. Le vingt-troisième jour après l'application le membre a été retiré de l'appareil, après quoi il n'a plus été soutenu que par une bande roulée.

Obs. IX. (Salles civiles de M. Cousin.) — Fille de trente ans. Fracture sus-malléolaire; gonflement, ecchymose. Dès le vingtième jour cette fille soulevait elle-même au-dessus de l'appareil la jambe, qui avait repris un volume normal. Le vingt-quatrième, on substitua à l'appareil une bande roulée.

Obs. X. (Hôpital du Val-de-Grâce, service du médecin en chef.) — L'appareil n'est resté que dix jours chez un malade atteint de fracture sus-malléolaire, et soumis depuis une semaine aux irrigations. L'appareil, construit avec du plâtre éventé, aurait eu, pour être conservé, besoin de réparations. Mais déjà l'état du malade était assez satisfaisant pour qu'après cette époque le membre ait été placé seulement sur un coussin en balle d'avoine posé sur la planchette de suspension.

Glycérine iodée contre plusieurs maladies de la peau.

Par M. le docteur Richter (de Vienne).

Cette solution est préparée en faisant dissoudre 1 partie d'iodure de potassium dans 2 parties de glycérine, et versant ce liquide sur 1 partie d'iode qui s'y dissout complétement.

Cette solution a sur les solutions alcooliques le grand avantage de ne pas se dessécher; par là les surfaces badigeonnées restent souples, et l'action et l'absorption de l'iode continuent encore longtemps. Pour l'employer, on l'étend sur les parties malades, que l'on recouvre de papier de gutta-percha, pour empêcher l'évaporation de l'iode et pour augmenter la perspiration des endroits touchés. L'appareil fut laissé en place pendant vingt-quatre heures, et le degré de la réaction réglait les pansements consécutifs, comme, par exemple, des fomentations d'eau froide et l'opportunité de nouvelles applications.

La solution iodée détermine de la douleur variable en intensité

et en durée selon l'état de la partie malade et la sensibilité de l'individu. Jamais, cependant, il n'y a eu un retentissement général, et les malades n'en furent nullement affectés. Après l'enlèvement de l'appareil, la peau était brune quand elle avait été saine auparavant, et moins colorée quand elle avait été malade. Sur les surfaces ulcérées, on ne trouvait plus de trace d'iode déjà deux heures après l'application. Parfois l'action avait été assez vive pour produire des phlyctènes.

Le résultat des expériences commencées par M. Richter montre que cette teinture agit comme caustique; qu'elle a une action vraiment héroïque contre les différentes formes du lupus; que son efficacité est remarquable contre le goître vasculaire, les ulcères scrofuleux, les ulcères syphilitiques constitutionnels, douteuse contre les chancres primitifs et l'eczéma, et nulle contre le psoriasis. Voici une des observations de lupus guéri :

Homme atteint de lupus hypertrophique depuis son enfance. Toute la face était transformée en une masse informe, ulcérée en quelques endroits, et dans laquelle deux trous indiquaient les yeux, et une ouverture circulaire représentait la bouche. La peau du cou était tellement épaissie qu'elle allait en ligne droite du menton au sternum. Pour diminuer les douleurs de l'application de la solution iodée sur une surface aussi étendue, on l'entreprit en deux portions; d'abord le cou et la mâchoire inférieure, et après leur guérison le reste de la face. Chaque application causait des douleurs pendant deux heures, et dès la première l'iode se retrouva dans l'urine en grande quantité. L'hypertrophie diminuait peu à peu; les tubercules se fondaient, se recouvraient d'un épiderme d'abord fin, devenant de plus en plus dense, et de petites cicatrices plates.

Cinquante-cinq cautérisations dans l'espace de trois mois suffirent pour amener une guérison complète et inespérée.

(*Wiener med. Woch.*)

DES SAIGNÉES LOCALES

pratiquées sur la muqueuse nasale,

Par M. le Dr Seutin.

L'honorable chirurgien belge conseille cette opération, à l'exemple des anciens, pour les cas de céphalalgie, de congestion cérébrale, d'inflammation nasale ou oculaire.

Pour la pratiquer, M. Seutin a imaginé un petit instrument dont la lame se redresse sur le manche. Cette lame a 4 centimètres de longueur; elle présente un dos uniformément mousse, une extrémité boutonnée, et n'est tranchante que dans une portion de 2 à 3 millimètres environ, qui fait une saillie arrondie au voisinage de l'extrémité. L'instrument ressemble assez à une flamme de vétérinaire, dont le tranchant, au lieu de former une pointe lancéolée, est simplement semi-lunaire.

Voici comment on s'en sert : la lame est engagée dans les fosses nasales; le dos de l'instrument, appliqué contre la paroi antérieure du nez, glisse de bas en haut; le tranchant se trouve aussi libre dans la cavité. Lorsque l'extrémité boutonnée de la lame a atteint la voûte nasale, l'instrument est retourné en dedans, de telle sorte que le tranchant rencontre la muqueuse de la cloison; en le retirant vivement, on pratique une incision sur cette muqueuse. Cette manœuvre peut être répétée des deux côtés; on obtient ainsi une quantité de sang considérable.

Si l'on veut prolonger la saignée quelque temps, il est bon de faire aspirer un peu d'eau tiède par le nez. Pour l'arrêter, il suffit de pincer un instant le nez entre deux doigts.

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 octobre 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Fixateur de l'œil. — M. le docteur Castorani présente un nouvel instrument fabriqué d'après ses indications par M. Lüer, et qui est destiné à faciliter les opérations qui se pratiquent sur les yeux, notamment pour la cataracte.

Cet instrument, auquel il donne le nom de *fixateur de l'œil*, sert à la fois à écarter les paupières et à fixer le globe oculaire sans le secours d'un aide. M. Després, chirurgien des hôpitaux, l'a expérimenté pour la première fois sur le vivant, et, dans les diverses opérations de cataracte qu'il a pratiquées par extraction, on a pu s'assurer que rien n'est plus aisé que d'atteindre le double but que l'auteur s'est proposé. En effet, les paupières sont maintenues à une distance convenable l'une de l'autre, et le globe de l'œil est immobilisé, sans subir pour cela la moindre compression.

Voici les différentes pièces dont se compose le *fixateur de l'œil*: *a* représente l'élévateur supporté par la tige mobile *h* à laquelle s'adapte le bouton *e*; *b* est l'abaisseur qui surmonte la tige fixe *i*; *cc* sont les extrémités des deux branches *gg* d'une pince qui se réunissent au point *o*; *f*, manche de l'instrument, qui supporte toutes les pièces; *d* est un petit coulant soudé sur la tige mobile, et qui glisse entre les deux branches de la pince et la tige immobile.

Dès qu'on imprime au bouton *e* un mouvement de propulsion de bas en haut, on fait monter la tige mobile et par conséquent aussi l'élévateur, qui pousse devant lui la paupière supérieure. En même temps le coulant, qui est fixe sur la tige mobile, est également dirigé de bas en haut, et, dans ce mouvement ascensionnel, il rapproche les branches de la pince et porte les mors en avant.

Il suffit donc de faire glisser le bouton dans la rainure qui lui est destinée, pour faire monter l'élévateur et pour rapprocher les deux branches de la pince. Par ce mécanisme si simple, on écarte les paupières et on fixe le globe oculaire entre les mors de la pince. (Commissaires : MM. Velpeau et Jobert de Lamballe.)

Structure de la rétine. — M. Henry Muller (de Wurtzbourg) lit un travail ayant pour titre : *Observations sur la structure de la rétine de certains animaux.* (Voir le Premier Paris.)

Traitement des fractures de la jambe. — M. Périer communique une note sur ce sujet. (Voir plus haut.)

— M. Schnepf adresse, à l'occasion d'une communication récente de M. Gendrin, un historique des différents travaux qui ont eu pour objet l'application de l'auscultation au diagnostic des affections de l'organe de l'ouïe.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 août 1856. — Présidence de M. Bossu.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Accidents cérébraux dans le rhumatisme articulaire aigu. — M. Duhamel, à l'occasion de l'observation de rhumatisme articulaire aigu communiquée à la Société par M. Picard dans la séance précédente, et de la discussion à laquelle elle a donné lieu, rapporte deux faits dans lesquels les accidents cérébraux survenus pendant la durée de cette maladie ne pourraient être attribués ni au traitement par le sulfate de quinine, ni à l'emploi des antiphlogistiques.

Dans le premier, il s'agit d'un rhumatisme très-aigu de l'articulation scapulo-humérale, contre lequel il n'y eut pas de moyens antiphlogistiques actifs employés; au bout de deux jours de maladie, il survint des accidents cérébraux auxquels le malade succomba en vingt-quatre heures.

Chez le sujet du deuxième fait, le rhumatisme articulaire existait depuis au moins un mois, lorsqu'il survint du côté de la tête des accidents qui emportèrent le malade en trois ou quatre jours. Dans ce cas, comme dans le précédent, le sulfate de quinine n'avait été mis en usage, pas plus que la méthode antiphlogistique, à proprement parler.

A ces deux faits, M. Duhamel en ajoute un troisième dans lequel on voit un rhumatisme articulaire aigu se terminer d'une manière bien digne de remarque. « J'ai eu occasion, dit-il, d'observer une dame de » quarante-cinq ans à peu près, chez laquelle, à un dernier accès de » rhumatisme articulaire aigu qui avait duré environ deux mois, suc» céda une gangrène des membres inférieurs, résultant de la forma» tion de caillots obstruant les artères iliaques externes et fémorales. » La mort survint cinq à six jours après la formation de ces caillots. »

Maladies des yeux; œdème chronique de la conjonctive; teinte bronzée de la sclérotique; cataracte. — M. Coursserant présente une malade offrant un cas assez rare d'œdème chronique de la conjonctive.

Mlle X.., exerçant la profession de repasseuse, est âgée de dix-neuf ans. Brune et d'une constitution robuste, elle a été réglée à treize ans, et constamment la menstruation, ainsi que toutes les autres fonctions de l'économie, se sont accomplies chez elle avec une régularité parfaite. Cependant, il y a environ sept ans, sans cause connue appréciable, sans douleur et sans aucune perturbation de la vision, l'œil gauche est devenu insensiblement le siége d'une affection qui présente les particularités suivantes :

En dehors et en haut, en bas et en dedans du globe jusqu'au-dessus de la caroncule lacrymale, la conjonctive bulbaire est soulevée et forme un relief d'une teinte *jaune serin*, semblable en tous points, la couleur exceptée, au chémosis séreux des auteurs. Vers les parties supérieures et latérales de l'œil se montrent de nombreux globules transparents remplis d'un liquide citrin, et qui sont séparés de la masse commune formant tumeur par des espaces restés à l'état normal.

Vient-on, avec des ciseaux, à inciser la conjonctive, la plaie donne issue à un liquide jaune serin d'une limpidité parfaite; les globules signalés plus haut perdent insensiblement leur aspect miroitant, ils s'affaissent et bientôt disparaissent entièrement.

Quoique immédiatement après l'évacuation du liquide l'œil gauche paraisse entièrement guéri, la cure n'est que momentanée; quelques jours plus tard la maladie reparaît avec la même physionomie, avec les mêmes symptômes qu'avant l'incision, laquelle, répétée plusieurs fois, a toujours été suivie d'une cicatrice appréciable et a permis de constater un épaississement considérable et un aspect comme parcheminé de la conjonctive. A quelle cause, soit locale, soit générale, peut-on rattacher cette infiltration séreuse permanente du tissu cellulaire sous-conjonctival? Quelle médication assez sûre pourrait-on lui opposer, alors qu'une infinité de moyens employés jusqu'à ce jour sont restés sans résultats? L'examen ophthalmoscopique pratiquée avec soin sur l'œil malade est resté entièrement négatif.

— On se rappelle que, dans une des séances précédentes, M. Coursserant a soumis à l'examen de la Société un homme déjà âgé présentant une coloration brunâtre très-sensible de la conjonctive oculaire et de la conjonctive palpébrale de l'œil gauche, par suite de frictions pratiquées pendant plusieurs mois avec une pommade au nitrate d'argent, moyen qui avait été mis en usage dans le but de guérir une cataracte, et dont l'emploi n'avait été suivi d'aucun succès. M. Coursserant présente de nouveau cet homme, qu'il a opéré par extraction il y a une quinzaine de jours; la vue est rétablie dans l'œil opéré; la cicatrice du segment supérieur de la cornée est parfaitement régulière. Quant à la coloration de la conjonctive, il n'est survenu aucun changement.

De la maternité et de l'obstétrique chez les Hébreux. — M. Mattei commence la lecture de l'histoire de la maternité et de l'obstétrique chez les Hébreux, et, comme cette histoire sert d'introduction à un plan plus général, il commence par donner le plan lui-même.

La maternité comme fonction physiologique, dit M. Mattei, commence à Ève; les soins de la maternité ou le premier germe de l'art obstétrical est antérieur à Abraham; cet art ne peut porter le nom de science qu'à dater d'Hippocrate. La fonction physiologique, l'art et la science étant étroitement liés dans l'antiquité, comme de nos jours, l'auteur a pris à tâche d'en faire l'histoire générale.

La maternité et l'obstétrique embrassent les phénomènes physiologiques et pathologiques de quatre périodes bien distinctes : ce sont l'étude des conditions antérieures à la grossesse qui ont de l'influence sur la maternité, l'étude de la grossesse, l'étude de l'accouchement et l'étude de l'allaitement.

La première partie, négligée par les auteurs, embrasse la vie physiologique de la femme, la vie pathologique, la vie sociale et la vie utérine.

Deux moyens conduisent à l'étude approfondie de la maternité et de l'obstétrique. Ce sont :

1° L'histoire des peuples et de la science;

2° L'observation.

Ces deux branches, quoique distinctes, doivent se réunir pour se compléter mutuellement, comme M. Mattei se propose de le faire par la suite.

C'est par le peuple hébreu qu'il commence l'histoire de la maternité, parce que ce peuple est un des plus beaux types de l'antiquité, et parce que, en dehors de la révélation et du miracle, dont il n'est pas question ici, il nous a laissé l'histoire écrite de ses diverses époques.

M. Mattei a lu dans cette séance la vie sociale et physiologique des femmes du peuple hébreu en ce qu'elles ont d'influence sur la maternité; il continuera la vie pathologique et la vie utérine dans les séances suivantes.

Vie sociale. — La famille, quelque nombreuse qu'elle fût chez les Hébreux, était unie et sous la dépendance du père ou du fils aîné, qui lui succédait. La femme se ressentait plus que tout autre de cette domination. Jeune fille, elle pouvait être vendue ou prostituée; femme ou concubine, elle pouvait être renvoyée; elle ne possédait pas et n'avait aucun poids physique ni moral au sein de la famille.

L'instruction, étant le partage des coënes ou prêtres, ne descendait pas jusqu'au peuple, et à plus forte raison aux femmes. Le titre de prophétesse est celui qu'elles ont pu ambitionner, et encore était-il sans valeur du temps de Moïse et de Josué. Depuis l'arrivée des Hébreux dans la terre de Chanaan, on voit les femmes s'émanciper. Débora est une des prophétesses les plus instruites. Les femmes du peuple hébreu ne manquaient cependant pas d'intelligence et même de courage : Yael tue adroitement Sisera, oppresseur du peuple; Judith tue Olopherne; Abimelec est écrasé par une meule que lui jette une femme de Tebetz.

Salomon a un peu relevé la femme dans l'estime de la famille; mais chez les Hébreux, elle a presque toujours sacrifié sa volonté à celle du mari ou du chef de la maison.

Vie physiologique. — Le peu de renseignements qu'offre ici l'histoire fait que M. Mattei a tiré la vie physiologique des femmes du peuple hébreu de l'hérédité, de l'âge, des aliments, du développement du corps, des exercices habituels et de l'hygiène. Cette dernière partie, l'hygiène, sera traitée dans la séance prochaine avec la vie pathologique.

Les Hébreux ne devant jamais s'unir à d'autres peuples par les liens du sang, l'hérédité avait ici toute sa puissance. Ce précepte, cependant, ne fut pas toujours suivi à la lettre. Si nous devons en juger par les restes de la race juive, le type hébreu devait être bien partagé sous le rapport des formes et de la santé.

L'âge des femmes n'est guère indiqué. Si on le compare à celui des patriarches, il devait atteindre la centaine; d'après l'indication de David cependant, la durée moyenne de la vie n'était que de soixante-dix à quatre-vingts ans.

Si on considère les forces physiques des Hébreux par leurs exploits, on les voit terrasser tous les peuples qui s'opposent à leur passage dans la traversée du désert; ils font la conquête de la terre promise l'épée à la main; mais plus tard, amollis par les habitudes et les mœurs de ceux-là mêmes qu'ils ont vaincus, ils sont battus et conduits en esclavage.

Les femmes ne prenaient pas part à ces exercices corporels, et les soins du ménage étaient leurs seules occupations; elles devaient être cependant assez bien développées sous le point de vue physique, car il n'y a pas d'exemple dans la Bible qu'une femme soit morte sans être accouchée, preuve évidente qu'elles étaient bien conformées.

Ce qui fait supposer aussi cette bonne conformation, c'est la beauté générale des femmes du peuple hébreu. Abraham et Isaac sont obligés de dire avec les rois qu'ils vont visiter qu'ils sont les frères de leurs femmes Sarah et Rebecca, dans la crainte qu'on ne les tue pour s'en emparer. Moïse, qui recommande de passer au fil de l'épée tous les habitants d'un peuple vaincu, en excepte cependant la belle femme dont on veut faire son épouse. Esther est la préférée de toutes les jeunes filles du royaume d'Assuérus; Susanne, par sa beauté, enflamme jusqu'au cœur des vieux juges de Babylone.

Le bien être matériel devait ajouter à la santé des femmes du peuple hébreu. Riche en bestiaux, il était aussi riche en numéraire et en objets précieux. Les vases sacrés et l'arche que Moïse prépare dans le désert sont en or. Salomon, après avoir élevé un des temples les plus riches et les plus grandioses dont l'histoire ait encore parlé, en fait couvrir tous les murs de ce métal. Les festins du peuple sont très-somptueux, et ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'il a eu à souffrir de la faim. La viande, le lait, le miel, le vin leur manquent rarement, et d'après ce qui précède, comme d'après ce que nous verrons plus loin, on peut conclure que les femmes du peuple hébreu devaient être assez robustes.

Le secrétaire annuel : Dr Ramon.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 128. — JEUDI 30 OCTOBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 128. — JEUDI 30 OCTOBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le Journal ne paraîtra pas samedi prochain.

Paris, le 29 octobre 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

MM. Piorry et Gimelle ont apporté à la tribune le contingent de leur expérience et de leurs réflexions sur le sujet en discussion, les kystes ovariques. M. Piorry, dans un travail qui est plutôt un mémoire écrit à propos de la discussion, ainsi qu'il l'a appelé lui-même, qu'une dissertation sur le point spécial de la question à élucider, a pris son sujet *ab ovo*, et ne l'a abandonné qu'après l'avoir épuisé. Il est parti de la physiologie et de l'anatomie de l'ovaire pour arriver à faire l'histoire pathologique des kystes de cet organe, et de cette triple notion, déduire les indications thérapeutiques et les règles pratiques des diverses méthodes de traitement et procédés opératoires qui leur sont appropriés. Cette méthode est excellente sans doute, et parfaitement rationnelle ; elle n'aurait qu'un inconvénient, ce serait d'être un peu longue si chacun se croyait obligé de s'y conformer. Mais il y a tout lieu de croire que personne ne songera à refaire l'œuvre si bien accomplie par M. Piorry ; et dès lors, loin de nous plaindre des développements qu'il a donnés à son travail, nous devons l'en remercier, d'autant plus qu'il a réellement apporté au débat des faits et des notions extrêmement utiles pour l'histoire des kystes et pour l'appréciation des diverses méthodes de traitement que l'Académie est appelée à juger.

M. Gimelle, de son côté, a très-sainement posé aussi, au point de vue pratique et purement expérimental, quelques préceptes qu'il a déduits moins de son expérience personnelle, qu'il avait le droit d'invoquer cependant, que de l'expérience de ses collègues et des faits qui ont déjà été produits dans cette discussion.

MM. Cruveilhier et Robert sont inscrits pour la prochaine séance ; d'autres orateurs se proposent également de parler. Il y a donc tout lieu de croire que cette discussion se prolongera encore. — D Brochin.

CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE STRASBOURG.

Une leçon sur la pleurésie.

Par M. le professeur Forget.

La pleurésie est une des maladies les plus vulgaires, les plus classiques, dont les phénomènes sont les plus simples, les mieux déterminés et les mieux connus, selon l'opinion commune. Cependant, depuis que Laënnec l'a édifiée sur des bases qu'on pourrait croire inébranlables, certaines difficultés ont été soulevées, dont il importe d'apprécier la valeur, surtout au point de vue pratique.

Et d'abord, la pleurésie simple primitive est plus rare qu'on ne le pense généralement ; elle est beaucoup moins commune que la pneumonie, et nous n'exagérons pas en établissant la proportion de un à vingt. Il n'en est pas de même de la pleurésie secondaire, laquelle est très-commune comme complication de la pneumonie d'abord, si bien que cette dernière a reçu le nom de *pleuro-pneumonie ;* puis on l'observe très-fréquemment dans la phthisie et dans d'autres affections pulmonaires, telles que la gangrène ; enfin elle le dispute en fréquence à la pneumonie comme accident *ultime* dans une foule d'affections chroniques. Nous avons presque constamment sous les yeux des exemples de ces cas divers, tandis que c'est à peine si dans le cours d'un de nos exercices semestriels nous pouvons produire un ou deux cas de pleurésie simple. On considère la pleurésie comme se produisant de préférence à la pneumonie dans le cours des phlegmasies séreuses : synovite rhumatismale, péritonite simple, et surtout puerpérale, etc. Enfin, les plèvres sont assez fréquemment le siége d'épanchements puriformes dans la résorption ou l'infection purulente.

Quant à la matière de l'épanchement, la pleurésie *sèche* ou pseudo-membraneuse est rarement primitive. Presque toujours elle se présente comme complication de la pneumonie et de la phthisie. Néanmoins les pleurésies *liquides* ne sont pas très-rares dans ces deux affections, et nous avons produit récemment deux cas de pleuro-pneumonie avec épanchement, où la présence du liquide a répandu des obscurités et des incertitudes sur le diagnostic.

La nature de l'épanchement liquide varie selon certaines circonstances souvent difficiles à préciser : ainsi nous ignorons pourquoi, dans certains cas, l'épanchement reste indéfiniment à l'état séro-membraneux, tandis que dans d'autres le liquide épanché est puriforme. La violence apparente de l'inflammation n'est pas toujours en rapport avec cette dernière terminaison. Il nous a semblé que la pleurésie ultime était plus généralement purulente que séro-membraneuse. Cette différence du produit épanché n'est pas un simple objet de curiosité, car il est avéré pour nous que le pronostic de l'épanchement purulent est infiniment plus grave que celui de l'épanchement séreux, et que là gît souvent la cause formelle de la mortalité ou de la non-mortalité de la pleurésie. Ce n'est que de la pleurésie séro-membraneuse qu'on peut dire, avec M. Louis, que la pleurésie n'est pas une maladie mortelle. Cependant il est avéré que celle-ci peut causer la mort ; il ne me paraît pas aussi bien prouvé que la pleurésie purulente guérisse fréquemment.

On commence à revenir d'une erreur consacrée par la généralité des auteurs : c'est que le liquide épanché soit susceptible de se déplacer selon la position donnée au malade. Il y a vingt ans, pour ma part, que j'ai signalé cette fausse application de l'hydrostatique, et jamais vous ne me voyez retourner les malades pour obtenir ce déplacement ; lorsque je le fais, c'est au contraire pour vous démontrer la fausseté de ce symptôme. C'est que depuis longtemps j'ai compris que les circonstances anatomo-pathologiques s'opposaient à cette locomotion ; en effet : 1° l'épanchement inflammatoire est circonscrit par des adhérences pseudo-membraneuses qui le tiennent incarcéré ; 2° le poumon lui-même est refoulé et maintenu par ces mêmes pseudo-membranes. Ce symptôme ne peut donc exister que dans les cas où l'épanchement est libre et où le poumon est flottant ; c'est-à-dire, dans le simple hydro-thorax, que ce déplacement peut servir à différencier de la pleurésie, s'il en est besoin.

Depuis longtemps aussi nous connaissons les observations de Skoda sur la sonorité du thorax dans la pleurésie, observation dont l'école de Paris commence à s'émouvoir. Mais depuis longtemps aussi nous avons réduit ce qu'il y a d'étrange et de quasi merveilleux dans ces observations contraires aux lois de la physique et de la physiologie courantes. Skoda professe que le thorax est souvent plus sonore du côté de l'épanchement que du côté sain. Or, comme la physique ne peut mentir et que le phénomène observé par Skoda est réel, il s'agit d'expliquer ce phénomène. Et d'abord il faut distinguer le point occupé par l'épanchement de celui qui ne l'est pas. Que la sonorité persiste au-dessus de l'épanchement, c'est ce que chacun sait ; que la sonorité soit exagérée dans ce même point, voilà la nouveauté, et voici l'explication : on sait que lorsqu'un poumon est obstrué, l'autre se dilate, redouble d'action pour suppléer son congénère. Eh bien, le même phénomène doit se produire lorsqu'une portion de poumon est oblitérée, c'est-à-dire que la portion libre doit se dilater : de là, sans doute, l'augmentation de la sonorité *au-dessus* de l'épanchement. Quant à la sonorité, et surtout à l'excès de sonorité au *niveau* de l'épanchement, le problème est plus difficile. Cependant je crois que l'explication précédente lui est encore applicable, à savoir : que la superficie du poumon étant comprimée par une légère couche de liquide, la partie profonde de l'organe se dilate, ou bien l'air confiné dans les bronches résonne plus fortement. Il suit de là que la sonorité ne peut exister au niveau de l'épanchement que lorsque celui-ci est constitué par une couche mince de liquide. Je nie formellement la sonorité lorsque l'épanchement est considérable et le poumon profondément refoulé ; car, encore une fois, nature ne peut mentir.

Skoda établit diverses nuances, divers timbres de sonorité qui peuvent avoir certaine valeur pour lui et ses adeptes les plus habiles, mais dont l'appréciation quintessentielle ne passera jamais dans la pratique commune. Il en est de cela comme de tant d'autres finesses de la percussion. Pour nous, comme pour vous, la sonorité est plus ou moins forte, franche et claire, voilà tout ce qu'il importe de savoir.

Au demeurant, ces difficultés soulevées au sujet des signes tirés de la percussion viennent à l'appui du principe que je professe, à savoir : que l'auscultation est beaucoup plus significative que la percussion, dont presque toujours elle peut se passer, tandis que l'inverse n'existe pas. Ainsi, vous avez du râle crépitant fin et sec ? il y a pneumonie, la percussion est superflue ; vous percevez de l'égophonie franche ? il y a épanchement pleurétique ; peu importe ce que dira la percussion, dont pourtant je ne récuse pas l'importance comme moyen d'élucidation complémentaire, surtout dans les cas douteux. Mais on voit qu'indépendamment de son caractère banal, elle peut aussi tromper.

Laënnec expliquait les bruits anormaux qui se produisent dans les maladies de poitrine par la vibration qui s'opère dans les parties affectées. Il y a vingt ans et plus (1834) que M. Beau crut pouvoir expliquer ces mêmes bruits par ceux qui se produisent dans l'arrière-bouche et qui retentissent du haut en bas. Cette idée a fait fortune en Allemagne, où l'on a remplacé la *résonnance* par la *consonnance*. Il est certain que les bruits gutturaux troublent les bruits pulmonaires, mais il me paraît moins bien prouvé qu'ils les constituent. D'abord il serait singulier que les bruits gutturaux changeassent exactement avec les diverses altérations pulmonaires, et, si l'on admet qu'ils sont modifiés par celles-ci, la théorie n'a plus en quelque sorte de raison d'être, puisqu'en réalité ce sont ces altérations qui sont la cause formelle et directe de ces bruits anormaux. Mais, en outre, il m'est bien difficile d'admettre que le souffle tubaire, la bronchophonie, l'égophonie, le râle crépitant, bruits le plus souvent si vifs, si *superficiels*, ne soient que des bruits propagés. Enfin, un habile expérimentateur paraît avoir vidé la question en divisant totalement la trachée-artère chez des animaux où les [illegible] vant. Mais passons.

Laënnec avait fait du souffle tubaire un signe de la pleurésie, et pourtant une discussion fut soulevée, il y a quinze ans, pour savoir si ce symptôme est réel. Oui, le souffle existe dans la pleurésie, lorsque l'épanchement est modéré, et, comme dans la pneumonie, il s'explique par l'obturation (par compression) des vésicules pulmonaires ; mais alors ce souffle est généralement *doux* et *lointain*, au lieu d'être *vif* et *superficiel* comme dans la pneumonie ; si l'épanchement est considérable, on ne le trouve plus.

Chacun sait combien sont variables les nuances de l'égophonie, qui parfois se confond avec la bronchophonie. Je demanderai, en passant, aux partisans de la *consonnance*, comment ils expliquent l'égophonie ? La voix gutturale est chevrotante chez certains vieillards ; mais chez les adultes ? Donc il nous paraît clair que le liquide épanché est la cause positive du chevrotement de la voix.

Que devient le retentissement vocal dans les grands épanchements ? Il disparaît. Nous disons alors que la voix est *lointaine ;* c'est-à-dire que nous la sentons s'échapper au dehors par la bouche du malade, sans retentir dans le thorax, où l'air ne pénètre plus.

Dans les cas d'incertitude et en toute circonstance, il est un signe de l'épanchement trop négligé, même aujourd'hui, que plusieurs observateurs ont fait ressortir son importance : c'est le défaut de *vibration thoracique à la palpation, au niveau de l'épanchement.* Longtemps avant que Casimir Broussais en eût fait l'objet d'un mémoire offert à l'Académie, je professais que ce signe est le meilleur de tous et supplée tous les autres ; mais il manque dans certains cas. M. Monneret s'est livré à de savantes disquisitions pour déterminer les conditions physiques de sa production ; mais je crois avoir résolu la difficulté d'une manière fort simple et très-naturelle. Je pose donc en loi que la *vibration thoracique manque dans l'état sain lorsque les sujets sont doués de la voix de fausset ou de la voix de tête ;* en d'autres termes, lorsque la voix ne vibre pas dans le thorax. En effet, ce signe manque chez les femmes, chez les enfants et chez les hommes de qui la voix est analogue à la leur. Tous les jours nous vous produisons la vérification de cette théorie, qui, dès le premier instant, s'est offerte à mon esprit, sans que je me doutasse avoir fait une découverte. Aussi, puis-je vous dire *à priori :* là nous aurons de la vibration thoracique ; là nous n'en aurons pas. On sait que ce signe s'obtient en plaçant une main à plat de chaque côté du thorax, en arrière et en bas, au niveau de l'épanchement, et en faisant parler (compter) le malade. Le côté qui vibre est le côté sain ; celui qui ne vibre pas est presque infailliblement le siége d'un épanchement. Je dis presque, car

par une cause quelconque l'air ne pénétrant pas dans un poumon, sain d'ailleurs, la vibration n'aurait pas lieu, cela va sans dire.

L'ampliation du thorax, l'écartement des côtes, sont de bons signes sans doute, mais de peu d'utilité, parce qu'ils manquent au début, alors qu'on est appelé à poser un diagnostic qui, plus tard, est assez clair pour se passer de ces signes. L'immobilité du thorax est commune à la pleurésie et à la pneumonie douloureuse.

De ces considérations diagnostiques, il résulte que les signes les plus importants, les plus expressifs de la pleurésie, ou plutôt de l'épanchement liquide, sont d'abord l'absence de vibration thoracique (lorsqu'il y a voix de poitrine), puis l'égophonie. Avec ces deux signes nous pouvons presque toujours nous passer de tous les les autres, et nous y recourons d'emblée lorsque nous voulons établir ce que j'appelle le diagnostic *expéditif*, pratique, par opposition au diagnostic *méthodique* ou classique, qui réclame plus de temps, puisqu'il se compose de la constatation successive de tous les symptômes. Néanmoins il convient toujours de réunir tous les éléments d'élucidation, et la chose est indispensable dans les cas obscurs, qui sont plus nombreux qu'on ne le croit généralement.

La pleurésie est une des maladies dont le traitement fait le mieux ressortir l'importance de la doctrine des éléments. Les classiques sont dans l'usage d'exposer le traitement de la pleurésie *in globo*; mais la moindre réflexion fait ressortir la nécessité d'y distinguer au moins deux éléments : l'*inflammation* et l'*épanchement*. Il est vrai que fréquemment, surtout à l'état aigu, lorsque l'inflammation est conjurée, l'épanchement disparaît *ipso facto*. Mais il arrive assez souvent que l'épanchement survit à l'inflammation, et que l'on continue à combattre celle-ci tant que l'épanchement persiste, au lieu d'attaquer directement ce dernier. Heureusement que les moyens dirigés contre l'inflammation ont aussi, pour la plupart, une action propre contre l'épanchement, et réciproquement; ainsi la saignée, les vésicatoires, les mercuriaux, etc. Néanmoins il est toujours bon de savoir se rendre compte de ce qu'on doit faire et de ce qu'on fait.

L'inflammation pleurale a pour caractère la douleur de côté, le trouble de la respiration, la toux sèche et douloureuse, la chaleur de la peau, et surtout la fièvre. Les signes fournis par la percussion et l'auscultation sont complémentaires et significatifs sans doute; mais, en réalité, ils caractérisent essentiellement non pas l'inflammation, mais l'épanchement. En effet, que celui-ci soit inflammatoire ou non, il se décèle toujours par la matité, le souffle plus ou moins doux, l'égophonie ou la voix lointaine, le défaut de vibration thoracique, etc. Or il importe de savoir quand les éléments inflammation et épanchement coexistent, et quand, l'inflammation n'existant plus, l'épanchement persiste seul. Eh bien, l'inflammation persiste tant que se produisent les symptômes que nous avons rattachés à cet élément. Lorsqu'il n'y a plus de dou- [illegible] tombée, et que l'épanchement existe seul, ou du moins constitue dès lors l'élément prédominant.

Il sera donc rationnel d'insister sur les antiphlogistiques, directs ou indirects, tant que persisteront quelques-uns des symptômes du premier groupe; après quoi, il conviendra de passer aux moyens dirigés spécialement contre l'épanchement, si celui-ci persiste. Ainsi, dans l'état aigu, l'on débutera par les saignées générales et locales, les émollients et la diète jusqu'à cessation de la douleur et de la fièvre. Celles-ci dissipées, ce qui a lieu d'ordinaire assez promptement, on en viendra aux vésicatoires, que ne contre-indique plus la vivacité de l'inflammation, et qui même peuvent servir à résoudre une inflammation mitigée, mais qui s'adressent surtout à l'épanchement. Il en est de même des onctions mercurielles sur le thorax, des purgatifs, etc.

Que si, l'inflammation étant tombée depuis longtemps, l'épanchement persiste, tout le monde s'accorde à considérer celui-ci comme constituant l'élément essentiel, le corps de la maladie actuelle, et à le combattre directement par les révulsifs répétés ou permanents, cutanés ou intestinaux, les diurétiques, les mercuriaux, les iodés, et finalement la paracentèse, dont on a, selon nous, exagéré l'innocuité, et dont l'excès de la dyspnée nous paraît seule autoriser l'application. Quant aux effets merveilleux des injections iodées, nous y croirons lorsqu'on nous aura démontré que l'iode a le privilége innocent de tarir l'exsudation séreuse, et de ramener *illico* le poumon comprimé et bridé par de solides fausses membranes en contact avec les côtes, double effet que l'iode peut hâter, je ne le nie pas absolument, mais qui réclame plus de temps que ne l'ont prétendu certains enthousiastes.

Parmi les éléments secondaires de la pleurésie, il en est quelques-uns qui peuvent revêtir une importance majeure. Ainsi la *douleur*, qui lorsqu'elle est très-vive, peut et doit être combattue directement par les saignées locales, les vésicatoires, et surtout par les sédatifs. Il peut même arriver qu'en étouffant la douleur on enraye immédiatement la pleurésie elle-même. Ainsi Sarcône (*Maladies de Naples*) dit avoir jugulé des pleurésies douloureuses au moyen de l'opium; et nous le croyons facilement, comme nous l'avons déjà dit dans notre *Clinique de l'opium* (*Bulletin de thérapeutique*, 1855.) Il en est peut-être ainsi de la *toux*. Si la *fièvre* persistait, on pourrait la combattre avantageusement par la digitale, qui est en même temps diurétique et indiquée par l'épanchement.

La *suppuration* est tout à la fois un symptôme et un élément thérapeutique formidable. Nous ne savons d'autre moyen de la conjurer qu'en combattant vigoureusement la pleurésie au début. On a lieu de la supposer lorsque la fièvre persiste opiniâtrément et passe à l'état hectique. La gravité du cas autoriserait peut-être ici, par elle-même, l'emploi de la paracentèse et les injections iodées : *in extremis morbis extrema remedia; meliùs est anceps remedium adhibere quàm nullum*. Préceptes qui sont en opposition avec un autre non moins sage, ou du moins plus prudent, à savoir qu'il vaut mieux que le malade meure de sa maladie que de nos remèdes. C'est affaire de tact et de courage.

Puissiez-vous trouver que ces considérations sur la pleurésie sortent de l'ornière commune et méritent l'attention que j'ai réclamée pour elles. Elles prouvent du moins qu'en fait de pratique il y a presque toujours à glaner, même dans les voies les plus fréquentées.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. MAISONNEUVE.

Applications d'une nouvelle espèce de suture dite en broche.

OBS. I. — *Bec-de-lièvre compliqué chez un enfant de deux jours. — Opération. — Suture en broche. — Guérison parfaite.*

Nous avons exposé dans la *Revue clinique* (n° du 18 octobre) le nouveau mode de suture imaginé par M. Maisonneuve pour faciliter la réunion immédiate de toutes les plaies, quelles que soient l'épaisseur et la rigidité de leurs lèvres. Voici quelques observations recueillies dans son service par M. Gauthiez, un de ses élèves internes; ces observations suffiront pour donner une idée de cette nouvelle suture et de ses applications.

Le 16 septembre, M. Maisonneuve fut consulté pour une petite fille de deux jours, affectée d'un bec-de-lièvre du côté gauche, avec division complète de la narine correspondante, de la voûte palatine et du voile du palais. Son avis, ainsi que celui de M. le docteur Fleurquin (de Soissons) et de M. Nonat, fut qu'il était opportun de pratiquer l'opération, et le lendemain (17 septembre) il y procéda de la manière suivante :

Avec la pointe du bistouri, M. Maisonneuve détacha d'abord largement la portion gauche de la lèvre et l'aile du nez correspondante de leurs adhérences à l'os maxillaire supérieur. Saisissant ensuite avec une pince à griffes l'angle arrondi de la solution de continuité, il transperça les tissus de la lèvre à trois millimètres de son bord libre et à deux millimètres de son bord interne; puis, en incisant de bas en haut, il détacha sur toute la longueur de ce bord interne un lambeau mince qui ne conservait ainsi d'adhérence qu'en bas. Du côté droit, il fit une manœuvre semblable, sans opérer toutefois de décollement préalable de cette portion de la lèvre.

Renversant en bas les deux lambeaux de manière à les mettre en contact par leur face saignante, il les traversa à leur base par une épingle fine sur laquelle il jeta un fil. Celui-ci fut confié à un aide, avec mission d'exercer une traction modérée pour tendre les tissus. Trois autres épingles furent ensuite placées successivement de haut en bas; la première au niveau de l'aile du nez, la deuxième à 1 centimètre au-dessous, et la troisième au niveau des angles formés par le renversement des lambeaux. M. Maisonneuve n'avait point encore pris ses dispositions pour l'application de la suture en broche, et pour le moment il se contenta de la suture entortillée; mais le lendemain, il enleva les fils et leur substitua des serres-fines à mors plats et percés d'un trou. Elles restèrent en place jusqu'à la fin du troisième jour. Les épingles ne furent enlevées qu'à la fin du quatrième. Depuis lors la réunion ne s'est pas démentie; le nez a repris sa forme régulière, et la bouche présente un modelé parfait. Il reste seulement sur le bord libre de la lèvre un petit tubercule que le temps fera disparaître.

OBS. II. — *Plaie transversale du cou avec division de la base de la langue. — Suture en broche. — Guérison.*

G..., âgé de quarante ans, fut amené à la Pitié le 28 août pour y être traité d'une horrible blessure au cou. Dans un violent accès de jalousie conjugale, cet homme avait frappé sa femme de plusieurs coups de tranchet, et s'était ensuite coupé la gorge. L'instrument avait divisé transversalement les parties molles dans une étendue de plus d'un décimètre, immédiatement au-dessus de l'os hyoïde, dont il avait entièrement séparé la base de la langue: il en résultait une énorme ouverture communiquant avec le pharynx, et à la partie inférieure de laquelle on voyait l'épiglotte et l'orifice supérieur du larynx.

Pendant trois semaines, M. Maisonneuve ne fit aucune tentative pour réunir cette plaie, et le malade fut alimenté au moyen de la sonde œsophagienne introduite par la narine droite et laissée à demeure. Mais quand les premiers accidents de cette grave blessure furent entièrement conjurés, M. Maisonneuve pensa qu'il était temps d'en rapprocher les bords, dont l'écartement était de plus de 4 centimètres. Cet écartement énorme, et surtout l'extrême résistance des tissus à mettre en contact, étaient autant de conditions défavorables à l'application des sutures. M. Maisonneuve n'en résolut pas moins d'essayer, dans cette circonstance difficile, la puissance de la suture en broche. Il passa donc à travers les lèvres de la plaie cinq aiguilles munies de leurs coussinets de diachylon, et les fixa avec autant de serres-fines de grande dimension.

Le résultat de ce mode de réunion fut des plus remarquables. Immédiatement après l'application de la suture, le malade, qui était aphone, et chez lequel la déglutition était impossible, recouvra subitement la parole et la faculté d'avaler les aliments. La sonde œsophagienne fut dès lors supprimée, et depuis ce moment le malade est dans les meilleures conditions; la plaie n'est pas encore cicatrisée, mais les lèvres sont exactement maintenues depuis huit jours, sans que les tissus souffrent de la pression exercée par les serres-fines.

Il a été transféré à Mazas après avoir subi un interrogatoire.

OBS. III. — *Blépharoplastie. — Emploi de la suture en broche.*

Ce malade est un homme de trente ans, qui depuis plusieurs années était affecté d'une adhérence de l'œil à la paupière inférieure en même temps que d'un abaissement de cette paupière, consécutifs à une brûlure profonde qu'il avait éprouvée.

Déjà ce malade avait été soumis, à l'hôpital Lariboisière, à diverses opérations ayant pour but de détruire l'adhérence du globe de l'œil et de relever la paupière. Le malade ignore les procédés qui furent mis en usage; toujours est-il que le but ne fut nullement atteint.

M. Maisonneuve commença par exciser un relief disgracieux que la dernière opération avait laissé sur la joue. Deux jours après, le 25 août, il opéra l'ankylo-blépharon par le procédé si ingénieux et si efficace de M. Laugier, c'est-à-dire qu'après avoir détaché du globe oculaire le tissu cicatriciel adhérent, il le renversa de haut en bas pour former la face interne de la paupière, en ayant soin de le fixer par deux points de suture au fond du sillon palpébral.

Cette première opération ayant parfaitement réussi, M. Maisonneuve s'occupa de restaurer la paupière inférieure au moyen de l'autoplastie. Pour cela, il fit d'abord parallèlement au bord ciliaire une incision profonde, qui permit de le relever dans sa position normale. Il tailla ensuite sur la région temporale un lambeau de 6 centimètres de long sur deux de large, et le renversa par un quart de rotation pour former la face externe de la paupière. Il le fixa en dedans, en haut et en bas au moyen de la suture simple; mais la plaie de la tempe fut rapprochée par six points de suture en broche.

Dès le surlendemain on put enlever cinq des serres-fines. La dernière fut supprimée le quatrième jour. La cicatrisation était complète.

Aujourd'hui, huit jours se sont écoulés depuis l'opération, et la guérison peut être considérée comme définitive.

DYSMÉRORRHÉE HYSTÉRALGIQUE

traitée avec succès par le chloroforme gélatinisé,

Par M. LOSADA.

Mlle de N..., âgée de vingt-deux ans, d'un tempérament nerveux bien accentué, passionnée pour la littérature, fut réglée à quatorze ans. La menstruation s'établit d'une manière régulière et sans autre incommodité que quelques douleurs passagères, qui se faisaient sentir à l'hypogastre au début de chaque époque.

A l'âge de vingt ans, Mlle de N..... remarqua que le flux menstruel se montrait tantôt en avance, tantôt en retard de quelques jours, mais constamment moins abondant et toujours accompagné de douleurs et de divers phénomènes spasmodiques qui rendaient chaque période menstruelle excessivement pénible. Ses souffrances s'aggravèrent encore l'année suivante. Les règles apparaissaient soudain ou peu à peu avec de violentes douleurs hypogastriques, de la tension dans les aines et des coliques qui occupaient différents points de l'abdomen, la zone ombilicale en particulier. Puis il s'y joignit une gastralgie intense, avec nausées et vomituritions. Dans cet état, l'estomac ne pouvait tolérer aucun médicament.

La dysménorrhée s'accompagna plusieurs fois de convulsions hystériques, de céphalalgie temporale et de palpitations de cœur. Malgré ces désordres nerveux, la peau conservait sa température et le pouls son rhythme normal. Il s'écoulait une petite quantité d'un sang pâle qui colorait à peine le linge.

La compression de l'abdomen, exercée par la malade avec ses mains, diminuait les douleurs, qui ne disparaissaient entièrement qu'avec l'époque menstruelle.

On employa tour à tour et sans succès une foule de moyens : l'opium associé à l'éther, le camphre, la teinture de gayac préconisée par Dowes, l'assa-fœtida et le castoréum, les bains de siége tièdes, le repos, etc. C'est alors que M. Losada songea à produire, à l'époque suivante, l'anesthésie de l'utérus à l'aide du chloroforme gélatinisé, suivant le procédé de M. Aldir, second pharmacien de l'hôpital général de Madrid. Voici comment il procéda à l'emploi de ce moyen; l'époque menstruelle étant arrivée et se présentant avec des douleurs utérines et lombaires et des tiraillements dans les aines et à la partie interne des cuisses :

La malade placée comme pour l'opération de la taille, M. Losada introduisit le spéculum et fit des frictions répétées sur le col utérin pendant huit minutes, avec un pinceau de charpie chargé de chloroforme gélatinisé; puis il y plaça un gros tampon de charpie, couvert d'une couche épaisse de la même préparation et retira doucement le spéculum. Bientôt l'hystéralgie cessa complétement, et la malade put goûter un sommeil tranquille, ce qui ne lui était arrivé dans aucune des attaques antérieures. Les phénomènes spasmodiques, les douleurs, les coliques, la gastralgie, etc., ne reparurent point. M. Losada prescrivit néanmoins quelques bains de siége prolongés dans l'eau tiède, pour maintenir le résultat obtenu par le chloroforme. Les règles furent abondantes et faciles et s'accompagnèrent d'un sentiment de bien-être indéfinissable. Mademoiselle de N... voyagea pendant deux mois sans rien ressentir; la menstruation se présenta chaque fois franche et régulière; la guérison fut complète.

Telle est, en résumé, l'observation rapportée par la *Chronica de los Hospitales* du 24 août. Elle mérite de fixer l'attention, parce qu'elle présente l'application thérapeutique d'une préparation, d'une forme nouvelle du chloroforme, et qu'elle se réunit aux quelques faits publiés déjà par M. Espina sur l'expérimentation de cet éther gélatinisé dans plusieurs cas de rhumatisme musculaire non fébrile. La gélatinisation du chloroforme fournit une préparation homogène et consistante, qui se prête à l'application topique avec la même facilité qu'une pommade quelconque, et qui semble, par sa fixité, par son état de cohésion, destinée à lever toutes les difficultés de l'anesthésie locale.

Il ne nous est pas permis d'établir actuellement si le médicament, sous cette forme nouvelle, vaut mieux ou même égale thérapeutiquement le chloroforme liquide. Des expériences sur ces points si importants ont commencé en Espagne; elles se poursuivent. En attendant les résultats définitifs, nous tiendrons nos confrères au courant des épreuves thérapeutiques dont les médecins espagnols ont pris l'initiative, et qu'ils continuent seuls, car nous

ne connaissons encore aucun fait expérimental émané d'un autre pays, pas même d'Italie, où M. Ruspini (de Turin) a appelé l'attention sur la gélatinisation du chloroforme avant que M. Aldir eût publié ses recherches sur le même sujet.

(*Revue de thérap.*)

DE L'ACTION DE L'HUILE DE CHÈNEVIS

sur la sécrétion mammaire,

Par M. Coutenot.

M. le docteur Coutenot (de Besançon) préconise l'huile de chènevis, obtenue par expression et appliquée chaude sur les seins, en fomentations, en onctions, en frictions, dans les cas où il importe de diminuer la sécrétion lactée chez les nourrices.

L'auteur rapporte plusieurs observations dans lesquelles on voit l'action de ce topique se produire avec une rapidité qui tient du merveilleux.

Voici les conclusions de M. Coutenot :

1° L'huile de chènevis nous a paru diminuer toujours, arrêter quelquefois la sécrétion mammaire, remédier sûrement aux engorgements laiteux, et pouvoir prévenir certains accidents inflammatoires consécutifs sans avoir aucune prise sur ceux-ci lorsqu'ils se développent; cette action est prompte.

2° L'huile de chènevis doit être récente, obtenue par expression, sans odeur marquée à froid; il convient de l'employer chaude, en embrocations abondantes, toutes les deux ou trois heures; les seins doivent ensuite être recouverts de ouate.

3° L'extrême prudence conseille de surveiller l'effet trop rapide sur la sécrétion et d'associer à son emploi un révulsif intestinal ou une dérivation sudorale à la peau.

(*Ann. méd. de la Flandre occid.*)

UN ENFANT A DEUX FACES.

On montre en ce moment au bazar du Pringe-Régent, dans Regent street, un des plus étranges de ces *lusus naturæ* qui se présentent à l'étude des médecins. Nous voulons parler d'un enfant algérien, âgé de treize ans, dont la moitié du visage, parfaitement blanche et couverte d'une longue chevelure, est située au-dessous du menton. Il est fils d'un officier français, établi à Alger. Sa mère, Grecque d'origine, est morte, dit-on, d'épouvante en voyant le monstre qu'elle venait de mettre au jour. L'enfant déploie une vive intelligence et ne semble pas trop étranger à ceux qui le visitent.

(*The medic. Circular.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 octobre 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans les départements du Cantal, des Pyrénées-Orientales, d'Eure-et-Loir, de la Haute-Saône, de la Haute-Marne, du Loiret, de la Somme et du Gard. (Commission des épidémies.)

2° Le rapport de M. le docteur Debrest, médecin inspecteur des eaux minérales de Châteldon (Puy-de-Dôme), sur le service médical de cet établissement en 1854. (Commission des eaux minérales.)

3° Les tableaux des vaccinations pour 1855 dans les départements du Cantal et du Gers. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Morel (d'Auteuil) adresse une observation sur un cas d'hydrophobie développée chez un enfant de cinq ans. (M. Renault, rapporteur.)

— M. le docteur Girardet (de Tours) adresse un mémoire sur l'exfoliation de la muqueuse utérine chez la femme et dans quelques animaux domestiques. (Commissaires : MM. H. Bouley et Depaul.)

— M. le docteur Bouchard, médecin en chef de l'hôpital de Saumur, adresse deux observations, un cas de kyste ovarique et un cas d'hydropisie ascite, tous deux suivis de mort après l'emploi des injections iodées. (Commissaire : M. Barth.)

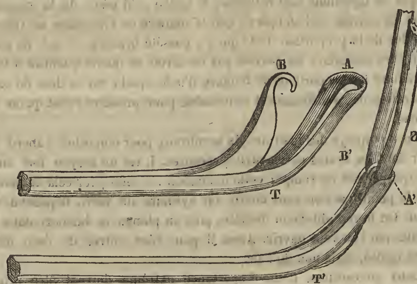
— M. H. Muller, professeur à Wurtzbourg, adresse à l'Académie, d'après l'invitation de M. Malgaigne, le résumé d'un travail sur la cataracte capsulaire. (M. Malgaigne, rapporteur.)

Instrument destiné à extraire les sondes élastiques de la vessie.— M. J. Charrière présente à l'Académie un instrument imaginé par M. le docteur Aug. Mercier pour extraire de la vessie les sondes élastiques et autres corps flexibles. Cet instrument ressemble au brise-pierre courbe.

Le mors de la branche femelle est fenêtré complétement, comme dans le brise-pierre de M. Charrière père; mais la petite lame qui borde la fenêtre, au lieu d'être sur le bec même, se trouve à sa face dorsale près de leur extrémité; les lames latérales sont un peu plus écartées que dans le reste de leur étendue, et leur bord antérieur se confond avec le bord terminal en s'arrondissant.

Le mors de la branche mâle est près de son extrémité, beaucoup plus mince que la fenêtre n'est large; mais il a une grande force d'avant en arrière; ce qui le caractérise surtout, c'est sa face prenante, qui est contournée en S.

Voici ce qui arrive quand on a saisi en travers un corps flexible : à mesure que le talon de cette branche s'engage dans la fenêtre, le corps glisse entre les mors, qui sont parfaitement polis, et remonte jusqu'au crochet terminal. Là il se trouve arrêté, et, si l'on continue de presser, il se fléchit et s'engage entre les lames de la branche femelle, en même temps que ses extrémités se dirigent en avant et en haut. On voit que dans l'extraction le volume du corps étranger ne se surajoute en aucun cas à celui de l'instrument, que le premier est presque dans l'axe du second, qu'en tous cas il y est facilement amené en traversant le col de la vessie, et que, s'il tend à frotter contre une paroi du canal, c'est contre l'antérieure, où il ne se trouve rien d'essentiel à ménager.



Description de la figure. — A, bec fenêtré comme les brise-pierre ordinaires vu ouvert; A, vu fermé.

B, crochet en S pour accrocher la sonde vu ouvert; B, vu fermé.

S, sonde saisie par le bec de l'instrument pour être amenée au dehors.

Fièvre jaune. — M. le docteur Auguste Pellarin, chirurgien de 1re classe de la marine à la Guadeloupe, adresse un travail qui a pour titre : *Mémoire sur les cas de fièvre jaune épidémique fournis par la frégate l'*Iphigénie *du 5 au 23 janvier 1856, et traités à l'hôpital du camp Jacob, suivi de considérations nosologiques sur cette maladie.*

Les faits observés par l'auteur sont au nombre de 30, qu'il divise en deux catégories : cas graves, 22; légers, 8. La mortalité a été de moitié pour les premiers cas, nulle pour les seconds.

La fièvre jaune, suivant M. Pellarin, *n'est pas une fièvre*, *mais une maladie pestilentielle.* Il rapporte deux observations qui lui semblent concluantes à cet égard, en ce que les deux malades qui en font l'objet n'ont point éprouvé de mouvement fébrile, n'ont jamais eu plus de 80 pulsations à la minute, et ont cependant succombé après avoir offert les symptômes pathognomoniques de la fièvre jaune, notamment les vomissements noirs, la teinte ictérique de la peau et l'exsudation sanguine buccale.

Relativement aux causes, M. A. Pellarin constate que les premiers cas se sont déclarés à bord de l'*Iphigénie* lorsque la frégate se trouvait sur la rade de Saint-Pierre (Martinique), où régnait alors une épidémie de fièvre jaune. Comme il arrive presque toujours, les hommes retenus par leurs occupations dans les parties inférieures du navire ont fourni proportionnellement plus de malades et de victimes. Néanmoins les exhalaisons de la cale, toutes nuisibles qu'elles sont, surtout en temps d'épidémie, ne sauraient rendre raison de l'existence de celle-ci. La cause *nécessaire et suffisante* de la fièvre jaune est *spécifique*. Il est évident, continue M. Pellarin, que cette maladie n'est pas produite par des modificateurs hygiéniques qui sont de tous les temps et de tous les lieux, ou qui ont du moins une existence beaucoup plus générale que la sienne.

La cause essentielle de la fièvre jaune reste encore inconnue. Toutefois, ajoute l'auteur, des recherches récentes autorisent à penser que cette cause, comme celle des autres maladies épidémiques, réside dans les principes organiques de l'air devenus par altération corps catalytiques. Ces principes altérés ou miasmes agissent en vertu de la propriété qu'ont les corps catalytiques de déterminer dans les liquides organiques avec lesquels ils sont mis en contact un état moléculaire semblable au leur.

Par mesure prophylactique, une partie de l'équipage de l'*Iphigénie* fut envoyée au camp Jacob situé à 545 mètres au-dessus du niveau de la mer, et dès lors cette fraction de l'équipage fut complétement préservée, tandis que l'épidémie continuait sur la frégate. Quitter les foyers d'infection, s'éloigner du rivage en distance et en hauteur sont des conditions de préservation qu'il faut réaliser autant que possible.

Dans la dernière partie de son travail, M. A. Pellarin insiste sur les analogies qui unissent la fièvre jaune aux maladies pestilentielles, et sur les différences qui la séparent des fièvres. (Commissaires : MM. Mélier et Gérardin.)

— M. Velpeau présente, à l'occasion de la correspondance, un mémoire de M. Gély (de Nantes) relatif aux ponctions prématurées des bubons et des engorgements lymphatiques en général. M. Gély établit dans ce mémoire que depuis 1852 il a eu souvent recours à cette méthode, et qu'il en a généralement retiré de bons effets. L'auteur rapporte un grand nombre d'observations qui paraissent concluantes. M. Velpeau demande le renvoi du travail de M. Gély à la commission chargée d'examiner la communication de M. Broca sur le même sujet.

— M. le président informe l'Académie que, conformément à une décision du conseil d'administration, deux membres seront adjoints à la commission chargée de faire un rapport en réponse à la lettre du ministre relative à la classification des causes des décès. MM. Beau et Roche sont adjoints à la commission.

RAPPORT.

Appareil pour la préparation de l'eau acido-carbonique. — M. Guérard, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture d'un rapport officiel sur un appareil destiné à la préparation de l'eau acido-carbonique.

M. le rapporteur propose, au nom de la commission, de répondre à M. le ministre que l'appareil de M. C... pour la préparation sur table de l'eau gazeuse paraît remplir toutes les conditions désirables.

Une discussion, à laquelle prennent part MM. Gaultier de Claubry, Boullay, Guibourt, Londe et quelques autres membres, s'engage au sujet de cette conclusion. A la suite de cette discussion, M. le secrétaire perpétuel propose à M. le rapporteur d'ajouter à la conclusion une phrase de réserve qui réponde aux objections qui ont été faites par plusieurs membres.

M. le rapporteur soumet à l'Académie une nouvelle rédaction de la conclusion, ainsi conçue :

L'appareil de M. C... pour la préparation de l'eau gazeuse paraît remplir toutes les conditions désirables, sans cependant offrir des qualités qui le rendent préférable à d'autres appareils auxquels l'Académie a précédemment accordé son approbation.

Ces conclusions sont adoptées.

Kystes de l'ovaire. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les kystes de l'ovaire. La parole est à M. Piorry.

DISCUSSION.

M. Piorry. Pendant sept ans que j'ai été attaché à l'hospice de la Salpêtrière et dans les nombreuses années pendant lesquelles j'ai été depuis médecin de la Pitié ou de la Charité, j'ai eu des occasions très-fréquentes d'examiner avec soin la structure des ovaires; j'ai maintes fois constaté :

1° Que ces organes sont très-souvent malades;

2° Que dans beaucoup de cas les lésions qui y existent sont accompagnées d'augmentation de volume;

3° Que cette augmentation de volume, à l'état chronique, est liée à des lésions dissemblables;

4° Que les plus simples et les plus ordinaires de ces lésions sont des kystes;

5° Que ces *ovarokysties* ne sont en général que des lésions et des distensions des vésicules de Graaf, circonstance qui fait que les kystes sont bien plus fréquents dans les ovaires que dans les autres organes;

6° Que les parois de ces *ovarocélies* sont parfois très-minces et ont une structure membraneuse;

7° Que souvent aussi, surtout après des ponctions réitérées, les parois dont il s'agit sont très-épaisses et constituées par des dépôts ou des accumulations de fibrine, d'albumine coagulée ou offrant des degrés de consistance ou des nuances de coloration très-variables;

8° Que souvent les parois des ovarocélies sont ossifiées ou crétacées;

9° Que les liquides enfermés dans ces kystes sont fréquemment analogues à ceux que l'on trouve dans l'hydro-péritonie simple;

10° Que parfois ces liquides sont très-limpides et ne contiennent pas d'albumine;

11° Que la sérosité ovarique peut être mélangée de sang qui, alors qu'il a été depuis longtemps épanché, présente une coloration noirâtre et teint le liquide et les couches pariétales du kyste de diverses façons;

12° Que dans quelques ovarocélies on rencontre du pus.

Ainsi que la plupart des auteurs, j'ai encore remarqué :

1° Que très-souvent les ovarokystites sont multiples;

2° Qu'on les voit souvent en masses très-nombreuses dans une seule tumeur;

3° Qu'alors elles présentent entre elles des différences de développement qui peuvent être telles qu'il y en ait de grosses comme un petit pois, tandis que d'autres ont une contenance de 15 kilogrammes de liquide;

5° Que souvent la sérosité contenue dans un kyste est analogue à celle que renferment les autres tumeurs congénères, et qu'ailleurs le contraire a lieu;

5° Que le développement d'un de ces kystes n'empêche pas l'accroissement simultané des autres;

6° Que la ponction réitérée d'une tumeur de l'ovaire très-volumineuse ne met aucun obstacle à l'accroissement des autres ovarocélies;

7° Que souvent la structure de la paroi d'un kyste ovarique est différente de celle des autres tumeurs du même genre coexistantes.

Ces kystes forment par leur accroissement, leur réunion, leur extension, des masses volumineuses, souvent bosselées, arrondies, inégales, diversement consistantes ou élastiques sur leurs divers points, et qui, refoulant les viscères dans tous les sens, les écartant des parois abdominales, quelquefois retenant des anses d'intestins entre la tumeur et l'enveloppe du ventre, intervertissent les rapports naturels entre les organes, portent le diaphragme en haut et diminuent ainsi l'espace où le cœur et les poumons doivent fonctionner.

Tantôt ces tumeurs sont mobiles, d'autres fois elles sont adhérentes, soit aux parois, soit aux intestins, qu'elles fixent sur des points où des imprudents, inhabiles à la pratique du plessimétrisme, pourraient les perforer de part en part alors qu'ils croiraient ouvrir le kyste ovarique.

Voici les principales conséquences physiologiques de ces dispositions anatomiques :

1° A l'état initial, peu volumineuses, les ovarocélies, dans la très-grande majorité des cas, ne troublent guère la santé que par une exagération des états névropathiques dont les ovaires malades sont fréquemment les points de départ; de là, dans beaucoup de cas, des symptômes dits hystériques.

2° Parvenues à une dimension considérable, c'est le plus souvent par compression qu'elles donnent lieu à des accidents assez sérieux pour que l'on puisse penser à des opérations chirurgicales; tels sont les difficultés de la respiration et la gêne de la circulation, la dilatation et l'hypertrophie du cœur, l'hydropéritonie et l'œdème des extrémités inférieures par suite de la compression des veines porte et cave inférieure; des vomissements par suite de l'obstacle à l'accumulation des aliments; la gêne apportée au cours des matières et des gaz dans l'intestin; des compressions de troncs ou de plexus nerveux déterminant des douleurs parfois excessives, etc., etc.

Il était naturel que les médecins modernes, ayant à leur disposition des moyens de diagnostic positifs, et pouvant déterminer pendant la vie les états anatomiques que les tumeurs de l'ovaire présentent, fissent de courageuses tentatives pour remédier à de pareilles souffrances. Mais pour que ces tentatives fussent couronnées de succès, pour que la science pût poser des règles pratiques, il ne fallait pas se borner, comme on l'a fait le plus souvent, à faire de la généralisation et de la statistique des tumeurs des ovaires considérées en masse; il était urgent, au contraire, de particulariser les cas, de les déterminer, d'établir nettement les circonstances organiques de chaque fait, de se servir avec savoir et habileté de la palpation, du plessimétrisme, de l'orga-

nographisme, de l'analyse détaillée des symptômes, à l'effet d'asseoir, de fixer la diagnose des circonstances anatomiques et physiologiques dans lesquelles les malades se trouvaient placées.

Je dois chercher à préciser quelques-uns de ces cas, et à établir les données thérapeutiques qui s'y rapportent.

1° Les tumeurs de l'ovaire peu volumineuses et mobiles pourraient à la rigueur être excisées. Mais quel est le médecin qui se décidera à opérer alors que la lésion existante trouble à peine la santé, permet de vivre longtemps, et que l'opération aurait peut-être pour conséquence une péritonite?

2° Les ovarocélies ont-elles acquis le volume d'une orange, de la tête d'un enfant; sont-elles très-mobiles, non adhérentes; troublent-elles par compression les fonctions des organes voisins; la palpation, le plessimétrisme prouvent-ils que des anses intestinales n'y sont pas fixées, alors on pourra à la rigueur tenter l'excision. Mais pour cela il faudra avoir une audace américaine; et, bien que je n'admette aucune séparation dans la pratique entre la chirurgie et la médecine, j'avoue que je laisserais à d'autres mains le soin de pratiquer une telle opération.

3° Ces tumeurs sont-elles bien constatées comme des kystes; la matité y est-elle absolue; touchent-elles aux parois; est-il possible par le caustique, par des ponctions avec le trocart effilé ou par des instruments spéciaux de les fixer et de les rendre adhérentes, alors ponctionnez largement; n'oubliez pas les beaux faits recueillis par M. Boinet; injectez de la teinture d'iode, de l'alcool, et espérez que le succès couronnera votre tentative hardie mais consciencieuse.

4° Dans les cas dont il s'agit comme dans les kystes ovariques plus volumineux, il faut encore avoir égard à l'épaisseur des parois. En effet, quand elles sont minces les chances de réussite par les injections d'iode sont beaucoup plus grandes, et ces chances sont bien faibles alors que les enveloppes de l'ovarocélie sont épaisses, consistantes, et formées par des tissus divers ou par des substances fibrineuses ou même crétacées.

5° Les kystes ovariques très-volumineux, et qui causent des accidents de compression dangereux ou mortels, doivent être ponctionnés, qu'ils se trouvent ou non adhérents aux parois abdominales. Cette ponction palliative est depuis longtemps employée; je l'ai vu suffire pour faire vivre plusieurs années de pauvres femmes qui périssaient par suite des progrès incessants de la tumeur. Les injections avec l'alcool et l'iode sont sans doute applicables aux grands kystes à parois minces; je doute qu'il en soit ainsi pour les ovarocélies kystoïdes à parois très-épaisses. Depuis longtemps j'ai proposé, comme M. Demarquay, de pratiquer d'abord l'évacuation de la sérosité, et de n'avoir recours à l'injection que plus tard, et quand il y a une faible quantité de liquide dans la cavité dont les parois sont alors revenues sur elles-mêmes.

6° Quand il n'existe qu'un seul kyste volumineux, la ponction, l'injection sont encore indiquées; il en est ainsi quand il y en a plusieurs petits coïncidant avec un très-vaste; quand on en découvre deux ou trois de grande dimension, on peut les attaquer successivement. On peut même, comme je l'ai fait, perforer des cloisons de kystes en contact pour évacuer par la même ouverture extérieure le contenu des deux tumeurs. Mais quand il y a une multitude d'ovarokysties réunies en masse, il ne faut songer qu'à une ponction palliative; on doit alors renoncer à une curation définitive au moyen des injections alcooliques ou iodurées.

7° Quant à un grand kyste ovarique adhérent des productions solides, inégales, épaisses, la ponction est sans doute indiquée; on peut tenter encore les injections alco-iodurées, mais il faut peu y compter et ne songer guère qu'à la ponction palliative. Ces tumeurs solides seront parfois avantageusement modifiées par les douches, les frictions iodurées et même, dans certains cas, par une sorte de massage et la compression.

8° Il est de règle pratique de ponctionner le plus tôt possible tout kyste ovarique qui refoule considérablement les viscères du côté du thorax et menace d'hypoxémie; ceux qui compriment les veines porte ou cave inférieure et causent l'hydropéritonie et l'hydrethmie ou œdème des extrémités inférieures; ceux encore qui mettent obstacle à l'ingestion des aliments ou au cours des matières et des gaz, ceux qui abaissent très-douloureusement l'utérus, ceux qui occasionnent des souffrances atroces dues à la compression des plexus nerveux, etc.; ceux enfin qui, par l'abondance des liquides auxquels ils donnent naissance, produisent une hypémie extrême.

9° Un kyste ovarique rempli de pus sera ouvert, mais après que l'on aura provoqué des adhérences avec les parois abdominales; il faudrait, ce résultat obtenu, évacuer complétement le liquide soit par la ponction, soit par de larges incisions, laver, nettoyer la surface interne de la tumeur, puis faire des injections alco-iodurées et les répéter plusieurs jours de suite, tant que du pus s'écoulerait. Dans un cas de pyokystie ovarique énorme ouverte dans le rectum, des douches ascendantes vidèrent la tumeur, que l'on voulait ouvrir à l'extérieur; elles guérirent radicalement la jeune malade qui en était atteinte, et qui jouit d'une excellente santé depuis quinze ans que cette curation a eu lieu.

11° Les ovarocélies hydatidifères exigeraient de larges incisions sur des points adhérents, l'évacuation complète des entozoaires, puis des injections alco-iodurées.

Quelques réflexions relatives à la ponction des ovarokysties ne me paraissent pas ici dénuées d'utilité.

D'abord il me semble que l'évacuation des liquides, qu'il s'agisse ou non de grands kystes, doit être aussi complète que possible. Je ne vois pas pourquoi on ne débarrasserait pas les malades de la totalité des matières renfermées dans les tumeurs; j'ai toujours suivi cette pratique, et le plus souvent le succès au moins palliatif l'a couronnée.

Pour évacuer jusqu'à la dernière goutte le liquide contenu dans les kystes de l'ovaire et dans l'hydro-péritonie, il suffit (comme je l'ai proposé et mis en pratique en 1835) d'introduire dans la canule du trocart, au moment où la sérosité s'écoule avec peine et lenteur, une sonde de gomme élastique exactement de la dimension de la cavité de cette canule, puis de diriger l'extrémité de la sonde introduite vers les points déclives de l'abdomen ou vers ceux où il existe de la matité. Alors on abaisse l'ouverture de la sonde au dehors sur un niveau de beaucoup inférieur à sa partie opposée. On forme ainsi un siphon dont la courte branche est dans l'abdomen et la longue en dehors; de cette façon, comme cela est encore arrivé dans mon service le 22 octobre dernier, on évacue toute l'eau contenue dans la cavité anormale ou dans le ventre. Cette méthode est applicable à des kystes et d'autres cavités séreuses.

Les avantages attachés à l'évacuation complète des liquides contenus dans des membranes sont nombreux; si l'on veut, par exemple, employer les injections alco-iodurées, il arrive, s'il reste de la sérosité dans les cavités où l'on opère, que la matière de l'injection se trouve étendue de la proportion d'eau qui n'a pas été évacuée, et qui, ne pouvant être mesurée, ne permet pas de savoir en quelle quantité il faut introduire les proportions de teinture d'iode, quelle est la dose de concentration de ce médicament convenable pour produire l'effet qu'on en attend.

On a employé des instruments nombreux pour empêcher l'abord de l'air dans les kystes et les cavités séreuses. Il est un moyen fort simple qui permet de remplir cette indication : il suffit pour cela de placer sur le point que l'on veut ouvrir un cylindre de verre dépourvu de fond. On le remplit d'eau distillée, puis on plonge le bistouri dans la cavité que l'on veut ouvrir. Alors il peut bien entrer de l'eau dans cette cavité, mais non de l'air.

Deux précautions d'une importance extrême doivent être prises quand on veut éviter les suites fâcheuses de l'opération elle-même et prévenir la péritonite consécutive à la pénétration du liquide dans la séreuse abdominale.

La première de ces précautions est de percuter l'abdomen et la tumeur avec un soin extrême, et cela soit superficiellement ou profondément, soit faiblement ou fortement, de préciser les points où les diverses nuances de son et de résistance au doigt existent, de dessiner leurs limites avec le crayon, et de cette sorte on découvre bientôt de la manière la plus évidente s'il existe un ou plusieurs kystes, quels sont leurs rapports et leur forme, quelles sont leurs connexions avec les viscères et surtout on reconnaît à n'en pas douter, comme je l'ai vu si souvent, si une anse d'intestin se trouve située entre la tumeur et l'enveloppe abdominale.

Une seconde précaution dont il est urgent de tenir compte est d'avoir égard à la position que l'on fait tenir dans le lit à la malade que l'on vient d'opérer. Dans un cas de kyste ovarique énorme, il arrive qu'ayant pratiqué la ponction vers le flanc droit et sur un point où le plessimétrisme m'avait appris que la tumeur était en contact avec les parois, j'eus la mauvaise idée de faire placer l'opérée de telle sorte que l'ouverture qui venait d'être pratiquée correspondît à la partie déclive. Mon but était, dans cette occasion, de faire que le poids de la masse malade, en pressant sur le pourtour de la solution de continuité, empêchât l'évacuation du liquide qui pouvait suinter de la tumeur parfaitement vidée; j'espérais encore que la péritonite qui pourrait survenir serait circonscrite dans l'étendue de l'espace où le suintement s'opère à la partie déclive, et ainsi ne deviendrait pas générale. Deux jours après le péritoine s'enflamma dans une grande surface et la malade périt. Dans des cas ultérieurs, je m'y pris tout autrement : je pratiquai la ponction toujours sur le côté, je vidai complétement le kyste au moyen de la sonde-syphon, et après l'opération je fis placer l'opérée pendant vingt-quatre heures sur le côté opposé du corps; de cette façon il devint impossible que le liquide pénétrât dans le péritoine et y causât de l'inflammation. Depuis lors, j'ai constamment suivi la même pratique, et je n'ai vu que très-rarement des péritonites générales succéder à la ponction abdominale.

Bien que je n'aie pas pratiqué des injections de teinture d'iode dans les kystes ovariques, j'ai eu si souvent recours à ces injections dans des cas d'hydrocèles, de tumeurs enkystées des membres et même du poignet, dans des abcès par congestion (pyoïes étiostéïques), etc., j'en ai obtenu des effets si utiles et si extraordinaires, je les ai vues si innocentes, j'ai été si vivement impressionné par les nombreux faits publiés par M. Boinet et par d'autres, que je n'hésiterais pas, dans les cas précédemment énoncés et déterminés (et en employant les précautions que j'ai signalées) à avoir recours à cette médication.

Mes conclusions peuvent être ainsi formulées :

1° Il en est des tumeurs enkystées et des maladies de l'ovaire comme de toutes les autres affections. Elles ne peuvent être étudiées en masse et comme des unités morbides.

2° Ce sont les cas particuliers qu'il faut considérer dans tous leurs détails anatomiques, symptomatiques, étiologiques et thérapeutiques, et non pas des cas multiples réunis en tableaux statistiques de succès ou de revers qui, pris en masse et sans le détail anatomique minutieux de chaque fait partiel, exposent aux plus étranges déceptions.

3° Avant de songer à combattre par un moyen quelconque une ovarocélie, il faut appeler à son aide toutes les connaissances anatomiques et physiologiques, toutes les méthodes de diagnose matérielle telles que la palpation, le plessimétrisme, la fluctuation, l'auscultation, l'organographisme, à l'effet de déterminer le siége exact, la forme, le volume, l'épaisseur, les rapports de la tumeur soit avec les parois, soit avec les viscères; la présence des adhérences, l'unité ou la pluralité des kystes, l'épaisseur des parois, la nature des liquides contenus, etc. C'est de cette sorte qu'après avoir particularisé les cas, on arrivera à pratiquer non pas les injections d'iode comme un moyen banal et empirique, mais comme une excellente méthode dans des cas particuliers.

M. Gimelle. Les kystes de l'ovaire causent en général si peu d'accidents lorsqu'ils sont récents, ou qu'ils restent stationnaires sous un petit volume, que les femmes ne s'en aperçoivent, la plupart du temps, qu'à la grosseur qu'acquiert le ventre. Un certain nombre de ces kystes peuvent rester très-longtemps sans causer d'accidents. Pour mon compte, je connais 7 femmes qui portent des tumeurs enkystées de l'ovaire depuis 12, 18, 19 et 22 ans; la fille d'un célèbre oculiste, mort depuis longtemps, en porte un de la plus ancienne date.

Mais le plus souvent ces tumeurs acquièrent un volume considérable et gênent les fonctions, non-seulement des viscères du bas-ventre, mais encore des organes circulatoires et de la respiration.

C'est pour prévenir ces cas qu'il est important que la chirurgie vienne au secours de la nature. L'art peut quelquefois prévenir les accidents, souvent en retarder la marche et quelquefois opérer une guérison.

Je regrette que nos honorables collègues aient laissé dans leurs discours, relativement au traitement chirurgical, ce vague et cette incertitude qui font qu'en présence d'un kyste ovarique qui se développe sans temps d'arrêt, le jeune praticien se trouvera plus indécis qu'il ne l'aurait été avant cette discussion.

Faut-il agir dans tous les cas et quand même? Non. Il ne faut recourir au traitement chirurgical que lorsque les progrès du mal sont incessants, lorsqu'on aura acquis la certitude que si l'on n'arrête pas ces progrès, la tumeur en arrivera à ce volume énorme dont la mort est toujours la conséquence, après un nombre de ponctions plus ou moins élevé. Alors il est du devoir du chirurgien de recourir aux opérations, qui, d'après M. Velpeau, n'ont jamais aggravé la maladie, et ont eu pour résultat, chez M. Jobert, de diminuer les accidents presque constamment, et de produire un certain nombre de guérisons. MM. Monod, Boinet et Demarquay ont rapporté d'autres cas de guérison qu'ils doivent également à cette opération.

Quel motif pourrait-on alléguer pour se refuser à l'opération? Serait-ce l'espérance fondée sur un traitement médical? M. Trousseau déclare positivement que la médecine est ici impuissante. Voudrait-on compter sur une rupture spontanée du kyste? Mais ces ruptures, rares d'ailleurs, donnent lieu à des accidents au moins aussi graves que ceux causés par l'opération. L'inflammation spontanée est aussi dangereuse que celle que l'on provoque artificiellement; ses dangers peuvent même être plus considérables, parce que leur cause réside dans des altérations graves et impossibles à prévoir, soit du kyste, soit de son contenu. L'opération, au contraire, agit sur un kyste sain, et l'inflammation consécutive a lieu dans des conditions plus favorables, ne fût-ce que l'étendue moindre du kyste et du péritoine qui le recouvre.

La ponction répétée a produit quelquefois l'oblitération du kyste. Sur sept cas de ponctions suivies d'injections iodées, un seul, nous a dit M. Velpeau, a été suivi d'accidents inflammatoires, six semaines après l'opération. Après un si long intervalle, est-ce bien à celle-ci qu'on doit les attribuer? M. Jobert a vu l'inflammation diminuer à la suite de ces injections, et la guérison avoir lieu. MM. Monod et Boinet en ont également obtenu.

Les conditions qui indiquent l'opération, sont, suivant moi, les suivantes :

1° Que le kyste ne soit ni cartilagineux ni induré, et qu'il ne donne aucune sensation de corps squirrheux dans son intérieur;

2° Que son volume ne dépasse pas un diamètre de 10 à 15 centimètres, ou qu'il soit ramené à cette dimension par des ponctions répétées, afin que l'inflammation, si elle se développe, soit bornée à l'espace le plus restreint possible.

La présence d'une sonde laissée dans le kyste a des inconvénients, en ce que l'introduction de l'air change un liquide inoffensif en suppuration, et j'avoue que l'existence du pus dans une poche entourée d'organes importants et que je ne puis pas atteindre, m'inspire des craintes sérieuses. L'ouverture de cette poche dans le péritoine entraîne une mort inévitable.

L'opération étant jugée nécessaire, il est rationnel d'évacuer la poche, puis d'y injecter 125 grammes de teinture d'iode étendue de 30 à 40 grammes d'eau, de laisser cette injection pendant quelques minutes, en exerçant sur le ventre des pressions légères, d'en faire sortir le plus que l'on peut sans exercer de compression, de retirer la canule et de prescrire un repos absolu.

Deux personnes ont été opérées dans ces conditions; ni l'une ni l'autre n'ont éprouvé d'accidents. La première, âgée de vingt-trois ans, mariée depuis cinq ans, avait eu un enfant un an après son mariage. L'opération fut pratiquée au mois de mai 1853; à la fin de l'année elle partit pour la province où son mari est employé; en 1855, elle a eu un second enfant et n'accuse plus aucune incommodité.

La seconde, âgée de dix-sept ans, fut opérée en septembre 1855; elle reprit en très-peu de temps de l'embonpoint, de la fraîcheur et de la force. Pendant un an, on ne sentait aucune trace de l'ancien kyste, et le ventre n'était le siége d'aucune tumeur, lorsque le 8 octobre dernier, à la suite de contrariétés et de fatigues, elle fut prise de douleurs abdominales et de vomissements, accompagnés de spasmes nerveux. Le palper nous fit reconnaître une petite tumeur très-douloureuse, du volume d'un œuf de poule, entre la colonne vertébrale et la fosse iliaque droite; cette tumeur acquit en huit jours le volume de la tête d'un enfant à terme. Le 14, les règles parurent abondantes, les douleurs cessèrent, et aujourd'hui, vingt et unième jour, la tumeur a perdu de son volume et de sa dureté, et la jeune personne ne souffre plus.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine. La parole est réservée à M. Cruveilhier.

— M. Robiquet lit une note sur la codéine. Nous la publierons dans le prochain numéro.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 8 octobre, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Commandeur : M. le docteur Blache, directeur de la santé, à Marseille;

Chevaliers : M. le docteur Sojourné, médecin du Lazaret de Marseille; M. le docteur Lafond, médecin des pauvres, des prisons et de l'hôpital de Bayonne.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 129. — SAMEDI 1er ET MARDI 4 NOVEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 129. — SAMEDI 1er ET MARDI 4 NOVEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 3 NOVEMBRE 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'irritabilité hallérienne, c'est-à-dire cette propriété qu'ont les muscles de se contracter indépendamment de l'action des nerfs qui les animent, alternativement admise et rejetée par les physiologistes, a reçu dans ces derniers temps la sanction de plusieurs épreuves décisives. L'une de ces épreuves a été fournie par l'action toxique du curare. On connaît les intéressantes expériences de M. Cl. Bernard, qui démontrent que dans une grenouille empoisonnée par du curare les nerfs n'agissent plus sur les muscles, tandis que ceux-ci conservent toute leur irritabilité. M. Kölliker, dans l'une des lectures qu'il a faites dans cette séance, a apporté les résultats de nouvelles expériences à l'appui de ce fait.

Afin de mettre ces résultats à l'abri de toute objection, et en particulier de celles qu'on avait faites à l'expérience de M. Bernard, qui ne prouvait pas, disait-on, que les nerfs eussent été paralysés dans l'intérieur des muscles, M. Kölliker a produit des *intoxications partielles* à l'aide de procédés particuliers dont on lira la description dans le compte rendu. Il croit être parvenu ainsi à démontrer que le curare n'altère point les fibres nerveuses des troncs, mais seulement les nerfs des muscles mêmes, sur lesquels il porte directement et subitement son action. Il a constaté, en outre, que cette substance n'agit point sur les nerfs de la sensation, et qu'elle n'agit que très-faiblement sur la moelle épinière. Il est évident, si les expériences de M. Kölliker sont exactes, qu'il ne saurait y avoir de meilleure preuve en faveur de l'irritabilité propre des muscles.

Le même savant a également communiqué dans cette séance deux notes qui intéressent l'anatomie et la physiologie; l'une sur le mode de terminaison des nerfs dans l'organe électrique de la torpille, et l'autre sur l'existence de mouvements spontanés particuliers des cellules plasmiques de certains animaux.

Parmi les autres travaux communiqués à l'Académie dans cette séance, nous signalerons le mémoire de M. A. Legrand, sur l'érysipèle après l'ouverture d'abcès par le bistouri, mémoire dont les points principaux sont suffisamment résumés dans la lettre d'envoi que nous reproduisons au compte rendu. Avec des faits comme ceux que M. Legrand cite dans cette lettre en faveur de sa thèse, il est plus que douteux qu'il parvienne à la faire adopter, et que les chirurgiens consentent jamais à substituer d'une manière générale l'usage des caustiques à celui du bistouri pour l'ouverture des abcès.

D' Brochin.

UN MOT A PROPOS DES MALADIES DE L'ARMÉE D'ORIENT,

à l'occasion de la lettre de M. le ministre du commerce relative au projet de classification des causes des décès en France.

Par M. le docteur WITLICH.

Si d'un ensemble de symptômes et de lésions anatomiques on pouvait toujours conclure à une maladie identique ayant un nom déterminé, on ne discuterait pas longtemps pour savoir à quelle affection on a affaire dans tel ou tel cas donné. Mais souvent, non-seulement les symptômes et les lésions varient dans une maladie à laquelle on est convenu de donner un nom, mais encore une maladie identique relativement à ses symptômes et à ses lésions anatomiques sera modifiée selon les localités, le climat, le génie épidémique, le temps et les conditions physiques et morales dans lesquelles vivent les sujets atteints.

Cette observation s'applique plus particulièrement à cette classe de maladies qui rentrent dans les fièvres, et à cette autre classe qui constitue les grandes épidémies. Ainsi, combien n'a-t-on pas disserté sur l'identité ou la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde? Combien ne diffère-t-on pas même sur la nature de la fièvre typhoïde elle-même; que d'opinions n'a-t-on pas émises sur l'histoire des fièvres intermittentes, des dyssenteries et des méningites épidémiques, etc. ?

Ce sont principalement les médecins des armées qui, exerçant sur un vaste théâtre, sont à même de remarquer, dans des climats et dans des circonstances qui s'éloignent tant de ce que l'on voit régulièrement dans les métropoles où siégent les écoles et où s'élaborent les systèmes, les théories et les doctrines médicales, jusqu'à quel point le diagnostic local doit être modifié, éclairé et corroboré par le diagnostic général; de quelle importance il est de lier la thérapeutique à l'étiologie, et de faire le meilleur emploi possible des moyens hygiéniques et prophylactiques.

Sans diminuer en rien les éminents services que nous rendent l'étude de l'anatomie pathologique et cette partie de la séméiologie qui nous indique par des moyens physiques et chimiques le siége et la nature de l'organe souffrant, nous sommes obligé cependant d'avouer que dans un grand nombre d'états morbides, si on se basait sur ces données seules, on courrait risque de faire fausse route et pour le traitement à intervenir, et pour le nom à affecter à un état pathologique déterminé par ces seuls éléments.

L'erreur de ceux qui veulent localiser toutes les maladies et leur donner à toutes rigoureusement un nom unique, convenu et adopté d'avance, provient de ce que le plus souvent ils avaient affaire à des maladies individuelles aiguës (et dans ce nombre rentrent toutes les maladies inflammatoires) ou à des maladies individuelles chroniques et constitutionnelles.

Mais à côté de cette classe de maladies, il existe des affections qui se distinguent par leur caractère d'universalité; et d'abord la cause en est doublement générale, en tant qu'elle agit sur presque tous ceux qui se trouvaient dans sa sphère d'action, et qu'elle porte sur toute l'économie en attaquant l'innervation et la circulation. Les symptômes et les lésions, dans chacune de ces maladies, ont donc naturellement un fond commun et général, tout en variant par suite de causes accidentelles et incidentes; et la thérapeutique, nonobstant ces variations, a un fond d'universalité qui doit être appliqué là où, pour un esprit trop prévenu par la forme, elle paraîtrait devoir échouer.

Quand tout ce qui constitue une maladie est ainsi généralisé, on peut négliger, relativement à la nosologie, les divers états secondaires qui, rentrant les uns dans les autres, s'enchevêtrent, se succèdent, et prédominent dans tel ou tel organe. Nous n'agirons pas à la manière des chimistes, qui adoptent une classification pour indiquer tous les éléments qui entrent dans un corps composé. La maladie est compliquée si l'on veut; mais nous ne voyons pas la nécessité de trouver une désignation pour chaque cas particulier, même lorsque ce cas devient grave et intéresse un des grands foyers de la vie. Et ces foyers sont atteints, surtout dans les maladies diététiques et miasmatiques. C'est ainsi que dans les temps de barbarie et dans les pays neufs, où la civilisation n'a pas encore pénétré, toutes les causes d'insalubrité et de privations viennent s'accumuler, s'introduisent par toutes les voies dans l'économie, et produisent une intoxication et un appauvrissement de la nutrition. Ces maladies, tout en disparaissant en grande partie avec les progrès de la civilisation, reviennent avec leurs mêmes caractères d'intensité lorsqu'on fait la conquête d'un pays non civilisé encore, ou lorsque les nécessités de la guerre nous rapprochent, malgré tous les soins et toutes les précautions, des temps anciens où il y avait de vastes marais, des habitations malsaines, des aliments peu réparateurs et de grandes vicissitudes atmosphériques.

Ce que nous venons de dire en théorie, la pratique l'a appris à tous les médecins militaires qui ont exercé en Afrique et en Orient.

En Afrique, ce qui domine la pathologie, ce sont les fièvres et les cachexies produites par le miasme paludéen. Ces maladies générales reflètent leur cachet sur toutes les affections régnantes, et on doit admettre que la cause des maladies produisant ces cachexies et ces fièvres, tuméfie, congestionne et ramollit le plus souvent les viscères abdominaux, tandis que d'autres fois cette même cause se porte plus particulièrement sur le parenchyme pulmonaire, sur le cerveau et ses enveloppes, etc.

La base de la médication est donc le fébrifuge, même dans les dyssenteries, dans les affections du foie et dans les cachexies séreuses. Bien entendu que chacun de ces cas empruntera aussi à la thérapeutique les moyens particuliers employés dans ces sortes de maladies.

Si, en Afrique, ce sont les cachexies et les fièvres paludéennes qui dominaient, en Orient c'était la cachexie scorbutique et putride qui régnait en maître. Cette cachexie était produite par des causes connues, inhérentes, lorsqu'il y a un grand nombre d'hommes réunis dans les camps dans un pays éloigné où ils subissent nécessairement les vicissitudes de la guerre, selon la saison et selon les circonstances diverses, cette cachexie dégénérait en une maladie infectieuse produite par un miasme humain, par une intoxication qui se propageait dans l'atmosphère. Cette aggravation donnait tour à tour lieu, dans les hôpitaux, à la *pourriture* ou à un état *typho-scorbutique*, maladies toutes deux nosocomiales.

Tandis que le scorbut n'atteignait que ceux qui se trouvaient dans les conditions voulues pour l'avoir, tandis que la pourriture d'hôpital ne se déclarait que chez les blessés, le typhus, une fois son germe éclos, frappait ceux que son atmosphère enveloppait sans que l'on puisse se rendre compte pourquoi il s'attaquait à l'un et ménageait l'autre.

Notre but aujourd'hui ne peut pas être de décrire l'historique de cette affection. Seulement, d'après ce que nous venons de dire, nous croyons qu'on peut se rendre compte de la cause et de la nature de la maladie, et surveiller les moyens prophylactiques et hygiéniques.

Ces moyens, qu'on a employés avec profusion et avec grand succès, constituaient la meilleure thérapeutique contre ce fléau, car pour combattre les miasmes nous n'avions pas de spécifique. Cependant les toniques, les amers, le sulfate de quinine, les éméto-cathartiques étaient d'une grande ressource selon les diverses indications.

D'après ce que nous venons de dire, il résulte aussi que l'épidémie ne pouvait être confondue avec une autre maladie ayant un siége déterminé, quoique d'après certains symptômes et certaines lésions, selon que l'une des trois formes prédominait (cérébrale, pulmonale, intestinale), on pouvait croire avoir affaire à une méningite, à une broncho-pneumonie, à une gastro-entérite ou à une fièvre typhoïde.

On ne peut pas non plus confondre cette affection avec d'autres maladies générales dont elle a pu prendre quelquefois le masque.

HOTEL-DIEU. — M. LEGROUX.

Paralysie rhumatismale de la 7e et de la 5e paires.

(Observation recueillie par M. P. MILLARD, interne du service.)

Le 7 juin 1856, entre à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Louis, n° 11), Emile Ferré, âgé de dix-sept ans, coiffeur, né à Paris.

Assez petit pour son âge, il se porte habituellement bien, est fort intelligent et rend parfaitement compte de son état. Sa maladie ne peut être attribuée qu'aux circonstances suivantes :

Le mercredi 4 juin, dans l'après-midi, il se couche sur un tas de cailloux le long d'une tranchée qu'on creusait place des Mathurins-Saint-Jacques. Il y resta à peu près une heure, le bras droit relevé sur le côté de la tête, pour éloigner des cailloux le côté droit de son visage. Il faisait beau soleil et la surface des cailloux était sèche. Le reste du jour il ne s'aperçut de rien; mais le lendemain matin, en se regardant dans un miroir, il fut tout surpris de voir que sa joue droite était plus grosse que l'autre et que sa bouche était *tournée*, c'est-à-dire se déviait du côté gauche. Il ne souffrait aucunement et n'a jamais souffert depuis. Il n'a eu ni fièvre ni malaise, et a toujours très-bon appétit. Il s'est borné à mettre une mentonnière, et a gardé le lit une partie de la journée du vendredi.

Le lendemain, 7 juin, il vient à l'hôpital, et on constate chez lui tous les signes d'une hémiplégie faciale parfaitement caractérisée :

1° Le côté droit de la figure paraît élargi et dépourvu d'expression.

2° La moitié droite du front et le sourcil correspondant demeurent immobiles, alors que les mêmes parties du côté opposé se froncent, s'élèvent ou s'abaissent.

3° La paupière supérieure droite peut encore s'abaisser; mais si on dit au malade de fermer avec force les deux yeux, la contraction de l'orbiculaire est beaucoup plus énergique à gauche et se manifeste au grand angle par des plis qui manquent tout à fait à droite. L'œil droit est plus humide, plus brillant que le gauche, et depuis jeudi il a du larmoiement qui gêne la vue.

4° La pointe du nez n'est pas déviée. Si on dit au malade de dilater ses narines, la droite reste immobile; mais dans l'action de *renifler*, les deux narines se rétractent et s'appliquent également bien contre la cloison. L'action de *moucher* est difficile; la narine droite ne se débarrasse pas.

5° La commissure labiale droite est légèrement abaissée; la gauche, au contraire, relevée en haut. Cette déviation s'exagère quand le malade parle ou rit; l'ouverture buccale devient alors tout à fait oblique. Le malade ne peut ni siffler ni prononcer la lettre O, ni les labiales;

il a essayé hier, sans succès, de jouer du flageolet. Il a également beaucoup de peine à cracher, il est obligé, dit-il, de s'y reprendre à *dix fois*. Enfin, quand il mange, il a fréquemment besoin de repousser avec la main les aliments dans l'intervalle des arcades dentaires.

La région mastoïdienne et latérale droite du cou paraît un peu gonflée; mais il n'y a ni rougeur ni douleur à la pression; pourtant le petit malade dit avoir un peu de torticolis.

Du côté de la sensibilité générale et spéciale, on observe des altérations non moins remarquables.

La sensibilité de la peau de toute la moitié droite de la face est diminuée; on s'en assure au moyen d'un crayon promené légèrement sur la peau et par des piqûres d'épingle.

La conjonctive palpébro-oculaire droite est aussi bien moins sensible que celle du côté opposé au contact d'une tête d'épingle.

La pituitaire de la fosse nasale droite est plus insensible encore; on peut y introduire un corps étranger à une assez grande profondeur et chatouiller la muqueuse sans produire de sensation pénible. A gauche, le plus léger chatouillement détermine des grimaces significatives.

La sensibilité du bord libre des lèvres (moitié droite) est également très-affaiblie, mais à un degré beaucoup moindre que celle de la face interne de la joue droite; là on peut piquer assez fort la muqueuse buccale sans exciter de douleur.

Comme sensibilité spéciale, le malade raconte que lorsqu'il mange les mets lui semblent avoir un *mauvais goût*, mais seulement du côté droit. A gauche, ils ont leur goût naturel.

La langue n'est en aucune façon déviée, mais le goût est très-diminué sur sa moitié droite; la saveur du sel n'est pas distinguée de celle du sucre quand on y dépose alternativement ces deux substances. La faculté gustative est, au contraire, très-développée sur la moitié gauche de l'organe.

La luette a très-manifestement sa pointe déviée en bas et à *gauche*, c'est-à-dire vers le côté sain.

Le voile du palais présente aussi un abaissement de sa moitié gauche, ce qui lui donne une forme oblique. Si on touche successivement les deux moitiés de ce voile et de la luette avec la pointe d'un crayon, la sensation est beaucoup plus obtuse du côté droit.

La narine droite a presque entièrement perdu l'odorat; si on bouche la narine gauche et qu'on fasse respirer un flacon d'eau de roses, le malade sent à peine l'odeur, qui cependant est très-forte.

L'ouïe ne présente rien de particulier.

Quant à la vue, elle est simplement gênée par le larmoiement de l'œil droit.

Sauf cette hémiplégie faciale, la santé est parfaite. — Tisane d'arnica; sirop d'ipéca, 30 grammes, avec poudre d'ipéca, 2 grammes, en quatre fois; vésicatoire volant au niveau du trou stylo-mastoïdien; une portion.

Le 9 juin, amélioration déjà marquée, surtout du côté de la sensibilité. La conjonctive, la pituitaire et la muqueuse buccale sont beaucoup plus impressionnables au moindre attouchement. La moitié droite du visage paraît moins large; l'œil droit se ferme mieux. — Poudre de Dower, 30 centigrammes; deux portions.

Le 10, *ut suprà*, deuxième vésicatoire.

Le 12, le dernier vésicatoire ayant produit très-peu d'effet, un troisième est placé au-dessous de l'oreille.

Le 13, amélioration très-marquée, et qui fait des progrès chaque jour, ou mieux à chaque nouveau vésicatoire. Le côté droit du visage n'est plus élargi, les deux yeux se ferment également bien, et les plis produits sur les paupières par la contraction des orbiculaires sont aussi marqués à droite qu'à gauche; les rides de la moitié droite du front commencent à apparaître quand le malade lève les sourcils; la déviation de la bouche est toujours très-prononcée; pourtant depuis avant-hier le malade n'est plus obligé de repousser avec la main ses aliments.

Hier, pour la première fois, il a remarqué qu'il crachait naturellement et commençait à pouvoir siffler; aujourd'hui il siffle assez facilement, mais pas très-fort.

Il se mouche aussi sans difficulté. La luette continue à être déviée, ainsi que le voile du palais, mais ces organes se contractent maintenant avec énergie si on les touche avec un crayon. L'amélioration est en effet beaucoup plus prononcée du côté de la sensibilité. La conjonctive, la pituitaire, les muqueuses buccale et linguale et la peau de la moitié droite du visage sont revenues à leur état normal; piqué avec une épingle en plusieurs points comparativement à droite et à gauche, le malade accuse, même aujourd'hui, une sensibilité plus grande du côté qui était primitivement affecté. Il en est de même du goût; du sucre placé sur les deux moitiés de la langue produit aujourd'hui une sensation plus vive à droite.

Ajoutons que depuis hier les aliments n'ont plus de mauvais goût dans le côté droit de la bouche; la narine droite a aussi recouvré l'odorat, le larmoiement a cessé. La santé continue d'être excellente, l'embonpoint fait même des progrès notables. — *Ut suprà*; 30 centigrammes de poudre de Dower.

Le 18, quatrième vésicatoire au-devant de l'oreille. La bouche se redresse de jour en jour, mais la déviation de la luette persiste.

Le 23, la commissure droite est complétement redressée et de niveau avec la gauche, et quand le visage est au repos, on ne soupçonnerait pas qu'il y a eu hémiplégie; mais si le malade vient à rire ou à parler, il y a encore un défaut de symétrie dû à l'absence de plusieurs plis, en dehors de la commissure droite. La fossette de la joue droite commence aussi à se creuser légèrement.

On supprime la poudre de Dower. L'enfant étant un peu pâle, on lui prescrit un gr. de limaille de fer; cinquième vésicatoire derrière l'oreille.

Le 30, peu de changements. La fossette droite se creuse un peu plus quand le malade rit, mais il y a toujours un léger défaut de symétrie; la luette se redresse sensiblement.

Le 2 juillet, elle l'est tout à fait, ainsi que la moitié droite du voile du palais. — Sixième vésicatoire.

Le 5, le rire est encore moins franc, moins complet du côté de la lèvre droite. — Septième et dernier vésicatoire.

Le 8 juillet, la guérison peut être considérée comme parfaite; il faut être prévenu et observer avec grand soin pour saisir une très-petite différence entre les deux côtés de la bouche, quand le malade rit. Il quitte l'hôpital après un mois de séjour.

La paralysie rhumatismale de la septième paire s'accompagne rarement d'altérations bien prononcées de la sensibilité générale et spéciale. Dans son remarquable article du *Dictionnaire en* 30 *vol.* (tome XII), M. Bérard déclare, avec Ch. Bell et la majorité des observateurs, que la sensibilité est ordinairement conservée dans les parties paralysées; il ajoute pourtant qu'il existe quelquefois un sentiment de stupeur. Plusieurs auteurs au contraire, et entre autres M. Jobert dans ses *Etudes sur le système nerveux* (tome II, page 684), disent avoir toujours constaté, sinon une abolition, du moins un affaiblissement de la sensibilité.

Quant aux organes des sens, M. Montault est le premier qui ait signalé dans sa dissertation inaugurale (1831) une perversion du goût et des troubles de l'ouïe dans plusieurs cas d'hémiplégie faciale. M. Grisolle a noté également (*Presse médicale*, 1837) un affaiblissement de la vue et de l'odorat, et une insensibilité complète de la conjonctive; mais la paralysie, dans ce cas, était due à un tubercule du rocher.

Les physiologistes, de leur côté, sont arrivés à cette conclusion que « le facial exerce sur les organes des sens une influence mécanique qui a pour but soit de les protéger, soit de les favoriser » dans l'exercice de leurs fonctions. » M. Sappey rappelle à ce propos l'exaltation de l'ouïe signalée par M. Landouzy dans l'hémiplégie faciale, l'abolition complète de l'odorat observée avec soin par M. Longet sur plusieurs malades, et enfin les expériences variées de M. Claude Bernard sur l'affaiblissement du goût du côté de la langue correspondant à la paralysie. Ces dernières recherches, qui ont établi le rôle physiologique de la corde du tympan, sont confirmées par des observations semblables dans le *Traité de pathologie interne* de MM. Hardy et Béhier (tome III, page 757).

Mais il y a loin de symptômes pareils, observés presque toujours isolément, à un ensemble d'altérations de la sensibilité générale et spéciale aussi complet que celui qui nous a été offert par le petit malade dont je viens de rapporter l'histoire. La présence d'une anesthésie aussi marquée de la peau, de la luette et du voile du palais, ainsi que des muqueuses oculaire, pituitaire et buccale, jointe à la perte de l'odorat et du goût, il est difficile de croire à un simple retentissement du défaut d'action du nerf facial, et de ne pas admettre une paralysie simultanée et partielle de la cinquième paire. On ne voit pas, du reste, pourquoi le nerf facial aurait seul le triste privilége d'être frappé de paralysie sous l'action du froid et de l'humidité. L'abondance des anastomoses de ces deux paires de nerfs, l'entrelacement et l'accolement si intime de leurs rameaux dans les riches plexus qu'elles forment dans l'épaisseur de la peau, les condamnent nécessairement à subir ensemble les mêmes influences extérieures, et il n'y a rien d'étonnant qu'elles puissent, quoique rarement, être affectées de la même façon. Le léger torticolis que présentait le côté droit du cou, l'action manifeste de l'humidité à laquelle le malade avait exposé son visage, l'absence de tout autre symptôme et aussi la rapidité de la guérison, ne permettent pas de méconnaître ici la nature rhumatismale de la maladie. Je ferai remarquer encore en terminant:

1° La courte durée de la paralysie de la cinquième paire, comparée à celle du facial;

2° La conservation de l'ouïe, seul sens resté intact;

3° L'insensibilité de la luette et du voile du palais, leur déviation vers le côté sain, et la persistance de ce symptôme qui n'a cédé qu'au bout de trois semaines;

4° Enfin, la simplicité du traitement et les heureux effets des vésicatoires.

OBSERVATION DE CHORÉE EXCESSIVEMENT INTENSE.

Guérison immédiate par l'administration à l'intérieur du chloroforme.

Par M. le docteur PALANCHON, de Cuisery (Saône-et-Loire).

Dans la nuit du 28 au 29 mai de cette année, Marie-Josephe Perdiguier, âgée de vingt-trois ans, très-robuste, ayant toujours été bien réglée, fut surprise pendant son sommeil par l'inondation. Elle se sauva très-effrayée, comme on doit bien le penser, et fut obligée d'entrer dans l'eau jusqu'au ventre. Elle avait alors ses règles, qui furent brusquement supprimées. Trois ou quatre jours après, elle ressentit une violente céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles; il survint bientôt du délire, et huit jours après l'accident, le 6 juin, des mouvements saccadés, involontaires, d'abord légers et bornés aux membres supérieurs et inférieurs, mais qui gagnèrent bientôt tout le corps, les muscles du tronc, de la face, de la langue, du larynx, etc.

Je la vis pour la première fois le 10 juin; il n'y avait alors pas une seule partie du corps qui ne fût affectée; la malade faisait sur son lit des bonds à se briser la tête contre la muraille; la face, la tête, les mains, les coudes, les genoux étaient tuméfiés et saignants; la malade était hideuse à voir. La parole était impossible, la déglutition presque aussi difficile; point de sommeil depuis huit jours. Elle poussait des cris rauques et inarticulés, roulait les yeux d'une manière effrayante et paraissait prête à suffoquer. La chorée était arrivée à son plus haut degré; jamais je n'en avais vu d'aussi violente ni d'aussi générale.

A quoi attribuer cette affection? Etait-ce à la frayeur ou à la suppression subite des règles, ou bien à ces deux causes à la fois? Je me déterminai à agir dans cette dernière supposition. J'essayai vainement de pratiquer une saignée du pied; je fus obligé d'y renoncer, et d'en faire une du bras, que je pratiquai même avec une extrême difficulté, la malade n'ayant pas une demi-seconde de repos. Je fis appliquer vingt sangsues aux cuisses, promener des sinapismes tout le long des extrémités inférieures. Je fis faire des applications froides sur la tête et même des affusions aussi continues qu'il était possible en pareille circonstance. J'administrai ensuite tous les anti-spasmodiques et les stupéfiants connus.

Au bout de quinze jours de ces moyens, la malade était dans un état horrible à voir; la chorée ne pouvait plus augmenter d'intensité, mais la malade ne présentait plus qu'une vaste plaie qui couvrait presque tout le corps, malgré les précautions que j'avais prises de garnir la muraille et le bois du lit avec des coussins et les efforts opérés pour la maintenir. Je ne connaissais pas alors l'emmaillotement de M. Nicod (de Lyon).

La malade n'avait ni dormi ni mangé depuis trois semaines; elle n'avait pris depuis ce temps que quelques gorgées d'eau sucrée, dont elle crachait plus de la moitié.

C'est alors que je me décidai à donner le chloroforme à l'intérieur. Je fis prendre toutes les demi-heures une cuillerée à café, dans une cuiller à bouche, qu'on donnait à la volée, de la potion suivante:

Sirop de morphine.	15 grammes
Eau de laurier-cerise.	5 —
Chloroforme.	2 gr. 50 centig.
Eau de tilleul.	40 grammes.

Dès la première cuillerée, il y eut comme un temps d'arrêt; la malade fut bien deux ou trois secondes sans soubresauts, ce qui n'était pas arrivé depuis trois semaines. Elle m'a dit depuis qu'elle avait éprouvé immédiatement comme un bien-être général. Enfin, cette potion achevée, la malade eut environ une heure de sommeil, seulement interrompu de temps en temps par quelques soubresauts. Le lendemain je continuai, et les symptômes allèrent toujours en diminuant. Il y eut à divers intervalles plusieurs demi-heures de sommeil, la parole et la déglutition devinrent plus faciles. La malade, sentant le bien-être que lui procurait le médicament, en demandait à chaque instant, disant *qu'elle sentait que cela la guérissait.*

Je continuai ainsi l'administration de la même potion pendant quatre jours. A la fin du quatrième jour tous les mouvements choréiques avaient cessé. La malade avait pris en tout 10 grammes de chloroforme. Je pansai alors les plaies dont elle était couverte, et quatre jours après elle put se lever et marcher appuyée sur un bâton, mais n'ayant plus le moindre mouvement involontaire.

Je n'eus plus alors qu'à modérer l'appétit, qui était excessif.

Enfin, six jours après la dernière dose de chloroforme, la malade était entièrement remise; il ne restait qu'à faire fermer ses nombreuses plaies.

Le 1er octobre, cette fille se portait parfaitement. Les règles sont revenues à la fin du mois d'août, après une application de sangsues aux cuisses et quelques bains de siége. Elle travaille aux champs depuis le milieu du mois de juillet, et ne se ressent nullement de son affection.

DU CHLORATE DE POTASSE

dans l'angine couenneuse.

M. le docteur Trousseau a employé avec succès le chlorate de potasse dans l'angine couenneuse; voici un cas dans lequel ce moyen lui a très-bien réussi:

Le vendredi 4 juillet, un enfant présenta des pseudo-membranes diphthériques sur la luette et sur les amygdales, en même temps qu'un engorgement correspondant des ganglions sous-maxillaires. M. Trousseau cautérisa immédiatement les parties couvertes de fausses membranes avec une éponge chargée de la solution suivante:

Azotate d'argent.	4 grammes.
Eau distillée.	8 —

Puis, à partir de ce moment, le petit malade commença à prendre par cuillerée à café une potion composée ainsi:

Chlorate de potasse.	4 grammes.
Sirop simple.	40 —

Le samedi, le dimanche et le lundi, on cautérisa de nouveau l'arrière-gorge, et l'enfant ne discontinua pas de prendre son sirop chloraté, contenant toujours 4 grammes de chlorate pour les vingt-quatre heures. Le mardi 8 juillet la guérison était complète.

En appelant l'attention sur ce fait, M. Trousseau s'est proposé de montrer la double intervention de la médication locale et de la médication générale concourant au même but et l'atteignant avec un bonheur qu'on n'a pas toujours par l'emploi exclusif de la cautérisation. Il semble que ces deux moyens s'aident mutuellement, et c'est pourquoi on ne saurait recommander trop vivement aux praticiens de mettre en usage une combinaison dont l'expérience vient chaque jour faire ressortir davantage la valeur thérapeutique et la parfaite innocuité. (*Journ. de méd. et de chirurg. prat.*)

DE L'ÉCRASEMENT LINÉAIRE.

La méthode par écrasement de M. Chassaignac fait son chemin en Angleterre. L'*Association medical journal*, à qui nous empruntons ces réflexions, est le premier journal anglais qui ait annoncé de l'autre côté de la Manche l'emploi et l'utilité de l'*écraseur* substitué à l'instrument tranchant pour enlever les tumeurs molles. « M. Terry (de Northampton) et plusieurs chirurgiens anglais ont déjà usé de ce procédé, et, dans les derniers jours de septembre, une opération exécutée par M. Paget, à Saint-Bartholomew's Hospital, est venue montrer la valeur de l'instrument. Il s'agissait d'une de ces productions vasculaires qu'on trouve quelquefois chez les femmes au voisinage des lèvres et du clitoris. L'opération a eu lieu sans accidents; on n'a posé aucune ligature; il n'est pas survenu d'hémorrhagie.

» Il résulte des observations cliniques de M. Paget et d'autres chi-

rurgiens, que deux points de la plus grande importance clinique sont entièrement confirmés : d'abord, à la suite de l'opération, *pas d'hémorrhagie*, et par conséquent, pour la malade, moins de chances de voir survenir la pyoémie causée par la faiblesse, ou la fièvre inflammatoire que cette même faiblesse peut faire déclarer ; puis, l'absence de ligatures nous affranchit de craintes, malheureusement trop fondées, je veux dire la phlébite, qui est souvent le résultat des manœuvres exercées sur les vaisseaux après l'amputation. Enfin la pratique n'a encore accusé aucun des accidents que la théorie pouvait faire craindre : le tétanos, par exemple. »

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 octobre 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

M. Kölliker lit successivement trois notes sur les sujets dont les titres suivent :

1° Action du curare sur le système nerveux. — Tout le monde connaît les expériences très-intéressantes de M. Cl. Bernard, qui démontrent que dans une grenouille empoisonnée par du curare les nerfs n'agissent plus sur les muscles, tandis que ceux-ci conservent toute leur irritabilité. Comme les déductions tirées par M. Bernard de ces expériences, savoir que l'irritabilité musculaire ou la faculté des muscles à se contracter est indépendante des nerfs, ont été mises en doute par plusieurs auteurs, notamment par M. Eckhardt, de Giessen, parce que l'expérience de M. Bernard ne prouve pas que le curare paralyse les nerfs dans l'intérieur des muscles, j'ai pensé qu'il ne serait pas superflu d'entreprendre de nouvelles recherches sur le curare, et de chercher à déterminer l'action de ce poison sur les différentes parties du système nerveux.

Les expériences qui ont le plus contribué à me faire connaître l'action toute particulière du curare sont les *intoxications partielles*, que nul n'avait tentées jusqu'à présent. Dans une partie de ces expériences faites sur des grenouilles, je liais les deux arcs de l'aorte et j'empoisonnais l'animal à la tête, de manière que les jambes ne recevaient point de poison ; dans les autres, je coupais une jambe après avoir lié préalablement l'artère et la veine crurale en laissant toutefois le nerf ischiatique intact, puis j'empoisonnais l'animal au dos. C'est surtout cette dernière expérience qui prouve que le curare n'altère point les fibres nerveuses des troncs nerveux, mais seulement les nerfs des muscles mêmes ; car, dans l'expérience décrite, ces troncs (les nerfs lombaires de la jambe opérée) restent en fonction pendant deux, trois et quatre heures après la paralysie totale des autres extrémités. De plus, elle démontre que le curare n'agit point sur les nerfs de la sensation, ni sur la moelle épinière, car il est facile de déterminer des mouvements réflexes dans la jambe non intoxiquée en agissant sur les parties qui ont subi l'action du curare.

Je dirai donc :

1° Que le curare n'agit pas sur les nerfs de la sensation ;

2° Qu'il affecte peu la moelle épinière ;

3° Qu'il n'a presque aucune influence sur les troncs nerveux ;

4° Mais qu'il paralyse subitement les nerfs des muscles mêmes.

2° Terminaison des nerfs dans l'organe électrique de la torpille. — Suivant M. Kölliker, le vrai mode de terminaison de ces nerfs est le suivant :

Après avoir formé les ramifications pâles, regardées jusqu'à présent comme les véritables terminaisons, les nerfs se divisent en des rameaux pâles et très-déliés, qui, en s'anastomosant de toutes parts, forment un *réseau nerveux* très-élégant et délicat. Ce réseau, dont les fibrilles constituantes ne mesurent pas plus de 0,0005 à 0,0008 d'une ligne et dont les mailles offrent la même grandeur, forme à lui seul une membrane nerveuse particulière de 0,0008 à 0,001 de ligne d'épaisseur, qui est étendue dans tout l'espace d'une cloison de l'organe électrique, étant appliquée pourtant à une membrane homogène contenant des noyaux, qui lui sert de support. Chaque cloison de l'organe électrique, qui est séparée des avoisinantes par un petit espace contenant un fluide clair, est formée de cinq couches ; au milieu se trouvent les grandes ramifications nerveuses et les vaisseaux sanguins supportés par un tissu conjonctif homogène, puis viennent des deux côtés les membranes délicates formées par le réseau nerveux décrit, qui sont recouvertes en dernier lieu par des membranes homogènes à noyaux, qui ne portent pas de traces d'épithélium du côté de l'espace contenant le fluide.

3° Mouvements particuliers des cellules plasmiques de certains animaux. — M. Kölliker signale dans cette note l'existence de mouvements spontanés dans les cellules plasmiques de certains individus de la famille des ascidies composées, et dans celles du tissu conjonctif gélatineux de la tête des torpilles électriques, etc.

(Les trois notes de M. Kölliker sont renvoyées à l'examen d'une commission composée de MM. Flourens, Milne Edwards et Cl. Bernard.)

De l'érysipèle après l'ouverture d'abcès par le bistouri. — M. A. Legrand soumet au jugement de l'Académie une note sur l'érysipèle après l'ouverture d'abcès par le bistouri, dont il relate deux observations ayant eu une terminaison fatale.

Le premier cas s'est présenté chez un homme âgé de plus de cinquante ans qui avait un phlegmon dans l'aisselle ; le second chez un enfant de six semaines qui avait eu plusieurs furoncles, dont un devint assez volumineux pour qu'on crût nécessaire d'en pratiquer l'ouverture.

Malgré les délais qui se sont écoulés entre le jour de l'opération et le moment de l'invasion de l'érysipèle (dix et quinze jours), on ne saurait mettre en doute la corrélation intime qui existe entre ces deux événements ; de telle sorte qu'on peut affirmer que, si on n'eût point ouvert les deux abcès à l'aide du bistouri, il ne fût pas survenu d'érysipèle, et qu'il n'y aurait eu par suite aucune raison appréciable pour que les deux individus succombassent.

L'auteur en tire la conséquence qu'il faut, aussi souvent que cela sera praticable, substituer au bistouri pour ouvrir les abcès la potasse caustique, qui n'entraîne aucun des dangers de l'instrument tranchant. Je prouve, ajoute M. Legrand, par des faits puisés dans ma pratique, et dont un observé sur moi-même (ce qui m'a permis de bien apprécier l'action de la potasse caustique, que j'ai pu comparer à celle du bistouri dont j'ai subi aussi les atteintes), je prouve, dis-je, que cette manière de procéder, sans doute un peu plus longue, est infiniment plus commode, moins douloureuse, et surtout ne donne jamais lieu à l'érysipèle, circonstance qui domine toute la question. Bien loin de là (et j'en cite deux exemples qui me paraissent péremptoires), c'est que, si on applique la potasse caustique sur le centre de la tumeur dont le développement constitue l'érysipèle phlegmoneux, on arrête, on fait rétrograder même le travail inflammatoire et pyogénique. (Commissaires : MM. Serres, Andral, Jobert, de Lamballe.)

— M. Fock prie l'Académie de vouloir bien hâter le travail de la commission à l'examen de laquelle ont été renvoyées ses précédentes communications concernant les proportions des diverses parties du corps humain. Il annonce avoir fait exécuter, d'après les règles qu'il a découvertes, une petite figure d'homme. Comparée à une figure de l'Apollon Pythien, ayant la même grandeur absolue, il s'est trouvé que les longueurs relatives des parties étaient aussi les mêmes. M. Fock en conclut que les proportions déterminées par lui sont précisément celles du célèbre canon de Polyclète. Quoique, d'après les développements donnés aujourd'hui par l'auteur, sa découverte semble concerner plutôt l'Académie des beaux-arts que l'Académie des sciences, la demande est renvoyée à l'examen de la commission primitivement nommée, commission qui, par le décès de M. Magendie, ne compte plus que deux membres, MM. Serres et Flourens.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 octobre 1856. — Présidence de M. Chassaignac.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. le secrétaire général donne lecture de la lettre suivante, adressée par M. le docteur Hutin, chirurgien en chef des Invalides.

« Paris, le 22 octobre 1856.

» Monsieur le président,

» La question qui s'agite en ce moment au sein de la Société de chirurgie relativement à l'amputation sus-malléolaire est de la plus haute importance pour les médecins militaires ; aussi chacun de nous la suit-il avec un vif intérêt. De nombreux exemples de guérison, recueillis en France et à l'étranger, ont rajeuni cette vieille méthode ; et s'il est vrai qu'elle expose les malades à des dangers comparativement moindres, il n'est pas surprenant de voir les meilleurs esprits se ranger de son côté. Mais le nombre de ses adhérents diminuerait peut-être si chaque praticien publiait ses revers en même temps que ses succès.

» En attendant que, de part et d'autre, on fasse une confession qui permettrait d'établir une utile statistique, convaincu que :

En toute chose il faut considérer la fin,

permettez-moi de vous donner ici quelques renseignements qui peuvent avoir leur degré d'utilité.

» Depuis onze ans que je dirige le service chirurgical de l'hôtel des Invalides, j'ai vu plus de deux cents militaires amputés d'une ou des deux jambes. La plupart ont été amputés au lieu d'élection ou au-dessus ; mais il en existe aussi un certain nombre chez lesquels l'opération a été pratiquée dans le tiers inférieur. Je n'ai pas encore vu un seul des premiers, c'est-à-dire de ceux dont la mutilation remonte au lieu d'élection ou au-dessus, avoir une rupture ou une ulcération spontanées de la cicatrice ; tandis que ces lésions secondaires sont très-fréquentes chez ceux qui ont été amputés en un point rapproché du pied. Plusieurs même ont presque toujours une plaie suppurante, et il est triste de les entendre établir une juste comparaison entre leur fâcheux état et celui de leurs camarades plus heureux, et se plaindre de la mauvaise pensée qui les a fait amputer aussi bas.

» La disposition fusiforme de leurs moignons, la présence d'une ulcération en quelque sorte permanente, les inconvénients inhérents à la constriction d'appareils prothétiques spéciaux leur font rejeter l'usage de ceux-ci, auxquels ils préfèrent la simple fourche à pilon ordinaire. Ne marchant donc qu'à l'aide de ce dernier appareil, ils trouvent fort pénible d'avoir derrière eux un long moignon qui se balance et va frapper les corps environnants, ou qu'irrite le frottement des basques de leurs habits ou des pans de leurs longues capotes militaires. Lorsqu'ils veulent s'asseoir, comme ils sont contraints d'allonger leur membre artificiel inflexible, l'extrémité de leur jambe, qui devient perpendiculaire au sol, le heurte avec plus ou moins de violence. Pendant l'hiver, ces bouts de jambes tronquées, dans lesquels la circulation se fait mal, deviennent froids, violacés, tendus et douloureux. Les ulcérations d'une cicatrice si frêle, qui n'est soutenue ou protégée par aucun matelas charnu, ont une grande facilité à se manifester, et sont d'une longueur désolante à se fermer. Tout se réunit pour devenir chez ces hommes la cause malheureusement légitime d'un concert presque unanime de récriminations sur le passé.

» M. Verneuil a posé un véritable axiome, qu'il n'est permis à personne d'oublier, quand il a dit : *Toutes les fois qu'on pratique une opération, il faut s'attacher à la rendre radicale, pour éviter de recommencer plus tard ou au moins de ne rien retirer de la mutilation.* Voici à ce sujet un autre renseignement qui n'est pas sans valeur. Depuis 1845, il est entré à l'hôtel cinq hommes amputés dans les malléoles ou au-dessus. Quatre ont subi l'opération à la suite d'accidents dus à des entorses, et un à la suite d'un coup de feu dans le métatarse. De ces cinq invalides, un marche très-bien à l'aide d'une bottine mécanique, et cependant il m'a manifesté le regret de n'être pas amputé sous le genou, en raison de la gêne que lui cause l'appareil prothétique. Un autre est entré deux fois à l'infirmerie, en me priant de le débarrasser de son long moignon, souvent ulcéré. Je me suis refusé à cette opération de complaisance. Quant aux trois autres, j'ai dû les amputer sous le genou, de l'avis même des chirurgiens qui avaient fait la première amputation ; la carie s'était emparée de leurs moignons. Ils sont guéris depuis plusieurs années.

» A coup sûr, ces résultats ne sont pas encourageants ; et pour peu que l'avenir nous réserve quelques autres amputations du même genre, je ne crois pas qu'il y ait beaucoup de chirurgiens qui persistent dans une voie dans laquelle néanmoins on rencontre tant de praticiens éminents.

» Agréez, etc. Hutin,

» médecin en chef des Invalides. »

M. Verneuil fait observer qu'il ne faut pas tenir compte de l'opinion des malades. Parmi ceux qui se plaignent d'avoir été amputés trop bas, il en est beaucoup qui seraient morts si on les eût amputés au lieu d'élection, et ceux qui, une fois hors de danger, blâment le plus le chirurgien qui les a amputés, auraient sans aucun doute, au moment de l'opération, choisi la méthode qui exposait le moins leur existence.

M. Michon répond aux remarques de M. Hutin sur l'amputation sus-malléolaire. M. Hutin reproche à cette opération des accidents arrivés à des malades qui se servaient d'une simple jambe de bois, au lieu de tenir compte des moyens prothétiques employés. Du reste, un simple relevé de l'état des amputés ne peut servir à juger les résultats de la méthode. Pour porter un jugement, il faudrait tenir compte de toutes les conditions de l'opération ; il faudrait savoir d'abord quelle maladie l'a motivée ; car si c'est une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne, la carie du bout du tibia peut prouver seulement qu'on a amputé trop bas. Il faudrait savoir encore quels sont les accidents consécutifs qui ont pu arriver ; car il en est qui ne détruisent pas le bénéfice de l'opération. Ainsi, l'atrophie du moignon n'ôte aucun des avantages de l'amputation sus-malléolaire, car elle a pour but de conserver la mobilité du genou, qui doit donner le mouvement au membre artificiel, et le genou n'en est pas moins mobile parce que le moignon est plus grêle. Enfin, il faudrait tenir compte du procédé employé ; si la cicatrice est à l'extrémité du moignon, si elle est tiraillée par la contraction musculaire, elle est très-exposée à se déchirer. Il n'en est pas de même lorsqu'on a bien tapissé l'extrémité des os au moyen d'un bon lambeau. M. Hutin dit que les amputations qui figurent dans son relevé ont été faites plus ou moins près du pied ; mais alors elles n'ont pas été toutes faites dans le point d'élection pour l'amputation sus-malléolaire, et celles que l'on fait plus haut ne valent rien, parce que les tiraillements de la cicatrice par les muscles y sont inévitables. En résumé, le travail de M. Hutin doit tendre à restreindre l'emploi de la méthode sus-malléolaire, mais non pas à la supprimer de la pratique chirurgicale.

M. Monod approuve les observations de M. Michon, auxquelles il ajoute la considération de la position sociale des amputés.

M. Larrey, qui a engagé M. Hutin à écrire sa lettre, ne combat pas les arguments de M. Michon, mais il fait observer que les conditions qu'il demande ne pouvaient être appréciées par M. Hutin. Il insiste sur les accidents causés par la contraction musculaire, accidents qui ne peuvent être appréciés que dans un établissement comme les Invalides, où l'on reçoit un grand nombre d'amputés.

En terminant, M. Larrey signale l'utilité qu'il y aurait à ce que les chirurgiens qui ont pratiqué, comme M. Huguier, un grand nombre d'amputations sus-malléolaires, recherchassent leurs opérés pour constater les résultats définitifs de l'opération.

M. Giraldès regrette que M. Hutin n'ait pas dit sur quel point du membre portaient les appareils prothétiques ; car lorsqu'il y a une pression sur l'extrémité du moignon, les accidents qui en résultent sont dus à l'appareil et non pas à la méthode.

Quant à ce qu'a dit M. Monod de la position sociale des malades, il répond que pour supprimer les accidents qui peuvent en provenir, il suffit de leur procurer des appareils qui fonctionnent bien, et l'on en fabrique aujourd'hui à peu de frais.

M. Richard désirerait savoir, pour apprécier les inconvénients que l'on attribue à la méthode sus-malléolaire, combien on a fait de réamputations.

M. Demarquay reconnaît toute l'importance de la lettre de M. Hutin, qui établit deux faits : 1° La difficulté de marcher avec le pilon après l'amputation sus-malléolaire : ce fait est connu de tous les chirurgiens ; 2° ce qui est plus grave, c'est que les invalides qui ont subi cette amputation sont sujets à des plaies du moignon. M. Demarquay fait observer, en passant, que si les amputés ne se servent pas de membre artificiel, on ne peut imputer cet accident aux moyens prothétiques. Il ajoute que les militaires amputés au bas de la jambe ne sont pas les seuls dont les moignons présentent des excoriations ; il y en a qui éprouvent le même accident après l'amputation au lieu d'élection. Il en existe en ce moment un exemple dans le service de M. Monod sur un officier amputé en Crimée au lieu d'élection. Pour que la statistique de M. Hutin fût vraiment concluante, il faudrait qu'elle comprît tous les militaires amputés au-dessus des malléoles, et elle ne porte que sur les invalides, c'est-à-dire les impotents. M. Martin, qui a fourni un grand nombre d'appareils, n'a pas observé d'accidents de ce genre.

M. Michon déclare qu'en parlant des erreurs de diagnostic, il n'a pas entendu en faire un reproche aux autres chirurgiens. La plupart de ses objections sont tirées de sa propre pratique, et il a fait des amputations sus-malléolaires qu'il n'aurait pas faites dans ce point avec un meilleur diagnostic.

M. Larrey pense qu'on ne peut connaître les conséquences de l'amputation sus-malléolaire dans la pratique ordinaire, la plupart des amputés échappant à l'observation après la guérison. Dans ce que vient de dire M. Michon des amputations qu'il a pratiquées à tort au-dessus des malléoles, il voit un reproche grave à faire à la méthode qui peut, en pareil cas, entraîner la nécessité d'une seconde amputation.

M. Verneuil désirerait savoir ce que sont devenus les malades à qui M. Michon dit avoir fait à tort l'amputation sus-malléolaire.

M. Michon répond que l'un d'eux se sert habituellement du pilon. Jamais il n'a fait de réamputations.

M. Chassaignac, résumant la discussion, déclare qu'il n'est pas ébranlé dans sa conviction, que l'amputation sus-malléolaire doit être pratiquée toutes les fois qu'elle est indiquée ; que voyant les succès de cette méthode, il ne s'inquiète pas des raisons contraires tirées de la position sociale des opérés ; car, avant tout, on doit songer à conserver la vie des malades. Aux cas dans lesquels on ne doit pas la faire, il ajoute les plaies par arrachement du pied, parce que, bien que la peau paraisse saine auprès de la plaie, elle a été distendue

fortement, et risque de se gangrener après l'amputation et d'amener la destruction des lambeaux.

RAPPORT.

Sur les conclusions de M. Forget, la Société accorde le titre de membre correspondant à M. Mayor fils (de Genève). Elle décide en outre que le rapport de M. Forget sera publié au *Bulletin*, et que le travail de M. Mayor sera déposé aux archives.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Tournesco, chirurgien de l'hôpital civil Koltsa de Bucharest, adresse deux observations d'hydrocéphale congénitale traitées par les injections iodées. (Commissaires : MM. Broca, Verneuil, Boinet.)

M. Monod rend compte des expériences qu'il a faites à la Maison de santé, en commun avec M. Démarquay, sur les propriétés anesthésiques du gaz acide carbonique. Il en résulte que les injections d'acide carbonique ont calmé rapidement les douleurs causées par des cancers de l'utérus et les névralgies utérines.

Du reste, M. Monod laisse à M. Demarquay le soin d'exposer le mode d'administration du gaz qu'ils ont adopté dans leurs expériences.

M. Demarquay fait connaître l'appareil dont il s'est servi, et qui n'est autre chose que l'appareil seltzogène de MM. Mondolo frères, successeurs de Briet. L'acide carbonique dégagé arrive dans le vase supérieur, d'où un tube de caoutchouc appliqué au robinet le transporte sur les parties que l'on veut soumettre à son action. Afin d'éviter tout danger, M. Demarquay a essayé à l'aide du manomètre les pressions que les vases peuvent supporter. Grâce à la simplicité de l'appareil, tous les praticiens peuvent donner des douches d'acide carbonique à leurs malades. Le soulagement étant instantané, il suffit de prolonger la douche pendant 35 secondes ou une minute. M. Demarquay a demandé à MM. Mondolo de construire un appareil pouvant donner sans dangers un dégagement constant de gaz pendant un temps donné.

M. Broca a employé ce moyen pour soulager un malade affecté depuis deux ans d'une cystite avec douleurs très-vives au col de la vessie. La prostate tuméfiée empêche de faire pénétrer le gaz dans la vessie en l'insufflant dans l'urètre; de sorte qu'il faut l'injecter à travers une sonde introduite dans la vessie, d'où résulte une irritation qui peut nuire à l'effet du gaz. L'injection est poussée jusqu'à ce que la percussion démontre la présence du gaz dans l'organe. Le malade ne pouvait pas garder l'urine plus d'une demi-heure; grâce aux injections d'acide carbonique, il a pu passer quatre heures sans uriner. Il en a ressenti un tel soulagement, qu'il demande son injection tous les matins. L'expérience dure depuis quinze jours; mais depuis deux jours le soulagement est moins grand, sans doute par suite de l'introduction répétée de la sonde et de l'irritation qui en résulte.

M. Broca s'est demandé si l'acide carbonique n'agirait pas dans ce cas comme gaz, indépendamment de ses propriétés particulières. Pour s'en assurer, il a insufflé de l'air dans la vessie de son malade; mais les douleurs ont augmenté, au lieu de diminuer.

M. Morel-Lavallée. Les appareils (à deux ballons) destinés à la fabrication instantanée de l'eau de Seltz sur nos tables offrent un danger qu'on ne soupçonnerait guère en voyant la sécurité avec laquelle on les emploie généralement. Ils peuvent éclater et projeter violemment leurs fragments dans toutes les directions. Depuis que ces appareils sont en usage à l'hôpital de Lourcine, c'est-à-dire depuis environ six mois, sept ont fait explosion, dont quatre à la pharmacie, ce qui signifie qu'ils ont été nettoyés et chargés avec tout le soin possible. Quelle est donc la cause de l'accident? C'est toujours le ballon inférieur qui se brise; il est probable que les criblures du tube de dégagement s'obstruent par un dépôt salin dans l'effervescence, et que le gaz, ne trouvant plus une issue suffisante, acquiert une tension excessive.

Toujours est-il qu'il y a là un grand danger; l'appareil éclate comme un obus, et des fragments grands comme la paume de la main et épais de deux centimètres sont lancés au loin à travers le treillage brisé avec un bruit égal à celui d'un coup de fusil.

Un perfectionnement urgent est donc attendu sur ce point de la science et des fabricants.

Les réactifs employés à Lourcine sont :

Bi-carbonate de soude.	30 grammes.
Bi-sulfate de potasse.	30 —

Dans un cas, on a remplacé le bi-sulfate par l'acide sulfurique.

Nous connaissons peu d'exemples d'explosion quand on s'est servi (en ville) de l'acide tartrique : c'est donc avec raison que M. Bussy le recommande de préférence. Nous n'en maintenons pas moins la nécessité d'un perfectionnement de l'appareil.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Kystes des ovaires. — M. Chassaignac présente une pièce qui offre deux kystes des ovaires parfaitement symétriques, avec dilatation des trompes dont les pavillons sont intimement adhérents aux kystes. Les trompes sont dilatées jusqu'auprès de l'utérus, où elles sont obstruées; il est impossible de faire pénétrer une soie de sanglier par leur orifice utérin.

Ablation de la lèvre antérieure du col utérin; hémorrhagie grave; guérison. — M. Demarquay, depuis qu'il exerce la chirurgie, a vu faire et a fait un grand nombre d'opérations sur les organes génitaux de la femme, sans jamais être troublé par une hémorrhagie sérieuse. Deux fois seulement il a vu une hémorrhagie : 1° à la suite de la résection d'une petite lèvre; 2° à la suite de l'ablation d'une tumeur développée dans la paroi du vagin. Il fut facile dans ces deux cas d'arrêter l'hémorrhagie. Il n'en fut pas de même dans la circonstance suivante.

Il fut consulté il y a quinze jours environ par une dame de province, jeune encore, pour une prétendue chute de l'utérus, accompagnée d'écoulement muco-purulent et d'excoriation des parois du vagin; un pessaire avait été appliqué pour remédier à cette chute prétendue de l'utérus.

Un examen attentif fit découvrir à M. Demarquay que ce qui avait été pris pour le col utérin n'était que la lèvre antérieure du col hypertrophiée, ayant acquis une longueur de 5 à 6 centimètres. Ce corps, qui arrivait à l'orifice vaginal, était souple, élastique, rosé, et nullement douloureux à la pression. On ne percevait aucun battement dans son pédicule. La lèvre postérieure du col était excoriée.

Avant d'opérer cette dame, M. Demarquay voulut avoir l'avis de plusieurs de ses collègues. M. Monod seul fut consulté, et fut, comme M. Demarquay, d'avis de faire l'ablation de la tumeur.

Il y a douze jours, cette opération fut pratiquée avec l'instrument tranchant, après abaissement préalable du col utérin. A peine la section était-elle faite, qu'il survint une hémorrhagie en arrosoir. Redoutant cet accident, M. Demarquay s'était muni de perchlorure de fer et de cautères. Avant de recourir au fer rouge, qui effrayait fort la malade, il appliqua un tampon de charpie trempé dans le perchlorure de fer, le col utérin étant toujours abaissé. Ce tampon, maintenu en place pendant plusieurs minutes, arrêta l'hémorrhagie. M. Demarquay laissa alors l'organe utérin reprendre sa place, en y maintenant le perchlorure au moyen d'un tamponnement énergique. Au bout d'un quart d'heure il quitta la malade, laissant près d'elle un élève distingué. Au bout d'une heure il revint près de sa malade, qu'il trouva exsangue, sans pouls. Il fit de nouveau un tamponnement, qui no fut pas plus efficace que le premier; il ne triompha de l'hémorrhagie qu'avec le fer rouge et la glace portée pendant vingt-quatre heures à l'aide du spéculum sur la plaie saignante. La dame va très-bien maintenant, sauf un peu d'anémie.

M. Demarquay conclut que le perchlorure de fer est un hémostatique très-infidèle.

M. Morel-Lavallée trouve que le reproche adressé au perchlorure de fer par M. Demarquay n'est pas mérité, car il n'a pas été appliqué dans les conditions nécessaires à son action. Il enlève très-souvent des végétations de la vulve sans avoir d'hémorrhagie; dernièrement néanmoins il en a observé une; le sang ne venait pas par la plaie, mais bien par le col de l'utérus. Cette hémorrhagie paraît avoir été appelée par l'opération, de même qu'une application de sangsues aux environs de la vulve rappelle les règles supprimées. La malade, qui n'avait pas eu ses règles depuis huit mois, les a régulièrement depuis l'opération.

M. Chassaignac rappelle que M. Depaul a fait connaître à l'Académie une ablation de tumeur du col semblable à celle de M. Demarquay sans hémorrhagie. Lui-même a fait six amputations du col de l'utérus au moyen de son écraseur linéaire sans qu'il s'écoulât une goutte de sang.

M. Marjolin rapporte que son père ayant excisé un petit polype du col utérin, il y eut un peu d'hémorrhagie, qui fut arrêtée par le tamponnement. En revenant auprès de la malade, il la trouva exsanguo et le ventre distendu. Le tamponnement ayant été enlevé, il s'écoula une cuvette de sang. Marjolin plaça alors un spéculum dans le vagin, et l'hémorrhagie s'arrêta pour ne pas reparaître.

Quant au perchlorure de fer, il faudrait savoir à quel degré de concentration il a été employé, car on en trouve dans les pharmacies qui est beaucoup trop étendu. Appelé pour arrêter une hémorrhagie à la suite d'une opération de fistule à l'anus, il demanda une solution de perchlorure, et cello qu'on lui donna n'était qu'au dixième. Il est évident qu'une semblable solution est insignifiante.

M. Forget demande si la tumeur offrait des battements et si la malade était loin de l'époque de ses règles.

M. Demarquay répond qu'il n'y avait pas de battements et que les règles avaient cessé depuis six jours.

M. Forget fait remarquer que Lisfranc insistait beaucoup sur la nécessité de ne pratiquer les opérations sur l'utérus qu'à une époque éloignée des règles, et qu'aucune autre cause d'hémorrhagie peut se trouver dans la nature de la maladie pour laquelle on opère. Ainsi, dans la plupart des cas où l'on enlève des tissus cancéreux, il se produit des hémorrhagies plus ou moins considérables. Dans un cas de ce genre, sur une femme opérée par Lisfranc, M. Forget a vu une hémorrhagie extrêmement abondante se faire, malgré le tamponnement, dans le vagin, qui s'était laissé énormément distendre.

Dans des cas analogues, l'écraseur serait peut-être insuffisant pour prévenir l'hémorrhagie à cause du volume des artères utérines, qui chez la malade de Lisfranc avaient acquis des dimensions très-considérables.

M. Forget rappelle qu'il y a quinze ans il a publié dans la *Gazette des Hôpitaux* une observation de transformation érectile du col analogue à celle de M. Demarquay.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, Desormeaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 25 octobre, il est créé un emploi de directeur des autopsies près la Faculté de médecine de Strasbourg.

— Par arrêté du même jour, M. Ouvrard, professeur de pathologie externe à l'Ecole préparatoire d'Angers, est mis en disponibilité.

Sont nommés à ladite Ecole :

Professeur titulaire de pathologie externe, M. Daviers, professeur de chimie et de pharmacie;

Professeur adjoint de pharmacie et de toxicologie, M. Farge, professeur suppléant, chef des travaux anatomiques.

Sont nommés professeurs suppléants :

M. Dumont, pour les chaires de médecine proprement dite;

M. Guichard, pour les chaires de chirurgie et d'accouchement;

M. Drouet, pharmacien de 1re classe, pour les chaires de sciences accessoires;

M. Guichard, professeur suppléant, est nommé chef des travaux anatomiques.

— Le concours pour l'agrégation (section de l'anatomie, de la physiologie et des sciences accessoires) a commencé hier 3 novembre, à midi. Aujourd'hui doit avoir lieu l'épreuve par écrit.

Les compétiteurs sont, en anatomie et en physiologie, pour la Faculté de Paris : MM. les docteurs Dupré, Legendre, Rombeau et Rouget; pour la Faculté de Strasbourg, M. le docteur Morel;

En physique, pour la Faculté de Paris; MM. les docteurs Grassi et Guillemin.

En histoire naturelle, pour la Faculté de Paris, M. le docteur Baillon. Aucun candidat ne s'est présenté au concours pour la Faculté de Montpellier.

En pharmacie et en toxicologie, pour la Faculté de Paris, MM. les docteurs Ducom et Reveil. Pour la Faculté de Montpellier, M. le docteur Moitessier.

Aucun candidat ne s'est présenté pour la place vacante en chimie à la Faculté de Strasbourg.

— Nous avons annoncé dernièrement que M. le ministre de l'instruction publique avait, par une décision spéciale, prononcé une peine disciplinaire contre un professeur de la Faculté de Montpellier, pour s'être absenté sans congé régulier. Nous apprenons avec plaisir que M. le ministre, après avoir entendu les explications de l'honorable professeur, a révoqué immédiatement sa décision.

— M. le ministre de l'instruction publique vient d'adresser à la Faculté de Montpellier l'ordre de lui présenter immédiatement une liste de candidats pour la chaire de chimie médicale vacante dans son sein. (*Revue thérap. du Midi.*)

— Par décret du 18 octobre, M. le docteur Rougier a été nommé président de l'Association de prévoyance des médecins du Rhône, en remplacement de M. le baron de Polinière, décédé.

— La rentrée de l'Ecole de médecine navale de Toulon a eu lieu le 3 novembre. Le discours d'ouverture a été prononcé par M. Marroin, médecin professeur.

Les cours du semestre d'hiver auront lieu dans l'ordre suivant :

Clinique chirurgicale. — M. Reynaud, directeur du service de santé.

Chimie inorganique et physique médicale. — M. Rouchas, 1er pharmacien en chef.

Clinique médicale. — M. Lauvergne, 1er médecin en chef.

Anatomie et physiologie. — M. Beau, chirurgien professeur.

Histoire naturelle médicale et zoologie élémentaire. — M. Marroin, médecin professeur.

— M. Frankinet, professeur émérite à l'Université de Liége, vient d'être élevé au grade d'officier de l'ordre de Léopold.

M. le docteur Didot, directeur de l'Ecole vétérinaire de l'Etat, et M. Delwart, professeur au même établissement, ont été nommés chevaliers du même ordre.

— M. le docteur Vanderlinden, le Nestor des médecins de Bruxelles, vient de mourir à l'âge de quatre-vingt-neuf ans.

— Nous avons reçu il y a quelques jours, ainsi que nous l'avons déjà dit, le premier numéro d'un nouveau journal médical intitulé *Revue étrangère médico-chirurgicale*. On annonce aujourd'hui la création d'un rocueil bi-mensuel intitulé *la Phrénologie, revue spiritualiste des manifestations de l'âme humaine.* Ces deux journaux se publient à Paris.

Le journalisme médical ne s'étend pas seulement en France, car nous apprenons qu'un recueil vient d'être fondé à Melbourne, sous le titre do *Australian medical journal.*

— Un nouveau cas de mort par le chloroforme vient d'avoir lieu à l'hôpital de Saint-Thomas (de Londres). Il s'agissait de l'ablation d'un doigt. Il résulte des détails de l'observation, que le sujet avait été opéré *assis*. On n'avait employé que 4 grammes de chloroforme sur une éponge. Les accidents se sont développés après une vingtaine d'inspirations. (*The Lancet.*)

— Le choléra disparaît rapidement de la péninsule espagnole, et est remplacé par des fièvres intermittentes dont beaucoup sont pernicieuses.

— On organise en Espagne une association générale de la médecine, analogue à celle qu'il avait été question, en 1848, de fonder en France. Le but de l'association, défini par les statuts, est d'améliorer la condition sociale et matérielle du corps médical, de veiller à l'observance de ses devoirs moraux, d'entretenir de bonnes relations confraternelles, d'assurer protection et secours à ceux qui se seront conformés aux prescriptions des statuts, de recueillir des documents relatifs à la statistiquo, à la topographie médicale et à d'autres questions d'hygiène publique. Il y a un *junte centrale directrice* siégeant à Madrid, des juntes provinciales et des juntes de district.

— M. Chassaignac commencera un cours complet de médecine opératoire le 13 novembre 1856, à quatre heures de l'après-midi (amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique), et le continuera les mardis, jeudis et samedis.

Les conférences cliniques de l'hôpital Lariboisière seront continuées durant tout le semestre d'hiver. — Visite des malades à huit heures. Opérations principales le lundi à neuf heures.

— M. le docteur Hippolyte Blot, chef de clinique d'accouchements de la Faculté, commencera un cours public d'opérations obstétricales le 17 novembre, à midi, amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera à la même heure les lundis, mercredis et vendredis.

Ce cours sera terminé le 31 décembre.

— A partir de jeudi prochain 6 novembre, le cours public de M. le docteur Sandras sur les maladies nerveuses aura lieu de onze heures à midi dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité des maladies cancéreuses de G. L. Bayle, médecin de l'hôpital de la Charité et de l'Empereur Napoléon, etc. Revu, augmenté et publié par son neveu A. L. Bayle, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc. — 1834-1839. — 2 vol. in-8° de 1,300 pages. Au lieu de 14 fr. Prix: 5 fr.; par la poste, 6 fr. 10 c. — *P. S.* Il ne reste que très-peu de ce livre. — A Paris, chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Secrétaire.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 130. — JEUDI 6 NOVEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 130. — JEUDI 6 NOVEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 5 novembre 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'intervention de M. Cruveilhier dans la discussion sur les kystes ovariques a tenu tout ce qu'on pouvait en attendre. Avec l'autorité toute spéciale qui lui appartient en matière d'anatomie pathologique, M. Cruveilhier a apporté dans le débat le tribut d'une vaste expérience clinique, et surtout cet esprit de sagesse et de probité médicale qui, tout en faisant une légitime part aux intérêts et aux exigences de la science, ne perd jamais de vue le but ultime de toutes recherches, de toutes discussions médicales : l'intérêt des malades confiés à nos soins. L'esprit et le caractère de ce discours sont là tout entiers.

La question anatomo-pathologique a été traitée, et cela devait être, d'une manière tout à fait magistrale. L'orateur était ici ; c'est le cas de le dire, dans les entrailles mêmes du sujet, *in visceribus rei*. Ses études approfondies sur la texture et la composition des kystes de l'ovaire l'ont conduit à faire une première distinction d'une grande importance pratique entre les kystes aréolaires, les kystes vésiculaires et multiloculaires d'une part, et les kystes uniloculaires d'autre part ; les uns incurables, à cause même de leur organisation ; les autres susceptibles d'être soumis avec plus ou moins de chances de succès à un traitement palliatif, et même à un traitement curatif.

Après avoir ainsi réduit le problème à sa plus simple expression, par l'élimination de tous les cas réfractaires à la thérapeutique, M. Cruveilhier a abordé la question pratique.

Pour lui, la règle qu'il a suivie jusqu'à présent est celle qu'ont longtemps enseignée les maîtres, c'est de respecter les kystes de l'ovaire tout le temps qu'ils n'ont pas acquis un volume assez considérable pour gêner mécaniquement l'exercice des fonctions. Comme M. Trousseau, il a reculé jusqu'à ce jour devant la pensée du danger imminent de mort auquel la tentative d'un traitement curatif pouvait exposer des femmes jouissant d'ailleurs de tous les attributs de la santé. Ce n'est donc pas d'après sa propre expérience qu'il peut juger la valeur des diverses méthodes et procédés de traitement curatif. Mais éclairé par les faits recueillis autour de lui et par les observations authentiques de succès qui ont été publiées depuis un certain nombre d'années, M. Cruveilhier a modifié ses premières opinions à cet égard. Il pense maintenant que le traitement curatif des hydropisies de l'ovaire doit désormais entrer dans le domaine de la pratique, mais sous de certaines conditions et dans des limites qu'il a cherché à poser.

Les conditions de l'opération sont d'abord les conditions même de la curabilité. Les kystes uniloculaires, et surtout les kystes séreux, seront à ce titre les seuls à peu près qu'on devra tenter de guérir. Mais avant de s'y déterminer, M. Cruveilhier veut que le médecin mette sa responsabilité en sécurité en faisant connaître aux familles la vérité tout entière, et en leur posant, comme il doit se le poser à lui-même, ce dilemme : d'une part, ponctions palliatives, vie misérable, sans cesse empoisonnée par la perspective de ponctions de plus en plus rapprochées dont chacune a son péril ; d'une autre part, cure radicale par une opération très-simple, mais qui expose beaucoup la vie de la malade.

Qui pourrait mieux dire ? qui oserait agir autrement ? Mais viennent d'autres questions (et ce sont précisément les points fondamentaux de la discussion) que M. Cruveilhier n'a pu résoudre, à défaut d'expérience personnelle, que par des considérations générales ou par des faits dont il lui était difficile de peser exactement la valeur : telles sont les questions relatives au moment opportun pour la cure radicale et au choix des méthodes opératoires. Le moment opportun, suivant lui, est le même pour le traitement curatif que pour le traitement palliatif, c'est-à-dire celui où le kyste apporte une perturbation plus ou moins profonde dans les principales fonctions de l'économie. Mais il nous semble que la solution de cette question doit être subordonnée au choix de la méthode opératoire elle-même ; car avec une méthode inoffensive et sûre dans ses résultats, il y aurait évidemment de l'avantage à opérer de bonne heure, et, réciproquement, on assurerait d'autant plus l'efficacité du traitement, qu'on s'éloignerait davantage du moment où le développement du kyste amène une détérioration notable de la santé. La question revient donc à savoir si l'art possède une pareille méthode. Ce sont, on le sait, les prétentions des partisans de l'injection iodée. C'est là, après la savante et lumineuse dissertation de M. Cruveilhier, le point essentiel de la question qui reste à résoudre. — D Brochir.

NOTE SUR LA CODÉINE.

Par M. E. Robiquet.

Dès que mon père eut découvert la codéine, les médecins étudièrent ses propriétés thérapeutiques et furent à peu près d'accord pour trouver que son action était analogue à celle de la morphine, mais beaucoup moins énergique. Magendie formula même son opinion d'une manière très-précise en disant que la codéine exerçait sur le système nerveux une influence qui était à celle de la morphine comme 3 est à 5.

Kunkel regarde la codéine comme un excitant ; M. William Gregory a trouvé qu'elle accélérait la circulation du sang et ne produisait de nausées qu'à la dose de 0,25 ou 0,30 centigrammes. Il a semblé au docteur Barbier (d'Amiens) qu'elle avait une action marquée sur le grand sympathique, et pouvait être jusqu'à un certain point considérée comme un exhilarant. Martin-Solon contredit cette assertion, et ne lui reconnaît d'autres propriétés que de produire un sommeil doux et paisible.

Toutes ces opinions contradictoires ne sont guère faites pour fixer les idées sur les fonctions thérapeutiques de la codéine, et il m'a semblé que je ne pouvais mieux faire que de chercher d'abord les causes de pareilles divergences entre observateurs également dignes de foi.

J'ai fait deux séries d'observations : dans la première, j'ai examiné l'effet de la codéine administrée à des doses variant de 0,010 à 0,030 milligrammes par jour. Dans la seconde, j'en ai toujours donné de 0,10 à 0,20 centigrammes en 24 heures.

Cette méthode m'a permis de démêler promptement la vérité et de mettre d'accord des opinions en apparence opposées.

En effet, toutes les fois que la codéine est prise à haute dose (0,15 à 0,20 centigrammes), elle produit un sommeil lourd paraissant causé par une sorte d'ivresse. Au réveil, la sensation persiste, le cerveau continue à être frappé d'engourdissement et à ne plus être complétement maître de lui-même. Une fois sur cinq, il y a eu nausées et vomissements.

Si, au contraire, on ne l'administre qu'à la dose de 0,20 ou 0,30 milligrammes, les phénomènes de stupeur disparaissent pour faire place à une sorte de bien-être et de calme, d'autant plus sensibles que la personne soumise à l'expérience est d'un tempérament plus nerveux et plus irritable. Le sommeil est doux et paisible ; au réveil, le cerveau, loin de remplir péniblement ses fonctions, semble rajeuni par un repos réparateur. J'ai vu surtout ces effets se produire à plusieurs reprises chez un hypocondriaque d'un caractère inquiet et morose, ayant essayé sans succès toutes les médications possibles, sans doute parce que la maladie dont il souffre cruellement a son siége dans la partie du système nerveux qui est indépendante de la volonté. Pendant tout le temps que ce malade a été soumis au régime de la codéine, il ne s'est pas plaint une seule fois de ressentir dans la région épigastrique la susceptibilité douloureuse à laquelle il s'était en quelque sorte habitué comme à un état normal.

Plusieurs physiologistes ont été jusqu'à dire que la codéine était tout à fait inerte. Ayant répété plusieurs fois l'expérience sur moi-même, je puis certifier que cet alcaloïde, loin d'être inactif, ne peut être donné sans imprudence à une dose dépassant 20 centigrammes par jour. J'ai parfaitement souvenir d'avoir vu, il y a quatre années environ, un enfant de huit ans courir de sérieux dangers pour avoir pris 30 grammes de sirop contenant 0,10 centigrammes de codéine.

La codéine a été jusqu'à présent donnée sous forme de sirop contenant par once tantôt 10 centigrammes d'alcaloïde (formule de M. Cap), tantôt 5 centigrammes (formule de M. Guibourt). Cette dernière proportion me paraît encore trop forte, et je proposerai d'adopter un sirop au millième, c'est-à-dire dont chaque gramme contiendrait 1 milligramme de principe actif.

Le médecin, suivant les cas qui se présenteraient à lui, et la nature des effets qu'il voudrait produire, aurait ainsi à choisir entre cinq préparations qu'on peut, suivant leur degré d'activité, ranger dans l'ordre suivant : sirop de morphine, sirop thébaïque, sirop de codéine au millième, sirop diacode et sirop de lactucarium.

Le haut prix de la codéine a fait naître bien des tentatives de falsifications ; la plus curieuse est son mélange avec le sucre candi. Quoique les cristaux de sucre candi dérivent des rhomboïdes, et que ceux de la codéine soient une des formes secondaires de l'octaèdre à base carrée, il est assez difficile de reconnaître la fraude lorsqu'on a affaire à de très-petits cristaux. Un moyen très-sûr de reconnaître cette falsification, serait de déterminer la quantité d'acide sulfurique nécessaire pour saturer l'alcaloïde impur, et, ce sulfate une fois obtenu, de faire fermenter le sucre restant. Ce procédé serait toutefois fort long, et j'ai trouvé plus simple de mettre à profit la propriété que possède la codéine de dévier fortement la lumière polarisée. Les expériences de MM. Bouchardat et Boudet nous ont appris, en effet, que son pouvoir rotatoire était de 118°2′ vers la gauche du plan de polarisation. L'observation a été faite en opérant sur les rayons jaunes, et les résultats calculés d'après la formule $x = \frac{m\,x}{l\,\varepsilon\,\delta}$, x représentant la déviation observée à travers un tube d'une longueur l ; ε la proportion pondérale de la substance dans chaque unité de poids du dissolvant ; δ la densité de la dissolution, et m la constante $\frac{23}{30}$. Comme la déviation a lieu vers la gauche, et que le sucre candi, au contraire, tourne à droite, rien ne paraît plus simple que de déterminer au polarimètre de M. Biot le pouvoir rotatoire de la codéine suspecte, et de le comparer au nombre fixé pour l'alcaloïde pur.

Malheureusement, ces sortes de déterminations exigent déjà beaucoup de temps et d'habitude avec des substances qui, comme les sucres, exercent une déviation proportionnelle à leurs poids ; les difficultés sont encore plus grandes pour les alcaloïdes, et surtout pour la codéine, dont le pouvoir rotatoire n'est pas proportionnel aux quantités dissoutes et n'est même pas constant pour les diverses couleurs du spectre, ainsi que je m'en suis assuré par des expériences multipliées. Par une sorte de compensation, la déviation n'est influencée ni par les changements de température ni par les acides. J'ai opéré entre les limites de 0 et 50°, et j'ai toujours obtenu les mêmes résultats pour un même poids. De même, que la codéine soit simplement dissoute dans l'alcool, ou bien qu'elle soit sursaturée d'acide acétique, elle donne toujours la même déviation sous le même poids et pour une même couleur du spectre.

La route à suivre est dès lors toute tracée. On pèsera très-exactement 0,50 centigr. de codéine, et on les fera dissoudre dans 100 gram. d'alcool marquant au moins 56° centésimaux. Cette liqueur, analysée optiquement, sans se préoccuper de la température, et en prenant pour point de repère la teinte sensible, déviera vers la gauche les rayons polarisés de 11° au saccharimètre Soleil, et de 30° au diabétomètre.

Il ne faut nullement chercher à comparer ces nombres au pouvoir rotatoire absolu trouvé par MM. Bouchardat et Boudet, mais simplement prendre la méthode que je propose comme un procédé d'analyse facile à répéter en quelques minutes, et qui, dans les mêmes conditions de poids et de volume, donnera les mêmes résultats entre les mains de tous les observateurs.

Toutefois, pour prendre un point de comparaison utile aux personnes qui manient souvent les saccharimètres, j'ai cherché à traduire d'une autre manière les résultats précédents, et j'ai trouvé, par un calcul très-simple, que les déviations observées au saccharimètre et au diabétomètre avec 0,50 centigr. de codéine, correspondaient à celles que donneraient une plaque de quartz taillée perpendiculairement à l'axe et exactement amenée à une épaisseur de 496 millièmes de millimètre, ou bien une liqueur observée à la température de 20° et contenant en poids 8 0/0 de sucre inter-

verti. En d'autres termes, le pouvoir rotatoire du sucre gauche est à celui de la codéine comme 1 est à 16.

En résumé, la codéine peut être analysée optiquement avec beaucoup d'exactitude et de rapidité, à la seule condition d'opérer sur une liqueur contenant 0,50 centigrammes d'alcaloïde dissous dans 100 grammes d'alcool à 56°.

Une solution de codéine n'agit pas de la même manière sur les divers rayons simples de la lumière polarisée, et les déviations vers la gauche qu'elle leur imprime ne sont pas proportionnelles aux poids dissous.

La codéine employée à fortes doses n'est nullement préférable à la morphine, et semble produire sur le cerveau un effet de stupeur qui, souvent répété, serait suivi des conséquences les plus fâcheuses.

Donné, au contraire, dans les limites de 20 à 30 milligrammes par jour, elle exerce une influence salutaire sur cette partie du système nerveux qui est indépendante de la volonté et que le médecin a tant de peine à dominer, surtout chez les malades atteints d'affections nerveuses ou d'hypocondrie.

Tels sont les résultats auxquels m'a conduit la codéine; je m'estimerais fort heureux de voir considérer mes observations comme le complément de la découverte de mon père.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Du rachitis (1).

Traitement. — Avant d'exposer les ressources que la matière médicale nous offre dans le traitement du rachitis et de l'ostéomalacie, voyons quelles sont les conditions hygiéniques les plus favorables pour retarder le développement de ces affections.

Moyens hygiéniques. — Défendre toute habitation humide, mal aérée, ou même qui ne serait pas exposée au soleil; recommander le séjour à la campagne, surtout au bord de la mer; ne permettre qu'un exercice extrêmement modéré, et même dans beaucoup de cas exiger un repos absolu, afin que le tassement, les courbures et le nombre des solutions de continuité des os n'augmentent pas.

Chez les très-jeunes enfants, le genre d'alimentation est de la plus grande importance. Nous avons vu, en parlant de l'étiologie, que le rachitis se montre presque constamment chez les enfants sevrés peu de temps après leur naissance, et qu'il suffit que l'alimentation soit vicieuse et non appropriée à l'âge pour produire le ramollissement du squelette de certains animaux. On devra donc proscrire les viandes de toutes sortes, les bouillons gras, auxquels les parents et quelquefois les médecins ont recours dans la conviction qu'une nourriture substantielle est la seule qui puisse combattre la faiblesse et l'inaction des enfants. Il faut une diète lactée sévère; sans elle les moyens thérapeutiques ne réussissent qu'incomplétement. C'est surtout chez les enfants qui éprouvent un retard dans l'évolution dentaire qu'on doit insister sur toutes ces précautions.

Chez l'adulte, cette partie de l'hygiène est d'une importance secondaire; cependant, si l'on se rappelle que l'ostéo-malacie s'est plusieurs fois développée chez des individus qui avaient subi pendant longtemps des privations, et qu'un autre état analogue, sinon identique, l'*atrophie sénile* du tissu osseux, a le plus souvent lieu chez des sujets qui n'ont eu qu'une nourriture insuffisante, il faudra faire une large part dans les chances de guérison à une alimentation saine et abondante.

Moyens thérapeutiques. — Les remèdes qui ont été mis en usage depuis que le rachitis a été étudié avec quelque soin, c'est-à-dire depuis le commencement du dix-septième siècle, sont fort nombreux, et ont été choisis principalement parmi ceux que l'on appliquait aux autres manifestations des mêmes causes premières auxquelles le rachitis était alors rapporté. Ainsi les mercuriaux, les sudorifiques, les anti-scorbutiques composaient le traitement du rachitis; ou bien les alcalis étaient administrés pour combattre l'excès d'acidité des humeurs chez les enfants rachitiques. On donnait encore, avec aussi peu de raison, la garance, qui n'a d'autre propriété dans les maladies du système osseux que de communiquer aux os une couleur rouge.

Glisson lui-même conseillait les saignées, les applications externes, telles que fomentations, vésicatoires, cautères, moxas, etc.

Les amers furent ensuite mis en usage, et avec plus de succès; lorsque enfin, dans ces dernières années, un moyen thérapeutique fut chaudement préconisé par mon illustre maître, et voici dans quelles circonstances :

En 1829, M. Bretonneau donnait des soins à un jeune Hollandais rachitique qu'on avait envoyé en Touraine, et dont les frères, également rachitiques dans leur enfance, avaient été guéris par l'huile de poisson. Sur les très-vives instances du père, M. Bretonneau se décida à traiter son petit malade par l'huile de foie de morue; l'enfant était guéri au bout de deux mois. Le médecin de Tours, qui ne croyait encore qu'à moitié à l'efficacité de ce remède, l'essaya sur d'autres enfants, et en obtint les plus beaux succès.

Du reste, il y a longtemps déjà que sur les bords de la mer Baltique et de la mer du Nord on traite les scrofules, le rachitis et même le rhumatisme par les huiles de morue, de baleine ou de phoque. Mais cette médication a eu de la peine à se faire accepter en France pour la seconde de ces maladies, regardée avec raison comme bien différente de la première. Cela nous prouve deux choses : c'est qu'il ne faut jamais se laisser exclusivement guider par la théorie, et que l'adage *Naturam morborum ostendunt curationes* n'est pas toujours bien vrai.

L'emploi de l'huile de foie de morue est aujourd'hui général dans le traitement du rachitis; seulement, il est indispensable que nous vous indiquions brièvement les règles à suivre lorsque vous manierez ce précieux agent thérapeutique.

Le mode d'administration et les doses de ce médicament varieront avec l'âge des malades.

Jusqu'à un an ou dix-huit mois, on donnera le sein de nouveau si l'enfant a été sevré, ou bien on le mettra à une diète lactée, en interdisant toute autre alimentation qui serait trop substantielle. L'une ou l'autre de ces précautions est presque indispensable à la réussite. En même temps, on fera prendre chaque jour une dose de 10 à 15 grammes d'huile de foie de morue, soit dans un looch, soit mêlée à du café, du sirop de Tolu, ou mieux encore à du sirop d'écorce d'oranges. Ces mélanges ne sont pourtant pas indispensables, car nous avons souvent vu, dans notre service des nourrices, à l'hôpital Necker, des enfants qui prenaient, au bout de quelques jours, ce remède en nature, et avec une sorte d'avidité.

Ce traitement si simple suffit dans les cas ordinaires pour faire cesser en moins d'une semaine les douleurs si vives que les enfants éprouvent, et pour redonner en peu de temps une certaine consistance aux os. S'il survient un peu de diarrhée, ce qui arrive le plus souvent, on donne du sous-nitrate de bismuth ou de la poudre d'yeux d'écrevisses, et l'on mettra dans le lait qui sert d'aliment à l'enfant quelques grains de bi-carbonate de soude. Quand ces précautions ne suffisent pas, il est convenable de diminuer la dose ou de cesser l'usage de l'huile pendant un ou deux jours, pour le reprendre aussitôt. En agissant ainsi chaque fois que la diarrhée se manifeste, on s'en rend aisément maître, et l'on ne se trouve point forcé d'abandonner complétement un remède qui est unique dans ses effets.

De deux à quatre ans, il faudra encore insister sur une diète lactée, mais moins absolue. On y joindra quelques potages gras, des œufs, quelques légumes. On portera la dose d'huile à 15 ou 30 grammes, selon la tolérance du tube digestif. Si le sujet est très-débile, on donnera des toniques amers : le quinquina, la gentiane. Lorsque l'enfant a été gravement atteint par le rachitis, il doit rester couché le plus possible, et n'essayer de marcher que, lorsque se tenant debout seul, il n'éprouve plus aucune douleur; mais même alors, l'exercice sera très-graduel et très-modéré, afin que le poids du corps n'occasionne aucune fracture ou aucune nouvelle courbure, et n'empêche point les anciennes lésions de disparaître.

Au-dessus de quatre ou cinq ans, on donnera une alimentation substantielle, en ayant soin d'éviter toute nourriture indigeste, et en suivant du reste les mêmes indications; seulement la dose de l'huile sera de 30 à 60 grammes par jour, en une ou deux fois.

Chez l'adulte, il ne faut négliger ni le séjour à la campagne, ni l'insolation, ni les bains de mer, qui dans plusieurs occasions ont été d'une grande utilité. Si la maladie est en voie de guérison, et que la marche ne soit pas trop difficile, un exercice très-modéré aura un bon effet; dans le cas contraire, les malades resteront couchés, et on les entourera de tous les soins nécessaires pour éviter les secousses, les déformations et les fractures qui en sont les suites : ainsi des coussins nombreux et de toutes dimensions, et des attelles lâchement fixées, maintiendront le tronc et les membres dans leur direction normale. S'il y a des complications, telles que des crampes, des contractions plus ou moins permanentes des muscles, on combattra ces accidents par des narcotiques; mais ces accidents sont des épiphénomènes, et c'est surtout à l'essence de la maladie qu'il faut s'attaquer. Pour cela, nous venons de voir que M. Bretonneau avait le premier expérimenté l'huile de foie de morue, à laquelle il n'accordait tout d'abord qu'une utilité fort contestable, mais qui est devenue si rapidement entre ses mains, dans celles de MM. Guersant et Blache et dans les miennes, un si précieux spécifique.

L'huile de foie de morue n'est pas la seule qui puisse être employée : mais l'huile de poisson du commerce; l'huile de baleine, de phoque, de harengs, de sardines a une égale propriété, et, en général, plus l'huile est brune et rance, et plus elle est active et digestive. Si l'on compare l'action des huiles diverses, on voit que les huiles végétales sont à peine assimilées; tandis que l'huile animale peut l'être pendant un mois de suite, et ce caractère différentiel est important à connaître.

Maintenant, on peut très-bien ne pas donner seulement l'huile de foie de morue ou l'huile de poisson du commerce, mais aussi l'huile animale, le lard et le beurre. Il y a deux cents ans qu'on traite en Ecosse les scrofuleux et les enfants noués en leur faisant manger du lard frit et salé, dont ils boivent la friture. Le beurre est une excellente nourriture à donner aux enfants rachitiques; aussi devrez-vous conseiller des tartines de beurre, et vous alternerez, lorsque l'estomac sera fatigué, avec des tartines de graisse d'oie et du lard frit. Seulement vous devrez vous appliquer à vaincre, par tous les moyens possibles, la répugnance des malades et à faire cesser, au bout d'un certain temps, l'usage de ces corps gras, mais pour le reprendre bientôt, après un léger repos accordé au tube digestif. Sans cette précaution indispensable, l'huile ne serait plus assimilée, et vous donneriez lieu à des indigestions graves.

Sous l'influence de l'huile de foie de morue, les douleurs de l'enfant rachitique se modèrent et se calment, et le travail particulier des os cesse de se faire. Les petits malades reprennent bientôt des forces, l'embonpoint reparaît, les courbures se modifient par un mécanisme très-difficile à décrire et que je ne connais pas; mais le corps ne tarde pas à recouvrer positivement une partie de sa rectitude.

Nous ne parlerons point des *appareils orthopédiques* en général, mis en usage de tout temps, et auxquels plusieurs praticiens doivent de nombreux succès. Dans tous les cas, l'usage de ces moyens doit être fait avec un grand discernement. Un moyen peu coûteux, qui a été employé dans des cas de fractures rachitiques, et qui peut servir à redresser les courbures des os lorsqu'elles ne datent pas d'une époque très-ancienne, c'est l'appareil dextriné. Blandin, qui en faisait un usage fréquent dans le traitement du pied-bot, conseillait de l'appliquer de la manière suivante contre les courbures qui accompagnaient le ramollissement des os des membres abdominaux (les mêmes principes pourront servir pour les extrémités supérieures du corps).

Chacun des membres abdominaux est d'abord garni de ouate et enveloppé dans un bandage dextriné tout à fait semblable à celui qu'on emploie dans les fractures de la cuisse. On place ensuite une longue attelle au côté extrême du membre; cette attelle est fixée par des lacs d'autant plus serrés qu'on approche davantage du genou; car le but qu'on se propose est de mettre le membre dans les conditions de rectitude les plus favorables pour que ces conditions lui soient conservées après la dessiccation de l'appareil. On enlève alors l'attelle, et le malade marche avec des béquilles. Les choses restent ainsi pendant quelques jours, au bout desquels on renouvelle le bandage en redressant un peu plus le membre incurvé. Enfin, lorsqu'on est parvenu, par une série plus ou moins longue d'opérations semblables à obtenir une rectitude satisfaisante, on applique un appareil permanent.

Chez les très-jeunes sujets, ces bandages non-seulement ne sont pas indispensables, mais sont plus nuisibles qu'utiles. Chez eux, les courbures disparaissent entièrement sans traitement local. Il n'en est pas de même cependant lorsqu'elles se compliquent de fractures; car, quoique le périoste maintienne les fragments en contact, si on abandonne les fractures à elles-mêmes, les déformations qu'elles produisent persistent, et les os se consolident dans une position vicieuse qui peut durer toute la vie.

Dans tous les cas, ce ne sera pas non plus dans la période aiguë du ramollissement qu'on aura recours à ce genre d'appareils; son application serait aussi douloureuse à cette époque que son succès est douteux quand on a attendu que l'éburnation ait donné aux os une solidité plus grande qu'à l'état normal. Il est donc nécessaire de saisir le moment où la consolidation commence à se faire.

Tel est l'ensemble des moyens hygiéniques, pharmaceutiques et mécaniques auxquels on peut avoir recours dans le traitement du ramollissement des os. Leur usage doit être approprié à l'âge des sujets, à la forme et à la période de la maladie. Ce qui domine tout dans ce traitement, ce sont de bonnes conditions hygiéniques et l'usage de l'huile de poisson, qui a réellement contre cette maladie une vertu spécifique.

Vous avez pu voir, pendant le cours de ces leçons, que j'ai indistinctement employé les expressions d'huile de poisson et d'huile de foie de morue; c'est que l'action de ces huiles est la même.

L'huile de foie de morue qui est actuellement en usage, préparée spécialement pour la médecine, est moins désagréable à prendre; mais l'efficacité de l'huile de poisson n'est pas douteuse, et son prix bien inférieur devra toujours la faire préférer pour les classes pauvres, sur lesquelles le ramollissement sévit avec plus d'intensité.

(1) Fin. — Voir les numéros des 17 juillet; 14, 28 août; 2 et 16 octobre.

DES ACCIDENTS DE LA PREMIÈRE DENTITION,

et des soins qu'ils réclament dans les pays chauds.

Par M. Orange.

De ces accidents, les uns, sans gravité réelle, se montrent le plus souvent chez des enfants d'une complexion délicate, ou dont l'alimentation a laissé à désirer; les autres, plus sérieux par eux-mêmes et par les conséquences fâcheuses qu'ils peuvent entraîner, réclament toute l'attention. Tels sont les vomissements fréquents et une diarrhée jaunâtre ou verte abondante, une salivation excessive, les convulsions, les ophthalmies, les inflammations des muqueuses digestive et respiratoire, certaines éruptions cutanées.

Chacun de ces accidents sympathiques réclame l'emploi de moyens spéciaux; mais contre leur cause, c'est-à-dire contre l'irritation buccale provoquée par la dentition, M. Orange conseille les moyens suivants :

Lorsqu'il existe un gonflement inflammatoire, douloureux de la gencive, une chaleur brûlante de la bouche avec soif ardente, il est essentiel de recourir aux boissons adoucissantes, qu'on administre simultanément à l'enfant et à la nourrice. Pour entretenir la liberté du ventre, on prescrit des boissons laxatives, telles que petit-lait et eau miellée, et des lavements aiguisés d'une pincée de sel gris.

Afin d'atténuer les congestions cérébrales et de prévenir les convulsions, il importe d'user largement des dérivatifs, tels que les pédiluves, les sinapismes, les vésicatoires derrière les oreilles.

Il regarde comme inutile et barbare l'incision de la gencive à l'aide de l'instrument tranchant, et nous pouvons même ajouter que ce moyen n'est pas exempt de danger; c'est ce que prouve l'observation suivante.

INCISIONS PRATIQUÉES SUR LES GENCIVES D'UN JEUNE ENFANT AVEC UNE LANCETTE. — HÉMORRHAGIE. — MORT.

Par M. le docteur NICOL.

Mon fils, un enfant de bonne constitution, sevré au bout d'un mois et plein de santé, se trouve attaqué par le choléra infantile à l'âge de quatre mois. Il se relève parfaitement de cette maladie; mais à six mois une nouvelle attaque a lieu. De l'orge, de la gomme arabique, des frictions sur l'abdomen avec des liniments camphrés et opiacés, un vésicatoire à l'épigastre, des astringents, du tannin introduit dans l'économie par la bouche et par le rectum, enfin de l'acide cyanhydrique pour modérer les vomissements, tels furent les divers remèdes qui, après trois semaines, firent complétement disparaître les accidents.

Dans le cours de ce traitement, c'est-à-dire treize jours avant sa mort, alors que rien n'annonçait chez lui de la faiblesse, et que son affection n'avait laissé pour toutes traces qu'un peu de changement dans le facies et une légère dépression des fontanelles, il sembla nécessaire de lui faire quelques scarifications sur les gencives, pour le soulager d'un gonflement local accompagné de rougeur et de fluxion des joues, ce qui le privait de repos. Les incisions saignèrent modérément et tout se passa comme à l'ordinaire. Quatre jours après, de nouvelles incisions paraissaient devoir être faites, et c'est alors qu'une d'elles continua à saigner au delà du temps ordinaire, et ne cessa de couler qu'après l'emploi des styptiques prolongés pendant deux ou trois jours. Mais à peine une incision ne donne-t-elle plus lieu à une hémorrhagie, qu'une autre s'ouvre et donne passage au sang. Cet état dura jusqu'à la mort du petit malade, *douze jours entiers!*

Pendant ce long espace de temps, tous les moyens imaginables furent mis en usage avec le plus grand soin et la plus vive sollicitude. Le sang continuait toujours à couler, et l'enfant mourut treize jours après les secondes incisions.

Cette hémorrhagie a été si persistante, et on lui a opposé un si grand nombre d'agents propres à arrêter le cours du sang, qu'il ne sera peut-être pas complétement sans intérêt de les énumérer. Les escharotiques et les styptiques employés sont : la teinture de sesquichlorure de fer, des solutions saturées d'alun et de sulfate de zinc avec acide sulfurique; une solution concentrée de nitrate d'argent; le nitrate d'argent cristallisé; l'acide tannique et l'acide gallique en poudre; le sulfate de cuivre cristallisé; l'huile de térébenthine; les mélanges réfrigérants; le cautère actuel; compresses trempées dans une solution de tannin appliquées avec compression; charbon; solution alcoolique de bi-chlorure de mercure; acide nitrique pur; teinture de sesquichlorure de fer avec acide chlorhydrique.

Ces divers styptiques ont été appliqués à différentes reprises. Le nitrate d'argent cristallisé arrêta seul l'hémorrhagie pendant quelques heures. Le mouvement des joues et des mâchoires ayant détaché l'eschare, le sang coula de nouveau. Le cautère actuel, appliqué sous l'influence du chloroforme, produisit peu ou point d'effet. On peut en dire autant de l'acide nitrique employé dans la période anesthésique. Aucun styptique, de n'importe quelle puissance, ne put arrêter le sang, et ceux qui, dans une autre partie, sont les plus efficaces, ne purent être maintenus sur les gencives assez longtemps pour produire un effet suffisant.

Pendant la plus grande partie de la dernière semaine, l'estomac du petit malade retenait encore bien les aliments et les médicaments, et on en profita pour lui donner autant que possible les éléments du sang; c'est ainsi qu'on lui administrait du thé de bœuf avec sa fibrine, de la gélatine de pied de veau, de l'albumine d'œuf, du sel, avec du citrate de fer, de l'esprit aromatique d'ammoniaque et quelquefois du vin. Le tannin fut donné en lavement, mais je ne permis pas qu'on introduisît dans l'estomac de mon enfant ni tannin ni acide gallique, craignant que l'action chimique de ces agents ne vînt à le priver de quelques éléments alibiles, car je n'avais plus d'espoir qu'en ces derniers.

A quoi donc attribuer cette hémorrhagie? A une diathèse hémorrhagique? Non, puisque les premières incisions ne présentèrent rien d'anormal. Rien n'a donné la moindre idée d'un état scorbutique; à la fin de cette perte sanguine, le liquide était pâle et séreux; mais dans les jours précédents, et pendant tout le temps de l'application des styptiques, le sang avait conservé sa couleur, le pouls était bon, les lèvres et les gencives d'un aspect favorable. Le sang n'obéissait pas à une pulsation; son jet, loin d'être saccadé, était continu, et bavait comme s'il sortait des vaisseaux capillaires.

N'ayant jamais vu une hémorrhagie résister aux moyens énergiques qu'on a mis en œuvre dans ce cas, et n'ayant pas souvenir que des incisions si innocentes ordinairement et dont l'emploi est si répandu aient jamais donné lieu à une semblable perte de sang, j'ai cru devoir publier cette observation dans l'intérêt de la science.

(*Assoc. med. Journ.*)

POTION CONTRE LES AFFECTIONS PSEUDO-MEMBRANEUSES.

Par M. OZANAM.

Brome. . . . . . . 5 à 50 centigrammes.
Potion gommeuse. . . 150 grammes.

F. S. A. Conserver dans l'obscurité. A prendre dans la journée. Selon M. Ozanam, le bromure de potassium agit très-bien, et aux mêmes doses, employé contre le croup et le muguet.

(*Répert. de pharmacie.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 novembre 1856. — Présidence de M. BUSSY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des épidémies qui ont régné dans les départements suivants : Manche, Hérault, Cher, Var, Haut-Rhin, Bouches-du-Rhône et Côtes-du-Nord (commission des épidémies);

2° Deux demandes d'avis relatives aux sources minérales de Vittel (Vosges) et de la source salée de Salies (Basses-Pyrénées). (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Gigon (d'Angoulême) sollicite le titre de membre correspondant, et adresse à l'appui de sa demande la liste de ses titres. (Future commission des correspondants.)

— M. Frémaux adresse un recueil de recherches pratiques sur le choléra-morbus et la mortalité prématurée dans le quartier des Invalides depuis 1830. (Commission du choléra de 1854.)

— M. Berthé adresse une réclamation de priorité relative à plusieurs points de l'histoire de la codéine, sur laquelle M. Robiquet a lu un travail que nous donnons plus haut. (Commission nommée.)

— M. Schnepf communique comme document dans la question actuellement en litige devant l'Académie sur le traitement des kystes de l'ovaire, le résumé d'un travail du docteur Fock sur le traitement chirurgical des kystes ovariques, et particulièrement sur l'utilité des injections iodées dans la cure radicale des hydropisies ovariennes. (Nous publierons ce document plus tard.)

— M. le président informe l'Académie qu'il y aura comité secret à quatre heures et demie pour entendre l'un des rapports des commissions de prix.

Kystes de l'ovaire. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les kystes ovariques. La parole est à M. Cruveilhier.

DISCUSSION.

M. CRUVEILHIER envisage d'abord la question au point de vue de l'anatomie pathologique, dont personne, dit-il, ne déclinera l'importance en pareille matière.

Au point de vue le plus général, l'hydropisie enkystée de l'ovaire est une production kysteuse accidentelle; susceptible d'un accroissement indéfini, libre de toutes parts comme l'ovaire aux dépens duquel il est formé, ne communiquant avec l'individu porteur que par un pédicule vasculaire, pourvue elle-même d'un système vasculaire de nouvelle formation, vivant d'une vie propre bornée à l'exhalation, à l'absorption et à la nutrition, vie parasitaire, indépendante de la vie générale.

La vie des kystes de l'ovaire est tellement parasitaire, qu'ils sont complétement réfractaires à toutes les médications dirigées sur les grandes voies d'élimination de l'économie. Le choléra, les drastiques les plus violents n'exercent aucune action sur l'hydropisie ovarienne. Ainsi point de traitement médical, comme l'a si bien dit M. Trousseau, contre une lésion tout à fait indépendante de l'état général.

Or, les kystes de l'ovaire ne constituent pas une espèce anatomique toujours identique à elle-même. La question du traitement chirurgical est en grande partie subordonnée aux différences que présentent les kystes sous le rapport de la qualité du liquide contenu, de la disposition de leurs parois, de leur structure.

Sous le premier rapport on peut les diviser en kystes séreux contenant une sérosité limpide ou diversement colorée, en kystes albumineux dont le liquide ressemble à du blanc d'œuf, et en kystes gélatiniformes dont le liquide ressemble à de la gelée; distinction très-importante au point de vue thérapeutique, et qu'il n'est pas toujours facile d'établir *à priori* par le caractère de la fluctuation.

Sous le rapport de la disposition des kystes on peut les diviser en quatre espèces : 1° kystes uniloculaires; 2° kystes multiloculaires; 3° kystes aréolaires ou vésiculaires; 4° kystes composés. Ces derniers résultent de l'association d'un kyste uniloculaire avec un kyste multiloculaire, ou bien de l'association de l'un ou l'autre de ces kystes avec l'espèce aréolaire ou vésiculaire. On peut encore considérer comme composés les kystes qui ont pour support un corps fibreux de l'ovaire.

Au point de vue de la structure, les kystes de l'ovaire, surtout les kystes uniloculaires, sont constitués par un sac fibro-séreux complétement enveloppé par le péritoine auquel il adhère si intimement qu'il n'est pas possible de l'en séparer sans enlever en même temps une lame fibreuse. La surface interne donne l'idée d'une membrane séreuse. Il n'est pas rare de la voir rugueuse, hérissée de papilles, de végétations épidermiques verruqueuses très-denses, ayant la dureté du tissu corné. Quelquefois des plaques cartilagineuses ou osseuses sont incrustées dans les parois du kyste. — Il m'a toujours été possible de séparer le kyste ovarique en deux lames superposées, entre lesquelles sont ordinairement placées de très-grosses veines. — Une variété des kystes uniloculaires est constituée par les kystes uniloculaires cloisonnés, dont les compartiments ont entre eux une communication facile.

Parmi les kystes uniloculaires composés, je signalerai les kystes végétants dont la paroi interne offre des productions mamelonnées quelquefois très-volumineuses. Ces végétations sont constituées par du tissu aréolaire. Lorsqu'elles ont un certain volume, on peut en général les reconnaître avant la ponction.

Le liquide contenu dans les kystes uniloculaires simples ou cloisonnés est le plus ordinairement séreux; mais d'autrefois il est filant, visqueux à la manière du blanc d'œuf, si bien que l'évacuation du liquide ne peut avoir lieu qu'à l'aide d'une très-grosse canule et même que dans certains cas elle est impossible.

La structure du kyste ovarique aréolaire est curieuse : l'ovaire est transformé en une masse aréolaire, à mailles communicantes et remplies par une matière albumineuse tantôt filante comme du blanc d'œuf, tantôt présentant la consistance du miel, d'autres fois l'aspect d'une gelée. Ces qualités expliquent pourquoi le liquide ne coule que très-incomplétement ou même pas du tout par la ponction. Sur le cadavre même ce n'est qu'à l'aide d'une pression directe exercée au voisinage des incisions qu'on peut en évacuer une certaine quantité.

Le liquide des kystes multiloculaires est souvent séreux, mais il m'a paru qu'il présentait plus souvent le caractère visqueux que celui des kystes uniloculaires.

Les kystes multiloculaires conduisent par degrés insensibles aux kystes vésiculaires que je regarde comme une variété des kystes aréolaires.

Voyons les conséquences pratiques de ces faits.

La première, c'est qu'il est deux catégories de kystes, les uns marqués pour ainsi dire au sceau de l'incurabilité, les autres curables. Les espèces absolument incurables sont :

1° Les kystes aréolaires dont l'incurabilité ne tient pas à leur nature, qui n'est nullement cancéreuse, bien que la variété du kyste à mailles très-serrées ait la plus grande similitude avec le cancer aréolaire ou gélatiniforme, mais cette incurabilité est due à la viscosité, à la non-fluidité de la matière albumineuse ou gélatiniforme qui remplit leurs aréoles;

2° Les kystes vésiculaires également remplis de liquide visqueux.

Ici point de traitement palliatif : la ponction n'amènerait rien ou presque rien; point de traitement curatif, car il n'y aurait qu'un moyen de guérison, ce serait l'extirpation, et je ne pense pas que cette opération hardie doive prendre droit de cité dans la science. Le succès ne justifie pas toujours les entreprises téméraires.

3° Sont également incurables autrement que par l'extirpation les kystes multiloculaires à poches très-multipliées et non communicantes, à contenu presque toujours albumineux.

Les seules espèces susceptibles à la fois d'un traitement palliatif et d'un traitement curatif, sont les espèces uniloculaires, lesquelles sont heureusement les plus communes.

Le problème thérapeutique des hydropisies de l'ovaire doit donc être posé en ces termes : Les kystes uniloculaires sont-ils susceptibles d'un traitement curatif, et quel est ce traitement?

La règle que j'ai suivie jusqu'ici, celle que m'ont enseignée mes maîtres, c'est d'ajourner le plus longtemps possible la première ponction, car une première ponction en appelle bientôt une deuxième, et les ponctions se succèdent avec d'autant plus de rapidité qu'elles ont été plus répétées; les malades s'épuisent et meurent. Cet ajournement de la première ponction était une règle invariable, d'autant plus que cette opération est loin d'être toujours inoffensive; qu'en outre des kystes uniloculaires peuvent rester stationnaires, qu'il en est même qui rétrogradent et même guérissent par une sorte d'absorption. J'ajoute qu'il est des kystes ovariques qu'on pourrait appeler *flasques*, parce qu'ils offrent la mollesse d'une poche incomplétement vidée; ils sont compatibles avec une longue vie! J'en ai vu un à la Salpêtrière qui datait de trente ans. Le vénérable Lallemand s'était constamment refusé à faire la ponction.

Jusque dans ces derniers temps l'art n'offrait donc aux femmes affectées de kystes de l'ovaire que le traitement palliatif. La guérison était l'exception, elle avait lieu quand une inflammation spontanée ou provoquée par la ponction s'emparait de la tumeur. Quel est le praticien qui n'ait pas eu à gémir de cette insuffisance de l'art en présence d'une lésion qui n'est pas incurable de sa nature, qui se développe dans la jeunesse aussi bien que dans l'âge adulte et la vieillesse, et constitue toujours une très-grande infirmité? J'ai donné des soins à une jeune fille de dix-sept ans, d'une excellente santé d'ailleurs, pour un kyste flasque de l'ovaire; cette année même j'ai été consulté pour deux jeunes personnes, l'une de dix-neuf ans, l'autre de vingt et un. L'une a un kyste uniloculaire, chez l'autre il m'a paru multiloculaire, chez toutes deux il est albumineux.

Le moment est venu de décider si le traitement curatif est avoué par l'art, et quel est ce traitement curatif.

Comme M. Trousseau, j'ai reculé jusqu'à ce jour devant les tentatives d'un traitement curatif. Autre chose, en effet, est une opération grave pratiquée pour une maladie grave, autre chose est une opération grave pratiquée pour une lésion qui se concilie avec une longue vie. Je n'ai pas encore donné à une seule femme le conseil de se soumettre au traitement curatif. Mais assez de faits ont été recueillis autour de moi pour que mes idées aient dû être modifiées à cet égard. L'autorité de M. Jobert, qui nous a dit avoir pratiqué trente injections iodées dans des kystes de l'ovaire, sans accidents, a complété ma conviction sur l'innocuité que présentent le plus souvent ces injections.

Je tiens de M. Nélaton qu'il a pratiqué de dix à douze fois ces injections; quatre fois pour des kystes séreux, six ou huit fois pour des kystes albumineux. Les quatre opérées de kystes séreux ont guéri : l'une après une seule ponction, et les trois autres après trois ou quatre ponctions. Quant aux opérées pour des kystes albumineux, bien que les injections aient été répétées plusieurs fois et variées à tous les degrés, aucune d'elles n'a guéri. Je reviendrai tout à l'heure sur cette circonstance propre aux kystes albumineux.

Je pense donc que le traitement curatif des hydropisies de l'ovaire doit désormais entrer dans le domaine de la pratique, mais sous de certaines conditions et dans de certaines limites.

Quelles sont ces conditions et ces limites? C'est là toute la question.

Je crois avoir établi par l'anatomie pathologique que les kystes uniloculaires et les kystes multiloculaires à cellules communicantes, et les kystes multiloculaires à cellules non communicantes dans lesquelles il y a prédominance d'une des poches, sont les seuls qui comportent un traitement curatif. Il ne faut pas nous le dissimuler, un grand écueil se présente à l'encontre de tous les procédés, de toutes les méthodes de traitement des hydropisies enkystées de l'ovaire. Ces écueils, c'est la structure morbide des parois des kystes, c'est la facilité avec laquelle

l'inflammation du tissu fibreux ou fibro-séreux accidentel qui constitue les parois des kystes se termine par suppuration et même par gangrène.

M. Cruveilhier cite à cette occasion les faits suivants :

Une ponction est pratiquée à une jeune femme de vingt-six ans, ayant un kyste énorme de l'ovaire, que M. Cruveilhier reconnut être uniloculaire. La ponction était rendue urgente par l'imminence de la suffocation. Douze heures après, frisson violent, douleurs abdominales excessives, décomposition de la face, etc.; mort. C'était une inflammation gangréneuse des parois du kyste qui avait enlevé la malade.

Dans un second cas où l'on avait affaire à un kyste albumineux, la ponction, pratiquée également alors qu'elle parut indispensable, eut le même résultat.

Enfin, dans un troisième cas d'hydropisie enkystée de l'ovaire chez une jeune femme, la ponction devenue indispensable, M. Cruveilhier eut l'idée de tenter la cure radicale en laissant la canule du trocart dans l'ouverture; mais au bout de trois heures il survint de vives douleurs abdominales, symptôme d'une kystite ovarienne qui ne tarda pas à faire succomber la malade.

Ce n'est donc pas une petite chose, ajoute M. Cruveilhier, que la simple ponction d'un kyste de l'ovaire. Témoin les tableaux statistiques présentés par M. Trousseau. Quel contraste entre ces faits et les affirmations si positives de celui de nos confrères qui a attaché son nom au traitement des kystes ovariens par les injections iodées! Suivant l'auteur de l'iodothérapie, « les ponctions successives n'offrent pas le moindre danger, que les kystes soient simples ou compliqués. » Une si grande sécurité est loin de me rassurer, à moins qu'il ne soit démontré que les injections iodées, bien loin d'ajouter à la gravité de la ponction, comme il serait naturel de le croire, ont la merveilleuse propriété de neutraliser ses effets quelquefois si funestes.

Cependant je dois dire que les cas de mort à la suite d'une ponction pure et simple sont l'exception, et que, dans l'immense majorité des cas, la ponction palliative est bien supportée; il semble même que la tolérance pour cette opération augmente chez les malades, à mesure que les ponctions sont plus répétées. J'ajouterai que dans plusieurs cas l'inflammation kystique (plutôt que péritonéale) qui a succédé à la ponction simple a pu être efficacement combattue; qu'il existe même quelques exemples de guérison définitive lorsque l'inflammation du kyste qu'elle a provoquée s'est terminée par adhésion.

La ponction palliative étant d'une nécessité absolue lorsque le kyste a acquis un grand développement, il faut bien s'y soumettre, bon gré mal gré, quels que soient ses périls.

Il n'en est pas de même de la cure radicale; elle n'est pas d'une nécessité absolue. Il s'en faut bien qu'elle soit acceptée par tous les praticiens: il est douteux qu'elle le soit de longtemps, à moins qu'on ne trouve un moyen de contenir l'inflammation provoquée par l'injection dans les limites de l'inflammation adhésive.

J'ai dit que je n'avais jamais osé prendre sur moi la responsabilité de conseiller la tentative d'une cure radicale de l'hydropisie ovarienne. Cependant, je pense que le moment est venu où ce traitement doit entrer dans la pratique ; mais voici dans quelles conditions :

Dans le cas seulement de kyste uniloculaire, et surtout de kyste séreux; je me méfie des kystes albumineux, non-seulement à cause de la qualité du liquide, mais à raison de l'organisation du kyste, qui m'a paru plus morbide, si je puis m'exprimer ainsi, que celle des kystes séreux.

Je ferais entrer en ligne de compte l'âge de la malade, sa constitution, la volonté de sa famille, etc.

Mais quel est le moment d'opportunité pour la cure radicale?

A mon avis, le seul moment d'opportunité est celui où le traitement palliatif est devenu nécessaire.

Il n'y a à opter qu'entre deux méthodes ou procédés: la ponction avec injection iodée et la ponction avec la canule à demeure.

Le but qu'on se propose dans ces deux procédés, c'est de déterminer une inflammation adhésive dans les parois du kyste. Le danger qu'on a à redouter, c'est l'inflammation excessive, l'inflammation suppurative, soit du kyste, soit du péritoine. Le choix du liquide à injecter est donc d'une grande importance. Dans l'état actuel de la science, je ne connais aucun liquide préférable à la teinture alcoolique d'iode. Les observations pleines d'intérêt publiées par M. Boinet établissent qu'il a souvent suffi d'une ponction avec injection iodée pour amener la guérison; mais que dans d'autres cas le liquide s'étant reproduit, il a fallu revenir à plusieurs ponctions et injections successives. Ce serait là un grand inconvénient de la méthode; mais il ne serait pas impossible qu'on se fût un peu pressé, au moins dans quelques cas, pour renouveler les ponctions, alors qu'un peu de temps aurait suffi pour la résorption spontanée du liquide. S'il fallait ainsi revenir plusieurs fois à de nouvelles ponctions et à de nouvelles injections, je donnerais la préférence au traitement par les canules à demeure, à moins qu'il ne fût démontré que la présence de la canule favorise beaucoup plus l'inflammation suppurative que la ponction sans canule; et dans ce cas, l'ingénieux procédé que M. Barth a mis en usage dans un cas particulier me paraîtrait devoir être pris en grande considération.

Voici mes conclusions :

1° Les hydropisies enkystées de l'ovaire sont une affection purement locale qui ne comporte qu'un traitement chirurgical. Il est douteux qu'un traitement médical quelconque pût exercer la moindre influence sur leur marche progressive.

2° Il est des hydropisies de l'ovaire qui sont absolument incurables et qui ne comportent ni traitement curatif ni traitement palliatif. Ce sont les kystes aréolaires, les kystes vésiculaires, et les kystes multiloculaires à cellules très-multipliées et non communicantes.

3° Il est au contraire des hydropisies de l'ovaire qui sont susceptibles d'un traitement palliatif et même d'un traitement curatif.

Tels sont essentiellement les kystes uniloculaires séreux, les kystes uniloculaires albumineux, dont le contenu peut être évacué par la ponction et les kystes multiloculaires à cellules communicantes.

4° Sont susceptibles seulement d'un traitement palliatif les kystes composés, en partie uniloculaires, en partie aréolaires, ou vésiculaires, ou multiloculaires.

5° Le traitement palliatif a pour objet l'évacuation pure et simple du contenu du kyste par la ponction. — Le traitement curatif a pour objet de déterminer le retrait et l'inflammation adhésive des parois du kyste.

6° La ponction, même avec un gros trocart, étant insuffisante pour évacuer le contenu du kyste, quand ce contenu est gélatiniforme ou extrêmement visqueux, l'incision de Ledran devrait lui être substituée, avec les précautions nécessaires pour prévenir l'épanchement du liquide dans le péritoine.

7° A la proscription absolue de toute tentative de cure radicale du kyste ovarique établie comme règle jusque dans ces derniers temps, doit être substituée la prise en considération sérieuse des moyens curatifs proposés et mis en pratique.

8° Dans l'état actuel de la science, le traitement curatif des hydropisies de l'ovaire ne doit être tenté qu'avec une extrême prudence, même dans les conditions les plus favorables.

9° Le grand danger dans le traitement curatif, comme aussi dans le traitement palliatif, c'est l'inflammation purulente et gangréneuse du kyste. Le choix du procédé à mettre en usage doit être dirigé d'après cette indication.

10° Le moment d'opportunité pour l'application du traitement curatif, est celui où le volume du kyste commence à troubler l'exercice des fonctions.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret. La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 31 octobre, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officier : M. Saint-Pair, second médecin en chef de la marine.

Chevaliers : MM. Plomb, chirurgien de 2e classe; Ségard, pharmacien de 2e classe; Serpin et Foiret, chirurgiens auxiliaires de 3e classe.

— La question que les candidats pour le concours de l'agrégation ont eu à traiter est la suivante :

Du rein, son anatomie, ses fonctions; caractères chimiques et physiologiques de l'urine.

Les candidats qui ont lu leur composition aujourd'hui sont :

MM. Baillon, Moitessier et Dupré.

Nous avons imprimé par erreur le nom de M. Rombeau comme candidat pour la place d'agrégé vacante en anatomie et en physiologie. C'est M. le docteur Rambaud qui est compétiteur à cette place.

— Plusieurs mutations viennent d'avoir lieu parmi les médecins de colonisation de l'Algérie :

M. le docteur de Niort est passé à la circonscription de Milianah, en remplacement de M. de Heppe, démissionnaire.

M. Loguostla succédé à M. de Niort, à Chéragas.

Une nouvelle circonscription médicale est créée à Bougie ; M. Léon Courtois en est nommé titulaire.

M. Siviale, qui avait été désigné pour Milianah, reste sur sa demande à Coléah.

M. Latour est nommé médecin colonial à El-Arouch (province de Constantine), en remplacement de M. le Dr Junin, démissionnaire.

— La *Revue africaine*, journal de la *Société historique*, récemment fondée à Alger, vient de publier son premier numéro. Nous y remarquons une notice intéressante de notre collaborateur, le docteur Reboud, sur l'archéologie de *Djelfa*, et plusieurs communications savantes de M. Berbrugger, sur l'histoire et les antiquités du nord de l'Afrique. (*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

— Voici quel est le nombre des médecins dans plusieurs grandes cités de l'Angleterre : A Londres, 5,100 (population, 2,362,236); à Liverpool, 192 (population, 375,955); à Birmingham, 131 (population, 232,841). D'où il suit que la proportion des médecins, relativement au chiffre de la population, est (aux fractions près) comme 1 à 463 dans la première cité; comme 1 à 1,958 dans la seconde, et comme 1 à 1,777 dans la troisième.

— Il circule aux Etats-Unis un appel aux amis de l'émancipation du beau sexe, pour instituer à New-York une *École pratique de médecine* destinée aux femmes, et où ne seraient admis que les malades du sexe féminin et les enfants. Le motif de cette institution est que jusqu'ici l'entrée des hôpitaux ordinaires a été refusée aux *étudiantes*. Les *doctoresses* Elisabeth Blackwell et Maria Zakrzewska seront chargées de l'organisation du nouvel hôpital.

— Nous lisons dans l'*Edinburgh medical journal* des détails intéressants sur le nommé Alexis Martin, Canadien, rendu célèbre par sa fistule stomacale et le parti qu'en a tiré le docteur Beaumont pour ses expériences physiologiques. Il s'était, depuis ces expériences, retiré à Montréal, où il s'est marié et a eu cinq enfants. Mais, après environ un quart de siècle, il s'est mis de nouveau à la discrétion des physiologistes, et se trouve maintenant entre les mains d'un chirurgien anglais, le docteur Bunting. La fistule que porte Martin a pour origine un coup de feu qui avait emporté une portion de côte et ouvert la partie gauche de l'estomac. L'orifice est constamment tenu fermé par un bandage compressif, faute duquel les liquides gastriques s'échappent au dehors.

— Nous faisons droit à une juste réclamation en informant nos lecteurs que le maxillaire inférieur artificiel porté par le malade que M. Maisonneuve a présenté à l'Académie de médecine (*voir* dans notre numéro du 14 août le compte rendu de la séance du 12) a été fait par MM. Fowler et Préterre, dentistes américains.

— M. Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, ouvrira un cours public de chirurgie à l'Ecole pratique, amphithéâtre, n° 2, mardi prochain 14 novembre, à cinq heures, et le continuera à la même heure, les mardis, jeudis et samedis.

Le cours commencera par l'histoire parallèle des luxations et des fractures, suivie de celle des autres maladies de l'appareil locomoteur, etc. Le semestre d'été sera consacré aux maladies des femmes.

SOUSCRIPTION

en faveur des veuves et des orphelins des médecins et pharmaciens de l'armée et de la flotte morts en Orient.

Sommes nouvelles reçues par M. le docteur PAUL DUBOIS, *président de la commission.*

MM. Laville, docteur en médecine, 20 fr.; Bérard, professeur à la Faculté de médecine de Paris, 50 fr.; Gruby, 100 fr.; quelques amis de M. le docteur Gruby, 100 fr.; docteur Nicolas, à Louhans, 20 fr.; Gueury, médecin en chef de l'hôpital de Givet, 20 fr.; docteur Robiquet (de Givet), 5 fr.; Dupierry, id., 5 fr.; Cassan, pharmacien, id., 5 fr.; Guillemet, id., 3 fr.; Hummel, médecin aide-major au 3e dragons, 2 fr.; Baumann, aide-vétérinaire, 2 fr.; Bocher, pharmacien en chef de l'hôpital militaire de Givet, 10 fr.; Labé, libraire de la Faculté de médecine de Paris, 20 fr.; docteur Hiriart, chirurgien de la marine impériale, 5 fr.; docteur Casimir Pinel neveu, 20 fr.; docteur Semelaigne, 20 fr.; docteur Vallerand de la Fosse, 20 fr.; Mme veuve Cavallier, 100 fr.

Sommes reçues par M. le docteur MAHEUX, *secrétaire de la commission.*

MM. les docteurs Sée, médecin de l'hospice Larochefoucauld, 30 fr.; Companys père et fils, à Perpignan, 10 fr.; Paul Massot père et fils, id., 5 fr.; Passama, id., 5 fr.; Massot aîné, id., 5 fr.; Bonafos, id., 5 fr.; Bocamy, id., 5 fr.; Faure, id., 3 fr.; Vergès, id., 3 fr.; Gineston, id., 2 fr.; Villaseca, id., 5 fr.; Dessemberg Stepnoski, id., 5 fr.; Donnezan, id., 5 fr.; Chaumas, médecin principal à l'hôpital militaire de Perpignan, 15 fr.; Mercier, médecin-major, id., 10 fr.; Witlich, médecin-major, id., 10 fr.; Maugis, médecin aide-major, id., 6 fr.; Malavel, médecin aide-major, id., 5 fr.; Gassaud, médecin sous-aide, id., 5 fr.; Rulié, médecin sous-aide, id., 5 fr.; Jourdan, médecin sous-aide, id., 5 fr.; Bosq, médecin sous-aide, id., 5 fr.; Arvers, pharmacien-major, id., 10 fr.; Falières, pharmacien sous-aide, id., 5 fr.; Lejeune, id., 5 fr.; Didiot, médecin-major au 49e de ligne, à Perpignan, 10 fr.; Guéret, id. au 21e, à Perpignan, 10 fr.; Remi, aide-major au 21e, 6 fr.; Emm. Comd, 20 fr.; le Cercle pharmaceutique du Haut-Rhin, 200 fr.; Pomont, médecin aide-major, à Perpignan, 5 fr.; Martin, médecin à Perpignan, 5 fr.; Gramaccini, médecin en chef de l'hôpital militaire de Maubeuge, 15 fr.; Ropert, médecin aide-major, id., 5 fr.; Dupuis, pharmacien-major, id., 10 fr.; Guyot, pharmacien aide-major, id., 5 fr.; Fatrez, aumônier de l'hôpital militaire, id., 5 fr.; Leniez, médecin requis à l'hôpital militaire, id., 5 fr.; Julien, médecin civil à Maubeuge, 5 fr.; Dereine, id., 5 fr.; Robert, id., 5 fr.; Monnier, pharmacien civil, id., 4 fr.; Gravez, id., 4 fr.; Courtin, id., 4 fr.; Rousseau, id., 4 fr.; Hassan-Hachem, officier de santé à Paris, 20 fr.; Mahmoud-Effendi, astronome égyptien, 10 fr.; Abdelagis, chimiste égyptien, 5 fr.; docteur David, 5 fr.; docteur Foucault (de Nanterre), 10 fr.; docteur Voillemier, médecin de l'hôpital de Senlis, 100 fr.; Catellan, pharmacien, 20 fr.; Tamisier, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Bourbonne, 5 fr.; trois dames de Bourbonne, 3 fr.; Leclerc, médecin-major au 15e régiment d'artillerie, 10 fr.; Fuzier, aide-major, id., 5 fr.; un anonyme, 60 centimes; Prieur, aide-major à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, 5 fr.; Boudier, médecin-major, id., 10 fr.; Ceccaldi, médecin principal, id., 20 fr.; Molard, médecin-major, id., 10 fr.; docteur Raymond, 5 fr.; la Société médicale du Haut-Rhin, 175 fr.; le docteur Raige-Delorme, 20 fr.; les docteurs Chauvin, médecin-major au 11e chasseurs, et Henzé, médecin-major au 7e lanciers, à Lunéville, 20 fr.; Bordier fils, docteur en médecine, à Melle (Deux-Sèvres), 10 fr.

Sommes reçues par divers journaux.

MM. Gérard (de Lyon, 20 fr.; Brierre de Boismont, 50 fr.; Bossion, 20 fr.; Chartroule, 20 fr.; un anonyme, 10 fr.; Ch. Pellarin, 5 fr.; Bourguignon, 20 fr.; Guéneau de Mussy, 20 fr.; Hattute, médecin aide-major, 10 fr.; Vaillant, membre du conseil de santé des armées, 100 fr.; Vial, pharmacien-major à l'hôpital militaire du Roule, 20 fr.; Courant, pharmacien aide-major, id., 5 fr.; Gallimard, pharmacien sous-aide, 5 fr.; Marcailhou, id.; Berquier, id.; le docteur Becourt, 10 fr.; André, pharmacien principal, 40 fr.; Robaglia, pharm. aide-major, 10 fr.; Landreau, 10 fr.; Goffres, médecin principal, 40 fr.

MM. Boué, à Paris, 5 fr.; Legendre, à Bléneau (Yonne), 10 fr.; Paulin, à Paris, 20 fr.

La *Gazette médicale de Strasbourg*, 20 fr.; MM. Bérot, docteur-médecin (de Strasbourg), 5 fr.; Dinichert, id. (de Schlestadt), 5 fr.; Flamant, id. (de Schlestadt), 10 fr.; Mistler, id. (de Schlestadt), 10 fr.; Ringeissen, id. (de Schlestadt), 5 fr.; Sée, id. (de Schlestadt), 10 fr.; Tavernier, id. (de Schlestadt), 10 fr.; Bodemer, pharmacien (de Schlestadt), 5 fr.; Diny, id. (de Schlestadt), 5 fr.; Fidélis, id. (de Schlestadt), 5 fr.; Gentil, id. (de Schlestadt), 5 fr.; Magenhann, officier de santé (de Sundhausen), 5 fr.; Aronssohn, docteur-médecin (de Strasbourg), 20 fr. — Total, 120 fr., dont à déduire, pour frais du mandat sur la poste, 2 fr. 01 c. Reste 117 fr. 99 c.

La *Gazette médicale de l'Algérie*, 25 fr.; MM. Sonrier, médecin-major au 68e de ligne, 10 fr.; Félix Bertherand, médecin aide-major de l'artillerie, à Alger, 10 fr.; Martenot de Cordoux, médecin-major au 13e bataillon de chasseurs, 15 fr. — Total, 60 fr.

Total général à ce jour. . . 8,750 fr. 50 c.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Nouveau traité élémentaire d'anatomie descriptive et de préparations anatomiques, par M. le docteur JAMAIN, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.; suivi d'un Précis d'embryologie par M. le docteur VERNEUIL, agrégé et prosecteur de la Faculté de médecine de Paris. 1853. Un vol. grand in-18 de 900 pages, avec 146 figures intercalées dans le texte. Prix : 12 fr. — Paris, chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Gérant,
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 131. — SAMEDI 8 NOVEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 131. — SAMEDI 8 NOVEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 ». Un an. . . 30 ».

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du trichophyton; des affections qu'il détermine chez l'homme et de leur traitement.

Qu'est-ce que le trichophyton? Disons-le tout de suite, pour qu'on ne s'effraye pas trop de ce nouveau néologisme. Trichophyton, de θριξ, τριχος, *cheveu*, et φυτον, *plante*, est le nom par lequel M. Cramoisy, auteur d'une très-bonne thèse qui porte ce titre, désigne, d'après les recherches de MM. Gruby, Lebert et Robin sur le *champignon des cheveux de l'herpes tonsurans*, et surtout d'après les belles études cliniques de son maître, M. Bazin, la cause commune du groupe d'affections que ce médecin a réunies sous la dénomination collective de *teignes*.

Nos lecteurs ne peuvent avoir oublié les leçons cliniques que la *Gazette des Hôpitaux* a publiées l'année dernière sur la scrofule et les teignes; ils doivent donc se rappeler les considérations étiologiques sur lesquelles M. Bazin s'est fondé pour réunir en un seul groupe, l'*herpes circinnatus*, l'*herpes tonsurans*, le *sycosis*, comme n'étant au fond qu'une seule et même affection, due à la même cause, la présence d'un champignon de même espèce, et ne différant seulement que par le siége, suivant que ce champignon est placé sur la peau dépourvue de poils, sur la tête ou dans la barbe. La conséquence clinique la plus importante de cette nouvelle détermination et de la classification à laquelle elle a servi de base, a été l'adoption d'un traitement plus simple, plus rationnel, et surtout plus efficace que ceux qui étaient généralement usités jusque-là. C'est sur ce traitement et sur ses effets que nous voulons appeler un instant l'attention.

Ce traitement est exclusivement externe. Il consiste :

1° Dans l'avulsion plus ou moins répétée des poils sur les parties malades;

2° Dans l'application des agents parasiticides en lotions, en onctions et en bains.

L'avulsion des cheveux et des poils se fait à l'aide de pinces épilatoires convenables. Ils sont arrachés, non-seulement sur toutes les surfaces rouges et antécédemment couvertes de croûtes, mais encore sur les parties environnantes, dans un rayon qui doit varier suivant leur degré d'adhérence.

Quand le cuir chevelu est sensible, et qu'en raison du nombre multiplié de points malades il faut étendre l'épilation à toute la tête, on frictionne d'abord le cuir chevelu pendant quatre ou cinq jours avec l'huile de cade, qui facilite la chute des croûtes en même temps qu'elle éteint la sensibilité cutanée; on interrompt de temps à autre l'épilation, dès qu'une surface de 1 centimètre est dégarnie de cheveux, pour la lotionner avec l'eau de sublimé.

Dans l'intervalle d'une épilation à l'autre, on fait sur les parties dégarnies et sur toute la tête une onction légère avec la pommade au turbith minéral.

Dans les affections récentes et peu étendues du cuir chevelu, il suffit souvent d'une seule épilation. Dans le plus grand nombre de cas, on doit en pratiquer une seconde au bout de quinze jours ou trois semaines, de la même manière et avec les mêmes précautions que la première fois. Après les épilations, on lotionne tous les deux ou trois jours la tête avec la solution de sublimé; on fait, de plus, tous les soirs une onction avec la pommade au turbith minéral.

On est obligé, quand l'affection est très-invétérée, de répéter souvent l'épilation jusqu'à ce que toutes les racines des poils aient pu être extirpées. Avec des pinces à mors recourbés, on gratte, on ratisse les surfaces malades, et l'on enlève ainsi toute la substance cryptogamique. On cesse l'épilation quand la couleur bleuâtre a disparu, quand les poils repoussés ont repris leurs caractères normaux, et quand le cuir chevelu n'offre plus de rougeur ni de desquammation.

Voici les formules de la pommade et de la lotion parasiticide :

Pommade parasiticide.

Turbith minéral. . . 0,50 centigrammes.
Axonge récente. . . 30 grammes.

F. S. A.

Lotion parasiticide.

Sublimé corrosif. . . 0,50 centigrammes.
Eau distillée. . . . 500 grammes.

F. S. A.

M. Bazin recommande encore quelques soins préliminaires qui abrégent beaucoup le traitement. Ils consistent :

1° A faire couper les cheveux ou les poils à 1 ou 2 centimètres de la peau;

2° A débarrasser la partie malade des croûtes qui y adhèrent;

3° A nettoyer cette dernière avec l'eau de savon, ou mieux, faire prendre un bain savonneux;

4° A faire suivre, enfin, l'épilation des lotions et des pommades parasiticides.

Voici quelques-uns des faits recueillis dans le service de notre confrère depuis que ce mode de traitement y est en usage; ces faits, que nous empruntons à la thèse de M. Cramoisy, donneront une idée du résultat de la méthode et surtout de la durée du traitement :

Pour la première période, ou période herpétique (herpès circinnatus des auteurs), nous trouvons un cas d'herpès circinnatus ayant envahi une grande partie du corps chez une femme de quarante ans (la presque totalité du cou et de la face, le haut de la poitrine, une partie de l'épaule droite, les deux poignets, etc.). L'affection durait depuis un an lorsque cette malade se présenta à la consultation de M. Bazin, à l'hôpital Saint-Louis, le 28 mars 1856. Ici, l'affection ayant son siége sur des régions dépourvues de poils, le traitement fut réduit à sa plus simple expression : bains amidonnés et lotions de sublimé.

Le 15 avril, la malade était presque guérie; mais, pour plus de certitude, on lui fit continuer le traitement une quinzaine de jours. Elle a été revue depuis complétement guérie.

Pour la deuxième période, ou période pityriasique (pityriasis simplex, dartre furfuracée volante, lichen circonscrit des auteurs), période où l'on ne trouve plus le champignon que sur les parties affectées de poils : un homme de trente ans, affecté depuis trois mois d'une teigne tonsurante de la face, du cou et de la région sternale, où les plaques sont encore accompagnées d'anneaux herpétiques, est admis au traitement externe le 3 février. On le traite par l'épilation suivie de l'application d'une lotion de sublimé. Le 14 mai, il est entièrement débarrassé de son champignon.

Un homme de quarante-quatre ans, portant une teigne tonsurante de la face et du cou, entourée de cercles herpétiques qui dataient de deux mois, est soumis à l'épilation, qui est répétée cinq fois, et aux lotions de sublimé pratiquées tous les jours. Le traitement est commencé le 17 février, la guérison est complète le 21 juin.

Un petit garçon de neuf ans, atteint d'une teigne tonsurante du cuir chevelu, après avoir été traité pendant plus de trois mois sans aucun résultat dans plusieurs services, est reçu dans le service de M. Bazin le 28 novembre. Les lotions de sublimé sont commencées dans ce mois, après épilation préalable, qui a dû être répétée quatre fois : il est complétement guéri le 18 avril suivant.

Les malades appartenant à la troisième période dite *papulo-pustuleuse* sont :

Un homme de quarante-cinq ans, atteint d'une teigne tonsurante du menton avec éruption pustulo-mentagreuse de la lèvre supérieure et inférieure, datant de six semaines, traité par l'épilation plusieurs fois répétée et suivie chaque fois de l'application d'une solution de sublimé à dater du 26 octobre et guéri le 12 février suivant.

Un homme de trente-neuf ans, entré en traitement le 29 avril pour une teigne tonsurante pustuleuse de la face (épilation et lotions de sublimé), est sorti guéri vers la fin de juin.

Enfin, appartenant à la quatrième période, ou période tuberculo-fongueuse, dans laquelle l'affection est le plus souvent située au menton (mentagrophyte, sycosis tuberculeux des auteurs), nous trouvons :

Un homme de soixante ans, atteint d'une teigne mentagrophytique ou pustulo-tuberculeuse datant d'une douzaine d'années, et pour laquelle il avait subi de nombreux et longs traitements, entré à Saint-Louis le 21 avril et sorti guéri le 15 mai, après avoir subi une seule épilation suivie de lotions de sublimé.

Un jeune homme de vingt-cinq ans, atteint de la même affection, dont l'origine remonte à six années, entré le 14 juillet, soumis dès le lendemain à l'épilation sur toutes les parties malades, et à des lotions de sublimé faites immédiatement après l'avulsion des poils, sorti guéri le 30 du même mois.

Le dernier malade est un homme de quarante-cinq ans, affecté d'une teigne mentagrophytique tuberculo-fongueuse de la face et du menton d'une intensité extrême. La gravité particulière de l'état de ce malade, comparée à la prompte efficacité du traitement, réclame ici quelques détails :

Au moment de son entrée à l'hôpital, le 22 février, cet homme avait toute la face horriblement déformée, grossie d'une manière hideuse, ce qui, joint à la coloration rouge cuivré et à la matière purulente et sanguinolente qui s'écoulait des pustules et des tubercules, ôtait à la figure de ce malheureux toute expression humaine, et y donnait une apparence de tristesse et de découragement qui lui faisait désirer la mort.

Aux deux joues, on voyait, entre tous ces énormes tubercules et les croûtes desséchées de matière purulente, des sillons creusés dans le derme à moitié détruit. Le menton offrait la même altération que les joues, et l'état fongueux y était encore plus prononcé. Le sourcil droit était le siége de la même altération, à un moindre degré, il est vrai, mais les pustules étaient sur le point de suppurer et d'amener l'état tuberculeux. Enfin les deux poignets présentaient des cercles herpétiques très-étendus.

Depuis vingt jours ce malheureux n'avait pas goûté un instant de sommeil; les élancements, suivis de vives démangeaisons, l'en empêchaient; les douleurs s'irradiaient jusque dans la région cervicale et dans la tête.

Du 24 au 26 février, on lui prescrivit un bain simple et des cataplasmes de fécule de pomme de terre, afin de faire tomber les croûtes et de diminuer l'inflammation cutanée.

Le 26, on pratiqua l'épilation. Les poils furent enlevés avec la plus grande facilité.

Dès que toute la surface malade eut été débarrassée des poils, voici ce que l'on constata :

1° Une diminution considérable des douleurs;

2° Repos complet la nuit suivante;

3° Persistance, mais à un moindre degré, de la cuisson;

4° Les surfaces, auparavant couvertes de croûtes, étaient formées par d'énormes bourgeons charnus laissant écouler de la lymphe et saignant au moindre contact;

5° Pustules impétigineuses répandues en grand nombre seulement sur les parties rouges, et non sur les tubercules;

6° Rougeur cuivrée beaucoup moins prononcée;

7° Douleurs de la tête et de la région cervicale presque disparues.

Le 28 février, rougeurs dessinées par plaques auxquelles correspondent des masses indurées, dans l'intervalle desquelles la couleur de la peau était presque normale; diminution notable de l'inflammation.

Une seconde épilation est faite le 6 mars, une troisième le 14, puis une cinquième et une sixième dans le courant de ce mois et du mois d'avril, chaque épilation suivie d'une lotion de sublimé.

Ce malade est sorti radicalement guéri le 25 mai.

Traitement de la manie aiguë par la diète lactée.

Il est une forme de manie aiguë spéciale aux femmes, sur laquelle M. Baillarger a depuis longtemps appelé l'attention des praticiens, c'est celle qui se manifeste à l'époque du retour menstruel après les couches, et plus fréquemment encore à la suite du sevrage. M. Baillarger ayant remarqué que les bains prolongés, dont on connaît généralement les bons effets dans la manie aiguë, réussissaient moins bien dans ce cas, ou étaient même quelquefois suivis d'accidents sérieux, a institué pour ces malades une médication dont la diète lactée est un des principaux agents. Voici quelques faits recueillis dans son service de la Salpêtrière, et communiqués à l'*Union médicale* par M. Aristide Féron, interne du service, qui témoignent en faveur de cette méthode.

Une femme T..., âgée de vingt-cinq ans, est amenée à la Salpêtrière le 4 juin 1856, avec les symptômes d'un accès de manie aiguë. Cette femme, dont la constitution est robuste, a été atteinte dix jours après avoir sevré son enfant, qu'elle avait nourri six mois. A son entrée dans le service de M. Baillarger, elle présentait une grande agitation, se traduisant principalement par une excessive loquacité. Les pupilles sont très-dilatées, mais égales; le pouls à 90, la langue un peu sèche; insomnie.

La malade fut mise à l'usage de la diète lactée. Le lait lui servait en même temps d'aliment et de calmant pour la soif; elle en buvait avec avidité jusqu'à deux litres par jour, sans dégoût. On mélangeait en outre au lait les calmants qu'on prescrit d'habitude

contre l'agitation et l'insomnie. M. Baillarger donne la préférence à l'eau de laurier-cerise, à doses progressivement croissantes. Ce médicament, mêlé au lait, lui donne une saveur agréable, et est pris par les malades sans répugnance. Enfin, la glace sur la tête, quelques lavements salés et huileux pour maintenir le ventre libre, des purgatifs donnés à deux ou trois reprises, le repos au lit, tels sont les moyens qui constituent le traitement auquel cette femme fut soumise.

Le cinquième jour de son séjour à l'hospice, il survint une exaspération remarquable. Ce redoublement des symptômes précédait et annonçait l'arrivée des règles. L'éruption menstruelle eut lieu, en effet, le lendemain, comme dans l'état de santé. (Les règles avaient été suspendues pendant quinze mois.)

Dès ce moment il y eut une rémission marquée. Les règles ne durèrent que deux jours. La nuit où elles se terminèrent il y eut plus de calme. Le pouls est revenu peu à peu à son rhythme normal; l'insomnie a cessé; l'incohérence des idées a diminué, puis disparu graduellement après avoir pris le caractère d'un délire tranquille. Cette cessation du délire a coïncidé avec un ralentissement de la circulation, un refroidissement général, ainsi qu'un assoupissement prolongé, phénomène que M. Baillarger rapporte aux sédatifs administrés à doses croissantes. Enfin, après avoir maintenu les fonctions de l'intestin au moyen de purgatifs et de lavements, la guérison était complète quinze jours après le début des accidents.

— Le second fait rapporté par M. Féron, bien qu'il ne rentre pas précisément par sa nature dans la catégorie des faits dont nous venons de parler, n'en présente pas moins de l'intérêt sous le point de vue de la médication dont les effets sont plus évidents que dans le cas qui précède.

Il s'agit d'une femme âgée de trente-huit ans, qui avait donné depuis quinze à seize ans des signes de bizarrerie, lorsqu'à la suite d'un événement qui lui causa une vive impression, elle tomba dans un délire complet, avec prédominance d'idées mélancoliques. A son entrée à la Salpêtrière, le 29 juin, la malade était en proie à une grande agitation; le délire était de nature mélancolique. La peau était un peu chaude; le pouls battait 72. — On prescrivit 2 litres de lait avec addition de 10 grammes de laurier-cerise.

Pendant plusieurs jours, l'agitation continua; mais le 5 juillet, il survint une amélioration marquée. Bien que les idées fussent encore incohérentes, les réponses étaient assez nettes; la malade buvait toujours le lait avec avidité; on lui en prescrivit deux litres et demi par jour.

Cet état persista encore jusque vers le 15, époque où tous les symptômes s'amendèrent d'une manière très-sensible.

Le 18, le sommeil était revenu, et le délire avait complétement cessé.

La convalescence se continua régulièrement, et la malade sortit entièrement guérie le 1er août.

Au moment où nous venions de prendre connaissance des faits recueillis dans le service de M. Baillarger, M. le Dr L. V. Marcé nous communiquait une observation de manie hystérique intermittente à la suite de sevrage guérie par la diète lactée, après avoir vainement épuisé les toniques et divers autres moyens. Cette observation, qui vient à l'appui des faits de M. Baillarger, est trop étendue pour trouver place ici. Nous la publierons dans un prochain numéro.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Raciborski.

Ovarite folliculeuse suivie de péritonite aiguë et terminée par la guérison.

Il y a des femmes chez qui le travail d'ovulation qui caractérise les époques menstruelles est accompagné d'un degré d'inflammation assez fort pour constituer un véritable état morbide, que nous avons désigné sous le nom d'*ovarite folliculeuse*. Il n'est pas facile d'expliquer pourquoi l'inflammation qui suit l'orgasme vasculaire et la rupture des follicules de Graaf, se maintient la plupart du temps dans ses limites physiologiques et passe inaperçue, tandis que d'autres fois elle donne lieu à l'exsudation de fausses membranes, produit des adhérences ou occasionne des suppurations. Tout porte à croire que des dispositions individuelles, des influences épidémiques, l'état antérieur des organes voisins, etc., doivent entrer pour beaucoup dans la différence de ces résultats, de même que cela se voit au dehors après des lésions en apparence les plus légères. Ainsi, quand on pratique la phlébotomie, il n'en résulte généralement aucun accident local; d'autres fois, cependant, on voit survenir à la suite de cette légère solution de continuité des érysipèles, des phlegmons, la phlébite, etc. Il importe d'être prévenu de la possibilité des accidents inflammatoires aux époques des règles pour ne pas négliger les symptômes qui en révèlent l'existence, et pour pouvoir prévenir des altérations consécutives souvent très-graves, comme nous allons en rapporter un exemple.

Sans parler des phlegmasies du bassin dans l'état puerpéral, sur lesquelles la science possède déjà de nombreux et excellents travaux, les phlegmasies non puerpérales du tissu cellulaire pelvien avaient aussi attiré l'attention des pathologistes. Dans ces derniers temps, MM. Gendrin et Aran s'en sont occupés dans leurs conférences cliniques; M. Bennet leur a consacré plusieurs pages de son intéressant livre sur les inflammations de l'utérus. Cependant ces auteurs ont, à notre avis, trop sacrifié à l'inflammation des ligaments larges ou du tissu cellulaire péri-utérin. Quand on observe bien la marche des phénomènes morbides qui se présentent dans le cours de ces inflammations si intéressantes à étudier, il est facile de pousser plus loin l'esprit d'analyse, et arriver ainsi progressivement à établir un état pathologique distinct dans l'inflammation du vovaire, ayant son point de départ dans la déchirure des follicules de Graaf aux époques des règles et dans l'orgasme vasculaire qui l'accompagne.

Cette distinction nous a paru importante, surtout au point de vue pratique, car l'inflammation dont nous parlons donne lieu à des altérations consécutives qui la masquent la plupart du temps, et pourraient faire oublier leur véritable origine.

L'ovarite folliculeuse peut se présenter quelquefois dans un état parfait de simplicité, comme nous en avons cité ailleurs des exemples (1). Dans ce cas, on souffre beaucoup avant l'arrivée des règles ou au commencement. Mais ce qui distingue cet état d'une dysménorrhée purement nerveuse, c'est qu'en faisant bien attention on découvre presque toujours un point plus douloureux que les autres à l'endroit correspondant à l'un des ovaires; souvent même on peut reconnaître à cet endroit, en palpant, un peu d'empâtement, ou même une légère tuméfaction. Enfin quelquefois, comme cela nous est arrivé à nous, comme cela a été constaté par le docteur Chéreau et par le savant professeur Piorry, on peut circonscrire, pour ainsi dire, la tumeur par la percussion. A ce degré, l'inflammation de l'ovaire peut se terminer par résolution, ou il se forme dans l'intérieur de l'organe une petite collection purulente. Dans un cas de ce genre, nous avons vu tous les accidents se calmer de manière à faire croire qu'on avait eu tout bonnement affaire à une dysménorrhée nerveuse. Eh bien, deux mois plus tard, la malade fut reprise de semblables douleurs abdominales augmentant à la plus légère pression, surtout du côté de l'ovaire gauche. Il y avait en même temps des vomissements, avec une décomposition des traits propre à la péritonite. Cependant le lendemain, contrairement à ce qui se voit dans la péritonite ordinaire, la malade avait eu de nombreuses évacuations alvines avec des ténesmes, et rendait des matières sanguinolentes mêlées de pus en petite quantité. Il est excessivement probable que cette seconde série d'accidents était due à une péritonite qui eut pour résultat l'adhérence d'un petit abcès de l'ovaire avec le rectum, et son évacuation à travers cet intestin.

On doit compter parmi les conséquences de l'ovarite folliculeuse des adhérences anomales de l'ovaire, la production de fausses membranes tout autour de cet organe, la déformation des pavillons, l'oblitération des trompes, etc., etc., altérations qui passent la plupart du temps inaperçues pendant la vie, mais qui ne donnent pas moins lieu fréquemment à une stérilité incurable.

Après plusieurs molimens menstruels, bien que cela puisse aussi arriver d'emblée, l'inflammation de l'ovaire s'étend aux ligaments larges et à la matrice, et peut ainsi occasionner des accidents consécutifs graves qui constituent par eux-mêmes des états morbides distincts tenant, par leurs racines pathogéniques, au molimen menstruel, à l'*ovarite folliculeuse*.

Dugès et Mme Boivin avaient déjà observé la fréquence relative de la métro-péritonite lors d'une *menstruation difficile* (2). M. Bennet considère également avec justesse que c'est *particulièrement aux approches des règles, pendant leur durée ou peu de temps après leur cessation*, que l'on voit survenir l'*inflammation des ligaments larges* (3). Mais ce qui a échappé à ces auteurs, c'est le lien pathologique qui rattache ces altérations aux époques menstruelles; c'est l'*ovarite folliculeuse* qui constitue une des causes les plus fréquentes de la *menstruation difficile*.

Beaucoup de personnes s'imaginent, d'après la description des ovaires dans la plupart des livres classiques, que la tunique propre de l'ovaire forme une espèce de coque qui enveloppe l'organe de toutes parts et ne laisse que quelques ouvertures pour le passage des vaisseaux. Cette idée est cependant loin d'être exacte. Pour se former une juste idée de la disposition anatomique des différentes parties des ovaires, il faut soumettre ces organes à l'ébullition. Il est facile de voir alors que la tunique propre représente une sorte de casque ou de *gousse* ouverte par en bas. La circonférence inférieure de cette enveloppe forme un rebord légèrement recourbé en dedans et en haut, limitant ainsi une large ouverture de communication par laquelle le tissu propre de l'ovaire communique librement avec le tissu cellulaire compris dans l'intervalle de deux lames des ligaments larges et celui qui sépare les deux faces du col de l'utérus, du rectum et de la vessie. C'est grâce à cette disposition anatomique que des abcès de l'ovaire ou des ligaments larges se vident si souvent à travers le rectum ou le vagin. Il nous semble que cette disposition peut aussi rendre compte de la formation de la plupart des collections sanguines décrites dans ces derniers temps sous le nom d'*hématocèle recto-vaginale*. Le sang, parti le plus souvent de l'intérieur de l'ovaire au moment de la congestion menstruelle, fuse au travers cette couche profonde, mais peu dense, de tissu cellulaire, pour s'accumuler enfin au fond de l'intervalle séparant le cul-de-sac du péritoine rectal de la face postérieure du col et de la muqueuse vaginale réfléchie.

Les réflexions qui précèdent justifieront; je pense, le diagnostic établi dans l'observation que nous allons rapporter. L'affection dont la malade a été atteinte ici aurait pu être traitée légèrement, à cause de son peu de gravité apparente au début; cependant elle est devenue très-grave en se développant, et ce n'est que grâce à un traitement énergique employé dès le commencement que le danger a été conjuré.

Mme C..., âgée de vingt-huit ans, demeurant rue Constantine, bien constituée, d'un tempérament lymphatico-nerveux, a eu un enfant il y a deux ans. Depuis, elle a toujours joui d'une bonne santé et a été bien réglée. Elle attendait ses règles dans deux jours, lorsque, le 18 juillet, elle fut prise de douleurs peu vives dans la région de l'ovaire gauche. Le médecin ordinaire de la malade, M. Lefol, ordonna le repos, une application de dix sangsues sur la région douloureuse et des cataplasmes. Le lendemain, la malade n'ayant obtenu aucun soulagement, nous fûmes mandé en consultation. La douleur de la région iliaque gauche était vive à la pression, et l'on y distinguait de la tuméfaction; 90 pulsations. — Ventouses scarifiées sur le bas-ventre; cataplasmes; lavement émollient.

Le 20, nous avons appris que la malade avait refusé l'application de ventouses. Son état s'était considérablement aggravé. Tout l'hypogastre était très-douloureux, mais surtout vers l'ovaire gauche, où l'on sentait une tuméfaction oblongue suivant le trajet du ligament large. Nausées fréquentes, suivies de vomissements de matières vertes porracées. M. Lefol ayant essayé de faire prendre à la malade de l'huile de ricin pour combattre la constipation, elle a été rendue par les vomissements. La malade ne supporte même pas la moindre quantité de tisane. Diminution de la sécrétion de l'urine, dont on ne retire qu'un demi-verre après vingt-quatre heures de rétention. — Ventouses scarifiées, quatre palettes; cataplasmes; boissons glacées; lavement huileux.

Le soir, nous avons appris que les vomissements avaient continué toute la journée; ventre ballonné, très-sensible; hoquet; 108 pulsations; respiration anxieuse; figure décomposée; agitation extrême; peau chaude.

Le 21, mêmes symptômes; cependant on a remarqué que les vomissements et le hoquet avaient été moins fréquents; 96 à 100 pulsations. — 16 sangsues sur la région de l'ovaire gauche; le reste *ut suprà*.

Le 22. Les règles sont venues hier soir, mais elles sont peu abondantes. — Même prescription; onguent napolitain double, 30 grammes par jour, avec 15 grammes d'huile de jusquiame, pour frictions sur l'abdomen,

Le 23, l'amélioration continue. Le ventre reste néanmoins ballonné. Le hoquet est moins fréquent; plus de vomissements, sinon quelques nausées. — *Ut suprà*; un bain d'amidon pendant une heure.

Le 24, les règles ont à peu près cessé. L'amélioration se soutient. Une selle à la suite d'un lavement; urines libres et plus abondantes. — *Ut suprà*; quelques cuillerées de bouillon.

A partir de ce moment, l'amélioration faisait des progrès évidents tous les jours. De tous les symptômes, la douleur de la région iliaque gauche a duré le plus longtemps.

Le 22 août, la malade étant déjà en grande partie rétablie, est partie à la campagne, où elle se portait de mieux en mieux. La seconde époque des règles eut lieu le 18 septembre sans aucun accident.

Il n'y a pas longtemps encore, on attachait une immense importance à l'influence salutaire de la menstruation en thérapeutique. Depuis l'époque de la puberté, où l'on supposait qu'à l'aide de cette fonction bien des maladies devaient naturellement disparaître, jusqu'à l'âge de ménopause, où, à cause de sa cessation, on précipitait de pauvres malades dans ce qu'on appelait l'*enfer des femmes*, on voyait à chaque instant les effets favorables dans l'apparition des règles. Mais nous avons démontré par nos recherches sur le rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique, que les cas où le rétablissement des règles puisse constituer une indication sérieuse sont excessivement restreints. D'un autre côté, si dans la plupart des affections aiguës et chroniques le flux menstruel n'exerce aucune influence sensible, il y en a aussi où cette influence est évidemment nuisible; de ce nombre sont, par exemple, beaucoup d'affections du système nerveux et de l'utérus. Enfin, les conditions anatomiques et physiologiques elles-mêmes de la menstruation portent déjà en elles le germe de causes prédisposantes de certains états morbides dans les organes qui concourent à cet acte physiologique ou dans les organes voisins. Le fait pathologique exposé dans l'observation qu'on vient de lire nous semble en constituer la preuve.

(1) *Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique.* 1856, chez J. B. Baillière.

(2) *Traité pratique des maladies de l'utérus*, t. I, p. 176.

(3) Ouvrage cité, p. 42.

DE LA MÉNINGITE RHUMATISMALE,

Par M. le Dr Thore fils.

La question des accidents cérébraux qui se manifestent pendant le cours du rhumatisme articulaire aigu, déjà signalés par Storck, Stoll, Scudamore, Quarin, était tombée dans un oubli à peu près complet, lorsqu'elle s'est produite de nouveau devant la Société médicale des hôpitaux de Paris, au sujet d'un fait de méningite rhumatismale recueilli par M. Gosset, dans le service de M. le professeur Requin. Le rapport de M. Valleix sur cette observation importante, la note plus détaillée que M. Bourdon a communiquée à ce sujet; plus tard, les mémoires insérés dans les *Archives générales de médecine*, par MM. Vigla et Cossy (1853, p. 21; 1854, p. 286), donnèrent un plus grand intérêt à cette étude. Un nouvel exemple d'accidents cérébraux terminés par la mort pendant le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, rapporté par M. le docteur Picard à la Société de médecine pratique, dans sa séance du 5 juillet 1856, nous engage à faire connaître un fait de ce genre dont la terminaison a été favorable.

M. D..., marchand épicier, âgé de vingt-sept ans, de grande taille et très-fort en apparence, est en réalité d'un tempérament lymphatique, sans énergie et d'une intelligence médiocrement développée. Il est su-

jet à un catarrhe bronchique presque constant ; il n'a point encore eu de rhumatisme. On ignore s'il est né de parents rhumatisants.

Après une fatigue assez grande qu'il a éprouvée à couvrir un toit en zinc, travail qui lui est peu familier, il éprouve du malaise et un peu de fièvre.

Le 11 avril 1854, il est pris d'une fièvre plus violente, qu'il attribue à une courbature.

Le 12, la fièvre continue ; les deux genoux deviennent douloureux.

Le 13, nous l'examinons pour la première fois. Le pouls est à 104, la peau chaude. Le malade est agité ; il accuse une vive douleur aux deux genoux. Ces jointures sont rouges, gonflées, douloureuses au toucher et très-distendues par un liquide. Fluctuation évidente. Les deux articulations du cou-de-pied commencent aussi à devenir douloureuses. Rien au cœur ; pas de toux ; insomnie. — Diète ; onctions avec un liniment huileux et opiacé ; cataplasmes en ouate ; pilule d'opium de 3 centigrammes pour le soir ; iodure de potassium, 30 centigrammes en trois fois dans les vingt-quatre heures.

Le 14, même état ; seulement les malléoles sont rouges et très-douloureuses. — Même prescription.

Le 15, il a eu pendant la nuit de l'agitation et des rêvasseries. Les articulations déjà envahies sont moins douloureuses ; mais le poignet et le coude droit sont envahis par le rhumatisme ; il tousse un peu. — Même prescription.

Le 16, pouls à 88-92. Les membres inférieurs sont en grande partie débarrassés. Toutes les jointures des membres supérieurs sont prises. La nuit a été un peu agitée. Rien du côté du cœur. Les urines sont abondantes, rouges, sédimenteuses. Sueurs très-abondantes.

Le 17, toutes les jointures sont moins douloureuses, sauf le coude et l'épaule du côté gauche. Pouls à 96. Les urines ont le même aspect. Insomnie. — Même prescription.

Le 18, la respiration paraît notablement gênée. Le pouls est à 108. Pas de bruit anormal au cœur. Matité très-accusée dans presque toute la hauteur de la poitrine, à droite ; absence de murmure respiratoire ; bronchophonie. L'agitation est plus prononcée. Eruption de sudamina très-abondante et à vésicules très-volumineuses, pemphygoïdes. Les douleurs ont presque partout cessé. Il se plaint surtout d'une douleur aiguë existant dans la partie postérieure du cou et s'étendant du côté de l'occiput. — Saignée ; vésicatoire sur le côté droit.

Le 19, toutes les douleurs ont complétement cessé. L'agitation est excessive. Délire complet ; il chante sans cesse ; il crie, il est impossible d'en obtenir une réponse raisonnable ; l'incohérence la plus complète existe. Urines involontaires. Pouls à 112, petit et serré. Les pupilles sont notablement resserrées ; regard incertain. La langue est humide ; le ventre souple ; plus de rougeurs ni de gonflement aux articulations, même à celles qui ont été récemment envahies. Dans la soirée, cet état s'aggrave encore, et l'on peut à peine contenir le malade dans son lit. Il chante, jure, menace et injurie tous ceux qui veulent le retenir. Constipation. La poitrine n'a pu être examinée, à cause de l'extrême indocilité du malade. — Calomel ; glace sur la tête ; sinapismes et vésicatoires aux extrémités inférieures et supérieures, principalement aux genoux, cous-de-pied, poignets, coudes.

Le 20, la nuit s'est passée au milieu d'une affreuse agitation : vociférations, injures continuelles, paroles obscènes ; il a eu une selle involontaire ; il a uriné abondamment dans son lit. La langue est rouge et sèche à la pointe. Il n'y a point eu de vomissements ; il n'a pas accusé de douleurs à la tête ni au cou, qui existaient les jours précédents. Les traits de la face toujours contractés, les pupilles excessivement resserrées. Pouls à 112, peau chaude ; mouvements automatiques presque continuels, qui consistent à faire passer constamment ses mains derrière sa tête.

M. le docteur Pinel, appelé en consultation, visite le malade avec nous, et nous convenons de faire une application de ventouses à la nuque, d'administrer de l'huile de ricin en lavement, avec assa-fœtida et une potion au musc.

Le soir, l'agitation continue toujours : cris et chants continuels. Il ne reconnaît point ses parents. Pouls à 124. La poitrine, examinée avec difficulté à cause de l'indocilité et de l'agitation du malade, paraît bien. On ne constate plus de matité ; le murmure respiratoire se fait mieux entendre ; il y a eu dans la journée des selles très-abondantes.

Le 21, il y a eu quelques heures de sommeil. Le pouls a perdu de sa fréquence, à 96-100. En se réveillant, il a demandé à voir sa fille, dont il n'avait pas parlé depuis plusieurs jours ; il semble reconnaître tous ceux qui l'entourent. Les deux genoux sont redevenus rouges, douloureux, et sont le siége d'une fluctuation évidente ; les poignets sont aussi gonflés et douloureux, ainsi que les articulations des pieds. Les réponses sont nettes, mais il y a une expression d'étonnement et de stupeur ; la langue est rouge à la pointe et aux extrémités, recouverte d'un enduit jaune et épais ; il la présente bien ; il se plaint de n'avoir point mangé depuis plusieurs jours, et demande du bouillon. Il rend volontairement des urines limpides. Le soir, le pouls est à 96 ; il est fort calme et sans délire.

Le 22, il a bien dormi une partie de la nuit. Le pouls est à 80 ; les articulations des genoux sont toujours douloureuses.

Le 23, la nuit a été plus agitée à cause de la douleur produite par de petites eschares survenues aux fesses et aux cuisses. Par suite de l'action exagérée des sinapismes et des vésicatoires, l'épiderme a été enlevé au scrotum, aux poignets. Pouls à 76-80, faible. La face est pâle, la peau décolorée, d'une teinte jaunâtre ; les sudamina sont indiqués par des taches violettes, larges, très-marquées, qui donnent à la peau du tronc et des membres un véritable aspect tigré. Langue humide, blanchâtre. L'appétit est assez prononcé ; quelques jointures sont encore douloureuses.

Le 24, état calme, nuit bonne et sans agitation. Il ne souffre plus guère que des vésicatoires et des sinapismes, qui, employés sans précaution et sans mesure, ont produit dans beaucoup de points des phlyctènes dont il est difficile d'obtenir la cicatrisation. Les urines, abondantes, laissent déposer un épais sédiment d'acide urique. Il n'y a pas eu de selles depuis le purgatif. On administre un lavement huileux, qui produit beaucoup d'effet et provoque de nombreuses selles pendant la nuit.

Le 25, le pouls a repris un peu de fréquence : 92-96. Le malade accuse une vive douleur entre les deux épaules et à l'épigastre. La respiration paraît un peu gênée. L'examen du cœur et des poumons donne un résultat négatif ; la respiration et la sonorité sont revenues du côté droit de la poitrine. Les urines, toujours abondantes, laissent déposer un sédiment d'acide urique sous forme de sable grossier. L'excoriation du scrotum, qui avait été très-douloureuse, commence à se cicatriser.

Le 26, pouls à 92. Les épaules sont toujours douloureuses. Toutes les petites articulations de la main gauche sont prises. Plus de douleur à l'épigastre ni aux membres inférieurs ; langue humide et assez nette. L'intelligence paraît entièrement rétablie. Appétit.

Le 27, douleurs dans la hanche droite, le poignet et les articulations de la main gauche.

Le 28, pouls à 92. Nouvelle éruption de sudamina, moins abondants et moins volumineux que ceux qui ont précédé. Les douleurs ont beaucoup diminué, sauf aux petites articulations des mains. La hanche droite est douloureuse ; les épaules sont tout à fait débarrassées. Langue humide et rosée. Appétit. L'intelligence paraît intacte. Il n'a point conservé le souvenir des accidents qu'il vient d'éprouver.

Le 30, le pouls a beaucoup perdu de sa fréquence. La peau est fraîche. Il y a encore quelques sudamina ; ils diminuent rapidement, ainsi que les sueurs. La jambe gauche se meut avec une difficulté extrême. Les plaies causées par les sinapismes et les vésicatoires sont sèches. On doit remarquer que l'épiderme s'est soulevé, s'est séché, et est tombé très-longtemps après l'application de ces moyens révulsifs. Les eschares se cicatrisent. Il a de l'appétit, mais il est très-faible. Il mange quelques potages.

Le 2 mai, il va bien. Appétit très-prononcé, mais peu de sommeil. Langue humide et nette. Cessation complète de toutes les douleurs rhumatismales. La peau a conservé une sensibilité extrême, exagérée. Selles naturelles et copieuses ; urines abondantes et à l'état normal, ne déposant plus. Atonie par moments ; état de stupeur. — Vin de quinquina ; deux potages.

Le 8, il mange avec appétit. Toutes les jointures sont intactes. Il est fort amaigri. Une eschare profonde s'est formée au talon gauche. L'articulation du cou-de-pied de ce côté est extrêmement roide.

Le 11, le mieux fait des progrès. Il remue bien tous ses membres ; les eschares sont en pleine voie de cicatrisation. Sommeil long et paisible ; appétit très-prononcé ; selles régulières.

Le 9 juin, il est tout à fait bien, sauf l'eschare du talon gauche, qui est fort longue à se détacher. Ce n'est que quelques mois plus tard que la guérison de la plaie qu'elle a laissée à sa suite a pu être obtenue, et la marche est longtemps restée difficile et douloureuse. L'intelligence est bien rétablie, mais le caractère est devenu très-difficile et très-exigeant. Les fonctions digestives se font régulièrement et le rhumatisme a complétement disparu.

Les divers accidents qui se développent du côté de l'encéphale pendant le cours d'un rhumatisme articulaire ont été réunis par M. Vigla sous trois chefs principaux.

1° Délire simple, rappelant le délire sympathique ou nerveux, observé dans un grand nombre de maladies aiguës fébriles, de cause interne ou traumatique, ou, en peu de mots : *rhumatisme compliqué de délire.*

2° Délire et réunion de la plupart des symptômes, et probablement des lésions propres à la méningite : *méningite rhumatismale des auteurs.*

3° Etat ataxique brusque, imprévu, bientôt remplacé par un collapsus ou coma mortel : *apoplexie rhumatismale de Stoll et de quelques auteurs.*

Nous n'avons rien à dire du premier groupe, qui renferme les cas de moindre gravité, et nous pensons qu'on peut, avec M. Bourdon, les réduire à deux : la méningite et l'apoplexie. (*Actes de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 2e fascicule, page 104.)

Une fois nous avons observé des accidents ataxiques promptement terminés par la mort, chez une femme atteinte de rhumatisme articulaire, dont l'histoire doit être rapportée ailleurs. Plusieurs de nos confrères nous ont communiqué des cas analogues, et dont la terminaison a aussi été fatale.

C'est au deuxième groupe qu'appartient le fait dont nous venons de consigner les détails. C'est la forme la plus commune, et à laquelle appartiendrait, d'après M. Bourdon, plus de la moitié des cas. — Nous donnerons la fin de ce travail dans un prochain numéro.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 octobre 1856. — Présidence de M. Bouvier, vice-présid.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur réductible de la région crânienne.

M. Desormeaux présente un enfant de six mois qui porte sur la tête, vers la fontanelle postérieure, une tumeur de la grosseur d'une petite noix, molle et réductible seulement par une pression prolongée. Cette tumeur reparaît lentement quelle que soit la position du malade, lorsque la pression cesse ; lorsqu'elle est réduite, on sent facilement qu'elle repose sur une petite ouverture osseuse. Elle est indolore ; la peau qui la recouvre a son apparence naturelle.

M. Verneuil regarde cette tumeur comme formée par un amas de sérosité dans un cul-de-sac des membranes cérébrales à travers les os du crâne. Il rappelle les exemples qui existent déjà de semblables tumeurs, dont la cavité communique d'abord avec l'intérieur du crâne, mais peut cesser plus tard de communiquer par un mécanisme analogue à celui qui isole la tunique vaginale du péritoine. La difficulté de la réduction est facile à comprendre en admettant que le canal de communication existe encore dans le pédicule, mais est très-étroit ; car on a trouvé dans des autopsies ce canal existant encore dans le pédicule de tumeurs dont la réduction était difficile.

— M. Robert présente un malade à qui il a enlevé une portion de la diaphyse du tibia, et communique l'observation suivante :

Fracture de la jambe comminutive et compliquée de plaie. Résection d'une partie de la diaphyse du tibia de plus de 8 centimètres. Régénération de l'os. Guérison.

On sait depuis longtemps que dans certains cas de fractures graves des membres, on a pu faire avec succès la résection des fragments et enlever des parties considérables de la diaphyse des os. La perte de substance s'est réparée, et la continuité des fragments s'est rétablie au point de rendre à l'os fracturé la plénitude de ses fonctions. Ces rares triomphes de la chirurgie conservatrice sont curieux pour la science, et importants surtout au point de vue pratique ; aussi ai-je pensé que la Société de chirurgie recevrait avec intérêt la communication d'un cas de ce genre que j'ai récemment observé.

A l'exposé des faits, je joindrai la présentation du sujet lui-même.

Le 20 août 1855, le nommé Durand, cocher, âgé de vingt-cinq ans, conduisait une voiture dans le bois de Meudon, lorsque celle-ci heurtant contre un talus, s'inclina fortement et le fit tomber sur le côté. Sa jambe droite fut prise entre les rayons de la roue de devant, qui, dans son mouvement de rotation, l'emporta et le fit culbuter sur le ventre. Il se releva pour courir après ses chevaux ; mais sa jambe était fracturée ; et dans l'effort qu'il fit, le fragment supérieur perça la peau et son pantalon, et vint se ficher dans le sol.

Relevé et transporté à Meudon, chez son maître, il reçut les premiers soins de MM. les docteurs Obeuf et Déclat. Le membre fut placé sur une planchette et sa plaie couverte de glace que l'on renouvelait souvent. Ce traitement fut continué pendant trois semaines. Mais à cette époque, on remarqua que les fragments ne pouvaient être maintenus en rapport ; et comme d'ailleurs la fracture était comminutive, l'amputation du membre parut urgente, et M. le docteur Pinel Grandchamp fut mandé pour la pratiquer.

Ce chirurgien, considérant que malgré le fracas des os et l'étendue de la plaie, les vaisseaux et les nerfs principaux du membre n'étaient pas lésés, que les désordres principaux intéressaient la région antérieure de la jambe, là où se trouvent le moins de parties molles, tenant compte de la jeunesse du malade, de sa bonne constitution et des conditions hygiéniques dans lesquelles il se trouvait, ce chirurgien, dis-je, pensa devoir tenter la conservation du membre.

Le malade ayant été chloroformé, il pratiqua l'extraction de plusieurs esquilles très-considérables, puis il régularisa par la résection l'extrémité des bouts de l'os. La diaphyse du tibia subit une perte de substance de plus de 9 centimètres. Quant au péroné, il paraissait avoir été fracturé en haut et en bas près de ses extrémités, mais il était intact au niveau de la plaie ; il ne fut point touché.

Après cette opération, le membre fut placé dans un appareil simple, et soumis au traitement ordinaire des fractures avec plaie.

Le 16 octobre suivant, c'est-à-dire six semaines après l'accident, il fut admis dans mon service à l'hôpital Beaujon.

A cette époque, la plaie était encore considérable et fournissait beaucoup de pus ; mais le vide résultant de la perte de substance paraissait déjà comblé par des bourgeons charnus d'une consistance remarquable.

Au commencement de novembre, je fis successivement l'extraction de deux portions nécrosées, d'un centimètre d'épaisseur, appartenant à la surface réséquée des deux fragments. A partir de cette époque, la suppuration diminua d'une manière notable.

J'omets ici, et à dessein, les détails des phénomènes successifs que présenta la plaie pendant plusieurs mois, et des difficultés que l'on éprouva pour maintenir la jambe dans une bonne conformation, pour soutenir le pied dont le talon, devenu très-douloureux, s'était profondément ulcéré, etc.

Le malade, par sa jeunesse et sa bonne constitution, résista sans trop dépérir à toutes ces épreuves, et vers la fin de février 1856 il ne lui restait plus qu'une plaie superficielle et peu d'étendue ; un os nouveau tendait évidemment à se constituer dans l'intervalle des fragments, et paraissait avoir déjà la consistance cartilagineuse.

A la fin du mois de mars, la cicatrisation était complète, et le cal beaucoup plus consistant. La jambe, mesurée de la tubérosité antérieure du tibia au sommet de la malléole interne, était de 2 centimètres seulement plus courte que la jambe saine.

Quant au péroné, il avait conservé sa longueur naturelle ; mais, pour se prêter au raccourcissement que le travail de la cicatrisation imprimait chaque jour au tibia, il avait subi dans son extrémité supérieure un déplacement fort remarquable, déjà signalé par M. Malgaigne, et que j'ai plusieurs fois observé dans les cas de fracture du tibia très-obliques et accompagnées de chevauchement des fragments. Cette extrémité supérieure avait glissé peu à peu contre la facette oblique du tibia, et se trouvait dans un état de subluxation en dehors et en arrière, formant une saillie douloureuse à la partie externe et supérieure de la jambe.

Pendant les mois d'avril et de mai, il ne survint rien de notable, si ce n'est une fièvre synoque, qui dura quinze jours et retarda le travail de consolidation.

Le 15 juin, l'os nouveau paraissait solide et permettait au malade de lever la jambe. Cependant je crus devoir prescrire un appareil mécanique destiné à soutenir le membre et soustraire le cal au poids du corps. Cet appareil fut habilement exécuté par M. Charrière ; mais dans un effort que fit l'ouvrier pour l'essayer, l'os nouveau se fractura. Je dus recourir au repos et à l'application d'un bandage inamovible en stuc, qui fut maintenu jusqu'au 25 septembre, époque à laquelle le cal étant redevenu solide, le malade put supporter son appareil mécanique et marcher.

Le 25 octobre, il a quitté l'hôpital. La jambe paraît ferme ; l'os nouveau est régulier et présente à peu près le volume de l'os ancien. Il est recouvert d'une pellicule cicatricielle très-mince, adhérente, et cependant d'une bonne consistance. La mensuration ne fait constater que deux centimètres de raccourcissement. Le malade marche facilement et sans fatigue avec sa jambe artificielle, qu'il devra garder pendant longtemps, je pense, s'il ne veut exposer le cal à s'infléchir ou même à se fracturer de nouveau.

M. Richard signale l'intérêt qu'offre cette observation, dans laquelle il y a eu, comme l'a dit avec raison M. Robert, une nouvelle formation osseuse. Il rapporte à ce sujet le fait d'un homme à qui il a ex-

trait un fragment du tibia de 14 centimètres de longueur. Le malade avait une fracture double du tibia ; M. Richard passa six semaines sans y toucher ; pendant ce temps, il se déclara des accidents graves, qui cependant s'apaisèrent ; le périoste se détacha et bourgeonna par sa face interne, de sorte que l'os était entièrement libre quand il fut extrait. La guérison eut lieu sans raccourcissement. La reproduction de la portion d'os enlevée fut due sans doute au périoste, qui se trouvait presque intact.

M. DEMARQUAY se rappelle avoir vu un homme à qui Blandin avait réséqué une portion du tibia ; la consolidation n'eut pas lieu, et il fallut recourir à l'amputation.

M. ROBERT pense que dans le cas qu'il a rapporté, la résection n'ayant eu lieu qu'au bout de six semaines, il est très-possible que le périoste se soit trouvé isolé de l'os et qu'il ait pu servir à sa reproduction.

M. LARREY a vu au Val-de-Grâce un cas analogue à celui que vient de présenter M. Robert, mais moins grave cependant. Il s'agissait d'une fracture comminutive compliquée du tiers supérieur du tibia par écrasement dû à un coup de pied de cheval. Plusieurs fragments d'os extraits ou éliminés laissèrent une perte de substance de plusieurs centimètres, qui ne se répara que très-lentement, d'une manière incomplète, par les extrémités fracturées, en déterminant, comme dans le cas actuel, une subluxation de la tête du péroné.

M. Larrey présume que chez de très-jeunes sujets le péroné, plus flexible, au lieu de subir en pareille circonstance un déplacement articulaire partiel, aurait de la tendance à s'incurver plus ou moins dans sa diaphyse.

M. HOUEL signale à ce sujet dans le Musée Dupuytren plusieurs pièces de fractures du tibia au tiers supérieur, avec subluxation de l'extrémité supérieure du péroné. Dans une de ces pièces, la luxation est presque complète.

Amputation de jambe à la partie inférieure ; appareil prothétique très-simple.

M. GUÉRIN amène devant la Société le nommé Guyan, âgé de dix-neuf ans et demi, demeurant rue des Ciseaux, 5, sur qui il a pratiqué le 26 mai 1856, à l'hôpital de la Charité, une amputation sus-malléolaire. Ce jeune homme, atteint d'une carie des os de l'avant-pied, était entré, il y a quatre ans, à l'hôpital Necker, où M. Guérin lui avait fait l'amputation de Chopart.

A peine guéri, il s'était mis à marcher en portant une botte ordinaire, dans laquelle son moignon supportait des pressions nuisibles. Un an après l'opération, il survint un abcès, dont l'ouverture laissa les os à nu.

Après l'avoir soigné un an et demi chez lui, M. Guérin le fit entrer à la Charité, où il lui fit l'amputation sus-malléolaire de la manière suivante :

Il tailla à la partie interne du pied un lambeau très-large et formé en partie par la peau du talon, comme celui de M. J. Roux pour l'amputation tibio-tarsienne ; ce lambeau étant relevé, il fit la section de l'os à 1 centimètre environ au-dessus de la surface articulaire.

Au moment de l'opération, M. Guérin fut assez inquiet de ses suites, parce qu'il s'aperçut que les os étaient mous dans le point où la scie avait porté ; aussi administra-t-il à son malade l'huile de foie de morue et le phosphate de chaux à haute dose. Après quelques accidents, la guérison eut lieu, et le malade, qui n'a pu avoir un appareil prothétique convenable, marche très-bien sur l'extrémité de son moignon à l'aide d'une chaussure fort grossièrement faite.

M. GIRALDÈS voit dans le résultat de cette amputation que l'amputation sus-malléolaire ne doit pas, comme on l'a dit, être réservée pour les malades aisés.

M. LARREY. Le résultat si heureux et si remarquable que M. Guérin nous présente ne me paraît pas appartenir à l'amputation sus-malléolaire ; c'est bien plutôt une amputation malléolaire proprement dite, ou intra-malléolaire, si on veut l'appeler ainsi, avec toute la différence que comporte la section des os faite dans l'épaisseur même des malléoles, et non au-dessus d'elles. Cette différence est importante à notre point de vue de la question, puisque l'opération pratiquée dans le tissu spongieux porte à la fois sur une surface douée d'une plus grande vitalité, et assez large pour servir de point d'appui à la sustentation du membre. Ces conditions manquent à l'amputation sus-malléolaire. Et la preuve, c'est que l'amputé de M. Guérin se sert aisément d'un appareil prothétique fort simple, presque grossier, ou d'une sorte de bottine informe, que je crois cependant préférable à la plupart des appareils mécaniques lourds et dispendieux de l'amputation sus-malléolaire.

M. VERNEUIL pense que cette amputation peut être considérée jusqu'à un certain point comme une amputation *tibio-tarsienne*. En effet, dans certains procédés, comme dans celui de M. Baudens, on enlève avec la scie la saillie postérieure de la surface articulaire du tibia, et bien que dans l'opération de M. Guérin la section ait porté quelques millimètres plus haut, il n'en résulte pas de différence sensible dans la disposition du lambeau. M. Verneuil ne pense pas que ce fait doive faire admettre la possibilité de marcher sur le moignon après l'amputation sus-malléolaire, car ici la largeur de la surface osseuse et la nature des parties molles donnent bien plus de solidité au point d'appui. Enfin il trouve dans ce malade la preuve que le tissu spongieux peut se cicatriser assez pour supporter la pression du poids du corps.

M. ROBERT est aussi d'avis que l'opération de M. Guérin se rapproche de l'amputation tibio-tarsienne ; et ce qui rend possible la marche sur le moignon, c'est que, comme dans cette dernière, la pression porte sur la peau du talon. Il a fait il y a sept ans une amputation analogue sur une petite fille, qui marche toujours très-bien.

M. GUÉRIN se plaint qu'on ait trop considéré le fait en lui-même, et pas assez dans ses rapports avec la question générale qui agite la Société depuis plusieurs séances : Doit-on amputer toujours à la partie supérieure de la jambe, ou faut-il conserver l'amputation à la partie inférieure ? Peu importe qu'on l'appelle sus-malléolaire. D'ailleurs, il est naturel d'appeler sus-malléolaire toute amputation au-dessus des malléoles, et celle-ci est à 1 centimètre au-dessus. Si l'amputé peut marcher sur l'extrémité de son moignon, c'est parce que M. Guérin s'est servi, pour faire son lambeau, des téguments de la partie interne et plantaire du pied, et il aurait encore pu le faire en pratiquant la section 1 centimètre plus haut. D'ailleurs, dans les cas d'amputation à la partie inférieure de la jambe, rien ne force à remonter plus haut, puisqu'on ne la fait que lorsqu'on croit que le tibia n'est pas malade.

En résumé, le fait présenté par M. Guérin prouve qu'on peut, dans l'amputation sus-malléolaire, se servir du lambeau de M. J. Roux, et que dans certains cas l'amputation à la partie inférieure de la jambe est préférable à l'amputation au lieu d'élection.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. MARJOLIN. Après avoir entendu les objections si graves faites par quelques-uns de nos collègues à l'amputation sus-malléolaire, et après la lecture des faits cités par l'honorable M. Hutin dans le but de prouver que c'est une opération mauvaise, il est, je crois, du devoir de ceux qui la croient non-seulement bonne, mais même préférable dans un assez bon nombre de cas à l'amputation au lieu d'élection, d'apporter des faits à l'appui de leur opinion. Or voici ce que j'ai été à même de constater cette semaine. J'ai rencontré un ouvrier mécanicien, âgé de vingt-six ans, nommé Bernard, demeurant rue du Faubourg-Saint-Antoine, 175. Cet homme a été amputé par Roux en 1845, pour une tumeur blanche du pied. L'amputation, pratiquée au-dessus des malléoles, a été suivie d'un très-beau résultat. Interrogé sur ce qui s'était passé depuis sa sortie de l'hôpital, ce blessé m'a dit que trois ou quatre fois la cicatrice s'était rouverte, et que chaque fois il avait fallu plusieurs mois pour qu'elle se fermât. Mais comment sont survenues ces ulcérations ? C'est quelquefois à la suite d'une chute en dansant à la barrière, alors que le vin l'avait légèrement étourdi. Si maintenant ce blessé porte de préférence à une jambe artificielle une jambe de bois à fourche, c'est que la première n'aurait certainement pas plus résisté aux exercices violents auxquels il veut bien se livrer, que la seconde, qu'il a cassée, malgré toute la solidité qu'elle avait, et qu'il a rajustée avec une véritable barre de fer.

M. LARREY fait observer à M. Marjolin qu'il ne suffit pas de reconnaître une cicatrice solide chez l'amputé de Roux, malgré les ulcérations dont elle a été plusieurs fois le siége ; il faut encore que le membre puisse se placer ou s'étendre, agir et supporter le poids du corps, comme il conviendrait que cela fût après l'amputation sus-malléolaire. Or c'est ce qui n'a pas lieu, d'après les renseignements que M. Marjolin nous donne sur ce cas particulier.

CORRESPONDANCE.

M. Ferdinand Martin adresse à la Société une lettre dans laquelle il annonce la lecture prochaine d'un travail dans lequel il cherchera à démontrer par des faits que les reproches graves adressés à l'amputation sus-malléolaire ne sont nullement fondés.

Sur la demande de plusieurs membres, M. le président nomme une commission chargée d'examiner tous les faits se rattachant à cette question. Cette commission se compose de MM. Larrey, Michon, Broca.

— M. LARREY dépose sur le bureau, de la part de MM. les docteurs Denéchaud, Bougouin et Gavrelle l'observation détaillée de la malade atteinte d'une tumeur fibro-graisseuse siégeant à la malléole externe, et présentée dans la séance du 1er octobre.

M. le secrétaire général donnera l'analyse détaillée de cette observation dans l'une des prochaines séances.

— M. le docteur Z. Merchie fait hommage d'une notice intitulée *Des secours à porter aux blessés sur les champs de bataille.*

— M. DEMARQUAY présente un nouvel appareil pour les douches d'acide carbonique, dont il donne la description suivante :

« J'ai fait construire un appareil en plomb, de forme cylindrique, de la contenance de cinq à six litres, et surmonté d'un manomètre indiquant la pression du gaz. Pour s'en servir, on met dans le fond du vase de l'eau contenant une certaine quantité de bi-carbonate de soude ; dans un réservoir placé dans le haut de l'appareil, on met de l'acide sulfurique. Au moment de s'en servir, on fait tomber une certaine quantité d'acide sulfurique dans le fond du vase ; alors le gaz acide carbonique se dégage, le manomètre indique le nombre exact de pressions atmosphériques, et quand l'aiguille est arrivée au chiffre 5 ou 6, pressions à l'aide d'un tube en caoutchouc appliqué à un robinet placé à la partie supérieure de l'appareil, on administre des douches d'acide carbonique à un certain nombre de malades. Quand il ne se forme plus d'acide carbonique, on fait de nouveau tomber une certaine quantité d'acide sulfurique sur le bi-carbonate en excès. Cet appareil a l'avantage de permettre de donner des douches à plusieurs malades de suite, et à volonté ; de plus, il n'expose pas aux accidents de l'explosion, comme les autres appareils en verre ou en faïence. Son prix, d'ailleurs, est peu élevé. Toutefois, il ne faut pas développer d'acide carbonique au delà de la pression de 6 à 8 atmosphères ; sans quoi, cet appareil pourrait se déchirer. Cet accident n'amènerait aucun danger, mais il détruirait l'appareil.

— M. FOLLIN fait part à la Société du résultat de plusieurs expériences relatives à l'anesthésie produite par l'acide carbonique. Il commence par montrer dans un aperçu historique que des expériences avaient déjà été faites vers la fin du siècle dernier dans cette direction, et cite à ce propos Beddoes, qui appliqua un vésicatoire sur le troisième doigt de la main gauche, et, après avoir enlevé l'épiderme, plongea le doigt dans une vessie pleine d'acide carbonique ; aussitôt la douleur disparut ; le doigt ayant été retiré de la vessie, elle reparut, et se dissipa chaque fois que la vessie fut réappliquée. Après cette expérience, M. Follin en rapporte d'autres faites sur des cas pathologiques. L'acide carbonique fut appliqué par le docteur J. Ewart sur deux ulcères de la mamelle très-douloureux et regardés comme cancéreux ; la douleur fut apaisée dans les deux cas ; l'un des ulcères guérit et l'autre fut considérablement amélioré.

A partir de ce moment jusqu'aux recherches actuelles, M. Follin ne trouve de traces de l'emploi de l'acide carbonique comme anesthésique qu'en 1834, où Mojon le conseilla contre les douleurs qui accompagnent la dysménorrhée. Enfin arrive M. Simpson, qui conseille les douches de gaz acide carbonique dans la plupart des affections douloureuses de l'utérus et de quelques organes voisins, telles que cancers utérins, névralgies utéro-vaginales, dysuries et irritabilité vaginales. C'est d'après le célèbre professeur d'Edimbourg que M. Follin a lui-même fait ses recherches. Il rapporte trois faits de cancers utérins très-douloureux, dont les douleurs furent calmées instantanément par l'application du gaz ; les malades ont recouvré le sommeil qu'elles avaient perdu depuis longtemps ; M. Follin n'a remarqué aucune modification dans l'état des ulcères. Il a encore obtenu l'anesthésie plus ou moins complète en dirigeant du gaz acide carbonique à la surface d'un œil enflammé et douloureux, sur un cancroïde de l'oreille, entre les lèvres d'un abcès qu'on venait d'ouvrir.

Après avoir rapporté ces faits, qui ne laissent aucun doute sur les propriétés anesthésiques de l'acide carbonique, M. Follin donne quelques détails sur la préparation de ce gaz, et les appareils qui servent soit à l'obtenir, soit à l'appliquer. Puis il rapproche en terminant ces expériences de l'usage de certaines substances dont quelques-unes sont conseillées depuis l'antiquité, et qui n'agissaient peut-être que par l'acide carbonique qu'elles contiennent. Telles sont les fumigations d'herbes aromatiques, les cataplasmes de levure de bière, enfin les eaux acidules gazeuses.

M. DEMARQUAY a voulu produire l'anesthésie de la peau pour pratiquer une cautérisation dans un cas de névralgie sciatique. Il n'a obtenu aucun résultat. Il en fut de même d'injections dirigées dans la bouche d'un malade auquel il devait ouvrir un abcès considérable. Il a encore fait des injections dans le rectum de malheureux malades affectés de cancer ; dans un cas seulement, il a obtenu du soulagement.

Dans les affections utérines, névralgies, cancer du col, du vagin et du corps de l'utérus, chez toutes les malades le soulagement a été instantané et durait plus ou moins longtemps. Ce qui est bien certain, c'est que l'état de plusieurs de nos malades s'est trouvé amélioré ; elles n'ont pas guéri de leurs cancers utérins, mais leur état est devenu supportable.

M. FORGET demande si le contact du gaz acide carbonique peut produire l'anesthésie dans une partie où il n'y a pas de plaie, ou s'il agit seulement sur les parties dénudées.

M. VERNEUIL a fait deux essais d'anesthésie par le gaz acide carbonique dans des cas qu'il regarde comme peu favorables. Il enferma dans une sorte de manchon un pied qui, par suite d'un phlegmon ancien, est le siége de douleurs très-violentes, dues sans doute à une névrite ; puis il le tint assez longtemps en contact avec le gaz introduit dans le manchon sans obtenir de soulagement. Il a encore essayé la douche d'acide carbonique pour un priapisme très-douloureux. Le malade accusa une sensation de chaleur qui n'était pas désagréable, mais la douleur persista.

M. DEMARQUAY. L'observation de MM. Forget et Verneuil est fondée. Je me suis demandé, en effet, si l'intégrité des parties n'était point un obstacle à l'action de l'acide carbonique. Mais comme j'ai obtenu un grand soulagement dans deux cas de névralgie utérine sans altération du col, il est évident que l'intégrité des parties n'est pas un obstacle ; cependant, je dois dire que sur six malades affectées de cancer utérin, deux ont un cancer du corps de l'utérus sans plaies profondes du col et du vagin. Ces deux malades sont moins soulagées par les douches d'acide carbonique que les quatre autres, qui se trouvent dans des conditions différentes, c'est-à-dire qui sont affectées de cancers ulcérés du col utérin et du vagin.

Je n'ai point constaté que ces injections eussent un effet heureux sur l'aspect des plaies ; la suppuration vaginale a conservé jusqu'à ce jour l'odeur fétide. Toutes les malades auxquelles nous avons donné des douches vaginales ont accusé une sensation de froid suivie bientôt d'une sensation de chaleur. La durée de nos injections est de trente secondes à une minute.

M. FOLLIN a aussi employé l'acide carbonique dans un cas de douleurs du poignet dues à une arthrite, sans aucun résultat.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 30 octobre, M. Milne Edwards (Alphonse), est nommé préparateur d'anatomie comparée et de physiologie des animaux près la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Haime, décédé.

— Par arrêté du 3 novembre, M. Melays, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de Rouen, est nommé secrétaire agent comptable de cette Ecole, en remplacement de M. Godefroy, démissionnaire.

— Le concours pour les prix de l'internat a été ouvert le mercredi 5 novembre à midi. Les internes de la première division (3e et 4e années) ont eu à traiter par écrit *de la structure des veines et de l'infection purulente*. — La deuxième division (1re et 2e années) avait pour sujet de composition *l'artère humérale et ses divisions ; les causes et symptômes de l'anévrysme artérioso-veineux du coude.*

— La chaire de chimie médicale et de pharmacie à la Faculté de Montpellier ayant été déclarée vacante, et des listes de présentation ayant été récemment demandées par M. le ministre de l'instruction publique au Conseil académique et à la Faculté, MM. les candidats à cette chaire sont invités à faire parvenir leurs titres scientifiques au secrétariat de l'Académie de Montpellier et à celui de ladite Faculté, avant le 15 de ce mois.

— M. le docteur Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, commencera son cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfants, le jeudi 13 novembre. 1° Tous les jeudis, visites, leçons et opérations de 8 à dix heures ; 2° tous les jours visites à 8 heures.

— M. le professeur Nélaton commencera son cours de clinique chirurgicale, le lundi 17 novembre, à l'hôpital des Cliniques, à 9 heures du matin ; et le continuera à la même heure, les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

— M. le docteur Becquerel, agrégé de la Faculté de médecine, commencera ses conférences cliniques à la Pitié lundi prochain, à 9 heures, et les continuera les lundis et vendredis à la même heure. Les conférences du premier trimestre seront spécialement consacrées aux maladies de l'utérus.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 132. — MARDI 11 NOVEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 132. — MARDI 11 NOVEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 NOVEMBRE 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

La communication de M. Kölliker dans la précédente séance a fourni à M. Cl. Bernard l'occasion de rappeler ses expériences sur le curare, ainsi que les conclusions physiologiques auxquelles il a été conduit par l'étude de cette singulière substance. Indépendamment des faits que l'on connaît déjà, et qui concordent avec ceux qui ont été constatés par M. Kölliker, M. Cl. Bernard a exposé les résultats de nouvelles expériences d'un grand intérêt. Il a particulièrement insisté sur cette action spéciale du curare qui s'exerce sur les nerfs moteurs de manière à les anéantir en procédant de la périphérie au centre. Rapprochant cette circonstance de l'action élective des diverses autres substances vénéneuses sur nos tissus, il en a déduit l'idée d'une sorte d'analyse des systèmes organiques à l'aide des agents toxiques, qui est digne de toute l'attention des physiologistes.

D'après M. Nicklès, le fluor, dont l'existence dans l'économie a été considérée jusqu'ici comme purement accidentelle, ferait partie de l'organisme, qui en serait pénétré dans toutes ses parties. C'est là une simple constatation de fait du ressort de la chimie, et dont on ne saurait encore entrevoir la portée physiologique. — D Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Fistule vésico-vaginale. — Traitement par la suture. Guérison.

(Observation recueillie par M. VOISIN, interne du service.)

Au n° 25 de la salle des femmes est couchée la nommée Gagneux, âgée de vingt-huit ans, entrée le 1er juillet 1856.

La malade porte toutes les apparences d'une belle santé, et la vue ne fait découvrir en elle aucun vice dans la constitution du squelette; cependant elle offre un rétrécissement du bassin qui s'est opposé jusqu'ici à toute issue heureuse de couches.

La première se passa en 1852. L'accouchement se fit spontanément; mais l'enfant était mort-né.

La seconde eut lieu en 1853. L'accouchement se fit prématurément à sept mois et demi, dans le service de M. le professeur P. Dubois. Il existait une procidence du cordon; il fallut appliquer le forceps; l'enfant était mort-né.

Le 25 avril 1856, troisième accouchement. Le travail commença le matin à huit heures; les eaux de l'amnios s'écoulèrent à quatre heures et demie du soir. Un médecin d'Argenteuil appliqua vainement le forceps, et conseilla d'amener la malade à l'hôpital des Cliniques. L'accouchement se fit spontanément dans la même nuit, entre deux et trois heures du matin, dix-huit heures après le début du travail. L'enfant était mort, et portait les traces de blessures graves produites par le forceps. Il a été reconnu, à son arrivée à l'hôpital, que la tête de l'enfant était en position occipito-iliaque droite antérieure; l'os frontal correspondait donc à l'angle sacro-vertébral, et présentait en un point correspondant une dépression avec fracture.

Quand la malade s'est présentée à l'hôpital, la tête de l'enfant reposait sur le plancher du bassin; il n'a pas été possible de savoir depuis combien de temps.

Après l'accouchement survinrent quelques accidents de péritonite partielle sans gravité, car la malade sortit le douzième jour après son entrée. C'est le lendemain de sa sortie, et de retour chez elle, qu'elle s'aperçut de l'écoulement involontaire de l'urine; en même temps, elle recueillit un lambeau d'eschare qui se détacha des parties profondes du vagin.

Un médecin appelé a employé jusqu'ici la sonde à demeure, et aurait annoncé à la malade que, de deux fistules qu'elle portait, une était guérie. Il est permis de douter de ce fait; en effet, le médecin n'a exploré les parties génitales que par le toucher, et un pareil examen est bien susceptible d'erreur.

Voici l'état de la malade à son entrée à la Clinique :

Les parties génitales externes sont mouillées par l'urine; les téguments de la face interne des cuisses, des fesses sont excoriés et présentent des ulcérations. La muqueuse vaginale est saine. Cette différence d'état de la muqueuse et de la peau est ici bien tranchée. Nous voyons sur les poils des téguments et des parties génitales externes de nombreux graviers uriques.

La perforation de la cloison vésico-vaginale existe à 0,04 centimètres du méat urinaire, un peu plus rapprochée du col de la vessie que du col utérin.

La fistule est située un peu à gauche de la ligne médiane. Il est difficile de l'apercevoir de prime abord; ce n'est qu'en tâtonnant qu'on arrive à la découvrir au fond d'une dépression infundibuliforme.

La fistule a une direction transversale, et laisse seulement passer une sonde de femme.

Le vagin ne présente aucune bride, aucune callosité, aucune altération, en un mot, autre que la perforation.

Le col utérin présente des déchirures; sa surface est ulcérée et est d'une couleur d'un rouge vermeil.

La femme perd la totalité de ses urines dans n'importe quelle position. Jamais elle n'éprouve le besoin d'uriner.

Une sonde introduite par le méat urinaire permet de constater que le canal de l'urètre est libre, et que la vessie ne retient qu'une très-petite quantité d'urine.

M. Nélaton a beaucoup insisté sur ces deux faits, l'absence du besoin d'uriner et la perte complète de l'urine. En effet, sa conduite ordinaire dans les cas de fistules est d'attendre cinq à six mois avant d'employer l'instrument tranchant. Jusqu'à cette époque, il compte sur la guérison spontanée, et il appuie son opinion sur une expérience personnelle et sur les observations de M. Morissot.

Mais dans le cas présent, M. Nélaton ne croit pas à la guérison spontanée : nous en avons donné les deux raisons. L'envie d'uriner manque absolument, et c'est un signe infaillible de cicatrisation spontanée.

La position pénible de cette malade, les douleurs provoquées par les excoriations, engagent encore à pratiquer immédiatement une opération curative.

Opération. — La femme étant placée sur un lit élevé, les cuisses sont tenues écartées; le col utérin est saisi avec une pince de Museux; les parois du vagin sont écartées par les leviers. On aperçoit très-bien alors l'orifice fistuleux.

M. Nélaton avive les lèvres de la fistule dans toute leur étendue, jusqu'à la face interne de la vessie. Il obtient ainsi une perte de substance double de celle qui existait, bordée de parties saignantes, et au fond de laquelle on aperçoit la muqueuse vésicale. L'opérateur fait trois points de suture entortillée. Les lèvres de la plaie sont affrontées avec une extrême facilité, ce qui exclut toute idée de débridement suivant la méthode de Celse.

Le professeur emploie ici un procédé particulier pour l'introduction des épingles à suture. Il les pique dans les tissus de façon que les têtes des épingles soient tournées en avant. En outre, désirant éviter des tâtonnements pénibles pour la malade et préjudiciables au succès de l'opération quand il faut retirer les épingles, il fait attacher aux têtes des épingles des fils qui pendront en dehors du vagin, et sur lesquels il suffira d'exercer une traction pour les retirer.

L'opération terminée, le vagin est lavé par un courant d'eau froide; un tampon d'amadou enduit de cérat est introduit dans le vagin; une sonde fut introduite dans l'urètre, et la malade est portée à son lit. La sonde à demeure lui est appliquée.

Rien de particulier ne se passe dans la journée qui suit l'opération. L'écoulement de l'urine se fait goutte à goutte.

Le 15 juillet, depuis l'opération aucune réaction fébrile; ce matin, 60 pulsations. Aucune douleur.

Le 16, l'urine s'écoule goutte à goutte par la sonde.

Nous trouvons à notre visite du soir les parties génitales, les fesses teintes de sang qui vient du fond du vagin, et nous paraît être l'écoulement menstruel.

L'état général est très-satisfaisant; pas de coliques; 64 pulsations.

Le 17, les parties génitales sont encore baignées de sang. On retire le tampon vaginal.

L'écoulement de l'urine par la sonde, surveillé avec soin, n'a pas été interrompu un instant; le muco-pus contenu dans la vessie obstrue fréquemment les jeux de la sonde, et nécessite son remplacement deux fois au moins en vingt-quatre heures.

Etat très-satisfaisant; apyrexie complète.

Dans la nuit du 17 au 18, la malade est prise d'un pressant besoin d'aller à la selle et se livre à de violents efforts de défécation.

Le 18, M. Nélaton cherche à constater s'il y a écoulement de l'urine par la fistule : il essuie les parties qui l'avoisinent avec un tampon de charpie, et ne voit survenir aucun suintement de liquide.

L'écoulement sanguin est arrêté depuis ce matin.

Le 19, M. Nélaton tire sur un des fils qui pendent hors du vagin, et amène une épingle après une très-légère traction. L'urine coule toujours goutte à goutte par la sonde.

Le 20, il retire les deux autres épingles, et ne constate aucun suintement d'urine par le vagin.

Les jours suivants, la sonde est toujours surveillée avec le même soin.

Le 26, dans la nuit, elle reste bouchée pendant deux heures. Aucun écoulement appréciable d'urine par le vagin.

Le 28, les yeux de la sonde ayant été obstrués dans la journée par les mucosités nombreuses que fournit la vessie, l'écoulement de l'urine a été suspendu pendant une heure et demie. Après ce laps de temps, la malade a appelé la fille de service en disant qu'elle avait besoin d'uriner. Prévenu aussitôt, nous introduisons une autre sonde, et amenons un écoulement d'urine abondant de la valeur d'un verre ordinaire.

Le 1er août, M. Nélaton fait laisser la malade sans sonde pendant deux heures. Au bout d'une heure et demie, elle est prise d'un besoin d'uriner; nous introduisons la sonde, et amenons encore une notable quantité d'urine.

Le 2, la malade reste sans sonde pendant trois heures. Au bout de deux heures, besoin d'uriner.

L'examen le plus minutieux donne la certitude presque complète qu'aucune goutte d'urine ne passe par le vagin.

Le 3, la malade reste levée toute la journée, se promène dans les salles.

Dans les vingt-quatre heures, elle a éprouvé cinq fois le besoin d'uriner. Les linges ne sont nullement mouillés. L'urine ne s'écoule pas en jet.

Jusqu'au 10 août, rien de nouveau. La malade urine de quatre à cinq fois en vingt-quatre heures.

Le 10, la malade a constaté aujourd'hui qu'elle pousse un jet d'urine. Les linges de la malade sont secs.

Le 17, la malade demande à sortir de l'hôpital.

M. Nélaton examine la malade sur le lit à spéculum, la fait mettre dans la même position que le jour de l'opération, et constate l'état suivant :

Le trou fistuleux, l'espèce de cul de-sac que présentait la muqueuse à son niveau sont remplacés par une cicatrice transversale presque linéaire, blanchâtre, longue de 0,01 et large de 0,001. La pression sur la région sus-pubienne et sur la cloison vésico-vaginale n'amène la sortie d'aucune goutte de liquide par cette cicatrice. La guérison est complète.

Les besoins d'uriner se reproduisent quatre fois en vingt-quatre heures.

Cette observation nous offre plus d'un enseignement. D'abord l'innocuité de l'opération a été remarquable : aucune douleur, aucune réaction fébrile. La cicatrisation paraît s'être faite par première intention.

L'avivement des lèvres de la fistule s'est fait très-facilement. Grâce à la traction exercée par la pince de Museux sur le col, l'opération a pu être faite sans la moindre gêne. La malade, en outre, avait été soumise aux inhalations de chloroforme : aussi M. Nélaton a-t-il pu aviver la fistule d'une façon très-complète.

Le mode spécial suivant lequel les épingles à sutures ont été introduites et fixées mérite d'être noté à cause de son extrême simplicité; ce procédé épargne aux malades les douleurs que provoque l'ablation des fils et des épingles par les moyens ordinaires. Il est inutile de transporter les sujets hors de leur lit, d'employer cet attirail effrayant sans lequel on ne sait ce qu'on fait.

M. Nélaton a fait à cette malade avant son départ une recommandation bien importante, c'est de venir, en cas de grossesse, réclamer les soins de M. le professeur Paul Dubois vers le septième mois.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Laryngite striduleuse traitée par les vomitifs, le calomel et les topiques astringents.

M. Bretonneau est, comme on sait, le premier qui ait fait cesser la confusion que Home avait jetée dans l'esprit des praticiens en désignant sous un même nom le vrai croup et le faux croup, c'est-à-dire la laryngite diphthéritique et la laryngite striduleuse. Nul n'ignore aujourd'hui combien ces maladies sont dissemblables; mais si la dernière est incomparablement moins grave que la première, on aurait tort cependant de supposer qu'elle est totalement dénuée de périls.

La laryngite striduleuse présente des dangers comme affection aiguë, et plusieurs fois M. Trousseau l'a vue se terminer d'une manière fatale.

La tuméfaction de la membrane muqueuse va quelquefois jusqu'à l'oblitération du canal aérien, et nécessite alors l'intervention de la trachéotomie, comme il arrive dans le cas d'œdème de la glotte.

La plegmasie laryngée peut aussi s'étendre aux bronches et produire des bronchites capillaires d'une excessive gravité.

Enfin, M. Trousseau a été témoin d'un fait dans lequel une laryngite striduleuse aiguë passa à l'état chronique. Pendant deux mois la voix resta rauque; il y avait parfois de l'oppression; et six mois après il fallut faire la trachéotomie et introduire par la voie artificielle une canule, qui resta en place pendant deux années consécutives.

Il résulte de là que, tout en se félicitant à juste titre de n'avoir devant soi qu'une laryngite striduleuse, quand on est appelé pour un cas présumé de diphthérite laryngée, il ne faut jamais annoncer une guérison trop rapide aux familles.

Quant au traitement, il est rare, selon M. Trousseau, qu'il y ait en pareil cas indication de recourir aux émissions sanguines, l'expérience n'ayant pas démontré que la soustraction d'une certaine quantité de sang fût ici d'un secours bien certain, même chez les sujets pléthoriques.

Il en est d'ailleurs de cette affection comme de l'asthme : elle se reproduit souvent, et, si à chaque accès vous avez recours aux sangsues ou à la saignée, vous jetez les petits malades dans un état de faiblesse et de langueur qui n'est compensé par aucun bénéfice.

Les vomitifs constituent, au contraire, le moyen par excellence dans ce faux croup, soit qu'ils agissent comme hyposthénisants, soit qu'ils tendent à produire une diaphorèse efficace. Le docteur Lehmann conseillait aussi dans ce dernier but de promener à plusieurs reprises sur la région du cou une éponge de la grosseur du poing préalablement plongée dans l'eau chaude et exprimée avec précaution.

Sous l'influence de ce topique, la peau rougit, et en même temps il survient une transpiration que l'on favorise avec des infusions de sureau ou de camomille. Il faut, du reste, agir ici avec réserve, et faire en sorte d'éviter tout ce qui peut faire crier l'enfant, car les cris augmentent son mal.

Si le médecin arrive auprès du petit malade alors que l'accès dure encore, il attend, pour administrer les vomitifs, que les mouvements de déglutition soient devenus plus faciles, et tout d'abord il prescrit des applications de cataplasmes, vinaigrés ou légèrement sinapisés, aux membres inférieurs. Il emploie l'éponge du docteur Lehmann, les frictions à la partie interne des bras avec de l'alcool camphré ou de l'éther sulfurique; puis, l'accès étant sur son déclin, il administre un vomitif qui varie suivant l'âge du sujet. Pour les très-jeunes enfants, M. Trousseau prescrit la potion suivante :

Poudre de racine d'ipécacuanha.	50 centigrammes.
Eau.	40 grammes.
Sirop d'ipécacuanha.	30 —

Mélangez exactement la poudre et le sirop, et ajoutez l'eau.

A prendre en quatre fois, de dix minutes en dix minutes, en ayant soin d'agiter auparavant la mixture.

Pour les enfants plus âgés, on donne une potion ainsi composée :

Tartre stibié.	0,50 centigrammes.
Eau distillée.	40 grammes.
Sirop d'ipécacuanha.	20 —

ou la potion au sulfate de cuivre dans les proportions que voici :

Sulfate de cuivre. . . .	0,05 à 10 centigrammes.
Eau distillée.	40 grammes.
Sirop simple.	20 —

Cette dernière combinaison, étant celle dont l'effet est le plus constant, doit être préférée; elle possède, en outre, l'avantage de ne pas irriter les intestins comme les préparations antimoniales.

Après avoir convenablement vomi, l'enfant est tenu au repos dans un lit bien chaud, et l'on se borne à lui donner, par cuillerée à dessert, un demi-looch simple ou kermétisé, de deux heures en deux heures. On revient à l'emploi du vomitif si un nouvel accès se reproduit. Dans le cas contraire, on se contente de prescrire la continuation du looch, quelque tisane émolliente, du bouillon ou du lait. S'il arrive que la voix reste rauque, phénomène qui tient à un certain degré de tuméfaction de la muqueuse laryngée, M. Trousseau emploie deux agents qui lui réussissent très-bien : le calomel et les topiques astringents.

Le calomel se donne ici d'après la méthode de Law, à la dose de 5 centigrammes par jour, mélangés avec 4 grammes de sucre blanc pour douze prises. On en continue l'administration jusqu'à ce que la salivation soit produite.

En même temps, l'enfant prend toutes les heures une demi-cuillerée à café de la mixture suivante :

Alun en poudre.	10 grammes.
Miel blanc.	40 —

Mélangez.

Nous avons vu un petit malade affecté de laryngite striduleuse, chez lequel ces divers moyens ont donné les meilleurs résultats.

Maintenant, si cette affection, cessant d'être bornée au larynx, gagne les bronches et se complique de bronchite capillaire, il faut bien s'occuper de celle-ci. M. Trousseau s'adresse encore au sulfate de cuivre et au calomel; mais le plus ordinairement il fait prendre un looch contenant :

Extrait de digitale.	5 centigr.
Poudre de digitale.	10 —
Oxyde blanc d'antimoine.	1 gramme

ou bien une infusion faite avec :

Poudre de feuilles de digitale. . .	15 à 30 centigr.
Eau bouillante.	400 grammes.

Vient ensuite le vésicatoire volant très-large, et qu'on ne laisse en place que cinq ou six heures, de manière qu'il ne suppure pas, afin d'éviter une douleur inutile et l'invasion possible de produits diphthéritiques très-communs dans les établissements nosocomiaux.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

MANIE HYSTÉRIQUE INTERMITTENTE A LA SUITE DE SEVRAGE.

Accès revenant à chaque époque menstruelle. — Traitement infructueux par les toniques. — Guérison par la diète lactée.

Par M. le docteur L. V. Marcé.

La manie intermittente est, comme chacun sait, une des formes les plus rebelles de l'aliénation mentale. Dans tous les asiles se rencontrent des malades ainsi affectées que l'on abandonne comme incurables, après avoir inutilement épuisé sur elles toutes les ressources de l'hygiène et de la thérapeutique. Aussi est-ce à bon droit que les médecins allemands, assimilant le pronostic de cette affection au pronostic de l'épilepsie, lui ont donné le nom d'épilepsie psychique. Le fait de guérison que nous allons relater offre un intérêt réel, non-seulement à cause de l'heureuse terminaison de la maladie, mais encore au point de vue de la médication employée. Les toniques de toute nature, donnés au début du traitement, avaient été plutôt nuisibles qu'utiles; on chercha alors dans un autre ordre d'idées les indications thérapeutiques, et on pratiqua des émissions sanguines, qui diminuèrent les accès sans les faire totalement disparaître. En dernier lieu, la diète lactée, employée avec vigueur au moment de l'époque menstruelle, a entièrement supprimé les accidents nerveux, et a amené une guérison complète.

Obs. — Mme X..., âgée de vingt-six ans, est blonde, un peu pâle, de petite stature, mais fortement constituée. Une tante paternelle, très-nerveuse, offre après chaque accouchement, après chaque émotion un peu vive, un délire passager, mais bien caractérisé: c'est là le seul antécédent héréditaire qu'on puisse signaler.

Mme X... n'a, du reste, offert pendant sa jeunesse ni attaque d'hystérie ni accidents nerveux d'aucune sorte. A douze ans elle a été réglée pour la première fois, et cette fonction s'est établie chez elle avec une grande facilité. A dix-huit ans, elle s'est mariée; après quatre années de mariage elle eut une petite fille, qui vint au monde sans accident, et qu'elle allaita pendant treize mois sans paraître en souffrir. C'est pendant cette période de temps, neuf mois après l'accouchement, qu'elle perdit son mari, atteint d'une maladie chronique de la moelle épinière. Depuis longtemps il gardait le lit, et pendant plus d'un an elle n'avait cessé de lui donner des soins assidus.

Après treize mois d'allaitement, le sevrage eut lieu. En ce moment les seins étaient peu volumineux, et la sécrétion lactée assez peu abondante pour qu'il ait été inutile d'administrer des purgatifs.

Trois semaines après le sevrage, elle eut, au milieu même d'une réunion de famille, une émotion morale très-vive; le soir elle se trouva malade, et dès le lendemain elle eut une attaque d'hystérie qui s'accompagna de vomissements bilieux très-abondants (26 août 1855). Quinze jours après, les règles arrivèrent comme de coutume.

A partir de cette époque, Mme X... fut, pendant l'automne et l'hiver, dans un état nerveux voisin de l'aliénation mentale : mauvaise humeur, défiances, lamentations incessantes, émotivité portée au plus haut degré, regrets exaltés de la perte de son mari, tendances à l'expansion et à la tendresse envers les personnes du sexe masculin.

Vers la fin de janvier éclata pour la seconde fois un accès hystérique d'une grande violence, qui s'accompagna d'excitation maniaque bien caractérisée. Cet accès se termina par l'apparition des règles, et le calme revint pendant les premiers jours de février. Ce fut alors qu'on songea à commencer un traitement sérieux.

La malade était assez pâle, les règles étaient peu abondantes, le pouls peu développé. Aussi, bien que l'auscultation du cœur et des gros vaisseaux ne révélât pas de bruit de souffle bien manifeste, on se décida à employer un traitement tonique, et on prescrivit du fer, du vin de quinquina et des bains sulfureux. Ces moyens furent employés avec persévérance pendant les mois de février et de mars, mais sans aucun succès. En février il survint un violent accès du 11 au 18, et les règles n'apparurent que vers le 24. En mars, l'accès, qui dura du 9 au 15, fut également suivi, le 23, de l'écoulement menstruel.

Ces deux accès, surtout le dernier, étaient d'une violence extraordinaire; pendant leur durée, la moindre excitation, le bruit des pas d'un homme amenaient des rires nerveux entrecoupés de pleurs et de sanglots, et suivis de convulsions hystériformes pendant lesquelles la malade, que six personnes ne pouvaient contenir, brisait tout ce qui lui tombait sous la main. Dans l'intervalle des convulsions, elle était en proie à une véritable excitation maniaque se traduisant surtout par des actes désordonnés dont elle avait jusqu'à un certain point conscience, sans pouvoir les maîtriser.

Tous ces phénomènes ne se manifestaient pas d'emblée dans toute leur violence; toujours on observait quelques jours de prodromes, pendant lesquels il y avait des lamentations, des redites incessantes et quelques manifestations érotiques; puis, quand l'accès était terminé, il restait un état nerveux variable selon les impressions du moment, et qui laissait parfois la malade dans un calme complet.

La santé générale était bonne, et toutes les fonctions s'exécutaient régulièrement. Il est bon de noter cependant qu'en pressant les deux seins on faisait sortir par le mamelon quelques gouttes d'un lait séreux.

L'insuffisance du traitement tonique, le caractère manifestement érotique de l'affection chez une malade vigoureusement constituée, dont le bassin avait une ampleur remarquable, engagèrent vers le milieu d'avril à pratiquer une saignée de 400 grammes, dont le caillot fut trouvé ferme et consistant.

Cette fois l'accès, au lieu de précéder les règles, survint en même temps qu'elles; il dura du 28 avril au 7 mai, et consista en rires, en convulsions hystériformes, mais en somme fut notablement moins intense.

Le 20 mai, une nouvelle saignée fut pratiquée. Les règles apparurent sans accident le 25; mais elles n'étaient pas encore terminées qu'on vit survenir les plaintes, les lamentations, puis bientôt après l'état hystérique avec excitation maniaque, qui dura deux jours seulement, du 29 au 31. Il n'y eut pas de convulsions.

Au milieu de juin, une troisième saignée fut faite; les règles apparurent le 23 sans douleur et sans incident notable : déjà elles avaient cessé de couler, et l'on espérait que cette fois l'accès allait manquer totalement, lorsque l'arrivée de la mère de la malade amena une émotion très-vive suivie immédiatement d'une rechute, du 2 au 6 juillet.

Ce fut alors qu'on se décida à employer la diète lactée (21 juillet); la malade était nourrie exclusivement de lait et d'un peu de pain, quatre ou cinq bols lui suffisaient chaque jour; on insista un peu moins sur les promenades et sur l'exercice, en se gardant toutefois de les supprimer totalement. Les règles apparurent le 26 juillet; elles durèrent quatre jours, et le 8 août, l'accès ayant complétement cessé, on supprima le lait, qui du reste avait été parfaitement supporté, et n'avait amené aucun trouble des fonctions digestives, sauf un peu de constipation.

Pendant tout le mois de juillet, la malade, qui avait repris son régime ordinaire, fut dans un parfait état de santé; peu à peu l'on vit disparaître les bizarreries de caractère, les impatiences que l'on remarquait encore les mois précédents, même pendant les périodes de rémission.

Cependant vers le 18 juillet, quelques jours avant l'époque présumée des règles, on crut prudent de reprendre la diète lactée; cette fois le régime fut moins bien supporté; des tiraillements d'estomac, de la faiblesse, un peu de pâleur du visage firent renoncer au traitement vers le 30 juillet. Les règles n'avaient pas encore paru, mais on apprit de la malade qu'en état de santé parfaite il y avait toujours cinq ou même six semaines d'intervalle entre deux époques menstruelles.

On cessa tout traitement; les règles revinrent dans les premiers jours d'août, et depuis trois mois la malade, parfaitement guérie, a pu reprendre la vie de famille et toutes ses habitudes sociales.

En résumé, dans ce fait plein d'intérêt, trois saignées avaient amené une amélioration notable. Les accès, qui d'abord précédaient les règles et étaient d'une intensité extrême, survinrent ensuite en même temps qu'elles, puis n'apparurent que lorsqu'elles avaient totalement cessé. Chacun d'eux allait en décroissant d'intensité, mais sans disparaître complétement, en sorte que la saignée semblait avoir donné tout ce qu'on était en droit d'attendre d'elle. C'est alors qu'on eut l'idée de recourir à la diète lactée, récemment préconisée par M. Baillarger au début des affections mentales aiguës.

Nourrir suffisamment la malade tout en retranchant de son alimentation les substances trop excitantes et trop toniques, c'était bien l'indication qui ressortait de la nature même de la maladie et du résultat heureux, bien qu'incomplet, fourni par les émissions sanguines. Le succès le plus complet a couronné cette tentative; et bien que ce fait soit isolé, il n'en conserve pas moins une valeur réelle. Il peut trouver son application dans des circonstances analogues, et c'est un nouveau service à ajouter à tous ceux que la diète lactée a déjà rendus à la thérapeutique.

DE LA MÉNINGITE RHUMATISMALE (1).

Par M. le Dr Thore fils.

En interrogeant les observations éparses dans les auteurs, en interrogeant surtout les souvenirs des praticiens un peu répandus, on arrive bien vite à recueillir une masse de faits assez considérables, qui prouvent que les accidents cérébraux se développent fréquemment dans le cours d'un rhumatisme aigu. C'est ainsi que M. Vigla a pu recueillir à la Maison municipale de santé cinq cas de ce genre, dans l'espace d'une année, sur 65 malades atteints de rhumatisme articulaire, soit une fois sur treize.

Cependant M. Cossy a cherché à déposséder le rhumatisme de l'influence directe qu'on a voulu lui accorder dans les cas de mort rapide qui surviennent dans son cours, et pense que ces accidents s'observent avec une égale fréquence dans la plupart des maladies aiguës.

On trouverait pourtant, dans le travail même de ce médecin des chiffres en contradiction évidente avec cette manière de voir.

Ainsi (*Archives*, 1854, t. Ier, p. 286), les deux observations terminées par une mort rapide et imprévue ont été recueillies sur 72 cas de rhumatisme articulaire aigu, y compris les plus légers comme les plus graves, qui ont été traités pendant quatre années, dans le service de M. Louis à l'hôpital Beaujon, *soit un sur trente-six.*

Plus loin (page 310), nous voyons que M. Louis a observé six cas de mort subite sur une masse de 450 sujets qui ont succombé à diverses affections dans l'espace de quatre années, soit 1 sur 75; ce qui constituerait une différence très-prononcée, et qui aurait plus de valeur encore si elle reposait sur des chiffres plus considérables.

Assurément, on a vu des morts imprévues survenir dans le cours ou même dans la convalescence d'affections aiguës; nous avons observé plusieurs cas de ce genre, surtout dans la pneumonie.

Mais il est, jusqu'à nouvel ordre, permis d'affirmer que le rhumatisme articulaire constitue une prédisposition incontestable, et que les faits que l'on s'occupe de recueillir avec soin rendront plus que jamais évidente.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 6 novembre.

M. Bourdon a insisté sur l'action du froid comme pouvant être la cause de cette funeste complication. Rien dans notre observation ne justifierait cette étiologie ; mais nous devons dire que dans l'autre fait recueilli par nous, le délire, précédé d'un violent frisson, s'est manifesté à la suite d'un changement de lit instamment réclamé par le malade, qui occupait une pièce humide et froide.

M. Vigla a insisté sur une condition qu'il considère comme plus importante, l'état moral du malade. Les faits qu'il cite autorisent fort cette manière de voir ; mais, dans notre observation, rien non plus qui vienne la justifier.

« Une dernière considération étiologique, dit M. Vigla (*loc. cit.*, » page 30), est relative à l'influence du traitement suivi par nos » malades. Tous les cinq avaient pris du sulfate de quinine. On » peut se demander si ce médicament a pu être la cause directe » des accidents cérébraux, ou si, en faisant disparaître les dou- » leurs articulaires, il n'a pas pu opérer rapidement ou lentement » un déplacement de la cause morbifique, une métastase.

» Ils n'avaient pas pris plus de 2 grammes de sel de quinine » dans les vingt-quatre heures : quelques-uns n'en faisaient plus » usage depuis plusieurs jours. Aucun d'eux n'a présenté les » symptômes bien connus de l'intoxication quinique.

» La première question est donc facile à résoudre. Il en est de » même de la seconde, quand on réfléchit que le rhumatisme ar- » ticulaire n'est pas devenu plus mortel depuis que l'on fait usage » de ce médicament, et qu'avant cette époque les accidents céré- » braux ont déjà été plus d'une fois observés. »

Il en conclut, en conséquence, que le sulfate de quinine a été sans influence sur la production des accidents cérébraux.

M. Cossy (*loc. cit.*, page 306) s'est posé la même question au sujet de l'azotate de potasse, qui a été administré à ses malades aux doses progressivement croissantes de 6, 12, 14 et 16 grammes par jour. Il a constaté qu'aucun d'eux n'a présenté les symptômes attribués par les toxicologistes au sel de potasse, et il en conclut que ce médicament doit être aussi mis hors de cause dans la question des accidents qui ont amené la mort chez les sujets dont il a rapporté l'histoire.

M. Bourdon (page 103) s'est demandé si le traitement du rhumatisme par les anesthésiques locaux, recommandés par M. Aran, ne pourrait pas agir comme le froid, en faisant cesser brusquement la fluxion articulaire, et en rendant ainsi plus faciles les migrations de la maladie vers les organes intérieurs. La coïncidence fréquente de pleurésies chez les malades soumis à ce traitement autoriserait cette supposition.

Les moyens thérapeutiques dirigés contre le rhumatisme chez notre malade ont été peu énergiques. Quelques embrocations huileuses et laudanisées, l'application de ouate ou de cataplasmes ont constitué tout le traitement. On y a ajouté, pour le soir, une pilule de 3 centigrammes d'extrait d'opium. Il n'y a pas là matière à procès. On ne pourra davantage incriminer l'application du vésicatoire volant et la saignée, réclamées par la complication pleurétique, bien que les accidents cérébraux se soient développés dans la même journée.

Reste enfin l'iodure de potassium, qui a fait aussi partie du traitement.

Ce médicament, préconisé par les médecins anglais Rees, Clendinning, et employé avec succès par MM. Bouyer, Aubrun, Herpin, etc., paraît être tombé dans un complet discrédit. D'après les conseils d'un médecin distingué de Montauban, notre ancien collègue dans les hôpitaux de Paris, M. Lasserre, nous l'avons essayé dans tous les cas de rhumatisme articulaire aigu que nous avons eu à traiter depuis quelques années, et nous avons toujours eu à nous applaudir d'avoir suivi sa pratique, qui repose sur près de 200 observations. Les nôtres sont moins nombreuses, mais elles sont assez multipliées pour fortifier notre confiance dans l'emploi de l'iodure de potassium. Jamais non plus nous n'avons constaté qu'à dose si faible il ait produit des accidents.

Nous le croyons aussi hors de cause dans le développement de la méningite chez notre rhumatisant.

Nous signalons, avec M. Bourdon, l'absence de la céphalalgie et des vomissements au début de cette grave complication, ce qui peut s'expliquer par la marche insolite de la méningite rhumatismale et la brusquerie de son invasion.

Mais nous avons noté un symptôme qui peut avoir son utilité et indiquerait l'invasion des méninges par le rhumatisme, savoir : l'apparition d'une douleur aiguë existant à la partie postérieure du cou et s'étendant du côté de l'occiput. Cette douleur, coïncidant avec la disparition de celles qui occupaient les jointures, et précédant de quelques heures l'invasion des désordres cérébraux, doit avoir une certaine importance, et devra être notée avec soin dans les observations qu'on pourra faire sur le sujet qui nous occupe.

Nous aurons à noter, avec M. Vigla, l'intensité des *sudamina*. Ce phénomène, si commun dans le rhumatisme, a été d'autant plus remarquable chez deux de ses malades, qu'il ne pouvait être imputé à l'élévation de la température. Nous avons fait la même remarque chez le nôtre. Jamais pareille éruption ne s'était offerte à nous, soit dans le rhumatisme aigu, soit dans la fièvre typhoïde, non-seulement sous le rapport de la confluence, mais aussi par le développement excessif des vésicules, qui, en se desséchant, ont donné plus tard à la peau un véritable aspect tigré.

Bien qu'il n'y ait point jusqu'à présent d'induction étiologique bien importante à tirer de ce phénomène, il a été trop accusé pour que nous puissions nous dispenser de le faire connaître.

Cinq jours après l'invasion du rhumatisme, on voit chez notre malade les douleurs articulaires diminuer brusquement et se supprimer tout à coup au bout de quelques heures, et aussitôt les accidents cérébraux se manifestent. A peine sont-ils en voie de diminution que l'on s'aperçoit que les genoux sont redevenus rouges et douloureux, avec une fluctuation très-marquée ; puis les poignets, les articulations des pieds, et., se prennent successivement.

Il y a donc eu ici métastase évidente, incontestable.

A ce propos, nous devons nous demander jusqu'à quel point l'appellation de méningite est justifiée ici.

En considérant l'instantanéité de l'invasion, ainsi que le brusque dénoûment des accidents cérébraux, la rapidité avec laquelle, après quelques heures de sommeil, le calme s'est rétabli, l'intelligence a repris sa netteté, il est bien permis de se demander s'il n'y a point eu une simple fluxion sur les méninges, et en tout analogue à celle qui se manifeste sur les séreuses articulaires.

Telle est l'opinion de M. Bourdon, telle est à peu près aussi celle de M. Hervez de Chégoin, qui comprend sous le nom de *rhumatisme cérébral* les graves complications dont nous venons de parler.

L'absence de la céphalalgie, des vomissements, des convulsions, de l'état comateux, prouvent que, s'il y a eu ici méningite, il s'agit évidemment d'une méningite de forme spéciale.

Remarquons, enfin, que l'épanchement pleurétique s'est manifesté brusquement, lorsque les articulations cessaient d'être douloureuses, et qu'il a disparu pendant l'invasion des accidents cérébraux, qu'aussitôt après leur cessation le rhumatisme articulaire a repris une marche très-régulière.

Nous devons d'autant plus nous applaudir de l'heureuse terminaison d'accidents si menaçants, que la mort est presque toujours la règle constante.

Seize cas recueillis dans un premier travail par M. Bourdon se sont tous terminés par la mort.

Dans les recherches plus étendues auxquelles il s'est livré depuis, il a trouvé 30 décès sur 39 malades.

On peut donc considérer le pronostic de ces complications comme étant d'une excessive gravité.

Doit-on attribuer au traitement mis en usage l'heureux résultat que nous avons obtenu ?

Ce traitement a été assez complexe :

Glace sur la tête, sinapismes et vésicatoires volants sur les principales articulations des membres supérieurs et inférieurs, ventouses scarifiées à la nuque, purgatifs, anti-spasmodiques, assa-fœtida, musc.

Il serait difficile de faire le départ rigoureux de ce qui revient à chacun des moyens employés : en admettant l'opinion d'une simple fluxion rhumatismale sur les méninges, il semblerait que la thérapeutique la plus rationnelle devrait consister à rappeler les douleurs brusquement disparues des jointures. C'est dans ce but que les vésicatoires et les sinapismes ont été employés avec une énergie telle que pendant plusieurs mois le malade s'est ressenti de la violente irritation qu'ils avaient déterminée à la peau. Nous n'hésitons point à leur donner une grande importance, sans contester l'utilité que les autres moyens ont pu avoir.

Nous ne pouvons encore abandonner cette intéressante question sans signaler une nouvelle complication du rhumatisme articulaire aigu signalée par M. le docteur Mesnet, ancien interne des hôpitaux de Paris, dans les *Archives de médecine* (juin 1856, page 711).

Un jeune homme âgé de vingt-trois ans, d'une constitution assez bonne, d'un tempérament nerveux, avait été fortement affecté de la perte d'une somme d'argent assez considérable. Il a une pleurésie gauche, des douleurs vives dans les lombes, dans les genoux, et plus tard dans d'autres articulations ; puis le délire se manifeste, se reproduisant par accès accompagnés d'agitation violente ; hallucinations de la vue et de l'ouïe ; mouvements choréiformes, surtout du côté droit du corps. Les bains, le sulfate de quinine, puis les toniques et les ferrugineux finissent par faire justice de tous ces accidents au bout de six semaines.

On pourrait, comme le propose M. Mesnet, donner à cet ensemble de symptômes le nom de *folie rhumatismale*. C'est un fait de plus à ajouter à l'histoire déjà si complexe des *métamorphoses* du rhumatisme.

ÉCLAMPSIE GRAVE AU NEUVIÈME MOIS DE LA GROSSESSE.

Incisions multiples au col de l'utérus. — Guérison.

Par M. le Dr A. Léniez, de Maubeuge (Nord).

Appelé dans le courant de mars dernier dans la commune d'Hautmont, arrondissement d'Avizon (Nord), par M. Mathieu, officier de santé, à propos d'un cas d'éclampsie qu'il avait reconnu chez la femme d'Hippolyte G... Je remarquai moi-même une série d'accès d'éclampsie, presque sans intermittences, pendant une demi-heure d'observation : muscles de la face grimaçant et se contractant convulsivement ; le globe de l'œil roulant dans son orbite, puis se fixant immobile ; bras tournés en pronation et agités de secousses ; respiration bruyante et irrégulière ; face et cou congestionnés ; écume sanguinolente à la bouche ; facultés intellectuelles et sensoriales abolies ; pouls plein, dur, à 80.

Nous employâmes d'abord les moyens usités : saignées, grands bains, affusions froides sur la tête, révulsifs aux extrémités, antispasmodiques.

La femme ne reprenait jamais connaissance. Nous résolûmes alors d'avoir recours aux incisions pratiquées sur le col, de préférence aux douches utérines, qui comptent cependant bon nombre de succès ; et cela, parce que les accès se répétaient presque sans interruption, qu'ils devenaient de plus en plus violents, et que par conséquent il n'y avait pas de temps à perdre. Nous n'avons pas adopté non plus la dilatation forcée, vu l'état du col, qui était effacé et admettait à peine l'extrémité du doigt.

Voici le procédé que nous avons suivi :

La femme étant placée sur une table, les quatre doigts de la main gauche furent introduits dans le vagin pour servir de guide à l'instrument tranchant, puis un bistouri droit, boutonné, dont la lame était couverte en partie par une bandelette agglutinative, fut glissé jusque dans la légère ouverture qui existait au col. Une première incision fut tentée sur le côté gauche de l'orifice, et de droite à gauche de la femme ; mais ce ne fut qu'avec beaucoup de difficultés qu'on y parvint, à cause de la mobilité et de la mollesse des parties. Les eaux s'écoulèrent aussitôt. Cette première incision permettant l'entrée du doigt entier dans l'orifice utérin, on en pratiqua quatre autres qui furent faites dans des directions opposées ; alors il fut possible, la tête se présentant au détroit supérieur, de terminer l'accouchement par une application du forceps.

Le fœtus, qui était mort, paraissait celui d'un enfant à terme. La délivrance s'opéra naturellement au bout de dix minutes.

Les accès ne se reproduisirent plus ; mais la femme resta plongée dans une somnolence profonde jusqu'au lendemain matin, où elle se réveilla complétement, sans conserver aucun souvenir de ce qui s'était passé.

Nous nous faisons un devoir de rappeler au lecteur que dans un cas analogue, M. le docteur du Beule a opéré, il y a quelques années, d'une manière identique, et qu'il a obtenu le même résultat.

NOTE SUR LA SYNCOPE CHEZ LES VIEILLARDS ;

Par M. Michel (Jules), interne à l'hospice de Bicêtre.

Le phénomène de la syncope a été peu étudié jusqu'ici au point de vue spécial de la pathologie des vieillards. On trouve à peine quelques mots dans les traités des maladies de la vieillesse, et pourtant rien n'est plus fréquent que cet accident.

Dans un remarquable article du journal anglais *the Lancet*, M. le docteur Higginbottom en indiquait avec beaucoup de soin les causes principales, et cherchait à distinguer la syncope de quelques formes de congestion du cerveau. Le résumé de ce travail a paru dans le *Journal des connaissances médicales*.

Attaché comme interne au service de médecine de l'infirmerie de Bicêtre, j'ai pu vérifier journellement l'exactitude de la plupart des assertions du médecin anglais. Voici d'ailleurs ce qu'on observe le plus généralement dans les cas de syncope chez les vieillards à Bicêtre.

Le plus souvent il y a peu ou point de prodrômes, contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, où dans la plupart des cas la syncope est annoncée par un état de malaise, des vertiges, des tintements d'oreille, etc. (Grisolle, *Pathologie interne*, tome II, page 732).

Le vieillard frappé de syncope perd subitement connaissance et trouve à peine le temps de s'asseoir. Souvent même il tombe assez lourdement pour qu'une contusion assez grave soit la conséquence de cette chute. La face devient d'une extrême pâleur, ainsi que les lèvres ; les extrémités sont froides. La sueur, qui survient assez fréquemment chez les adultes, manque généralement chez le vieillard. En revanche, rien n'est plus commun que l'évacuation involontaire des urines et des fèces.

Relativement aux troubles nerveux et cardiaques, il y a, comme chez l'adulte, deux degrés : lipothymie, syncope complète. La première paraît un peu plus fréquente. La syncope proprement dite est loin d'être rare cependant. — La perte du mouvement est ici bien différente de celle observée dans la plupart des affections cérébrales ; elle consiste dans un simple relâchement du système musculaire, phénomène très-peu durable. — Dans aucun cas le cœur n'a cessé complétement de battre.

La doctrine de Copland, soutenue par Récamier, et développée avec talent par M. Bouchut plus récemment, trouve donc sa justification pleine et entière en ce qui concerne la syncope sénile.

Il est une forme de syncope sénile particulière à certains vieillards ; c'est celle qu'on pourrait appeler périodique. On peut voir en ce moment à l'hospice de Bicêtre un vieillard, d'une très-bonne santé d'ailleurs, et qui, à des intervalles plus ou moins rapprochés, toutes les six semaines environ, perd subitement connaissance, la face pâlit, le cœur cesse presque de battre. Le malade est un instant dans un état très-voisin de la mort ; puis, après quelques minutes, il revient à lui et assure avoir éprouvé un malaise profond. Il passe ainsi à l'infirmerie le reste de la journée, puis le lendemain retourne bien portant dans sa division.

Terminaisons. — La disparition des phénomènes est moins rapide que chez l'adulte. La plupart des sujets restent faibles pendant deux ou trois jours. Aucun de ceux que j'ai interrogés ne m'a dit avoir éprouvé cette sensation de bien-être qui succède à la syncope, dont parlent tous les livres classiques, et que Pascal, Montaigne, J. J. Rousseau et beaucoup d'autres auteurs ont décrite. Le pronostic est naturellement beaucoup plus grave que chez l'adulte. Peut-être même ne serait-il pas difficile de prouver par des faits que chez le vieillard certaines congestions, le coup de sang, par exemple, a moins de gravité qu'une syncope complète ? Quant à la mortalité, d'après un relevé de six mois, un tiers des sujets sur lesquels l'anatomie pathologique n'a pu expliquer la mort que

par syncope, étaient morts avant d'avoir pu être transportés à l'infirmerie.

Le diagnostic est parfois difficile. La congestion, certains états épileptiformes, l'indigestion, sont les affections qui le plus souvent exposent à l'erreur. Dans la syncope, on n'observe jamais cette stupeur de la face si particulière aux affections cérébrales, et sur laquelle M. Durand-Fardel a tant insisté.

Quant aux convulsions qui suivent la syncope proprement dite, elles nous ont paru appartenir moins à la syncope simple qu'à la congestion ou qu'à une de ces formes d'épilepsie qu'on voit quelquefois chez les vieillards. La syncope périodique devra être distinguée avec soin de ces attaques épileptiformes qui se révèlent souvent par une simple perte de connaissance et une insensibilité momentanée, mais complète, aux agents extérieurs. Les antécédents sont précieux dans ce dernier cas, comme aussi dans le cas de simple indigestion, où les signes ordinaires mettent d'ailleurs ordinairement sur la voie.

Si l'on considère l'étiologie de la syncope sénile, on verra qu'elle n'est pas constamment la conséquence d'une affection nerveuse ou cardiaque, ainsi que cela a lieu si souvent chez les adultes. On la rencontre fréquemment chez des individus avancés en âge, affaiblis par des excès. Chez le vieillard, les anémiés y paraissent plus sujets que les pléthoriques; les deux états opposés amènent la syncope chez l'adulte. Rarement chez les vieillards de l'infirmerie ou des divisions, la syncope a été notée à la suite de la saignée. En six mois, ce fait s'est produit cinq fois seulement dans le service du médecin.

Dans ce dernier cas, la syncope a été rarement complète, et constamment bénigne.

Les émotions morales, qui causent si souvent la syncope chez l'adulte, semblent amener plus facilement la congestion chez les vieillards. Il en est de même de la chaleur.

Dans son intéressant article, M. Higginbottom attribue presque constamment la syncope sénile à l'irritation de l'estomac par des aliments mal triturés. Peut-être cette affirmation a-t-elle l'inconvénient toutefois d'être un peu trop exclusive. On peut voir, dans cette note très-abrégée, que, comme pour l'adulte, les causes sont multiples. Le cas du duc de Wellington, cité par le médecin britannique, était-il une simple syncope, et non une de ces indigestions communes et si graves chez les vieillards, et bien distinctes pourtant, soit de la syncope, soit de la congestion qu'elles peuvent manifestement provoquer? Un fait qu'il est nécessaire de rappeler à propos de l'étiologie de la syncope, c'est qu'il n'est pas absolument rare de voir chez les vieillards une congestion souvent grave suivre la syncope après quelques heures.

L'anatomie pathologique n'a rien constaté jusqu'ici de bien spécial aux vieillards; seulement elle confirme l'idée que chez eux la syncope survient souvent sans indigestion, sans trouble fonctionnel ou pathologique appréciable de l'estomac.

Pour ce qui concerne le traitement, M. Higginbottom préconise énergiquement les vomitifs. On sait l'admirable efficacité de ces médicaments chez le vieillard. Mais doivent-ils être employés constamment, indistinctement dans toutes les syncopes séniles? Ne devrait-on pas les réserver au cas particulier si bien décrit par ce médecin distingué, et où il s'agit d'une syncope par indigestion? En mettant de côté les difficultés du diagnostic, peut-il être facile même de les administrer dans tous les cas? Il y a plus, ainsi que le fait remarquer l'auteur de l'article du *Journal des connaissances médicales*, on doit se rappeler que la congestion peut être provoquée par le vomitif même habilement administré.

Sans m'étendre davantage sur le traitement de la syncope sénile, je crois devoir ajouter que plusieurs fois chez nos vieillards de Bicêtre, j'ai pu suivre les heureux résultats d'une très-petite saignée générale faite sur les sujets capables de la supporter, quelques heures après la syncope. (*Jour. des conn. méd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 novembre 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Propriétés des systèmes musculaire et nerveux. — M. Cl. Bernard, à l'occasion de la communication que M. Kölliker a faite à l'Académie dans la dernière séance, lit un travail ayant pour titre: *Analyse physiologique des propriétés des systèmes musculaire et nerveux au moyen du curare.* Après avoir rappelé ses expériences sur le curare, ainsi que les conclusions auxquelles il a été conduit par l'étude de cette substance, conclusions qui se résumaient en ces termes: « La contractilité musculaire est entièrement distincte et indépendante de la propriété nerveuse qui la met en jeu », M. Bernard expose en ces termes la suite de ses recherches sur ce sujet:

En poursuivant ces recherches, un autre fait nouveau s'offrit à mon observation: je vis que le membre qui n'avait pas reçu de curare restait parfaitement sensible, et que l'on y déterminait toujours des mouvements réflexes en le pinçant; mais ce qui était plus remarquable encore, c'est que, en excitant la peau des autres parties du corps où avait pénétré le poison, on voyait de même des mouvements réflexes se produire uniquement dans le membre non empoisonné.

Il était évident que ces derniers mouvements réflexes dans le membre sain, par irritation des parties empoisonnées, devaient être transmis par les nerfs sensitifs restés intacts; ce qui me porta à penser que le curare n'avait anéanti que les propriétés des nerfs moteurs en laissant subsister celles des nerfs sensitifs, et que, si l'on n'obtient pas de mouvement réflexe en pinçant la peau quand l'animal est totalement empoisonné, cela ne prouve pas que l'animal soit insensible, mais seulement que les nerfs moteurs sont partout devenus impropres à réagir sur les muscles par l'excitation sensitive réflexe aussi bien que sous l'influence de la volonté. L'impuissance à se mouvoir peut, en effet, reconnaître deux causes: 1° un animal n'exécutera pas de mouvements parce qu'il n'y est pas poussé, et parce que ni la volonté ni aucune sensation transmise par les nerfs ne l'y détermine: c'est alors une immobilité par paralysie des nerfs sensitifs; 2° l'animal pourra encore rester sans mouvement, bien qu'il ait la volonté de se mouvoir, ou qu'il y soit poussé par une sensation venue du dehors: c'est lorsque les nerfs sont impuissants à transmettre aux muscles l'influence motrice; on a, dans ce cas, une immobilité par paralysie des nerfs moteurs.

C'est de cette dernière façon qu'agit le curare. On peut déjà s'en convaincre en observant les phénomènes de l'empoisonnement sur des mammifères élevés, sur des chiens, par exemple. On voit que les membres refusent d'obéir à la volonté bien avant que les sensations et l'intelligence soient perdues. Lorsqu'on appelle un chien dont les membres sont déjà paralysés, on reconnaît d'une manière évidente par des mouvements de certaines parties, tels que ceux de la queue et des yeux, qui résistent plus longtemps à l'action du poison, que l'animal entend, sans qu'il puisse cependant exécuter des mouvements pour venir vers la personne qui parle.

Mais j'ai démontré directement cette propriété singulière du curare d'éteindre les propriétés nerveuses des nerfs moteurs tout en conservant celle des nerfs sensitifs par l'expérience suivante:

Sur une grenouille, je pratique une incision au bas du dos pour isoler les nerfs lombaires. Je passe ensuite au-dessous d'eux une ligature avec laquelle je serre tout le corps de l'animal, moins les nerfs lombaires, qui se trouvent ménagés. De cette manière, la moitié antérieure de la grenouille ne communique plus avec la moitié postérieure que par les nerfs lombaires, car la ligature a étreint l'aorte et tous les vaisseaux sanguins. J'empoisonne alors l'animal en plaçant un peu de curare sous la peau du dos, près de la tête, et peu à peu toute la moitié du corps au-dessus de la ligature éprouve les effets toxiques et devient immobile. Mais si l'on pince la peau dans cette partie, on détermine aussitôt dans le train postérieur des mouvements qui quelquefois sont assez violents pour que la grenouille exécute l'action de sauter en poussant au-devant d'elle la moitié antérieure de son corps empoisonnée et inerte.

De cette deuxième série d'expériences, j'ai conclu que le curare effectue une analyse physiologique qui ne se borne pas à isoler les propriétés du système musculaire. Elle sépare encore comme distinctes les propriétés des nerfs moteurs et sensitifs, puisqu'on voit qu'elle conserve les propriétés des nerfs sensitifs et anéantit celle des nerfs moteurs. Le curare agit sur le système nerveux moteur de la vie de relation plus vite que sur le système nerveux de la vie organique ou sympathique. Mais il finit aussi par atteindre ce dernier lorsque l'empoisonnement est complet, et j'ai vu qu'il n'est plus possible alors, par exemple, d'arrêter le cœur par la galvanisation du nerf vague. Enfin, j'ai constaté que cette action du curare s'exerce sur les nerfs moteurs de manière à les anéantir en procédant de la périphérie au centre, ce qui est l'inverse de la paralysie ordinaire de ces nerfs.

Les expériences de M. Kölliker sont donc tout à fait concordantes avec les miennes. Il est évident que M. Kölliker ne connaissait pas mes dernières recherches sur le curare, de sorte que la coïncidence des résultats que nous avons obtenus est une garantie de plus de leur exactitude.

En terminant, j'appellerai surtout l'attention des physiologistes sur cette espèce d'analyse physiologique des systèmes organiques qu'on peut effectuer à l'aide des agents toxiques. J'ai développé cette idée dans mon cours au collége de France, où j'ai étudié à ce même point de vue d'autres substances, telles que la strychnine, le sulfo-cyanure de potassium, l'oxyde de carbone, etc., qui agissent non pas sur des organes, mais sur des systèmes organiques, comme, par exemple, le système nerveux moteur ou sensitif, le système musculaire, les globules du sang, etc. Ces substances ainsi considérées sont de véritables réactifs de la vie qui, portés par le torrent de la circulation dans tous les points de l'organisme, exercent leur action sur certains tissus, les isolent et amènent la mort par un mécanisme qui désigne le rôle physiologique du tissu qui se trouve atteint. Avec ces agents on peut étudier, non pas la mort des organes, comme l'a fait Bichat, mais la mort des systèmes organiques. Cette étude offre un haut intérêt au point de vue de la physiologie générale.

Présence du fluor dans le sang. — M. J. Nicklès communique sur ce sujet la note suivante:

Par suite de considérations que j'aurai prochainement l'honneur de soumettre à l'Académie, j'ai été conduit à vérifier cette assertion, tant contestée, de la présence du *fluor dans les os*. Mes expériences ayant été affirmatives, j'ai recherché le fluor dans le sang, seule voie par où il ait pu arriver jusqu'au tissu osseux. J'y en ai trouvé de notables proportions, non pas seulement dans le sang humain, mais encore dans celui de plusieurs mammifères (porc, mouton, bœuf, chien), et de plusieurs oiseaux (dindon, canard, oie, poulet).

Des résultats si concordants me semblent donner au fluor une importance qu'il n'a pas eue jusqu'à ce jour en médecine ou en physiologie; ils infirment évidemment cette opinion de Berzélius, suivant laquelle la présence du fluor dans les os est purement accidentelle, et qu'en tout cas elle n'est pas nécessaire.

S'il fallait d'autres preuves en faveur de la nécessité de réviser le jugement de l'illustre chimiste, on les trouverait dans les faits suivants: il y a du fluor dans la bile, il y en a dans l'albumine de l'œuf, il y en a dans la gélatine, il y en a dans la salive, dans l'urine, dans les cheveux; il y en a dans les poils d'animaux (bœuf, vache et veau); en un mot, l'organisme animal est pénétré de fluor: on peut s'attendre à le trouver dans tous les liquides qui l'imprègnent.

Dans un prochain travail, je ferai connaître les procédés très-simples à l'aide desquels j'ai pu reconnaître la présence du fluor dans toutes ces matières. Pour le moment, je dois me borner à prendre date et à prier l'Académie de me donner acte de cette communication.

Épidémies. — M. Millon adresse pour le concours des prix de médecine et de chirurgie une série de mémoires ayant les titres suivants: *Souvenirs sur l'influence cholérique qui a régné à Revel en 1835; Choléra de Revel en 1854; Recherches sur la variole épidémique qui a régné à Revel en 1855 et sur la vaccine*, 1re et 2e parties, *Essai sur la variole qui a régné à Revel en 1855.* Ces trois derniers fascicules sont accompagnés chacun d'un atlas colorié. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. Painchaud, médecin à Québec, adresse pour le concours du prix Bréant une note concernant le *choléra-morbus, son traitement et son mode de propagation.* (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale pour ce concours.)

On trouve dans un mémoire de M. Bérenguier, chirurgien de 1re classe de la marine, chef du service de santé à Gorée (côte occidentale d'Afrique), sur les maladies observées pendant le second trimestre de 1856, les renseignements suivants, qui peuvent être de quelque utilité pour l'histoire des maladies dont les nègres sont susceptibles d'être atteints:

« Parmi les indigènes qui figurent sur le tableau nécrologique, je citerai:

» 1° Comme exemple de la marche quelquefois rapide de la phthisie pulmonaire dans les pays chauds, un Kroumann d'une constitution forte et vigoureuse, remarquable par le développement de son système musculaire, qui mourut après dix-sept jours seulement de maladie. Les deux poumons furent trouvés entièrement farcis de tubercules, tous à l'état de suppuration, et le tissu intermédiaire vivement congestionné;

» 2° Un noir indigent, parvenu à l'âge de cinquante ans environ, qui a succombé à un abcès du foie;

» 3° Enfin, un jeune noir âgé de dix ans, qui fut enlevé par un tétanos spontané, dix heures après avoir été transporté à l'hôpital. L'invasion de la maladie ne datait que de la veille. L'examen le plus attentif ne put faire découvrir aucune trace de blessure ni de piqûre sur le corps de cet enfant. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

D'importantes mesures viennent d'être prises pour l'organisation de l'agrégation dans la Faculté de médecine de Paris. Le rétablissement du stage et la création de trois places nouvelles, obligeaient à maintenir en exercice la promotion de 1848 et à pourvoir aux places nouvellement créées par le concours ou par nomination directe. Le principe de la nomination directe a prévalu. MM. Gosselin, Tardieu, Béclard et Barth ont été nommés. MM. Béclard, Jarjavay, Vigla et Hardy ont été désignés pour suppléer les professeurs empêchés de faire leur cours.

Nous publierons dans le prochain numéro les arrêtés ministériels qui consacrent ce nouvel état de choses.

— On lit dans le *Moniteur de l'armée*:

« A la revue passée par l'Empereur le 18 octobre, dans la plaine de Satory, M. Becquey-Beaupré, colonel du 1er carabiniers, présenta à Sa Majesté M. Lapère, médecin de ce régiment, qui ne compte pas moins de 73 ans de service (38 ans de services effectifs, 16 ans d'Afrique, 2 campagnes en Espagne, 1 en Belgique), et qui va prendre sa retraite. L'Empereur détacha de la poitrine du général Fleury la croix d'officier de la Légion d'honneur et la remit lui-même à M. Lapère, dont l'émotion fut partagée par tous les témoins de cette scène touchante.

— Dans la dernière séance de l'Académie de médecine de Bruxelles, M. le docteur Marinus a prononcé l'éloge de M. le professeur Lavacherie (de Liége). Ce n'est point un travail de critique, mais une œuvre de sentiment. On voit que M. Marinus a connu intimement l'homme dont il rappelle le souvenir; on voit qu'il a su apprécier et l'élévation de l'esprit et la générosité du cœur du savant que la Faculté de Liége regrettera longtemps encore.

— La prochaine séance de la Société médicale du XIIe arrondissement aura lieu demain 12 novembre, à huit heures du soir, à la mairie, place du Panthéon.

Ordre du jour. — 1° Continuation de la discussion sur les maladies mentales. — 2° Etat actuel de la jurisprudence sur les faits de communication de la syphilis par les nourrissons à leurs nourrices; par M. Guérin, avocat à la cour d'appel. — 3° Communication d'un travail sur la nature du suc de réglisse du commerce, par M. Dublanc. — 4° Communications diverses.

Les membres des autres sociétés médicales sont invités aux séances, qui ont lieu le deuxième mercredi de chaque mois.

— Il y a maintenant en France quatorze stations où se font des observations météorologiques que le télégraphe apporte tous les matins au gouvernement et à l'Observatoire; ces stations sont à Dunkerque, Mézières, Strasbourg, Tonnerre, Paris, le Havre, Brest, Napoléon-Vendée, Limoges, Montauban, Bayonne, Avignon, Lyon et Besançon.

— Une statue allégorique, représentant *la Pharmacie*, vient d'être placée au Cercle artistique et littéraire de Bruxelles. Elle est due au ciseau de M. Aug. Van den Kerkhoven.

— M. Alessandro Riberi, professeur de médecine opératoire à l'Université de Turin, a institué un prix de 600 fr. à accorder à l'élève de sixième année qui aura obtenu le plus grand nombre de points dans ses examens pendant tout le cours de ses études. A égalité de points, le prix sera donné à l'élève le moins riche.

— La section médicale de la Société d'encouragement pour les sciences, lettres et arts de Milan, a accepté d'*un médecin italien établi en Orient* l'offre d'un prix de 1,000 fr. à accorder à l'auteur du meilleur mémoire sur les *névralgies brachiales*. Etablir le diagnostic différentiel des névralgies dans divers troncs nerveux, et insister spécialement sur le traitement. Distinguer la névrite de la névrose. Les mémoires, écrits en italien, en français ou en latin, devront être adressés à la section médicale de la Société, avant le 30 septembre 1857.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 133. — JEUDI 13 NOVEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 133. — JEUDI 13 NOVEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Arrêté relatif à l'organisation des agrégés de la Faculté de médecine de Paris. — HÔPITAL SAINT-ANTOINE (M. Aran). Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 11 novembre. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 12 NOVEMBRE 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur les kystes ovariques a continué, elle a continué avec le caractère qu'elle a pris presque dès son origine, et qui nous avait déjà fait dire que l'Académie peu préparée à l'examen de cette question, avait besoin de se recueillir ; c'est-à-dire qu'au lieu de s'aider de simples souvenirs et de se livrer aux hasards de l'improvisation, les orateurs apportent successivement à la tribune de vrais mémoires bel et bien élaborés, où de studieuses recherches anatomo-pathologiques et les compulsations les plus scrupuleuses des annales de l'art viennent en aide à une expérience personnelle souvent insuffisante et aux hésitations d'une opinion encore flottante ou mal affermie. Il en résulte que les séances de l'Académie ressemblent en ce moment plutôt à un concours, dans lequel chaque compétiteur vient à son tour lire sa *copie*, qu'à une véritable discussion académique, où les orateurs diraient simplement ce qu'ils ont vu et ce qu'ils ont fait. Cette absence de spontanéité dans le débat, jointe à la monotonie inévitable des longues lectures, enlève, pour l'assistance, quelque chose à l'intérêt actuel de ces séances; mais cet inconvénient, si c'en est un, est largement compensé à nos yeux par l'importance du résultat qu'aura cette discussion, et par l'influence qu'elle devra exercer sur l'esprit des praticiens, en raison même de ce qu'elle aura été plus laborieuse et plus approfondie dans tous ses points. Les deux discours prononcés hier par MM. Robert et Huguier suffiraient à eux seuls pour justifier ce que nous venons de dire. Le défaut d'espace ne nous permet pas d'en faire ici une appréciation spéciale, qui rentrera d'ailleurs dans l'appréciation générale qui sera faite plus tard de l'ensemble de cette discussion. Nous devons prévenir aussi que, par suite de la même nécessité, nous avons dû faire subir quelques coupures à ces deux argumentations, comme nous l'avions fait d'ailleurs pour les précédentes. Nous nous réservons, du reste, de publier séparément et à titre de documents annexés à la discussion, les faits cités à l'appui des opinions et des assertions émises par les différents orateurs. — D Brochin.

ARRÊTÉ RELATIF A L'ORGANISATION DES AGRÉGÉS DE LA FACULTÉ DE PARIS.

Le ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu le statut du 20 décembre 1855 sur l'agrégation des Facultés ;

Vu l'article 2 de l'arrêté du 7 mars 1856, par lequel un concours est ouvert à Paris, le 2 janvier 1857, pour neuf places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris ;

Vu la circulaire du 26 août 1856, qui répartit ces neuf places d'agrégés stagiaires de la manière suivante :

IIIe SECTION.	Médecine proprement dite. . .	5 places.
IVe SECTION.	Chirurgie proprement dite. . .	3 —
	Accouchements.	1 —

Considérant que dans l'état actuel des choses, la Faculté de médecine de Paris possède dans la troisième section, pour la médecine proprement dite, un agrégé de plus qu'il n'y a de chaires, et dans la quatrième section, pour la chirurgie, un agrégé de moins qu'il n'y a de chaires ;

Considérant que cette situation est contraire à l'économie du statut du 20 décembre 1855 sur l'agrégation des Facultés, et qu'il importe, pour qu'elle ne puisse se prolonger, que le nombre des places d'agrégés stagiaires mises au concours par l'arrêté du 7 mars 1856 soit modifié, non dans son chiffre total, mais dans les chiffres suivant lesquels les places sont réparties entre la médecine proprement dite et la chirurgie proprement dite,

Arrête :

Dans le concours ouvert à Paris le 2 janvier 1857 pour neuf places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris :

1° *Quatre* places seulement, au lieu de *cinq*, seront affectées à la médecine proprement dite ;

2° *Quatre* places, au lieu de *trois*, seront affectées à la chirurgie proprement dite.

Fait à Paris, le 7 novembre 1856. ROULAND.

Le ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'article 2 du statut du 20 décembre 1855 sur l'agrégation des Facultés,

Arrête:

Art. 1er. Sont maintenus pour trois ans dans leurs fonctions, près la Faculté de médecine de Paris, les agrégés en activité dont les noms suivent et dont le temps d'exercice expire dans la présente année :

MM. Robin.	4re sect.	MM. Hardy.	3e sect.
Regnault.	2e sect.	Richet.	4e sect.
Orfila.	id.	Jarjavay.	id.
Vigla.	3e sect.	Sappey.	id.
Becquerel.	id.	Depaul.	id.
Guéneau de Mussy.	id.		

Art. 2. M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 7 novembre 1856. ROULAND

Le ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'article 2 du statut du 20 décembre 1855 sur l'agrégation des Facultés,

Arrête :

Art. 1er. Sont rappelés à l'activité près la Faculté de médecine de Paris les agrégés libres dont les noms suivent, savoir :

1° Pour trois ans, MM. Béclard (1re section, anatomie et physiologie), Gosselin (4e section, chirurgie) ;

2° Pour six ans, MM. Barth (3e section, anatomie pathologique), Tardieu (3e section, médecine légale).

Art. 2. M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 7 novembre 1856. ROULAND.

Le ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'art. 43 du statut du 20 décembre 1855 sur l'agrégation des Facultés,

Arrête :

Art. 1er. Les vingt-six agrégés actuellement en exercice près la Faculté de médecine de Paris sont répartis ainsi qu'il suit dans les quatre sections :

Ire SECTION. — *Sciences anatomiques et physiologiques.*

Anatomie et physiologie : MM. Verneuil et Béclard.
Histoire naturelle : M. Robin.

IIe SECTION. — *Sciences physiques.*

Physique : M. Regnault.
Chimie : M. Leconte.
Pharmacie et toxicologie : M. Orfila.

IIIe SECTION. — *Médecine proprement dite et médecine légale.*

Pathologie interne, clinique interne, pathologie générale, matière médicale et thérapeutique, hygiène : MM. Vigla, Becquerel, Guéneau de Mussy, Hardy, Aran, Bouchut, Delpech, Gubler, Lasègue.
Anatomie pathologique : M. Barth.
Médecine légale : M. Tardieu.

IVe SECTION. — *Chirurgie et accouchements.*

Chirurgie : MM. Gosselin, Richet, Jarjavay, Sappey, Broca, Follin et Richard.
Accouchements : MM. Depaul et Pajot.

Art. 2. M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 7 novembre 1856. ROULAND.

Le ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu le décret du 9 mars 1852 ;

Arrête :

Art. 1er. M. Jarjavay, agrégé, est chargé pendant la présente année scolaire du cours d'anatomie près la Faculté de médecine de Paris ;

M. Béclard, agrégé, est chargé pendant la présente année scolaire du cours de physiologie près la même Faculté pendant l'absence de M. Bérard, professeur titulaire empêché ;

M. Vigla, agrégé, est chargé pendant la présente année scolaire du cours de clinique médicale près la même Faculté pendant l'absence de M. Rostan, professeur titulaire empêché ;

M. Hardy, agrégé, est chargé pendant la présente année scolaire du cours de pathologie et de thérapeutique générales près la même Faculté pendant l'absence de M. Andral, professeur titulaire empêché.

Art. 2. M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 7 novembre 1856. ROULAND.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. ARAN.

Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus.

(Recueillies et rédigées par M. RABAUD, interne du service.)

DES ABAISSEMENTS DE L'UTÉRUS. — TRAITEMENT DES ABAISSEMENTS, DES DÉVIATIONS ET DES FLEXIONS DE L'UTÉRUS.

Les inclinaisons et les flexions de l'utérus nous ont principalement occupé dans la dernière leçon. Je veux aujourd'hui, avant d'aborder le traitement de ces affections, vous présenter quelques remarques sur les abaissements proprement dits de l'organe utérin, affection très-commune, ainsi que vous avez pu en juger par les chiffres que je vous ai donnés, et plus importante encore que commune, parce qu'elle joue probablement le principal rôle dans les phénomènes morbides éprouvés par les femmes qui présentent des inflexions ou des inclinaisons.

On admet généralement, vous le savez, trois degrés dans l'abaissement de l'utérus :

1° L'abaissement léger ;

2° L'abaissement jusqu'à l'orifice vulvaire ;

3° La chute ou prolapsus de l'utérus, dans laquelle l'utérus s'engage plus ou moins à travers cet orifice.

Pour ma part, je ne puis admettre cette division, qui a le tort de faire considérer la chute de l'utérus comme la conséquence inévitable de l'abaissement porté très-loin. Il peut se faire cependant qu'avec un abaissement extrême la chute ou prolapsus soit impossible. Pour que l'abaissement conduise à la sortie complète de l'utérus, il faut que l'utérus soit couché dans la concavité du sacrum. Que si, au contraire, l'utérus, même très-abaissé, reste dans l'axe du grand bassin, et à plus forte raison s'il exagère cette dernière situation, jamais il ne franchira l'orifice vulvaire, à moins qu'il ne soit pas suffisamment soutenu par le plancher périnéal, à moins qu'il n'existe, par exemple, une grande déchirure du périnée.

Au point de vue pratique, il n'y a donc qu'une seule distinction importante à faire dans les abaissements de l'utérus, laquelle entraîne avec elle des conséquences thérapeutiques, c'est la distinction entre ;

1° Les abaissements dans lesquels l'utérus ne franchit pas l'orifice vulvaire ;

2° Les abaissements dans lesquels l'utérus a franchi la vulve.

Dans le mécanisme de ces derniers abaissements, il y a une chose vraiment curieuse à étudier, c'est celle-ci : Comment peut-il se faire que l'utérus, naturellement en anti-courbure et situé dans l'axe du grand bassin, s'incline en arrière dans l'axe du petit bassin, pour franchir l'orifice vulvaire ? Pour s'en rendre compte, il faut bien revenir sur les moyens de suspension de l'utérus.

On a généralement l'habitude de ne considérer les ligaments ronds et larges que comme des moyens de suspension très-lâches de l'utérus, qui permettent à cet organe de s'incliner dans le sens de la pesanteur, suivant que la femme est couchée de tel ou tel côté. C'est qu'on n'a eu l'occasion d'examiner que des femmes qui ont eu des enfants, et dont les ligaments ont été tiraillés, allongés. Chez les femmes qui n'ont point eu de couches, l'utérus est bien maintenu dans sa situation par ses ligaments. Il faut donc, pour que l'utérus puisse être attiré en dehors, que ces ligaments aient perdu leur élasticité, leur résistance. Il faut encore que la vessie, qui adhère si intimement à l'utérus, cède à son tour et se laisse entraîner, au moins dans sa paroi postérieure. Il faut en outre que les ligaments utéro-sacrés, dont le raccourcissement morbide cause souvent les inclinaisons de l'utérus, aient perdu toute leur élasticité et leur résistance.

Si à ces deux conditions se joint un relâchement du vagin, il y a de grandes chances pour qu'on ait affaire à un abaissement. Or il faut peu de chose pour faire perdre au vagin sa contractilité ; le

seul fait de la grossesse, d'accouchements répétés ou laborieux, de congestions fréquentes vers les organes génitaux, de leucorrhées abondantes, suffisent pour amener ce relâchement.

La cause efficiente de la chute de l'utérus est généralement un effort ou une chute sur le siége ; mais déjà l'abaissement était préparé de longue main par le relâchement du ligament, lorsqu'il a été produit par l'une ou l'autre de ces causes.

Le prolapsus est facile à constater : le col de l'utérus pend entre les cuisses, ou bien on l'aperçoit en écartant les lèvres de la vulve; mais c'est surtout lorsque l'abaissement commence, qu'il est utile de le reconnaître. Or, à cette époque, elle produit ordinairement des phénomènes tout particuliers et assez caractéristiques : de la pesanteur sur le siége ; la sensation d'un corps qui, pesant sur le périnée, fait effort pour s'échapper au dehors ; un mouvement brusque, un saut, une chute se traduisent immédiatement par un choc plus ou moins violent à la région vésicale ou périnéale. Dans les premiers temps de la maladie, les femmes ont des envies continuelles d'aller à la garde-robe, sensation trompeuse qui fait place à de la difficulté et de la douleur pendant la défécation ; la miction est également douloureuse, cuisante. Un phénomène presque constant, c'est la leucorrhée, s'accompagnant de menstruations plus fréquentes et quelquefois très-abondantes.

Parmi les phénomènes généraux, il en est un qui domine tous les autres ; c'est une sensation de tiraillement à la région stomacale, de défaillance, un besoin incessant de manger, que l'ingestion des aliments ne fait disparaître que pour un temps très-court.

Plus tard, les malades présentent tous les symptômes des affections utérines, que vous connaissez déjà : pâleur, maigreur, etc.

Lorsque l'utérus a franchi l'orifice vulvaire, il se produit des phénomènes remarquables que je ne puis que vous esquisser en quelques mots : le col éprouve un développement morbide par le seul fait du manque de pression. Le col peut acquérir ainsi en peu de temps un volume énorme ; les lèvres s'allongent, et cet allongement est tel qu'il a pu faire croire à l'existence de polypes, surtout quand à cette hypertrophie se joignent des ulcérations ; la fente transversale qui existe toujours à la partie inférieure de cette tumeur éclaire le diagnostic, sans avoir pu éviter dans certains cas des erreurs de diagnostic assez désagréables.

Presque toujours, au lieu de s'ulcérer, la muqueuse du col prend le caractère de la peau ; elle devient dure, ainsi que celle du vagin, lorsque la précipitation de l'organe est ancienne et complète ; la vessie est entraînée, et, dans quelques cas, devient le siége de dépôts calculeux, à cause du séjour prolongé de l'urine. Bien plus, les intestins se précipitent en arrière de l'utérus, et la réduction peut entraîner les plus graves dangers et même la mort des malades, comme il en existe plusieurs exemples dans la science, et comme j'en ai fait voir un dans le service de Blandin il y a quelques années.

Arrivons au traitement des abaissements, des inflexions et des inclinaisons de l'utérus.

Lorsqu'un abaissement est dû à une cause encore récente, à une inflammation aiguë ou chronique, surtout si l'abaissement est consécutif à un état puerpéral, il n'y a qu'une chose à faire, réduire l'organe si la chute est complète et traiter l'inflammation comme je l'ai indiqué déjà à propos de la métrite ; l'utérus reprend peu à peu sa place, remonte dans le vagin, et ne redescend plus si le traitement est continué assez longtemps.

Si l'on a affaire à des abaissements d'origine trop ancienne pour espérer amener l'organe dans la position normale, si le vagin a perdu son élasticité, si la disposition de la vulve est telle qu'elle ne puisse plus maintenir l'organe, si le périnée est mince comme une feuille de papier, l'emploi des moyens contentifs devient utile ; mais, avant de les employer, il faut déterminer exactement si la malade souffre ou non par le fait du déplacement.

M. Malgaigne a donné à ce sujet un bon signe : il fait coucher la malade, et imprime en tous sens des mouvements à l'utérus ; si la malade ne souffre pas, et si, au contraire, étant debout elle souffre, on peut certifier que la douleur est tout entière causée par l'abaissement, et l'on est dès lors autorisé à faire usage des moyens contentifs.

Les anciens appelaient *pessaires* des médicaments de consistance demi-molle ou molle destinés à modifier l'utérus malade : il ne s'agit pas de ceux-là.

Les pessaires peuvent être divisés en deux classes :

1° Ceux qui prennent leur point d'appui sur le vagin ou le périnée ;

2° Ceux qui le prennent en dehors des parois vaginales.

Parmi les premiers, il en est qui, ne pouvant pas être employés d'une manière suivie, sont néanmoins très-utiles momentanément ; ce sont les pessaires mous, les éponges, par exemple. J'ai vu des femmes se trouver très-bien de l'introduction de temps en temps d'une éponge trempée dans l'eau froide et laissée à demeure pendant quelques heures.

Mais le meilleur de tous les pessaires, quand il s'agit d'un simple abaissement, c'est le vieux pessaire, consistant en une bille d'ébène ou de bois plus ou moins grosse, de forme ronde ou ovalaire, quelquefois même cylindrique. Il est bien mieux supporté par les malades que les pessaires plus ou moins compliqués, et en particulier que le pessaire dit en gomme élastique, pessaire à anneau ou en gimblette dans lesquels l'utérus peut s'engager, s'ulcérer et produire des végétations, ce qui a lieu plus souvent encore avec les pessaires en cupule. Ces pessaires en gomme élastique ont, en outre, le grave inconvénient de prendre leur point d'appui sur les ischions, et par deux points seulement, en sorte que le moindre déplacement les fait immédiatement basculer, et l'utérus n'est plus soutenu : aussi sont-ils bien inférieurs aux pessaires en boule ou aux pessaires cylindriques.

Dans ces derniers temps, on a imaginé des pessaires très-ingénieux, ce sont les pessaires à air qu'on insuffle après les avoir appliqués. On évite ainsi le poids et la dureté des pessaires en boule, et cependant ils ne sont pas beaucoup plus souples que les précédents. Ils ont du reste cet inconvénient que, fabriqués avec des matières qui ont des propriétés irritantes, ils peuvent dans quelques circonstances occasionner des vaginites au bout de vingt-quatre, quarante-huit heures d'application.

Tous ces pessaires précédents supposent une condition indispensable, c'est que l'ouverture de la vulve n'est pas trop lâche et peut les soutenir ; mais, lorsqu'il y a des déchirures du périnée, il faut alors, en outre d'un des pessaires précédents, placer à l'extérieur un appareil particulier destiné à fermer la vulve. L'occlusion permanente de la vulve par un de ces derniers appareils est quelquefois suffisante pour amener une guérison complète. J'ai été consulté dernièrement en ville pour une dame qui porte depuis dix ans une espèce de cuirasse vulvaire que Marjolin lui a fait fabriquer pour un prolapsus complet, et qui peut être considérée aujourd'hui comme guéri, quoique son utérus soit encore abaissé. Je lui ai cependant conseillé de ne pas renoncer encore à l'emploi de la cuirasse vulvaire dans la crainte d'une récidive.

Les inclinaisons de l'utérus réclament-elles un traitement ? Pour ces vices de position comme pour les abaissements, tout dépend du degré de la déviation, et surtout des phénomènes morbides auxquels elle donne lieu. Dans ces derniers cas même il faut établir, ce qui n'est pas toujours facile, le départ entre les phénomènes qui appartiennent à la déviation et aux complications coexistantes.

Réduire l'utérus à sa position normale est, en général, chose facile ; mais il ne faut pas attacher, à beaucoup près, autant d'importance à la réduction obtenue avec la sonde utérine qu'au replacement exercé avec le doigt, parce que la sonde peut replacer l'utérus, ainsi que je m'en suis assuré, même dans les cas où il existe des adhérences de l'utérus en avant ou en arrière. La paroi antérieure du rectum, la paroi postérieure de la vessie cèdent à la traction exercée par la sonde ; mais aussitôt l'utérus abandonné à lui-même, il reprend sa position vicieuse. Les cas les plus favorables à une guérison, ou du moins à une grande amélioration, sont ceux dans lesquels le petit bassin n'est pas trop vaste ; car dans les bassins très-vastes, les utérus une fois relevés retombent immédiatement, en vertu de leur poids et de leur défaut d'équilibre, et quelquefois avec un bruit très-appréciable. Nul doute cependant que le volume exagéré de l'organe soit pour beaucoup dans la reproduction des déviations, et à ce titre tous les moyens dont nous avons parlé à propos de la métrite chronique peuvent rendre de grands services. Il y a plus, et c'est là une des choses les plus consolantes pour le praticien, c'est qu'il n'est pas à beaucoup près nécessaire d'obtenir une réduction parfaite pour soulager beaucoup les malades. Un léger changement dans l'axe utérin, et les malades ne souffrent plus.

Pour que le replacement avec le doigt ou avec la sonde utérine soit efficace, il faut qu'il n'entraîne aucune douleur, qu'il soit répété assez fréquemment et qu'il soit aidé par une position convenable. Mais si après un certain nombre de tentatives de ce genre il n'y a pas de changement favorable, on peut songer aux moyens contentifs, aux supports mécaniques, aux pessaires.

Les antéversions de l'utérus trouvent beaucoup moins de soulagement dans l'emploi de ces moyens que les rétroversions, pour lesquelles, du reste, la science est assez riche.

M. Hervez de Chégoin a proposé, par exemple, pour la rétroversion, un pessaire taillé en bec de flûte, dont l'extrémité angulaire va se placer dans la concavité du sacrum en arrière du col. Ce pessaire soutient bien l'utérus si le périnée, sur lequel on prend son point d'appui, est intact.

Les pessaires à air rendent encore ici de bons services, mais par un mécanisme inverse et très-bien indiqué par Valleix. En effet, ils se déplissent en avant du col, le portent en arrière et redressent l'utérus tout entier. Les malades sont, en général, très-soulagées, et finissent, au bout d'un temps variable, par n'avoir plus besoin de pessaire ; et cependant leur utérus est à peu de chose près dans la même position qu'avant le traitement.

Dans l'antéversion, le pessaire à air soulève l'utérus en masse, en le laissant dans sa position vicieuse ; quelques femmes sont soulagées ; la plupart n'éprouvent qu'une amélioration médiocre.

Un moyen qui, s'il ne guérit pas, sert au moins à soulager les malades, c'est la ceinture hypogastrique munie d'un sac à air ou d'un ressort qui fait basculer une pelote compressive. Ce bandage n'agit point directement sur l'utérus, mais il soutient les viscères abdominaux et les empêche de comprimer douloureusement l'utérus.

Je ne suis pas convaincu que les inflexions légères de l'utérus amènent des accidents ! En outre de cette antécourbure, qui peut être considérée comme normale, il y a des flexions que leur ancienneté même peut faire remonter à l'époque ou au voisinage de la naissance, et qui, dues dans certains cas à une atrophie de la paroi dans le sens de laquelle se fait la flexion, échappent par conséquent à toute tentative de renversement permanent. Mais lorsque les flexions coïncident avec une augmentation de volume du col ou du corps, lorsqu'elles produisent une torsion ou un rétrécissement du canal utérin, elles deviennent le point de départ d'accidents sérieux et même redoutables. En principe donc, une flexion ne doit pas être traitée si elle ne donne lieu à aucun accident sérieux ; car les flexions ne s'opposent pas toujours à la fécondation, et la grossesse les fait souvent disparaître définitivement. Mais si la flexion fait souffrir, l'intervention est de droit, et cette intervention consiste dans le redressement ménagé de l'organe avec des moyens mécaniques.

La sonde utérine a rendu incontestablement des services dans les inflexions s'accompagnant de difficulté dans la menstruation ; la sonde utérine a encore cet avantage qu'elle émousse la sensibilité de l'organe, à la manière de la sonde laissée à demeure dans l'urètre. Après quelques introductions, les règles reparaissent sans douleur, et il faut s'en tenir là. Il faut bien l'avouer, ces cathétérismes n'amènent qu'un redressement peu marqué, et plutôt sur le point de jonction du col et du corps que sur le corps de l'utérus lui-même. On s'est demandé par conséquent si l'on ne pourrait pas, à l'aide d'instruments introduits à demeure dans la cavité utérine, obtenir le redressement permanent de l'organe ; c'est dans ce but qu'on a appliqué l'instrument de Simpson.

C'est, comme vous le savez, une tige de 4 ou 5 centimètres, métallique ou en ivoire, reposant sur une plate-forme, à laquelle s'adapte une deuxième tige qu'on fixe au dehors de la vulve. On introduit le bout de l'instrument dans le col et le corps de l'utérus, et celui-là repose sur la plate-forme.

Valleix avait remplacé la plaque ou plate-forme par un disque en caoutchouc que l'on insuffle, et avait brisé l'instrument. Je me sers de l'instrument de Simpson brisé ; mais j'ai renoncé au disque en caoutchouc, qui se vide d'air très facilement.

Avant de procéder à l'application de cet instrument, il faut introduire la sonde utérine plusieurs fois, jusqu'à ce que la malade ne souffre pas de cette application momentanée.

L'instrument appliqué, on le laisse en place d'abord deux, trois heures, puis un jour, et l'on voit des femmes qui peuvent le porter trois, et le mois de suite, sans accidents. Simpson leur permet de marcher, de danser en portant cet instrument. J'ai eu dans ma clientèle une malade qui a été prise de métrorrhagie très-abondante pour être sortie portant cet instrument.

L'instrument de Simpson a l'avantage de maintenir l'utérus dans une position fixe, et, chez certaines malades, d'apporter un soulagement immédiat, de dilater la cavité du col et de faire revenir les règles.

Mais, comme grave inconvénient, il entretient vers l'utérus un état d'irritation qui se traduit par des leucorrhées, des métrorrhagies, et souvent de vives douleurs ; et, chose plus grave encore, l'introduction de cet instrument est devenu le point de départ de métro-péritonites qui ont occasionné la mort dans plusieurs cas.

Il ne faudrait pas cependant faire peser sur cet instrument la responsabilité d'accidents qui incombent bien plus, à mon avis, à l'imprudence et à la témérité des personnes qui en ont fait usage. Si quelque chose a lieu d'étonner, ce ne sont pas les quelques cas de mort qui ont été observés, mais on peut être surpris à bon droit que ce nombre n'ait pas été plus considérable après l'application générale et presque indéterminée qui en a été faite pendant quelque temps. Témoin de deux cas de péritonite grave survenus dans mon service, dont l'un s'est terminé par la mort et l'autre a guéri au bout de dix-sept jours avec des adhérences générales débarrassant définitivement la femme de son abaissement, je n'accuse de ces accidents que le défaut de prudence apporté dans l'usage de l'instrument. Mieux éclairé depuis, j'ai souvent appliqué le pessaire intra-utérin sans accidents sérieux autres qu'un phlegmon péri-utérin dans un cas. La clef des accidents est dans la présence trop prolongée de l'instrument, dans le défaut d'habitude de l'utérus, dans l'indocilité des malades. Or ces difficultés ne sont rien moins qu'insurmontables pour un médecin sage et prudent.

Mais une question plus grave et plus importante que celle de l'innocuité de l'instrument, c'est celle de la valeur de ces applications soit au point de vue du redressement, soit au point de vue de la guérison des malades.

Je dois déclarer que je n'ai jamais vu dans les antéversions ou rétroversions aucune guérison résultant de l'emploi des pessaires intra-utérins, et, l'instrument retiré, l'utérus m'a paru reprendre toujours sa place ancienne, ce qui ne veut pas dire que les malades n'aient pas été soulagées, et très-soulagées, probablement par la dilatation de la cavité utérine, et beaucoup aussi par l'immobilisation de l'organe. Dans les flexions, au contraire, et surtout dans les flexions en arrière du col et du corps, j'ai pu constater non pas des redressements complets, jamais je n'ai été assez heureux pour cela, mais des changements considérables dans la courbure. Le col principalement m'a paru susceptible d'être ramené presque entièrement à sa direction normale. Ces redressements n'ont pas été toujours permanents, et quelque temps après l'utérus avait repris à peu près sa position vicieuse ; mais le soulagement a persisté.

En somme, l'instrument de Simpson n'a que des applications encore mal déterminées, en dehors des inflexions très-prononcées qui entraînent des difficultés dans l'excrétion menstruelle ; les précautions dont son emploi doit être toujours entouré, les accidents graves qu'il est susceptible de provoquer rendront toujours les médecins très-sobres de son emploi, et jamais il ne sera conseillé qu'exceptionnellement dans la pratique.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 novembre 1856. — Présidence de M. BUSSY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Corse et du Lot en 1855.

2° Un rapport de M. le docteur Valat, médecin cantonal à Autun, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné au hameau d'Auxy en 1856. (Commission des épidémies.)

3° Une série de questions relatives à la vaccine posées par le président du département sanitaire du royaume britannique, et transmises au ministre du commerce avec prière de solliciter de l'Académie de médecine les réponses que comportent ces questions. (Commission de vaccine.)

4° Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département de l'Yonne.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Hoursole adresse l'état des vaccinations qu'il a pratiquées à Bayonne en 1856. (Commission de vaccine.)

— M. le docteur Anselmier adresse une notice sur deux cas rares de calculs rencontrés dans les glandules hypertrophiées du voile du palais, et leur traitement par la dissolution. (Commissaire : M. Ségalas.)

— M. le docteur Bartoletti, secrétaire général de la Société impériale de médecine de Constantinople, transmet deux exemplaires du compte rendu de la discussion qui a eu lieu au sein de cette Société, sur le typhus observé dans les armées pendant la guerre d'Orient.

— M. le docteur Barthez, médecin en chef de l'hôpital thermal militaire de Vichy, adresse un mémoire intitulé *Observations cliniques faisant connaître l'action et les résultats thérapeutiques obtenus par les eaux thermo-minérales alcalines de Vichy dans les diverses maladies.* (Commission des eaux minérales.)

— M. Robiquet adresse une lettre en réponse à la réclamation de priorité élevée par M. Berthé au sujet de son dernier mémoire sur la codéine.

— M. Burq envoie une note sur un nouvel instrument de son invention propre à mesurer la sensibilité, et qu'il désigne sous le nom d'esthésimètre. (M. Beau, rapporteur.)

— M. Beau prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un paquet cacheté. (Le dépôt est accepté.)

— M. Le Roy-d'Etiolles adresse une lettre relative au traitement de l'hydropisie de l'ovaire par la canule laissée à demeure. (Nous résumerons plus tard cette lettre avec d'autres documents analogues qui se rapportent au sujet actuellement en discussion devant l'Académie.)

Kystes de l'ovaire. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les kystes ovariques. La parole est à M. Huguier.

DISCUSSION.

M. HUGUIER. La question soulevée par M. Barth aura pour résultat, je l'espère, de modifier la pratique des médecins, qui veulent qu'on abandonne à elles-mêmes les malades atteintes d'hydropisie de l'ovaire, se fondant sur ce que beaucoup de femmes prolongent leur existence jusqu'à un âge avancé, sans que leur santé soit sensiblement altérée, et sur ce fait grave, s'il était exact, que les moyens chirurgicaux en notre pouvoir ne sont propres qu'à aggraver la position des malades. M. Trousseau a dit que les kystes de l'ovaire, dans le plus grand nombre des cas, ne constituent ni une maladie, ni même une incommodité, et il a cité à l'appui de son opinion les exemples de petits kystes vésiculeux, pisiformes ou bulleux, que l'on trouve souvent à l'autopsie chez les vieilles femmes, kystes qui siégent sur l'ovaire et autour de l'ovaire, sans jamais avoir causé la moindre gêne aux personnes qui les portaient. Que notre savant collègue ne s'y trompe pas, ces kystes n'appartiennent nullement à l'ovaire, et jamais les chirurgiens qui en connaissent parfaitement le mode de développement, le siége et la marche, n'ont conseillé d'opération chirurgicale contre eux.

Au reste tout le débat repose sur l'examen et la solution des questions suivantes :

A quel âge succombent ordinairement les personnes atteintes d'hydropisie de l'ovaire abandonnées à elles-mêmes ? Quels sont les accidents auxquels elles sont exposées ?

La marche de la maladie, ses diverses terminaisons spontanées et l'inefficacité de la thérapeutique médicale démontrent-elles l'utilité de l'intervention chirurgicale ? Toutes les collections kystiques qui se forment dans le bassin autour de l'ovaire et que sur le vivant on confond avec les kystes de cet organe, sont-elles aussi réfractaires aux moyens chirurgicaux que ces derniers ? Quels sont les kystes qui ne doivent pas être opérés ? Quels sont ceux qui pourront et devront l'être ? Quelle est enfin la meilleure méthode opératoire à employer ?

C'est une erreur de croire qu'en général les femmes qui sont affligées de kystes de l'ovaire poussent leur existence jusqu'à un âge avancé ; que leur santé n'est que peu ou pas compromise. Ou les femmes sont atteintes par la maladie vers l'âge de quarante-cinq à cinquante ans et au-dessus, c'est-à-dire à l'âge où le moliment menstruel n'existe plus. Chez elles les kystes ovariques marchent d'ordinaire très-lentement et causent peu d'incommodités ou d'accidents. C'est le cas de respecter la maladie. Ou bien elles sont atteintes de vingt à quarante ans, et celles-là, en général, ne vivent pas longtemps ; elles succombent habituellement entre trente et quarante ans, souvent plus tôt, et plus la maladie les a frappées jeunes, moins elles ont de chance en leur faveur ; elles sont sujettes à mille incommodités et malaises, à de nombreux troubles fonctionnels, à la stérilité, à des souffrances très-variées, qui les rendent à charge aux autres et à elles-mêmes ; elles sont de plus très-exposées à une foule d'accidents graves dont les principaux sont la péritonite, l'inflammation, la suppuration du kyste, celle des annexes de l'utérus, de l'utérus lui-même, etc. La mort est causée chez elles avant l'âge par l'asphyxie lente, par l'altération des grandes fonctions assimilatrices, l'hydropisie ascite, la péritonite chronique, la péritonite aiguë, par la rupture du kyste, etc. Il ne faut pas oublier que bien que l'on ait observé quelques faits de guérison spontanée après la rupture du kyste dans le péritoine, presque toutes les malades meurent, comme l'a démontré M. Camus.

Ce tableau n'est pas fait pour encourager le praticien à rester dans l'inaction.

L'inefficacité de la thérapeutique médicale, la longue durée de la maladie et ses divers modes de terminaison spontanée, non-seulement justifient, mais démontrent l'utilité de l'intervention chirurgicale. D'un autre côté les quelques cas de guérison qui ont suivi la rupture spontanée de la tumeur au dehors ou dans l'une des cavités naturelles, peuvent servir à démontrer qu'une évacuation chirurgicale bien dirigée doit à plus forte raison réussir, et c'est ce que prouvent les nombreux faits connus dans la science. Enfin si l'on examine le sujet au point de vue clinique et anatomo-pathologique, on reste encore plus convaincu que l'art doit intervenir activement.

M. Huguier énumère ici les collections kystiques qui se forment autour de l'ovaire, et que l'on peut confondre et que l'on confond tous les jours sur le vivant avec les véritables kystes de l'ovaire ; ce sont les kystes séreux du ligament large, les kystes embryonnaires de ces ligaments, qui ont pour point de départ une grossesse extra-utérine arrêtée dans son évolution ; les kystes péri-utérins, les kystes interstitiels de la matrice, ceux du corps de Wolff ou de l'organe de Rosenmuller ; certaines hydropisies circonscrites du péritoine pelvien.

Enfin dans les kystes ovariques proprement dits, il distingue cinq espèces : ceux qui se développent dans les vésicules de Graaf ; ce sont les plus fréquents ; ceux qui, par leur organisation, se rapprochent le plus des membranes muqueuses, et les plus difficiles à guérir ;

Ceux qui se développent dans la gangue, dans la trame celluleuse qui unit les vésicules entre elles ; les kystes hydatiques, les purulents et les kystes embryonnaires.

De ces kystes, on devra, dit M. Huguier, respecter tous ceux qui se manifestent vers l'âge de cinquante ans ou plus tard ; ceux qui, chez des femmes beaucoup moins âgées, ne font plus de progrès et ne causent aucun trouble fonctionnel important ; les kystes multiples, les aréolaires et les multiloculaires, s'ils ont un grand volume ; les kystes très-volumineux qui ont contracté de larges adhérences avec les viscères supérieurs de l'abdomen ou avec la paroi abdominale ; enfin, ceux qui ont lieu chez des personnes très-débiles, et dont la constitution est entachée d'un vice général, ainsi que ceux qui sont compliqués de lésions organiques de l'ovaire ou de l'utérus, etc.

On devra opérer tous les kystes qui existent chez des femmes jeunes et qui leur causent des incommodités sérieuses et des accidents ceux qui, sans causer d'accidents, ont un accroissement rapide et continuel ; tous les kystes dont les parois ne paraissent pas très-épaisses, qui sont sans inégalités, sans bosselures, qui ne paraissent pas adhérer dans une grande étendue aux viscères abdominaux ; ceux dont le contenu est léger, mobile, peu épais. On devra enfin ponctionner et injecter de teinture iodée tous ceux qui, après une ou plusieurs ponctions de nécessité, s'enflamment et suppurent, afin de prévenir ou d'arrêter l'intoxication purulente.

Passant ensuite à l'examen des méthodes et procédés, M. Huguier discute successivement la valeur de l'incision du kyste et de la paroi abdominale, de la ponction simple, de la ponction avec canule à demeure et de la ponction suivie d'injections iodées ; et après avoir rappelé les faits déjà apportés à la tribune et rapporté neuf opérations de ponctions et injections iodées qu'il a pratiquées lui-même sans avoir eu à déplorer aucun décès (sur ces neuf opérées, une seule a eu une péritonite grave dont elle a guéri ; deux ont vu leur maladie récidiver ; cinq ont guéri sans accidents sérieux ; la neuvième, qui peut être considérée comme un beau cas de succès, est celle dont M. Malgaigne a entretenu l'Académie au début de cette discussion), il résume son jugement en ces termes :

De ces faits et de ceux qui ont été rapportés dans cette discussion, je conclus que la ponction et les injections iodées dans les kystes de l'ovaire sont propres, dans un grand nombre de cas, à amener la guérison de cette affection, lorsqu'on la pratique avec les précautions qu'exigent nos connaissances anatomo-pathologiques et opératoires. Non-seulement alors, dans la majorité des cas, elles ne sont pas suivies d'accidents, mais elles font le plus ordinairement cesser comme par enchantement les accidents inflammatoires et l'intoxication purulente.

Je demeure convaincu que l'on aurait encore plus de succès à citer si, comme on l'a presque généralement fait jusqu'à ce jour, on n'eût pas attendu, pour opérer les malades, qu'elles eussent déjà un pied dans la tombe ; si, enfin, l'école de Boyer et Dupuytren eût pesé avec moins de force sur la conscience des chirurgiens et arrêté leurs mains au moment opportun. Voici, sans en omettre aucune, les objections sérieuses qui ont été faites à cette opération :

1° Les cas d'insuccès, que l'on cache en général, l'emportent probablement sur les cas de succès que l'on publie.

2° Il n'est pas possible d'obtenir le retrait et l'oblitération d'une poche qui contient 15, 20, 25 litres, et quelquefois plus, de liquide.

3° En poussant dans un grand kyste une injection irritante, on s'expose à une inflammation grave, soit que cette inflammation se borne au kyste, soit qu'elle s'étende à l'utérus ou au péritoine.

4° Si la tumeur n'est pas adhérente, on pique deux fois cette membrane (les feuillets pariétal et viscéral) ; et dans quelques cas quatre fois ; c'est lorsque le grand épiploon adhère à la partie antérieure et inférieure du kyste.

5° On peut blesser une artère de la paroi abdominale, ou bien l'un des nombreux et volumineux vaisseaux du kyste, comme cela est arrivé à Delpech, et du sang peut s'épancher dans le péritoine.

6° On aura considérablement affaibli la paroi du kyste dans le point ponctionné, et plus tard, s'il se reproduit, il pourra se perforer dans ce point sous l'influence du plus léger effort ; dans tous les cas, vous exposez la femme à une péritonite grave ou mortelle.

7° Si la poche malgré vous suppure, ou si vous la faites suppurer en laissant une canule à demeure, la partie la plus déclive ne se vide pas, les liquides qui y stationnent s'altèrent, et la malade peut être atteinte d'infection purulente ou putride.

8° Si c'est un kyste aréolaire ou multiloculaire, la fonte purulente, le ramollissement ou la gangrène se manifesteront presque infailliblement dans les parois et cloisons qui séparent les poches les unes des autres.

Il va nous être facile de prouver, et la discussion l'a déjà fait en partie, que la plupart de ces objections sont plus spécieuses que solides.

Rien ne montre, en effet, que les insuccès aient été égaux ou supérieurs en nombre aux succès : c'est là une vieille objection qu'on a faite à tous les grands progrès de l'art et qui, dans les cas particuliers, ne repose sur aucun relevé, sur aucune statistique. On l'a faite à outrance à l'amputation des maxillaires, à la lithotritie, à l'extraction et amputation des polypes intra-utérins, et, malgré une persévérante opposition, ces opérations n'en ont pas moins pris dans la science un droit de domicile que rien ne pourra leur enlever ; il en sera de même pour l'opération qui nous occupe, lorsque le temps et l'expérience l'auront encore perfectionnée.

Cette discussion a surabondamment prouvé que les plus grands kystes peuvent revenir sur eux-mêmes, au point de ne contenir qu'une ou deux cuillerées de liquide. Rien n'oblige à pousser une injection irritante dans un grand kyste ; on peut auparavant, comme le font tous les chirurgiens prudents, et comme l'a de nouveau recommandé M. Demarquay, faire une, deux ou trois ponctions évacuatives ; on évite alors une forte et vaste inflammation. On peut, après avoir diminué l'étendue du kyste, tâter sa sensibilité à l'aide d'injections qui ne sont d'abord que détersives. Quant aux autres accidents que l'on objecte, et qui sont purement opératoires, tels que piqûre du péritoine, épanchement de sang ou d'une partie du liquide kystique, rupture consécutive au point affaibli par le trocart dans la cavité péritonéale, on peut facilement les éviter, comme l'a dit M. Jobert, en faisant préalablement adhérer le kyste, si déjà il n'adhérait à la paroi abdominale ; ou mieux en faisant la ponction par le vagin, ce que je fais toujours, à moins d'impossibilité absolue.

En attaquant le kyste par le vagin, vous l'ouvrez par sa partie la plus inférieure ou déclive, et vous n'avez pas à craindre la stagnation et la décomposition dans le foyer des liquides qu'il produit. Si la plaie se convertit en fistule, le foyer se vide spontanément par elle. Si plus tard le kyste s'étant rempli vient à se rompre au point qui a été affaibli par le trocart, ce sera dans le vagin, et il se videra facilement au dehors.

La ponction vaginale a encore pour avantage de moins exposer à la lésion des vaisseaux du kyste, qui arrivent à cette poche par la partie externe. Elle n'expose pas à faire adhérer le kyste à la paroi antérieure de l'abdomen, adhérence qui sous-tend les parois de la poche, s'oppose à leur rétraction et à leur retour dans la cavité pelvienne. Elle expose beaucoup moins à la péritonite ; je ne l'ai jamais vue suivie de cet accident, bien que je l'aie pratiquée un grand nombre de fois, soit pour des kystes, soit pour toute autre maladie.

M. Ricord s'est également bien trouvé de la ponction vaginale ; il a guéri par elle une malade qui n'avait pu être guérie par la ponction abdominale. S'il y a lieu de penser qu'un kyste est multiloculaire ou aréolaire, avant de pratiquer l'opération on fera une ponction exploratrice, et ce sera encore par le vagin que cette petite opération devra être pratiquée, et non par la paroi abdominale ; faite par cette voie, elle expose plutôt à la péritonite par le passage d'une partie du liquide kystique dans la cavité péritonéale. M. Demarquay nous a assuré qu'il avait vu deux ponctions exploratrices abdominales suivies de péritonite mortelle.

De tout ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure :

1° Que les kystes de l'ovaire ne sont pas des affections aussi bénignes qu'on le pense généralement ; que ce sont, au contraire, des affections fort graves dans un grand nombre de circonstances.

2° Que c'est une erreur de penser que dans la majorité des cas la vie se prolonge jusqu'à un âge avancé ; plus la femme est jeune, plus promptement elle succombe.

3° Les kystes uniloculaires sans altération organique de leurs parois qui contiennent un liquide séreux, séro-sanguinolent ou albumineux ; ceux qui ont eu pour point de départ une grossesse extra-utérine ; les kystes purulents sont ceux dont on obtient le plus facilement la guérison.

4° Il ne faut pas toucher aux kystes aréolaires et multiloculaires, à moins que, très-peu volumineux, ils ne causent déjà de grandes incommodités ou souffrances. On a alors la chance d'éviter les graves accidents que leur traitement chirurgical détermine ordinairement lorsqu'ils sont volumineux.

5° Le moment opportun pour opérer est celui où le kyste, n'ayant pas encore acquis un grand volume, commence à faire souffrir la malade ou à exercer une fâcheuse réaction sur les fonctions.

6° Rarement l'emploi d'une seule méthode réussit ; souvent il faut les combiner.

7° Parmi les injections, les injections iodées sont celles qui réussissent le plus souvent, qui sont le moins suivies d'accidents, et qui mettent le plus sûrement à l'abri de l'infection purulente.

8° On devra autant que possible attaquer le kyste par le vagin plutôt que par la paroi abdominale.

M. ROBERT. Au point où en est arrivée cette discussion, ce que l'Académie doit le plus désirer de connaître, ce sont des faits : aussi me bornerai-je à dire ce que l'observation m'a appris sur le traitement de ces kystes, et plus spécialement sur les effets des injections iodées.

La première et la plus simple des opérations que l'on pratique sur les kystes ovariques, c'est la ponction suivie de l'évacuation d'une partie ou de la totalité du liquide contenu dans le kyste.

Le manuel opératoire n'offre rien qui mérite ici d'être mentionné. Cependant il ne faut pas oublier que la surface péritonéale du kyste n'est point adhérente à celle de la paroi abdominale, et qu'après l'extraction de la canule quelques gouttes du liquide contenu dans le kyste peuvent s'écouler dans la cavité du péritoine et y produire une dangereuse inflammation. Pour éviter cet accident, il faut exercer une pression constante sur la paroi de l'abdomen pendant toute la durée de l'opération et après elle, de manière qu'elle soit toujours exactement appliquée sur le kyste. On doit même la continuer au moyen d'un bandage convenable pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que l'on suppose les adhérences établies. Il est, en outre, de la plus haute impor-

tance de laisser pendant plusieurs jours les malades au repos et dans la plus stricte immobilité.

Cependant, malgré toutes les précautions, il se manifeste, quelquefois peu d'heures après l'opération, une douleur assez intense, mais circonscrite, autour de la piqûre. Elle cède, en général, à une application de sangsues, ou à quelques moyens simples, et jamais je ne l'ai vue avoir de suites graves. Elle est l'indice d'une péritonite partielle, dont la conséquence doit être la formation d'adhérences entre le kyste et la paroi contiguë de l'abdomen. Loin de considérer cet accident comme fâcheux, je lui trouve l'avantage d'offrir une plus grande sécurité dans le cas où l'on aurait ultérieurement besoin de pratiquer une nouvelle ponction.

La ponction des kystes ovariques est le préliminaire obligé de tout traitement chirurgical; elle complète le diagnostic toujours plus ou moins incertain lorsque les tumeurs n'ont été soumises qu'aux moyens ordinaires d'investigation.

1° Cette opération nous fait connaître la nature du liquide contenu dans le kyste, circonstance dont il faut tenir grand compte pour le pronostic et le traitement;

2° Elle révèle la disposition intérieure de la tumeur, et nous apprend si elle est simple ou à plusieurs loges, si ces dernières sont isolées et communiquent entre elles;

3° Elle permet au chirurgien d'explorer les parois mêmes du kyste, d'en apprécier l'épaisseur, la consistance; elle permet aussi de reconnaître les tissus qui l'environnent, et de constater la présence de masses fibreuses qui souvent lui sont associées.

Quelquefois la ponction seule suivie de l'évacuation du liquide contenu dans la tumeur suffit pour amener la guérison, ainsi que j'en ai vu un exemple en 1849 à l'hôpital Beaujon.

La ponction simple du kyste de l'ovaire est ordinairement suivie de la reproduction plus ou moins prompte du liquide. Mais on peut y revenir à titre de palliatif aussi souvent que cela est nécessaire, et il est à signaler que l'organisme s'habitue d'une manière remarquable à ces opérations, que l'on peut ainsi répéter un très-grand nombre de fois.

Enfin la ponction est le premier temps d'une opération complexe ayant pour but la guérison radicale. Or, deux méthodes peuvent être employées pour obtenir cette guérison. La première consiste à ouvrir le kyste et en provoquer la suppuration, de manière à obtenir la formation de bourgeons charnus et la cicatrisation, comme dans les plaies suppurantes. La seconde, au contraire, laisse au kyste son caractère de cavité close; la suppuration, loin d'être un but qu'on cherche à atteindre, est au contraire un accident redoutable qu'il importe de prévenir.

Quel que soit le procédé que l'on met en usage pour obtenir l'ouverture permanente et la suppuration d'un kyste de l'ovaire; que ce soit par une ponction suivie du séjour à demeure de la canule ou d'une sonde de gomme élastique dans la plaie; que ce soit par des applications successives de caustiques, comme le faisait Récamier; que ce soit enfin par l'incision en deux temps suivant le procédé appliqué par MM. Graves et Bégin aux kystes hydatiques du foie, la cavité ovarienne ainsi mise en contact permanent avec l'air atmosphérique perd ses caractères de cavité close, une inflammation violente ne tarde pas à s'y manifester; la suppuration qui en résulte devient promptement très-fétide, et donne lieu à des symptômes de résorption et d'intoxication putride. L'idée d'employer les injections iodées dans ces cas graves s'est naturellement présentée à l'esprit des praticiens qui connaissaient les propriétés anti-putrides de cet agent, et les modifications qu'il imprime aux surfaces suppurantes. En 1850, j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'y recourir; mais malgré les résultats heureux qu'elles m'ont promis d'abord, je n'ai pas eu le bonheur de guérir et de sauver mes malades.

Ici M. Robert rapporte trois faits, qui sont, suivant lui, de nature à éclairer cette discussion.

Dans ces trois faits, on voit que si l'iode a pu modifier la nature du pus et arrêter la marche de l'infection putride, il a été impuissant pour amener le retrait de la membrane pyogénique, et n'a pas empêché les malades de succomber.

Du reste, ils ne sont pas les seuls que possède aujourd'hui la science; et il est à ma connaissance que dans plusieurs cas semblables les résultats n'ont pas été plus heureux; et l'observation elle-même que M. Barth a lue à l'Académie dépose contre cette méthode, puisque malgré ses efforts persévérants il n'a pu parvenir à obtenir la guérison.

Mais il y a plus, il résulte d'un fait dont je dois la connaissance à M. le docteur Briquet, que la teinture d'iode peut se combiner avec les produits albumineux déposés dans l'intérieur du kyste ou à sa face interne, et transformer ceux-ci en lames compactes, d'une densité que M. Briquet compare à celle du cuir, et qui s'opposent invinciblement à tout travail d'adhésion.

L'auteur de l'*Iodothérapie*, en rapportant les observations qui me sont propres, prétend que l'iode n'a point été convenablement employé, et que sa méthode eût produit de plus heureux résultats. A cela je répondrai que ce mode opératoire, mis en usage par M. Boinet lui-même, à l'hôpital de la Charité, sous les yeux de M. Briquet, a produit de fâcheux résultats, ainsi que l'affirmait, il y a peu de jours encore, cet honorable et savant confrère.

Ainsi, nous sommes en mesure aujourd'hui de juger complétement la méthode qui consiste à ponctionner les kystes de l'ovaire et à maintenir l'ouverture béante en y laissant une canule à demeure. Cette méthode doit être abandonnée et réservée seulement pour quelques cas exceptionnels. Tel serait, par exemple, celui dont M. Huguier a entretenu l'Académie.

Dans quelques cas rares où les kystes ovariques seraient facilement accessibles par le vagin, peut-être serait-il possible de ponctionner la tumeur par cette voie. L'ouverture étant déclive, on pourrait en espérer des résultats plus avantageux.

A l'imitation de Récamier, j'ai plusieurs fois réussi à vider ainsi des hématocèles ou de vastes abcès pelviens, et les injections iodées m'ont été très-utiles; mais je n'ai pas rencontré de kystes de l'ovaire sur lesquels il me fût possible d'agir par ce procédé.

Il me reste maintenant à étudier la méthode qui consiste à vider le kyste de l'ovaire par une simple ponction immédiatement suivie d'une injection iodée.

Dans cette méthode, le kyste conserve, ainsi que nous l'avons dit, ses caractères de cavité close, et la suppuration, loin d'être le but de l'opération, est, au contraire, un accident redoutable que l'on doit éviter avant tout.

Ce qui me paraît résulter des faits qui me sont propres et de ceux dont j'ai eu connaissance, c'est que l'injection iodée ne produit pas, en général, d'inflammation vive sur les parois de la cavité kystique; mais une portion du liquide contenue dans celle-ci, mélangée avec une certaine quantité de solution iodée, peut s'échapper par la piqûre du trocart après qu'on a retiré la canule, s'épancher dans le péritoine, et y causer une inflammation dangereuse.

C'est là, si je ne me trompe, l'accident que l'on a le plus à craindre à la suite de cette opération. Pour l'éviter, divers chirurgiens ont conseillé de laisser la canule pendant quelque temps à demeure, afin que des adhérences puissent s'établir entre le kyste et la paroi abdominale. Je craindrais, en adoptant ce moyen, que dans certains cas la canule ne déterminât un peu de suppuration autour d'elle, et ne devînt ainsi le point de départ d'une inflammation pyogénique, qui se propagerait au kyste. Je préfère donc retirer immédiatement la canule après l'injection, et maintenir la paroi abdominale exactement appliquée contre la poche ovarique au moyen d'une compression convenable; cette simple précaution m'a toujours suffi.

Il est inutile de chercher à faire sortir tout le liquide contenu dans la tumeur; je dirai même qu'il y a inconvénient grave à l'essayer. Les pressions multipliées que nécessite cette manœuvre ont l'inconvénient de froisser le péritoine et les parois du kyste, et de les prédisposer aux inflammations. Après l'injection, j'ai l'habitude de laisser une certaine quantité du liquide injecté, suivant du reste en cela le précepte depuis longtemps donné par M. Velpeau pour l'opération de l'hydrocèle.

Que se passe-t-il après l'opération? Mon expérience personnelle n'est pas suffisante pour l'établir d'une manière complète, puisque je n'ai eu que six fois l'occasion de pratiquer des injections iodées dans les kystes de l'ovaire. Sur ce nombre je n'ai pas observé d'accidents graves: les phénomènes d'inflammation ont été très-modérés, et je dois dire que le volume des kystes ne m'a pas paru avoir d'influence sur l'intensité des symptômes.

Lorsque l'opération doit échouer, l'épanchement se reproduit assez rapidement, et continue sa marche progressive. J'en ai observé deux exemples.

Les malades, découragées, n'ont pas voulu se soumettre à une nouvelle tentative.

L'insuccès d'une première opération n'est point en effet une condition qui exclut la possibilité de la guérison radicale. On peut y revenir une ou plusieurs fois, pourvu que ce soit à de longs intervalles, et qu'on se soit assuré que la tumeur s'accroît de nouveau.

Dans les cas où la guérison doit avoir lieu, l'épanchement se reproduit peu de temps après l'opération, mais il est loin d'atteindre son volume primitif; puis, au bout de quelque temps, il prend une marche rétrograde.

Au fur et à mesure que la poche diminue, ses parois paraissent acquérir un peu plus de densité; mais le travail de résorption est lent, et pendant très-longtemps on sent encore de la fluctuation.

Mais que deviennent ultérieurement et définitivement ces kystes? S'oblitèrent-ils complétement ou bien conservent-ils une cavité? Je ne sache pas qu'on ait encore eu l'occasion de le constater anatomiquement. Parmi les malades que j'ai opérées et que j'ai eu occasion de suivre, je n'ai pas encore observé une disparition complète de la tumeur, bien que chez l'une d'elles deux ans se soient écoulés depuis l'opération; cependant j'admets qu'il puisse en être ainsi, puisque plusieurs praticiens dignes de foi disent l'avoir constaté.

Du reste, on aurait tort d'admettre que l'oblitération des kystes de l'ovaire soit la condition unique et exclusive de leur guérison. L'iode possède une propriété remarquable, c'est celle d'agir comme simple modificateur des surfaces altérées, de manière à y rétablir l'équilibre entre l'exhalation et l'absorption. Cette propriété, sur laquelle M. Abeille paraît avoir le premier appelé l'attention, en 1849, a été bien démontrée par le résultat des recherches nécroscopiques de M. Hutin sur des individus opérés d'hydrocèle depuis plus ou moins longtemps. Moi-même, j'ai constaté plusieurs fois, à la suite d'injections faites dans l'articulation du genou pour des cas d'hydarthroses anciennes et rebelles, l'absence de tout déchet dans les mouvements, ce qui démontre l'intégrité des surfaces de glissement.

Je suis d'autant plus fondé à croire que ces mêmes résultats peuvent être obtenus dans les kystes de l'ovaire, que, dans certains cas, la tumeur persistant avec ses caractères de kyste, cesse de faire des progrès et reste indéfiniment stationnaire. Le hasard m'a fourni, il y a quelques mois, l'occasion de voir une malade qui se trouve dans ces conditions.

Il est donc aujourd'hui bien démontré que les kystes de l'ovaire peuvent être guéris par la ponction suivie de l'injection iodée. C'est un fait incontestable établi non-seulement par quelques observations déjà publiées, mais encore par ce que nous savons de la pratique de plusieurs chirurgiens éminents. C'est là un progrès réel de la chirurgie moderne, puisque, il y a peu d'années encore, ces tumeurs étaient considérées comme n'étant susceptibles que d'un traitement palliatif. La science et l'humanité le devront à M. Velpeau, qui, le premier, a signalé les effets spéciaux de l'iode sur les cavités closes; puis à notre jeune confrère M. Boinet, dont les efforts persévérants ont puissamment contribué à populariser cette méthode.

Toutefois, pour l'apprécier exactement et lui assigner le rang qu'elle devrait occuper dans la pratique chirurgicale, nous aurions à résoudre deux questions: 1° celle de savoir si elle peut compromettre la vie, et dans quelle proportion; 2° celle d'établir le chiffre des guérisons.

Il est impossible de supposer qu'une opération dont le foyer, souvent très-étendu et très-rapproché du péritoine, ne soit pas sérieuse et de nature à provoquer des accidents fâcheux. Nous savons qu'il y a eu des revers; mais malheureusement ils n'ont pas tous été enregistrés, et cependant comment avoir des données précises, si on ne procède pas par la statistique?

Une question non moins importante que la précédente consiste à savoir dans quelle proportion les injections iodées produisent la guérison. Or, sur ce point, nos documents sont encore moins explicites que sur le précédent. Sur les six cas qui me sont propres, la maladie fut reproduite deux fois.

Tout ce que l'on sait, et c'est déjà un résultat assez important, c'est que la nature du liquide contenu dans les kystes influe puissamment sur les chances de succès; ainsi, les kystes qui contiennent de la sérosité limpide paraissent occuper le premier rang.

Les kystes qui renferment de la sérosité citrine sont dans des conditions à peu près aussi favorables que les précédents. Si ces liquides aqueux ou séreux se trouvent mêlés à une certaine quantité de sang qui leur donne une teinte brunâtre, il n'y a pas plus à craindre pour le pronostic. Mais les conditions ne sont plus les mêmes lorsque les liquides sont huileux, plus ou moins épais ou presque gélatiniformes, au point de ne sortir qu'avec difficulté par la canule du trocart. Quelques faits m'ont appris qu'il existe alors peu de chances de guérison.

Telle est aujourd'hui l'unique solution possible aux diverses questions que nous avons posées.

Quoi qu'il en soit de ces incertitudes que le temps ne manquera pas de dissiper, on peut dire déjà que dans l'état actuel de la science l'intervention de la chirurgie à titre de moyen curatif est admissible dans le traitement des kystes de l'ovaire, et que la méthode qui consiste à ponctionner la tumeur et y faire une injection iodée est celle que l'on doit préférer.

Ce point de doctrine étant adopté, il se présente à résoudre une dernière question, qui ne manque pas d'intérêt; c'est celle de déterminer l'époque à laquelle il convient d'agir.

Certes, personne ne conseillera d'attendre que les kystes aient atteint un volume énorme et tel qu'il en résulte un trouble notable dans les fonctions des viscères de la poitrine ou du ventre. Mais, d'un autre côté, quel est le praticien prudent qui osera porter la main sur une tumeur récente, d'un petit volume, dont l'accroissement est à peine sensible, et qui n'amène aucun dérangement dans la santé de la femme?

Pour moi, je n'admets l'opportunité de l'opération que dans les cas où il s'agit d'un kyste déjà volumineux, ou en voie d'accroissement assez rapide, de telle sorte qu'on puisse dire que dans un temps peu éloigné il deviendra la source d'incommodités graves.

— Il est cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Le sujet du sixième prix triennal d'Astley Cooper est la *structure et les usages de la glande thyroïde*. Les travaux doivent être adressés, avant le 1er janvier 1859, aux médecins et chirurgiens de *Guy's Hospital*, à Londres. On peut pour de plus amples renseignements consulter l'*Appendice à la troisième série*, vol. II de *Guy's Hospital Reports*.

— *Narcotiques chez les différents peuples*. — La Sibérie a ses fongus; la Turquie, l'Inde et la Chine ont leur opium; la Perse, l'Inde et la Turquie avec toute l'Afrique, depuis le Maroc jusqu'au cap de Bonne-Espérance, et même les Indiens du Brésil ont leur chanvre et leur hachisch; l'Inde, la Chine et l'archipel du Levant ont leurs noix et leur poivre de bétel; les îles de la Polynésie ont leur ava quotidien; le Pérou et la Bolivie ont leur interminable coca; la Nouvelle-Grenade et les chaînes de l'Himalaya ont leurs pommes-épines rouges et communes; l'Asie, l'Amérique et le monde entier, peut-on dire, ont le tabac; les Indiens de la Floride ont leur houx émétique; le nord de l'Europe et l'Amérique ont leur pedum et leur galle douce; les Anglais et les Allemands ont le houblon, et les Français la laitue.

(*Statistique du docteur Johnson*.)

— M. Gosselin commencera son cours d'anatomie générale lundi 17 novembre, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera à la même heure les lundis et vendredis.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Nouveau Dictionnaire pratique de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires (tome IIe) publié avec la collaboration d'une société de professeurs vétérinaires et de vétérinaires praticiens; par MM. H. BOULEY, professeur de clinique à l'École impériale vétérinaire d'Alfort, et REYNAL, chef de service de clinique à la même école. Le prix de ce volume, de 750 pages, est le même que celui du précédent, 7 fr. 50 c. rendu franc de port dans toute la France. — A Paris, chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Traité de pathologie générale, par M. MONNERET, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker. Deux forts volumes in-8°. Prix, 15 fr. — A Paris, chez Béchet jeune, libraire-éditeur, rue Monsieur-le-Prince, 22.

De l'ophthalmoscope, par le docteur L. DE LACALLE, chef de clinique de M. le docteur Desmarres. Thèse in-4° avec fig. Prix, 3 fr. 50 c. Paris, 1856. Chez Leclerc, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 14.

Notice sur le commerce du lait destiné à l'alimentation de la population parisienne; par M. A. CHEVALLIER, chimiste, membre de l'Académie de médecine, du conseil de salubrité, etc. — A Paris, chez Penaud frères, rue du Faubourg-Montmartre, 10.

Mémoire sur la pince à séquestre; par M. J. E. CORNAY (de Rochefort. In-4°. Prix: 1 fr. 25 c. — Paris, chez Labé, place de l'École-de-Médecine, 4.

Manuel de l'allaitement et de l'hygiène des enfants nouveau-nés; par M. L. CHANDELUX, d.-m. Un vol. in-18. Prix: 2 fr. — Paris, chez Victor Masson.

Le Gérant,
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 134. — SAMEDI 15 NOVEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 134. — SAMEDI 15 NOVEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Deux cas d'ictère grave.

Un homme de trente-deux ans, employé, entre à l'hôpital de la Charité (service de M. le professeur Andral, M. Bernard suppléant) le 14 septembre. Cet homme, qui est d'une forte constitution, d'une haute stature, accuse depuis plusieurs années des douleurs d'estomac ; il n'a jamais eu la jaunisse ; tout en se plaignant sans cesse, il a toujours conservé son embonpoint, si bien qu'il passait pour hypocondriaque. Huit jours avant son entrée à l'hôpital, il a été pris subitement de frissons, de fièvre, avec sentiment de prostration, d'anéantissement ; douleur extrêmement vive dans l'abdomen, surtout du côté droit ; démangeaisons à la peau ; anorexie, soif. Le lendemain 9 septembre, la peau a pris une teinte ictérique, et en même temps est survenu du délire, de l'agitation et un abattement plus profond. Le 12, épistaxis abondante ; le même jour et le jour suivant, le malade a rejeté du sang en toussant et en vomissant. Enfin un gonflement douloureux de la face est survenu le 13. L'invasion de la fièvre a été soudaine, le malade la compare à un *coup de foudre ;* il ne sait à quelle cause l'attribuer, mais il est permis de supposer, d'après quelques renseignements, que cet homme a éprouvé dans ces derniers temps des émotions morales violentes.

On prescrit des sangsues et ventouses sur le côté droit de l'abdomen ; purgatifs, sinapismes aux mollets : le tout sans succès.

Le 15 septembre, lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital, on constate les particularités suivantes :

Coloration de la peau jaune orangé ou mieux jaune de safran ; çà et là, surtout aux bras, petites taches de pourpre, dont quelques-unes sont vésiculaires ; on voit aussi par places la trace des ongles, indiquant l'intensité du prurit au début. La conjonctive et la muqueuse buccale participent à la teinte ictérique des téguments. Décubitus dorsal ; facies typhoïde ; intelligence assez nette ; mais aussitôt qu'on cesse d'interroger le malade, il tombe dans l'assoupissement ; il a conscience de la gravité de son état. Dans la nuit, il y a eu du délire. Résolution des membres ; bourdonnements d'oreilles, éblouissements, vertiges quand le malade essaye de se mettre sur son séant. Ni céphalalgie ni douleurs dans les membres, seulement un sentiment de brisement dans les articulations. Pupilles à peu près normales ; le malade ne paraît pas voir les objets en *jaune*. Les démangeaisons ont disparu. Peau brûlante, sèche ; 120 pulsations par minute, petites, molles, régulières. Battements du cœur normaux ; pas de bruit de souffle. Lèvres un peu sèches ; la langue ne peut être tirée, à raison d'une parotide très-douloureuse placée à gauche ; la pointe de la langue est rosée et humide. Crachats salivaires contenant de petits caillots qui proviennent sans doute de la dernière épistaxis. Déglutition difficile, anorexie, soif des plus vives. Pas de nausées en ce moment. Abdomen légèrement ballonné, douloureux partout, mais principalement dans la région hépatique, qui ne peut être examinée que très-incomplétement par la percussion. Le foie *paraît* un peu volumineux ; pas de douleur à l'épaule droite. Gargouillement dans les fosses iliaques. Depuis la veille, garde-robes abondantes, liquides ; celles de ce matin sont noires et très-fétides, elles sont rendues involontairement ainsi que l'urine. Celle-ci teint le linge en jaune ; elle n'a jamais été sanglante. Le malade accuse par moments un peu de dyspnée. Bruit respiratoire normal. — Julep avec sulfate de quinine, 1 gramme ; vésicatoire sur le côté droit.

Dans la journée du 15, persistance des mêmes phénomènes ; la prostration devient plus profonde, le délire plus continu.

Dans la nuit du 15 au 16, l'agitation est extrême.

Mort le 16, à six heures du matin.

A l'autopsie, on trouve la plupart des tissus imprégnés de matière colorante biliaire ; mais tous les organes, examinés avec soin, paraissent à l'état normal. Le foie, un peu augmenté de volume, fortement coloré par la bile, est sain d'ailleurs. Aucune oblitération des canaux biliaires.

— L'auteur de cette observation insiste avec raison sur l'absence bien constatée de toute lésion anatomique susceptible d'expliquer dans ce cas, soit la production de l'ictère, soit sa gravité insolite. On sait que dans ces derniers temps plusieurs médecins de l'Allemagne ont signalé comme altération caractéristique de l'ictère typhoïde une atrophie spéciale du foie qu'ils désignent sous le nom d'*atrophie jaune aiguë*. Mais cette lésion est-elle primitive, est-elle secondaire ? Le nombre assez considérable de faits où l'absence de toute lésion a été constatée rend la dernière supposition au moins très-probable ; ce qui tendrait à faire considérer l'atrophie du foie comme une conséquence du contact dissolvant de la bile avec les cellules du parenchyme hépatique. Toutefois, ceci n'est encore qu'une hypothèse, car dans bien des cas (et celui que nous venons de rapporter en est encore une preuve) on ne trouve à l'autopsie aucune condition particulièrement favorable à ce contact prolongé, ni rétrécissement, ni oblitération des voies biliaires.

Quant à la diathèse hémorrhagique et aux accidents cérébraux dont la maladie est accompagnée, leur explication laisse encore beaucoup à désirer. On conçoit difficilement que la bile, liquide presque toujours inoffensif, comme le prouve la bénignité habituelle de l'ictère, puisse donner lieu aux symptômes formidables qui ont valu à certains autres ictères les noms de *grave*, *malin*, *typhoïde*, et qui aux yeux de quelques pathologistes ne sont autre chose que des fièvres jaunes sporadiques. Les idées suivantes, émises par l'auteur de l'observation dont il s'agit, nous paraissent mériter considération ; elles se fondent sur les données de la physiologie, qui montrent dans le foie non-seulement un organe de sécrétion, mais encore un organe d'hématose. « L'une des fonctions du foie consiste à imprimer à la composition du sang des modifications particulières. Pour le cas exposé plus haut, il est rationnel d'attribuer le purpura, l'épistaxis, le melæna, au défaut de cette élaboration encore mal connue que subit le sang en traversant le foie... On peut admettre, en outre, que les fonctions de cet organe étant profondément troublées, il en résulte tout ensemble, comme deux phénomènes parallèles en quelque sorte, et nullement subordonnés l'un à l'autre :

» 1° Un ictère, par suite d'une altération de la sécrétion biliaire ;

» 2° Un changement de composition du sang, de la tendance aux hémorrhagies, et manifestation d'une série de phénomènes nerveux.

» Ainsi envisagée, la malignité de l'ictère et de quelques autres maladies hépatiques s'expliquerait peut-être mieux que la malignité d'une foule d'autres affections où l'altération du sang ne peut être attribuée qu'à des causes encore plus hypothétiques. »

— M. E. Fritz, chef de clinique médicale à Strasbourg, vient de publier l'observation d'un nouveau cas de guérison d'ictère grave. Nous croyons devoir le rapprocher de celui qui précède.

Il s'agit d'un garçon de labour, âgé de vingt-cinq ans, qui, à la suite d'un refroidissement, ressentit de la fièvre, de la lassitude, de la céphalalgie, des vertiges, des douleurs vives et des *crampes* dans les jambes, de l'anorexie, des nausées sans vomissements ; pas de diarrhée.

Les jours suivants, délire ; nulle douleur à la région hépatique. Le début de la jaunisse ne peut être fixé.

A son entrée dans les salles de M. le professeur Wieger (28 août), le malade présente un ictère intense, un état typhoïde, de la sensibilité à la région du foie : cet organe dépasse de deux travers de doigt le rebord costal. — 25 sangsues.

Le 29, mêmes phénomènes, de plus hémorrhagie nasale, qui exige le tamponnement ; les piqûres des sangsues appliquées la veille saignent encore ; elles sont cautérisées avec le nitrate d'argent. Le pouls est petit, la langue sèche ; crampes douloureuses dans les mollets, pas de délire. — Eau d'Ems, décoction de quinquina acidulée.

Le 30, même état de stupeur, pas de délire ; il y a eu du sommeil ; chaleur naturelle. L'hypocondre droit toujours sensible. Pas de selles depuis deux jours. — 2 lavements émollients, décoction de quinquina, eau vineuse.

Le 1er septembre, ictère plus foncé ; le malade est très-assoupi, mais la fièvre diminue. Une selle décolorée, grise, non liquide. Le foie *ne dépasse plus* les fausses côtes qu'à l'épigastre. Crampes douloureuses. — Limonade sulfurique.

Le 2, l'ictère diminue ; moins de stupeur ; douleur à la région du foie accusée par le malade ; amaigrissement considérable, voix presque éteinte. Roideur particulière des muscles des extrémités ; on éprouve une certaine résistance à fléchir les articulations. Crampes revenant de temps en temps. Pouls à 84, mou. — Eau fraîche, bouillon.

Le 3, même état ; pas de selles depuis deux jours. — Cataplasmes *loco dolenti*, limonade, lavement apéritif.

Le 4, amélioration ; deux selles grises.

Le 5, la douleur à l'hypocondre et les crampes ont cessé ; pas de garde-robe.

Le 6, facies naturel, selles colorées. — Manne, 60 grammes.

Le 7, l'ictère a encore diminué ; tous les symptômes cérébraux ont disparu ; amertume de la bouche. Sept selles colorées. — Limonade gazeuse, 2 soupes.

Les jours suivants, décroissement assez rapide de la teinte jaune, desquammation furfuracée de la peau.

Le 6 octobre, la convalescence est complète ; le foie s'étend depuis 1 centimètre au-dessous du mamelon jusqu'à 1 centimètre du rebord des fausses côtes à l'hypocondre, et dépasse de deux travers de doigt l'appendice xyphoïde.

Nous ne reproduirons pas les réflexions dont M. Fritz fait suivre cette observation. Nous dirons seulement que, lorsque ce médecin déclare qu'il y avait *évidemment* atrophie du foie et atrophie aiguë, il nous semble accorder aux résultats de la percussion une valeur trop grande : l'exploration la plus habile sur le vivant ne saurait donner une certitude absolue quand il s'agit d'affirmer l'existence d'un état anatomique.

Mentionnons en terminant l'opinion ingénieuse de M. Fritz, qui attribue les crampes et la rigidité des membres observés chez son malade à l'altération profonde de la composition du sang.

De l'emploi de l'appareil à pointes métalliques dans les fractures de la jambe.

Nous avons déjà signalé, il y a plusieurs années, l'ingénieux appareil imaginé par M. Malgaigne pour réduire et maintenir rapprochés les fragments dans les fractures obliques de la jambe ; fractures au sujet desquelles M. Velpeau a toujours porté jusqu'ici aux chirurgiens le défi d'obtenir la guérison sans raccourcissement. A l'époque où nous avons fait connaître cet appareil, qui est devenu depuis, pour M. Malgaigne, le point de départ d'une sorte de système général de réduction des parties osseuses, quelques faits avaient déjà témoigné en faveur de son efficacité ; mais ils n'étaient encore ni assez nombreux ni assez variés pour permettre d'apprécier et de juger définitivement la valeur de la méthode. Les faits se sont multipliés depuis, et nous avons pu, à défaut d'une observation directe suffisante, nous faire une idée des effets de l'appareil de M. Malgaigne et des services qu'il est appelé à rendre dans le traitement des fractures compliquées de la jambe, par la lecture d'une très-bonne thèse que M. Arrachart a soutenue récemment sur ce sujet. On trouve, en effet, dans cette thèse des faits en nombre suffisant pour constituer une petite statistique qui permette d'apprécier l'utilité de cette méthode.

Rappelons d'abord en quoi elle consiste :

L'appareil de M. Malgaigne se compose, comme on le sait, d'une sorte d'arc en forte tôle embrassant les trois quarts antérieurs de la jambe à une distance d'un travers de doigt, muni de mortaises à ses deux extrémités pour recevoir le lien qui doit le fixer autour de la jambe, et à son centre d'un écrou à travers lequel descend une vis de pression à pointe très-aiguë. Le membre, placé sur un plan incliné, et l'arc disposé autour de la jambe, au niveau du fragment déplacé, de manière que la vis soit dirigée dans le sens le plus favorable pour le comprimer efficacement, celle-ci, aussitôt que la réduction est opérée, est implantée à travers les téguments sur la face de l'os, et maintenue au degré de pression convenable à l'aide du lien.

Cette partie principale de l'appareil, telle que l'employait primitivement M. Malgaigne, et telle qu'elle a été décrite il y a deux ou trois ans, a dû être modifiée depuis, à cause de quelques inconvénients que l'expérience a fait reconnaître. En effet, le premier principe de l'application de cet instrument est que la pointe de la vis tombe d'à-plomb sur la face de l'os que l'on veut maintenir réduit, et qu'elle ne puisse ni glisser ni se déplacer. Or, l'écrou de la vis étant fixe sur l'arc, il en résulte, suivant la direction et le degré de déplacement des fragments, qu'on est obligé quelquefois d'incliner l'arc d'un côté ou de l'autre, de manière que l'une de ses extrémités ne portant pas sur les attelles latérales ou sur les côtés de la gouttière, manque de point d'appui. Ou bien en serrant la boucle, après avoir ajusté l'arc et la vis, l'extrémité de l'arc qui se trouve dans le sens de la traction s'abaisse plus ou moins, et la direction donnée d'abord à la vis en est d'autant changée. On a

obvié à ces divers inconvénients en modifiant l'appareil de la manière suivante :

La lame de tôle est remplacée par une lame d'acier, sur le milieu de laquelle on a enlevé une bandelette large de 1 centimètre, de sorte que la vis, portée par un écrou mobile, en peut parcourir toute la longueur. L'écrou est ensuite fixé solidement au point voulu contre la lame par deux petites vis de pression.

Les cas pour lesquels la pointe métallique a été le plus fréquemment appliquée sont des cas de fractures obliques avec saillie opiniâtre, sous la peau, d'un des fragments, saillie contre laquelle les autres appareils employés avaient échoué.

Dans les observations consignées dans ce travail, il n'y avait que deux fragments pour chaque os. Lorsque le tibia et le péroné sont fracturés en plusieurs endroits, son emploi est naturellement beaucoup moins efficace.

Le moment opportun pour l'application varie suivant diverses circonstances. Dans les observations recueillies par M. Arrachart, la pointe métallique a été appliquée tantôt immédiatement après l'entrée du malade à l'hôpital, ou bien sept, dix, quinze et même vingt jours après l'accident, suivant que les indications étaient plus ou moins pressantes, suivant qu'on essayait plus ou moins longtemps de maintenir la fracture réduite par un autre appareil.

L'application immédiate de la pointe n'a été suivie d'aucun accident.

La durée de l'application a dû varier nécessairement selon que la consolidation se faisait plus ou moins rapidement; la pointe est restée appliquée depuis treize jours jusqu'à cinquante-quatre. Dans ce dernier cas, il s'agissait d'une fracture compliquée de plaie et d'esquilles.

En réunissant toutes les observations publiées jusqu'à ce jour à celles qu'il a recueillies lui-même, M. Arrachart est arrivé au chiffre de 21. Sur ces 21 cas de fractures, 13 sont simples ou avec esquilles, mais sans complication de plaie; 6 se sont compliqués de plaies avec issue de l'un des fragments; les 2 derniers sont des cas de fracture avec luxation du pied.

Voici les principaux résultats qui ressortent de l'examen de ces faits, au double point de vue de l'innocuité et de l'efficacité de l'appareil à pointe métallique.

La douleur paraît avoir été en général très-supportable, et même dans quelques cas presque nulle. Presque toujours, pendant tout le temps de l'application de la pointe, l'appétit a été naturel, le sommeil calme. La plaie produite par la pointe s'est ordinairement cicatrisée en quelques jours. Dans un cas, on a observé un petit tubercule osseux à l'endroit d'implantation de la vis, qui persistait encore dix-sept mois après, mais sans faire souffrir le malade.

Dans un autre cas, il s'est formé autour de la pointe un petit abcès, qui a rapidement guéri. L'un des accidents les plus graves a été une dénudation du tibia dans une étendue de 1 à 2 millimètres, existant encore deux mois après l'enlèvement de l'appareil.

Il y a eu enfin deux cas de mort; voici dans quelles circonstances :

Chez un malade atteint de luxation de l'épaule droite et de fracture oblique de la jambe gauche, il s'est formé dans le foyer de la fracture un phlegmon profond et une suppuration abondante qui a entraîné la mort. L'autopsie a démontré d'ailleurs que le foyer ne communiquait pas avec la petite plaie causée par la pointe, et qu'il était par conséquent plus naturel de mettre les accidents produits sur le compte même de la lésion traumatique et de la violence de la cause vulnérante que sur le compte de la pointe métallique.

Dans le second cas, la plaie produite par l'issue du fragment s'est compliquée de pourriture d'hôpital ; mais la plaie de la pointe est restée jusqu'au dernier moment dans un parfait état de simplicité.

Voici, en résumé, les faits que l'on peut considérer comme les preuves de l'efficacité de la méthode. Dans tous les cas, on a vu la pointe abaisser instantanément la saillie du fragment osseux; la réduction, il est vrai, n'a pas toujours été absolument parfaite. Comme résultats définitifs, M. Arrachart a trouvé, pour les 12 cas de fracture sans plaie, 10 malades guéris sans traces de raccourcissement ni de difformité ; chez quelques-uns, la fracture n'était plus reconnaissable, ou bien il restait un léger renflement sur la face interne du tibia. Dans les deux autres cas, on sentait sous la peau une saillie de deux millimètres environ; la réduction n'avait pas pu tout d'abord être obtenue complétement, malgré la plus forte pression. Le minimum du temps employé pour obtenir la consolidation a été de 40 jours, le maximum de 65. Sur les cinq cas de fractures compliquées de plaie, l'une a été consolidée en 46 jours, une autre en deux mois, deux en trois mois.

Des deux cas de fracture avec luxation, l'un a parfaitement guéri, la pointe est restée appliquée 17 jours; dans l'autre, elle est restée 30 jours, et le lendemain la luxation se reproduisait.

Si l'on rapproche ces résultats de ceux qui ont été obtenus jusqu'ici par les autres méthodes, et qui ont passé pour les plus favorables, on pourra voir que l'avantage reste à l'appareil de M. Malgaigne. Cet avantage sera peut-être plus sensible encore si l'on tient compte de la simplicité de l'appareil et de la facilité avec laquelle il s'applique. Cette méthode a enfin, en outre, le double avantage de laisser le membre à découvert, de ne point exiger l'extension permanente et de maintenir très-solidement les fragments en contact, en évitant les dangers d'une compression forte et prolongée sur les téguments. Il faut ajouter toutefois qu'elle ne nous paraît pas si complétement exempte de danger qu'il ne convienne d'en surveiller attentivement les effets.

Traitement de la dyssenterie par le perchlorure de fer.

Le perchlorure de fer est à la période des essais et des tâtonnements; il n'est pas de jour qu'on n'en propose quelque application nouvelle. Sauf à compter plus tard avec les résultats et à dégager de ces nombreuses tentatives la part légitime de l'expérience, notre devoir, provisoirement, est d'inscrire les faits à mesure qu'ils se produisent.

M. le docteur Ed. Blanvillain, médecin en chef de l'hôpital militaire de Belle-Isle en Mer, nous fait connaître en ces termes les résultats des essais qu'il a faits du perchlorure de fer dans le traitement de la dyssenterie. Il a été amené à employer ce médicament par la pensée que, doué à un haut degré de la puissance hémostatique, il pourrait modifier, sinon arrêter complétement, l'entérorrhagie. Les résultats de l'expérience sont venus justifier cet essai, et il a pu observer sur lui-même son efficacité.

« Ayant contracté la dyssenterie dans les fatigues du service des tranchées au siége de Sébastopol, il y a environ seize mois, j'en étais arrivé, dit-il, à avoir jusqu'à trente évacuations de sang par jour, avec des épreintes et du ténesme fort douloureux. Après avoir vainement employé plusieurs moyens, tels que les féculents, les opiacés à haute dose, les toniques, le calomel, etc., je fus amené à tenter l'emploi du perchlorure de fer comme devant être un agent hémostatique, ou du moins modificateur.

» Voici ce qui se passa après la première prise du médicament à l'intérieur : le sang disparut complétement dans les évacuations alvines, les matières fécales se présentèrent sous un aspect noirâtre, comme de la boue d'encre, indice certain de la présence des préparations de fer. Dans la journée, les selles perdirent leur couleur noire et devinrent verdâtres; vers le soir il reparut quelque peu de sang mélangé; une nouvelle potion fut prise le lendemain matin; les selles redevinrent noires, puis verdâtres, puis jaunes, et le sang n'a plus reparu. La dyssenterie a été promptement convertie en diarrhée, laquelle a cédé au bout d'un certain temps aux moyens usuels. »

Ce fait ne manqua pas de frapper assez vivement l'attention de notre confrère, et lui donna l'idée d'employer sur d'autres malades le médicament qui venait d'avoir sur lui un résultat si avantageux. Une vingtaine de cas bien constatés et observés avec soin, furent soumis au même traitement, avec cette seule modification, qu'au lieu de donner seulement le médicament en potions, il le fit administrer conjointement en injections intestinales. Les phénomènes produits furent ceux qui viennent d'être indiqués plus haut. Chez tous ces malades, la dyssenterie fut convertie en diarrhée, et cette dernière amenée à guérison assez promptement par les moyens habituels.

Depuis son retour en France, M. Blanvillain a eu l'occasion d'observer quelques nouveaux cas isolés de dyssenterie. Il les a également soumis au traitement par le perchlorure de fer. Les symptômes et la terminaison ont été les mêmes. Il se propose de continuer ces expériences à la première occasion favorable.

Dans les cas dont il vient d'être question, le perchlorure de fer a été employé à la dose de 6 à 12 gouttes dans une potion sucrée, et à la dose de 12 à 20 gouttes dans un lavement.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Larrey.

Plaie de l'artère humérale par un fragment de verre ayant pénétré à la face externe et moyenne du bras. — Anévrysme diffus opéré par l'ouverture du foyer et la ligature du vaisseau au-dessus et au-dessous du point lésé. — Guérison.

Le nommé Forin, soldat au 1er régiment d'artillerie, était occupé, le 16 août 1856, à fermer une fenêtre dont une des vitres supérieures se trouvait cassée, lorsqu'un fragment de verre s'en détachant est tombé sur la face externe et moyenne du bras, au niveau du bord externe du biceps, en faisant à la peau une plaie à peu près transversale, d'une longueur d'environ 2 centimètres. Immédiatement, hémorrhagie abondante et jet, qui est arrêtée aussitôt par un bandage compressif appliqué sur la plaie même.

On envoie le jour même le blessé au Val-de-Grâce; mais l'hémorrhagie ne reparaissant pas, le pansement est laissé en place pendant les journées du 16 et du 17.

Le 18, l'appareil est enlevé. Les bords de la petite plaie, dont on ne peut constater la profondeur ni la direction, commencent à s'agglutiner. Plus d'hémorrhagie; mais il existe une tuméfaction notable occupant la face interne et antérieure du bras, depuis le bord axillaire jusqu'au pli du coude, due à une suffusion sanguine dans le tissu cellulaire, avec teinte ecchymotique de la peau, sans expansion ni battements appréciables; ce qui, à la rigueur, permettrait de supposer seulement la lésion de la veine céphalique. Deux serre-fines sont placées pour maintenir les bords de la plaie accolés. Fomentations froides.

Le 20, l'infiltration sanguine a fait des progrès; elle descend du pli du bras jusqu'au poignet, en suivant exactement les gaînes des artères radiale et cubitale. D'un autre côté, le creux axillaire commence à s'effacer. Dans la région du bras, le gonflement a pris des proportions considérables. Le membre a triplé de volume; l'épanchement sanguin occupe actuellement les faces interne antérieure et externe, et n'est arrêté en arrière que par les bords du triceps. La peau a une teinte violacée légèrement verdâtre. Les téguments sont fortement tendus. Douleurs vives.

Le 21, un examen attentif fait reconnaître au niveau de la plaie et en dedans, sur le trajet de l'artère brachiale, dans une étendue de 5 centimètres, des battements artériels manifestes, isochrones au pouls; l'expansion est même assez forte pour soulever le doigt d'une façon appréciable à la vue. L'auscultation n'y fait rien entendre. Autour de ce point central, dans le reste du bras, en haut et en bas, où la tuméfaction est cependant aussi considérable, les battements ne sont point transmis.

Il y a donc lésion de l'artère humérale au niveau de la plaie extérieure, et anévrysme diffus dans les gaînes celluleuses antérieures du bras, quelque étrange que soit le fait de sa production; car il faut admettre que le fragment de verre a pénétré directement de dehors en dedans en passant à travers ou derrière le biceps, pour venir atteindre en dedans de lui l'artère brachiale, et ressortir ensuite par la plaie. — Bandage roulé compressif depuis la racine du membre, qui est placé sur un coussin élevé; glace en permanence.

Du 21 au 25, le gonflement du bras arrive au dernier degré que lui permet d'atteindre l'extensibilité des tissus. L'ecchymose de la peau passe à la teinte jaunâtre. La plaie est cicatrisée. Les battements artériels se font sentir maintenant dans toute l'étendue de la face antérieure et externe. Le pouls de la radiale est moins fort et moins plein que celui du côté sain. Un peu d'œdème à l'avant-bras et à la main. Douleurs pulsatives intenses s'irradiant vers l'épaule ; fourmillements dans les doigts.

A partir du 25, on observe tous les symptômes d'un véritable phlegmon dans le bras : rougeur inflammatoire de la peau ; chaleur, tension, douleurs pongitives, fièvre, insomnie, etc. On cesse la compression, qui est douloureuse, et l'application de la glace. — 20 sangsues; cataplasmes.

Les 27, 30 août et 1er septembre, applications de 20 sangsues.

Le 2, la fièvre tombe; les symptômes inflammatoires locaux sont apaisés; le volume du bras a diminué; la tuméfaction tend à se limiter à la région antérieure, où on sent toujours les pulsations. L'œdème de l'avant-bras et de la main s'est en grande partie dissipé.

Le 6, l'affection est maintenant tout à fait limitée à une tumeur occupant la partie moyenne et antérieure du bras; tout le reste du membre a repris son apparence normale.

La tension et la douleur sont moindres. La fluctuation y est manifeste et pourrait faire supposer l'existence d'un foyer purulent en avant de la poche anévrysmale. Les battements, toujours perceptibles, semblent plus profonds et plus sourds; mais la circulation, quoique affaiblie, continue à se faire dans les artères de l'avant-bras. A la suite de l'inflammation phlegmoneuse, les bords de la plaie, qui étaient cicatrisés, se sont désunis; l'espace formé par leur écartement est bouché par un petit caillot noirâtre, solide, adhérent, faisant une légère saillie au dehors. Mais pendant les jours suivants, ce petit caillot s'affaisse, et la plaie se cicatrise de nouveau.

Du 10 au 14, l'œdème se reproduit à l'avant-bras et à la main, la peau prend une teinte bleue cyanosée, indiquant une gêne de la circulation. Les fourmillements dans les doigts reparaissent plus intenses, et ne laissent aucun repos au blessé, qui devient très-inquiet. La tension augmente de nouveau dans la tumeur, dont les parois s'indurent, malgré une nouvelle application de sangsues. Le tissu cellulaire du creux de l'aisselle s'engorge; l'engourdissement gagne tout le membre.

Le 15, M. Larrey reconnaît dans cette recrudescence de symptômes graves l'opportunité d'une opération radicale, c'est-à-dire la ligature du vaisseau. Lier l'artère axillaire dans le creux de l'aisselle, était ce qu'il y avait de plus simple et de plus facile; cependant M. Larrey préféra suivre la méthode qui consiste à ouvrir largement la poche anévrysmale, à la vider, à rechercher le point lésé du vaisseau et à jeter un fil au-dessus et au-dessous. Il lui parut que dans le cas présent cette manière d'agir, quoique présentant plus de difficultés, offrait plus de chances de réussite, outre qu'il n'était pas impossible qu'une collection purulente se fût formée au-devant du foyer sanguin à la suite de l'inflammation phlegmoneuse qui avait eu lieu.

En conséquence, tout étant prêt pour la ligature, le malade soumis à l'action du chloroforme et la compression faite dans le creux de l'aisselle, M. Larrey, aidé dans cette opération par M. Legouest, agrégé de l'Ecole du Val-de-Grâce, pratique avec un bistouri droit, à la partie supérieure et interne du bras, un peu au-dessous du bord axillaire, sur le trajet de l'artère, une ponction dans le foyer sanguin. Aussitôt, des caillots se présentant, cette ponction devient sans désemparer le point de départ d'une incision longue de 11 centimètres, descendant en suivant la direction de l'artère.

Le sac anévrysmal, ainsi largement ouvert, est vidé des caillots sanguins qu'il contient; le bord interne du biceps, qui est intact, reconnu, l'artère est facilement mise à découvert, et fort heureusement dans le point où elle a été atteinte, correspondant au niveau de la plaie extérieure. On constate sur la paroi externe de l'artère une ouverture longitudinale de 7 à 8 millimètres d'étendue, dont les bords, un peu écartés et renversés en dehors, sont constitués par la tunique moyenne. Il semble qu'à la paroi interne il existe une autre petite plaie.

Deux fils sont placés l'un au-dessus, l'autre au-dessous de ces deux points, comprenant ainsi environ un pouce du tube artériel entre les deux ligatures. Les fils sont fixés hors de la plaie. — Boulettes de charpie, pansement simple.

Le membre est placé horizontalement, enveloppé de ouate, entouré de boules d'eau chaude qui l'entretiennent dans une douce chaleur, qu'on prend soin de ne pas exagérer.

La compression dans l'aisselle avait été maintenue pendant tout le temps de l'opération, qui du reste n'exigea que très-peu d'instants; la perte de sang fut peu considérable.

Quant aux caillots extraits, ils sont noirs, épais, solides, ayant la forme des interstices musculaires; quelques-uns même sont en grande partie fibrineux, blanchâtres; ainsi l'un d'eux se termine par une languette mince de fibrine qui s'est exactement moulée dans l'interstice du biceps et du brachial antérieur. A peine les ligatures étaient-elles posées que l'avant-bras et la main devinrent froids et pâles, et le malade en perdit immédiatement la sensation.

Le 16 septembre, aucun accident; pas de sommeil; mais pas de douleur; un peu de fièvre, 120 pulsations. Absence complète du pouls radial. La sensation des doigts et de la main est revenue. Le pansement est laissé en place. Chaleur artificielle maintenue au même degré.

Le 17, levée de l'appareil. Etat très-satisfaisant de la plaie; très-peu d'œdème dans l'avant-bras, coloration normale de la peau.

Le 19, la fièvre diminue, 104 pulsations. On commence à percevoir le pouls radial, très-petit, très-fin, mais cependant suffisamment développé pour permettre de compter les pulsations. Pendant le pansement plusieurs gros caillots adhérents au fond de la plaie sont détachés; celle-ci a un très-bon aspect, à part la coloration et l'odeur résultant de la présence du sang dans le foyer. Même pansement. On diminue progressivement l'action de la chaleur artificielle.

Le 20, 100 pulsations, un peu d'appétit, sommeil, pas de douleurs. On cesse l'emploi de la chaleur artificielle.

Le 23, plus de fièvre, 80 pulsations; appétit; aucune douleur. Les fils de la ligature tombent spontanément pendant le pansement; leur chute n'est accompagnée d'aucun écoulement sanguin. La plaie se nettoie bien; un lambeau de tissu cellulaire mortifié reste adhérent au fond contre l'artère; on le laisse à cause de cette circonstance. Les bourgeons charnus commencent à se développer; les téguments sont revenus sur eux-mêmes, et le bras a repris son volume normal. Aucun œdème à l'avant-bras; le pouls radial est maintenant très-appréciable.

Le 25, pendant le pansement le lambeau de tissu cellulaire mortifié près de l'artère se détache; suppuration abondante, de bonne nature. Le bord interne du biceps est à nu, mais les bourgeons charnus se développent rapidement, et les bords de l'incision reviennent sur eux-mêmes.

A partir de ce jour, aucun accident; marche rapide vers la cicatrisation, qui aujourd'hui, 26 octobre, est complète. La cicatrice est linéaire, un peu adhérente; le membre est un peu amaigri; les mouvements sont à peine gênés par le tiraillement et l'adhérence de la cicatrice, et surtout par la roideur de l'articulation du coude.

Quant au pouls radial, chose notable, il n'est pas sensiblement plus développé aujourd'hui que lorsqu'il a commencé à reparaître.

MALADIES DES YEUX. — M. Tavignot.

De la cure radicale de la tumeur et de la fistule lacrymales (1).

Obs. VIII. — *Fistule lacrymale (3e espèce); dilatation préalable du canal et injections iodées; excision des conduits; guérison.*

En janvier 1855, je fus consulté par M. E. R..., négociant, âgé de quarante-six ans.

Son affection remonte, suivant lui, à trois ans ou trois ans et demi tout au plus, et il fait jouer un rôle important pour expliquer son développement à une affection syphilitique beaucoup plus ancienne, interprétation des faits que je rejette tout d'abord en l'absence des caractères propres à la tumeur lacrymale vénérienne que j'ai décrite ailleurs avec détails (*Journ. des conn. méd.-chirurg.*, 1848; *De la tumeur lacrym. vénér.*), et en l'absence également de manifestations syphilitiques dermo-muqueuses ou cellulo-fibreuses coexistantes.

Quoi qu'il en soit, ce n'est que depuis trois ou quatre mois que la tumeur s'est convertie en fistule, et que l'ouverture accidentelle du sac donne issue aux larmes et au muco-pus, lesquels s'écoulaient jusqu'alors sous l'influence de la pression digitale par le nez et non par les conduits.

Le traitement a été commencé le 2 et terminé le 21 février.

Il a consisté d'abord dans l'introduction dans le canal nasal, par l'ouverture fistuleuse, de plusieurs cordes à violon de volume différent. Chacune était laissée vingt-quatre heures en place, et le malade se reposait pendant vingt-quatre heures ensuite. Quatre bougies seulement ont d'ailleurs été introduites; puis j'eus recours aux injections détersives et iodées par l'ouverture fistuleuse, à l'application locale de la teinture d'iode, et en dernier lieu à l'excision de la partie antérieure des conduits lacrymaux, laquelle amena une guérison définitive.

J'ai été conduit, dans ce cas particulier, à agir comme je l'ai fait en m'occupant d'abord de traiter et de guérir l'état catarrhal de la muqueuse et le rétrécissement du canal, pour ne pas heurter trop brusquement les préventions de notre malade, qui n'était pas des plus dociles. Il n'y a pas d'inconvénient à agir de la sorte, surtout quand il existe une fistule, ou que l'on a été conduit à pratiquer l'incision de la partie antérieure du sac, car plus vite on tarit la sécrétion muco-purulente, moins on a à craindre son reflux par les conduits lacrymaux et la rupture de la cicatrice si mince qui tend à les oblitérer, rupture qui est encore assez fréquente et qui nécessite parfois une nouvelle excision.

Disons ici pour mémoire qu'il ne faut pas désespérer trop tôt, les précautions sus-indiquées étant prises, de l'occlusion définitive des conduits lacrymaux, même lorsque celle-ci se fait un peu attendre, car le travail de cicatrisation du bord palpébral ne s'effectue pas toujours d'emblée; puis une sorte de rétraction consécutive du tissu cicatriciel finit dans quelques cas par effacer l'orifice resté béant ou par le dévier assez notablement pour annuler son action absorbante.

Obs. IX. — *Tumeur lacrymale (4e espèce); excision des conduits et incision du sac; guérison.*

Notre honorable confrère le docteur Lombard (d'Issy) m'adressa le nommé Paylle, âgé de cinquante-trois ans, blanchisseur à Vanves, affecté depuis dix ans d'une tumeur lacrymale de l'œil droit. Depuis deux à trois mois, la tuméfaction du sac a fait des progrès, et le larmoiement est plus prononcé. En pressant sur le sac distendu et égalant presque le volume d'une noisette, on ne fait rien refluer soit par le nez, soit par les conduits lacrymaux.

Le 29 septembre, je pratique l'excision des deux conduits, et j'ouvre ensuite le sac; il s'en écoule un pus jaunâtre, filant comme du blanc d'œuf et très-abondant. La tumeur s'affaisse, et, pour tout traitement, le malade appliquera sur l'œil des compresses imbibées d'eau froide.

Le 6 octobre, la tumeur ne s'est pas reproduite, grâce à une petite fistule, consécutive à l'incision, qui a persisté trois à quatre jours et donné issue à la matière purulente de nouvelle formation. Cependant, les conduits lacrymaux me paraissant encore perméables, je pratique un complément d'excision pour mieux assurer le succès définitif.

J'ai revu M. P... le 11 ou le 12 octobre, la guérison était complète et définitive, ainsi que l'a constaté depuis le docteur Lombard, médecin ordinaire de notre opéré.

On se demandera sans doute, en réfléchissant un peu aux circonstances caractéristiques de cette observation, comment nous avons été conduit à pratiquer dans le cas particulier l'excision des points lacrymaux alors que le pus, enkysté réellement aux dépens du sac, sans mélange de larmes, était sans issue du côté du canal nasal comme du côté des conduits lacrymaux.

L'explication que nous avons à donner est des plus simples. En effet, de ce que le muco-pus, emprisonné dans le sac, ne peut pas toujours refluer sous la pression du doigt par les conduits lacrymaux, on aurait tort d'en conclure qu'il existe *dans tous les cas* une occlusion réelle et définitive de ces mêmes conduits lacrymaux, occlusion signalée d'ailleurs depuis longtemps par J.-L. Petit, et que Mackensie avait sans doute en vue dans sa description à part d'une espèce de tumeur lacrymale qu'il nomme mucocèle.

Cette absence de reflux peut tenir à deux causes différentes :

1° A la consistance même du muco-pus;

2° A l'obliquité d'insertion des conduits lacrymaux dans le sac, obliquité exagérée par l'augmentation de capacité du sac lui-même.

Dès lors, il importe de prévoir, le sac étant devenu libre, le retour possible des larmes à travers les conduits, et d'agir, en conséquence, en supprimant ces conduits, ou plutôt en les rendant imperméables à leur partie antérieure.

Obs. X. — *Tumeur lacrymale par perforation du conduit inférieur; occlusion de ce conduit après sa cautérisation avec le fer rouge; guérison.*

Le 17 octobre 1847, je fus consulté par M. Garaud, âgé de 66 ans, pour une affection remontant à trois mois. A cette époque, l'œil droit devint rouge, douloureux, larmoyant; la paupière inférieure était tuméfiée et son bord libre renversé en dehors. Le point lacrymal inférieur, dévié en dehors, donne issue, quand on presse avec la pulpe du doigt vers l'angle interne de l'orbite, à une certaine quantité de matière purulente; tout à fait vers l'angle interne de la paupière, un peu au-dessous du niveau du point lacrymal inférieur et en regard de la commissure, existe un conduit fistuleux très-petit; cette ouverture cutanée est arrondie, sans boursouflement ni rougeur; elle a l'étendue d'un point lacrymal ordinaire et laisse suinter par intervalles un liquide transparent analogue aux larmes. A l'aide d'un stylet très-fin, on arrive par cette fistulette dans une cavité formée aux dépens des tissus de la paupière inférieure et capable de loger une amande ordinaire. Après plusieurs tentatives modérées, on peut, sans rompre aucune partie intermédiaire, faire ressortir le stylet par le point lacrymal inférieur. Le même stylet, introduit d'abord par le point lacrymal inférieur, ressort également, après avoir surmonté les mêmes obstacles, par la fistule cutanée sus-indiquée. Il n'existe aucun signe de tumeur lacrymale proprement dite.

Le 22 décembre, pour en finir définitivement avec cette affection, que j'étais parvenu à améliorer par différents moyens, mais non à guérir d'une manière complète, j'introduisis à différentes reprises un stylet rougi à blanc, tantôt par la fistule, tantôt par le point lacrymal, en lui faisant parcourir toute l'étendue qui séparait ces deux extrémités. Je parvins à cautériser assez profondément et le conduit normal des larmes et la cavité anormale dont nous avons parlé.

Le 15 janvier ce résultat était obtenu, et le malade définitivement guéri, ainsi que j'ai pu le constater depuis et à différents temps d'intervalle.

Ce n'est pas là évidemment la tumeur lacrymale des auteurs, et pourtant en ne s'attachant qu'à l'expression technique du mot, nous avions bien affaire, en réalité, à une tumeur formée en partie par des larmes et en partie par du pus sécrété par le tissu cellulaire enflammé. Cette pseudo-tumeur lacrymale, comme on pourrait encore l'appeler, n'avait pas évidemment pour siége le sac lui-même, ainsi qu'on a pu le voir par notre description, et ainsi que cela résulte d'ailleurs de l'examen d'autres faits analogues qu'il m'a été donné de rencontrer depuis.

Nous avions à traiter une fistule du conduit lacrymal, consécutive à un abcès de la paupière, ainsi que je l'ai formulé dans mon diagnostic. Mais il est évident pour moi aujourd'hui que l'abcès lui-même, dans ces sortes de cas, est le résultat d'un travail ulcératif primitif du conduit lui-même, lequel est provoqué par l'action des larmes, absolument comme cela se passe dans la tumeur lacrymale proprement dite, et en vertu des mêmes lois.

On a vu que la suppression du conduit a été suivie de la guérison de la tumeur elle-même. Cette occlusion, que j'ai obtenue dans ce cas particulier avec un stylet rougi à blanc, pourrait l'être également, et d'une manière plus expéditive encore, par la simple excision, ainsi que le démontrent les faits plus nouveaux que nous venons de rapporter.

CAS REMARQUABLE DE PNEUMONIE.

Par M. le Dr Dupau.

Mme Thérèse D..., d'une constitution frêle, âgée de soixante-deux ans, mère de cinq enfants, atteinte de la fièvre typhoïde à quarante-cinq ans, et sujette depuis lors à une gastralgie rebelle; en proie depuis deux ans à un état hystérique caractérisé comme il suit : palpitations épigastriques violentes, intermittentes, sans bruit de souffle ni matité; bâillements fréquents au moment de la crise; émission d'une urine limpide à la fin; clous; lassitudes spontanées.

La maladie qui fait le sujet de cette observation a débuté dans la nuit du 22 au 23 septembre, à trois heures du matin. L'invasion a été brusque et marquée par un frisson intense, une douleur vive en arrière et à droite au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, des vomissements bilieux.

Premier examen, 23 septembre au matin. — Décubitus dorsal; faciès exprimant la souffrance; peau chaude; pouls médiocrement résistant, à 88-90; dix-sept respirations; douleur vive au point mentionné plus haut; souffle bronchique; bronchophonie à droite, en arrière et au sommet. En bas et dans toute la hauteur, râles crépitants, rares; matité. Persistance des vibrations thoraciques; point de toux ni de crachats. — Saignée du bras de 250 grammes.

A la suite de cette opération, lipothymies, nausées, mouvements convulsifs des intestins; expulsion bruyante de gaz par l'anus; selle diarhéique verdâtre; prostration considérable. La malade a le pressentiment d'une fin prochaine. Pouls filiforme; sueur froide générale. — Sinapismes aux extrémités; quelques gouttes de vin dans une infusion de mauve; quelques cuillerées de bouillon.

Le 23 au soir, le pouls se relève; la malade s'intéresse à ce qui se passe autour d'elle. Douleur au niveau du mamelon droit. — Application de sinapismes sur ce point et sur le point douloureux postérieur, qui persiste; suspension du bouillon; tisane vineuse.

Le 24 au matin, le sang obtenu par la saignée du 23 est diffluent; le caillot nage dans une grande quantité de sérosité; il est dépourvu de couenne et se laisse facilement déchirer par le doigt. Pourtant la veine a été largement ouverte, le jet non interrompu. Même décubitus. Coloration rouge des pommettes. Douleur moins vive aux points indiqués plus haut. Pouls à 90; peau chaude. De même pour le reste. — Vésicatoires *locis dolentibus;* potion stibiée à 0,20 pour 120 de véhicule; mauve sucrée.

Les deux premières cuillerées de la potion stibiée ont produit des vomissements nombreux de bile porracée. Quatre selles bilieuses. Le pouls tombe à 78-80. Peau moins chaude, moite. La tolérance s'établit à sept heures du soir. A partir de ce moment, la potion est administrée par cuillerées à bouche toutes les heures. La malade est calme pendant la nuit.

Le 25 au matin, même décubitus; pâleur des pommettes; douleur moins vive; pouls à 84; peau moins chaude, moiteur générale; bouffées de râle crépitant mêlées au souffle bronchique. — Pansement des vésicatoires; potion, tisane *ut suprà.*

Le 26, persistance de la douleur dans les inspirations profondes; chaleur de la peau; pouls irrégulier, oscillant entre 90-110; souffle au sommet; râle crépitant à la partie moyenne; souffle à la base. — Saignée du bras de 250 grammes; potion et tisane *ut suprà.*

Le 27, caillot de la saignée étalé, largi, adhérent aux bords du vase, dépourvu de couenne; les vomissements reparaissent et amènent un état semi-lipothymique; peau fraîche; pouls à 84-85, petit. — Suppression du tartre stibié; mauve sucrée.

Le 28 au matin, état de la peau et du pouls, idem; point de côté disparu, cessation du souffle au sommet et à la base; râle crépitant de retour dans toute la hauteur. Les mouvements imprimés à la malade, la déglutition de quelques gorgées de tisane amènent des nausées et des vomissements.

Dans la nuit du 28 au 29, malaise extrême, plaintes incessantes; peau chaude, pouls à 120. Point de changement dans les phénomènes thoraciques. Douleur vive au niveau de l'épigastre, s'exaspérant par la pression, le poids des couvertures; nausées, vomissements amenant l'expulsion des liquides ingérés dans l'estomac, même en quantité minime; soif vive; appétence extrême des boissons acidules; langue normale. — Saignée de 200 grammes (caillot ferme, rétracté, couenneux); potion avec 0,03 de morphine, par cuillerées à café toutes les demi-heures.

Le 29, même état. — Potion de Rivière, potion à la morphine.

Le 30. Dans la nuit du 29, nausées et vomissements moins fréquents; répugnance insurmontable pour les boissons sucrées; douleur épigastrique violente. (Application de huit sangsues à l'épigastre). Diminution de la douleur épigastrique; fraîcheur de la peau; pouls à 110, dépressible; grande faiblesse; timbre de la voix moins éclatant; râle crépitant dans toute la hauteur; le murmure respiratoire s'entend faiblement. — Potion morphique sans sucre; eau de poulet.

Le 30 au soir, un orage éclate : agitation très-vive de la malade toute la nuit, insomnie opiniâtre. L'eau de poulet n'étant pas tolérée par l'estomac, est administrée en lavement. Peau fraîche. Émission des urines impossible; cathétérisme trois fois dans la nuit.

Le 1er octobre, pouls à 115, irrégulier; douleur épigastrique moindre; la malade avale quelques cuillerées de lait; murmure respiratoire doux dans toute la hauteur en arrière et à droite, mêlé à quelques râles sous-crépitants. Trois cathétérismes dans la journée; dans la nuit, la malade urine sans le secours du médecin.

La potion morphique inspirant du dégoût, est remplacée par le sous-nitrate de bismuth.

Le 2, peau fraîche; pouls, 88-100; émission spontanée des urines facile. Le lait n'est pas conservé; tisane gommeuse. Douleur épigastrique persistant. — Frictions *loco dolenti* avec un liniment opiacé; bouillon.

Le 3, pouls à 80; râles sous-crépitants, rares; murmure respiratoire prédominant; douleur épigastrique moindre; point de vomissements. — Bouillon, vermicelle; friction *ut suprà.*

Le 4, pouls, idem. La percussion, l'auscultation démontrent le retour du poumon à l'état normal. Plus de douleur épigastrique ni de vomissements. Convalescence franche.

Cette observation nous paraît digne de remarque en raison de l'absence :

1° De la dyspnée;

2° De l'expectoration;

3° De la toux, phénomène qui avant l'immortelle découverte de Laënnec eût rendu bien difficile le diagnostic d'un cas semblable;

4° En raison de l'état du sang fourni par les deux premières saignées, phénomène en contradiction manifeste avec une phlegmasie pulmonaire si étendue;

5° En raison de l'affaissement nerveux consécutif à la première

(1) Fin. — Voir les nos des 12, 23 août et 28 octobre.

émission sanguine, affaissement qui démontre une fois de plus la vérité de l'adage :

Sanguis moderator nervorum.

(On se rappelle que notre sujet est hystérique.)

6° En raison de l'état gastralgique qu'est venue traverser la pneumonie, état qui, s'il eût résisté à une thérapeutique rationnelle, aurait infailliblement entraîné la malade au tombeau, à cause des obstacles sérieux qu'il opposait à l'alimentation d'un sujet exténué de faiblesse.

GLYCÉRINE IODÉE CONTRE PLUSIEURS MALADIES DE LA PEAU.

Par M. le docteur Richter (de Vienne).

Cette solution est préparée en faisant dissoudre 1 partie d'iodure de potassium dans 2 parties de glycérine, et versant ce liquide sur 1 partie d'iode qui s'y dissout complétement. Cette solution a sur les solutions alcooliques le grand avantage de ne pas se dessécher; par là les surfaces badigeonnés restent souples, et l'action et l'absorption de l'iode continuent encore longtemps. Pour l'employer, on l'étend sur les parties malades, que l'on recouvre de papier de gutta-percha, pour empêcher l'évaporation de l'iode et pour augmenter la perspiration des endroits touchés. L'appareil fut laissé en place pendant vingt-quatre heures, et le degré de la réaction réglait les pansements consécutifs, comme, par exemple, des fomentations d'eau froide et l'opportunité de nouvelles applications.

La solution iodée détermine de la douleur variable en intensité et en durée selon l'état de la partie malade et la sensibilité de l'individu. Jamais, cependant, il n'y a eu un retentissement général, et les malades n'en furent nullement affectés. Après l'enlèvement de l'appareil, la peau était brune quand elle avait été saine auparavant, et moins colorée quand elle avait été malade. Sur les surfaces ulcérées, on ne trouvait plus de trace d'iode déjà deux heures après l'application. Parfois l'action avait été assez vive pour produire des phlyctènes.

Le résultat des expériences commencées par M. Richter montre que cette teinture agit comme caustique; qu'elle a une action vraiment héroïque contre les différentes formes du lupus; que son efficacité est remarquable contre le goître vasculaire, les ulcères scrofuleux, les ulcères syphilitiques constitutionnels; douteuse contre les chancres primitifs et l'eczéma, et nulle contre le psoriasis. Voici une des observations de lupus guéri :

Homme atteint de lupus hypertrophique depuis son enfance : toute la face était transformée en une masse informe, ulcérée en quelques endroits, et dans laquelle deux trous indiquaient les yeux, et une ouverture circulaire représentait la bouche. La peau du cou était tellement épaissie qu'elle allait en ligne droite du menton au sternum. Pour diminuer les douleurs de l'application de la solution iodée sur une surface aussi étendue, on l'entreprit en deux portions, d'abord le cou et la mâchoire inférieure, et, après leur guérison, le reste de la face. Chaque application causait des douleurs pendant deux heures, et dès la première l'iode se retrouva dans l'urine en grande quantité. L'hypertrophie diminuait peu à peu; les tubercules se fondaient, se recouvraient d'un épiderme d'abord fin, devenant de plus en plus dense, et de petites cicatrices plates. Cinquante-cinq cautérisations, dans l'espace de trois mois, suffirent pour amener une guérison complète et inespérée. (*Wiener med. Wochensschrift.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 novembre 1856. — Présidence de M. Bouvier, vice-présid.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeurs parotidiennes avec crépitation à la pression, écoulement abondant de salive mêlée d'air et de muco-pus, produites par la dilatation du canal de Sténon et de ses divisions.

M. Demarquay présente un malade au sujet duquel il donne les détails suivants :

M. X..., tailleur, âgé de quarante ans, est d'une bonne constitution, jouit habituellement d'une excellente santé, n'a jamais eu aucune maladie de l'oreille ni de la bouche; il d'y a pas de dents cariées. Il ne fait jamais d'excès de table; il fume depuis l'âge de quatorze ans, et consomme actuellement environ 15 grammes de tabac par jour.

Il y a quatre ans, il remarqua de la tuméfaction au niveau de chaque région parotidienne; toutefois, le côté gauche était moins enflé que le droit. Il y éprouvait en même temps une douleur qui augmentait lorsqu'il avait mangé; mais après le repas, la tuméfaction était diminuée. Ces accidents disparurent d'eux-mêmes au bout de cinq jours environ; mais, six mois après, les mêmes phénomènes se reproduisirent, et, comme il souffrait beaucoup, il appliqua des cataplasmes chauds de farine de lin et de sel. Il fut de nouveau débarrassé en cinq jours; il paraît que, depuis, les accidents sont revenus cinq ou six fois dans l'espace de trois ans.

Il y a un an, il s'aperçut qu'il salivait plus qu'à l'ordinaire, et qu'il éprouvait en même temps des douleurs lancinantes dans les régions parotidiennes tuméfiées; ces douleurs étaient assez vives pour troubler son sommeil. Il ne remarquait cependant pas encore de pus dans sa salive; il ne sentait aucune crépitation en pressant sur la partie tuméfiée; pas de tintements ni de bourdonnements dans les oreilles.

Il y avait quinze jours qu'il était dans cet état, lorsqu'il s'aperçut après avoir mangé que la tuméfaction était diminuée, et en pressant sur la tumeur il sentit un peu de crépitation; à ce moment aussi, il remarqua qu'il y avait du pus dans sa salive. Il fit usage, à cette époque, de gargarismes d'eau salée et de cataplasmes; mais, n'obtenant aucune amélioration, il alla consulter un médecin qui lui fit faire des frictions avec une pommade iodurée. Plus tard, il demanda l'avis de M. Velpeau, qui conseilla l'application d'un vésicatoire de chaque côté; mais le malade n'en obtint aucun changement dans son état, et se mit des compresses imbibées d'eau sédative.

Au bout de quatre mois, toute tuméfaction était disparue; le malade éprouvait seulement de temps en temps quelques élancements à l'endroit où elle avait existé, lorsque, il y a deux mois, il ressentit de nouveau dans chaque région parotidienne une douleur très-vive, mais moins forte que précédemment, et s'aperçut qu'il y avait du pus dans sa salive. Il vint alors consulter M. Demarquay; voici ce qui fut constaté :

Les deux régions parotidiennes sont tuméfiées, la droite plus que la gauche; cette tuméfaction est bien limitée au niveau du bord maxillaire inférieur; elle est, au contraire, en quelque sorte étalée dans les autres points de la région et se termine insensiblement. Si l'on y exerce une légère compression, on produit une crépitation fine, rappelant celle de l'emphysème. En explorant la cavité buccale, on observe que les deux conduits de Sténon sont dilatés; ils peuvent admettre dans leur intérieur un stylet de trousse, et en pressant sur la région parotidienne, on fait sortir de la salive contenant des bulles d'air et du pus : le malade dit que la salive qui s'écoule ainsi lui paraît froide. Si l'on vient alors à presser sur les parotides, on ne produit plus de crépitation; la tuméfaction est presque disparue. Enfin, si l'on engage le malade à souffler après avoir fermé la bouche et en pinçant le nez pour empêcher l'air de sortir, on voit les régions parotidiennes se distendre par l'air expiré. M. Demarquay a fait exercer la compression sur chaque région parotidienne au moyen d'une carde de coton et d'une bande en caoutchouc.

M. Morel-Lavallée, en examinant la tumeur, n'a pas trouvé de crépitation multiple; d'après cela et d'après la rapidité avec laquelle la tumeur se vide, il pense que le canal de Sténon et ses grosses ramifications sont seuls dilatés.

M. Demarquay affirme qu'il a toujours senti une crépitation fine, et soutient, en conséquence, que la dilatation gagne les plus petites ramifications du conduit excréteur.

Plaie de l'artère humérale. — M. Larrey présente un malade auquel il a fait allusion dans une précédente séance pour démontrer l'opportunité de la ligature directe des artères blessées accidentellement, et il en résume l'observation rédigée par le docteur Gaujot, son aide de clinique au Val-de-Grâce. (Voir plus haut.)

M. Larrey a cru devoir présenter avec quelques détails cette observation, comme offrant de l'intérêt sous plusieurs rapports : la singularité de la cause vulnérante de l'artère; la manifestation tardive des symptômes de l'anévrysme diffus; la complication phlegmoneuse sans suppuration, l'opération pratiquée un mois après la blessure par l'incision de la poche anévrysmale et par l'interception de la plaie entre deux ligatures; l'intégrité des parois artérielles; l'absence des accidents consécutifs et le rétablissement de la circulation dans le membre.

M. Boinet s'appuie sur cette observation pour soutenir que dans les plaies d'artères accompagnées d'inflammation on doit suivre la pratique de M. Nélaton.

Exophthalmie. — M. Huguier présente une fille qui vient d'entrer dans son service avec une exophthalmie produite par une tumeur de l'orbite. Dans des cas semblables, les chirurgiens ont recours soit à la ligature de la carotide primitive, soit à l'extirpation de la tumeur en enlevant l'œil ou en le couvrant. M. Huguier n'ayant pas plus de confiance dans l'une que dans l'autre de ces méthodes, demande sur ce point l'avis de ses collègues.

M. Guersant, rapprochant ce fait de ce qu'il observe souvent sur des enfants, n'hésite pas à déclarer que cette tumeur est de nature cancéreuse. Il n'admettrait d'opération que l'extirpation simultanée de l'œil et de la tumeur. Mais comme il est possible que cette tumeur ait sa racine à la base du cerveau, il craint qu'on ne puisse l'enlever en totalité. En résumé, il est d'avis de ne rien faire si les progrès du mal ne sont pas très-rapides.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Huguier demande la parole à l'occasion du cas d'hémorrhagie utérine rapporté par M. Demarquay, pour faire observer que l'on doit toujours s'attendre à une hémorrhagie lorsqu'on ampute le col de l'utérus. Plusieurs fois, à la suite d'amputations de cols hypertrophiés, il a vu des hémorrhagies graves qui n'ont pas entraîné la mort, mais qui ont laissé néanmoins pendant longtemps un trouble considérable dans l'économie. Pour éviter ces hémorrhagies, M. Huguier conseille de lier les artères à mesure qu'on les coupe. Cette ligature est difficile à faire, parce qu'on ne peut saisir les artères dans le tissu utérin, ou qu'après avoir été liées elles échappent aux fils. Mais M. Huguier a trouvé le moyen de les lier facilement. Il transperce l'artère avec une petite épingle qu'il recourbe, et place son fil au delà; ensuite il coupe l'épingle et la laisse en place jusqu'à la chute de la ligature. Ce moyen lui a toujours réussi.

M. Huguier fait ensuite part du fait suivant, qui s'est passé dans son service :

Un homme se présenta avec une plaie à la base de l'indicateur droit, qui donnait lieu à une hémorrhagie abondante. L'interne de garde employa le perchlorure de fer. Le troisième jour, nouvelle hémorrhagie. M. Huguier débride la plaie et applique du perchlorure. L'hémorrhagie se suspend, pour reparaître bientôt. Le malade était très-affaibli. M. Huguier fait la ligature de la radiale. A partir de ce moment l'hémorrhagie cesse définitivement; mais le malade était exsangue, et mourut d'épuisement.

M. Guersant regarde la cautérisation comme le meilleur moyen d'arrêter l'hémorrhagie après l'amputation du col utérin. Dans un cas où il avait excisé une lèvre antérieure très-hypertrophiée, il fut forcé de revenir deux fois à la cautérisation et au tamponnement. Le sang ne reparut pas. Il pense, avec Dupuytren, qu'il faut, lorsqu'on opère sur le col de l'utérus, être toujours prêt à employer le fer rouge.

M. Giraldès ne trouve aucun rapport entre le fait de M. Huguier et celui de M. Demarquay. Dans l'observation de M. Huguier, le perchlorure de fer a réussi, puisqu'il a arrêté l'hémorrhagie pendant trois jours. Si elle a reparu plus tard, c'est que les parties tannées par le perchlorure avaient été éliminées.

M. Forget est étonné de voir se multiplier les excisions de cols utérins hypertrophiés. A l'époque où Lisfranc faisait souvent cette opération, on lui reprochait d'amputer de simples hypertrophies auxquelles il n'aurait pas fallu toucher. Il serait important que les chirurgiens qui disent avoir excisé un grand nombre de cols utérins hypertrophiés voulussent bien indiquer les raisons qui les ont déterminés à l'opération. Sans doute, dans les hypertrophies avec vascularisation considérable, il faut recourir aux moyens chirurgicaux; mais M. Forget préfère à l'instrument tranchant le cautère actuel, que l'on plonge dans la tumeur comme s'il s'agissait d'une tumeur érectile. Cette année encore, il a pratiqué cette opération. La cautérisation a été suivie d'une suppuration qui a amené le retrait du col utérin sur lui-même.

M. Hervez de Chégoin, pour une hémorrhagie à la suite d'une amputation partielle du col, a eu recours au tamponnement à l'aide d'un spéculum rempli de charpie. Le tamponnement fut chassé. Alors il le rétablit et le maintint au moyen d'un bandage. Il pense, comme M. Forget, que la cautérisation est un bon moyen d'attaquer les hypertrophies du col utérin : mais elle n'est pas toujours nécessaire. Il a plusieurs fois réussi au moyen de l'iodure de potassium à l'intérieur et en injections.

M. Huguier n'avait pas l'intention de discuter les indications de l'excision du col utérin. Il ne pense pas qu'on doive y recourir avant d'avoir essayé d'autres moyens. Cependant l'amputation est indiquée pour les hypertrophies compliquant des tumeurs fibreuses, et pour les hypertrophies considérables qui dépassent la vulve. M. Huguier rappelle à ce sujet qu'il a déjà établi la rareté des chutes complètes de l'utérus, et démontré que les cas regardés comme des chutes sont le plus souvent des hypertrophies du col et de la partie inférieure du corps.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Hutin, médecin en chef de l'hôtel des Invalides, adresse une lettre dans laquelle il annonce qu'il présentera à la Société une statistique exacte des militaires qui ont subi l'amputation sus-malléolaire.

— M. le docteur Bernard Brodhurst, chirurgien adjoint de l'hôpital orthopédique de Londres, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant. (Commissaires : MM. Giraldès, Follin, Bouvier.)

RAPPORT.

M. Broca lit un rapport sur le *Traité de galvano-caustique* de M. le professeur Middeldorpf.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Desormeaux.

La Faculté de médecine de Paris ouvrira ses cours d'hiver les lundi 17 et mardi 18 novembre 1856. Ces cours auront lieu dans l'ordre suivant :

COURS.	PROFESSEURS.	JOURS.	HEURES.
Pharmacie	Soubeiran	Lundi, mercredi, vendr.	A 10 h. 1/2.
Physiologie	Bérard, suppléé par M. Béclard, agrégé.	Lundi, mercredi, vendr.	A midi.
Pathologie chirurgicale.	Denonvilliers	Lundi, mercredi, vendr.	A 3 h.
Chimie médicale.	Wurtz.	Mardi, jeudi, samedi.	A 10 h. 1/2.
Médecine légale.	Adelon.	Mardi, jeudi, samedi.	A midi.
Opérations et appareils.	Malgaigne.	Mardi, jeudi, samedi.	A midi.
Pathologie et thérapeutique générales	Andral, suppléé par M. Hardy, agrégé.	Mardi, jeudi, samedi.	A 3 h.
Pathologie médicale.	Natalis Guillot	Lundi, mercredi, vendr.	A 4 h. du s.
Anatomie.	Jarjavay, chef des travaux anatomiques et agrégé, chargé du cours.	Mardi, jeudi, samedi.	A 4 h. du s.
Clinique médicale.	Bouillaud	à la Charité.	Tous les jours de 8 à 10 h. du matin.
	Piorry	à la Charité.	
	Rostan, suppléé par M. Vigla, agrégé.	à l'Hôtel-Dieu.	
	Trousseau	à l'Hôtel-Dieu.	
Clinique chirurgicale	Laugier	à l'Hôtel-Dieu.	
	Jobert (de Lamballe).	à l'Hôtel-Dieu.	
	Velpeau	à la Charité.	
	Nélaton	à l'hôp. de la Faculté.	
Clinique d'accouchements	P. Dubois.	à l'hôp. de la Faculté.	

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous apprenons que M. Hardy qui, par arrêté du 7 novembre, avait été chargé du cours de pathologie et de thérapeutique générales en l'absence de M. le professeur Andral, n'a pas accepté, et que M. Aran a été désigné pour le remplacer.

— M. le professeur Piorry commencera ses leçons cliniques à l'hôpital de la Charité, le mercredi 19 novembre, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis pendant le semestre d'hiver.

— M. le docteur Vigla, professeur agrégé, chargé du service de M. le professeur Rostan, à l'Hôtel-Dieu, commencera le cours de clinique le lundi 17 novembre. Les leçons auront lieu les lundis, mercredis et vendredis à neuf heures. Visite des malades tous les jours, de sept heures et demie à neuf heures.

— M. le docteur Coursserant ouvrira son cours public et gratuit des maladies des yeux le lundi 17 novembre, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 135 — MARDI 18 NOVEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 135. — MARDI 18 NOVEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, séance solennelle de rentrée. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Becquerel). Des maladies du cœur. — Le hoquet; cautérisation ammoniacale; galvanisme; belladone; compression abdominale; quinine. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 10 novembre. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 17 NOVEMBRE 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

La sensibilité des tendons dans l'état inflammatoire a été, comme on s'en souvient, mise hors de doute par les expériences récentes de M. Flourens. Ce fait n'est évidemment que le cas particulier d'un fait plus général, qui peut être exprimé ainsi : Toute partie naturellement insensible ou douée d'une sensibilité spéciale plus ou moins obscure devient sensible sous l'influence de l'état inflammatoire. M. Guyon a apporté à l'appui de cette loi un nouveau témoignage très-curieux, en ce qu'il démontre qu'un tissu naturellement sensible, le tégument, rendu depuis longtemps insensible par un état pathologique, récupère de nouveau sa sensibilité primitive lorsqu'il devient accidentellement le siége d'une inflammation.

Les capsules surrénales sont-elles ou non essentielles à la vie; leur lésion entraîne-t-elle nécessairement la mort? Nous en sommes encore sur ce point à la période des contradictions. On se rappelle les résultats des expériences de M. Brown-Séquard et les conséquences physiologico-pathologiques qui en ont été déduites. Les expériences de M. Gratiolet ont considérablement atténué ces conclusions, en montrant que c'était moins à la lésion des capsules qu'à celle des organes voisins, et du péritoine en particulier, qu'on devait attribuer les désordres observés. Aujourd'hui, M. Philipeaux vient à son tour apporter le tribut de ses vivisections, et montrer que l'ablation des deux capsules n'entraîne pas nécessairement la mort; que dans les cas où celle-ci survient elle est causée par l'opération elle-même, qui occasionne, soit une inflammation du tissu cellulaire qui entoure les reins, soit une péritonite, ou une hépatite, etc., et que dans quelques cas les animaux qui ont subi cette double ablation n'en éprouvent aucun trouble permanent ou même passager dans leurs fonctions. Il ne s'agit pas ici d'interprétations, il s'agit de faits. Quelle conséquence tirer de ces résultats contradictoires? Le plus sage est de s'abstenir et d'attendre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance solennelle de rentrée.

La Faculté de médecine de Paris a tenu sa séance d'inauguration samedi dernier 15 novembre. Le discours d'ouverture a été prononcé par M. Natalis Guillot. Son sujet était l'éloge de Requin, son prédécesseur dans la chaire de pathologie médicale. Mais cet éloge n'a occupé en réalité que la plus petite partie de ce discours; à propos de Requin et de son érudition, M. N. Guillot s'est reporté vers le passé, et a fait un parallèle entre l'ancienne Faculté et la Faculté actuelle. Ce discours, dont nos lecteurs pourront eux-mêmes apprécier le mérite, a été très-attentivement écouté; mais l'assistance, trop courtoise sans doute pour vouloir interrompre l'orateur, a réservé ses applaudissements pour la fin.

M. Gavarret a lu ensuite le programme des prix décernés, et la question mise au concours pour l'année prochaine.

Voici le discours de M. Guillot :

Messieurs,

En réunissant les professeurs et les élèves pour rendre aux maîtres qu'elle a perdus le dernier honneur d'un adieu solennel, la Faculté veut aussi confier à la mémoire de la jeunesse les exemples qu'ils ont donnés, glorieux souvenirs, précieux enseignements qui doivent être conservés par la tradition dont cette jeunesse est dépositaire.

Des voix éloquentes vous ont plus d'une fois fait entendre ici le panégyrique d'hommes illustres ; elles vous ont raconté leur vie, les honneurs, la fortune qui les récompensèrent en ce monde. Un éloge aussi mérité, expression des sentiments que la plupart d'entre vous conservent au fond de leur cœur, appartient à la mémoire de ceux que nous avons vus souffrir, combattre, vaincre et succomber sans avoir joui des fruits de la victoire.

La vie dont je vais raconter les détails, longtemps obscure et semée d'épines, éteinte au moment où de plus grands espaces s'élargissaient devant elle, offre un de ces exemples dont s'effrayent les cœurs vulgaires, et qui stimulent puissamment les âmes généreuses. Ceux d'entre vous, messieurs, qui peut-être ont déjà senti les premières aspérités de la route où ils se sont engagés, comprendront mieux que d'autres les épreuves douloureuses et courageusement traversées par un esprit laborieux et persévérant.

Pierre-Achille Requin naquit à Lyon le 15 août 1803, et mourut à Paris le 31 décembre 1854. Son père, ancien officier des armées de la République et de l'Empire, lui laissa l'honneur pour seul patrimoine. Avec une aptitude naturelle au travail, dirigé par des maîtres éclairés, il fit dès son enfance de rapides progrès. Déjà, dans les classes d'humanité, la vivacité de son esprit, l'heureuse émulation qui l'élevaient au-dessus de ses condisciples, donnaient de brillantes espérances. Il était, quoique fort jeune, en état d'instruire les autres; et le manque de fortune, cet aiguillon de tant de bons esprits, le contraignait à enseigner à un âge où l'on éprouve rarement le désir d'apprendre.

A dix-sept ans, couronné de palmes universitaires, il connaissait les langues anciennes ; les littératures de toutes les époques lui étaient familières : la chaleur vivifiante de la jeunesse l'avait mûri pour ces travaux.

Séduit par les formes pures, par les larges dimensions des ouvrages de l'antiquité, il lisait *Aristote* avec le même sentiment qui nous émeut lorsque, sous le beau ciel de la Grèce et de l'Italie, en présence des monuments de tant de religions éteintes, écrasés par l'ombre dont ils nous couvrent, nous sentons naître en nous un désir curieux de pénétrer la pensée primitive, exprimée par ces antiques créations du génie humain.

M. Requin, étudiant avec ardeur les sciences et la philosophie de l'antiquité, prévoyait le jour où, fortifié par l'étude, devenu médecin, saisissant le sens caché de ces œuvres sublimes, il deviendrait capable d'en interpréter les détails et d'en admirer l'ensemble important.

En effet, messieurs, étudier l'antiquité dans ses écrits, analyser dans leurs gradations séculaires les efforts de l'intelligence humaine, c'est guider son esprit par la voie la plus sûre vers l'appréciation des résultats que la science moderne accumule autour de nous. C'est à travers ces nébuleux lointains du passé que s'entrevoit la terre féconde aux mamelles de laquelle nous sommes attachés, et dont, sans pouvoir sortir de notre enfance intellectuelle, nous sucerons longtemps encore le lait, même à notre insu.

M. Requin devinait que pour marcher sûrement vers l'avenir, il fallait posséder la connaissance des choses antiques; il voulait les pénétrer et les comprendre, prévoyant avec sagacité que cette fatigue rétrospective fortifierait sa raison. A ce moment de la vie où les travaux assidus découragent tant d'imaginations, et deviennent l'effroi de l'intelligence qui les aborde, son esprit, plein des richesses que l'étude sérieuse, que la variété des connaissances accorde rarement, même à l'âge mûr, s'était orné du charme inappréciable dont il se montra constamment revêtu.

Ses condisciples se le représentaient comme destiné à parcourir la plus brillante carrière littéraire. La nature apparente de son intelligence, le vœu de ses maîtres, tout le poussait dans cette voie, dont les abords lui étaient faciles; mais son ambition n'était pas dirigée de ce côté. Il lui fallait plus d'obstacles à vaincre; il était irrésistiblement forcé de suivre cette même lueur mystérieuse qui guida les philosophes grecs, ses premiers maîtres, dans la contemplation de la nature. Religieusement attaché à leur esprit, marqué du sceau de l'antiquité, il en devait garder jusqu'à sa mort l'empreinte indélébile.

Ses inclinations le poussèrent vers la médecine. Il était digne de l'apprendre, comme il fut plus tard digne de l'enseigner. Il avait en vue l'art par excellence, l'art dont Homère lui avait parlé, en lui disant que par toute la force et l'utilité de son savoir le médecin possède la valeur de dix hommes.

Dès cette époque où la vive intuition de la jeunesse lui donne l'intelligence du vrai et du beau, comme le vieil Homère et le bon Plutarque, ses premiers maîtres, il voyait dans la médecine le plus noble but offert à une âme élevée.

Heureuse illusion d'un âge où l'on voit de loin la splendeur des sommets sans soupçonner l'escarpement des pentes et la profondeur des précipices qui bordent le chemin!

Si deux siècles plus tôt il eût apparu sur le seuil de la Faculté de Paris, le doyen eût pu, non sans raison, lui appliquer ce qu'il disait en 1692 du plus instruit des étudiants de cette époque, de celui qui devint l'illustre académicien Dodart : « C'est un garçon fort sage, fort » modeste, qui sait par cœur Hippocrate, Galien, Aristote, Cicéron, » Sénèque et Fernel ; c'est un garçon incomparable, *monstrum sine » vitio*, et il n'a pas vingt ans, ajoutait l'exigeant Guy Patin. »

Requin, âgé de dix-huit ans, rompu à la scolastique, imprégné jusqu'à la moelle des vertus du syllogisme et de la grammaire, sectateur enthousiaste d'Aristote, ennemi du spiritualisme de Platon, nous représentait un de ces vaillants érudits de nos antiques écoles, insoucieux de leur personne, offrant un extérieur inculte, *vêtus comme leurs vieux livres*, grands explicateurs de gloses et amateurs de commentaires, qui, sans trop dédaigner les *observateurs*, n'eussent jamais inventé l'observation. Physionomies expressives, reproduisant le charme de ces portraits d'un autre âge, qui semblent sans couleur aux yeux du vulgaire, tant que la splendeur d'un nouveau cadre ne leur rend pas l'éclat de la vie.

Les premiers pas de celui qui ne s'appuie que sur sa valeur personnelle sont trop ordinairement pénibles.

Les ressources matérielles du jeune élève étaient plus que médiocres, il fallait vivre et marcher vers un but fort éloigné ; aussi dut-il prendre un biais nécessaire à l'accomplissement de sa volonté.

Il se chargea de l'éducation de quelques enfants dans une famille riche et puissante, se résignant avec courage aux pertes de temps qu'il allait être contraint de subir.

Cette époque de sa vie me paraît avoir été la plus malheureuse.

Vous, messieurs, qui dans votre carrière scientifique n'obéissez qu'aux nobles élans de la jeunesse, vous comprenez mieux que personne la souffrance irritante d'un esprit actif, contraint de briser chaque jour son travail, de s'arracher aux fortes études préliminaires, rudes et attrayantes de la science médicale, d'interrompre les recherches anatomiques, de considérer l'hôpital comme une terre promise, mais inabordable, et les leçons précieuses de nos maîtres vénérés comme un fruit défendu.

Que d'efforts à poursuivre pour remplir d'aussi douloureuses lacunes! Qui d'entre vous ne les apprécie? Et quel légitime orgueil doit ressentir celui qui a surmonté tous les obstacles avec le secours de sa seule volonté !

Tout en souffrant, comme étudiant en médecine, de cette position difficile, il savait y trouver des consolations dignes d'un homme de goût. Dans la maison où il vivait se rencontraient des penseurs, des philosophes, écrivains d'élite, hommes d'État d'une haute valeur.

Tous s'intéressèrent naturellement au jeune précepteur : éloigné d'eux par ses études scientifiques, il s'en rapprochait sur le terrain des lettres. Il conquit ainsi de précieuses sympathies, et le commerce de ces hommes distingués développa les facultés de son esprit, quoiqu'il n'eût pas besoin d'emprunt, tant la nature l'avait doué d'une heureuse originalité.

M. Requin fut reçu docteur en 1827, sous la présidence de Dupuytren, qui appréciait le candidat, et l'honora d'un appui qu'il lui conserva toujours.

Il prit presque aussitôt part au concours pour l'agrégation; il eut à combattre des rivaux fortifiés comme lui par l'étude et déjà dignes de la réputation qu'ils obtinrent plus tard.

De ceux qui soutinrent cette lutte, le plus grand nombre a disparu ; la jeunesse était riche d'espérance pour ceux-là, et leur promettait un avenir brillant qu'ils méritaient et dont ils furent privés.

Ces hommes, dont l'esprit fut non moins élevé que celui de Requin, ne différaient de lui que par d'autres qualités aussi rares que les siennes. Ces caractères honnêtes rappellent douloureusement à ma mémoire les souvenirs de nos premiers pas.

C'était alors Sandras, observateur précis des maladies nerveuses, chez lequel un jugement fin et sagace se cachait derrière une grande simplicité; Vidal, tout à la fois médecin et chirurgien, comme tant de grandes intelligences, riche du savoir et de l'esprit réunis des deux branches de l'art ; Hourmann, aimé de ses rivaux, et supérieur à tous, car sa vie ne fut qu'un ensemble de courage et de vertus.

Toute cette jeunesse s'est éteinte, tous sont morts épuisés avant la fin du combat qu'ils avaient courageusement commencé. Cruelle réalité qui remit à d'autres la palme dont ils étaient dignes, et que leurs émules eux-mêmes leur annonçaient sans envie.

Le premier triomphe de Requin fut son titre d'agrégé conquis en 1828. Ce succès décida de sa carrière : il se dégagea des liens matériels qui entravaient ses études ; il répara les pertes de temps auxquelles il avait été condamné : il avait cependant assez profité de ses heures de loisir pour être l'égal, sinon le supérieur de ses émules.

Une nouvelle direction devait être donnée à ses travaux. Ils prirent un caractère pratique. Le séjour de l'hôpital, les conseils qu'il y reçut d'un éminent professeur, lui firent envisager le rôle du médecin sous son véritable jour. Ce fut à cette époque qu'il entrevit dans l'avenir les honneurs du professorat.

M. Requin connaissait l'antique édifice au sein duquel il pénétrait avec le titre d'agrégé, et il avait vu dans l'histoire de la Faculté ce que ses annales offrent à la fois de grandeur et d'imperfection. Il savait tous les noms glorieux que nos sciences ont conservés. En fallait-il davantage pour l'entraîner vers l'enseignement, cette application la plus difficile et la plus élevée de l'intelligence humaine.

Si l'histoire de l'ancienne Faculté de Paris nous retrace les habitudes et les préjugés d'une puissante corporation, elle rappelle aussi la mémoire des savants qui nous précédèrent, et dont les efforts ont devancé et préparé les nôtres.

Malgré ses abus et ses fautes, la Faculté de médecine de Paris, grande par ses origines et par son antiquité, le fut également par son amour sincère pour la science, par le sentiment profond qu'elle avait des devoirs du médecin. Elle aimait la jeunesse comme nous l'ai-

mons; et c'est à ses traditions que nous avons emprunté les liens de bienveillance et de sympathie qui établissent une sorte de parenté entre le maître et les élèves.

Arrêtons-nous un moment, messieurs, sur ce passé, et voyons ce qu'il fut, en considérant ce que nous sommes.

De nos jours, en sortant du collége, avec un peu de grec et de latin et un léger vernis de science, on est bachelier; qu'on y ajoute un certificat de *bonnes mœurs*, on a droit au titre d'étudiant en médecine.

En 1700, on était jeune étudiant à vingt-six ans; on ne suivait alors les cours de la Faculté qu'avec le diplôme important de *maître ès-arts;* diplôme qui indiquait une connaissance parfaite des langues, des lettres et de la philosophie.

Les trois grades nécessaires étaient le baccalauréat, précédé des études élémentaires; la licence, après les études supérieures; le doctorat, témoignage d'une instruction complétement perfectionnée.

Après trois années de travail et d'épreuves sévères, on devenait bachelier. Une nouvelle année et de nouveaux examens permettaient d'espérer et d'obtenir le baccalauréat émérite, et de solliciter de la Faculté les honneurs du *paranymphe.*

La cérémonie pompeuse du paranymphe faisait le bonheur de nos vieux maîtres et de leurs élèves; tout le monde y prenait part dans l'École, et c'était un des grands jours de la Faculté.

Ce n'était pas un grade que le paranymphe, mais une très-grande distinction que la Faculté accordait aux bacheliers émérites à la fin de leurs études élémentaires. Elle imposait aux candidats l'obligation de défendre des thèses publiques, comme on le fait de nos jours dans les concours de l'agrégation.

Quelques jours avant la cérémonie, les bacheliers émérites en costume, précédés des bedeaux et des appariteurs revêtus de leurs insignes et portant leurs masses, sortaient de l'École, traversaient Paris et se rendaient au parlement et chez tout ce qu'il y avait d'illustre à la cour ou dans l'armée, les invitant à honorer de leur présence l'acte important de la Faculté. Dans le cours de ces visites, visiteurs et visités parlaient la langue de Pline et de Celse: c'était l'usage; mais par exception *écrite aux statuts de l'École*, M. le prévôt des marchands et MM. les échevins de la ville de Paris écoutaient seuls une harangue en français. Ils avaient droit à ce privilége; mais on peut aussi supposer que c'était de la part de la Faculté une courtoisie *nécessaire.*

L'objet de cette cérémonie, à laquelle on conviait tant de témoins, était exprimé par la mystérieuse dénomination de *paranymphe;* nom étrange, qui signifiait, poétiquement, la première entrevue de l'adepte avec la nymphe de la science, sa fiancée, encore revêtue de sa robe virginale, et dont la ceinture allait bientôt tomber.

Un nouvel intérêt s'ajoutait encore à la solennité de ces séances; on n'y ménageait pas toujours son prochain; mais s'il arrivait que la malice y lançât des paroles aigres ou amères, une coutume toute lénitive en édulcorait la saveur.

A la fin de la séance (et ici, messieurs, je traduis le paragraphe XXVI des statuts de la Faculté), des gâteaux, des confitures, des dragées, *bellaria*, circulaient dans la salle en abondance, *plenis patellis*, aux frais des bacheliers.

Cette agréable cérémonie était *très-goûtée* de la jeunesse, et l'âge mûr n'y était pas indifférent.

La licence ne pouvait être obtenue qu'après toutes ces épreuves, et le licencié n'avait plus à s'occuper que de l'étude des questions les plus élevées de la science. Ces travaux, d'un ordre important, ne l'empêchaient point de prendre part, comme examinateur, aux interrogatoires des élèves moins avancés que lui dans leurs études, et de faire en même temps preuve de sa valeur personnelle devant la Faculté.

Il devait subir une série de thèses auxquelles la Faculté attachait une très-grande importance; les gens du monde s'en occupaient; les profanes aimaient alors beaucoup plus qu'aujourd'hui à venir respirer les parfums de la science jusque dans son sanctuaire.

Les dames, sans doute élégamment parées, daignaient quelquefois même embellir de leur présence les réunions de l'École, et la tenue des étudiants de cette époque était loin de les effaroucher.

En 1704, une thèse sur cette question: *L'homme a-t-il commencé par être un ver?* fut soutenue par Geoffroy, fils du célèbre chimiste, et père de l'entomologiste. Elle piqua vivement la curiosité du beau sexe. Contre l'usage, il fallut la traduire en français. Toutes les dames (et on en comptait du plus haut rang) voulaient comprendre le mystère enfermé dans cette question. La réception du docteur terminait cette longue série d'épreuves.

Le doyen pressait sur son cœur le candidat reçu, auquel il ne restait plus à accomplir qu'une dernière formalité.

Les anciens n'avaient garde de l'oublier. Le nouveau docteur faisait hommage au président de sa thèse inaugurale, d'un costume dont le nôtre n'est qu'une incomplète copie.

Cette coutume singulière disparut lentement; vers le milieu du dix-huitième siècle, on donnait encore une toque neuve et une boîte de gants au président de sa thèse inaugurale.

Le docteur pouvait s'élever encore et prétendre à la régence, que l'on n'obtenait pas sans efforts nouveaux.

Le titre de régent impliquait l'obligation d'instruire et d'examiner les élèves; la régence était le corps enseignant.

A cette époque où le titre de docteur était difficilement obtenu, où le grade de licencié conférait déjà le droit d'exercer la profession, c'était quelque chose de bien élevé que cette position des régents.

Seuls ils participaient à la nomination des doyens, placés au sommet de la hiérarchie.

Tuteur des études, protecteur de la tradition, défenseur des droits et priviléges du corps, le doyen dominait tout, tenait entre ses mains et sous son autorité les lois, la force et l'honneur de la corporation, consacrées par le serment de tous ses membres, depuis le plus humble jusqu'au plus puissant.

Le doyen était l'expression vivante de ce que la Faculté avait de plus grand, soit par l'autorité de la vertu, soit par l'étendue et la profondeur du savoir.

Il en concentrait alors sur lui-même, comme aujourd'hui, toute sa gloire et tout l'éclat.

Que de noms, messieurs, dans cette longue suite de docteurs régents et de doyens, devraient être inscrits sur ces murailles et frapper chaque jour vos regards; que de nobles exemples leur souvenir perpétuerait pour cette École!

Ces régents et doyens, tout à la fois théologiens et clercs dans le moyen âge, appartenant à l'Église qui les séparait de la chirurgie naissante par l'homme du sang et par l'obligation du célibat, préférèrent plus d'une fois aux avantages temporels de leur profession les rigueurs de la vie claustrale; quelques-uns furent archevêques et cardinaux; l'un d'eux même, le seul de nos doyens passés, et probablement de nos doyens futurs, fut élevé à la papauté sous le nom de Jean XXI.

Sous Charles VII, en 1452, rendus au monde par l'Église elle-même, qui leur permit le mariage, ils restèrent toujours, quoique laïques, mêlés aux grands mouvements de chaque époque.

Lorsque l'extinction des discordes civiles permit en France l'essor des sciences, ce fut alors que commença la nomenclature des hommes qui les servirent le plus dans cette École. Nommons quelques-uns des régents et des doyens qui s'illustrèrent à partir de cette époque: 1580, Baillou; 1594, les deux Riolan, Simon Pietre; 1598, Charles Pison; 1608, Charretier; 1627, Guy-Patin, Claude Perrault, génie universel, créateur de l'anatomie comparée, qui construisit l'Observatoire et la colonnade du Louvre, et sut prouver par ces chefs-d'œuvre qu'aucune gloire n'était étrangère à la Faculté de Paris.

Inscrivons sur cette liste Hamon, 1626, dont on disait que ses vertus pouvaient éclairer tous les siècles, qui délaissa les gloires de cette École pour les austérités de Port-Royal, ami de Pascal, ami de Racine, qui voulut être enterré à ses pieds. Dodart, anatomiste et physiologiste, rapportant tout à la science, même les lois de l'Église.

Devançant son siècle dans la voie de l'observation, il inaugurait les expériences renouvelées par nos contemporains.

Pendant trente-trois ans, il étudia les transpirations, les déjections, les comparant à la somme des matières ingérées. Il entreprit de semblables recherches sur le poids soustrait au corps par la saignée, et sur la rapidité avec laquelle l'organisme peut réparer cette perte.

S'étant pesé au commencement, puis à la fin du carême, il avait perdu par le jeûne plus de 4 kilogrammes de substance, qu'il recouvra en huit jours, avec toute la sûreté de conscience d'un chrétien et le robuste appétit d'un physiologiste, faisant ainsi servir la science au salut de l'âme et du corps.

Fagon (1664), qui eut pour berceau le Jardin des Plantes, et qui fut le restaurateur de cet établissement. Il osa, le premier, dans sa thèse inaugurale, soutenir la circulation du sang. C'est à l'autorité qu'il exerça comme surintendant du Jardin des Plantes que la botanique doit Tournefort et la glorieuse dynastie des Jussieu. Il fit ordonner par Louis XIV, dont il était le médecin, les savantes explorations de Plumier en Amérique, de Feuillée au Pérou, celles de Tournefort en Égypte et dans l'Asie-Mineure.

Rappelons encore les noms de Littre (1691), qui, le premier, découvrit le mécanisme et les effets des grossesses extra-utérines; de Tournefort, immortel auteur des *Institutiones rei herbariæ* (1698), de Louis Léméry, médecin de l'Hôtel-Dieu, digne de continuer la gloire de son père, chef de la chimie française.

Il fut célèbre par sa discussion avec Duverney et Winslow, sur l'origine, la cause et la formation des monstruosités, discussion que nous avons vue renaître de nos jours sous la parole puissante de Cuvier.

On soutenait qu'un fœtus à deux têtes vient d'un germe à deux têtes: c'était l'opinion universellement admise. Démery affirma que ces deux têtes appartiennent à deux embryons parfaits soudés par accident. Ce fut le premier pas de la *tératologie*, et ce pas était grand.

Que de noms j'omets encore, que d'hommes utiles dont je ne puis rappeler la mémoire brillèrent depuis cette époque jusqu'au jour où la grande réformation de la société française détruisit, avec la Faculté de Paris, tant d'institutions séculaires pour en fonder de nouvelles.

Tous ces doyens, messieurs, étaient honorés et respectés, les souverains eux-mêmes les comblaient de dignités et de faveurs; en général, ils étaient médecins des rois, et profitèrent de leur crédit pour donner une grande splendeur à la science et à la médecine.

La corporation des médecins, qui brillait de ces splendeurs scientifiques, n'était pourtant pas exempte de payer son tribut aux misères morales de l'humanité; pétrie d'os et d'argile, comme tant d'institutions de ce monde, n'estimant rien en dehors d'elle, elle écrasait sans ménagement tout ce qui pouvait offusquer son orgueil.

Arnauld de Villeneuve, celui qui découvrit l'art de la distillation, l'essence de térébenthine, les teintures médicamenteuses, qui, appliquant le mercure aux affections de la peau, indiqua le remède du mal que l'homme devait connaître un siècle plus tard, Fernel, médecin philosophe et mathématicien; Sylvius, le professeur le plus éloquent de son temps, furent en butte à ses persécutions; et pour les exprimer par un seul exemple, nous dirons qu'en plein seizième siècle, elle ne craignit pas de s'opposer à la publication des *Œuvres d'Ambroise Paré* (1574).

Pleine d'aigreur et prodigue de mesquine taquinerie envers la corporation des chirurgiens, dédaignant les hommes de mérite qui en faisaient partie, elle ne sut ni prévenir des conflits ni apaiser des rivalités au nom de la science.

On lit avec regret les motifs vulgaires des luttes qui divisèrent si longtemps ces fameuses corporations.

L'orgueil clérical de la médecine prétendait tout dominer; la chirurgie voulait étendre ses priviléges; la corporation des *barbiers* elle-même s'agitait. La *barbarie* était la servante commode de la Faculté, dont ses menus services lui assuraient l'appui. Cette alliance faisait sa force. Son domaine naturel ne lui suffisait plus: elle tentait de pénétrer *au delà de l'épiderme*, malgré les prohibitions expresses des lois.

Tous appelaient à leur aide les statuts plus ou moins apocryphes de la corporation, les ordonnances des rois, les arrêts des parlements.

On invoquait l'usage, la confiance du public, la nécessité; chacun cachait le vrai mobile qui n'était autre que *l'intérêt.*

Il ne faut pas s'étonner, messieurs, si les esprits fins et délicats du dix-septième et du dix-huitième siècle furent scandalisés de ces débats.

On rit d'abord de ces rivalités, des pamphlets virulents qu'elles suscitaient, des *petits* écrits qui mettaient au jour de *grands* ridicules, et Molière parut pour leur infliger le premier châtiment.

A la plaisanterie succéda le dégoût, et l'édifice vermoulu ne tarda pas à s'écrouler.

Ces malheureuses dissensions, ces habitudes de haine et de discorde, cet oubli de la grandeur de notre profession divisèrent dès l'origine les deux grands courants de l'art de guérir, et les empêchèrent longtemps de se confondre, pour porter en commun et répandre comme aujourd'hui tant de science et de lumière.

Elles durent certainement retarder les progrès de l'École française et la retenir dans l'ombre, tandis que les Écoles d'Italie, aussi studieuses et plus paisibles, établissant l'étude de la médecine sur ses véritables bases, l'anatomie, la physiologie et la physique enrichissaient le monde de leurs découvertes.

Notre Faculté actuelle, en perdant les priviléges de sa mère, a été délivrée de ses erreurs et de ses abus; guidée par les tendances philosophiques du siècle, elle ne connaît d'autre devoir que celui de fortifier les études médicales et de repousser l'ignorance, mortel fléau de la société.

L'exemple du progrès a été donné dès le moment où elle fut constituée, et les hommes n'ont pas manqué à cette mission qui sera toujours sa gloire.

Pour prendre place dans leurs rangs si souvent illustrés, M. Requin dut subir des concours variés; il en soutint un grand nombre sur la pathologie, la physiologie, la thérapeutique et l'hygiène; toutes les parties de l'art médical semblaient lui être familières; nul, dans ces luttes multipliées, ne mérita plus d'éloges; car nul ne rencontra plus souvent que lui des adversaires avec lesquels la défaite même est un honneur.

Quelques caractères timides, redoutant le choc des concours, se sont peut-être effacés devant ces rivalités: le défaut du commun des hommes est une faiblesse morale née avec eux, et dont ils refusent de se guérir. Un amour-propre fatal inspire trop souvent des craintes exagérées aux plus intelligents, les éloigne de la lice ou désespère ceux que la victoire semble abandonner un moment.

Surmonter de telles appréhensions, imposer à son amour-propre l'autorité de sa raison, c'est remporter sur soi-même une victoire plus glorieuse peut-être que celle qui serait obtenue sur des rivaux; et je serai compris par vous, messieurs, qui pour la plupart, animés d'une généreuse ambition, vous préparez vaillamment aux combats et aux victoires de l'avenir.

Les organisations vigoureuses n'ont jamais été épuisées par la fatigue des luttes; elles y ont, au contraire, gagné une énergie et une activité nouvelles. M. Requin nous en offre la preuve.

Les émotions soudaines, loin d'arrêter sa pensée, n'en ralentissaient pas même l'action; son esprit, fertile en ressources, était de ceux que la controverse surexcite; ses raisonnements étaient toujours justes et inébranlables; ardent à la lutte pour la lutte elle-même, nul ne recherchait plus intrépidement que lui l'étreinte d'un adversaire, et ne sut le garotter plus étroitement dans les liens d'une dialectique inexorable. Il nous rappelait alors l'héroïque ténacité du vieil athlète dont parle Virgile:

Hæret pede pes densus que viro vir.

Vaincu, et quel concurrent ne le fut dans ces laborieuses épreuves, sa joviale humeur le préservait du découragement; habile à chercher des consolations, il savait en trouver là où en découvrent tant d'esprits cultivés, chez les bouquinistes du quartier latin. Passion innocente, pleine d'émotions délicieuses, que la satiété ne vient jamais amortir, et qui, seule peut-être entre toutes les passions humaines, ne laisse dans notre âme aucun regret.

Les caractères élevés grandissent encore par l'infortune; aussi sa philosophie semblait gagner à ces désappointements, qui ne firent jamais entrer aucun fiel dans cette nature excellente. Vainqueur, il eut la rare vertu du triomphe, l'absence d'orgueil.

Les thèses qui lui furent imposées dans ces concours témoignent de la variété et de la solidité de connaissances qu'il possédait; elles révèlent un esprit fécond, dont l'activité ne paraissait trouver de repos que dans de nouvelles publications. On lit encore avec intérêt quelques brochures, opuscules de critique, souvenirs de voyage, écrits avec une finesse élégante. Après ces travaux d'un ordre secondaire, il voulut publier un ouvrage sérieux, et fut conduit, par les observations qu'il avait suivies à l'Hôtel-Dieu, à entreprendre un *Traité du rhumatisme articulaire et de la goutte.*

Mon devoir d'historien et ma vieille affection me prescrivent de louer les qualités de cet ouvrage: elles sont grandes en certaines parties; mais je dois également signaler, sans restriction, l'erreur où l'auteur me paraît tombé. Séparer le vrai du faux, ce n'est pas déprécier la mémoire d'un homme honorable, c'est offrir un enseignement utile qui rappelle à chacun de nous sa propre faiblesse.

Un jour nouveau venait d'éclairer les lésions du cœur en découvrant la coïncidence qui les rattache au rhumatisme articulaire. Ce point de vue étendait le domaine de la science, et ouvrait en même temps une large voie aux études de la clinique.

A qui était-il permis de voir sans intérêt surgir une découverte aussi précieuse? En présence de si beaux résultats qu'importaient les noms propres et les amitiés particulières?

M. Requin dans cette publication eut peut-être le tort d'oublier un instant sa philosophie. Malgré les préoccupations causées par de nouvelles luttes, il commença son *Traité de pathologie médicale*, œuvre importante à laquelle il avait consacré tout ce qu'il avait pu épargner de temps, tout ce qui lui restait de forces.

Ce dernier travail lui ouvrit à la fois les portes de la Faculté et celle de l'Académie de médecine. Le but de son ambition était atteint. Il ne lui restait plus qu'à résumer sa vie si laborieuse dans les efforts incessants du professorat. Il avait été le modèle du travail par ses études et par ses écrits; il devait l'être encore par ses leçons.

Ce fut le moment le plus heureux de sa vie, que celui où, pour la première fois dans cette chaire, il prit la place qu'il était si digne d'occuper, et vint compléter par la parole l'enseignement préparé dans ses ouvrages.

Il ne pouvait certes pas se dissimuler les difficultés de cet enseignement, de plus en plus éloigné des doctrines anciennes.

Pour parvenir à la connaissance des phénomènes de l'organisation, le pathologiste ne peut être éclairé par une théorie purement dogmatique; il la repousse comme une lumière trompeuse.

Guidé uniquement par l'étude de l'homme normal et des conditions qui l'entourent, il peut seulement alors discerner dans l'homme souffrant les actes anormaux dont il est le témoin, et en apprécier les relations réciproques, malgré leur apparente confusion.

Ce que nous voyons, ce que nous touchons, ce que nous pouvons saisir avec nos sens et notre intelligence constitue le domaine de nos connaissances, et pose pour nous les seuls problèmes que le médecin philosophe puisse espérer de résoudre.

C'est là que la pensée trouve les lumières qui la guident; la raison lui interdit un autre terrain. Si nous nous écartons des routes que nous y devons suivre, les fausses lueurs de notre imagination commencent à nous éblouir, de confuses intuitions nous enveloppent d'un nuage et nous replacent dans le champ obscur des erreurs de nos devanciers.

Lorsque nous considérons les travaux de l'antiquité, nous découvrons que d'âge en âge elle s'est heurtée aux mêmes obstacles, dont quelques-uns sont à peine détruits.

Les théories qu'elle créa pour les surmonter, indices de son inventif génie, n'en démontrent pas moins le vice radical de ses spéculations et l'impuissance de ses efforts.

Galien comme Fernel, cherchaient avant nous la raison des choses, le rapport de l'organe sain ou malade avec les phénomènes qu'il produit. On a signalé depuis bien des siècles l'influence de l'air, des eaux, des lieux, des aliments sur l'organisation. Nous tournons encore autour des mêmes questions, mais avec des idées différentes; les moyens d'étude ont changé. Les moyens que nous possédons nous donnent une force qui manquait à l'intelligence élevée de nos prédécesseurs.

Les sciences parallèles à la médecine ne sont plus de douteux accessoires; elles s'étendent et projettent de vives clartés sur le terrain où nous marchons. Aujourd'hui plus que jamais notre puissance est augmentée par les armes que ces sciences nous fournissent; les refuser, ce serait effacer les pages les plus belles et les plus neuves de l'histoire de la médecine.

Négligeant les résultats qui se déroulent sous nos yeux, supposons qu'on pût dépouiller le médecin de toutes les découvertes fournies depuis cinquante ans par les sciences que l'on dit encore accessoires. Quel pas rétrograde serait alors imposé à l'art de guérir! Après avoir détruit un pan de l'édifice, entourés de ruines, replongés dans l'obscurité, nous arriverions à regretter cet ensemble si beau auquel travaille notre siècle, et que bien d'autres siècles encore sont destinés à compléter.

Renonçons, comme on l'a voulu, aux découvertes de la chimie, repoussons les lumières de la physiologie; nous cessons à l'instant de comprendre la respiration, la chaleur, qui naît et se conserve en équilibre au sein de nos organes. Oublions l'anatomie, et refusons le secours de la physique pour en pénétrer les détails; imitons ceux qui ne savaient à quoi pouvaient servir les découvertes de Fallope, qui voyaient une pure curiosité dans la connaissance des vaisseaux chylifères, qui regardaient la circulation comme la fantaisie d'un savant, qui ne comprenaient ni Hartsoeker, ni Lewenhoeck, ni Malpighi.

Alors privés volontairement de nos richesses, nous nous tromperons sur l'air, sur la chaleur, sur la lumière, sur la matière, sur nos organes.

Des groupes entiers de phénomènes nous seront inconnus; nous ne verrons plus qu'incertitude là où nous commençons à distinguer et à comprendre.

Ce serait alors, messieurs, à mesure que la trace de nos connaissances disparaîtrait à nos yeux, que, forcés de reconstruire les théories de chaque époque, nous enfonçant dans les ténèbres, et cependant instinctivement entraînés vers la lumière, nous serions forcés de combiner les systèmes, de falsifier la vérité. pour nous faire illusion sur notre ignorance.

Lorsqu'en temps de disette l'homme manque de pain, il cherche à se tromper lui-même et prépare ses aliments avec des poussières; telle a été l'erreur déplorable de l'antiquité, telle est encore l'infirmité de certains esprits. Obstinément tournés en arrière, ils ne veulent rien accepter du présent, rien espérer de l'avenir; ils négligent l'instrument de toutes ces sciences précieuses, l'instrument de la médecine elle-même, qui s'exprime par un seul mot, *observation*, mot d'une signification profonde, et dans lequel se résume l'expression de toutes les qualités intellectuelles et morales du véritable médecin.

Quoique la médecine ait ainsi grandi, le cadre de nos études est loin d'être complet; mais nous savons que nous sommes dans la bonne voie, et l'incontestable progrès que nous y avons fait nous démontre cette vérité.

Doués d'un admirable sens, les grands hommes de notre Ecole ont invariablement tenté de diriger les générations dans la route qu'ils s'étaient frayée les premiers.

Ce même esprit, messieurs, va éclairer votre carrière.

Les sciences d'observation peuvent seules vous donner la force dont vous avez besoin pour la parcourir. C'est dans le faisceau qui les unit que vous trouverez, non les théories de chaque siècle, mais le travail utile de tous les observateurs.

Celui qui veut s'instruire doit suivre cette direction; s'il s'en écarte, il ne tarde pas à s'égarer. Esprit vulgaire, il pourra posséder le diplôme de docteur; mais il ne sera médecin que de nom.

Des caractères chagrins, des esprits paresseux ont attaqué les méthodes de la médecine moderne; on reproche à ceux qui s'avancent dans ces voies de ne s'attacher qu'à des détails matériels, d'oublier l'ensemble et de méconnaître la cause première qui en produit tous les phénomènes.

Ces reproches, messieurs, portent à faux. Le philosophe n'a jamais cherché l'inconnu qu'en s'appuyant sur le connu; il n'a jamais pris d'autre point de départ pour sa pensée que les faits perçus par ses sens, dans le cercle borné qu'ils parcourent.

Au delà de ce qu'ils saisissent commence l'action de cette mystérieuse cause, de cette énigme impénétrable que nous appelons *la vie*.

Bornés par ces horizons, pouvons-nous comprendre les vérités qu'ils nous cachent?

Est-ce donc une faute que de respecter sa raison, et de renoncer à rompre la chaîne qui s'oppose aux élans de notre imagination?

Le physicien découvrant les lois de la mécanique céleste, le géologue qui compte les bouleversements du globe, le micrographe dont l'œil suit les phases d'évolution d'une cellule organique, le médecin qui analyse l'homme sain et malade sont tous forcés de s'arrêter à la limite que l'esprit humain ne peut franchir; le reste est le secret de Dieu.

M. Requin, dans son traité, a parcouru, de même que dans ses leçons, le domaine entier de la pathologie, abordant à la fois dans cet ouvrage ce qu'elle offre de plus humble et de plus élevé.

Ouvrage que la modestie de l'auteur destinait surtout aux étudiants, et qui cependant, par l'élévation des vues qu'il renferme, par la finesse des aperçus, semble plutôt destiné à prendre place dans la bibliothèque du savant.

L'originalité de l'esprit, l'étendue des connaissances de l'auteur, la séve élaborée qui pénètre toutes les parties du livre lui donnent un attrait sérieux.

Ce fut une tâche énorme qu'il parut commencer avec résolution, qu'il dut plus d'une fois considérer avec effroi.

Il avait trop d'intelligence pour espérer la perfection dans une œuvre semblable.

Il voulait cependant éclairer la pathologie de toutes les lumières qu'elle peut recevoir. Si l'érudition, malheureusement trop rare aujourd'hui, révèle dans ce livre une préoccupation dominante de l'auteur, c'est que, plus sûrement que tout autre, M. Requin pouvait indiquer les jalons de la route où l'esprit médical a marché. Cette érudition, qui est la seule véritable, appartient aux hommes d'élite; elle leur impose le devoir et leur donne le droit de rendre justice au passé et d'éclairer le présent.

Malgré toutes leurs inégalités, ces ouvrages sont d'une incontestable utilité; malgré les imperfections de la méthode adoptée par l'auteur et les lacunes qui en interrompent l'ordonnance générale, ils constituent un ensemble que peu d'esprits peuvent embrasser.

Tout en mettant la dernière main à ce traité, M. Requin employait utilement son temps à la préparation des leçons qu'il faisait dans cette enceinte; tous ses travaux marchaient de front.

Quoique dévoué à sa mission de professeur, le devoir ne l'attachait pas seul à cette chaire, il lui fallait l'affection de ses élèves. Cette affection ne lui manqua pas; ils lui en donnèrent des marques, même après sa mort : l'un d'eux recueillit les derniers feuillets inachevés de son livre, et les compléta comme un dernier hommage offert à la mémoire de son maître.

Parmi les hommes qui se recommandent à l'estime publique, quels sont, messieurs, les plus dignes de notre admiration? Devons-nous la réserver exclusivement au mérite souvent fortuit des découvertes, et oublier ceux dont la vie, rappelant d'aimables qualités du cœur unies au talent, inspire la bienveillance et le respect? Si l'auréole de la gloire semble appartenir à quelques intelligences privilégiées, si d'éminents succès les élèvent sur le piédestal où elles brillent, d'autres intelligences, plus modestes et non moins utiles, n'avancent qu'à pas lents dans la route qu'elles ont entreprise; vouées au travail le plus ardu, le travail est leur plus douce jouissance et leur unique consolation!

La faveur publique semble les dédaigner, et cependant elle leur doit une part dans les récompenses qu'elle prodigue à des rivaux plus heureux; elle célèbre les noms des premiers, et souvent elle oublie les seconds, qui meurent courageusement dans la mêlée. Mais le soldat sait apprécier le compagnon d'armes frappé de mort à ses côtés; il déplore les revers inévitables qui terrassent les plus vaillants; il conserve religieusement les souvenirs du champ de bataille, et redit avec émotion le nom de ses vieux camarades.

Pour moi, messieurs, malgré le sentiment de mon insuffisance, je me suis cru grandement honoré en recevant la mission qui me chargeait de prononcer ici l'éloge non d'un collègue, mais de celui dont je fus longtemps l'émule, qui sortit vainqueur de la lutte, jeune encore, plein de force et d'avenir, et auquel je succède, non sans me préoccuper des souvenirs que ses leçons vous ont laissés.

J'ai dû retracer sa vie, ses travaux, sa persévérance et son courage. Vous l'avez aimé; il méritait votre affection, et cette affection, non moins que ses écrits, conservera sa mémoire.

Après ce discours, la Faculté a décerné les prix annuels aux élèves de l'Ecole pratique :

1er grand prix (médaille d'or) : M. Panas (Fotino), de Céphalonie (Grèce).

1er prix (médaille d'argent) : M. Luton (Etienne-Alfred, de Reims (Marne).

2e prix, *ex æquo* MM. Brunet (Daniel), d'Ambrières (Mayenne), et Guyot (Jules), de Nogent-le-Roi (Eure-et-Loir).

Prix Montyon (médaille d'or): M. Isambert (Emile), d'Auteuil (Seine).

Le sujet du prix proposé pour le concours de l'année prochaine est celui-ci : *Déterminer, par des observations recueillies dans les cliniques de la Faculté, l'action thérapeutique du chlorate de potasse.*

L'Ecole de pharmacie a décerné le prix de chimie à M. Danyau, et le prix de pharmacie à M. Gallois.

La séance de rentrée de l'Ecole de pharmacie a eu lieu le mercredi précédent (12 novembre). Elle a offert, sinon plus d'intérêt, au moins plus de variété que la séance de la Faculté. Cette variété s'explique par la fusion qui a eu lieu pour cette solennité entre l'Ecole et la Société de pharmacie. Il est résulté, en effet, de cette fusion, un programme beaucoup plus riche.

La séance a été ouverte par un discours du nouveau professeur, M. Valenciennes. Le sujet de ce discours, dicté par l'objet même de la chaire nouvellement créée, était l'utilité des études zoologiques pour la pharmacie. On a entendu ensuite l'exposé des travaux de la Société pendant l'année 1856 par le secrétaire général, M. Buignet; un rapport de M. Robiquet sur le concours ouvert par cette Société, et dont le sujet était l'*analyse du chanvre*.

Le prix a été décerné à M. Personne, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi et préparateur du cours de chimie à l'Ecole de pharmacie. Après ces communications en quelque sorte officielles, est venu le tour de ce que l'on pourrait appeler la partie littéraire de la séance. M. Louis Figuier a lu une notice historique sur le paratonnerre, que l'assemblée a écoutée avec un intérêt soutenu; et M. Bouchardat a payé un juste tribut d'éloges à la mémoire de Quevenne. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

De l'hypertrophie du cœur.

L'hypertrophie du cœur se présente dans deux conditions : ou elle vient compliquer toutes les phlegmasies aiguës ou chroniques, ou elle se développe seule. Bien que l'hypertrophie simple de l'organe central de la circulation soit une maladie extrêmement fréquente, ses symptômes font encore aujourd'hui naître des discussions parmi les médecins.

Dans l'hypertrophie du cœur, il y a création de nouvelles fibres musculaires; il en résulte un épaississement des parois. D'après M. Bizot, l'épaisseur moyenne du ventricule gauche serait de 8 à 9 centimètres à l'état sain ; elle s'élèverait dans l'hypertrophie à 20, 30 et 40 centimètres. Le ventricule droit, qui n'aurait, dans ses conditions normales, que 4 ou 5 centimètres, pourrait arriver à 10, 15 et même 20 centimètres. Les ventricules peuvent donc doubler, tripler et quadrupler de volume ; il en est absolument de même des oreillettes. En même temps les colonnes charnues peuvent aussi s'hypertrophier, d'où il suit que le volume général du cœur est très-augmenté, qu'il acquiert quelquefois les dimensions de celui du bœuf (*cor bovinum*), que ses angles sont arrondis et que, perdant de sa forme triangulaire, il devient plus ovoïde. Les colonnes charnues s'écartent les unes des autres; elles sont plus séparées, quoique épaissies, et ce fait est très-important à noter à cause des coagulations. Le cœur change de situation : au lieu d'être placé de haut en bas et d'avant en arrière, il prend une situation transversale, et sa pointe vient battre en dehors au lieu de frapper à la partie moyenne du côté gauche du thorax. Il est rare de voir un cœur hypertrophié dans toute son étendue; il est, au contraire, très-fréquent d'observer une hypertrophie partielle. Ainsi, tantôt ce sont les deux ventricules, tantôt les deux oreillettes, tantôt l'oreillette et le ventricule gauches, tantôt l'oreillette et le ventricule droits, tantôt une oreillette seule, tantôt un ventricule seul. M. le professeur Bouillaud a avancé que l'hypertrophie du ventricule gauche était infiniment plus fréquente ; depuis Corvisart, du reste, on répète cette assertion. M. Louis est venu démontrer qu'il y avait erreur, et que le ventricule droit s'hypertrophiait plus souvent que le gauche; cette dernière opinion est aujourd'hui généralement admise.

On doit aux auteurs modernes d'avoir admis :

1° L'hypertrophie ordinaire ou simple dans laquelle les parois du cœur sont hypertrophiées, mais les cavités normales ;

2° La véritable hypertrophie du cœur, plus commune que la précédente, connue sous le nom d'*hypertrophie excentrique*, dans laquelle les parois du cœur sont hypertrophiées et les cavités augmentées de volume (anévrisme actif de Corvisart);

3° L'hypertrophie *concentrique*, bien exposée par Laënnec, admise et habilement décrite par M. Bouillaud, dans laquelle il y a diminution des cavités et augmentation des parois.

Cette dernière variété a surtout fourni matière à discussion, et M. le professeur Cruveilhier a nettement déclaré dans le *Dict. en 15 volumes* que l'hypertrophie concentrique n'existait pas en tant qu'affection morbide, mais qu'elle était due au genre de mort auquel avaient succombé les individus. Elle s'est notamment rencontrée chez les suppliciés ; cela tient à ce que la mort arrive pendant la contraction du cœur. Ces idées-là sont reçues et acceptées par la plupart des praticiens. Un observateur distingué, M. Dechambre, est cependant revenu sur ces faits, et il a prétendu qu'il fallait tirailler les parois du cœur, opérer des tractions, afin de restituer à l'organe les dimensions qu'il avait auparavant. Très-enclin à penser que l'hypertrophie concentrique existe réellement, il en voit un cas toutes les fois qu'après des tiraillements il n'a pu restituer au cœur ses dimensions.

Causes. — L'hypertrophie reconnaît trois causes; elles sont très-importantes :

1° L'hérédité.

2° Les palpitations ; le cœur est en effet un muscle qui, fonctionnant d'une façon anormale, tend toujours à se développer.

3° Le tempérament sanguin, cette exagération du système vasculaire sanguin.

Symptômes. — Comme symptôme commun à toutes les espèces d'hypertrophie, le début est lent, progressif, insidieux. Lorsqu'il existe des palpitations, la transition est bien plus insensible; car comment reconnaître le trouble fonctionnel de l'hypertrophie du cœur? Les palpitations se développent simultanément ou sous l'influence d'exercices violents, d'émotions morales, de travaux fatigants. Comme symptômes d'une grande valeur, nous citerons la dyspnée, la gêne, le poids considérable, le sentiment de constriction ; quelquefois, mais rarement, la douleur vive qu'accusent les malades dans la région précordiale, et principalement dans le côté gauche.

Parmi les signes physiques, Corvisart, Laennec et M. Bouillaud

ont admis la voussure du cœur, le développement de la région précordiale. Mais dans un travail fort remarquable, M. Voillez a cru démontrer la non-existence de la voussure; il s'est très-probablement trompé. La matité n'est pas un signe sur lequel on puisse se fier, car très-souvent il y a une lame de poumon qui recouvre le cœur; il devient alors difficile de circonscrire le volume de cet organe. Rien n'est donc plus faux que d'admettre la matité dans les cœurs hypertrophiés; elle manque souvent, le poumon étant très-sujet à empiéter. Si l'on percute un cœur hypertrophié, on éprouve une sensation particulière; on s'aperçoit que la région précordiale résiste au doigt. Cette *résistance anormale* est un très-bon signe, mais qui, comme la matité, fait fréquemment défaut. L'augmentation d'étendue des bruits du cœur est un symptôme à peu près constant. Dans l'état sain, on ne les entend en général que du côté gauche; mais quand il y a hypertrophie, on les perçoit en avant à droite, en arrière à gauche, en arrière à droite, et parfois dans toute la cage thoracique. Relativement à l'augmentation d'impulsion, il y a divergence d'opinions. M. Beau a démontré qu'il fallait établir une distinction : l'impulsion du cœur existe ou n'existe pas; cela dépend du siége de l'hypertrophie. Quand les ventricules sont hypertrophiés, il n'y a jamais augmentation d'impulsion, tandis qu'elle existe toujours dans l'hypertrophie des oreillettes. L'impulsion, dans ce dernier cas, a lieu à deux points maximum, à la base et au sommet. Mentionnons enfin, parmi les grands signes physiques de l'hypertrophie, la percussion de la pointe du cœur, la position transversale, le rhythme et la nature des bruits qui sont plus obscurs, plus sourds, plus difficiles à distinguer.

Comme symptômes généraux, notons l'état caractéristique du pouls, qui est fort, plein, large, développé, résistant sous le doigt, surtout dans l'hypertrophie excentrique, car il est petit, serré, dense, dans l'hypertrophie concentrique. Cette dernière affection étant un mythe pour moi, je ne puis que taxer de roman la description de ses symptômes. Un résultat constant, c'est la tendance aux congestions et aux hémorrhagies dans des lieux différents, suivant qu'il s'agit d'hypertrophie des cavités gauches ou droites. Lorsqu'il y a hypertrophie des cavités gauches, les congestions ont lieu surtout dans les organes qui reçoivent les artères de la grande circulation, dans le cerveau, les reins, le foie, l'estomac et le tube digestif. Dans les cas d'hypertrophie des cavités droites, au contraire, les hémorrhagies et les congestions se manifestent du côté de l'appareil respiratoire, ce qui explique la fréquence des hémoptysies. Ces deux ordres distincts de phénomènes sont dus aux statistiques de M. Louis. Il y a dans l'hypertrophie simple deux signes négatifs importants : l'absence de stases veineuses considérables et le manque d'infiltration.

Nous venons de voir les symptômes de l'hypertrophie simple; eh bien, leur exagération au maximum constitue la symptomatologie de l'hypertrophie excentrique. Que vous dirai-je des signes de l'hypertrophie concentrique? On a admis une matité plus prononcée, des bruits plus sourds, un pouls plus résistant, et toutes autres choses qui appartiennent à la fiction.

La marche de l'hypertrophie est très-lente, sa durée fort longue. Des malades parcourent quelquefois une vie chargée d'ans avec des signes bien tranchés de cette affection, qui tantôt se termine par des hémorrhagies accidentelles, cérébrales surtout, tantôt par la coagulation du sang dans le cœur, par la formation de caillots fibrineux. Les hydropisies se montrent alors, et il survient des ruptures.

Diagnostic. — La difficulté du diagnostic est celle-ci : existe-t-il une hypertrophie ou de simples palpitations nerveuses? Dans l'hypertrophie, la matité, quand on la constate, est un signe précieux. La clarté des bruits dans les palpitations et leur obscurité dans l'hypertrophie sont encore un excellent signe différentiel. Dans l'hypertrophie simple, le pouls est régulier, et il n'y a jamais ni bruit de souffle ni hydropisie; dans l'hypertrophie compliquant des lésions, le pouls bat irrégulièrement, et le bruit de souffle et l'hydropisie s'observent constamment.

Traitement. — Il y a un siècle environ, le traitement de Valsava jouissait d'un certain crédit, et on lui attribuait des guérisons. Le malade était mis au lit, saigné tous les cinq ou six jours, gardait le plus strict repos, le plus sévère silence, et prenait à peine de nourriture. Cette méthode débilitante est abandonnée. On a recours aujourd'hui aux émissions sanguines générales et locales, aux diurétiques, aux purgatifs et à l'administration de la digitale, dont la propriété est de diminuer le nombre et l'intensité des battements. Le sirop de digitale est une excellente préparation; j'ai pour elle une véritable prédilection, car avec une, deux, trois et quatre cuillerées de ce médicament l'effet désiré manque rarement de se produire.

M. de Brêne, médecin de la Trappe, trappiste lui-même, prescrit la teinture alcoolique de digitale à doses progressivement croissantes : cinq gouttes matin et soir dans un verre d'eau sucrée. Après avoir augmenté chaque jour d'une goutte, il diminue les doses et en reste là.

L'hygiène joue un rôle important. Ainsi les habitations élevées ne conviennent point, mieux vaut se fixer dans une vallée profonde, encaissée, demeurer dans un rez-de-chaussée et choisir une exposition au midi. L'exercice doit toujours être pris à pas lents. On a conseillé le système de Lainé, c'est-à-dire la gymnastique des bras et des jambes, mais sans la participation du tronc; il reste dans l'inaction. De cette manière on hypertrophie les muscles des membres supérieurs et inférieurs, tandis que le cœur conserve le repos. L'alimentation doit être très-réservée; les malades doivent sortir de table avec la faim, et se sevrer complétement de boissons excitantes, telles que le thé, le café et les liqueurs.

LE HOQUET.

Cautérisation ammoniacale; galvanisme; belladone; compression abdominale; quinine.

Deux hommes entrés il y a quelque temps dans le service de M. Rayer, à la Charité, pour y être traités d'affections aiguës, présentaient en même temps un hoquet des plus incommodes et des plus rebelles. Chez tous les deux, M. Rayer a porté rapidement sur le voile du palais un pinceau de linge trempé dans de l'ammoniaque liquide, puis légèrement dans de l'eau, et aussitôt le hoquet s'est arrêté pour ne plus reparaître.

Le hoquet n'est le plus souvent qu'une simple incommodité pour laquelle on ne consulte pas les médecins, parce qu'il cesse ordinairement de lui-même, ou à l'aide de moyens bien connus de tout le monde. Il est des cas, toutefois, où il est très-opiniâtre. Les maladies dans lesquelles on l'observe plus spécialement comme complication sont certaines affections aiguës ou chroniques de l'encéphale, les péritonites, les entérites, les étranglements intestinaux ou herniaires, les gastralgies, etc. On sait que le hoquet est quelquefois, dans des maladies très-graves, un signe précurseur de la mort : contre celui-là on n'a jamais songé à rien opposer; mais on a préconisé différents moyens contre le hoquet simple, ou contre celui qui complique des états assez peu graves pour qu'on s'en préoccupe.

M. le docteur Debreyne, médecin de la Grande-Trappe, assure avoir toujours réussi avec les pilules suivantes :

Extrait de belladone. . . .	2 grammes.	
Camphre.	15	—
Sirop de gomme.	q. s.	
pour 60 pilules.		

Le premier jour deux pilules, une le matin, autant le soir; le second jour, trois, une matin, midi et soir; on augmente jusqu'à six en trois fois dans les vingt-quatre heures.

Le docteur Le Blas (de Villebroek) a guéri un hoquet convulsif compliquant une gastralgie au moyen de la belladone, à la dose de 10 centigr., associée à un demi-gramme de carbonate de fer pour douze pilules à prendre d'heure en heure. Le hoquet diminua de fréquence dès le premier jour et fut guéri le quatrième. Le fer fut alors continué, et guérit en vingt jours, avec l'aide d'un vésicatoire, la gastralgie, qui avait résisté aux opiacés. (Voyez le numéro de janvier 1847 du *Journal des connaissances médico-chirurgic.*)

Il a été rapporté dans le numéro de décembre 1842 deux cas de hoquet rebelle qui ne purent être guéris que par le galvanisme : l'un compliquait depuis deux ans une gastralgie et revenait tous les jours pendant une heure; le second, consécutif à une fièvre typhoïde, durait presque continuellement depuis six mois. Il fallut plusieurs séances de galvano-puncture chez chacun de ces malades pour venir à bout du hoquet.

Un moyen beaucoup plus simple que les précédents, et qui réussit quelquefois très-bien, c'est la compression circulaire de la base du thorax, ou bien la compression de l'épigastre au moyen d'une pelote.

Les moyens empiriques que l'on a employés avec le plus de succès contre le hoquet opiniâtre et continu sont les vomitifs, le vinaigre pur à la dose d'une cuillerée à café (Allen), le musc, que Barthez considérait comme un spécifique, et préconisé d'ailleurs par beaucoup d'autres, les ventouses sèches sur l'abdomen, les inspirations longues, la course, l'éternument provoqué, une douleur subite et inattendue sur quelque point du corps, le pincement, par exemple. Ajoutons-y aussi un petit moyen bien simple, la séparation des mâchoires à l'aide de la première phalange du pouce interposée entre les dents d'en bas et celles d'en haut.

Si le hoquet était intermittent, on pourrait le traiter par le sulfate de quinine : Casimir Medicus en a cité des exemples. On trouve consigné, dans le numéro de mai 1841, un cas très-curieux de hoquet qui se manifesta sur un individu chez lequel on avait coupé une fièvre intermittente avec deux doses de sulfate de quinine. Le hoquet se répétait dix à quinze fois par minute, et dura ainsi neuf jours et neuf nuits sans laisser presque aucun repos au malade.

Le docteur Larcher, de Sancheville (Eure-et-Loir), pensant, d'après l'insuccès de tout ce qu'il avait employé jusque-là, que ce hoquet se rattachait à la fièvre intermittente, eut recours au sulfate de quinine, qui arrêta le hoquet en quelques heures. Comme on ne continua pas la médication, le hoquet revint. On administra le sulfate de quinine trois jours de suite, et le hoquet cessa dès lors pour ne plus se montrer. (*Bull. de thérap.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 novembre 1856. — Présidence de M. Is. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Développement de la sensibilité par suite d'inflammation dans des parties de peau frappées de lèpre. — M. Flourens communique l'extrait suivant d'une lettre que lui a adressée M. Guyon à l'occasion de sa note du 27 septembre dernier sur la sensibilité des tendons dans l'état inflammatoire.

« Un fait analogue, dit M. Guyon, nous est offert chez les *lépreux* dans la partie tégumentaire frappée de lèpre. Et, en effet, cette partie absolument insensible, et c'est, comme l'on sait, cette insensibilité qui la caractérise, devient sensible comme le tendon dans l'état inflammatoire. C'est ce que j'ai observé chez les nombreux lépreux que j'ai eu occasion de voir sur une grande échelle en Amérique d'abord, puis en Afrique. »

Extirpation des capsules surrénales chez les rats albinos. — M. le docteur Philipeaux adresse une note sur les effets de l'extirpation des capsules surrénales chez les rats albinos (*mus ratus*). Il expose en ces termes les résultats de ses expériences :

Le 10 octobre, j'ai enlevé la capsule surrénale droite sur deux rats albinos (le procédé opératoire est le même que celui qui a été suivi par MM. Brown-Séquard et Gratiolet). Ces deux animaux sont morts le lendemain.

Le 12, j'ai renouvelé cette opération sur deux autres rats, qui, comme les précédents, ont succombé le lendemain.

Le 16 et les jours suivants, j'ai de nouveau enlevé la capsule droite sur cinq rats albinos qui ont tous survécu.

Le 3 novembre, les rats étant guéris, j'ai extirpé sur quatre d'entre eux la capsule surrénale gauche.

Aujourd'hui 10 novembre, vingt-cinq jours se sont écoulés depuis que j'ai enlevé la capsule surrénale droite sur ces animaux, et sept jours complets depuis que j'ai extirpé l'autre capsule, c'est-à-dire la gauche. Les deux plaies sont entièrement cicatrisées, et les quatre rats sont parfaitement guéris. Aucun de ces animaux n'a paru éprouver la moindre douleur au moment de l'extirpation des capsules surrénales.

Je n'ai observé aucun phénomène nerveux particulier ni après l'extirpation de la capsule surrénale droite, ni, ce qui est remarquable, après l'extirpation de la capsule surrénale gauche, lorsque par conséquent les deux capsules se trouvaient enlevées.

Les animaux en expérience ont mangé, bu, et ont accompli toutes leurs autres fonctions dès le jour qui a suivi soit la première, soit la seconde opération.

De ces expériences, je crois pouvoir conclure :

1° Que l'extirpation des capsules surrénales n'entraîne pas nécessairement la mort des animaux;

2° Que, dans les cas où la mort survient, elle est causée par l'opération, qui est grave et qui occasionne souvent soit une inflammation du tissu cellulaire qui environne les reins, soit une péritonite, soit une hépatite, soit, et cela arrive souvent, une hernie intestinale au travers des muscles divisés;

3° Que certains animaux auxquels on a enlevé les deux capsules surrénales survivent à l'opération sans qu'il soit possible de constater le moindre trouble permanent ou même passager dans leurs fonctions;

4° Que les capsules surrénales ne paraissent pas des organes plus essentiels à la vie que la rate et les corps thyroïdes. (Commissaires nommés pour les communications de MM. Brown-Séquard et Gratiolet.)

Nouveau procédé opératoire pour l'hypospadias. — M. Maisonneuve présente une note sur un nouveau procédé opératoire qu'il a imaginé pour la guérison de l'hypospadias.

Logements insalubres. — M. Valat appelle l'attention de l'Académie sur certaines mesures administratives qu'il propose pour diminuer successivement le nombre des logements insalubres jusqu'à leur complète suppression.

Une commission, composée de MM. Flourens, Dumas et Velpeau, est invitée à prendre connaissance de ce mémoire, et à examiner s'il convient à l'Académie d'intervenir dans cette question par les démarches que suggère l'auteur.

— M. E. Robiquet envoie une note sur le diabétomètre, appareil destiné à mesurer le sucre dans les urines diabétiques. Nous publierons dans un prochain numéro cette note avec une description de l'instrument et une instruction sur son usage.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 12 novembre, M. Aran, agrégé en exercice près la Faculté de médecine de Paris est chargé, pendant la présente année scolaire, du cours de pathologie et de thérapeutique générale près la même Faculté pendant l'absence de M. Andral, professeur titulaire, légitimement empêché.

Cet arrêté a été pris par suite de la démission de M. Hardy, qu'un précédent arrêté avait chargé du cours en l'absence de M. Andral.

— Le concours ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille pour une place de médecin agrégé des hôpitaux de cette ville, s'est terminé, après de brillantes épreuves, par la nomination de M. le docteur Roux (de Brignolles) fils. De ses deux compétiteurs, l'un s'était retiré, et l'autre, M. le docteur Bally, ayant honorablement soutenu la lutte, a reçu, à titre d'encouragement, une mention honorable de la part du jury.

— M. le docteur Aran, agrégé, chargé du cours de pathologie et de thérapeutiques générales, comme suppléant de M. le professeur Andral, commencera ses leçons le jeudi 20 novembre, à trois heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les mardis, jeudis et samedis.

— La Société d'hydrologie médicale de Paris tiendra la première séance de sa quatrième session le lundi 24 novembre, à trois heures, au siége habituel de ses réunions publiques, quai Malaquais, n° 3.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Manuel de l'allaitement et de l'hygiène des enfants nouveau-nés; par M. L. CHANDELUX, d.-m. Un vol. in-18. Prix : 2 fr. — Paris, chez Victor Masson.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 136. — JEUDI 20 NOVEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 136. — JEUDI 20 NOVEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 19 NOVEMBRE 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

MM. Jobert, Barth et Cazeaux ont successivement pris la parole et occupé la tribune pendant toute la séance, qui n'y eût même pas suffi si on ne l'avait prolongée au delà de son terme ordinaire.

M. Jobert, dans sa première argumentation, avait énoncé, de souvenir seulement, les résultats de sa pratique sur le traitement des kystes ovariques; il est venu aujourd'hui donner sur ces faits des renseignements plus précis, et il a saisi cette occasion pour formuler aussi d'une manière beaucoup plus nette qu'il n'avait pu le faire dans une improvisation, l'opinion qu'il s'est faite d'après sa propre expérience, sur les points principaux de la discussion. En homme qui a beaucoup vu et beaucoup fait par lui-même, M. Jobert ne s'est attaché exclusivement qu'au point de vue pratique de la question, et son jugement s'est principalement inspiré des résultats de son expérience personnelle. C'est assurément, en pareille matière, le meilleur fondement de toute opinion, et la meilleure base d'argumentation, mais à la condition toutefois de n'être point trop exclusif et de ne dédaigner aucune source de lumière, d'où qu'elle jaillisse; et, sous ce rapport, M. Jobert nous a paru un peu trop dédaigneux pour les enseignements de l'anatomo-pathologie, qui depuis l'origine de ce débat a certainement jeté du jour sur la question.

M. Barth, qui, par sa communication, a fourni le texte de cette discussion, s'est considéré comme engagé par cela même à intervenir en médiateur et juge des dissidences qu'il a provoquées. Après avoir résumé assez fidèlement les motifs invoqués de part et d'autre par les partisans de la temporisation et par les partisans de l'intervention active, et montré le danger où peut conduire l'exagération dans une voie comme dans l'autre, M. Barth n'a pas hésité à se mettre au rang de ces derniers et à se prononcer pour l'intervention active de l'art, mais, bien entendu, sous les conditions qui lui ont paru les plus propres à en assurer le succès et l'innocuité. De la question générale revenant à la question spéciale qui en avait été le point de départ, l'orateur a défendu ensuite son procédé contre les nombreuses objections qui y ont été faites, et a cherché à l'exonérer de la responsabilité qu'une issue fatale semblait faire peser sur lui.

Quant à M. Cazeaux, on se rappelle que dès le début de cette discussion, il a fait un appel *urbi* et *orbi* dans le but de réunir entre ses mains le plus grand nombre d'éléments possible pour la solution de ce point important de thérapeutique chirurgicale. Bien que cette enquête n'ait pas eu tous les résultats qu'il en attendait, il n'en a pas moins fait sur ce sujet un vrai rapport en règle, et qui est certainement le travail le plus complet qu'on ait fait jusqu'ici sur cette matière.

Après un résumé appréciatif des diverses méthodes opératoires, qui a paru réunir l'assentiment du plus grand nombre des assistants, M. Cazeaux a terminé par une protestation contre l'anathème dont a été frappée presque unanimement jusqu'ici l'opération de l'ovariotomie. Les marques non équivoques de sympathie qui avaient suivi jusque-là l'orateur ont fait place ici à la surprise. Peut-être la réflexion modifiera-t-elle cette première impression; mais, avant d'arrêter son opinion sur ce point, nous pensons que chacun fera bien de méditer, d'analyser les faits, et d'en contrôler l'exactitude avec le même soin qu'y a apporté probablement M. Cazeaux.

L'Académie n'eût pu, sans une sorte de déni de justice, refuser la parole dans cette circonstance au chirurgien qui a institué et vulgarisé le mode de traitement qui fait l'objet principal de cette discussion, à l'auteur de l'*Iodothérapie*. M. Boinet est intervenu dans la discussion par la seule voie qui lui fût accessible, par l'envoi d'un mémoire qui résume toute sa pratique sur ce point.

Nous publions plus bas ce travail, moins le relevé statistique qui l'accompagne, et que nous reproduirons plus tard avec les documents annexés à la discussion.

La journée a été bonne, comme on peut le voir d'après ce rapide aperçu, pour les méthodes curatives, et en particulier pour les injections iodées. — Dr Brochin.

CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE STRASBOURG.

M. SCHUTZENBERGER, professeur.

Calculs biliaires, hépatite consécutive, abcès du foie.

L'on sait depuis longtemps que les calculs rénaux donnent lieu à une inflammation qui se termine fréquemment par la suppuration du rein. Les calculs biliaires peuvent exercer une influence analogue sur le foie. L'observation suivante en est un exemple remarquable :

Barbe Wolff, âgée de cinquante-huit ans, laveuse, d'une bonne constitution, mère de onze enfants, s'est toujours bien portée, sauf une atteinte de choléra au mois d'août 1855. Promptement rétablie, son état de santé habituel n'a pas été troublé jusqu'au mois d'octobre 1855.

Le 3 de ce mois, sans cause connue, douleurs vives à l'épigastre et dans l'hypocondre droit, ictère avec selles décolorées et urines foncées. Les douleurs sont intermittentes, sans fièvre, mais très-aiguës, et quelquefois accompagnées de nausées et de vomissements; crampes dans la jambe gauche au moment des douleurs. La malade dit n'avoir pas rendu de calculs biliaires.

Après plusieurs alternatives de mieux et de rechutes douloureuses, la malade entre à la clinique le 12 octobre 1855.

A son entrée, on constate l'état suivant :

1° Ictère général; urines foncées en couleur, devenant vertes par l'addition de l'acide nitrique; selles décolorées.

2° Douleurs spontanées dans la région épigastrique et dans l'hypocondre droit. Pression très-pénible et provoquant des élancements douloureux.

3° Augmentation notable du volume du foie, qui dépasse le rebord des fausses côtes de deux travers de doigt.

4° Point de fièvre. Inappétence, peu de soif.

Prescription : huit sangsues à la région épigastrique; un bain; eau de Vichy pour boisson; frictions mercurielles avec 4 grammes d'onguent.

Les jours suivants, ce traitement est continué; les douleurs sont moins vives, l'ictère disparaît, et tout semble annoncer une amélioration progressive, quand tout à coup, malgré la continuation de la médication antiphlogistique, le 7 novembre, vers une heure de l'après-midi, les douleurs reparaissent avec une intensité extraordinaire; elles commencent par une sensation de brûlure à droite de la région épigastrique, et irradient sous forme d'élancements dans la profondeur de l'hypocondre droit; en même temps vomissements, selles diarrhéiques bilieuses, chaleur, fréquence du pouls, soif. Physionomie anxieuse, mais pas d'ictère; la face est pâle, jaunâtre, mais sans teinte bilieuse marquée.

L'hypocondre droit est très-douloureux, le foie volumineux; dépassant le rebord des côtes de trois travers de doigt.

Sous l'influence d'émissions sanguines locales répétées, de cataplasmes, de bains, de l'eau de Vichy, les accidents disparaissent de nouveau.

Le 10, la malade paraît être convalescente, toute douleur a disparu et le foie ne dépasse plus le rebord des côtes.

Mais le 15, retour de douleurs aiguës, qui durent peu et cèdent à une application de ventouses.

Le 24, nouvelle exacerbation douloureuse, avec vomissements et fièvre.

Attribuant les accidents à la présence de calculs biliaires, je prescris, après deux nouvelles applications de sangsues qui calment les accidents, l'usage interne du mélange de Durande : deux parties d'éther et une d'essence de térébenthine. Une cuillerée matin et soir.

Une amélioration progressive se maintient pendant près de quinze jours, puis les accidents reparaissent de nouveau et deviennent, avec quelques rémissions, de plus en plus intenses. La médication antiphlogistique triomphe de nouveau des phénomènes inflammatoires. Pendant plus d'une semaine, la malade reste sans douleur. Se croyant guérie, elle sort de l'hôpital le 3 janvier.

Dès le 12 janvier les accidents douloureux reparaissent avec des vomissements, mais sans ictère.

Le 18, la malade rentre à la clinique, offrant les mêmes symptômes qu'antérieurement. — La médication anti-phlogistique pendant les exacerbations inflammatoires; dans l'intervalle, l'usage du mélange de Durande et de l'eau de quassia à la dose de quatre cuillerées par jour, ne préviennent pas le retour des accidents.

L'hiver se passe dans des alternatives de mieux et d'exacerbations douloureuses intermittentes. Pendant cette période de la maladie, les forces ont progressivement diminué; il est survenu un amaigrissement notable.

Au commencement de mars, les accidents deviennent plus graves. Aux symptômes précédemment décrits viennent s'ajouter des accès irréguliers de fièvre intense, caractérisée par des *frissons violents* répétés, suivis de chaleur, de transpiration. Nausées, vomissements fréquents, inappétence complète. Douleur permanente dans la région du foie. Affaissement progressif; état comateux.

Mort le 30 mars.

Autopsie trente heures après la mort.

Le foie dépasse le rebord des fausses côtes droites de quatre travers de doigt et occupe la région épigastrique. Son bord inférieur est plus épais, plus arrondi qu'à l'état normal. La surface convexe, au lieu d'être lisse, est mamelonnée, légèrement lobulée. L'enveloppe du foie est épaissie, lactescente.

La partie antérieure du lobe droit, ainsi que la partie supérieure convexe, présente, dans l'étendue de 10 centimètres de diamètre, une *poche fluctuante*.

Cette poche incisée, on constate l'existence d'un énorme abcès creusé dans l'épaisseur du lobe droit. Le pus contenu dans la poche est crémeux, jaune verdâtre, mêlé d'une certaine quantité de sang noir. Les parois sont constituées, en avant, par une couche très-mince de tissu hépatique de 2 millimètres d'épaisseur, et par l'enveloppe séreuse épaissie, mais sans adhérences ni avec les côtes ni avec le diaphragme; en arrière, les parois du foyer sont constituées par le tissu hépatique, un peu plus pâle et plus dur qu'à l'état normal.

Une membrane de nouvelle formation pyogénique, de 1 millimètre d'épaisseur, revêt toute la face interne du foyer; cette membrane est d'une couleur jaune paille, qui tranche très-nettement sur la teinte brunâtre du tissu hépatique.

Le canal cholédoque, jusqu'à son insertion dans le duodénum, est dilaté et mesure 2 centimètres de diamètre. L'orifice du canal est également dilaté, il admet facilement l'extrémité d'une sonde ordinaire. Au delà de l'embouchure du canal cystique, près de la réunion du canal hépatique et du canal cholédoque, se trouve un calcul arrondi, de la grosseur d'une noisette. Ce calcul est mobile et laisse entre les parois un espace qui permet le passage de la bile dans le canal cholédoque. Le canal cystique, également dilaté, ne contient que du mucus; la vésicule du fiel, revenue sur elle-même, ne contient que quelques petits calculs à facettes. Le canal hépatique et ses divisions sont considérablement dilatés. En suivant la branche du canal qui se dirige vers l'abcès, on la trouve dilatée dans toute son étendue jusque dans l'abcès même dans lequel cette branche s'abouche librement. La cavité de cette branche contient une matière grumeleuse, purulente, mêlée à la bile. Les autres divisions du canal hépatique contiennent de la bile.

La substance du foie est plus jaune verdâtre qu'à l'état normal, mais du reste sans altération apparente.

La muqueuse duodénale est hyperémiée, tomenteuse, enflammée.

Les autres organes sont sains.

La cause première des accidents doit être incontestablement attribuée à des calculs biliaires. La dilatation considérable de l'orifice et de la portion du canal cholédoque, au-dessous du calcul engagé au point de bifurcation, semble indiquer que cette partie du canal a déjà antérieurement livré passage à un calcul assez volumineux. Ce fait s'est sans doute produit à l'époque où la malade a éprouvé les premiers accès douloureux avec ictère. Plus tard, un second calcul moins volumineux a franchi le canal cystique et a déterminé la nouvelle série d'accidents révélée par l'histoire symptomatique de la maladie. Ce calcul engagé n'obturait pas complètement le canal cholédoque; la bile, sans arriver dans le canal cystique, pouvait fluer à côté de lui vers l'intestin; de là l'absence de l'ictère après la première rechute.

Une inflammation chronique de l'appareil excréteur, entretenue par la présence du corps étranger et incessamment renouvelée, se révèle par des accès d'hépatalgie. Cette inflammation s'est étendue au parenchyme du foie et a fini par produire une suppuration de l'organe. C'est à l'hépatite suppurée que se rapportent manifestement la dernière série de symptômes observée pendant le mois de mars, les frissons répétés, la fièvre, les nausées, les vomissements, la prostration profonde, l'épuisement et enfin la mort.

Le diagnostic de la nature de la maladie et de ses différentes phases d'évolution a pu être assez positivement établi. L'existence de calculs biliaires et celle d'une hépatite consécutive étaient évidentes. Les symptômes de la dernière période, les frissons répétés, la fièvre continue, l'affaissement de la malade, ne laissaient que peu de doutes sur la terminaison par suppuration. Mais le siége précis de la lésion est resté inconnu jusqu'à l'autopsie.

Aucun symptôme extérieur n'était venu révéler la situation de l'abcès hépatique. Creusé dans l'épaisseur du foie et séparé de la surface par une couche de tissu, sans adhérences avec la paroi costale, l'abcès était inaccessible aux moyens d'investigation physique. Le diagnostic d'hépatite suppurée, infiniment probable, devenait par conséquent inutile à l'intervention thérapeutique.

Il n'en est pas toujours ainsi. La science possède un certain nombre d'observations d'abcès du foie se révélant au dehors par des symptômes significatifs. Quand le foie est volumineux, et que l'abcès est situé à la surface convexe de l'organe faisant saillie audessous du rebord des fausses côtes, il est quelquefois possible d'en constater la présence par la palpation abdominale. La chirurgie peut intervenir avec chances de succès dans des conditions de ce genre.

Si l'abcès a contracté des adhérences avec les parois abdominales, il peut s'ouvrir spontanément au dehors, ou bien il peut être artificiellement ouvert. L'emploi du cautère potentiel est toujours préférable dans ces cas, parce qu'il enflamme les tissus; cette inflammation consolide les adhérences ou même les établit.

Le diagnostic reste toujours beaucoup plus obscur quand l'abcès hépatique est recouvert par les côtes. Sans doute le foie suppuré peut contracter des adhérences, et se faire jour spontanément au dehors; mais dans le cas contraire, il est fort difficile, vu l'impossibilité de pratiquer convenablement la palpation, de s'assurer de la situation précise d'une collection purulente sous-costale.

DU TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE

par les injections iodées.

Par M. Boinet.

1° *Est-il possible de guérir radicalement les hydropisies de l'ovaire par des remèdes internes ou par des ponctions palliatives répétées?*

Il y a près d'un siècle, William Hunter disait n'avoir jamais observé un exemple de guérison de kyste ovarique : l'hydropisie de l'ovaire était à ses yeux une affection incurable. Cette opinion est celle de tout le monde aujourd'hui.

Cette maladie étant jugée au-dessus des ressources de l'art, que faisaient et que font encore maintenant les médecins appelés à la traiter? Après avoir essayé une foule de remèdes à la suite les uns des autres, ils finissent, lorsque l'hydropisie ovarique est parvenue au point d'occasionner des accidents graves, par donner issue à la matière contenue dans le kyste, par une ponction. Jusqu'à présent l'expérience a malheureusement prouvé que ces remèdes internes, et que la ponction, étaient inutiles; bien plus, elle a prouvé que ces moyens avaient des inconvénients et des dangers : les premiers en dérangeant les fonctions des organes de la digestion, les seconds en accélérant la marche de la maladie et en produisant trop souvent des accidents mortels.

Après une première ponction, le liquide s'accumule encore plus rapidement; au bout de quelques mois, de quelques semaines, il devient nécessaire de l'extraire de nouveau; on fait ponctions sur ponctions, à la suite desquelles le liquide s'altère et prend de mauvaises qualités; il en résulte que les malades s'affaiblissent vite, et qu'elles meurent épuisées par la douleur, par d'abondantes sécrétions, ou emportées par l'inflammation. Instruit de ces phénomènes graves, on recule la ponction le plus qu'on peut; on n'y a recours que quand le volume du ventre s'est accru au point de rendre la respiration presque impossible. Mais agir ainsi, ce n'est pas traiter la maladie, c'est l'abandonner à elle-même, c'est perdre un temps précieux et enlever au traitement chirurgical des chances de réussite.

Si on consulte quelques statistiques pour savoir quels sont les avantages que les malades ont retirés des ponctions palliatives, on arrive à cette triste conclusion qu'elles meurent au moins aussitôt que si elles n'eussent pas été opérées. Cette opinion, soutenue par Samuel Scharp, Callisen, Sabatier, A. G. Richter, qui rejetaient la ponction palliative, a été mise hors de toute évidence par les relevés de Southam, de Th. S. Lee, de Kiwisch.

Dans cet état de choses, trouver un traitement qui eût l'avantage non-seulement de prolonger l'existence des malades, mais encore de procurer des guérisons radicales dans bon nombre de cas, là où la mort était toujours inévitable, était un service immense à rendre à la science et à l'humanité. L'expérience et le temps décideront si j'ai été assez heureux pour rendre ce service.

2° *Les injections iodées peuvent-elles sûrement et sans danger procurer la cure radicale des kystes ovariques, et les faits publiés jusqu'à ce jour ont-ils assez de valeur pour engager les médecins à conseiller et à appliquer cette méthode?*

Il y a bientôt dix ans que j'ai proposé et appliqué les injections iodées dans le traitement des hydropisies enkystées de l'ovaire, quoique cette idée me fût venue depuis bien longtemps, et depuis cette époque (1847) des faits déjà nombreux et observés par un grand nombre de médecins sont venus attester que cette méthode n'est pas si dangereuse qu'il faille l'abandonner plutôt que de sacrifier aux chances d'une opération hardie la probabilité de quelques années d'existence; d'ailleurs les malades qui ont été soumises aux injections iodées, même sans succès, n'ont pas succombé plus vite que celles qui n'ont suivi aucun traitement ou qui ont été traitées par les ponctions palliatives.

Tous ceux qui ont pratiqué ou vu pratiquer ces injections sont venus affirmer à l'Académie que les injections iodées dans les kystes de l'ovaire étaient d'une innocuité remarquable (MM. Velpeau, Monod, Jobert, Gimelle, Demarquay, Nélaton, Huguier, etc.). En effet, quand les malades ont succombé, c'était la maladie très-grave et souvent incurable qu'il fallait en accuser, ou bien quelquefois le procédé suivi pour faire ces injections, mais jamais les injections. A cette heure, j'ai pratiqué, et toujours en présence de confrères éclairés, soit en ville ou dans les hôpitaux, des injections iodées par centaines, je suis encore à observer non-seulement un accident mortel, mais même un accident notable. Dans les cas où la mort a eu lieu pendant l'usage de ces injections, on peut dire qu'elle a toujours été le résultat ou des imprudences des malades, ou le plus souvent des désordres tels qu'au moment de l'opération les malades étaient vouées d'avance à une mort certaine, et cependant dans ces cas graves, dans ces cas de mort imminente, les injections iodées ont pu encore procurer du soulagement et prolonger l'existence des malades. En m'exprimant d'une manière aussi absolue, je ne veux pas dire que ces injections ne soient jamais la cause d'un accident quelconque; j'aurais tort de parler ainsi, car je sais plusieurs accidents survenus après leur emploi; c'est au *modus faciendi*, et non à la méthode, qu'on doit les attribuer. En prenant toutes les précautions que j'ai déjà recommandées, les accidents seront, sinon impossibles, au moins excessivement rares.

3° *Tous les kystes de l'ovaire ont-ils les mêmes chances de guérison?*

L'expérience, basée sur des faits assez nombreux déjà, m'a conduit à diviser les kystes en deux catégories, seulement au point de vue du traitement : les kystes uniloculaires et les kystes multiloculaires. Les premiers, lorsqu'ils sont simples, c'est-à-dire lorsqu'ils renferment un liquide séreux, clair, limpide, que leurs parois sont minces et sans altération aucune, guérissent souvent avec une grande facilité et avec une seule ponction et une seule injection, quelle que soit leur ampleur, et quelquefois sans même laisser la moindre trace de leur existence appréciable au toucher à travers les parois abdominales; les seconds, c'est-à-dire les kystes multiloculaires, quelle que soit la nature de leur contenu, qu'il soit séreux, mais surtout lorsqu'il est épais, visqueux, filant, résistent dans l'immense majorité des cas aux injections iodées et offrent de très-rares guérisons; seulement, si les injections sont impuissantes à guérir radicalement dans ces cas, elles sont toujours sans danger et amènent des améliorations très-remarquables.

4° *Est-il possible de reconnaître sur une malade si un kyste est uniloculaire ou multiloculaire? S'il renferme un liquide séreux facile à évacuer, ou un liquide épais, filant, gélatiniforme?*

D'après les faits que j'ai observés, je suis porté à dire qu'on peut et qu'on doit faire des injections, même dans les kystes multiloculaires, dans le seul but de soulager les malades, d'améliorer pendant quelque temps leur position et de prolonger leur existence. Par conséquent, savoir distinguer les diverses variétés de kystes avant d'opérer ne me paraît pas avoir l'importance qu'on y attache, à moins que ce ne soit dans le but d'annoncer avant la ponction les chances plus ou moins heureuses de guérison que la malade peut espérer....

Quoi qu'il en soit, ce diagnostic, si important pour quelques-uns, me paraît assez facile à établir, et je pense qu'on peut, sinon toujours, au moins dans l'immense majorité des cas, dire si on est en présence soit d'un kyste uniloculaire avec liquide ou séreux, ou purulent, ou épais; soit d'un kyste multiloculaire avec liquide séreux ou épais, gélatineux; soit d'une ascite, d'une hydropisie enkystée du péritoine, d'une tumeur dure, fibreuse; soit enfin d'une grossesse. On peut même, dans les kystes multiloculaires, indiquer le nombre des poches ou loges qui correspondent à la paroi antérieure abdominale. La percussion seule suffit pour établir ce diagnostic. Dans les cas où les kystes sont compliqués d'ascite, le diagnostic peut devenir plus difficile, et alors, si le kyste n'est pas très-volumineux, on ne peut le reconnaître d'une manière positive que si le péritoine a été débarrassé de son contenu. Dans ces cas difficiles, on est obligé d'avoir recours à la ponction pour éclairer le diagnostic.

Les signes à l'aide desquels on peut reconnaître une hydropisie de l'ovaire et la distinguer de l'ascite, sont les suivants :

Lorsque le kyste est volumineux, qu'il a envahi toute la cavité abdominale, si la percussion donne de la matité dans toute la partie antérieure du ventre, de la sonorité dans les parties latérales, on peut diagnostiquer une hydropisie de l'ovaire; si, au contraire, le ventre est sonore à son sommet et mat dans ses côtés, il y a ascite, parce que, dans cette dernière affection, les intestins sont placés au-dessus du liquide contenu dans le péritoine; tandis que dans l'hydropisie enkystée ils sont placés au-dessous du kyste et sur ses parties latérales. Dans l'ascite, si l'on fait coucher la malade à droite ou à gauche, le liquide suit la position et la sonorité est toujours appréciable du côté opposé à celui sur lequel est couchée la malade. Dans les kystes, qu'on fasse coucher les malades à droite ou à gauche, la matité ne se déplace jamais; elle reste toujours dans le point le plus élevé de l'abdomen. Avec ces signes, qui sont constants, il sera toujours facile de ne pas confondre une ascite avec une hydropisie ovarique.

Quand les kystes n'ont encore acquis qu'un développement médiocre, ils occupent un des côtés de la cavité abdominale, et ne peuvent être confondus qu'avec certaines tumeurs; mais alors la présence du liquide qu'ils contiennent, leur siége, leur marche, leur développement progressif et local d'abord serviront à les faire reconnaître.

Il est quelquefois difficile de savoir de quel côté a débuté l'hydropisie, si c'est dans l'ovaire droit ou dans l'ovaire gauche. Il faut alors avoir recours au toucher. Dans ces cas, on trouve constamment une obliquité de la matrice qui est entraînée du côté du kyste, de telle sorte que le col de cet organe se trouve toujours du côté opposé où le kyste a pris naissance.

Savoir de quel côté la maladie a débuté est chose importante pour l'opération : d'abord pour se mettre à l'abri du retrait instantané du kyste sur lui-même; secondement, pour éviter tout épanchement dans le péritoine; ensuite pour obtenir plus promptement et plus sûrement la guérison.

Maintenant, le kyste est-il uniloculaire, est-il multiloculaire?

Toutes les fois qu'en percutant doucement avec un ou plusieurs doigts, ou mieux qu'en donnant une petite *pichenette* sur l'un des points de l'abdomen, le flot de liquide est perçu par l'autre main appliquée n'importe dans quel point du ventre, pourvu qu'il soit opposé à celui où est appliquée la percussion, le kyste est uniloculaire.

Si le flot du liquide n'est pas perçu ainsi dans tous les points de l'abdomen, quel que soit le point où on exécute cette percussion, c'est un kyste à plusieurs loges. Alors le flot du liquide est divisé en autant de surfaces circonscrites qu'il y a de poches en contact avec la paroi abdominale. Alors la fluctuation générale, si je puis m'exprimer ainsi, n'a plus lieu; il n'y a que des fluctuations partielles, qui sont limitées par l'étendue en superficie de chaque loge. Alors si une pichenette est appliquée sur un point du ventre, le flot du liquide n'est plus senti dans le point opposé, mais seulement dans la circonscription de la loge. On peut, en procédant ainsi, arriver à compter le nombre des loges dont se compose un kyste, au moins celles qui sont superficielles et en rapport avec la paroi abdominale. Il est rare que ces poches soient de la même grandeur; il y a presque toujours une poche principale, autour de laquelle sont groupées toutes les autres. Cette circonstance est encore facile à reconnaître par la fluctuation, qui est sensible dans une étendue plus considérable; ce qu'indique la percussion.

Reste à établir la nature du liquide contenu dans le kyste.

Lorsque le liquide est séreux, limpide, hydatique, en un mot lorsqu'il doit sortir par la canule comme sortirait de l'eau, la fluctuation est franche, nette, et ressemble à celle d'une ascite considérable; elle est perçue avec une grande facilité.

Si le liquide est épais, filant, visqueux, gélatineux, la fluctuation, quoique perceptible dans tous les points de l'abdomen, est moins franche; on sent que le flot du liquide arrive à la main d'une manière moins prompte, plus embarrassée, plus empâtée; le choc est moins net, moins sec; le liquide se déplace avec moins de facilité : on le dirait plus lourd.

Si les malades ont éprouvé des douleurs dans le ventre; si elles ont eu des inflammations; si le ventre a été légèrement douloureux, il est probable que le liquide aura une coloration plus ou moins prononcée, qu'il sera sanguinolent, chocolat ou café au lait. Dans les kystes multiloculaires, il est habituellement de mauvaise nature.

On peut annoncer avec quelque probabilité que le liquide contenu dans un kyste est de nature purulente toutes les fois qu'il y aura une fièvre continue, lente, perte d'appétit, des vomissements, de la diarrhée, un amaigrissement considérable, des douleurs dans le ventre, et surtout dans le kyste, en un mot tous les symptômes de la fièvre hectique ou de suppuration. Les injections iodées guérissent ces kystes suppurés presque aussi sûrement que les kystes simples uniloculaires. Sur trois cas de cette espèce que j'ai eu à traiter, j'ai obtenu trois guérisons.

5° *Comment doit-on procéder pour vider les kystes ovariques et pour pratiquer les injections iodées?*

J'ai posé pour règle de toujours pratiquer les ponctions du côté où le kyste a pris naissance. Les avantages de cette pratique sont les suivants : d'abord, de permettre au kyste de revenir sur lui-même plus facilement, c'est-à-dire à son point de départ; de ne pas s'exposer à voir la canule s'échapper de l'intérieur du kyste, comme il est quelquefois arrivé lorsque la ponction a été faite dans un point éloigné ou opposé à celui où la tumeur a commencé à se développer; c'est enfin la mettre à l'abri d'adhérences qui nuiront plus tard à son retrait, et par conséquent à sa guérison.

On a remarqué, en effet, dans les kystes très-anciens, qui ont acquis un développement très-considérable, et dans ceux qui ont subi plusieurs ponctions faites indistinctement dans les différents points de l'abdomen, que des adhérences se sont établies entre le kyste et les parois abdominales, mais principalement au niveau des ponctions; et ces adhérences se forment d'autant mieux que les ouvertures des ponctions ont suppuré, par suite de l'inflammation produite par la présence d'une sonde ou d'une canule, ou d'un corps étranger quelconque laissé à demeure. Ces adhérences, qui, suivant quelques chirurgiens, serviraient à empêcher le liquide du kyste ou de l'injection de s'épancher dans le péritoine et à maintenir les parois du kyste rapprochées des parois de l'abdomen, se trouvant, au contraire, dans un point de l'abdomen éloigné ou opposé au siége primitif du kyste, deviennent un obstacle très-grand pour la guérison, et s'opposent au mouvement de retrait du kyste.

C'est donc à éviter ces divers inconvénients que le chirurgien doit s'appliquer, et c'est pour y arriver sûrement que je recommande :

1° D'opérer les kystes de bonne heure, et avant qu'ils aient acquis un grand développement qui les expose à contracter des adhérences et à devenir multiloculaires;

2° De les ponctionner du côté où ils ont commencé à apparaître, et le plus près possible de leur lieu d'origine;

3° D'éviter les sondes à demeure.

Les adhérences ne sont pas fâcheuses seulement parce qu'elles s'étendent ou empêchent la guérison, mais encore parce qu'elles exposent quelquefois à des accidents mortels, à des étranglements internes qui sont dus aux brides que ces adhérences forment dans la cavité abdominale, sous lesquelles brides les intestins peuvent s'engager et s'étrangler. D'autre part, on s'est beaucoup préoccupé, et avec raison, des accidents que pourraient faire naître la ponction du kyste, l'injection iodée et son séjour dans l'intérieur du kyste. On a craint qu'en injectant de la teinture d'iode dans un kyste mobile on en répandît dans la cavité péritonéale; mais ces craintes sont chimériques si la ponction et l'injection sont faites convenablement. En effet, si des accidents de péritonite suivent les ponctions palliatives et les injections iodées, c'est que le liquide du kyste ou de l'injection tombe dans le péritoine. Il est un moyen bien simple et bien sûr d'éviter cet accident grave. Tout le monde comprend que si la ponction est faite dans un point de l'abdomen d'où le kyste devra s'éloigner pour revenir sur lui-même, il pourra arriver qu'un épanchement ait lieu dans le péritoine, le kyste, en se rétractant, pouvant abandonner la canule au moment de l'injection, soit de la teinture iodée, afin d'éviter ces accidents, toujours très-graves, souvent mortels, il faut ne jamais se servir de la canule du trocart pour pratiquer l'injection, et la remplacer par une sonde en gomme élastique. Voici comment je procède :

Avec un gros trocart, celui que j'ai fait faire exprès pour les ponctions des kystes ovariques et pour les abcès par congestion, je pratique la ponction du côté où le kyste s'est primitivement développé, et dans le lieu qui se rapproche le plus du point où il a pris naissance. Je laisse sortir la moitié ou les trois quarts du liquide par la canule, sans imprimer le moindre mouvement à la malade, puis j'introduis dans cette canule une sonde de gomme élastique percée de plusieurs trous latéraux. Cette sonde doit remplir exactement la canule du trocart, mais de façon cependant à permettre le glissement facile de la sonde dans la canule. Alors je retire la canule sur la sonde que je laisse à sa place; elle sert et à évacuer le reste du liquide, et à faire les lavages si besoin est, et les injections iodées.

Si dès le début le liquide s'écoule difficilement par la canule, je place

aussitôt la sonde, avec laquelle il devient facile de vider complétement le kyste, quelle que soit l'épaisseur du liquide qu'il contient, en l'aspirant avec une seringue.

Les avantages de cette sonde sur la canule sont :

1° Étant introduite profondément dans le kyste, à 8 ou 10 centimètres environ, de ne pas donner à craindre que le kyste, en se rétractant, n'abandonne la sonde ;

2° D'établir, si le kyste venait à se rétracter, une espèce de pont entre lui et la paroi abdominale ;

3° De pouvoir, si le liquide est épais et coulant difficilement, le retirer jusqu'à la dernière goutte, l'aspirant avec une seringue;

4° De faire autant de lavages qu'on voudra dans le kyste, afin de débarrasser ses parois de cette matière épaisse, grasse, qui l'empêche d'éprouver les modifications de la teinture iodique;

5° De pouvoir malaxer le kyste, le pétrir dans tous les sens, afin de mettre le liquide de l'injection en contact avec toutes les parties du kyste, sans crainte d'un épanchement dans le péritoine.

6° Enfin, d'être à même de retirer toute l'injection qui a pénétré dans le kyste et de pouvoir y faire le vide d'une telle façon que, non-seulement on le débarrasse du liquide et de l'air qu'il peut encore contenir, mais encore qu'on peut rapprocher ainsi les parois du kyste et les mettre en contact. Lorsque tout est dans ces conditions, il est de toute impossibilité qu'un épanchement quelconque ait lieu dans le péritoine au moment où l'on retire la sonde. Avec une canule toutes ces manœuvres sont impossibles, et bien des accidents sont à craindre. On ne doit retirer la sonde qu'armée de la seringue, c'est-à-dire que celle-ci, toujours placée dans l'ouverture externe de la sonde qu'elle bouche hermétiquement, continue d'aspirer l'air et le liquide qui peuvent être dans le kyste.

6° *Doit-on après une première ponction, quelle que soit l'étendue du kyste, faire l'injection iodée, ou doit-on recourir à plusieurs ponctions successives avant de faire l'injection iodée? Des ponctions répétées et suivies d'injections iodées sont-elles dangereuses; doit-on leur préférer la sonde à demeure?*

Quelques chirurgiens, dans le but de permettre au kyste de revenir sur lui-même et de diminuer sa capacité au moment de l'injection, ont proposé de pratiquer d'abord plusieurs ponctions successives et rapprochées avant d'injecter de l'iode. Il est facile de démontrer que cette modification à ma méthode repose plutôt sur une idée théorique que sur des faits pratiques; je n'en veux pour preuve que la pratique elle-même de M. Demarquay, l'auteur de cette modification. En effet, dans les cinq cas qu'il rapporte à l'appui de cette manière de faire, la guérison a été obtenue après une seule ponction et une seule injection iodée. Sur 34 malades atteintes de kystes uniloculaires ; 16 fois une seule ponction et une seule injection ont guéri radicalement, et, parmi ces kystes, plusieurs étaient assez vastes pour contenir 25 à 30 litres de liquide. Alors, [illegible], avant de tenter une injection iodée, exposer les malades à plusieurs ponctions inutiles, opérations qui, comme l'expérience l'a prouvé, ne sont pas toujours sans gravité?

Les ponctions et les injections iodées faites successivement dans le même kyste ont paru également être un danger à plusieurs médecins; et ils ont pensé que dans ce cas la sonde à demeure devrait être préférée. Je suis loin de partager cette opinion, que d'ailleurs repousse l'expérience. Plusieurs fois j'ai obtenu des guérisons après 2, 3, 4, 6... et jusqu'à 17 ponctions et 17 injections successives. La sonde à demeure est une ressource extrême qu'on doit réserver quand le kyste est considérablement revenu sur lui-même, résiste aux ponctions et aux injections iodées.

7° *Enfin comment s'opère la guérison des kystes ovariques injectés d'iode? Est-ce par inflammation, par suppuration, ou tout simplement par rétraction du kyste?*

Ignorant les effets de la teinture d'iode appliquée localement sur nos tissus, et en particulier dans les kystes de l'ovaire, et toujours dirigé par des idées fausses sur l'action locale de l'iode, on n'a cessé de le considérer comme un corps devant enflammer, irriter les parties avec lesquelles il est mis en contact, on a pensé qu'il ne guérissait qu'en provoquant l'inflammation; et, pour ce qui est des kystes en particulier, beauconp croient encore qu'ils ne guérissent que par l'inflammation produite par la teinture d'iode sur leurs parois. Dans ces cas, comme dans beaucoup d'autres, la teinture d'iode n'est qu'un modificateur puissant qui agit d'une manière toute *spéciale* sur les surfaces, dont elle modifie avantageusement les sécrétions morbides.

Dans la dernière séance de l'Académie, l'honorable M. Robert, en parlant de cette propriété particulière spéciale de l'iode, a dit que M. Abeille paraît avoir appelé le premier l'attention sur les effets modificateurs de l'iode. C'est une erreur de notre savant confrère. La remarque de ce fait important n'appartient pas à M. Abeille; elle a été faite longtemps avant lui. Cette propriété qu'a l'iode de modifier les surfaces altérées, les sécrétions de toute nature, est signalée dans les travaux et les observations publiées sur l'iode depuis 1840, et les travaux où M. Abeille a rappelé cette propriété ne datent que de 1849.

Mais revenons au mode de guérison des kystes ovariques et de tous les kystes en général. C'est par rétraction que les kystes ovariques guérissent, et non par inflammation adhésive ou suppurative; et si parfois l'on trouve des brides, des adhérences dans leur intérieur, c'est quand ces kystes ont été antérieurement le siége d'une inflammation plus ou moins vive. C'est surtout dans les kystes purulents que se montre cette puissance modificatrice de l'iode, qui change, après quelques injections, le liquide purulent de mauvaise nature en liquide séreux et de bonne nature.

Je ne puis ici qu'indiquer en passant cette action particulière de l'iode sur nos tissus, et je m'empresse de terminer en disant que les kystes guérissent en diminuant peu à peu de capacité, en revenant sur eux-mêmes, et en se rétractant parfois d'une manière si complète qu'on ne trouve plus, après la guérison, la moindre trace de leur existence. Ils guérissent, dans ce cas, comme l'hydrocèle. Quand l'adhésion a lieu, parfois elle est très-incomplète, et dépend probablement d'une inflammation antérieure ou étrangère aux injections iodées, puisque la teinture d'iode, appliquée sur les tissus qui se rapprochent du tissu muqueux, comme celui de la surface interne des kystes, ne les enflamme jamais. D'ailleurs, lorsqu'on fait des ponctions et des injections successives, il est facile de suivre la rétraction progressive des kystes, et assez souvent, non pas toujours, lorsqu'ils arrivent à la guérison, on trouve à leur place une tumeur plus ou moins dure, insensible, qui diminue de volume avec le temps, et finit quelquefois par disparaître tout à fait, ainsi que j'en connais plusieurs exemples.

Quand les kystes ont été traités par la sonde à demeure, aidée des lavages et des injections répétées d'iode, il y a alors suppuration, et le mode de guérison est tout autre que dans les circonstances précédentes; en même temps que la guérison se fait par rétraction du kyste, elle a lieu par inflammation et par suppuration.

NOUVEAU PROCÉDÉ

pour l'établissement d'un canal artificiel à travers le gland, dans le cas d'hypospadias.

Par M. MAISONNEUVE.

Dans le numéro du 25 octobre de la *Gazette des Hôpitaux*, il est question d'un cas d'hypospadias traité par la création d'un canal artificiel à travers le gland. Il ne sera peut-être pas sans intérêt de relater, à l'occasion de ce fait, l'ingénieux procédé qu'emploie M. Maisonneuve dans des circonstances analogues.

On sait que dans le procédé classique pour le traitement de l'hypospadias, procédé qui consiste à transpercer le gland pour y créer un canal artificiel, les deux grands écueils résident dans la difficulté de maintenir au nouveau canal ses dimensions, et dans celle d'oblitérer l'orifice du canal ancien. Voici par quelle ingénieuse combinaison M. Maisonneuve parvient à ce double résultat.

1° Après avoir, suivant la méthode ordinaire, transpercé le gland, soit d'avant en arrière, soit d'arrière en avant, de manière à former à travers cet organe un canal artificiel qui se continue avec le canal normal au niveau de son orifice ou à quelques lignes plus en arrière, M. Maisonneuve agrandit ce nouveau canal au moyen de son urétrotome caché;

2° Il dissèque sur la face inférieure de la verge un lambeau étroit de même longueur que le nouveau canal, en ayant soin de laisser ce lambeau adhérent par son extrémité antérieure près de l'orifice anormal;

3° Il agrandit transversalement cet orifice avec la pointe du bistouri;

4° Au moyen d'un fil qu'il attache à l'extrémité postérieure du lambeau, et qu'il passe ensuite d'arrière en avant par l'orifice anormal agrandi, il renverse ce lambeau et l'attire dans le canal pour en doubler la paroi inférieure, puis il le fixe à l'extrémité du gland par des points de suture.

De cette manière, le lambeau renversé ferme exactement l'orifice anormal; il forme un plan incliné qui dirige l'urine dans le canal nouveau, et de plus constitue à la paroi inférieure de ce canal une surface épidermique qui empêche son oblitération.

ADMINISTRATION DE L'HUILE DE RICIN.

On doit choisir, autant que possible, l'huile visqueuse, inodore et incolore. Si l'on n'avait à sa disposition qu'une huile très-colorée et suspecte d'âcreté, on pourrait lui enlever en partie cette dernière en la chauffant avant de s'en servir.

Il y a des personnes qui ne peuvent supporter l'huile de ricin, qui la vomissent; à celles-là il ne faut pas songer à la donner. Mais beaucoup aussi n'y répugnent que parce que c'est une huile. On s'est donc ingénié de bien des façons à la faire passer.

Le mode le plus ordinaire d'administration consiste à la faire prendre dans du bouillon, avec addition d'un peu d'oseille.

Chez les enfants et chez les grandes personnes qui leur ressemblent, on peut la donner dans une infusion de thé ou de menthe sucrée, avec addition de suc d'oseille et un peu de jaune d'œuf pour faire une liaison.

On la donne aussi avec des sirops, ceux de fleurs de pêche, de chicorée, de limon; ces mélanges, ainsi que celui avec l'eau sucrée et le bouillon gras, ne doivent être opérés qu'au moment même de l'administration ; autrement le tout se coagule et forme une sorte de gelée désagréable à prendre.

L'huile de ricin s'administre encore sous forme d'émulsion, et en ce cas le jaune d'œuf vaut mieux que la gomme; mais elle perd, sous cette forme, ses propriétés purgatives.

Une formule anglaise qui paraît donner de bons résultats est la suivante :

Hydrolat de menthe.	30,00
Huile de ricin.	24,00
Soluté de potasse.	8,00

Bien agiter pour former une émulsion.

On fabrique à Munich une huile de ricin particulière qui jouit d'une très-grande vogue en Italie.

Cette huile, à la dose de 8 à 15 grammes, mêlée à de l'eau de fleurs d'oranger et à du sirop d'écorces d'oranges, est prise, dit-on, plus facilement et agit plus sûrement que l'huile ordinaire. Buchner a constaté que c'était un mélange de 27 parties d'huile de ricin et de 28 parties d'alcool aqueux.

On sait que l'on peut rendre l'huile de ricin drastique par l'addition d'une ou deux gouttes d'huile de croton. En Angleterre, on associe l'huile de térébenthine avec l'huile de ricin dans les proportions suivantes :

Huile de ricin.	24,00
Essence de térébenthine.	8,00

A administrer seul ou en émulsion.

On dit, et nous le croyons sans peine, que les propriétés purgatives de l'huile de ricin sont singulièrement accrues par cette addition, et que les constipations les plus opiniâtres n'y résistent pas.

On se sert aussi de cette préparation contre les vers, surtout le tænia. (*Rév. de thérap.*)

DES INDICATIONS RELATIVES DU SEIGLE ERGOTÉ ET DU BORAX.

Par M. SPENGLER.

Il y a quelques années que le borax a été proposé comme succédané du seigle ergoté, à cause de la propriété qu'il paraît avoir de provoquer des contractions utérines.

M. Spengler (d'Ems) a cherché à établir les indications spéciales de ces substances.

Selon lui, le borax est préférable lorsque la femme est en proie à une exaltation de la sensibilité ; qu'il y a un état spasmodique, des crampes, des douleurs ; ou bien quand il y a des symptômes gastriques, dyspepsie, acidité des premières voies, état bilieux.

Le seigle ergoté réussit mieux chez les personnes molles, leucophlegmatiques, à fibre relâchée.

Quand la femme est profondément épuisée, physiquement et moralement; quand les douleurs sont très-vives, insupportables, une addition d'éther au seigle est le meilleur calmant.

Il est probable que le chloroforme rendrait le même service, car c'est la propriété anesthésique de ces agents qu'il faut rechercher.

M. Spengler préfère l'infusion préparée avec 2 à 4 grammes sur 100 de liquide; l'éther y est ajouté à la dose de 2 grammes environ. On donne une cuillerée tous les quarts d'heure.

S'il existe un état gastrique, de la constipation, l'huile de ricin suffit souvent seule pour ranimer les contractions utérines.

(*Annales d'Anvers.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 novembre 1856. — Présidence de M. BUSSY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les arrondissements d'Avranches et de Valognes (Manche) et dans le département de l'Indre pendant l'année 1855 (commission des épidémies) ;

2° Un rapport de M. le docteur Finaz, médecin inspecteur des eaux minérales de Charbonnières (Rhône), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. J. Lefort adresse un mémoire intitulé *Recherches chimiques sur les eaux minérales et thermales de Royat et de Chamalières (Puy-de-Dôme)*. [Même commission.]

— M. Sommé, interne à la Clinique, adresse une note sur une pâte caustique au chlorure de zinc. (Commissaires : MM. Guibourt et Jobert).

— M. Berthé adresse une note intitulé *Un dernier mot sur la codéine et sur les moyens de reconnaître et d'éviter sa substitution par la morphine et ses sels*. (Commission nommée.)

— M. Boinet adresse un travail sur le traitement des kystes de l'ovaire, à l'occasion de la discussion qui a lieu en ce moment à l'Académie sur ce sujet. (Voir plus haut.)

— M. Cazimir Pinel adresse une lettre par laquelle il annonce à l'Académie qu'il lui fait hommage du portrait de Philippe Pinel, son oncle. Le portrait, envoyé en même temps que la lettre, est placé dans la salle des séances.

M. le président exprime au nom de l'Académie toute la gratitude qu'elle éprouve pour cet hommage. Une lettre de remercîments sera adressée à M. Casimir Pinel.

Kystes de l'ovaire. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les kystes ovariques. La parole est à M. Jobert.

DISCUSSION.

M. JOBERT. Dans ma première communication, j'ai annoncé un chiffre approximatif; aujourd'hui, je suis en mesure de donner le nombre exact des injections iodées que j'ai faites à diverses époques. Ce nombre s'élève à 26.

Sur une Anglaise de trente-huit à quarante ans, j'ai fait une première injection au milieu du liquide ovarique avec de l'eau alcoolisée, ensuite 4 avec la teinture d'iode ; aucun accident n'est survenu, mais la malade n'a pas guéri.

Sur une autre malade, 3 injections iodées ont été faites ; le kyste avait été presque entièrement vidé. Des signes d'inflammation non douteuse se sont déclarés ; ils ont été conjurés par la médication antiphlogistique. La malade n'a pas guéri.

Une demoiselle que je soignais avec M. Rayer et qui portait un kyste ovarique multiloculaire, a subi 8 injections iodées. Il y a eu amélioration et retard dans la formation du liquide, et la guérison n'a pas été définitive. Il n'est survenu aucun accident, quoique plusieurs onces de teinture d'iode aient été injectées chaque fois. Une ponction avait précédé les 8 opérations dont il vient d'être question. Le kyste a conservé une partie de son liquide pour se mêler à l'injection, chaque fois qu'elle a été faite.

Cinq jeunes personnes affectées de kystes ovariques ont été soumises à la ponction et à l'injection iodée. 3 ont guéri par une ponction et 2 injections successives, faites dans la même séance; 2 ont vu reparaître la tumeur après l'absorption du liquide plastique déposé dans la poche. Ce n'est qu'après une nouvelle ponction et une nouvelle injection pour chacune, que la guérison a été définitive.

Enfin deux jeunes femmes ont subi la ponction avec injection, et le mal a continué à se développer. Deux autres ponctions sont devenues nécessaires. L'une de ces malades est guérie; l'autre est en traitement.

Il ressort des faits précédents que les kystes anciens, épais et vastes, n'ont pu guérir par la ponction et l'injection. Toutes les fois que l'injection a été faite dans le kyste contenant encore une certaine quantité de liquide, il n'y a eu aucun effet local grave ni aucun trouble général sérieux, et lorsque le kyste se trouvait à nu, l'inflammation a été signalée par des douleurs, de la sensibilité du ventre et de la réaction.

Il est démontré, en outre, que, dans les cas où le résultat a été complet, on avait affaire à des kystes de moyenne grosseur, à une seule cavité et sans transformation.

M. Jobert, après avoir ajouté à ce qui précède la relation de vive voix de quelques faits à l'appui de son opinion, résume toute son argumentation dans les propositions suivantes :

L'anatomie pathologique ne me paraît pas devoir être prise pour guide dans les kystes de l'ovaire, en ce qui concerne la thérapeutique, puisque les injections agissent toujours sur la membrane kystique, en déterminant un produit plastique et un travail adhésif.

Que le kyste ait pour origine une vésicule, une membrane pyogénique, un sac séro-muqueux, il sera susceptible d'être oblitéré et guéri, orsqu'il n'aura subi aucune transformation, aucune dégénérescence.

Les ponctions successives et rapprochées peuvent produire l'oblitération du kyste par un dépôt albuminoïde.

Le mode de guérison des kystes de l'ovaire par l'injection me paraît devoir être assimilé à celui de l'hydrocèle.

Les kystes vastes et anciens ne guérissent pas par les injections, mais ils peuvent être modifiés avantageusement en retardant le produit d'exhalation.

Les injections iodées ou alcooliques peuvent produire une inflammation plus ou moins sérieuse du kyste, lorsque le liquide touche immédiatement sa surface interne.

Les injections faites au milieu du liquide kystique ne produisent jamais d'accidents, et cependant elles provoquent les mêmes phénomènes adhésifs.

Le kyste peut récidiver après avoir été oblitéré.

Plusieurs injections sont indispensables pour produire l'oblitération des kystes ovariques.

La ponction simple doit être préférée lorsque les kystes sont très-enflammés et dégénérés.

On doit pratiquer la ponction de bonne heure, afin d'éviter la transformation du kyste, sa rupture, les péritonites diffuses, mortelles ou chroniques, et l'épuisement.

L'excision me paraît applicable exceptionnellement aux abcès circonscrits et limités des kystes multiloculaires.

L'électricité peut amener la résolution des kystes multiloculaires.

L'extirpation est une opération dangereuse qui doit bien rarement trouver son application.

M. BARTH. D'une question spéciale relative à un procédé particulier, la discussion a bientôt fait une question générale : Faut-il opérer les kystes, ou faut-il les abandonner? Dans les cas où il y aurait lieu de les attaquer, est-ce à un traitement palliatif ou de nécessité, ponction quand il y a suffocation imminente, qu'il convient d'avoir recours, ou à un traitement curatif? Ici, comme dans la plupart des questions, il s'est produit deux opinions opposées, résultant de faits contraires. Les uns préfèrent l'abstention, et ils se fondent sur l'innocuité des kystes d'une part, et, d'autre part; sur les dangers d'une opération; dangers immédiats, tels que la péritonite; dangers consécutifs, tels que l'altération du liquide kystique, l'infection putride, etc. A l'appui de cette opinion, partagée par beaucoup d'académiciens, on a cité, à côté de nombreux exemples de femmes qui, livrées à elles-mêmes, ont mené une longue existence, des exemples de mort survenue plus ou moins rapidement après l'opération. Mais je ne puis me défendre d'un certain étonnement en présence de statistiques aussi effrayantes. J'ai fait pour ma part environ de 25 à 30 ponctions de kystes ovariques, sans aucun accident immédiat. Sur ce nombre, il en est 20 dont j'ai pu suivre les traces, sans compter le fait que j'ai communiqué dernièrement. Or, sur ces 20 cas, une seule fois la ponction a été suivie de près par la mort, mais la position de la malade était désespérée.

Ceux qui veulent qu'on opère se fondent sur ce que les kystes peuvent s'accroître, gêner les fonctions et amener à la longue un dépérissement graduel et l'asphyxie, ou bien encore sur le danger de la rupture spontanée du kyste et de la péritonite suraiguë mortelle qui en est le résultat presque infaillible; ils citent aussi, de leur côté, de nombreux cas de mort sans opération, et un nombre assez respectable de succès après l'opération.

Je sais que l'on a objecté contre ces succès les récidives; on en a cité 39 cas. Mais sont-ce bien là de véritables récidives? N'est-il pas plus probable que dans beaucoup de ces cas ce sont des kystes nouveaux qui se sont développés?

Au milieu de toutes ces assertions contradictoires, où est la vérité? Quel est le bon chemin à suivre pour la découvrir? Ici, comme presque toujours, le vrai n'est dans aucune opinion exclusive. Il faut distinguer et rechercher les cas qui peuvent être opérés avec des chances de succès, spécifier ceux qu'il ne faut pas toucher, déterminer l'époque où il y a plus de chances de les guérir; puis, pour ceux qui sont susceptibles d'être opérés, chercher quel est le mode opératoire qui convient le mieux. Il faut enfin déblayer la question et la circonscrire le plus possible : ainsi éliminer tout d'abord les kystes qui n'appartiennent point à l'ovaire, tels que les kystes péritonéaux, qui sont rares; les hématocèles, auxquelles il ne faut toucher que le moins possible; les kystes de la trompe, qui offrent la chance d'une ouverture spontanée par la matrice; les kystes embryonnaires, etc.

Les kystes ovariques proprement dits doivent être distingués en uniloculaires et multiloculaires; on devra tenir compte de la composition du liquide : ici le secours du microscope pourra être utile. Ainsi il y a une très-grande différence entre les kystes dont le liquide est séreux, ceux qui contiennent un liquide gélatineux, sanguin, etc., ceux qui renferment de la cholestérine, etc. La texture et l'épaisseur des parois devront également être prises en considération; ainsi les kystes à parois minces sont plus faciles à guérir que les kystes à parois épaisses. La marche des kystes, lente, rapide ou stationnaire, l'âge de la malade, sa santé générale, l'hérédité, la prédisposition cancéreuse, etc., sont tout autant de considérations qu'on ne peut ni ne doit négliger, et qui influent sur la détermination du chirurgien.

Etant donné un kyste uniloculaire, uni, sans bosselures, contenant un liquide de consistance séreuse, il peut être attaqué par les moyens chirurgicaux, s'il grandit. Par quels moyens doit-il être attaqué? La ponction palliative ou simple évacuation est insuffisante. Le liquide se reproduit de plus en plus rapidement, à mesure qu'on multiplie les ponctions.

La méthode curative comprend l'emploi de l'électricité qui n'est pas en cause, et qui d'ailleurs, à ma connaissance, a échoué; l'ablation, qui n'est pas en question; enfin la ponction et l'injection iodée. Celle-ci compte déjà assez de succès pour être prise en considération. Il y a eu des insuccès, mais parmi ces derniers il en est qui évidemment ne sont pas imputables à la méthode; de ce nombre, en particulier, est l'observation que j'ai communiquée à l'Académie, où l'issue fatale a été produite par une rupture spontanée du kyste par suite d'une grossesse.

Le choix du moment est très-important; mais il ne dépend pas toujours du médecin. En théorie on peut bien fixer l'époque la plus favorable pour l'opération, mais en pratique il faut prendre les malades quand et comme elles viennent.

M. Barth, après avoir successivement examiné divers procédés, notamment celui de M. Boinet et celui de M. Demarquay, passe aux objections qui ont été faites à son procédé, et réfute ces diverses objections. Il montre que ce procédé est sûr et met mieux que tous les autres, par l'impossibilité de l'échappement de la canule, à l'abri du plus grave de tous les accidents, l'introduction du liquide dans le péritoine, et que grâce à la flexibilité et à l'inaltérabilité des tubes dont il se sert, il prévient également tous les dangers de l'irritation et de l'inflammation de la poche kystique. Cette canule offre en outre l'avantage de s'accommoder avec une grande facilité aux orifices, à cause de sa flexibilité et de maintenir le kyste parfaitement appliqué et immobile contre la paroi abdominale avec laquelle il a ainsi le temps de contracter des adhérences qui facilitent les manœuvres qu'il pourra être ultérieurement utile de faire. En cas de récidive, grâce à ces adhérences on aura un point de repère certain pour une nouvelle ponction. Enfin ce procédé offre encore cet avantage que suivant la nature du liquide contenu dans le kyste, selon que ce sera de la sérosité ou du pus, on pourra obtenir quand on voudra l'occlusion en maintenant aussi longtemps que cela sera nécessaire les orifices ouverts.

En résumé, mon procédé me paraît devoir subir le sort destiné à la méthode elle-même. Si l'on juge qu'il n'y ait rien à faire pour les kystes hydatiques et que les injections sont mauvaises, mon procédé tombera avec la méthode. S'il y a, au contraire, utilité à agir, si les injections sont bonnes, s'il est des cas surtout où il soit utile de laisser une canule à demeure, mon procédé restera; l'avenir dira ce qu'il vaut. Voilà pour le procédé.

Quant à la question générale, il y a assez de cas de succès pour admettre la légitimité de l'intervention de l'art. Si le chiffre actuellement connu des guérisons est trop rare, il ne faut l'attribuer qu'à l'imperfection de nos moyens, et dans tous les cas réserver l'avenir.

M. CAZEAUX. MM. Moreau et Malgaigne ont-ils eu raison de soutenir l'innocuité ou au moins le peu de gravité des kystes ovariques et de considérer la ponction palliative comme le seul remède qu'on puisse employer dans les cas extrêmes? Telle est la première question qu'examine M. Cazeaux.

Et d'abord, au sujet des petits kystes qui sont hors de cause sous le point de vue opératoire, M. Cazeaux trouve que MM. Trousseau et Cruveilhier ont exagéré l'impuissance de la médecine en déclarant ses efforts complétement inutiles, et il prouve par des faits que les préparations iodées à l'extérieur et à l'intérieur, les vésicatoires, les purgatifs et les diurétiques ou autres médications ont parfois donné des résultats inespérés : puis, revenant à la question chirurgicale. Pour moi, dit-il, comme pour la plupart des chirurgiens, c'est seulement lorsque le kyste a acquis un volume considérable, lorsque continuant à se développer, il gêne déjà par sa masse les organes voisins, trouble la régularité des grandes fonctions, que le chirurgien peut songer à intervenir. Mais jusqu'où doit aller cette intervention? Là est toute la question.

Il faut le dire, l'hydropisie enkystée de l'ovaire entraîne le plus souvent la mort. D'après les calculs qui ont été faits par plusieurs médecins, la moitié des malades meurent dans les deux ans. Après avoir recueilli 31 observations, j'ai vu que 7 de ces malades seulement avaient vécu plus de dix ans, et que pour toutes les autres la moyenne était de deux ans à deux ans et demi à peu près, en faisant dater la maladie du moment où la tumeur a eu un volume appréciable.

Les faits cités par M. Moreau en faveur de la ponction palliative portent certainement avec eux leur enseignement; mais peut-on les généraliser comme semblent vouloir le faire les adversaires de la cure radicale, et laisser croire que la ponction simple non-seulement soulage les souffrances actuelles des malades, mais encore éloigne beaucoup le terme fatal. Non. La ponction n'est qu'un palliatif momentané; quelques jours, parfois quelques mois au plus sont à peine écoulés, et la tumeur reparaît bientôt aussi volumineuse. Dira-t-on : On recommence et voilà tout?... Non, ce n'est pas tout, car si ces ponctions soulagent immédiatement, elles sont le plus souvent suivies d'une mort prompte. MM. Trousseau, Velpeau et Cruveilhier en ont rapporté des exemples.

Avoir prouvé le danger des kystes de l'ovaire traités par les moyens médicaux aidés ou non de la ponction palliative, c'est exprimer tacitement le désir d'un traitement plus sûr et plus radical. Aussi a-t-on depuis longtemps cherché dans la médecine opératoire un remède à une si grave maladie. Je me bornerai ici à examiner la valeur des injections iodées.

Or, bien que l'emploi des injections iodées dans le traitement des kystes ovariques ne remonte guère au delà de 12 à 15 ans, les faits sont déjà assez nombreux pour être consultés avec fruit.

Ici M. Cazeaux dresse une statistique des opérations pratiquées par M. Boinet, par MM. Nélaton, Monod, Demarquay, Maisonneuve, par M. Simpson, d'Edimbourg, et par quelques autres chirurgiens nationaux et étrangers; et après être entré dans des détails étendus sur quelques-uns de ces faits et en particulier sur ceux de M. Boinet, il termine en ces termes :

En résumé, il me semble prouvé par tout ce qui précède :

1° Que les kystes de l'ovaire constituent une maladie des plus graves et assez promptement mortelle;

2° Que la ponction dite palliative ne guérit que dans les cas très-exceptionnels, ne soulage que pour peu de temps, expose les malades à des dangers sérieux, sans leur offrir en compensation les chances probables d'une vie moyenne;

3° Que la ponction suivie de l'injection iodée est dans l'état de la science le moyen le plus sûr et le moins dangereux de guérir cette maladie jusqu'alors incurable;

4° Qu'il est aujourd'hui plus que rationnel d'y recourir dans tous les cas de kystes séreux, hydatiques ou uniloculaires;

5° Que si les kystes séro-purulents ou séro-sanguinolents offrent moins de chances de guérison, les résultats obtenus par M. Boinet autorisent à en tenter la cure radicale;

6° Enfin que les kystes à loges nombreuses, comme tous ceux dont les liquides sont épais ou gélatineux ne paraissent pas susceptibles de guérir par la nouvelle méthode.

Mais enfin n'y a-t-il rien de mieux à faire dans ces cas malheureux que d'abandonner les malades à une mort certaine. Je ne veux que toucher à cette question. Je ne quitterai pas cette tribune sans protester contre l'espèce d'anathème lancé par plusieurs de nos collègues sur l'extirpation des ovaires. Je crois qu'avant de proscrire, il faut examiner, et qu'on n'a pas assez sérieusement examiné. Réservée pour les kystes multiloculaires et aréolaires, pour ceux dont le liquide est albumineux ou gélatineux, je n'hésite pas à déclarer que dans ma conviction l'opération est pleinement justifiable.....

Certes, je n'ai pas la prétention de justifier toutes les opérations pratiquées en Angleterre et en Amérique. Il est incontestable que quelques-unes d'entre elles l'ont été avec une légèreté impardonnable; mais il est aussi incontestable qu'un grand nombre de femmes ont dû la vie à cette opération. Malgré les erreurs nombreuses de diagnostic, malgré les incertitudes, les tâtonnements que rencontre à son début tout nouveau procédé opératoire, près des trois quarts des femmes ont survécu à l'opération et ont guéri. Je veux bien croire que tous les insuccès n'ont pas été publiés, et qu'il faut en tenir compte; soit : pour rétablir l'équilibre, supposons qu'on a dissimulé la moitié des cas malheureux, il n'en restera pas moins un chiffre incontestable, c'est que la moitié de ces femmes ont survécu à l'extirpation.

Or n'oublions pas qu'il s'agit ici d'un kyste de l'ovaire et d'un kyste de la pire espèce; que lorsque ces tumeurs malignes ont acquis un volume considérable, elles tuent dans un temps très-court et qu'avant de tuer elles déterminent des souffrances telles que pour plusieurs de ces malheureuses la mort semble préférable à la vie. Eh bien, dans ces conditions on vient proposer une opération qui jusqu'à présent a donné [illegible] % de succès, et vous la rejettez avec dédain! Eh bien, je dis que votre indignation n'est pas légitime, et que vous n'avez pas le droit de ne pas instruire les familles des ressources qu'elle offre à la malade. Tous les jours les chirurgiens pratiquent des opérations tout aussi graves pour des maladies dont les indications ne sont pas plus pressantes.

Je n'ajoute plus qu'un mot.

Les injections iodées sont une des conquêtes les plus glorieuses de la chirurgie moderne. C'est à M. Velpeau, à ses beaux travaux sur les cavités closes, que revient l'honneur d'avoir popularisé cet admirable agent thérapeutique. Mais, pour être juste avant tout, ajoutons que c'est au docteur Boinet qu'appartient incontestablement l'honneur d'avoir procuré les avantages des injections iodées dans le traitement des kystes de l'ovaire. C'est à son activité, à son zèle pour la chirurgie que nous devons de ne plus en être réduits aujourd'hui à l'incision de Ledran, à la ponction vaginale ou à l'extirpation. C'est à lui qu'une foule de femmes, vouées à une mort certaine et prompte, devront encore de longs jours. C'est donc un service éminent rendu à l'humanité et à la science, et l'Académie saura un jour, j'espère, payer la dette de la science et de l'humanité.

La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— On lit dans le *Journal de Rochefort* :

« Nous sommes heureux d'ouvrir nos colonnes à la publication d'un fait qui témoigne d'une manière bien éclatante des services dévoués rendus par le corps des chirurgiens de la marine, et en même temps de l'affectueuse sympathie qu'ont su se concilier dans un voyage de circumnavigation deux officiers de santé du port de Rochefort.

» Par décision ministérielle, l'équipage de la corvette *la Constantine*, commandée par M. le capitaine de vaisseau Tardy de Montravel, a été autorisé à offrir une *épée d'honneur* à M. Lallemand, chirurgien-major à bord de ce navire, en mémoire de sa constante et paternelle sollicitude pour l'équipage pendant la campagne que ce bâtiment vient de faire dans les mers du Sud. Une magnifique *trousse* a été offerte à M. Chaleix, chirurgien de 3e classe, son second à bord de *la Constantine*. »

— M. Ad. Richard, professeur agrégé, commencera son cours de médecine opératoire mardi prochain, 25 novembre, à trois heures, amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardis, jeudis et samedis, de trois à quatre heures.

— M. le docteur Triquet commencera ses leçons publiques sur les maladies de l'oreille, le mardi 25 novembre 1856, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique.

Mémoire sur la pince à séquestre; par M. J. E. CORNAY (de Rochefort. In-4°. Prix : 1 fr. 25 c. — Paris, chez Labé, place de l'École-de-Médecine, 4.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 137. — SAMEDI 22 NOVEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 137. — SAMEDI 22 NOVEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Exophthalmie avec palpitations de cœur et gonflement du corps thyroïde.

Nous attachons, en général, assez peu d'importance aux dénominations des maladies ; tout nom, quel qu'il soit, nous semble bon, pourvu qu'il s'applique à une espèce morbide bien déterminée, soit qu'il rappelle à l'esprit un de ses symptômes principaux ou un de ses signes les plus saillants, ou qu'il se rattache à une circonstance quelconque de sa description, telle que le lieu où elle a été observée pour la première fois, ou le nom du médecin qui l'a signalée le premier à l'attention. Nous partageons pleinement à cet égard les principes émis par M. Trousseau à l'occasion de la maladie bronzée ou maladie d'Addison. Cette petite précaution oratoire nous a paru utile avant d'entretenir une seconde fois les lecteurs de cette *Revue* d'un nouvel exemple d'une maladie cachectique spéciale que nous avons désignée avec quelques pathologistes étrangers sous le nom de *cachexie exophthalmique*...... Cette dénomination a été critiquée. Nous ne nous sommes pas dissimulé, en l'adoptant, ce qu'elle pouvait avoir d'impropre ; mais nous l'avons choisie au milieu d'une synonymie très-disparate, à cause de sa brièveté d'une part, ou plutôt encore parce qu'elle rappelle le phénomène qui a le premier fixé l'attention des pathologistes sur cette maladie. On n'ignore pas, en effet, qu'elle a été signalée pour la première fois par les ophthalmologistes, qui n'avaient tout d'abord aperçu que très-vaguement la liaison de l'exophthalmie avec un état général dont elle ne paraît être qu'une dépendance. Nous tenons, du reste, fort peu à cette dénomination, et nous accepterions très-volontiers tel autre nom qu'on proposerait de lui substituer. Mais là n'est pas la question. Le point essentiel est de savoir si la maladie ainsi désignée est bien réellement une affection spéciale, *sui generis*, et méritant à ce titre de prendre rang dans la nosologie. La description que nous en avons tracée dans une des précédentes *Revues cliniques* d'après les faits observés par plusieurs médecins anglais et allemands, et surtout d'après l'observation récemment recueillie par M. Charcot, nous a paru justifier cette détermination. Notre opinion à cet égard est raffermie encore par le fait suivant, que M. le docteur Marcé a eu l'occasion d'observer depuis en ville, et qu'il a bien voulu nous communiquer.

Une femme de quarante-sept ans, grande et bien constituée, ayant joui jusqu'à l'âge de trente-neuf ans d'une santé inaltérable, ressentit à cette époque, à la suite de chagrins prolongés, des douleurs dans la profondeur des orbites, accompagnées d'un peu de faiblesse de la vue, et en outre de troubles nerveux sympathiques assez remarquables. Ainsi, toutes les fois qu'elle voulait ou travailler ou lire pendant quelques minutes seulement, elle ne tardait pas à éprouver des nausées, suivies bientôt de vomissements ; en même temps les douleurs devenaient plus vives et s'irradiaient dans toute la tête, surtout à droite. M. Furnari crut reconnaître une cataracte commençante, et M. Sichel diagnostiqua une amblyopie congestive.

Malgré tous les traitements employés, cet état persista pendant plusieurs années, compliqué de temps à autre d'accidents nerveux mobiles, mais revenant à chaque émotion un peu vive ; ainsi des douleurs utérines, des névralgies faciales, et en 1849 une gastralgie des plus opiniâtres, qui dura deux ans et s'accompagna de vomissements périodiques.

En mai 1851, les douleurs de tête eurent pendant cinquante jours une extrême intensité, sans que l'appareil de la vision parût en souffrir. En septembre, les douleurs de tête avaient disparu, quand survinrent des palpitations violentes ; puis, sans que la malade éprouvât la moindre douleur, sans que la vue fût autrement troublée, les deux globes oculaires commencèrent à faire saillie hors de leurs orbites. Pendant le printemps de 1851, pendant l'année 1852, l'exophthalmie ne fit qu'augmenter ; on voyait à nu les deux tiers antérieurs de la sclérotique, et c'est à peine si les paupières recouvraient encore la cornée, surtout à droite. Un médecin, parent de la malade, et qui lui donnait alors des soins, a affirmé à M. Marcé qu'il existait alors un gonflement notable du corps thyroïde, un peu d'œdème péri-malléolaire et des signes d'anémie.

M. Desmarres, consulté à cette époque, diagnostiqua une exophthalmie, prescrivit quelques lotions sur l'œil et de la digitaline pour calmer les battements du cœur. On conseilla en même temps à la malade des préparations ferrugineuses, qu'elle prit pendant longtemps et qui améliorèrent notablement l'état général.

Depuis 1852, l'exophthalmie a notablement diminué ; cependant elle est encore considérable, surtout à droite. La vue est bonne, quoique devenue plus courte ; la moindre fatigue ramène les douleurs dans la région sus-orbitaire et dans les orbites, et un travail assidu est toujours difficile. D'un autre côté, lorsque la malade éprouve une émotion un peu vive, lorsqu'elle monte un escalier, elle ressent de violentes palpitations. L'auscultation ne révèle l'existence d'aucun bruit morbide au niveau des orifices artériels ; mais il y a un peu d'impulsion anormale de la pointe du cœur, et un peu d'augmentation de la matité précordiale. La glande thyroïde a beaucoup diminué de volume ; c'est à peine si elle fait maintenant une légère saillie sous les téguments du cou, et des trois symptômes offerts jadis par la malade : exophthalmie, palpitations, goître, c'est incontestablement ce dernier qui laisse le moins de traces.

La santé générale est assez bonne, et la menstruation se fait, comme toujours, avec une parfaite régularité.

Trachéotomie pratiquée pour l'extraction d'un corps étranger introduit dans les voies aériennes.

La trachéotomie, cette *ultima ratio* de la médecine trop souvent impuissante contre les affections diphthéritiques du larynx, trop souvent suivie d'insuccès elle-même, devant laquelle l'hésitation est si naturelle et que l'on regrette cependant si souvent d'avoir pratiquée trop tard ; la trachéotomie, disons-nous, est l'une des opérations qui donnent peut-être le plus de satisfaction à l'opérateur lorsqu'elle est faite dans le but d'extraire un corps étranger accidentellement introduit dans les voies aériennes.

Tel est le cas pour lequel M. le docteur J. Aubry, professeur adjoint de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Rennes, l'a pratiquée récemment avec succès, à l'Hôtel-Dieu de cette ville, chez un enfant de cinq ans qui avait avalé en jouant un haricot, lequel, au lieu de franchir l'œsophage, avait pénétré à travers la glotte dans le larynx.

Nous ne nous arrêterons pas sur la nature de l'accident, ni sur le succès de l'opération ; les annales de la science renferment trop d'exemples de l'un et de l'autre pour qu'il y eût un grand intérêt à en rapporter un de plus. Mais les considérations dont M. Aubry a fait suivre la relation de cette observation, soit sous le point de vue du diagnostic, mais surtout sous le point de vue du procédé opératoire, nous ont paru de nature à intéresser nos lecteurs.

Voici d'abord la relation abrégée du fait, que nous empruntons aux *Archives générales de médecine :*

Un jeune garçon de cinq ans est amené à l'Hôtel-Dieu de Rennes. Il venait à l'instant d'avaler en jouant un haricot. Au moment même, il s'était manifesté une violente quinte de toux, avec sensation de suffocation, accompagnée de cris, d'agitation et d'efforts pour vomir.

Quelque temps après son entrée à l'hôpital, M. Aubry le trouva dans l'état suivant :

Sommeil profond, figure calme, respiration forte, s'entendant à distance. Au réveil, toux rauque, éclatante, comme dans la laryngite striduleuse ; du reste pas d'accès de suffocation, point de cris, point d'agitation. Peu d'instants après, vomissement de matières alimentaires. La poitrine présente partout une sonorité normale.

Ce qui frappe surtout l'attention de M. Aubry dans l'ensemble des symptômes, c'est le peu de gêne éprouvée par le petit malade, dont le calme contraste avec l'idée qu'on est porté à se faire *à priori* des accidents que devrait provoquer la présence d'un corps étranger dans la trachée-artère. Ce fut au point que notre confrère douta un instant de la présence du corps étranger, pensant qu'il avait pu être expulsé dans un effort de toux ou de vomissement. Le péril ne paraissant pas imminent d'ailleurs, M. Aubry se borna à prescrire un vomitif, remettant au lendemain le choix d'un parti plus actif s'il y avait lieu.

Mais le lendemain matin les doutes furent levés par un phénomène fort remarquable qu'une exploration attentive fit constater. Bien qu'il n'y eût pas une suffocation permanente, il existait du moins un certain degré de dyspnée, et lorsque l'enfant parlait ou toussait, la dyspnée augmentait au point de constituer de véritables crises, pendant lesquelles le visage s'injectait et devenait livide, en même temps que les veines du cou se gonflaient. Les doigts, appliqués sur la trachée, immédiatement au-dessous du larynx, percevaient pendant la toux une sensation de choc des plus distinctes. Chaque fois que la colonne d'air était violemment poussée des poumons vers le larynx, ce phénomène se reproduisait nettement, indiquant ainsi d'une manière précise que le corps étranger était encore dans les voies aériennes, et de plus, qu'il était mobile et flottant.

Enfin, à l'aide du stéthoscope appliqué sur le devant du cou, on entendait, au moment du choc, un bruit unique et sourd, coïncidant avec l'expiration forcée qui accompagnait la toux.

Il n'était plus permis de douter, ni d'hésiter sur le moyen à prendre. La trachéotomie fut pratiquée le jour même. Voici de quelle manière.

L'opérateur commença par fixer le larynx à l'aide d'un ténaculum de trousse implanté à travers la peau, au-dessous du bord inférieur du cartilage cricoïde, et qui fut ensuite confié à un aide. Une incision, intéressant la peau et l'aponévrose superficielle, fut ensuite pratiquée de haut en bas sur la ligne médiane, depuis le premier cerceau de la trachée jusqu'à 2 centimètres du bord supérieur du sternum. Dans un second temps, le bistouri divisa la ligne blanche cervicale, puis les tissus immédiatement en contact avec le canal aérifère. A ce moment de l'opération, du fond de la plaie s'écoulait une certaine quantité de sang, dont la source ne put être reconnue en raison de la déclivité des tissus divisés. Après quelques minutes employées à rechercher le point d'où venait le sang, n'ayant pu réussir à le trouver, et pensant que la gêne de la respiration était en partie la cause de cet accident, M. Aubry se décida à ouvrir la trachée, ce qu'il fit de bas en haut ; les quatre ou cinq premiers arceaux de la trachée se trouvèrent compris dans cette incision. Aussitôt les bords de la division furent écartés avec deux aiguilles à ligature : le haricot se présenta à l'ouverture et fut projeté aussitôt avec force à l'extérieur.

Cependant la plaie fournissait toujours du sang, dont une portion pénétrait à chaque inspiration dans les voies aériennes, puis sortait pendant l'expiration mêlée de nombreuses bulles d'air. Il y avait, en outre, une oppression assez forte, malgré la précaution qu'on avait prise de mettre l'opéré sur son séant. Vu l'impossibilité de saisir les vaisseaux qui fournissaient l'hémorrhagie, on en fut réduit à opérer une compression avec la pulpe des doigts. Enfin, après un quart d'heure environ, les accidents cessèrent ; mais le petit malade avait perdu à peu près de 300 à 400 grammes de sang.

Le pansement fut fait une demi-heure après ; les bords de la peau furent rapprochés à l'aide de cinq serres-fines dans le but d'obtenir une réunion immédiate ; mais elle devait échouer. En effet, le contact fut d'abord parfait et l'air ne s'échappait plus ; mais à chaque expiration les parties molles étaient soulevées par l'air, qui leur imprimait un ballottement continuel.

Le lendemain, la respiration était moins gênée, la fièvre modérée.

Le troisième jour, trois serres-fines s'étaient détachés ; la plaie, en partie béante, livrait passage à l'air et à un liquide spumeux, incolore et très-visqueux. Les deux dernières serres-fines ayant été enlevées, la plaie se trouvait entièrement désunie. A ce mode d'union on substitua le pansement par des bandelettes de diachylon. La plaie, après avoir parcouru les phases ordinaires de la suppuration, était complètement cicatrisée au bout de trois semaines.

M. Aubry appelle, à l'occasion de ce fait, l'attention des praticiens sur deux sortes de signes qui lui ont donné, dans ce cas, la certitude de la présence du corps étranger dans la trachée. Ces signes seraient sans doute superflus lorsqu'on a eu *de visu* la certitude de la cause de l'accident, mais ils pourraient être assurément d'une grande utilité pour le diagnostic dans les cas où les circonstances commémoratives viendraient à manquer, ou même dans des conditions semblables à celles qu'a présentées ce petit malade, et où l'absence de suffocation pourrait faire supposer que le corps a été expulsé alors qu'il est encore dans les voies aériennes.

L'un de ces deux signes est la sensation tactile du choc recueillie par la pulpe des doigts appliqués sur la trachée pendant l'expiration forcée de la toux lançant le corps étranger de bas en haut vers le larynx. Le second est la sensation auditive perçue dans le même point et dans les mêmes circonstances à l'aide du stéthoscope.

Sous le point de vue de la médecine opératoire, le fait de M. Aubry soulève deux questions importantes.

Tout le monde connaît le mode opératoire que M. Chassaignac a substitué à la méthode classique de la trachéotomie, et qui consiste à fixer d'abord le conduit aérien à l'aide d'un ténaculum spécial engagé sous le bord inférieur du cartilage cricoïde, puis à pénétrer par ponction dans la trachée en faisant glisser le bistouri dans la cannelure de ce ténaculum, et à diviser d'un seul coup de dedans en dehors les parois de la trachée et les parties molles qui la recouvrent.

De cette méthode de l'habile chirurgien de Lariboisière, M. Aubry a adopté le premier temps seulement, celui qui consiste à fixer le cartilage cricoïde avec un ténaculum. Quant au second temps, l'incision de dedans en dehors, il n'a point osé l'exécuter ici, et l'événement a assez justifié sa prudence dans cette circonstance, puisqu'une hémorrhagie abondante a suivi la section des parties molles, et a failli compromettre même, malgré toutes les précautions d'usage, le succès de l'opération.

On doit se demander, en effet, ce qui serait advenu si l'opérateur avait suivi de point en point le procédé en question. Sans doute l'hémorrhagie est loin de se montrer dans tous les cas aussi abondante, et dans les opérations pratiquées jusqu'ici par M. Chassaignac il ne s'est présenté aucun danger de ce genre. Mais comme il est impossible de prévoir d'avance si le bistouri atteindra ou non les veines thyroïdiennes, et si dans ce cas elles fourniront peu ou beaucoup de sang, il est évident que cette méthode, très-brillante d'ailleurs, laisse trop de chances à la production de ces accidents pour que les chirurgiens prudents ne doivent, à l'exemple de M. Aubry, hésiter à la mettre en usage.

Reste un dernier point, qu'il n'est pas inutile de signaler, c'est l'insuccès de la tentative de réunion immédiate à l'aide des serres-fines, insuccès qui devait être prévu du moment où les moyens d'union ne comprenaient qu'incomplétement les téguments, livrés ainsi aux fluctuations du courant d'air que l'absence de réunion de la trachée laissait subsister.

De la cure radicale de la hernie par l'invagination.

Deux méthodes se partagent en ce moment de légitimes prétentions à la cure radicale des hernies : la méthode qui repose en principe sur la production d'une adhérence inflammatoire ou d'un dépôt plastique oblitérant plus ou moins exactement le canal herniaire, et qui comprend les divers procédés des sétons, des aiguilles à demeure, des scarifications ou de l'invagination ; et la méthode, plus récemment instituée, des injections iodées dans le sac. L'expérience a sanctionné déjà par des succès l'une et l'autre. Ainsi, pour ne parler que du procédé de M. Gerdy, qui de tous ceux qui se rattachent à la première méthode a été le plus souvent mis en usage, on peut dire qu'il est jugé aujourd'hui par ses résultats. Mais ce qu'il reste à faire, c'est de déterminer les motifs et les circonstances qui devront diriger à l'avenir dans le choix entre l'invagination ou l'injection.

Un jeune chirurgien, qui après avoir suivi longtemps les enseignements du maître, a été appelé à le suppléer dans son service de la Charité pendant l'année qui a précédé sa mort, et a été maintenu depuis dans ce service jusque dans ces derniers temps, M. Alphonse Guérin, a eu l'occasion de reprendre l'étude de cette intéressante question, particulièrement sous le point de vue que nous venons de signaler. Il est arrivé par des observations attentives à ne considérer comme avantageuses à opérer que les hernies dans lesquelles le doigt, introduit par le scrotum dans le canal, maintient les viscères pendant un effort de toux; se fondant en cela sur ce que l'occlusion sera tout naturellement d'autant plus facile à produire qu'elle devra porter sur un col plus étroit et sur un canal plus oblique relativement aux parois abdominales; tandis qu'au contraire une hernie directe à col large, n'ayant pas de parois séreuses adossables à son col, demanderait pour être oblitérée une inflammation adhésive tellement étendue qu'on n'oserait la provoquer sans crainte et sans des dangers plus ou moins réels.

M. A. Guérin se basant sur ce principe, et adoptant d'ailleurs le procédé de Gerdy tel que cet habile chirurgien l'avait modifié dans ces derniers temps, a pratiqué dans le courant de l'année trois opérations, dont l'une sous nos yeux. Celle-ci est encore trop récente pour pouvoir donner son résultat comme acquis. Mais on lira avec intérêt les deux observations suivantes consignées dans une bonne thèse de M. Amen sur ce sujet, et qui offrent d'ailleurs une grande analogie avec le fait dont nous avons été témoin.

Un jeune homme âgé de vingt-deux ans, entré à la Charité le 16 janvier de cette année, portait depuis six ans une entérocèle inguinale oblique qui a paru pour la première fois huit jours après une brûlure faite par une poutre enflammée dans la région de l'aine gauche. La hernie était peu volumineuse et mal maintenue; son canal permettait largement l'introduction du doigt. Elle n'était douloureuse que pendant la marche et la station prolongée; mais dans cette situation la douleur était telle, qu'elle forçait le malade à se coucher et à garder le repos.

L'opération a été pratiquée le 22 février. Le scrotum, refoulé dans le canal jusqu'au voisinage de l'orifice interne, sur l'extrémité de l'index gauche de l'opérateur, un fil double muni d'un grain de chapelet fut passé au moyen d'une aiguille courbe à travers le fond de l'infundibulum, de manière à sortir à son niveau, servant ainsi à maintenir appliquée contre la paroi intérieure de canal la peau des bourses invaginée. Pour fixer le tout en place, les deux chefs du lien furent noués sur un morceau de petite sonde, le col et le sac laissés en arrière, et par conséquent non compris dans la striction du fil. Douze heures après l'opération, il se développa une inflammation avec rougeur et tuméfaction, et surtout une douleur très-vive, assez intense pour que l'interne de garde jugeât prudent de relâcher légèrement le fil, ce qui produisit un soulagement immédiat.

Les douleurs reparurent le jour suivant, mais limitées, ainsi que l'inflammation, à un travers de doigt autour du trajet du fil.

Le sixième jour, M. A. Guérin enleva le fil et le grain de chapelet qui étaient restés en place; le lendemain, la tuméfaction était limitée au-dessous de la petite ouverture; elle décrut les jours suivants, et le 6 mars (douzième jour de l'opération) l'aine était entièrement libre, l'anneau oblitéré et la toux provoquée ne faisait plus sortir la hernie.

Le dix-huitième jour, le malade sortit muni par précaution d'un bandage.

— Le second malade est un jeune homme de vingt ans, entré à la Charité, le 5 mai 1856, pour une hernie inguinale congénitale qui s'était déjà plusieurs fois étranglée. Il présentait, en outre, une mobilité anormale des testicules, qui n'étaient point fixés dans les bourses; celles-ci étaient atrophiées. La présence habituelle des testicules dans l'abdomen occasionnait de grandes douleurs. Quoique faibles, les anneaux du côté gauche maintenaient encore les intestins; le canal du côté droit, large d'environ un pouce, avait seul permis le passage d'une entérocèle du volume du poing, que les mouvements du testicule empêchaient de maintenir.

M. A. Guérin conçut la possibilité de remédier à la double infirmité par l'opération de Gerdy. L'occlusion du canal, tout en contenant la hernie, devait servir en même temps à fixer le testicule dans le scrotum et à favoriser l'essor incomplet de son développement.

L'opération fut pratiquée le 8 mai. Le testicule mis en place, la hernie réduite, le scrotum fut refoulé dans le canal, comme dans le fait qui précède, et fixé par un fil à peu de distance de l'anneau interne; les deux chefs du fil furent noués sur un morceau de sonde.

Le soir, dans un effort de toux, le testicule rentra dans l'abdomen, et l'on essaya en vain de le faire sortir.

Le lendemain matin, à la visite, M. A. Guérin dénoua le fil, ramena le testicule et s'aperçut qu'il avait cheminé à travers une ouverture particulière située à la paroi antérieure du canal, et externe relativement à la hernie. Le grain de chapelet était insuffisant pour le maintenir en dehors, une seconde boulette de liége fut glissée dans l'infundibulum, à côté de la première, de manière que le fil qui le portait traversât l'ouverture nouvellement reconnue. La hernie et le testicule avaient ainsi chacun leur trajet respectif oblitéré par un fil et un grain de chapelet noués séparément.

Le surlendemain, douleurs vives sur le siége de l'opération et sur le trajet du cordon; rougeur et tuméfaction considérable autour du fil. Les nœuds sont défaits et les morceaux de sonde enlevés; soulagement presque immédiat.

Le cinquième jour, les deux boulettes, qu'on avait laissées en place, sont enlevées; le testicule n'est pas dans les bourses, où il ne trouverait pas de place, mais il reste dans l'endroit où il a été fixé.

Le douzième jour, la cicatrisation est complète; le scrotum, en partie descendu, permet d'espérer la rentrée en place du testicule. On applique un bandage (le bandage de M. Bourjeaurd), dans le but de le refouler en bas. La hernie ne fait plus saillie, même pendant les efforts de toux. Le malade sort dans cet état le 25, c'est-à-dire le dix-septième jour de l'opération.

Ce jeune homme a été revu plusieurs mois après, et on a pu constater que l'entérocèle était guérie, et que le testicule, toujours situé à l'extérieur, ne rentrait plus dans le ventre et prenait de l'accroissement sous l'influence de sa nouvelle position.

De la syphilisation comme méthode curative des accidents syphilitiques tertiaires.

La syphilisation! On sait avec quelle légitime répulsion l'idée et les premières tentatives de la syphilisation ont été accueillies par la presque universalité des médecins en France. Malgré cette répulsion, à laquelle nous nous sommes constamment associés, il n'en est pas moins resté depuis dans l'esprit de ceux qui ne se sont pas laissé aller exclusivement à ce sentiment plus instinctif peut-être que scientifique, cette idée que la syphilisation, justement repoussée en tant que méthode prophylactique, méritait peut-être d'être examinée avec plus d'attention qu'on ne l'a fait au point de vue curatif. Il est ressorti, en effet, de ces imprudentes expérimentations le germe d'une méthode dont la thérapeutique est peut-être moins loin que beaucoup de gens ne le pensent de tirer bénéfice. La syphilisation thérapeutique, comprise il y a quelques années dans la même proscription que la syphilisation prophylactique devant l'Académie de médecine, où elle trouva alors un seul défenseur, a fait depuis lors, il faut le dire, quelques prosélites sérieux; et c'est aujourd'hui, avec l'autorité qui s'attache au nom de praticiens et de professeurs éminents, qu'elle se présente de nouveau devant le jugement public.

Dans sa leçon clinique d'aujourd'hui, M. le professeur Nélaton a appelé l'attention de son auditoire sur une jeune fille de dix-huit ans présentant des accidents tertiaires de syphilis, rebelles jusqu'ici à tous les médicaments qui ordinairement se rendent maîtres de l'affection.

Cette jeune fille, si peu développée qu'on lui donnerait à peine une douzaine d'années, issue de parents affectés l'un et l'autre de syphilis constitutionnelle, a présenté elle-même les premiers symptômes de cette affection à l'âge de douze ans. La maladie a été combattue par l'iodure de potassium; mais bien que la malade en eût pris jusqu'à 2 grammes par jour, les accidents n'en ont pas moins persisté. C'est en présence de cette inefficacité démontrée d'un traitement énergique longtemps continué, que M. Nélaton en est venu à se demander si ce ne serait pas le cas de soumettre cette malade à la méthode de la syphilisation. Il s'est cru autorisé par les faits déjà connus dans la science à tenter cette méthode comme ressource ultime.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de cette observation, et nous publierons prochainement le petit résumé historique que M. Nélaton a présenté à cette occasion à ses élèves.

D'un autre côté, un professeur distingué de l'Université de Christiania, M. le docteur Boeck, publie en ce moment un travail très-étendu dans lequel il expose les résultats d'expériences nombreuses qu'il a faites depuis plusieurs années sur ce point nouveau de thérapeutique.

Voici, d'après un extrait de ce travail publié dans le dernier fascicule des *Archives de médecine*, les résultats dignes de remarque auxquels il est arrivé.

Dès 1854, des expériences réitérées d'inoculation syphilitique chez l'adulte l'avaient déjà conduit à formuler les propositions suivantes :

1° L'inoculation du virus syphilitique suffisamment prolongée déterminent une innocuité absolue;

2° Les manifestations syphilitiques qui se produisent au début de la syphilisation disparaissent pour peu qu'on continue l'inoculation;

3° La santé générale n'est aucunement altérée par la syphilisation; au contraire, le malade se sent mieux qu'avant le traitement.

Il s'est servi depuis de ces propositions comme point de départ pour faire de nouvelles recherches sur les enfants atteints de syphilis congénitales. Les résultats auxquels il est arrivé sur ce second point sont conformes à ce que lui avait enseigné déjà l'observation chez les adultes. M. Boeck les énonce en ces termes :

1° Il y a immunité chez les enfants pour le virus syphilitique. Le temps est à peu près le même pour la guérison que chez les individus plus avancés en âge, bien qu'avec des inoculations moins nombreuses. La susceptibilité à être infecté par le virus varie suivant les dispositions individuelles.

2° Les phénomènes syphilitiques existant disparaissent. Les enfants étaient exempts de tout traitement mercuriel.

3° L'état général des enfants n'a pas été modifié d'une manière désavantageuse par l'inoculation.

Malgré l'autorité du nom et de la position du médecin qui a formulé ces propositions, on conçoit la réserve avec laquelle nous les soumettons à nos lecteurs; mais on comprendra aussi qu'en présence de faits aussi importants il n'est plus possible de garder le silence, et qu'il faut que l'expérience se prononce maintenant résolûment sur ce point.

SYMPTOMES APPARENTS D'HÉMIPLÉGIE
produits par une mauvaise digestion.

Par M. le docteur L. Hamon (de Fresnay).

J'ai déjà eu l'occasion d'appeler l'attention des praticiens sur les troubles encéphaliques occasionnés par l'accomplissement irrégulier des fonctions gastriques (voir le n° 60, 1855, de la *Gazette des Hôpitaux*, APOPLEXIES DE CAUSE GASTRIQUE). J'ai fait voir combien il importe parfois d'être réservé sur l'emploi des émissions sanguines, auxquelles on ne doit avoir recours qu'après s'être préalablement assuré que les désordres cérébraux ne sont point déterminés par le dérangement de la digestion. De tels accidents, en effet, sont fréquemment occasionnés par une semblable cause. Voici un nouveau fait, bien propre à faire voir l'étroite sympathie qui existe entre l'estomac et le système nerveux central, et à témoigner de l'extrême importance qu'il y a à ne pas s'en tenir à un examen superficiel quand il s'agit d'arrêter une médication.

Le 20 octobre dernier, on vint me prier de me rendre en toute hâte auprès de Mme G..., qui, disait-on, venait d'être subitement frappée de paralysie de tout le côté gauche. A mon arrivée, tous les accidents s'étaient dissipés. La malade, qui est âgée de soixante-treize ans, de petite stature, d'une constitution sèche et presque chétive, a eu le malheur de perdre son petit-fils en Crimée; depuis lors, sa santé s'est légèrement altérée; ses digestions sont d'habitude un peu laborieuses, ainsi que le porteraient à croire des éructations journalières. Elle m'apprit qu'une heure et demie avant l'accident pour lequel j'avais été appelé elle avait fait un repas un peu plus copieux que de coutume, et que, sans aucun prodrome, elle avait commencé par voir trouble de l'œil gauche. Bientôt les objets environnants lui avaient paru s'agiter autour d'elle; puis elle avait perdu connaissance. Alors, au rapport des personnes qui l'avaient secourue, la tête s'était inclinée fortement sur l'épaule gauche, les yeux s'étaient convulsés; la commissure labiale avait été entraînée à gauche. Au bout de quelques minutes, la résolution s'était opérée, avec le retour de la connaissance. On avait voulu faire boire un peu d'eau sucrée à la malade; elle n'avait pu ni élever le bras ni tenir le verre; sa main était retombée inerte, insen-

sible. On avait essayé de la faire marcher quelques pas ; sa jambe gauche avait traîné, incapable d'aucun mouvement. Enfin tout était rentré dans l'ordre ; la durée de l'accès avait été d'une dizaine de minutes environ. Au moment de mon arrivée, la malade n'accusait plus aucune souffrance, elle n'éprouvait aucune pesanteur épigastrique ; elle avait seulement quelques nausées.

En raison de la constitution, des antécédents de la malade, eu égard surtout à la nature, à la marche, à une certaine dissonance des symptômes présentés par elle et à l'état de plénitude de l'estomac, je fus aussitôt porté à les considérer comme étant purement nerveux et liés à un trouble de la digestion. La trouvant, au moment de ma visite, dans des conditions satisfaisantes, je me retirai, sans prescrire autre chose qu'une infusion de tilleul, pensant que ces accidents, que je considérai comme peu graves, pourraient bien ne point se reproduire.

A une demi-heure de là, j'étais de nouveau appelé auprès de Mme G..., chez laquelle les mêmes symptômes venaient de se reproduire, plus intenses que la première fois. A mon arrivée, l'accès était encore dissipé. Il avait présenté, à l'intensité près, les mêmes caractères que le précédent ; seulement, lorsque la malade avait repris ses sens, elle avait ressenti un fourmillement très-douloureux dans les membres pelvien et surtout thoracique gauches.

Chacun me pressait de saigner sans retard ; mais après m'être de nouveau assuré que l'estomac était distendu par les aliments, je persistai dans ma première opinion ; me préoccupant peu des préjugés, et prouvant, d'un autre côté, que l'estomac n'était pas distendu par les aliments au point de me faire juger nécessaire sa déplétion immédiate par l'emploi de moyens bien violents, eu égard au grand âge du sujet, je pensai qu'il serait plus convenable de tenter de régulariser les fonctions de cet organe. Par conséquent, je formulai la potion stimulante suivante :

Eau de cannelle.	60	grammes.
Eau distillée de menthe.	45	—
Sirop d'éther.	20	—

A prendre par cuillerée, de dix en dix minutes.

Je surveillai l'administration des premières doses, me tenant prêt à agir suivant que les circonstances le commanderaient. Il n'en fut rien ; car tout se passa à merveille, suivant mon attente. La malade, soulagée dès l'ingestion de la première cuillerée de sa potion, n'accusa plus de soulèvements de cœur ; sa digestion se régularisa, aidée, de plus, par quelques tasses de thé léger. Le lendemain, elle ne conservait plus de ces accidents que le souvenir.

SINGULIER EFFET DU SEMEN-CONTRA,

Par M. Wittcke.

La famille d'un teinturier, composée des deux parents et de plusieurs enfants adultes, prit une quantité assez forte de semen-contra, arrivée depuis peu, d'après le témoignage du pharmacien, et remarquable par sa belle couleur verte. Outre l'évacuation de nombreux vers intestinaux, ce remède produisit le phénomène de changer, pour chaque membre de cette famille, le rouge en orangé et le bleu en vert; effet qui cessa dès le lendemain, et que M. Wittcke trouve propre à prouver la subjectivité des couleurs.

(*Med. Zeitung, d. f. H. in Preusse.*)

On a déjà publié plusieurs faits qui montrent que c'est à la santonine que l'on doit attribuer le phénomène décrit.

CAS DE SUPERFÉTATION ET D'UTÉRUS BI-CAVITAIRE.

Par M. Fordyce Barker, professeur d'obstétrique au collége de médecine de New-York.

Mme X..., née à New-York en 1837, commença à être réglée à quatorze ans; le flux menstruel reparaissait régulièrement chaque dix-huitième jour et se prolongeait généralement une semaine.

Le 10 juillet 1855 (neuf mois et un jour après son mariage), elle accoucha d'un enfant mâle bien portant et parfaitement à terme. Elle fut soignée dans sa couche par M. Finnigan.

La malade raconte qu'après sa délivrance on lui appliqua un bandage, mais que, le trouvant trop pénible à supporter, elle l'enleva quelques heures après. L'écoulement lochial eut lieu pendant une semaine. Elle nourrit elle-même son enfant, qui est actif et bien portant, et de la taille d'un enfant de son âge. Elle fut sur pied trois semaines après sa couche; toutefois son ventre semblait être presque aussi développé qu'avant le travail, et dans les mouvements elle souffrait du côté gauche.

Le 22 septembre (soixante-quatorze jours après la naissance du premier enfant), elle tomba malade de nouveau, et le docteur Burke fut appelé pour la voir en l'absence du médecin ordinaire de la famille. Il apprit en se rendant auprès d'elle les détails qui précèdent de la bouche même du mari.

Il trouva la malade en proie à de nombreuses crises de douleurs, et, en appliquant sa main sur le ventre, il sentit pendant les paroxysmes que la matrice était en état de contraction. Alors il procéda à une exploration vaginale, et il trouva la tête d'un fœtus engagée dans la cavité pelvienne. Il l'annonça aux parents et aux amis de la famille, mais on lui répondit qu'*il ne savait pas ce qu'il disait en parlant ainsi, car il y avait là, endormi dans son berceau, un petit enfant dont elle était accouchée près de onze semaines auparavant.* Mais la naissance rapide d'une petite fille ne tarda pas à les convaincre que l'opinion du docteur était conforme à la vérité.

La convalescence de la malade fut plus longue qu'après le premier travail; les lochies durèrent près de trois semaines. Elle nourrit ses deux enfants, et tous les deux sont bien portants; la dernière ne semble pas croître rapidement. Il y a entre eux une parfaite ressemblance; il n'y a que leur taille qui soit différente.

Le 24 octobre, le docteur Barker fut autorisé à procéder à un examen physique complet de l'appareil génital, en présence du mari.

Les organes extérieurs de la génération, le vagin et l'extrémité vaginale du col utérin étaient dans un état normal, excepté toutefois que le col était élargi et ouvert. La sonde utérine de Simpson fut introduite. La pointe de l'instrument pouvait facilement se sentir à travers les parois abdominales dans la région iliaque gauche, à 2 pouces environ du bord supérieur du pubis; la cavité, à partir du museau de tanche, était de 4 pouces et demi.

L'auteur parvint, en sortant et réintroduisant la sonde avec précaution, à la faire passer, après plusieurs tentatives, dans une autre cavité située à droite, à environ un pouce de la ligne médiane. La pointe de l'instrument put alors être sentie à un demi-pouce de la crête du pubis : cette cavité était de trois pouces et un huitième. La cloison semblait commencer à plus d'un pouce de l'orifice extérieur ; le col n'avait qu'un seul conduit pour les deux cavités utérines.

L'examen par le rectum permettait aisément de reconnaître l'ovaire gauche un peu engorgé et sensible à la pression.

L'ovaire droit ne put être reconnu ni par l'exploration rectale ni par l'exploration recto-vaginale.

(*The American medical Journal* et *Gazette médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 novembre 1856.—Présidence de M. Bouvier, vice-présid.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Huguier, à l'occasion du procès-verbal, se défend d'avoir amputé des cols utérins qui auraient pu guérir par une autre méthode. Il regarde l'amputation comme le seul moyen à employer dans les hypertrophies du col dépassant la vulve. Il présente enfin quelques considérations sur les chutes de l'utérus, qui sont presque toujours simulées par des hypertrophies de la portion inférieure de l'organe. Il n'a rencontré que deux cas où il crut d'abord à une précipitation complète ; mais en y regardant de plus près, il s'aperçut que ce qu'il avait pris d'abord pour la totalité de l'utérus n'était que le col très-hypertrophié, et que le corps se trouvait au-dessus dans un état de flexion complète.

CORRESPONDANCE.

M. le Secrétaire général donne lecture de la lettre suivante, adressée par M. le professeur Heyfelder, membre correspondant, attaché au département de médecine du ministère de la guerre, à Saint-Pétersbourg :

« Monsieur et très-honoré confrère,

» J'ai lu dans le rapport de la séance de la Société de chirurgie du 27 août 1856, la communication de M. Larrey sur un cas d'anévrisme de l'artère dentaire. Comme j'ai observé un cas analogue à celui rapporté par M. Rufz, et que je crois qu'il pourrait intéresser la Compagnie, je m'empresse de vous le communiquer.

» Le malade dont il s'agit était âgé de trente-deux ans ; il crachait du sang depuis quelque temps, et la source de cette hémorrhagie avait été méconnue par le médecin qu'il avait d'abord consulté. Lorsque je le vis, je constatai une tumeur fongueuse, arrondie, de 3 ou 4 lignes de diamètre, siégeant sur le bord externe de la mâchoire; elle semblait formée aux dépens des gencives. Elle saignait sans cesse, principalement lorsqu'on la touchait; elle présentait des pulsations isochrones aux battements du cœur et de l'artère radiale; placée immédiatement sous les deux incisives et la canine du côté droit, qui étaient écartées de leurs alvéoles et vacillantes, et suivaient dans leurs mouvements ceux de la tumeur. Je diagnostiquai une épulis et résolus d'en faire la ligature. Deux heures après avoir pratiqué cette opération, je fus appelé près du malade, effrayé par un jet de sang assez fort s'échappant au-dessous de la ligature. Après avoir tenté plusieurs remèdes pour arrêter l'hémorrhagie, je ne réussis qu'après l'emploi d'un cautère chauffé à blanc, après avoir ôté les dents vacillantes pour cautériser plus profondément.

» Le malade se trouvait dans un état d'épuisement très-marqué. Huit jours après la chute de l'eschare, l'hémorrhagie reparut et fut arrêtée comme la première fois. Enfin, une troisième hémorrhagie, combattue encore cette fois avec succès par la cautérisation, me fit penser qu'il y avait chez ce malade une prédisposition particulière aux pertes de sang. En conséquence, je prescrivis l'usage interne des hémostatiques. Quelque temps après, ce malade, chez lequel l'épuisement avait encore augmenté, mourut du choléra.

» Comme dans le cas de M. Rufz, l'autopsie fit voir une excavation osseuse remplie de sang formée par le canal dentaire dilaté dans toute la longueur de la branche horizontale de la mâchoire jusqu'à la branche ascendante de cet os. Les parois intermédiaires des alvéoles des dents que j'avais ôtées n'existaient plus, tout le rebord alvéolaire du côté droit semblait aminci, et les dents de ce côté plus élevées et moins solides que du côté gauche. »

A la fin de sa lettre, M. le professeur Heyfelder dit qu'il adressera incessamment la nouvelle édition de son *Traité des résections et des amputations*. Cette nouvelle édition comprend deux cas de désarticulation coxo-fémorale pratiquée lors du bombardement de Sweaborg, en 1855.

— M. Mayor fils (de Genève), nommé membre correspondant, adresse une lettre de remercîments.

LECTURE.

M. Mattei lit un travail qui est renvoyé à la commission chargée d'examiner les travaux de cet auteur.

RAPPORT.

M. Laborie lit un rapport sur un *Traité pratique de l'accouchement prématuré*, par M. Silbert (d'Aix).

M. Cazeaux approuve ce rapport, mais il établit une distinction essentielle entre l'avortement provoqué et l'accouchement prématuré dans le cas de vomissements incoercibles. Il rejette, comme il l'avait déjà fait dans une autre discussion, l'avortement provoqué, qui n'a pas toujours fait cesser les vomissements et n'a pas empêché la mort des malades.

M. Laborie répond que dans un mémoire sur ce sujet il a exposé les idées de M. Dubois, qui a trouvé dans les vomissements incoercibles une maladie à périodes déterminées, et a proposé de leur opposer l'avortement provoqué. Dans son rapport, M. Laborie dit que M. Dubois a pu conseiller cette opération, mais que peu de praticiens se croiraient assez d'autorité pour suivre son conseil.

Les conclusions du rapport sont d'adresser des remercîments à l'auteur et de déposer son ouvrage aux archives. (Adopté.)

La Société décide, en outre, que le rapport de M. Laborie sera publié dans le *Bulletin*.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur fibreuse occupant la partie moyenne de l'os maxillaire inférieur ; résection. — M. Giraldès présente, au nom de M. Houzelot (de Meaux), la pièce anatomique et l'observation suivantes :

Mme T... (de Nanteuil-sur-Marne), quarante-deux ans, constitution nervoso-sanguine, bien réglée, s'est toujours bien portée ; il n'existe dans sa famille aucun antécédent dont on doive tenir compte sous le rapport de la maladie actuelle.

En mars 1856, chute spontanée des incisives inférieures et d'une canine devenues douloureuses.

Peu de temps après, développement à la partie moyenne de l'os d'une petite tumeur qui, d'abord inaperçue, a bientôt acquis le volume d'une noisette quand elle fixe l'attention de la malade ; elle n'est pas douloureuse.

Au commencement de juillet, extraction de l'autre canine, et successivement des petites molaires; les dents correspondantes à droite existent encore au moment de l'opération.

Jusqu'en septembre, la tumeur, qui a pris de l'accroissement, n'est pas douloureuse ; depuis cette époque elle devient le siége de douleurs, qui bientôt prennent le caractère lancinant et sont de plus en plus vives.

Enfin, vers le 15 octobre, époque où je vis la malade pour la première fois, la tumeur a acquis le volume qu'elle présente au moment de l'opération.

Tels sont les renseignements fournis par M. le docteur Corlieu, de Charly (Aisne), qui m'adresse Mme T...

Le 15 octobre, la tumeur, arrondie, globuleuse, s'étend latéralement de la deuxième petite molaire droite à la première grosse molaire gauche. Saillante en avant, elle déprime notablement la lèvre inférieure ; plus développée en arrière, elle occupe en ce sens tout le plancher de la bouche, et refoule fortement vers le pharynx la langue qu'elle soulève. La déglutition est très-difficile, la prononciation gênée ; il y a parfois de la suffocation.

Les choses en sont à ce point de gêne, d'anxiété et de souffrance, que la malade se décide à se faire opérer ; car si la tumeur s'accroît tous les jours, les douleurs lancinantes deviennent aussi plus fortes, enfin intolérables. L'état général reste toujours bon.

Le 29 octobre, aidé de M. le docteur Corlieu, je pratique l'opération :

Les deux petites molaires droites sont préalablement extraites, la section du maxillaire a lieu, à droite, entre la première et deuxième petite molaire, à gauche, à la hauteur de la première grosse molaire. Rien de remarquable durant l'opération. Une seule ligature est pratiquée. Le perchlorure de fer arrête un léger suintement en nappe. La langue est traversée en arrière et en bas par un fil qui, rattaché au pansement, l'empêche de se porter en arrière, ce qu'elle avait tendance à faire.

Le 2 novembre, je vois la malade; elle n'a pas eu de fièvre. La réunion immédiate de la plaie extérieure permet d'enlever les aiguilles.

Le 6 novembre, septième jour de l'opération, la malade est aussi bien que possible ; on peut la dire guérie au point de vue de l'opération.

La circonstance la plus saillante de cette observation, c'est le développement rapide de la tumeur, qui, à peine sensible en mars, a acquis tout son volume en octobre, six mois.

M. Larrey demande à M. Giraldès si le fait de M. Houzelot ne serait pas analogue à l'un des faits rapportés par Jourdain dans son *Traité des maladies chirurgicales de la bouche*.

M. Giraldès répond que dans l'observation de Jourdain il s'agissait d'une tumeur du maxillaire supérieur offrant les caractères de l'enchondrome, tandis que l'affection décrite par M. Houzelot a son siége sur le maxillaire inférieur, et paraît être une tumeur fibro-plastique du périoste, traversée par des aiguilles osseuses.

M. Hervez de Chégoin pense en effet que cette tumeur appartient au périoste, et demande si elle a été précédée de quelque violence extérieure.

M. Broca engage M. Giraldès à faire macérer la pièce. Souvent, en pareil cas, après la séparation du tissu fibro-plastique, on trouve la surface de l'os hérissée de lamelles osseuses qui lui donnent l'aspect de certains madrépores.

M. Cloquet. Ce fait lui rappelle une tumeur du volume d'un œuf qu'une jeune fille portait sur le maxillaire inférieur, et qui n'enveloppait pas complétement l'os. M. Cloquet l'enleva avec la portion d'os adhérente au moyen de deux traits de scie. A l'intérieur, il y avait également des aiguilles osseuses entremêlées dans le tissu fibreux. Il en est de même des tumeurs fibro-plastiques du gros orteil, simulant des exostoses sous-onguéales.

M. Giraldès reconnaît la justesse de l'observation de M. Broca. Il a vu, dans la collection du Collége des chirurgiens de Londres, d'énormes tumeurs du maxillaire inférieur dont la structure avait de l'analogie avec celle qu'il vient de présenter, mais avec cette différence que les aiguilles osseuses étaient adhérentes à l'os.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire de la Société, Desormeaux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 septembre 1856. — Présidence de M. Caron.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Méningites rhumatismales. — M. Thore fils, membre correspondant, envoie sur ce sujet un travail, dont il est donné lecture. (Voir *Gazette des Hôpitaux*, nos des 8 et 11 novembre.)

Leucocythémie. — M. TERRIER rend compte du huitième bulletin de la Société médicale des hôpitaux. Ce fascicule est entièrement rempli de l'exposé d'une maladie nouvelle, la *leucocythémie*, et des discussions auxquelles cette communication a donné lieu. Il rappelle en peu de mots que cette affection est une maladie à marche chronique, caractérisée par une décoloration des tissus analogue à celle de l'anémie, avec bouffissure, anasarque, engorgement de la rate et complication d'un état particulier du sang en partie signalé dans la dénomination qui lui a été donnée.

Sa cause et son origine encore inconnues laissent nécessairement de l'obscurité sur son début.

On constate à sa période d'état, où elle a été observée par Virchow en Allemagne, par Bennett en Angleterre, et plus particulièrement à Paris par M. Vigla, un état général de cachexie avec anémie, amaigrissement rapide, intumescence du ventre, dyspnée, dont l'état des poumons ne semble pas rendre compte; quelquefois sensation d'un corps développé dans l'hypochondre gauche; plus tard fièvre, sueurs profuses, dérangement fonctionnel dans les digestions, diarrhée sanguinolente accompagnée d'un épuisement dont la marche fatale ne peut être retardée par aucune médication tonique ou reconstituante; puis complications de la maladie par la phthisie pulmonaire, la maladie de Bright, la pleurésie et le cancer, dont la gravité particulière tend à accélérer la marche rapide et fatale de la leucocythémie.

M. Vigla l'a toujours vue mortelle, et dans tous les cas il a constaté un engorgement particulier de la rate, un aspect brun, lie-de-vin de cet organe, dont le tissu est friable; puis une altération du sang, semblable à ce que les auteurs ont appelé *sang purulent*: caillot brun, mou, friable; quelquefois teinte marbrée, résultant de l'agglomération des globules blancs, dont la quantité peut s'élever au cinquième ou au quart du caillot. Suivant M. Vigla et Virchow, les globules rouges seraient plus ou moins altérés, déprimés et amoindris.

Bennett (d'Edimbourg) considère la leucocythémie comme essentiellement due aux altérations fonctionnelles ou organiques du système ganglionnaire, et n'admet pas qu'elle soit exclusivement due à une hypertrophie de la rate.

Cette hypertrophie de la rate liée à l'altération du sang désignée sous le nom de leucocythémie, sans cause d'infection paludéenne, a servi de point de départ à M. Vigla pour démontrer que la leucocythémie était bien une affection spéciale. Mais cette proposition a été contestée par la Société, dont plusieurs membres ont essayé de démontrer que la réunion des deux altérations de la structure de la rate et de la composition du sang, était une simple coïncidence, et non une dépendance de l'une sur l'autre.

Plusieurs membres de la Société ont aussi présenté un certain nombre de faits semblables à ceux de M. Vigla, mais différant des siens en ce sens qu'ils reconnaissaient pour point de départ la fièvre paludéenne dans le plus grand nombre des cas, et dans les autres des affections cancéreuses. La plupart de ces médecins ont pensé que la leucocythémie était simplement une forme particulière des cachexies, passée inaperçue jusqu'au moment où le microscope est venu révéler l'état particulier du sang désigné par Virchow sous le nom de leucémie, et que l'altération de la rate était une simple coïncidence, et non une affection nécessairement liée et dépendante de l'état du sang.

Le traitement a été aussi incertain que les causes de la maladie. L'origine paludéenne dans un grand nombre de cas, et la similitude de cette affection avec la cachexie paludéenne, ont autorisé l'essai du sulfate de quinine depuis les doses modérées jusqu'à 1 et 2 grammes 40 centigr. par jour. Le sulfate de quinine a constamment échoué. La médication tonique et reconstituante, aidée d'une alimentation fortifiante, si bien en rapport avec l'épuisement des forces et l'amaigrissement, n'ont pas davantage réussi à suspendre la marche fatale de la maladie; l'on n'a eu à enregistrer que des insuccès. Le bouillon, le vin de quinquina, les ferrugineux, n'ont pas réussi à remonter les forces, et les réfrigérants, les astringents, l'opium, n'ont pas suffi pour arrêter les hémorrhagies nasales et intestinales, si communes en pareil cas.

Nous avons appris qu'un traitement tout à fait opposé avait été préconisé dans la pratique civile. Des médecins ont contesté l'opportunité des toniques tant que l'on ne serait pas arrivé à calmer les troubles des fonctions digestives par les anti-phlogistiques et les moyens émollients et calmants, et ces médecins auraient ainsi réussi à enrayer la marche fatale de la maladie, revenant à l'usage des toniques toutes les fois que les fonctions digestives paraissaient rétablies.

M. BOSSU. L'état du sang désigné sous le nom de leucocythémie a existé de tout temps, mais il n'était pas connu : alors était-on surpris de voir les malades succomber à l'état cachectique complexe qu'ils présentaient? Non, cet état organique pouvait toujours expliquer la mort. Il n'en est pas de même de l'hydropisie qui reconnaît pour cause la maladie de Bright. Avant la connaissance de l'état granuleux des reins, on était fort étonné de voir les malades succomber, parce qu'on ne trouvait aucune lésion qui pût rendre raison de cette terminaison fatale; mais dès la découverte de Bright, tout s'expliqua naturellement par le dépouillement albumineux du sang. Il n'y a donc pas lieu de présenter la leucocythémie comme signe pronostic spécifique, parce qu'elle ne me paraît qu'un symptôme très-grave, à la vérité, et en raison de la gravité des lésions chroniques; mais, encore une fois, on ne peut établir d'analogie entre ce symptôme et celui résultant de la présence de l'albumine dans l'urine des individus affectés de la maladie de Bright.

M. MATTEI fait observer que la rate est affectée dans plusieurs maladies, sans cependant qu'il y ait leucocythémie; dans ces maladies, on met également en usage le quinquina, les toniques, les ferrugineux, un régime fortifiant, ainsi que l'a fait M. Vigla dans la leucocythémie.

M. CARON cite un cas qu'il a vu en 1843. Le sujet est un diabétique auquel on avait pratiqué une saignée; le sang tiré de la veine présentait une couleur blanche nacrée très-remarquable; rien cependant n'annonçait que la rate fût affectée chez ce malade.

M. TERRIER fait observer que non-seulement il n'est point dit dans le mémoire qui fait le sujet de son rapport que les maladies de la rate soient les seules causes d'altérations dans la composition du sang, mais que l'altération qui existait dans le cas rapporté par M. Caron ne ressemble pas à celle qui se rencontre dans les maladies de la rate. Dans celles-ci, en effet, le sang est blanc, louche, et présente une analogie remarquable avec l'état qu'il offre dans la phlébite et à la suite des résorptions purulentes.

M. MASSON pense que l'affection qu'on présente comme une maladie nouvelle, et qu'on désigue sous le nom de leucocythémie, n'est que ce qu'on appelle appauvrissement du sang, état du sang qui s'observe d'ailleurs dans la plupart des lésions viscérales, ainsi que dans certaines affections extérieures chroniques reconnaissant pour causes certaines dispositions générales ou diathèses; cette altération mérite sans doute une grande importance comme symptôme; mais il serait à craindre qu'en lui accordant plus de valeur, en un mot en en faisant une maladie essentielle, on ne perdît de vue les lésions organiques dont elle n'est qu'une conséquence, et qu'on ne fût ainsi conduit à une thérapeutique vicieuse, en cela que, l'attention étant exclusivement dirigée sur un symptôme, on arriverait à ne tenir aucun compte de l'affection organique dont il n'est que l'effet.

M. DUHAMEL partage entièrement les vues de M. Masson : « Il n'y » aura bientôt plus, dit-il, d'organes malades, il n'y aura que le » sang. »

M. BOSSU, qui ne voit également dans la leucocythémie qu'un symptôme, pense qu'il n'y aura progrès réel que quand, avant l'examen microscopique, le siége des affections organiques dont l'altération du sang n'est que le résultat pourra être reconnu.

Histoire de l'obstétrique chez les Hébreux. — M. MATTEI continue la lecture de son travail sur l'art des accouchements chez les Hébreux.

Hygiène des femmes. — Moïse fit de chaque article de la loi un cas de conscience, et les devoirs hygiéniques étaient de ce nombre. Celui qui enfreint le moindre article est impur, et doit avouer sa faute au cohène, ou prêtre, qui, tout en offrant des sacrifices, le purifie par des lavages, etc. Moïse indique les règles d'hygiène non-seulement pour les masses, mais encore pour les familles et les individus. Une maison qui tombe en ruines, un habit déchiré, un pot cassé sont impurs; il faut les dénoncer au cohène.

C'est par les règles de l'hygiène que Moïse préserve le peuple hébreu pendant quarante ans dans le désert des maladies nombreuses auxquelles il aurait pu être exposé; il indique les aliments dont on peut faire usage, les habitudes de propreté auxquelles on doit se soumettre, les bains, par exemple.

La femme est impure pendant tout le temps de l'écoulement menstruel, et doit se purifier. Le rapprochement sexuel exige lui-même les purifications, et rend impur pendant toute la journée. La circoncision est un moyen hygiénique.

La vie pathologique de la femme du peuple hébreu ne nous est connue que par les maladies qui attaquaient le peuple tout entier, et Moïse indique ces maladies pour faire voir au peuple quels sont les malheurs que peut lui envoyer Jehovah s'il ne lui reste pas fidèle. Parmi les maladies chroniques, nous trouvons les maladies de la peau, les hydropisies et la phthisie pulmonaire. Quelques maladies aiguës sont mentionnées, ainsi que des difformités, mais toutes acquises. Les maladies congéniales devaient être fort rares; enfin, les écoulements chez l'homme et chez la femme.

Le traitement des maladies était plutôt hygiénique que curatif. Les plaies sont l'objet de lavages et de pansements rares. En dernier lieu, on employait la cautérisation.

Ce qui préoccupait le plus Moïse et les prêtres dans les maladies, c'était la contagion dans les épidémies, et même dans les maladies reconnues aujourd'hui non contagieuses.

Le soin avec lequel on distinguait, chez l'homme, les pertes séminales des autres écoulements, prouve que la gonorrhée était déjà connue du temps des Hébreux. Les maladies des femmes n'étant indiquées que par des pertes blanches, contagieuses ou non, il est évident que ces maladies devaient être plus rares que de nos jours.

De tout ce qui précède, il résulte que les femmes, avec la constitution robuste que nous leur avons reconnue, étaient exemptes des maladies diathésiques et héréditaires qui ont tant d'influence sur la vie utérine et sur la maternité.

Les enfants, par des circonstances accidentelles, pouvaient contracter des infirmités; mais ces maladies n'étaient guère l'héritage de leurs parents, comme nous ne le voyons que trop souvent dans nos sociétés modernes.

Le secrétaire annuel, Dr RAMON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Roger, agrégé libre, est rappelé pour trois ans à l'activité près la Faculté de médecine de Paris; il sera attaché à la 3e section (médecine proprement dite), en remplacement de M. Hardy, dont la démission est acceptée.

— M. le docteur Constantin James vient de recevoir de S. M. le roi de Sardaigne la décoration de l'ordre des SS. Maurice et Lazare.

— Une erreur a été commise dans le compte rendu de la distribution des prix de l'Ecole pratique. Le 2e prix n'a pas été décerné à M. Guyot (Jules), de Nogent-le-Roi, mais à M. Guyot Léger (Louis-Ernest), de Beaune (Côte-d'Or).

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Dozy, membre de l'Académie royale des sciences d'Amsterdam.

— Un concours pour trois places d'élèves en médecine et en chirurgie de 1re classe s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de Marseille le 10 décembre.

Le 29 du même mois, un autre concours y sera ouvert pour trois places d'élèves de 2e classe.

Les épreuves pour les élèves de 1re classe consistent en : 1° Anatomie (préparation et démonstration); physiologie (épreuve orale); 2° pathologie chirurgicale (épreuve écrite); 3° rédaction de deux observations, l'une de médecine, l'autre de chirurgie; 4° manuel de bandages et petite chirurgie.

Les épreuves pour les élèves de 2e classe consistent en : 1° anatomie (ostéologie, myologie), épreuve orale; 2° pathologie chirurgicale élémentaire (épreuve écrite); 3° bandages et petite chirurgie.

Les élèves nommés entreront en exercice au 1er janvier 1857 jusqu'au 31 décembre 1859. Les élèves de 1re classe jouiront d'un traitement de 800 fr; ceux de 2e classe de 300 fr.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Hôtel-Dieu de Marseille. Ils auront à produire un certificat de moralité. Ceux qui se présenteront au premier concours auront de plus à justifier du nombre de douze inscriptions.

— Une portion notable des dentistes de Londres demande que la profession de dentiste soit astreinte au diplôme.

— M. le docteur Edmond Langlebert commencera son cours public sur les maladies syphilitiques le lundi 24 novembre à midi, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

SOUSCRIPTION

en faveur des veuves et des orphelins des médecins et pharmaciens de l'armée et de la flotte morts en Orient.

Sommes nouvelles reçues par M. le docteur MAHEUX, *secrétaire de la commission.*

MM. les docteurs Vaucanu, à Yvetot, 10 fr.; Ansaloni, à Romorantin, 5 fr.; Bonino, médecin-major du 64e de ligne, à Phalsbourg, 5 fr.; Leman, docteur en médecine, id., 5 fr.; Neubauer, docteur en médecine, id., 2 fr.; Reeb, pharmacien, id., 5 fr.; Quirin, pharmacien, id., 5 fr.; Hanès, aide-major, id., 5 fr.; Quatrefage, pharmacien aide-major, id., 5 fr.; Delessue, pharmacien aide-major, id., 5 fr.; Petiteau, aux Sables-d'Olonnes, 10 fr.; Dussourd, médecin-major à l'hôpital militaire de Colmar, 15 fr.; Baudelique, pharmacien-major, id., 15 fr.; Vizerie, aide-major, id., 5 fr.; Simon, pharmacien aide-major, id., 5 fr.; Otterburg, docteur en médecine, à Paris, 5 fr.; Liotard, aide-major au 95e de ligne, 5 fr.; le Cercle pharmaceutique du Haut-Rhin, 200 fr.; Berguesse, docteur en médecine, au Havre, 5 fr.; Saulnier, id., à Clermont (Puy-de-Dôme), 5 fr.; Pomonti, aide-major, à Perpignan, 5 fr.; Martin, médecin, id., 5 fr.; Gramaccini, médecin-major à l'hôpital militaire de Maubeuge, 15 fr.; Ropert, id., 5 fr.; Dupuis, pharmacien, id., 10 fr.; Guyot, pharmacien, id., 5 fr.; Fatrez, aumônier, id., 5 fr.; Leniez, médecin civil à Maubeuge, 5 fr., Julien, id., 5 fr.; Dereine, id., 5 fr.; Robert, id., 4 fr.; Monnier, pharmacien, id., 4 fr.; Gravez, id., 4 fr.; Courtin, id, 4 fr.; Rousseau, id., 4 fr.; Emm. Coind, médecin à Orléans, 20 fr.; Renucci, id., à Blois, 5 fr.; M. A. R., 5 fr.; Froussart, médecin-major au 4e cuirassiers, à Valenciennes, 7 fr.; Blanvillain, médecin-major à Belle-Ile-en-Mer, 10 fr.; Rey, médecin aide-major, id., 5 fr.; Schewing, médecin aide-major, id., 5 fr.; Laforcade, chirurgien-major en retraite, id., 5 fr.; Bramel, docteur en médecine, id., 5 fr.; Hérouard, pharmacien, id., 5 fr.; le docteur Dusseuil, pharmacien en chef à l'armée d'occupation à Rome, 10 fr.; Potier-Duplessy, aide-major à Nemours (Afrique), 5 fr.; l'Association médicale de l'arrondissement de Meaux (Seine-et-Marne), 106 fr.

Total à ce jour (18 novembre). . . 2,539 fr. 09 c.

Souscriptions recueillies par M. le docteur SENARD, *chirurgien principal de la marine, membre de la commission.*

MM. Senard, 25 fr.; Chapuzot, docteur en médecine à Paris, 10 fr.; Chapuzot fils, étudiant en médecine, 10 fr.; Marbeau, trésorier général des Invalides de la marine, 40 fr.; Virieu, chirurgien de 2e classe, 10 fr.; Aiguillé, chef de bureau, 5 fr.; Blachier, id., 10 fr.; Godefroy, id., 5 fr.; Delarbre, id., 5 fr.; Beau, sous-chef de bureau, 10 fr.; Renaud, id., 5 fr.; Ravier, id., 5 fr.; de Saint-Germain, id., 5 fr.; Vince, commis, ex-étudiant en médecine, 5 fr.; Blanchard, directeur de la comptabilité générale, 20 fr.; Deverre, docteur en médecine, ancien chirurgien de 1re classe, 10 fr.; Champy, agent comptable au ministère de la marine, 5 fr. Total. . . . 185 fr.

MM. Poinsot, docteur-médecin, à Paris, 10 fr.; Lavigne, aide-major à l'hôpital militaire de Longwy, 5 fr.; Jacquot, aide-major pharmacien, id., 5 fr.; Martin, aide-major au 3e chasseurs, 5 fr.; Chailan, aide-major au 44e de ligne, 5 fr. Total. . . . 30 fr.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique des maladies de l'oreille, par le docteur TRIQUET, ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, fondateur et chirurgien d'un dispensaire pour les maladies de l'oreille. Un vol. in-8° de 516 pages, avec figures intercalées dans le texte. — A Paris, chez J. B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Mémoires de la Société médicale d'observation de Paris, tome III, avec une planche lithographiée. Ce volume contient des mémoires et travaux de Valleix et de MM. Barth, Lebert, Cossy, Woillez, Oulmont. Un vol. in-8°. — Chez J. B. Baillière.

De la syphilisation appliquée aux enfants, par le docteur BOECK (de Christiania); traduit de l'allemand par le docteur HAZEN. Brochure in-8°. Chez Bailly, Divry, place Sorbonne, 2.

Discussion sur la syphilis. Extrait des procès-verbaux de la Société médicale du Panthéon. Brochure in-8°. Chez Moquet, rue de La Harpe, 92.

Traité expérimental et clinique d'auscultation appliquée à l'étude des maladies du poumon et du cœur, par M. le docteur J. H. S. BEAU, médecin de l'hôpital Cochin. — Un volume in-8° de 640 pages. Prix : 7 fr. 50 c. Paris, 1856, chez J. B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Mes études sur le choléra, ou Découverte de tout ce qu'il importe à la science et à l'humanité de connaître sur cette maladie, par M. le docteur AZÉMAR. — 1 vol. in-8° de 216 pages. Prix : 3 fr. A Paris, chez Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Précis iconographique des bandages, pansements et appareils; par M. le docteur GOFFRES, médecin principal de 1re classe. — 6e livraison : figures noires, 2 fr.; coloriées, 4 fr. L'ouvrage sera complet en 8 livraisons, qui paraîtront de deux en deux mois. Chez Méquignon-Marvis, rue de l'Ecole-de-Médecine, 3.

Le Sens.
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 138. — MARDI 25 NOVEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 138. — MARDI 25 NOVEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔPITAL SAINTE-EUGÉNIE (M. Bouchut). Pleurésie aiguë gauche ; déplacement du cœur ; thoracentèse ; guérison. Seconde pleurésie aiguë à droite ; nouvelle thoracentèse ; guérison. — HÔTEL-DIEU DE LYON (M. Barrier). Hydarthrose du genou ancienne et rebelle ; insuffisance des moyens ordinaires ; injection iodée ; guérison. — Considérations sur le lieu où il convient d'amputer la jambe. — Grossesse extra-utérine ; gastrotomie pratiquée à l'aide du caustique ; extraction d'un fœtus de dix mois ; guérison. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 17 novembre. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 24 NOVEMBRE 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

La partie médicale de la dernière séance de l'Académie des sciences se borne à deux communications : un mémoire de M. Bouvier sur la guérison par absorption des abcès symptomatiques du mal vertébral, et une courte communication de M. Guillon, relative à une opération de lithotritie pratiquée en présence d'une commission de l'Académie pour un cas de calcul extrêmement dur et volumineux.

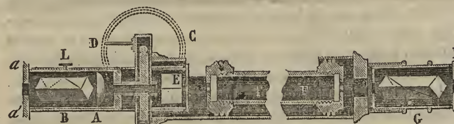
La communication de M. Bouvier serait loin à coup sûr de manquer d'intérêt, sous le point de vue pratique, qui en est l'objet principal, de même que sous le point de vue des questions scientifiques importantes qui s'y rattachent. Mais l'extrême laconisme à cet égard du *Compte rendu*, qui n'en reproduit guère que les conclusions, précédées à peine d'un [illegible] que l'auteur s'est proposé de résoudre, ne nous permet d'apprécier ni la méthode générale ni les procédés que M. Bouvier a mis en usage pour atteindre ce but. Nous le regrettons d'autant plus que ses tentatives sur ce point ne sont pas sans précédent, et qu'il eût été intéressant de voir en quoi cette méthode et ces procédés diffèrent de ceux qui sont déjà en usage, et dont pour notre part nous avons en plusieurs fois l'occasion de constater les résultats. Espérons que M. Bouvier voudra bien, en publiant les faits qui constituent le fond de son travail, nous mettre à même de juger ce qu'ils peuvent contenir de nouveau.

— Nous avons annoncé dans le compte rendu de l'une des précédentes séances de l'Académie la communication d'une note de M. Robiquet sur un appareil destiné à mesurer le sucre dans les urines diabétiques. Cet appareil est désigné sous le nom de *diabétomètre*. Nous avons promis de revenir sur ce sujet, qui, vu l'importance qu'a acquise en pathologie depuis quelques années la détermination de la présence du sucre dans les divers liquides de l'économie, a un véritable intérêt pratique.

Ce n'est pas qu'on ait manqué jusqu'ici de procédés propres à déceler l'existence du sucre et à en déterminer les proportions dans un produit organique donné. Tout le monde connaît l'ingénieux appareil à polarisation de M. Biot, sur lequel nous avons dans le temps appelé l'attention de nos lecteurs. Mais les indications que donne ce polarimètre, indications d'une irréprochable précision, comme chacun le sait, exigent, pour être réalisées, une certaine habitude et des conditions de temps et de lieu qui ne sont pas toujours à la disposition des praticiens. Aussi est-il arrivé, ainsi que le fait remarquer M. Robiquet, que dans la pratique médicale on s'est bientôt trouvé dans la nécessité de chercher tous les moyens de tourner la difficulté, c'est-à-dire de répondre aux besoins où l'on se trouve souvent de faire les observations à toute heure du jour, avec la lumière du ciel, quelle qu'elle soit, ou bien même avec une lumière artificielle. MM. Soleil et Dubosq, en vue de lever une partie de ces difficultés, ont imaginé un instrument connu sous le nom de saccharimètre. Mais cet instrument, construit principalement en vue des besoins de l'industrie, est malheureusement d'un prix beaucoup trop élevé pour les usages médicaux.

Ce sont ces diverses considérations qui ont engagé M. Robiquet à rechercher s'il ne serait pas possible de faire un appareil de ce genre qui fût plus abordable, en restreignant sa destination à la recherche analytique de la variété de sucre qu'il importe plus particulièrement au médecin de découvrir, le sucre de diabète.

Voici la description de l'appareil imaginé par M. Robiquet, et l'instruction nécessaire à son usage :



A. Loupe simple ; elle peut être avancée ou reculée rectilignement, au moyen de sa bonnette *aa'*, ce qui permet de fixer la vision sur la plaque bi-quartz E.

B. Prisme de Nicol, faisant fonction d'analyseur.

C. Cercle gradué pouvant tourner dans un plan vertical et entraîner dans sa rotation l'analyseur B.

D. Petite tige triangulaire servant de point de repère pour compter les degrés du cercle gradué.

E. Plaque de quartz à double rotation, composée de deux demi-disques ayant chacun une épaisseur de $7^{mm},60$, et donnant la teinte sensible bleue violacée lorsque l'instrument est réglé au zéro.

F. Tube central destiné à recevoir les liqueurs à analyser ; il est terminé par deux bonnettes à plans de glace mobiles, et un diaphragme métallique est placé dans son intérieur, pour régulariser la marche des rayons polarisés.

G. Prisme de Nicol servant de polariseur et ne laissant passer [illegible]

I. Bonnette en verre vert pâle pouvant s'enlever à volonté lorsqu'on n'opère pas à la lumière du jour.

Le diabétomètre est monté sur une boîte qui lui sert de pied.

MANIÈRE D'OPÉRER.

§ 1. *Détermination du zéro, correspondant à l'égalité de teinte bleue violacée donnée par la lame bi-quartz.* — Fixer l'instrument sur la boîte SS' ; mettre en place le tube central F, et viser la flamme d'une lampe bien allumée. Saisissant alors l'extrémité *aa'*, l'observateur enfoncera ou attirera à lui, suivant la nature de sa vue, le tube mobile contenant la loupe A jusqu'à ce qu'il aperçoive bien nettement une image circulaire partagée en deux parties égales par une raie noire verticale et ayant, entre ses deux moitiés, une égalité de teinte parfaite tirant sur le bleu violacé. En ce moment, le zéro du cercle gradué doit se trouver en regard du point de repère D. Pour peu qu'on fasse passer le zéro en deçà ou au delà, l'égalité de teinte sera rompue. Aussi les physiciens ont-ils donné à la teinte bleue violacée, correspondant au zéro, le nom de teinte sensible. Si, par une secousse trop forte, l'analyseur était déplacé de sa position normale, l'égalité de teinte serait encore troublée. Mais on pourrait très-facilement remédier à cet accident ; il suffirait pour cela de desserrer la vis L et de faire très légèrement osciller à droite ou à gauche la bonnette *aa'* jusqu'à ce que l'égalité de teinte se reproduise. A ce moment, on serre de nouveau la vis L, et l'instrument se trouve réglé.

Il est très-essentiel d'habituer l'œil à saisir l'égalité de teinte correspondant au zéro de l'instrument, ainsi que la moindre différence qui pourrait se produire entre les deux moitiés du disque coloré.

§ 2. *Préparation de la liqueur à analyser.* — L'instrument étant réglé au zéro et l'œil de l'observateur parfaitement exercé à saisir la teinte sensible bleue violacée, il ne reste plus qu'à préparer la liqueur à observer. Pour cela, on mesure, dans l'éprouvette graduée, 25 centimètres cubes d'urine diabétique, 1 centimètre cube d'extrait de saturne et 1 centimètre cube d'ammoniaque liquide. On complète exactement avec de l'eau un volume de 50 centimètres cubes ; on mêle les liqueurs avec la baguette de verre, et après quelques minutes de repos on filtre dans l'éprouvette non graduée. Les premières portions de liquide qui passent sont ordinairement un peu troubles ; on les reverse sur le filtre jusqu'à ce qu'on obtienne une limpidité parfaite.

§ 3. *Remplissage du tube central.* — On dévisse une des deux bonnettes du tube central F, dans lequel on verse en petit filet la liqueur filtrée et décolorée jusqu'à ce qu'elle dépasse légèrement l'orifice. A ce moment, on fait glisser le petit plan de glace sur l'extrémité découverte du tube et on visse la bonnette. A cause du diaphragme placé au centre, il est rare qu'on puisse ainsi remplir complétement le tube central. Il faut alors le retourner doucement, dévisser la seconde bonnette et opérer à cette deuxième extrémité comme on l'a fait à la première. On vérifie très-facilement que le tube est exactement plein lorsqu'en le plaçant entre l'œil et la lumière on distingue une colonne liquide parfaitement transparente et semblant solidifiée d'un seul bloc. Au contraire, pour peu qu'il reste de l'air, la vision n'est pas nette, la liqueur paraît toute trouble et agitée, souvent même les rayons lumineux ne peuvent plus passer, et il y a obscurité complète.

§ 4. *Dosage du sucre diabétique.* — On installe le tube au centre de l'instrument et on fixe de nouveau la flamme de la lampe. Si l'urine à essayer ne contient pas de sucre, l'égalité de la teinte donnée par la plaque de quartz à double rotation (§ 1) n'est nullement troublée. Si, au contraire, il y a du sucre diabétique, les deux moitiés de la plaque bi-quartz sont colorées de teintes tout à fait différentes, dont la nature et l'intensité varieront suivant la richesse saccharine de la liqueur analysée. Quelle que soit cette opposition de couleurs, on la fera disparaître en tournant le disque gradué (dans l'ordre numérique de ses divisions par rapport au point de repère D), jusqu'à ce qu'on ait très-exactement rétabli une égalité de teinte parfaite. On regardera alors quel est le degré qui se trouvera en face du point de repère D. Supposons que ce soit le 21e degré, cela signifiera que l'urine essayée contient, par litre, 21 grammes de sucre diabétique.

Ainsi : *chaque degré du cercle divisé correspond à un gramme de sucre de diabète par litre d'urine.*

On peut opérer à la lumière naturelle en visant le ciel, surtout lorsqu'il est légèrement nuageux ; mais alors il faut enlever la petite bonnette munie du verre vert I.

Il me reste à faire une dernière recommandation qui, pour être [illegible] pas moins, je crois, son utilité ; c'est, après chaque opération, de nettoyer parfaitement le tube central et les éprouvettes avec de l'eau aiguisée d'acide acétique ou de vinaigre. Toutes les pièces étant parfaitement nettoyées et essuyées pourront servir à des opérations ultérieures sans qu'on ait à craindre le moindre trouble dans les liqueurs.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

Pleurésie aiguë gauche ; déplacement du cœur ; thoracentèse ; guérison. — Seconde pleurésie aiguë à droite deux mois après la première ; nouvelle thoracentèse ; guérison.

L'opinion est aujourd'hui fixée sur l'importance de la thoracentèse dans la pleurésie aiguë. Il est peu de médecins qui ne reconnaissent la nécessité d'évacuer le liquide sécrété dans la plèvre lorsque, par son abondance, il refoule complétement le poumon contre la colonne vertébrale et le cœur dans le côté opposé de la poitrine. Si l'on hésite encore, c'est sur le moment où il faut prendre la détermination d'opérer ; et, en effet, malgré ce qui a été publié dans ces dernières années, les indications formelles de recourir à la ponction de la poitrine ne sont pas rigoureusement déterminées.

Nous partageons les idées de M. le professeur Trousseau, qui a remis la thoracentèse en honneur, et nous pensons qu'il faut pratiquer cette opération dans tous les cas d'épanchement pleurétique excessif.

En voici deux exemples fournis par le même enfant affecté, à deux mois d'intervalle, de deux pleurésies successives, une à gauche refoulant le cœur, et une à droite avec épanchement considérable, toutes les deux traitées par la thoracentèse et guéries avec une rapidité surprenante.

Dans cette observation curieuse, on peut suivre les résultats avantageux et immédiats de l'opération, et il est impossible de ne pas lui rapporter le succès obtenu.

OBS. — Signon (Clémence), âgée de sept ans, est entrée le 2 juillet 1856 au n° 5 de la salle Sainte-Marguerite, à l'hôpital Sainte-Eugénie. Le père et la mère sont bien portants ; il y a un frère et une sœur en bonne santé. Pas de gourmes ni de glandes cervicales engorgées ou suppurées. L'enfant a eu, dit-on, une inflammation de bas-ventre à un an, et la rougeole à quatre ans et demi. Malade depuis huit jours, elle a été prise de malaises et de fièvre, avec perte d'appétit ; toux fréquente ; maux de ventre qui font pousser des cris ; constipation depuis plusieurs jours, pas de vomissements ; elle n'a pas uriné depuis hier matin ; une épistaxis avant-hier ; peu de sommeil, agitation continuelle ; soif fréquente.

Le 3, enfant petite, peu développée ; facies rosé, tranquille ; toux fréquente, un peu grasse, sans quintes ni expectoration ; respiration gênée (18 par minute) ; elle est diaphragmatique, active, irrégulière, avec dépression des côtes dans le côté droit, les côtes du côté gauche ne bougeant pas. La poitrine est globuleuse au sternum ; elle mesure

26 centimètres de chaque côté. Le *cœur est déplacé*, et bat au-dessous de l'appendice xiphoïde, et à droite ; la vibration du thorax a disparu à gauche et persiste à droite. *Matité complète* et absolue de tout le côté gauche de la poitrine jusqu'en haut dans la fosse sus-claviculaire ; en avant, cette matité dépasse le sternum d'environ deux centimètres à droite. Absence complète de la respiration à la base ; un peu de souffle au sommet avec retentissement très-faible de la voix, qui est bronchique. Les battements du cœur sont déplacés, et la main les sent sous le sternum et à droite. On voit la pointe de cet organe battre sous l'appendice xiphoïde. C'est à droite qu'est le maximum de l'intensité des bruits, sans rien d'anormal. De ce côté, la respiration est parfaitement naturelle.

La dyspnée n'est pas très-considérable, mais l'enfant aime à se tenir assise ; elle est mieux couchée sur le côté gauche que sur le côté droit. Peu de sommeil, pas d'agitation la nuit ; l'enfant se lève et veut se promener pour jouer avec ses camarades. Langue blanche, papillaire ; peu de soif, pas d'appétit ; pas de vomissements, pas de garde-robes. L'enfant n'a pas uriné depuis hier matin. La peau est modérément chaude ; un peu livide et froide aux extrémités ; pouls, 140. — Gomme sucrée : looch blanc ; bouillon coupé.

Le 4, l'enfant a moins toussé et ne paraît pas gênée à respirer ; elle a uriné et fait une selle demi-solide. L'état de la respiration est le même. La matité n'a pas fait de progrès dans le côté droit de la poitrine. Le pouls est encore à 140.

La thoracentèse est faite avec un trocart capillaire dans le côté gauche de la poitrine, entre la sixième et la septième côte au niveau de l'aisselle, et l'on retire 135 grammes de liquide jaune citrin, clair, limpide. Immédiatement après, le son sous-claviculaire est un peu moins mat ; le cœur est revenu d'un centimètre, dans le côté gauche, à sa place. Sous la clavicule on n'entendait aucun bruit respiratoire, et l'on y entend aujourd'hui un peu de respiration bronchique, surtout marquée dans l'expiration. Dans la fosse sus-épineuse, la respiration bronchique s'entend plus fortement, ainsi que le retentissement de la voix.

Le 5, l'enfant a toussé comme d'habitude ; elle paraît un peu moins gênée à respirer. En avant, la matité ne dépasse plus la ligne médiane ; elle est complète partout ailleurs dans le côté gauche. Il y a de la respiration bronchique sous la clavicule, dans l'aisselle, dans les fosses sus et sous-épineuses ; dans ces points, il y a de la bronchophonie. Langue naturelle. L'enfant a bon appétit ; pouls, 124. — Bouillon et potage.

Le 6, l'état local est le même qu'hier, à cela près que la respiration bronchique est moins prononcée. Le facies est toujours excellent, la peau très-bonne. Pas de diarrhée. Pouls, 112.

Le 7, l'enfant va un peu mieux, son aspect extérieur est toujours excellent et son visage coloré. La matité est un peu moindre au sommet, dans la fosse sus-épineuse, sus et sous-claviculaire ; elle ne va plus qu'à un centimètre en deçà du sternum dans le côté gauche. La respiration est moins gênée, 36 par minute. Le cœur est revenu et les battements s'entendent entre le sternum et le mamelon. Au sommet du poumon, on entend un peu de respiration vésiculaire avec de l'expiration bronchique. Il y a de la bronchophonie au sommet et de l'égophonie en arrière, au niveau de la racine des bronches. Dans le lobe inférieur, on n'entend rien. La langue est naturelle ; appétit. L'enfant veut se lever. Pas de diarrhée. — Potages.

Le 8, même état local, et l'on commence à entendre au sommet, avec le bruit respiratoire, un peu de râle sibilant. L'état général est toujours très-bon. Pouls, 88. — Potages.

Le 10, l'amélioration se maintient. La respiration vésiculaire s'entend dans tout le sommet de la poitrine, de la clavicule à la quatrième côte ; en arrière, jusqu'à l'angle de l'omoplate. La broncho-égophonie a disparu. Pouls, 100. — Potages ; échaudé.

Le 11, même état. Pouls, 112.

Le 12, la respiration s'entend de mieux en mieux, et en avant on entend un peu de frottement pleurétique. Le son n'est pas complétement revenu. Pas de fièvre.

L'enfant sort le 13 juillet 1856, et elle revient se montrer en bonne santé le 20 et le 27 du même mois.

Dans le mois d'août, six semaines après sa sortie de l'hôpital, elle nous est de nouveau présentée par son père comme ayant la même maladie, mais à droite, c'est-à-dire dans le côté opposé.

Il y a quinze jours, l'enfant, après une course prolongée, très-fatigante, s'était plaint de douleurs dans la main gauche et dans les articulations de l'annulaire et du petit doigt, qui avaient offert du gonflement. Au bout de dix jours environ, les douleurs ont été remplacées par un point pleurétique à droite, accompagné de toux, de gêne de la respiration, de perte d'appétit et d'envies de vomir. L'enfant ne s'était point mise au lit, et c'est alors qu'on la ramène dans le lit qu'elle avait occupé salle Sainte-Marguerite.

Nous l'examinâmes le 21 août ; elle était dans l'état suivant :

Bonne apparence, teint rose et frais ; les forces diminuées lui permettent de rester assise dans son lit ; elle ne tousse pas et n'a pas de douleur de côté ; elle ne paraît pas très-gênée à respirer, 40 respirations par minute.

Tout le côté droit de la poitrine est mat. Cette matité est complète à la base, et un peu moins forte au sommet et en arrière ; elle existe même sous la clavicule en avant.

Dans la fosse sus-épineuse, le murmure vésiculaire s'entend un peu fort. Sous la clavicule et dans la fosse sous-épineuse, il y a du souffle et de l'égophonie. A la base, on n'entend plus rien du tout. Dans le côté gauche, la résonance est bonne et la respiration naturelle. La langue est jaune ; il y a peu d'appétit, pas de vomissements ni de diarrhée ; pouls à 120. — Gomme sucrée ; potages.

Le 24, l'épanchement a augmenté ; sous la clavicule droite, la matité est complète et il y a du souffle. En arrière, la matité existe également de haut en bas, et on entend au sommet du souffle avec de l'égophonie ; à la base, il y a une absence de bruit respiratoire. L'enfant s'est levée, elle joue sur son lit ; mais sa respiration est gênée, surtout lorsqu'elle parle. 40 respirations. Elle mange un peu, n'a pas de diarrhée. La peau est chaude ; pouls à 128.

La thoracentèse, faite avec le trocart capillaire, donne issue à environ 150 grammes de sérosité jaune-verdâtre, limpide, coagulable. Immédiatement, la matité sous-claviculaire et sus-épineuse cesse ; elle persiste à la base du poumon. Le souffle constaté au sommet du poumon, en avant et en arrière, cesse également, pour être remplacé par le murmure vésiculaire accompagné d'un peu de crépitation fine. Aussitôt après avoir retiré la canule, l'enfant est prise d'une quinte de toux convulsive qui dure une ou deux minutes. Pouls à 125. — Gomme sucrée ; potages.

Le 25, la journée a été bonne. Ce matin il y a de la matité à la base en arrière, avec du souffle et de l'égophonie ; mais tout le sommet du thorax résonne bien, et on y entend le murmure vésiculaire normal. Un peu d'appétit. Une selle sans diarrhée. Peau chaude ; pouls à 120. — Potages.

Le 26, même état. Pas de diarrhée ; pouls à 120.

Le 30, le murmure vésiculaire s'entend du sommet au niveau du mamelon en avant ; et en arrière, jusque dans la fosse sus-épineuse. En bas, le murmure vésiculaire commence à se faire entendre ; le souffle et l'égophonie ont disparu. Pas de toux. L'enfant a bon appétit et va à la garde-robe sans diarrhée. Pouls à 100.

Le 6 septembre, en arrière, le son est presque normal jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate ; mais au-dessous il reste de la matité. En avant, le son est revenu au-dessous de la clavicule et dans la fosse axillaire ; mais en ces points, le murmure vésiculaire, quoique normal, reste un peu faible ; il en est de même en arrière et à la base du poumon. La dyspnée a disparu. L'enfant se lève depuis trois jours ; elle mange bien et n'a pas de diarrhée. Pouls à 96.

Le 13, le côté gauche résonne et respire bien. A droite, le son est encore un peu moins clair qu'à gauche, mais sans matité sur aucun point. La respiration est normale en avant et sous les aisselles ; en arrière et en bas elle est naturelle, quoique faible et sans égophonie. Pouls à 100. L'appétit est bon, les selles sont régulières et l'état général excellent.

Exeat le 14 septembre 1856.

Dans ces deux pleurésies droite et gauche, observées sur le même enfant à deux mois de distance, il y a plusieurs faits importants à signaler. Outre la marche des accidents et ce qui se rapporte à la thoracentèse, qui sont choses de détail, il faut constater l'excellente crase des humeurs de l'enfant, qui, dans un hôpital, a supporté sans complications graves une maladie si fréquemment mortelle. L'apparence extérieure a toujours été bonne, le teint excellent, l'humeur gaie ; et l'enfant, presque toujours assise à jouer sur son lit, ne trahissait sa souffrance que par une sorte d'anhélation lorsqu'elle parlait un peu trop longtemps.

Si l'on en croit les renseignements fournis par le père, le premier épanchement pleurétique datait de huit jours, au moment de la première entrée à l'hôpital. Il était caractérisé par une toux fréquente sans [illegible], par la matité absolue dans le côté gauche de la poitrine, dépassant la ligne médiane de 2 centimètres, par l'absence de retentissement de la voix sous la main, par l'absence de murmure vésiculaire et par du souffle bronchique au sommet. En même temps le cœur, refoulé à droite, soulevait la peau au-dessous de l'appendice xiphoïde, et se trouvait en partie dans le côté droit de la poitrine. Le pouls était à 140.

Tous ces signes caractérisaient bien une pleurésie aiguë gauche avec épanchement excessif remplissant toute la cavité de la plèvre et comprimant fortement le poumon gauche et le cœur.

Mais avec une pareille lésion matérielle, l'enfant n'accusait aucun malaise, et son visage rosé, naturel, n'annonçait point la souffrance. Le seul trouble dynamique observé chez la malade était une dyspnée très-supportable, quoiqu'il y eût 48 respirations par minute.

En ne consultant que les troubles généraux si peu caractérisés dont il vient d'être fait mention, il était difficile de se résoudre à intervenir d'une manière énergique. Evidemment l'enfant supportait bien son mal, et aucune nécessité absolue n'obligeait, en apparence, à extraire le liquide abondant sécrété dans la plèvre. Cependant, la cavité pleurale remplie, le cœur refoulé dans le côté droit de la poitrine, la mort subite qui arrive quelquefois en pareille circonstance, nous en firent décider autrement.

Il n'y avait que deux partis à prendre : provoquer par des impressions thérapeutiques convenables une réaction organique capable d'amener la résolution du liquide sécrété par la plèvre, ou extraire ce liquide par ponctions sous-cutanées successives.

La première de ces méthodes, convenable dans le cas d'épanchement peu considérable, ne compromettant pas les jours du malade par l'éventualité de la suffocation, me parut être d'une action trop lente pour être employée chez cette enfant. Un épanchement considérable ne se résorbe pas très-vite sous l'influence des émissions sanguines locales et générales réunies aux révulsifs cutanés. Or, dans ce cas, l'épanchement pouvait encore augmenter et donner lieu à des accidents dynamiques qui ne s'étaient pas encore produits. De plus, il occupait le côté gauche, et agissait sur le cœur, qui se trouvait refoulé à droite. Or, on sait que les épanchements pleurétiques gauches sont, en raison de cette circonstance, plus souvent suivis de mort subite que les épanchements pleurétiques du côté droit. C'est ce que nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'observer avec M. Trousseau, et c'est ce que l'observation générale a confirmé.

Ne voulant pas attendre et livrer à l'avenir les chances du rétablissement de la malade, nous résolûmes d'extraire la sérosité incluse dans la plèvre au moyen de ponctions sous-cutanées. Une ponction, faite avec un trocart capillaire, donna issue à 135 grammes de liquide jaune citrin, limpide, spontanément coagulable, et dans lequel le microscope montra des filaments de fibrine, des corps granuleux d'inflammation et quelques globules de sang. Aussitôt après le cœur revint d'un centimètre vers le côté gauche, et la matité sous-claviculaire diminua, pour être remplacée par un son légèrement tympanique. Le lendemain, la matité ne dépassait plus la ligne médiane, le cœur reprenait sa place et l'air pénétrait plus facilement au sommet du poumon. Les jours suivants étaient signalés par une amélioration non moins considérable, de sorte qu'il fut inutile de réitérer la ponction. Neuf jours après l'enfant était presque entièrement guérie et sortait de l'hôpital sans fièvre ; le murmure respiratoire s'entendait en avant sous la clavicule, et en arrière jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate ; la respiration bronchique et l'égophonie avaient disparu, et déjà en avant il y avait du frottement pleurétique, preuve de l'absorption du liquide épanché.

Nous n'aurions pu croire à une guérison aussi rapide, si de huit jours en huit jours le père n'avait ramené son enfant pour nous permettre d'ausculter la poitrine et de constater la disparition entière de l'épanchement.

Cette petite fille était donc parfaitement guérie de sa pleurésie du côté gauche, et cela depuis un mois, lorsqu'au milieu de sa famille elle fut prise d'un rhumatisme articulaire sub-aigu, de courte durée, suivi d'une pleurésie à droite. Les douleurs articulaires, limitées aux articulations de la main et des doigts, ne furent pas très-vives et n'occasionnèrent point de fièvre, car l'enfant conserva l'appétit, resta debout, et ne se plaignit que d'un vague sentiment de faiblesse. Cependant, autant qu'on en puisse juger par des renseignements, c'étaient bien là des douleurs de rhumatisme articulaire.

Sur ces entrefaites la scène change, et une douleur pleurétique droite avec dyspnée remplace les douleurs et le gonflement des articulations. Le père, instruit par une première observation de pleurésie chez son enfant, reconnaît aussitôt la nature du mal, et vint nous dire : « Ma fille a une nouvelle pleurésie, mais dans le côté opposé à celui qui a été malade. » Il avait raison ; nous n'avons eu qu'à confirmer ce diagnostic.

De la fièvre ; une petite toux sèche, peu fréquente, sans expectoration ; de la dyspnée, sans phénomènes généraux graves ; une matité complète du côté droit de la poitrine, à la base en arrière et sous la clavicule ; une matité incomplète de la fosse sus-épineuse, avec absence du murmure vésiculaire dans le lobe inférieur ; de l'égophonie et souffle à la racine des bronches et sous la clavicule, annonçaient la présence d'un épanchement séreux assez abondant dans la cavité pleurale droite.

sait toute la plèvre, et sans plus donner lieu que la première fois à des phénomènes généraux graves, il déterminait une grande anhélation lorsque l'enfant voulait parler. Elle s'arrêtait court pour respirer péniblement et profondément, afin de pouvoir reprendre sa conversation.

Dans cette occurrence d'épanchement excessif, dont nous ne voulûmes pas abandonner la résorption aux forces de la nature, trop lente dans son action, et encouragé d'ailleurs par le beau résultat d'une première thoracentèse, nous fîmes au lieu d'élection une ponction de la poitrine avec un trocart capillaire, de manière à retirer 150 grammes de liquide jaune verdâtre et limpide spontanément coagulable. Immédiatement après l'extraction de la canule, une quinte convulsive de toux d'environ deux minutes fit pénétrer l'air dans le poumon jadis comprimé par l'épanchement, et, la matité ayant cessé dans la fosse sus-épineuse et sous-épineuse, on y entendit le murmure vésiculaire accompagné d'une crépitation fine, sèche, de courte durée.

Nous nous promettions de recommencer la ponction si le liquide venait à se reproduire, mais il n'en fut rien ; la maladie entra dans une période décroissante, et chaque jour la percussion et l'auscultation permettaient de constater une diminution de l'épanchement. Comme aucun accident lié à l'opération ne vint entraver cette marche salutaire, et que d'ailleurs l'état des forces était on ne peut plus satisfaisant, la guérison fut presque aussi prompte et aussi rapide que la première fois.

Douze jours après la thoracentèse, la respiration naturelle s'entendait dans toute la poitrine, et l'enfant mangeait avec bon appétit, jouant et courant dans les salles de l'hôpital.

Elle sortit parfaitement guérie le 14 septembre 1856.

Ainsi voilà deux nouveaux exemples de guérison d'épanchement pleurétique excessif obtenus en quelques jours par la thoracentèse. Ils ont cela d'unique et de curieux qu'ils ont été observés sur le même enfant, dans un côté différent de la poitrine et à deux mois de distance. Chaque fois l'on a attendu pour opérer que l'épanchement ait rempli toute la cavité pleurale en comprimant les organes voisins, mais sans lui donner le temps de produire cette anhématosie latente qui a tant fait périr de malades. Chaque fois une petite quantité de liquide, 135 à 150 grammes, a été extraite, et cette déplétion a suffi soit pour favoriser l'entrée de l'air dans les poumons, soit pour amener le retour du cœur à sa place naturelle.

L'opération a été dans cette double circonstance absolument inoffensive, et n'a donné lieu à aucun phénomène local apparent. Elle a eu pour résultat immédiat d'éloigner les chances d'une mort subite, qui était à craindre, et elle a été le point de départ d'une amélioration chaque jour plus évidente jusqu'à la guérison.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Barrier.

Hydarthrose du genou ancienne et rebelle. — Insuffisance des moyens ordinaires. — Injection iodée. — Guérison.

Rosier, âgé de vingt ans, cultivateur, est entré à l'Hôtel-Dieu le 23 juin 1856, salle Saint-Sacerdos, nº 31. Il nous raconte qu'il y a trois ans, il a reçu un coup de boule sur le genou; que la douleur a été vive sur le moment, mais que cet accident n'a eu aucune suite fâcheuse pour la marche et la force de son membre. Il nous dit aussi que, eu égard à ses travaux de campagne, il a été souvent exposé à l'humidité, mais que cependant il n'est pas sujet aux douleurs de rhumatisme, et qu'il se porte habituellement bien. D'un tempérament assez sec, il résiste facilement aux fatigues de sa profession. Depuis huit mois, son genou a à peu près un volume double de celui du côté droit; arrondi irrégulièrement, il présente des bosselures autour de la rotule, bosselures qui se laissent déprimer avec la plus grande facilité, paraissent avoir toutes entre elles une communication directe, sont fluctuantes dans tous les points et renvoient par la pression de l'une à l'autre tout le liquide qu'elles contiennent. La rotule est soulevée, et ne se met en rapport avec les surfaces articulaires du genou que par une flexion de la jambe sur la cuisse, ou quand on presse sur elle directement d'avant en arrière.

Par la flexion du genou, ces poches qui renferment le liquide s'isolent, deviennent plus rares et ne se transmettent pas aussi facilement le liquide de l'une à l'autre.

Le genou n'est douloureux en aucun point; mais depuis le début de cette maladie, Rosier se sert avec beaucoup de difficulté de sa jambe, qui parfois le soutient à peine.

A plusieurs reprises on lui a appliqué des vésicatoires sur le genou, même des vésicatoires *monstres*, comme le conseille M. Velpeau; ils n'ont produit aucun effet. Le genou est resté dans le même état.

Pour raffermir un peu la jambe, et aussi pour comprimer le genou afin d'amener la résolution autant que possible, on a appliqué sur la jambe et jusqu'au-dessus du genou un bandage roulé compressif.

Ce moyen, sur lequel on avait fondé peu d'espoir, a amené une diminution notable du liquide articulaire, à tel point que le 10 juillet, au moment où on se disposait à faire une injection iodée, on s'est aperçu que le liquide était tellement peu abondant que la paracentèse articulaire aurait été une opération hasardée.

Rosier nous a appris alors que depuis le début de *son mal au genou* le liquide articulaire avait subi les mêmes variations; quand il gardait le repos, son genou diminuait, revenait presque à son état normal, et que sous l'influence de la marche et de la fatigue il augmentait de nouveau de volume; la jambe devenait plus faible, mais non plus douloureuse qu'à l'ordinaire. Le malade ne pouvant rester exposé à ces alternatives, l'opération a été décidée, mais la diminution du liquide l'a fait ajourner. On n'a mis aucun bandage à la jambe, et on a conseillé à Rosier de se promener de manière à mettre le genou dans les conditions les plus favorables au succès de l'opération.

Le 15 juillet, le liquide s'étant reproduit en quantité suffisante, on a fait la ponction de l'articulation, et après avoir extrait le liquide qu'elle contenait, on a fait une injection iodée.

M. Barrier se sert habituellement d'un mélange de teinture d'iode et d'eau-de-vie camphrée à parties égales. Les succès qu'il a obtenus avec cette formule dans les cas d'hydrocèle ou d'hydarthrose qu'il a déjà opérés en grand nombre, ont donné à cette proportion une valeur qui ne peut lui être contestée, et qui présente plus de sûreté dans le résultat que les solutions aqueuses qu'ont employées MM. Velpeau et Bonnet.

L'injection est restée trois ou quatre minutes dans l'articulation; on l'a ensuite retirée en grande partie.

Dans cette opération, comme dans les opérations analogues, M. Barrier laisse une partie du liquide dans la poche qu'il injecte, en petite quantité pour que cette solution ne s'échappe pas d'elle-même à travers le trajet du trocart, trajet qu'elle cautériserait, et dont elle amènerait la suppuration, mais cependant en quantité suffisante pour que l'inflammation soit assez intense et assez franche, et que l'épanchement ne puisse se reproduire.

Le membre, immédiatement après l'opération, a été mis dans une gouttière et maintenu immobile.

Le 20 juillet, l'inflammation, d'abord assez aiguë, était dissipée, et la résolution commençait à s'opérer. La tuméfaction était déjà moindre et les douleurs n'existaient plus. On a appliqué alors un bandage compressif, qui a amené la résolution complète.

Le 3 août, les deux genoux étaient exactement semblables; Rosier marchait dans la salle, n'éprouvait aucune douleur et se sentait solide sur sa jambe. Il demande sa sortie. On la lui accorde, mais sur la promesse de revenir si sa *maladie* récidive.

Cette observation est remarquable par la simplicité des suites de l'opération, et, si l'on n'était obligé de prendre en considération les différentes conditions dans lesquelles se trouvent les malades, nous ne pourrions moins faire que de trouver dans ces injections articulaires une méthode aussi efficace qu'elles le sont dans l'hydrocèle. Chez notre malade, il ne paraissait pas y avoir d'ulcération des cartilages; il n'y avait pas de roideur dans l'articulation; l'hydarthrose n'était consécutive à aucune de ces maladies articulaires liées aux diathèses qui affaiblissent la constitution et changent la réaction vitale.

Pour que le résultat soit favorable, il faut qu'il y ait une inflammation aiguë et franche. D'ailleurs dans les cas simples, comme celui dont nous venons de parler, nous croyons qu'aucun accident sérieux ne peut être le résultat de l'injection iodée, et que, si la guérison n'est pas certaine, l'amélioration est presque constante.

(*Gazette médicale de Lyon.*)

CONSIDÉRATIONS SUR LE LIEU OU IL CONVIENT D'AMPUTER LA JAMBE.

Par M. le docteur Testa, chirurgien à Naples.

(Rapport lu par M. Verneuil à la Société de chirurgie, dans la séance du 24 septembre 1856.)

Cornélius Celsus a dit : *Inter sanam vitiatamque partem caro incidenda scalpello usque ad os, et proliùs ex sanâ parte aliquid excidatur quam ex œgrâ relinquatur.*

On pourrait conclure de ce passage laconique que dans la gangrène il recommandait de couper entre la partie morte et la partie vivante. Mais *inter sanam et vitiatam* signifie plutôt qu'il faut couper entre la partie malade et la partie saine, physiologiquement, et de préférence sur cette dernière que sur l'autre.

Faute d'avoir donné cette signification au grand précepte de l'auteur latin, on est arrivé à cet autre principe chirurgical que dans les cas de gangrène il faut attendre que celle-ci soit limitée, et s'occuper seulement de favoriser l'élimination; ce qui n'est pas applicable à tous les cas et à toutes les espèces de sphacèle. En effet, si le précepte est acceptable dans la gangrène par inflammation, l'amputation est souvent funeste dans celle qui résulte d'absorption virulente, d'empoisonnement nerveux, si l'on peut ainsi s'exprimer, et dans laquelle la lésion locale ne tarde pas à infecter tout l'organisme.

Mais ce grand dogme d'amputer entre la partie malade et la partie physiologique, et surtout sur celle-ci, ne doit pas seulement être mis en pratique dans les cas de gangrène; il convient de l'appliquer sans exception à toutes les amputations nécessitées par le traumatisme ou les lésions organiques, si l'on veut obtenir les meilleurs résultats et conserver le plus sûrement possible la vie des malades.

Il ne suffit pas que les tissus, dans le point où passe le couteau, soient sains en apparence, c'est-à-dire ne présentent pas de traces de désorganisation, il faut de plus qu'ils jouissent de toutes leurs propriétés physiologiques. Des exemples affirmeront mieux cette assertion que des raisonnements.

La peau doit être souple, non amincie, non enflammée; elle doit encore avoir conservé sa contractilité et sa rétractilité organiques, sans quoi, si on taille des lambeaux ordinaires sur cette peau paralysée, ils paraissent d'abord suffisants, mais lorsque survient la réaction, et avec elle l'inflammation naturelle de la plaie, la peau reprend sa contractilité et sa rétractilité perdues, se raccourcit par conséquent et devient insuffisante pour recouvrir le moignon.

Un homme affecté d'un anévrysme poplité avait été traité par la méthode de Valsalva, et localement par la glace pendant un mois.

Le résultat était satisfaisant; la tumeur diminuait, les battements étaient très-minimes, quand, sous l'influence d'une émotion morale vive, la tumeur se rompit, et le sang s'épancha au loin dans le tissu cellulaire de la jambe. La gangrène survint en moins de [illegible] et l'amputation de la cuisse droite fut [illegible] diaphyse. Aux deux premiers pansements le lambeau paraissait suffisant, mais au troisième il était déjà trop court, et le devint bien davantage après la cautérisation, de façon que l'os, dénudé, devint saillant, ce qui nécessitait ou une résection ou l'attente d'une élimination spontanée. Le malade était dans cet état à l'hôpital des Incurables, quand M. Testa cessa de l'observer.

Le tissu cellulaire sous-cutané, sous-aponévrotique inter-musculaire doit être exempt de tout épanchement, de toute infiltration; si, en effet, il existe au point où l'on ampute de l'œdème dû à une compression veineuse ou à toute autre cause; si du sang, comme à la suite des grands traumatismes, du pus à la suite des phlegmons ont envahi le tissu aréolaire, la mort est imminente; tous les cas de ce genre que M. Testa a observés à l'hôpital des Incurables et à celui des Pèlerins se sont terminés fatalement par pyohémie ou simplement par une dépression progressive des forces.

La dilatation variqueuse des veines est une très-mauvaise condition anatomique lorsqu'elle existe dans le lieu où l'on divise le membre, alors même qu'elle ne consiste que dans cette amplification des vaisseaux qu'on remarque à la surface des tumeurs.

Un homme, reçu à l'hôpital des Incurables, était atteint d'un énorme ostéosarcome de la diaphyse du fémur gauche. L'amputation fut faite au niveau des trochanters; on dut conserver dans le lambeau une portion de peau dont les veines étaient dilatées. Le malade mourut de pyohémie.

M. Testa perdit dans le même hôpital et de la même maladie, un autre malade auquel il fit l'amputation de la cuisse pour une tumeur pulsative du tiers inférieur du fémur gauche. L'injection démontra que les veines de la peau étaient également dilatées.

Les artères doivent posséder leur contractilité; si elles l'ont perdue par artérite ou par dépôts calcaires, l'hémorrhagie est imminente. Il en est de même s'il existe une disposition scorbutique. Feu le professeur Nunziante Hypolito, chirurgien célèbre de Naples, connu par ses travaux sur la ligature de l'artère vertébrale et la suture des intestins, a observé un cas semblable : il avait pratiqué sur un homme l'amputation du bras pour une tumeur blanche très-avancée de l'articulation du coude. Le sujet était évidemment scrofuleux, et souffrait du cœur. Il mourut d'hémorrhagies capillaires se faisant par la plaie et se renouvelant après chaque pansement, quelque moyen qu'on employât.

Les nerfs doivent jouir de leur sensibilité; ils ne doivent être ni lésés ni atteints de commotion ou de stupéfaction, sans quoi la gangrène des lambeaux survient de suite et sans inflammation préalable, ou bien il en résulte une plaie inerte qui est bientôt envahie par la gangrène inflammatoire ou consécutive. Celle-ci à son tour tantôt se propage, tantôt se limite spontanément, comme M. Testa l'a constaté plusieurs fois à l'hôpital des Pèlerins, qui admet tous les cas traumatiques de la ville.

Enfin, l'état des parties dures doit surtout fixer l'attention. Il arrive souvent que des parties molles saines cachent des os qui sont malades, ce qui expose à diviser ceux-ci dans des points où ils sont altérés soit par continuité, soit par contiguïté. La nature de la maladie donne sous ce rapport des indications précieuses : ainsi dans les lésions organiques anciennes les os sont malades en général à une assez grande distance; il faut donc s'éloigner considérablement du siége du mal. Cela est vrai, surtout pour l'ostéosarcome.

Dans les affections cancéreuses des parties molles et des parties dures, l'amputation faite à une grande distance est d'autant plus nécessaire que la nutrition est pervertie au loin dans des parties qui paraissent saines, et même le sont anatomiquement, mais dont les propriétés organiques sont déjà modifiées de manière à rendre la récidive très-menaçante.

De ces faits, on peut conclure que bon nombre d'amputations ont des suites fâcheuses parce qu'on n'a pas assez tenu compte soit de l'état général, soit de l'état local, c'est-à-dire des irradiations du mal et des altérations des parties sur lesquelles on fait porter la section.

M. Testa a également observé des revers dus à ce qu'on avait fait des amputations trop tardivement dans l'espoir de conserver les membres; il a vu, au contraire, feu Olivieri Pelligrini et d'autres guérir des amputations du bras, de la cuisse, de la jambe à toutes les hauteurs, des résections de tête de l'humérus et d'autres os, et jusqu'à une désarticulation du genou, à l'hôpital des Incurables, même alors qu'il s'agissait de cas traumatiques.

Avant d'appliquer les considérations précédentes à l'importante question des amputations de la jambe, il est nécessaire de rappeler la forme de ce membre dans deux cas :

1º Il se compose de trois cônes superposés, le supérieur et le moyen s'unissent par leur sommet, tandis que ce dernier et l'inférieur se réunissent par leur base dans le mollet. Cette configuration conduit à tenir le moignon étendu dans la jambe artificielle et à prendre le point d'appui sur les condyles du tibia, ce qui empêche les distensions et les tiraillements de la cicatrice.

2º Les choses se passent différemment lorsque par défaut d'action la jambe s'est atrophiée; elle ne représente plus qu'un seul cône renversé, comme cela arrive presque toujours lorsque l'on en vient à l'amputation. Si alors on prend un point d'appui sur les condyles du tibia, la cicatrice est tiraillée; il survient des douleurs, des excoriations et quelquefois l'impossibilité absolue de marcher.

M. Testa a observé un cas qui confirme entièrement ce que disait M. Larrey de l'Arabe amputé dont il rapportait l'observation.

Le sujet, qui se trouve maintenant à l'hôpital civil de Tarente, avait subi l'amputation des deux jambes pour une gangrène. Il ne put se servir des appareils usités pour l'amputation sus-malléolaire; il en vint à prendre son point d'appui sur les genoux, comme dans l'ancienne amputation, et enfin ne put jamais marcher sans béquilles.

A la vérité, ce résultat fâcheux ne doit pas seulement être attribué à l'état défectueux de la cicatrice, mais aussi à un défaut d'équilibre résultant des oscillations continuelles du centre de gravité.

En regard des principes qui viennent d'être énoncés, et qui sont tirés de l'état anatomique et physiologique du membre, il faut mettre un autre principe non moins puissant, et qui a été à juste titre rappelé par plusieurs membres dans cette discussion, savoir : que la mortalité est d'autant moindre que l'on s'éloigne davantage du tronc. Lorsque ces deux considérations sont sérieusement rapprochées et pesées, on s'aperçoit qu'il est tout à fait inutile de discuter s'il convient de couper la jambe au tiers inférieur ou au tiers supérieur; il suffit que l'amputation soit faite à la fois le plus loin possible du tronc et dans l'endroit où l'intégrité des parties détournera les chances de mort énoncées plus haut.

D'où cette conclusion : qu'il n'y a pas de lieu d'élection pour l'amputation de la jambe; qu'il faut avant tout sauver les jours du malade, et ne s'occuper qu'en second lieu de la commodité ultérieure de tel ou tel moignon.

Quant à l'appareil que M. Testa emploie à la suite de l'amputation sus-malléolaire, il diffère à peine de ceux que fabrique M. Charrière, si ce n'est que le long moignon, au lieu d'être flottant et mobile dans la portion jambière de l'appareil, est doucement maintenu dans l'immobilité.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

Gastrotomie pratiquée à l'aide du caustique, extraction d'un fœtus de dix mois. Guérison.

Par M. le docteur Martin (du Pont-de-Beauvoisin).

F. D..., âgée de trente-six ans, douée d'une bonne constitution et d'une santé parfaite, s'est mariée à dix-neuf ans; elle mît au monde une fille à la fin de la première année. Il s'est écoulé une période de quinze ans entre cette première couche et la dernière grossesse. Celle-ci aurait commencé vers la fin d'octobre 1855.

Le 31 décembre, la malade fut prise tout à coup de violentes coliques, de douleurs semblables à celles de l'accouchement, et d'une fièvre intense qui occasionnait le délire. M. le docteur Blachet fut appelé, et il eut à combattre une péritonite aiguë avec douleur vive, ballonnement du ventre, et tous les symptômes qui accompagnent cette inflammation.

Lorsque la malade fut remise, son ventre, qui jusque-là n'avait rien offert de particulier, avait tout à coup changé de forme, et présentait au côté gauche une tumeur très-appréciable au toucher; cette circonstance fit de suite soupçonner à M. Blachet une grossesse extra-utérine; plusieurs médecins consultés à ce sujet émirent des avis différents.

A dater de cette époque, elle eut ses règles chaque mois comme à l'ordinaire; mais les malaises qu'elle ressentait étaient bien différents de ceux qu'elle avait éprouvés dans sa première grossesse; ainsi les mouvements de l'enfant étaient très-obscurs, très-limités, et ses douleurs toutes fixées dans la région lombaire et à l'épigastre.

C'est au commencement du mois d'août, c'est-à-dire au terme ordinaire de la gestation, que Mme Gossard ressentit les premières douleurs qui l'avertissaient d'une prochaine délivrance; mais ces efforts étaient vagues, irréguliers, obscurs; ce n'étaient pas des contractions de la matrice, ils furent sans résultat.

Dans la journée du 8 août, nouvelles douleurs plus intenses, avec ballonnement du ventre, fièvre, anxiété : on fait appeler M. Blachet, qui passe la nuit auprès de la malade. Ce dernier, après avoir examiné la matrice, fut pleinement confirmé dans son diagnostic et acquit la certitude de l'existence d'une grossesse extra-utérine. Dans l'im-

possibilité de prendre une détermination, il demanda la présence de deux confrères, qui furent M. Maraton, médecin à Voiron, et M. Martin, médecin à Pont-de-Beauvoisin. Après un court examen, ces messieurs furent tous les trois convaincus de l'existence d'un fœtus extra-utérin qui devait être volumineux. Le diagnostic fut établi d'après les signes suivants :

Etat de la matrice dont le col, ramolli et dilaté, admettait l'introduction de trois doigts dans sa cavité, et laissait écouler un liquide épais, sanguinolent, mélangé de quelques mucosités purulentes. Cette matrice était vide, aplatie et déjetée dans la fosse iliaque droite par la pression qu'exerçait sur elle le kyste renfermant le fœtus. Sur la forme du ventre, qui à la simple inspection offrait deux tumeurs différentes formées, l'une par le corps de la matrice et située dans la fosse iliaque droite, et l'autre très-volumineuse, très-dure, un peu mobile, située obliquement de haut en bas et de gauche à droite. La grosse extrémité formée par la tête, dont on distinguait les sutures et les fontanelles par le toucher à travers la paroi abdominale distendue, arrivait sous les cartilages costaux gauches, et la petite extrémité reposait contre la matrice dans la fosse iliaque droite.

L'enfant était-il vivant? Question importante à résoudre, car de là dépendait la nature des moyens à employer pour délivrer la mère. Celle-ci l'avait senti bouger la veille; mais il nous fut impossible de constater l'existence du double battement, ni aucun mouvement partiel.

L'expectation n'était plus possible, car la nature faisait des efforts violents pour expulser ce corps devenu étranger, et la rupture du kyste, qui n'aurait pas tardé à s'accomplir, aurait inévitablement entraîné la mort de la mère et de l'enfant.

L'incision par le rectum ou le vagin était impraticable; car, outre que le kyste était trop volumineux, il était placé transversalement et nullement engagé dans le bassin.

La gastrotomie était le seul procédé opératoire qui paraissait remplir les indications; mais cette opération, pratiquée avec l'instrument tranchant, presque toujours mortelle pour la mère, ne laissait que très-peu d'espoir de sauver l'enfant, dont la vie était incertaine.

M. Martin proposa alors à ses confrères d'ouvrir le ventre et le kyste à l'aide d'applications réitérées de potasse caustique et de pâte de Canquoin, dans le but de faire naître des adhérences intimes entre ce kyste et la paroi abdominale, afin d'éviter tout épanchement dans la cavité péritonéale, circonstance qui a toujours fait échouer ces sortes d'opération.

Le 11 août, des lavements laudanisés, des bains, des fomentations narcotiques avaient procuré du soulagement; la malade avait reposé, les douleurs ne se faisaient sentir qu'à de plus longs intervalles; le ventre était plus souple, la tête avait légèrement changé de rapport avec la paroi abdominale. Nos investigations pour constater la vie fœtale furent sans résultat.

On plaça une trainée de potasse caustique sur la tumeur, de manière à obtenir une eschare de 50 centimètres de longueur, parallèle à la ligne blanche, située à trois travers de doigt à gauche de l'ombilic, qui partageait cette ligne par le milieu. Le soin et la surveillance de ces applications successives de caustique furent confiés à M. Blachet, qui s'en acquitta avec le plus heureux succès.

On eut recours deux fois à la potasse caustique et trois fois à la pâte de Canquoin. Après chaque cautérisation on enlevait exactement avec le bistouri les parties mortifiées, et l'on introduisait ensuite au fond de cette plaie la nouvelle application. C'est la cinquième cautérisation qui a désorganisé le kyste et qui a permis de l'ouvrir ainsi que les membranes sans obtenir une goutte de sang.

Le 26 août, c'est-à-dire quinze jours après la première application de caustique, les trois médecins étaient réunis de nouveau pour procéder à l'extraction du fœtus. Il s'était déjà écoulé beaucoup de liquide amniotique coloré en noir par du méconium. En refoulant la tête, qui faisait hernie à travers l'ouverture artificielle de l'abdomen, on reconnut que le fœtus était libre et flottant dans sa cavité anormale comme dans une matrice. De plus on constata que le kyste, épais d'une ligne et demie, était intimement uni par des adhérences solides avec la face interne de la paroi abdominale, de sorte que nous étions à l'abri de tout épanchement dans le péritoine.

M. Maraton disséqua les bords de l'ouverture afin de l'agrandir autant que possible en enlevant les débris des eschares, sans dépasser la limite de la cautérisation. Comme l'enfant était mort et que sa tête paraissait très-volumineuse, nous incisâmes de suite le cuir chevelu et nous pûmes extraire le frontal et les pariétaux qui se trouvaient désarticulés. Après cela nous pratiquâmes la version pelvienne avec la plus grande facilité. Pendant qu'un de nous tirait sur le bassin du fœtus pour dégager la tête, un autre soutenait, en les embrassant avec les deux mains, les parois du ventre, pour éviter à la femme les douleurs que lui occasionnaient les tractions. Nous obtîmes ainsi un garçon bien viable, mais ayant les pieds et les mains mal conformés. Les membres inférieurs se terminaient par deux pieds-bots (*valgi*) tournés en dedans; les mains étaient fortement comprimées, amincies et tournées en dehors. La section du cordon, qui était flétri, n'occasionna pas d'écoulement de sang.

Immédiatement après l'extraction du fœtus il ne s'écoula que fort peu de sang, mais une demi-heure plus tard une forte hémorrhagie se déclarait. Les tractions sur le cordon étaient impuissantes à détacher le placenta, très-adhérent au fond du kyste, nous portâmes plusieurs fois la main dans sa cavité pour l'arracher par fragments, et alors la perte cessa. La malade eut une syncope prolongée, des vertiges, un froid glacial, mais on la rétablit promptement à force d'éther, de frictions et d'élixir de la Chartreuse.

Le pansement consista en un tamponnement sur la plaie à l'aide de compresses imbibées d'eau vinaigrée, et maintenues par une serviette comprimant modérément le ventre. Nous ne la quittâmes qu'après qu'elle eut repris toute sa connaissance, en la laissant sous la direction de son médecin, M. Blachet.

Les suites de cet accouchement ont été analogues à celles d'une couche ordinaire; mais il n'y a aucune comparaison à établir quant à la quantité de suppuration et de débris membraneux qui ont été expulsés. On laissa trois jours sans y toucher l'appareil compressif, après quoi on vida le kyste rempli de caillots de sang. La malade n'eut pas de fièvre de lait, mais ses seins avaient été très-gonflés antérieurement à l'époque du terme ordinaire de la grossesse. Pendant quatre jours elle fut très-fatiguée; mais grâce aux soins qui lui furent prodigués, il ne se développa aucun accident inflammatoire du côté du ventre. Le huitième jour elle allait déjà bien et les fonctions s'étaient rétablies. Chaque jour on a pratiqué des injections d'abord émollientes et narcotiques, puis rendues astringentes et anti-septiques par la décoction de quina. On a entretenu la liberté du ventre à l'aide de cataplasmes, de lavements et de boissons adoucissantes additionnés d'un peu de magnésie le matin. Les forces ont été rétablies peu à peu avec du vin de Bordeaux dans du bouillon de poulet et d'oignon. Enfin, après trois semaines cette femme s'est levée et s'est promenée dans son jardin.

Le 25 septembre, nous avons visité la malade; elle est fraîche, elle dort et digère parfaitement et se lève chaque jour. La plaie n'offre plus qu'un pouce de longueur et un demi-pied de profondeur; la suppuration est louable, le kyste revient sur lui-même chaque jour. On pratique des injections stimulantes faites avec la décoction de quina additionnées de deux cuillerées à café d'élixir de la Chartreuse, et on maintiendra une mèche jusqu'à l'oblitération complète du kyste.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 novembre 1856. — Présidence de M. Is. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Guérison par absorption des abcès symptomatiques du mal vertébral. — M. Bouvier lit un mémoire sur la guérison par absorption des abcès symptomatiques du mal vertébral, dont voici un extrait :

Le moyen le plus usité aujourd'hui contre ces abcès appelés *par congestion* est la ponction oblique ou sous-cutanée d'Abernethy, suivie ou non d'injections iodées; mais une autre méthode à laquelle on n'a pas accordé assez d'attention consiste à faire résorber l'abcès. Cette résorption a été observée par David, Abernethy, Larrey, Dupuytren, Hourmann, MM. Clairat et Morpurgo, Forget, Vilmot, F. Martin, Aran, etc. Elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit dans les abcès par congestion de la fosse iliaque, parce que ces abcès échappent souvent au médecin. L'absorption du pus peut être spontanée soit que la maladie du rachis approche de la guérison, soit que par une cause quelconque il se produise dans l'organisation une révolution favorable à l'action des forces absorbantes. L'âge, la constitution des sujets, le siége, l'étendue de l'abcès, la nature du liquide contenu, la structure de la membrane du kyste influent sur le plus ou moins de facilité de cette absorption. Il convient donc, suivant diverses conditions de la maladie, de la traiter par la méthode d'*absorption* ou de recourir à d'autres moyens.

Il suffit quelquefois de guérir l'affection vertébrale pour produire la résorption de l'abcès. D'autres fois, il faut provoquer directement l'absorption du pus par des moyens locaux ou généraux, tels que la compression, la stimulation des parois de l'abcès, les excitants généraux, les purgatifs, les diurétiques, les sudorifiques, l'iode, etc.

Quatre cas d'abcès iliaque et un cas d'abcès volumineux de la cuisse, dont la guérison a été obtenue par cette méthode, sont rapportés dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie et que je termine par les conclusions suivantes :

1° La disparition des abcès symptomatiques du mal vertébral par l'absorption du pus est un mode de guérison préférable à tout autre;

2° Ce mode de guérison est beaucoup plus fréquent qu'on ne le croît communément;

3° En général, l'art ne doit rien négliger pour obtenir cette résorption avant d'en venir à l'évacuation du pus;

4° La méthode curative *par absorption*, trop négligée jusqu'ici, doit donc figurer au premier rang dans le traitement de cette affection;

5° L'étude des conditions qui favorisent la résorption spontanée conduit à des médications souvent assez efficaces pour opérer le même résultat par l'intervention de l'art;

6° Il est des circonstances qui contre-indiquent l'emploi exclusif de cette méthode et qui commandent l'évacuation immédiate du pus;

7° Même dans ce cas, le traitement par absorption est souvent utile combiné avec l'évacuation d'une partie du pus produit, suivant une pratique déjà conseillée par Abernethy. (Commissaires : MM. Rayer, Velpeau, J. Cloquet.)

Lithotripsie d'un calcul volumineux et très-dur. — M. Guillon présente à l'Académie M. P..., curé à M... (Indre), qu'il a débarrassé d'un calcul vésical très-dur, du volume d'un très-gros œuf de poule. C'est cet ecclésiastique qui a motivé la demande insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 2 octobre dernier.

M. P... a dû subir cinq lithotripsies de quelques minutes chaque, pratiquées à quelques jours d'intervalle, parce que, très-méticuleux et d'une forte corpulence, il a exigé qu'on le chloroformisât.

Comme le chloroforme, bien qu'il fût employé par une personne exercée, produisait très-promptement un état congestionnaire du cerveau, état qui pouvait avoir des suites funestes, on devait cesser immédiatement. Si M. P... avait consenti à ce que la lithotripsie fût pratiquée sans chloroformisation, deux séances auraient suffi.

Ce calcul avait 58 millimètres de diamètre, et son poids peut être évalué à environ 150 grammes, d'après la quantité de détritus lithiques rendus à la suite de chaque opération.

Ces lithotripsies, pratiquées dans la maison de santé des frères Saint-Jean-de-Dieu, ont eu pour témoins M. le supérieur et plusieurs frères de l'établissement, M. le professeur Jobert, désigné par l'Académie des sciences (M. Cloquet était absent de Paris à cette époque); M. Londe, de l'Académie de médecine, M. le docteur Drouineau (de la Rochelle), M. l'abbé Moigao, MM. Londe et Guillon fils, étudiants en médecine.

La lettre que M. Guillon a adressée à l'Académie pour lui présenter M. le curé de M..., et qui a été lue par M. le secrétaire perpétuel, se termine ainsi :

« Ce fait pratique, qui sera réuni à plusieurs autres dans un mémoire » que j'aurai l'honneur de vous adresser prochainement, Monsieur le » président, est une preuve nouvelle qu'avec mes brise-pierre à levier » à évacuateur, on peut détruire promptement les calculs vésicaux, » quels que soient leur volume et leur dureté. »

Monstres célosomiens. — M. Colin adresse la description de deux animaux, deux veaux mâles nés à terme, qu'il a disséqués dans le cours de cette année, et dont les squelettes ont été déposés au musée de l'Ecole vétérinaire d'Alfort. (Commissaires : MM. Serres, Is. Geoffroy Saint-Hilaire et de Quatrefages.)

— M. Plonquet adresse pour le concours de médecine et de chirurgie un opuscule qu'il vient de publier sous ce titre : *Essai sur la topographie médicale du canton d'Aï* (Marne).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les deux professeurs de pathologie externe à la Faculté de Paris, MM. Denonvilliers et J. Cloquet, dont le premier professera pendant le semestre d'hiver et le second pendant le semestre d'été, se sont entendus pour qu'un cours complet de pathologie ait été fait dans l'espace de quatre semestres.

— M. le baron Barbier, ancien chirurgien en chef de l'hôpital du Val-de-Grâce, a légué par testament diverses sommes qui, aux termes d'un décret du 18 octobre dernier, et par suite d'une transaction avec les héritiers, recevront les destinations suivantes :

A l'Académie de médecine, une somme annuelle de 3,000 fr., pour la fondation d'un prix annuel à décerner à celui qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues jusqu'à présent le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc.;

A la Faculté de médecine de Paris, une somme annuelle de 3,000 fr., pour la fondation d'un prix annuel à décerner à la personne qui inventera une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale, et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment;

A l'Académie des sciences, une somme annuelle de 3,000 fr., pour la fondation d'un prix annuel à décerner à celui qui fera une découverte précieuse pour la science chirurgicale, médicale et pharmaceutique, et dans la botanique ayant rapport à l'art de guérir;

(S'il arrivait que l'Académie de médecine, la Faculté de médecine et l'Académie des sciences ne pussent décerner un des prix fondés, les sommes demeurées sans emploi s'ajouteront à la valeur des prix à décerner l'année suivante.)

Aux pauvres honteux du 12ᵉ arrondissement, une somme de 2,000 fr.; à ceux du 10ᵉ arrondissement, une somme de 1,000 fr. une fois payée;

A l'hôpital de la Charité, une rente de 800 fr., pour servir à fonder une place de chirurgien interne en plus du personnel ordinaire du service de santé de cet établissement.

— La Société royale de Londres vient de décerner sa grande médaille à M. Milne Edwards, doyen de la Faculté des sciences de Paris, pour ses travaux relatifs à l'*anatomie comparée* et à la *zoologie*. Les autres savants français qui ont déjà reçu la même récompense sont MM. Biot, Dumas, Becquerel, Leverrier et Regnault en France; de Humboldt, Müller, Encke, Mitscherlich et Liebig en Allemagne; Hansen et Struve en Russie, et Plana à Turin. On voit, par cette liste, que ses choix portent tour à tour sur les principaux représentants des diverses branches de la science.

— Au dernier *meeting* de la Société médicale et chirurgicale de l'armée britannique, il a été unanimement décidé qu'une souscription serait ouverte parmi les officiers de santé de l'armée « pour perpétuer par quelque souvenir durable (*some lasting memorial*) la mémoire de leurs confrères, militaires ou civils, morts pendant la dernière guerre.»

— Plusieurs médecins de Genève se sont réunis pour exprimer à M. le docteur Coindet les regrets que leur fait éprouver la destitution dont il vient d'être frappé, et pour protester contre les causes de cette destitution. M. Coindet, commis en justice pour examiner l'état mental d'une jeune fille mineure, dans des circonstances auxquelles se rattachaient des intérêts de famille, avait conclu à l'existence de l'aliénation et à la nécessité d'un transport dans un asile. Deux autres confrères émirent un avis opposé. C'est à la suite de ces faits, et sous l'accusation de *détention arbitraire de fille mineure*, que M. Coindet, sur son refus de se démettre volontairement de ses fonctions de médecin en chef de l'asile des aliénés, a été destitué par le conseil d'Etat.

— Dimanche dernier a eu lieu le banquet anniversaire de la naissance de l'abbé de l'Epée, dans lequel se réunissent annuellement depuis 1849 la plupart des membres de l'Association de prévoyance et de secours mutuels pour les sourds-muets, fondée par le Dʳ Blanchet.

L'assistance était fort nombreuse, et nous avons compté plus de cent vingt personnes, sourds-muets et parlants, parmi lesquelles nous avons remarqué MM. le baron Moure, président, le général Daigremont, le curé de Saint-Roch et l'aumônier de l'institution impériale des Sourds-Muets, MM. Hippolyte Lucas, Moutet, les docteurs Blanchard, Roubaud, Foucart, représentants de la presse politique et médicale, etc.

La plus franche cordialité n'a pas cessé d'animer le banquet, qui s'est terminé par une chaleureuse allocution mimée par M. Imbert, sourd-muet, et lue ensuite aux assistants par M. Roubaud.

C'est avec le plus vif sentiment de bonheur que nous avons pu constater l'accroissement que prend chaque année la bienfaisante association, qui rend tant de services aux membres infortunés de cette classe intéressante, et tend de plus en plus à briser les barrières qui, jusqu'à ces derniers temps, les séparaient du reste de la société.

— M. le docteur Auguste Dumoulin, ancien interne lauréat des hôpitaux, commencera son cours sur les maladies des enfants le jeudi 27 novembre à 2 heures, amphithéâtre nº 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

LE SOUSS.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 139. — JEUDI 27 NOVEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 139. — JEUDI 27 NOVEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 NOVEMBRE 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

Magister dixit. M. Velpeau, comme Louis XIV, a failli attendre. Son tour de parole lui a été un instant disputé ; mais l'Académie, désireuse de l'entendre, a renvoyé à un autre jour les affaires pressantes, et le maître a parlé. Nous n'entendons pas par là qu'après M. Velpeau il n'y ait plus rien à dire sur la question, qu'il l'ait entièrement épuisée sur tous les points, et que ses conclusions soient le dernier mot et la solution du débat. Il appartient rarement à un seul homme, quelles que soient son expérience et l'étendue de ses connaissances, de voir une question sous toutes ses faces et de réunir en lui tous les éléments nécessaires pour en éclairer également tous les points et résoudre toutes les difficultés qu'elle soulève. Ce n'est qu'en réunissant en un faisceau commun les rayons épars que chacun a pu projeter sur les points obscurs du débat, qu'on peut parvenir à mettre la question dans tout son jour. Mais ce travail lui-même exige des conditions qu'il n'est pas donné à tout le monde de réunir. Ce sont ces conditions, c'est cette aptitude à saisir au milieu des faits et des arguments produits dans la discussion les liens et les rapports légitimes qui les unissent, à démêler dans la confusion des assertions contradictoires, le vrai du faux, le certain du probable ou du possible seulement que M. Velpeau possède à un haut degré, et dont il a donné aujourd'hui une nouvelle preuve. Plus qu'à tout autre, la large part qu'il a prise à la constitution de la méthode générale des injections iodées. lui donnait le droit de dire ce qu'on peut et ce qu'on doit attendre de cette méthode et de celles qu'on lui oppose. Mais il n'a pas cru devoir se borner à faire connaître à cet égard les résultats de son expérience ; et le résumé qu'il a présenté de l'ensemble de la discussion l'aura certainement réduite à ses termes les plus simples et les plus clairs.

C'est ainsi qu'en soumettant à l'analyse quelques-uns des faits empruntés aux statistiques étrangères qui présentaient sous des traits si rembrunis les résultats de la ponction simple, et en les rapprochant des résultats de son expérience personnelle et de celle de la plupart de ses collègues, M. Velpeau a considérablement atténué la portée qu'on aurait pu attribuer à ces chiffres, dus, suivant toute apparence, à quelque cause d'erreur inconnue. N'est-ce pas aussi à une cause du même genre, ou à quelque artifice d'arithmétique qu'il faut attribuer les résultats si merveilleux de l'ovariotomie annoncés par les chirurgiens américains ?

Après avoir en partie dissipé ce mirage trompeur d'une statistique plus que suspecte, l'orateur a pris les seules bases qui puissent permettre d'apprécier l'influence d'un traitement quelconque, la durée moyenne et la marche habituelle de la maladie livrée à elle-même. Avec ces données, qui ne sont, il est vrai, qu'approximatives, il lui est devenu plus facile d'apprécier les diverses méthodes proposées. Enfin, dans le jugement de ces méthodes, et en particulier de l'injection iodée, il a posé la question pratique sur son vrai terrain, l'examen des conditions qui peuvent et doivent en assurer le succès. Au point où M. Velpeau a laissé la question, il reste, à ce qu'il nous paraît, peu de chose à faire maintenant pour que l'opinion soit fixée. — Dr Brochin.

La méthode de galvano-caustique de M. Albrecht Middeldorpf (de Breslau) semble appelée à rendre de grands services toutes les fois que le chirurgien est forcé d'avoir recours au fer rouge. Grâce à l'ingénieuse méthode du savant allemand, on verra probablement disparaître tout l'attirail horrible du cautère actuel. Nos lecteurs pourront lire dans le rapport de M. Broca, que nous publions plus loin, la description de l'appareil de M. Middeldorpf, et les applications qu'il en a déjà faites aux hémorrhoïdes, au cancer du col de l'utérus, etc.

Cette méthode met non-seulement à l'abri des hémorrhagies primitives, mais elle paraît même pouvoir conjurer le danger des hémorrhagies consécutives.

M. Middeldorpf pense aussi trouver dans le galvano-cautère ou cautère tranchant un agent qui remplacerait avantageusement le bistouri, car il n'a jamais vu son emploi suivi d'érysipèle ni d'infection purulente. L'expérience décidera de la valeur de cette méthode.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

De l'emploi du phosphate de chaux en médecine.

A l'une de nos malades de la salle Sainte-Anne, atteinte de déviation de la colonne vertébrale, vous m'avez vu prescrire, il y a un instant, du phosphate de chaux. C'est là un acte dont je vous dois d'autant mieux l'explication, qu'un travail très-récent, émanant du service chirurgical de l'honorable M. Gosselin, a été présenté à l'Institut par M. Alphonse Milne-Edwards, sur l'utilité de ce sel dans la consolidation des fractures. Mes travaux sur les moyens applicables aux déviations du rachis ne sont pas d'hier, car les résultats heureux que j'ai obtenus dans la curation de l'ostéomalacie, grâce au phosphate de chaux, ont été consignés par moi dans un mémoire lu à l'Académie des sciences en avril 1853 ; vous voyez donc que c'est avec quelque autorité que je peux traiter cette question.

Voici comment j'ai été conduit à faire usage de ce sel calcaire : j'ai d'abord pensé qu'il était aussi utile d'administrer du phosphate de chaux à des gens dont les os en renferment trop peu, que de faire prendre du fer à des individus dont le sang en contient de trop petites proportions, ou que de prescrire des substances fibrineuses à des hommes atteints d'hydrémie.

Je me suis ensuite rappelé que les œufs deviennent membraneux lorsque les femelles d'oiseaux n'ingèrent pas de sels calcaires, et qu'ils reprennent leur solidité presque aussitôt que l'on a fait entrer de tels corps dans le régime de ces animaux.

J'ai eu encore présents à l'esprit les cas dans lesquels les os des femmes enceintes perdent leur solidité, alors que le fœtus s'empare d'une grande quantité de phospate calcaire nécessaire à l'ostéogénie.

D'un autre côté, j'ai pensé que le moyen le plus convenable pour que le phosphate de chaux éprouvât dans le tube alimentaire une sorte de digestion qui le rendît apte à être absorbé, c'était de l'y ingérer tel que la nature l'avait combiné dans les tissus des animaux.

Cette idée m'a conduit à faire limer des os et à prescrire cette râpure aux rachitiques, dans les proportions au moins de 30 grammes par jour. J'ai choisi les os frais, parce que ces substances, alors qu'elles sont conservées, doivent nécessairement avoir été altérées et plus ou moins putréfiées. Il faut que la limaille d'os soit pulvérisée le plus finement possible, et cela pour qu'elle ne forme pas des esquilles susceptibles de blesser la muqueuse gastrique, et pour qu'elle soit plus facilement altérée par les liquides vivants contenus dans l'estomac.

On a objecté à ce qui précède que le phosphate de chaux n'étant pas soluble ne pouvait être absorbé. La réponse à ceci est facile :

1° Les oiseaux pondent des œufs qui contiennent les sels calcaires ingérés dans le tube digestif ;

2° Les chiens digèrent les os ;

3° La femme elle-même fournit au fœtus une énorme quantité de ce sel, et il faut qu'elle l'ait pris dans les aliments dont elle se nourrit ; donc le phosphate de chaux a été par elle digéré et absorbé ;

4° Le lait dont les très-jeunes enfants se nourrissent contient ce sel en de très-grandes proportions, et c'est avec ses éléments que la nutrition des os s'accomplit ;

5° L'action des liquides gastriques (salive, produits de l'exhalation de l'estomac, etc.) est très-énergique ; il s'opère dans le tube digestif des phénomènes de chimie vivante, et des influences électro-moléculaires qui ne sont pas toujours suffisamment appréciées, et qui très-probablement sont telles que le phosphate calcaire peut y être dès lors combiné avec les liquides nutritifs et ensuite absorbé ;

6° L'estomac contient de l'acide chlorhydrique qui, étendu d'eau, enlève aux os leurs parties salines, et les réduit, après une macération prolongée, à leur trame fibro-gélatineuse.

Toutes ces raisons, et quelques autres encore, m'ont conduit à administrer aux rachitiques de la limaille d'os, et à lui donner pour véhicule du lait et surtout du riz au lait. En effet, lorsque le phosphate de chaux est mélangé avec cet aliment, il est entièrement inappréciable au goût.

Des succès nombreux m'ont paru avoir été la conséquence de l'administration du phosphate de chaux ; il est sans doute impossible d'affirmer que ce sel ingéré ait été la cause unique de ces résultats ; car j'employais simultanément, comme il est facile de le prévoir, des moyens de réparation des os, attendu la déperdition qu'ils éprouvent dans leur trame nutritive, et je les faisais consister dans un régime éminemment tonique et composé de fibrine, d'osmazôme, de jaunes d'œufs, de lait, en un mot, de tous les aliments qui paraissent le plus propres à agir avantageusement sur la nutrition ; mais il est bien certain que chez des individus dont la colonne vertébrale s'infléchissait de plus en plus, depuis plusieurs années, et qui ont été soumis pendant quelques mois à l'influence d'un régime excellent, d'une exposition irréprochable à la lumière, d'une température chaude et sèche, en un mot, de tous les moyens qui paraissent être les plus propres à ramener l'organisme à de bonnes conditions, et qui surtout ont fait usage de phosphate de chaux, la rachisomalaxie s'est arrêtée d'une manière rapide.

Les cas nombreux dans lesquels un traitement analogue a guéri la rachisophymie (maladie de Pott), militent encore en faveur de cette méthode dirigée contre le rachitisme des enfants et l'ostéomalacie des adultes.

Si de nouveaux faits viennent à l'appui des considérations dans lesquelles je viens d'entrer, on pourra être conduit à administrer du phosphate de chaux aux femmes dont les os, vers l'époque voisine de la parturition, se ramollissent ; seulement, il ne faudrait pas en abuser, car peut-être y aurait-il quelque inconvénient à donner alors, au moyen d'un sel calcaire, trop de solidité aux articulations pelviennes. L'usage du fer et du phosphate de chaux serait en apparence indiqué à ce moment où la femme devient pâle, hypémique, et où les os perdent de leur solidité.

D'après la série d'idées qui précède, il y aurait beaucoup de danger à faire prendre aux vieillards de grandes proportions de sels de chaux, comme il y aurait de l'avantage à en administrer aux enfants dont la nutrition est languissante, et dont les os présentent cet état des articulations qui a fait désigner sous le nom d'*enfants noués*. Enfin, les tubercules devenant souvent inoffensifs alors qu'ils s'encroûtent de chaux, on pourrait, chez certains pneumophymiques, donner le phosphate calcaire à de hautes doses.

Quant à notre malade de la salle Sainte-Anne, que vous m'avez vu examiner avec tant de soin, et au sujet de laquelle je suis entré dans ces détails sur le phosphate de chaux, je ne désespère pas de l'améliorer beaucoup, bien qu'elle soit dans des conditions générales de santé extrêmement défavorables. J'aurai sans doute l'occasion, dans le cours de ces leçons cliniques, d'examiner avec vous des femmes plus robustes et offrant de plus grandes ressources aux thérapeutistes ; mais je n'ai pas voulu manquer d'appeler dès aujourd'hui votre attention sur l'emploi du phosphate de chaux en médecine ; car il y va de votre instruction et du salut des malades, et je n'ai pas l'habitude de remettre au lendemain l'accomplissement sacré de ce double devoir. L. du S.

SUR LA MÉTHODE DE GALVANO-CAUSTIQUE

de M. Albrecht Middeldorpf (de Breslau).

(Extrait du rapport lu à la Société de chirurgie le 5 novembre 1856, par M. P. BROCA.)

Personne n'ignore que les courants galvaniques ont la propriété d'échauffer les conducteurs qu'ils traversent, et que le dégagement de calorique peut être porté assez loin pour rougir à blanc et même pour fondre un fil de platine. Il est donc naturel que beaucoup de chirurgiens aient songé à pratiquer des cautérisations au moyen de la chaleur galvanique ; mais la plupart des expérimentateurs, peu satisfaits des résultats, ou découragés par les difficultés d'exécution, avaient fini par renoncer à la cautérisation électrique, lorsque M. Middeldorpf entreprit ses importantes recherches. Grâce aux efforts persévérants de ce savant, aussi ingénieux qu'habile, la galvano-caustique est aujourd'hui une méthode régulière, féconde en applications, et digne de prendre place parmi les plus précieuses innovations de la chirurgie contemporaine.

Le cautère galvanique peut, dans tous les cas, remplacer, et pres-

que toujours avec avantage, le cautère actuel; il permet en outre de pratiquer sans effusion de sang plusieurs opérations dans des régions à peu près inaccessibles jusqu'ici au fer rouge et aux caustiques.

Qu'un conducteur ou rhéophore parfaitement homogène, un fil métallique par exemple, soit mis en communication avec les deux pôles d'une pile, les deux électricités contraires se précipitent l'une vers l'autre sous forme de courant continu, et le fil s'échauffe aussitôt d'une manière uniforme dans toute son étendue. En quelques secondes, il acquiert une certaine température qui ne varie plus pendant toute la durée du courant.

La quantité du calorique dégagée est extrêmement variable. Quelquefois, l'élévation de température est à peu près inappréciable; d'autres fois, elle peut aller jusqu'à faire fondre le platine. Tout dépend de la nature de la pile et de celle du rhéophore.

Plus la source de l'électricité est abondante, plus les effets calorifiques sont prononcés; or, l'intensité d'une pile est en rapport avec l'étendue en surface des éléments de chaque couple. Il faut donc prendre des piles à grandes surfaces pour pratiquer la cautérisation galvanique. M. Middeldorpf a donné la préférence à la pile de Grove, dont les éléments sont disposés comme dans les couples de Bunsen, avec cette différence, toutefois, que le cylindre de charbon est remplacé par plusieurs minces lames de platine entre-croisées en étoile, de manière à fournir une très-grande surface dans un espace assez restreint.

Pour que la température s'élève d'une manière notable, il faut que le courant rencontre un obstacle et qu'il le surmonte. Ainsi, avec la même pile, un gros fil s'échauffe beaucoup moins qu'un fil plus petit composé du même métal. C'est parce que la résistance que le rhéophore oppose au passage de l'électricité est d'autant plus grand que le fil est moins gros. On a même démontré que le dégagement de la chaleur augmente en raison inverse de la quatrième puissance du diamètre du fil. Par exemple, un fil de 1 millimètre de diamètre s'échauffe seize fois plus qu'un fil de 2 millimètres (lois de Riess).

Pour le même motif, les métaux mauvais conducteurs, comme le platine, s'échauffent plus aisément que les bons conducteurs, comme le cuivre ou le fer.

Enfin, lorsque le rhéophore n'est pas homogène, la chaleur se produit presque exclusivement dans les points où l'électricité rencontre le plus d'obstacles.

Tous les cautères de M. Middeldorpf sont formés d'une pièce de platine (lame ou fil) mise en communication avec les pôles au moyen de deux conducteurs de cuivre : avec la même pile, en faisant varier le volume et la nature des rhéophores, on peut obtenir des effets calorifiques très-différents.

Mais il ne suffit pas que l'électricité rencontre un obstacle, il faut encore qu'elle puisse le surmonter; car sans cela le courant n'aurait pas assez de force pour chauffer le rhéophore. Or, la propriété de surmonter la résistance des conducteurs ne dépend pas de l'intensité de la pile, mais de la tension. La tension, c'est-à-dire la force avec laquelle les électricités des deux pôles tendent à se précipiter dans le rhéophore, est indépendante de l'étendue de chaque couple; elle est proportionnelle au nombre des couples. Par conséquent, lorsqu'on veut obtenir des effets caloriques puissants, il faut avoir soin d'augmenter le nombre des couples à mesure qu'on prend des rhéophores moins volumineux, c'est-à-dire plus résistants. Il résulte clairement de ce qui précède que la même pile ne peut pas servir pour chauffer indistinctement tous les rhéophores. Quand le conducteur est gros, il n'est pas nécessaire que la pile ait beaucoup de tension; mais il faut qu'elle ait beaucoup d'intensité. Pour les conducteurs de petit diamètre, au contraire, on peut se contenter d'une pile peu intense, pourvu qu'on ait soin d'employer plusieurs couples afin d'avoir une forte tension.

Or, il est indispensable pour pratiquer dans les divers cas la cautérisation galvanique, de pouvoir chauffer à blanc des conducteurs de volume très-variable. Il faut donc que le chirurgien ait à sa disposition plusieurs piles de tension et d'intensité différentes, et cette complication instrumentale aurait certainement beaucoup nui à la vulgarisation de la galvano-caustique, si M. Middeldorpf n'avait heureusement réussi à remplir toutes les indications au moyen d'un seul appareil électrique. Quatre couples ou éléments de Grove, hauts de 6 pouces et demi et larges de 4 pouces et demi (mesures rhénanes; un pouce fait un peu plus de 26 millimètres), sont disposés dans une boîte à quatre compartiments. Au milieu de la boîte, entre les quatre couples, est situé le commutateur, petit appareil où sont placés les deux pôles, et qui est destiné à combiner les couples de plusieurs manières pour faire varier à volonté la tension et l'intensité de la pile.

Le commutateur se compose d'une cuvette à huit trous et de trois couvercles différents. Les huit trous de la cuvette sont pleins de mercure; ils sont parfaitement isolés de leurs voisins, et chacun d'eux communique, par un gros conducteur, avec l'un des zincs ou l'un des platines des couples. Il y a donc quatre trous zinc et quatre trous platine. Chaque couvercle porte huit petites fiches métalliques qui pénètrent dans les huit trous de la cuvette et se mettent en contact avec le mercure; ces fiches enfin sont reliées entre elles deux à deux ou quatre à quatre, au moyen d'une armature métallique diversement disposée dans les trois couvercles. L'armature du couvercle n° 1 est construite de telle sorte que les zincs et les platines se succèdent et s'entre-croisent un à un. L'appareil forme ainsi une pile à quatre couples, dont l'intensité est représentée par la surface de chaque couple considéré isolément, et dont la tension est représentée par quatre, puisque les couples sont au nombre de quatre. Le couvercle n° 2 combine successivement deux zincs, puis deux platines, puis encore deux zincs, et enfin les deux derniers platines; les quatre couples par conséquent n'en forment plus que deux, dont la surface est devenue deux fois plus grande; l'intensité se trouve donc doublée, tandis que la tension est diminuée de moitié. Le couvercle n° 3, enfin, marie tous les zincs ensemble et tous les platines. Il ne reste donc, en réalité, qu'un seul couple dont la surface, c'est-à-dire l'intensité, se trouve représentée par quatre, et dont la tension se trouve réduite à un. Un simple changement de couvercle permet de remplir avec autant de facilité que de simplicité toutes les indications de la galvano-caustique.

Voyons maintenant comment M. Middeldorpf a disposé les instruments destinés à appliquer sur les tissus la chaleur galvanique. Deux tiges de cuivre fixées sur le commutateur, l'une au pôle zinc ou pôle positif, l'autre au pôle platine ou pôle négatif, viennent faire saillie à l'extérieur de la boîte. Chacune d'elles donne insertion à un gros conducteur flexible, long de près de deux mètres, et composé de huit fils de cuivre entourés de soie. L'extrémité libre de chaque conducteur aboutit à une douille de cuivre dans laquelle on fixe, au moyen d'une simple vis de pression, les divers cautères dont on veut se servir. Les cautères de M. Middeldorpf sont nombreux et variés. Tous se composent d'un manche en ivoire ou en ébène, parcouru dans sa longueur par deux tiges de cuivre parfaitement isolées. Ces deux tiges sortent du manche par l'une de leurs extrémités pour être reçues dans la douille qui termine chaque conducteur. Leur autre extrémité fait également saillie en dehors du manche et supporte l'armature de platine. Celle-ci, dont la forme varie beaucoup, peut toujours, en définitive, être considérée comme une anse insérée par ses deux bouts sur l'extrémité des tiges précédentes. Lorsque le manche est fixé sur les grands conducteurs, le courant galvanique parcourt les deux tiges et le circuit se trouve fermé au moyen de l'anse de platine qui s'échauffe seule, en vertu des lois qui ont été exposées plus haut. C'est elle, en effet, qui, à cause de son moindre volume, et de la nature du métal qui la compose, constitue la partie du circuit la plus résistante, c'est-à-dire celle où le courant passe le plus difficilement.

Une des tiges qui traverse le manche est coupée dans un point de sa longueur, et on peut à volonté, au moyen d'un bouton, d'un coulant ou d'une bascule, ouvrir ou fermer le circuit galvanique qui dégage la chaleur; avantage inappréciable qui permet de manier les cautères de M. Middeldorpf avec une tranquillité et une précision bien différentes de la précipitation inséparable jusqu'ici de la cautérisation au fer rouge. Par exemple, lorsqu'on veut cautériser le fond d'une cavité, on introduit l'instrument à froid lentement, doucement; puis, lorsqu'on s'est bien assuré par la vue, par le toucher ou par tout autre moyen, qu'il est exactement en place, on appuie sur le bouton ou sur le coulant, et deux ou trois secondes après la cautérisation commence. De même, lorsqu'on veut retirer l'instrument, on pousse le coulant en sens inverse, et au bout d'un temps fort court le cautère est suffisamment éteint.

Le calorique renaissant à mesure qu'il se dépense, on peut, sans retirer l'instrument, cautériser les tissus jusqu'à une profondeur en quelque sorte indéfinie. Opère-t-on dans le fond d'une cavité? On peut, bien mieux qu'avec le cautère actuel, protéger les parties environnantes; on peut même, sans arrêter la cautérisation, lancer un jet d'eau froide sur les tissus qu'on veut soustraire aux effets du rayonnement. Le cautère électrique, enfin, répand autour de lui une lumière si éclatante, qu'il permet d'éclairer parfaitement le fond d'un spéculum et de prendre une exacte connaissance de l'état des parties qu'on se propose de cautériser.

C'est la disposition de l'armature de platine qui établit entre eux les principales différences des cautères de M. Middeldorpf. Dans le galvano-cautère, l'armature de platine est constituée par une lame de platine large de 3 à 4 millimètres, recourbée en anse, et dont les deux branches sont situées dans le même plan, de manière à former un fer à cheval très-étroit.

Cet instrument appliqué à plat, produit une eschare de 7 à 8 millimètres de diamètre; appliqué sur la pointe, il sert à pratiquer la cautérisation pointillée; enfin, appliqué sur l'un de ses bords, il fournit une eschare linéaire. Il remplace le cautère cultellaire pour la cautérisation transcurrente; au moyen d'une légère pression, on peut le faire pénétrer à une grande profondeur, soit pour ouvrir les abcès, soit pour disséquer et enlever les tumeurs sans écoulement de sang. Telle est la puissance de ce cautère qu'il peut, en quelques secondes, traverser une planche de chêne de plusieurs centimètres d'épaisseur. Dans le cautère en coupole, l'armature consiste encore en une lame de platine recourbée sur le plat, de telle sorte que ses deux branches ne sont plus dans le même plan. La surface cautérisante a ainsi moins de largeur, mais elle a beaucoup plus d'épaisseur et fournit un rayonnement plus considérable. Ces deux cautères réclament l'emploi de la pile la plus intense qu'on obtient au moyen du couvercle n° 3. Ni l'un ni l'autre, cependant, ne peuvent remplacer les grosses boules de fer rougies au feu, qui brûlent d'un seul coup les tissus dans une grande étendue. Pour remplir cette indication, il faut se servir du cautère en porcelaine. Dans ce dernier cautère, l'armature est constituée par un fil de platine qui s'enroule en spirale autour d'une boule de porcelaine grosse comme le bout du doigt, ou même plus grosse encore. La porcelaine étant mauvais conducteur de l'électricité, le courant galvanique parcourt toute la spirale de platine qui devient instantanément incandescente, et qui, en quelques secondes, chauffe à blanc la boule de porcelaine. Ce cautère réclame l'emploi de la pile à forte tension (couvercle n° 1); cependant on peut le chauffer au rouge sombre avec le couvercle n° 2, ce qui est préférable dans quelques cas, notamment lorsqu'on se propose d'arrêter certaines hémorrhagies artérielles.

On se sert de fils de platine pour faire plusieurs petites cautérisations qu'il était jusqu'ici ou très-difficile ou tout à fait impossible d'exécuter au moyen du cautère actuel. Pour cautériser les tumeurs érectiles, on les transperce avec un ou plusieurs fils, en manière de séton, puis on touche simplement les deux extrémités de chaque fil avec les deux gros conducteurs de la machine. La cautérisation commence aussitôt, et on l'arrête instantanément lorsqu'on juge qu'elle est suffisante. Pour cautériser l'intérieur d'un trajet fistuleux ou d'un conduit comme le canal nasal, on introduit à froid, et avec précaution, jusqu'au fond du trajet, une anse de platine très-étroite, dont les deux chefs, sortant par l'orifice extérieur, sont mis ensuite en communication avec les deux rhéophores de l'appareil. Si le trajet ou le conduit est très-profond, on peut craindre que les deux chefs de l'anse ne se touchent dans leur longueur, ce qui empêcherait le courant électrique de parcourir l'anse jusqu'à son extrémité. Pour obvier à cet inconvénient, on peut disposer les deux chefs le long d'un petit stylet d'ivoire qui les isole. Deux petites tiges de platine, réunies en angle très-aigu, forment l'armature de l'instrument destiné à cautériser les dents. Pour cautériser les rétrécissements de l'urètre, M. Middeldorpf a fait construire une algalie composée de deux demi-cylindres de cuivre que sépare une mince couche isolante. Un court stylet de platine formé de deux moitiés isolées dans leur trajet, et unies seulement à leur extrémité terminale, est fixé au bout de l'algalie. L'instrument est introduit à froid dans l'urètre; le stylet de platine est poussé avec précaution dans le rétrécissement, puis on met l'algalie en communication avec les deux conducteurs de la pile (couvercle n° 2). La chaleur se produit aussitôt, et se produit exclusivement dans l'armature de platine, c'est-à-dire au niveau du rétrécissement. Le reste de l'urètre échappe ainsi à la cautérisation.

Le plus important peut-être des cautères de M. Middeldorpf est celui qui est destiné à couper sans hémorrhagie le pédicule des tumeurs situées dans les cavités profondes, telles que le vagin, le rectum, le pharynx et même le larynx; car M. Middeldorpf a opéré avec succès un polype de l'extrémité supérieure de ce dernier organe. Un fil de platine est d'abord passé autour du pédicule de la tumeur; puis, lorsqu'on est certain qu'il est bien en place, on saisit les deux chefs qui sont libres à l'extérieur, et on les introduit dans une sorte de serre-nœud en cuivre. Ce serre-nœud, assez long pour arriver jusque sur la tumeur, est formé de deux tiges isolées, et porte à son extrémité deux trous distincts pour recevoir les chefs de l'anse de platine. Ceux-ci viennent se fixer sur le manche autour d'une petite manivelle jusqu'à ce que le serre-nœud soit arrivé sur la tumeur, puis se trouve ainsi étreinte par le fil. Le manche est alors mis en communication avec les deux conducteurs (couvercle n° 1). On s'assure de nouveau que le fil est bien en place, et on pousse le coulant du manche afin de fermer le circuit. La cautérisation commence aussitôt; la chaleur ne se produit que dans la partie de l'anse de platine qui est située au delà du serre-nœud et qui embrasse la tumeur. On tourne lentement la manivelle, afin de ne pas couper trop promptement le pédicule et d'éviter l'hémorrhagie. Si, malgré cela, la section marchait trop vite, on substituerait le couvercle n° 2 au couvercle n° 1, afin de diminuer la tension de la pile. Suivant le volume du pédicule de la tumeur, la durée de l'opération varie de une à quatre ou cinq minutes. Ce cautère, destiné à couper les tissus par cautérisation, est désigné par M. Middeldorpf sous le nom d'anse coupante galvano-caustique.

Pour donner une idée des effets de l'anse coupante, M. Middeldorpf a pratiqué deux amputations de cuisse sur un lapin. La première amputation, faite avec la combinaison du couvercle n° 1, c'est à dire avec la pile à forte tension, fut achevée en trois minutes environ; mais la section avait été trop rapide, et l'artère fémorale fournit une hémorrhagie considérable.

La seconde amputation fut faite avec la pile à moyenne tension (couvercle n° 2). Cette fois la section fut achevée seulement au bout de cinq à six minutes, et il n'y eut aucune hémorrhagie. Ainsi il importe, lorsqu'on veut éviter l'écoulement du sang et lorsqu'on suppose que le pédicule de la tumeur renferme des artères un peu grosses, il importe, dis-je, de ne pas chauffer trop fortement le fil, et pour cela on doit donner la préférence à la combinaison n° 2.

Immédiatement après l'amputation sur ce lapin, M. Broca a examiné la surface de la plaie : elle était presque aussi nette que si l'opération avait été faite au moyen du bistouri. Elle était chaude et parfaitement sèche, et pourtant elle ne paraissait pas escharifiée, car elle présentait la couleur naturelle de la chair du lapin. L'animal survécut plus de quatre jours.

A l'autopsie, M. Broca reconnut une eschare très-régulière, ayant une épaisseur uniforme de 1 millimètre. Ainsi, on peut dire que l'anse coupante ne produit que des eschares fort minces. L'artère fémorale était oblitérée par un caillot long de 5 à 6 millimètres, et il n'y a vraiment pas lieu de redouter beaucoup la production des hémorrhagies consécutives.

Trois malades de mon service, ajoute M. Broca, ont été soumis à la cautérisation galvanique. M. Middeldorpf a cautérisé lui-même en ma présence le col de l'utérus sur une femme qui avait déjà deux fois été cautérisée au fer rouge. Il s'est servi du cautère à porcelaine. Il a ensuite cautérisé avec le cautère en coupole une large fistule recto-vaginale sur une femme qui avait déjà été opérée ou cautérisée plusieurs fois par M. Guérin. Enfin, j'ai moi-même cautérisé une hémorrhoïde interne sur un malade atteint d'hémorrhoïdes depuis plusieurs années, très-affaibli par des hémorrhagies qui, depuis dix-huit mois, ne lui laissaient aucun repos, et qui lui faisaient perdre quelquefois deux ou trois verres de sang par jour. A l'extérieur, on n'apercevait que trois petites tumeurs dures, indolentes, qui n'avaient jamais flué. Le sang venait d'une tumeur hémorrhoïdale grosse comme une amande, située à la partie postérieure de l'anus, à 2 centimètres environ au-dessus du sphincter. Cette hémorrhoïde n'était jamais sortie, et pour l'attirer à l'extérieur il aurait fallu la saisir avec une pince de Museux. On aurait pu, à la rigueur, la cautériser en introduisant un fer rouge jusqu'au-dessus du sphincter; mais on aurait brûlé la muqueuse dans toute la circonférence de l'anus, ce qui aurait exposé à la formation ultérieure d'un rétrécissement. J'aurais peut-être hésité dans le choix du procédé opératoire si la galvano-caustique ne m'avait offert une ressource précieuse. J'introduisis d'abord dans l'anus une demi-valve en buis destinée à protéger la paroi antérieure de l'anus et du rectum, puis j'allai reconnaître avec l'index de la main gauche la situation de la tumeur hémorrhoïdale, et je fis pénétrer jusqu'à ce point la boule du cautère à porcelaine. Je m'assurai une seconde fois que l'instrument était bien en place, qu'il cautériserait bien la tumeur, et rien que la tumeur. Après avoir pris toutes ces précautions, je poussai le bouton du manche, et aussitôt la cautérisation commença. On voyait quelques vapeurs s'échapper de l'anus, et on entendait le bruit particulier qui accompagne la combustion des tissus. Au bout d'à peu près dix secondes, sans déranger le cautère, je coupai le courant. Presque immédiatement le bruit s'arrêta, et une demi-minute après environ, je retirai l'instrument, dont la boule, déjà suffisamment refroidie, franchit l'ouverture anale sans la cautériser. Il ne survint aucun accident. Le malade fut tenu au lit pendant quelques jours, puis il commença à se promener. Il quitta l'hôpital quinze jours après l'opération.

La galvano-caustique a déjà reçu de très-nombreuses applications, et on est surtout frappé de l'innocuité des opérations pratiquées par cette méthode. Elle ne met pas seulement à l'abri des hémorrhagies primitives, elle paraît encore conjurer le danger des hémorrhagies consécutives. En outre, M. Middeldorpf n'a jamais vu survenir l'érysipèle ni l'infection purulente, et il est dès lors disposé à substituer au bistouri le galvano-cautère ou cautère tranchant dans l'ablation d'un grand nombre de tumeurs tant superficielles que profondes. Cette

dernière question, ne pourra être jugée que par une longue expérience, car ces deux accidents, surtout le dernier, viennent quelquefois compliquer les brûlures ordinaires, et il serait fort étonnant que la galvano-caustique en rendît le développement impossible.

Quoi qu'il en soit, la galvano-caustique est et restera une ressource très-précieuse. Quand même elle n'aurait pas l'avantage considérable de faciliter le maniement du feu et d'en élargir la sphère d'application, elle aurait toujours une grande supériorité sur le fer rouge, parce qu'elle est incomparablement moins effrayante pour les malades; elle supprime cet appareil terrible inséparable de la cautérisation ordinaire.

NOTE SUR UN CAS DE GALACTORRHÉE,

Par M. N. Guéneau de Mussy.

Madeleine Maucor, âgée de vingt ans, a joui jusqu'à sa première grossesse d'une santé parfaite. Elle accoucha à terme; l'accouchement fut rapide et heureux. La fièvre de lait fut accompagnée d'un développement considérable des seins. La sécrétion lactée fut si abondante dès les premiers jours, que le nourrisson ne pouvant suffire à l'épuiser, cette jeune femme donnait à teter aux enfants du voisinage. Bientôt le lait s'écoula continuellement sans succion, le sein devint le siége de douleurs et de plusieurs abcès successifs; mais après de vives souffrances ces accidents se dissipèrent assez rapidement, la glande s'affaissa et la sécrétion se tarit.

Cependant la mamelle continua à se développer outre mesure, et quoique la malade eût cessé d'allaiter, son lait continua de couler continuellement, de telle sorte qu'elle en perdait jusqu'à sept litres par jour.

Plusieurs médications furent inutilement mises en usage pour combattre cette affection. On lui prescrivit sans succès des purgatifs répétés, des diurétiques, des bains, etc.

Depuis plusieurs mois cette femme dépérissait, lorsqu'elle se présenta à M. Guéneau de Mussy. Elle était très-maigre et d'une pâleur extrême; sa peau était d'un blanc mat, sèche et complétement décolorée, ainsi que les muqueuses labiales et gengivales. Elle tenait suspendu dans un sac goudronné son sein droit, très-volumineux, qui descendait jusqu'au niveau de la dernière fausse côte. Le mamelon, très-aplati, présentait au centre une dépression assez profonde, où on apercevait directement trois orifices donnant issue à un lait blanc et épais. La glande mammaire était dure, bosselée, douloureuse à la pression. Cette malade éprouvait tous les jours des mouvements de fièvre; sa soif était vive. Elle perdait encore dans les vingt-quatre heures 4 litres de lait.

Prescription. — 1° Prendre chaque jour un demi-litre de décoction de queues de cerises avec 5 grammes de bi-carbonate de soude.

2° Deux fois par jour une des pilules suivantes :

Proto-iodure de fer et limaille de fer : 2 grammes de chaque, pour 20 pilules.

3° Tous les matins, friction générale avec une brosse de crin.

4° Appliquer sur le sein des compresses imbibées d'eau blanche.

5° Prendre 12 bains sulfureux.

Le traitement fut suivi avec exactitude, et au bout d'un mois la guérison était complète. (*Arch. génér. de méd.*)

INNOCUITÉ DE L'HYDROGÈNE SULFURÉ

introduit dans les voies digestives. Cause de cette innocuité démontrée par l'expérience.

Par M. Cl. Bernard.

Personne n'ignore que l'hydrogène sulfuré, absorbé par les voies respiratoires, est un agent éminemment toxique. L'observation a démontré qu'il agit autrement lorsque ce gaz est introduit dans les voies digestives, ainsi qu'on le voit tous les jours chez les personnes qui boivent des eaux sulfureuses.

Quelle est la raison de cette différence entre les résultats produits par le même gaz? Ne serait-il pas absorbé par les membranes du tube digestif? Ou faut-il chercher une autre explication? M. Cl. Bernard, dans une très-intéressante communication faite à la Société de biologie, a élucidé cette question.

La condition nécessaire pour qu'une substance toxique exerce une action délétère sur l'économie, c'est que cette substance arrive dans le système artériel qui la porte dans les profondeurs des tissus, où se passent, en définitive, toutes les actions physiologiques et toxiques.

Si la substance s'élimine avant d'arriver dans le système artériel, tant qu'elle est encore dans le système veineux, quel qu'ait été d'ailleurs le lieu d'absorption, on n'observe aucun phénomène d'empoisonnement.

Si le gaz hydrogène sulfuré est introduit dans les poumons, soit par voie d'inspiration, soit injecté sous forme de dissolution, il passe directement dans le sang artérialisé des veines pulmonaires, et l'action toxique se manifeste. S'il est introduit dans l'estomac, ou par le rectum dans l'intestin, il est absorbé par les radicules de la veine porte, passe de là dans la veine-cave, puis dans le cœur droit, dans l'artère pulmonaire qui le conduit aux poumons, où il s'exhale, en totalité ou en partie, sans qu'il puisse pénétrer dans le sang rouge; alors il n'y a pas d'empoisonnement.

M. Cl. Bernard fait l'expérience suivante devant la Société. Il introduit une petite quantité d'eau saturée d'hydrogène sulfuré dans le gros intestin d'un chien à l'aide d'une seringue. Au bout de quelques instants, il place devant les narines du chien un papier imbibé d'une solution d'acétate de plomb, et l'on voit ce papier noircir. Il se forme du sulfure de plomb par le contact de l'air expiré par l'animal et de l'acétate de plomb. Le chien exhale donc par les poumons l'hydrogène sulfuré introduit dans le gros intestin : d'ailleurs il ne paraît éprouver aucun malaise. M. Cl. Bernard fait remarquer qu'on pourrait se servir de ce moyen pour mesurer la rapidité de l'absorption, et du transport d'une substance absorbée aux poumons. (*Gaz. méd.*)

NOTE SUR UN ANTIDOTE DE L'IODURE DE POTASSIUM.

Par M. R. J. Nunn.

Dans le cas d'empoisonnement par l'iodure de potassium, accident des plus fâcheux pour lequel on n'a encore proposé aucun antidote chimique, le moyen suivant pourra être employé avec bénéfice :

Donnez au malade à boire alternativement de l'eau chaude additionnée d'acide sulfurique jusqu'à acidité agréable, et une boisson émolliente tiède contenant quelque matière amylacée, comme de l'amidon, de la fleur de farine, soit de froment, soit de pommes de terre, du sagou, de l'arrow-root, etc.

On peut aussi mélanger l'eau acidulée et celle qui contient des substances amylacées, et les administrer ensemble.

Dans les deux cas, l'acide réagit sur l'iodure; il forme du sulfate de potasse, et met en liberté l'iode, qui immédiatement se combine avec l'amidon pour former de l'iodure d'amidon.

Ces produits de la réaction chimique peuvent être évacués par un émétique. Ce traitement doit être continué jusqu'à ce que les matières vomies présentent la couleur bleue caractéristique de l'iodure d'amidon. Il faut ensuite traiter les phénomènes subséquents d'après les principes généraux de thérapeutique.

L'usage de l'acide nitrique a été recommandé pour révéler la présence de l'iodure de potassium; mais l'acide sulfurique a été employé de préférence à titre d'antidote pour le cas ci-dessus, parce qu'il forme un des sels les plus innocents par sa combinaison avec la potasse, pendant qu'en même temps il a pour elle une affinité plus forte que la généralité des acides organiques et inorganiques; toutefois quelques-uns d'entre eux pourraient, sans aucun doute, être administrés avec avantage si les circonstances le réclament.

Il y a dans cet ensemble de réactions et de combinaisons quelque chose qui pourra peut-être diminuer la valeur de cette théorie et les espérances à fonder sur cet antidote, c'est l'extrême instabilité de l'iodure d'amidon. (*The med. examiner* et *Gaz. méd.*)

CONTRE-INDICATION DE L'ÉMÉTIQUE

administré comme vomitif.

Par M. Beau.

Quand l'administration du tartre stibié a produit des évacuations abondantes sans amener une amélioration sensible dans l'état général du malade, il faut s'arrêter et se garder de revenir au même moyen; et si le lendemain et les jours suivants on a besoin de recourir aux vomitifs, il faut choisir l'ipécacuanha.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 novembre 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Deux rapports de M. Viard (de Semur) sur des épidémies de fièvre typhoïde qui ont régné en 1855 et 1856 dans les communes de Grignon et de Villaine (Côte-d'Or);

2° Un rapport de M. Boulland (de Sainte-Ménehould) sur une épidémie d'angine qui a régné en 1856 dans la commune de Vienne-la-Ville (Marne);

3° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans le département de l'Aisne. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Deleau adresse une observation d'hydropisie de l'ovaire gauche, traitée et guérie par des ponctions successives. (Commission nommée).

— M. Delfrayssé communique une note sur la nature et le traitement de la rage. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. Depaul présente au nom de M. Jules Rouyer un mémoire intitulé : *Du traitement des kystes de l'ovaire par les injections iodées.* Ce travail, dit M. Depaul, est le compte rendu exact des observations de M. le professeur Nélaton au sujet des kystes ovariques.

M. Depaul présente encore un mémoire de M. le professeur Boeck (de Christiania) sur la syphilisation chez les enfants.

— M. le président annonce à l'Académie la mort de M. Caventou père, correspondant de l'Académie, à Saint Omer.

M. le président informe ensuite l'Académie qu'il y aura une séance supplémentaire samedi prochain pour la lecture des rapports arriérés.

Après quelques explications échangées entre plusieurs membres et le bureau au sujet de l'ordre du jour, l'Académie consultée décide que la discussion sur les kystes ovariques sera continuée.

La parole est à M. Velpeau.

DISCUSSION.

M. Velpeau. La question qui est débattue en ce moment devant l'Académie est très-complexe. Sa solution exigerait que l'on connût d'abord la durée ordinaire de la maladie, puis sa gravité naturelle, et enfin la valeur des traitements employés pour la combattre : savoir, par exemple, si la ponction simple peut la guérir et dans quelle proportion ont lieu ces guérisons, en supposant que l'on adopte de préférence la méthode des injections; savoir si le liquide iodé est préférable aux autres; enfin distinguer les différents kystes entre eux.

Et d'abord, la durée des kystes ovariques peut-elle être déterminée? Ce qui a été dit à cet égard est loin d'être précis. On a donné comme terme dix ans, six ans, deux ans, etc.; mais comment est-on parvenu à cette détermination? Au début, c'est-à-dire quand un kyste n'a encore que le volume d'un œuf ou d'une orange, son existence est presque toujours ignorée, et quand le médecin est appelé, il est ordinairement très-difficile déjà d'apprécier l'époque à laquelle remonte l'origine de la tumeur. Ne sait-on pas d'ailleurs combien la marche de ces kystes, comme celle de toutes les collections séreuses, est variable? Parmi les hydropisies de la tunique vaginale, par exemple, il en est qui acquièrent en six mois un développement que d'autres mettent six ans à atteindre. D'un autre côté, suivant que les femmes s'observent plus ou moins elles-mêmes, selon qu'elles ont les parois abdominales plus ou moins épaisses, on conçoit combien peut varier l'époque où ces tumeurs seront aperçues pour la première fois. Il est donc très-difficile d'apprécier la durée moyenne des kystes. Enfin, chez certaines femmes, les kystes font des progrès extrêmement rapides; tandis qu'ils ont chez d'autres, au contraire, une marche très-lente. J'ai vu des kystes du volume des deux poings acquérir en moins d'un an les dimensions d'une tête d'adulte et plus; et arrivés à ce point, j'ai vu un grand nombre de femmes vivre encore quatre, dix, quinze et même dix-huit ans.

De tout cela je conclus que dans la grande majorité des cas les femmes vivent plus de six ans, peut-être même plus de huit ans après l'apparition d'une tumeur ovarique appréciable; et puisque chez plusieurs l'existence se prolonge, sans le concours d'aucun traitement, pendant quinze et dix-huit ans, il serait imprudent d'opposer à la maladie des remèdes qui auraient un grand danger par eux-mêmes. Mais enfin, puisque tôt ou tard cette maladie devient mortelle, il y a évidemment lieu d'intervenir.

Les kystes de l'ovaire peuvent-ils guérir par un traitement pharmaceutique? La réponse négative de MM. Cruveilhier et Trousseau m'a surpris, parce que je suis certain d'avoir vu de ces guérisons.

On s'est fondé, pour considérer les kystes de l'ovaire comme incurables, sur l'isolement même de ces tumeurs au sein de l'organisme; on s'est demandé comment, dans ces conditions, la résorption du liquide pourrait avoir lieu. Cependant, en y réfléchissant, on pourrait aussi se demander pourquoi l'organisme, qui a réuni en ce point par exhalation une si grande masse de liquide, ne pourrait pas la reprendre par absorption. C'est là, au surplus, une question qui ne peut se juger que par des faits. L'hydrocèle ne vous présente-t-elle pas, quoique rarement, il est vrai, des exemples de guérison spontanée?

M. Velpeau cite à ce sujet l'exemple d'une hydrocèle chez un jeune homme qu'il devait opérer, et qui avait disparu spontanément du jour au lendemain.

Lorsque les kystes, ajoute M. Velpeau, sont d'un petit volume, leur rupture spontanée ou accidentelle peut être suivie de guérison, comme on en a cité ici quelques exemples. Mais souvent aussi la mort en est la conséquence. Dans une statistique de Tilt, sur 72 cas de ruptures il y a 30 morts, ce qui n'est pas de nature à rendre cette rupture très-désirable. Ce n'est pas là d'ailleurs une terminaison fréquente. Je l'ai observée deux fois, et deux fois elle a amené la mort.

J'ai cité, au commencement de cette discussion, quelques exemples malheureux de ponctions palliatives suivies de mort. J'étais loin de penser, en citant ces faits, qu'ils allaient devenir l'occasion des longues et déplorables statistiques qui ont été produites dans cette discussion.

D'après Southam, cité par M. Trousseau, sur 21 cas de ponctions simples il y a eu 4 morts dans les vingt-quatre heures, 3 dans le premier mois, et 14 au bout d'un an. D'après Lee, sur 36 il y a eu 3 morts en vingt-quatre heures, 6 en quelques jours, 12 en un an, 5 en trois ans, 1 au bout de six ans, et 1 à la quinzième année. Enfin Kiwisch a eu sur 64 ponctions, 9 morts en vingt-quatre heures, 6 après une deuxième ponction, 15 après les troisième, quatrième, cinquième ou sixième ponctions. Il faut donc que la ponction soit une opération très-meurtrière en Allemagne et en Angleterre. J'avoue que cela ne me paraît pas possible. Ici nous n'avons jamais rien vu de pareil. J'ai dit que j'avais eu quatre cas de mort à la suite de la ponction palliative; mais ces cas étaient très-graves, très-complexes, c'étaient des kystes gélatineux, multiples. Mais encore aucune de ces femmes n'est morte en vingt-quatre heures; elles ont toutes vécu quelque temps. A part ces quatre cas, les seuls qui aient été suivis de mort, j'ai pratiqué depuis trente ans un grand nombre de ponctions palliatives; toutes les opérées ont vécu quatre, cinq, six, dix ans, et quelques-unes même quatorze ans. Cela, on en conviendra, ne ressemble en rien aux statistiques effrayantes que l'on vient de voir. A quoi cela tient-il? Les statistiques sont comme les langues d'Ésope : ce qu'il y a à la fois de meilleur et de plus mauvais. Il est probable que ces statistiques ont été très-mal faites. Mais je ne recherche pas, en définitive, comment cela se fait : je conclus que la ponction palliative n'est pas mortelle par elle-même, et qu'elle est en général inoffensive.

En quoi la ponction est-elle utile? guérit-elle? Quelquefois. J'en ai vu un exemple, il y a quelques années, avec Récamier et M. Nélaton. Mais il en est à cet égard de la ponction comme de la rupture spontanée; la guérison en est quelquefois la suite; mais ce sont là des guérisons exceptionnelles sur lesquelles il ne faut pas compter.

Est-elle sans inconvénients? Non, sans doute. Lorsqu'on est obligé d'y recourir plusieurs fois, elle finit par entraîner l'épuisement des malades; aussi faut-il l'employer rarement et avec discrétion.

L'extirpation! Il y a ici une singulière contradiction entre l'idée qu'on se fait, avec raison, de la gravité de cette opération et les résultats statistiques des chirurgiens anglais et américains. J'avoue que je renonce, pour ma part, à expliquer ce contraste. Ce qu'il y a de certain, c'est que je n'oserai jamais faire une pareille opération; et, je dois le dire à l'honneur de la chirurgie française, dont le caractère est la prudence, cette opération n'a pas trouvé faveur parmi nous.

J'arrive enfin à la méthode des injections iodées. Cette méthode n'est pas aussi nouvelle qu'on semble généralement disposé à le croire. On a pratiqué des injections dans les kystes dès le siècle dernier. Comment donc se fait-il qu'elle provoque aujourd'hui tant d'émotion! Il était naturel qu'on appliquât aux kystes de l'ovaire ce que l'on fai-

sait pour l'hydrocèle : c'est ce que l'on a fait. Mais, comme le liquide que l'on employait alors pour cette opération était très-irritant, il en est résulté quelquefois des inflammations qui ont dépassé les limites que l'on croyait alors nécessaires à la guérison, et de là des accidents très-graves. Cela a empêché de généraliser ces injections. Mais, du moment où il m'a été démontré qu'il n'était pas nécessaire de déterminer une inflammation très-vive des parois du kyste pour obtenir la guérison, et que l'iode, qui est beaucoup moins irritant que le vin, produit le degré d'irritation suffisant pour atteindre ce résultat, sans faire courir aucun des dangers inhérents à l'emploi des liquides alcooliques, j'ai prévu de suite tous les avantages qu'il pourrait y avoir à appliquer le traitement des hydrocèles à tous les kystes et à en multiplier l'usage. Cette question, du reste, n'est pas nouvelle ; elle a été déjà discutée dans cette enceinte en 1846, et, lorsqu'à cette époque j'énonçai mes idées sur ce point à l'Académie, elles furent appuyées par A. Bérard et par M. Jobert, et combattues par Blandin, Gerdy et Roux. C'est à dater de cette époque que plusieurs chirurgiens se sont mis à l'œuvre, et que M. Boinet s'est mis à expérimenter, à multiplier les faits de ce genre, et à les étudier avec un tel zèle et un tel soin qu'il a fini par s'approprier cette méthode et y attacher son nom.

De la pratique de M. Boinet, de celles de MM. Robert, Monod, Demarquay, Huguier, Briquet, Nélaton et de la mienne propre, il est résulté un total d'opérations que l'on peut évaluer à 130 au moins, défalcation faite approximativement des cas qui, dans les diverses statistiques qui ont été publiées, font probablement double emploi. Voyons ce qui ressort de l'analyse de ces 130 faits. Sur ce nombre, il y a 30 morts et 64 guérisons. 30 morts sur 130 opérées ! ce serait un chiffre très élevé, et je serais peu disposé à défendre l'opération s'il m'était démontré qu'elle donnât en moyenne une pareille proportion de morts. Mais cherchons à nous rendre compte des circonstances qui ont pu amener ce résultat. Par suite de quels accidents ces 30 femmes sont-elles mortes ? Lorsque j'ai pratiqué les premières opérations de ce genre, ce qui me préoccupait toujours et ce qui m'a arrêté quelquefois, c'était le danger d'une injection dans une aussi vaste cavité, et surtout la difficulté de distinguer la nature du kyste à laquelle j'avais affaire. On a dit que le diagnostic des kystes ovariques était facile. J'en fais mon compliment à ceux de nos confrères qui sont de cet avis. Pour moi, je déclare que j'ai toujours trouvé ce diagnostic très-difficile. Quand ces kystes sont d'un petit volume, il est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, de distinguer les vrais kystes de l'ovaire d'avec les kystes embryonnaires, ceux du corps de Wolff ou de l'organe de Rosenmüller, les hydropisies partielles du péritoine, etc. Lorsque les kystes de l'ovaire sont assez développés pour que cette confusion ne soit plus possible et pour qu'on les reconnaisse sans difficulté, ce n'est pas tout ; il y a à considérer encore la nature du liquide qu'ils renferment ; et l'on sait combien ils diffèrent entre eux sous ce rapport, et quelle différence il y a sous le rapport de la gravité et de la curabilité entre les kystes à contenu séreux et les kystes à contenu gélatineux. Non-seulement le liquide diffère d'un kyste à un autre, mais j'ai constaté encore qu'on trouve quelquefois dans un même kyste des liquides d'aspect très-différent, suivant les différentes époques où on les examine. Ainsi, tel kyste séreux aujourd'hui deviendra plus tard un kyste sanguin, ou réciproquement. J'ai constaté ensuite qu'après avoir vidé un kyste et reconnu la nature hématique de son contenu, la tumeur se reproduisant plus tard, au lieu d'en retirer du sang lors d'une seconde ponction, j'en retirais un liquide séreux. Il s'était fait, probablement sous l'influence de l'injection iodée, une transformation dans le contenu du kyste. J'avais ainsi transformé en quelque sorte par ma première opération un kyste hématique, c'est-à-dire un kyste de mauvaise nature, en un kyste séreux de bonne nature. J'ai eu souvent l'occasion de constater une transformation analogue dans les hydrocèles, et de voir des hydrocèles hématiques devenir plus tard séreux, ou réciproquement, et je me suis aidé de cette circonstance pour produire artificiellement cette transformation. J'ai obtenu souvent ainsi des guérisons d'hydrocèles hématiques en les faisant passer par une première opération à l'état d'hydrocèles simples.

L'opération de l'injection iodée a-t-elle des dangers ? Quels sont ces dangers ? J'ai redouté, je l'avoue, dans le principe, le danger de l'inflammation ; mais j'ai vu depuis qu'il n'était point à craindre ; l'inflammation était toujours peu intense et toujours circonscrite aux points touchés par le liquide iodé. Je ne redoute pas non plus la ponction, sachant par expérience que la ponction simple, palliative, n'est pas dangereuse par elle-même.

Où est donc le danger de l'opération, et comment peut-on s'expliquer le développement des accidents mortels ? Je crois que la cause de ces accidents est dans l'emploi de la canule dont quelques chirurgiens ont fait usage. Pour ma part, j'ai toujours trouvé que l'usage de la canule en permanence était une très-mauvaise chose. Il en résulte presque toujours une inflammation suppurative des parois du sac. Or, dans les statistiques que l'on a faites des opérations par l'injection iodée, on a mêlé et confondu ensemble les cas dans lesquels on a ponctionné, injecté et fermé immédiatement après la plaie de la ponction, et ceux dans lesquels on a laissé cette ouverture permanente à l'aide d'une canule. Il y a entre ces deux manières de faire une différence très-importante, et qui explique la différence des résultats. Dans le premier cas, vous réalisez la méthode sous-cutanée de M. J. Guérin avec tous ses avantages ; dans le second cas, vous avez inévitablement des suppurations interminables, et qui finissent presque toujours par épuiser les malades, quelque soin que l'on prenne pour modifier l'état de la surface du kyste par des injections répétées.

Considérant maintenant quels ont été les procédés mis en usage dans les 30 cas qui ont été suivis de mort, nous trouvons qu'il a été fait usage de la canule dans 20 cas. Si nous défalquons ces 20 cas, dont l'issue fatale s'explique par cette circonstance, il ne reste, en définitive, que 10 cas dans lesquels la mort ait été légitimement imputée à l'injection iodée. Or, 10 cas de mort sur 130, cela revient à une proportion très-minime, et je ne crains pas de dire que c'est un beau résultat, si l'on tient compte surtout des tâtonnements et des hésitations inséparables de toute méthode nouvelle. Du moment où il nous est démontré que la méthode de traitement des kystes ovariques par la ponction et l'injection iodée n'est pas plus nuisible que la ponction palliative, et qu'elle offre incomparablement plus de chances de guérison, il est évident que c'est là une méthode qui a de grands avantages.

Je me résumerai donc en disant que les kystes de l'ovaire, le plus souvent mortels par eux-mêmes dans un temps moyen qu'il est difficile d'évaluer avec quelque exactitude, mais que l'on peut approximativement fixer à quelques années, de six à huit ans environ, sont peu curables par les moyens thérapeutiques médicaux ; qu'ils peuvent se rompre spontanément, mais que cette rupture, qui dans quelques cas rares a pu être suivie de la guérison, est le plus ordinairement très-dangereuse ; que la ponction palliative n'offre pas en général de danger immédiat, mais qu'elle est dangereuse seulement par l'épuisement qui en résulte lorsqu'elle est répétée plusieurs fois et à de courts intervalles ; que l'opération qui consiste à pratiquer l'ablation du kyste doit être rejetée ; que la méthode des injections, dangereuse lorsqu'elle était pratiquée avec des liquides irritants, est devenue inoffensive et réellement utile depuis qu'on la pratique avec l'iode ; que les injections iodées sont surtout franchement utiles dans les kystes à contenu séreux ; et que, quant aux autres kystes, le plus sage est de n'y pas toucher.

— Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section de pathologie chirurgicale sur les candidats à la place vacante dans cette section.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour l'admission aux emplois de médecin stagiaire à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires de Paris s'ouvrira :

A Strasbourg, le 3 janvier 1857 ;
A Montpellier, le 12 du même mois ;
A Paris, le 20 du même mois.

L'administration de la guerre se réserve de n'ouvrir le concours qu'autant qu'un certain nombre de candidats y prendraient part ; il importe en conséquence que les candidats fassent connaître promptement leur intention, en requérant leur inscription sur une liste ouverte à cet effet dans les bureaux de MM. les intendants des 1re, 6e et 10e divisions militaires. La clôture de cette liste aura lieu le 20 décembre prochain.

— Une brillante solennité a inauguré la rentrée des Facultés de l'Académie de Strasbourg.

La séance était présidée par M. Bérard, inspecteur général de l'Université, qui, dans un discours souvent interrompu par les plus sympathiques applaudissements, a rendu hommage à la direction pratique et consciencieuse qui caractérise l'enseignement de la Faculté de médecine de Strasbourg. C'est, a dit l'éminent professeur, la conviction des services qu'elle pouvait rendre dans une nouvelle sphère d'action qui a déterminé le gouvernement à faire de cette Faculté la pépinière des médecins militaires.

— L'exécution du décret du 12 juin 1856, qui confie à la Faculté de médecine de Strasbourg l'instruction des médecins militaires, a été pour cette Faculté l'occasion d'améliorations importantes.

Ces améliorations portent sur le mode d'enseignement, sur le personnel et sur le matériel des études.

L'enseignement déjà si pratique de la Faculté a été complété par l'établissement de conférences obligatoires pour les élèves militaires, facultatives pour les élèves civils. Les conférences sont dirigées par des agrégés ; elles portent sur les matières des deux dernières années d'études, la pathologie interne, la pathologie externe, les accouchements, les opérations et la petite chirurgie, la matière médicale et la médecine légale.

Deux cliniques préparatoires, confiées à des agrégés, sont ajoutées aux cliniques médicale et chirurgicale faites par les professeurs. Cette distribution des services aura pour résultat de faciliter l'instruction pratique des élèves et de diminuer l'affluence des auditeurs, aussi préjudiciable aux élèves cliniques qu'aux malades eux-mêmes.

La Faculté de Strasbourg comptera ainsi neuf services cliniques : deux cliniques médicales, deux cliniques chirurgicales, la clinique d'accouchement et les cliniques spéciales des maladies cutanées et syphilitiques, des maladies des enfants, des maladies des vieillards et des maladies des yeux.

Deux places nouvelles ont été créées, celles de directeur des autopsies et de conservateur du musée d'anatomie et de l'arsenal de chirurgie. Les résultats scientifiques obtenus en Allemagne, à Vienne et à Wurtzbourg, entre autres, par la centralisation du service des autopsies, permettent d'espérer de grands avantages de l'introduction de ce système à Strasbourg.

De nouvelles places d'internes doivent être prochainement créées à l'hôpital civil ; on augmentera ainsi le nombre des positions dans lesquelles les élèves se forment le plus utilement à la pratique médicale.

Ces nombreuses améliorations auront pour résultat nécessaire de fortifier les études. Nous sommes persuadé que notre Faculté, répondant à la confiance du ministre, formera des médecins militaires qui lui feront honneur. Les élèves civils profiteront, en même temps que les médecins militaires, du développement de ses moyens d'instruction. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

— La Faculté de médecine de Strasbourg a décerné ainsi qu'il suit les prix pour l'année 1855 à 1856.

Première année : M. Jean-Frédéric-Edouard Lauth, de Strasbourg.

Deuxième année : M. Constant Schaumont, de Strasbourg.

Troisième année : M. Alexandre Liétard, de Domremy (Vosges).

Quatrième année : M. Armand Crussard, de Neufchâteau (Vosges).

Prix de thèse : Médaille d'honneur : M. Joseph-Théodore Picard, de Wissembourg.

Mentions honorables aux élèves admis après concours comme internes à l'hôpital civil : MM. Grenet, Libermann, Berdot, Ehrmann, Rapp et Sengel.

— Un des vétérans de la presse médicale, M. le docteur Comet, a résigné, il y a quelques mois, ses fonctions de rédacteur en chef de l'*Abeille médicale* en vendant sa part dans la propriété de ce journal. Mais il n'a pas renoncé pour cela à ses anciennes relations : en continuant à publier son charmant *Carnet de poche du médecin*, il ne cesse pas d'être utile à nos confrères, et en fondant un nouveau recueil, l'*Ane savant, tenant école pour tout le monde*, il veut toujours faire partie de la presse scientifique et instructive. Nous ne tarderons pas à publier le spirituel prospectus de ce journal.

— Le docteur Duchek (de Lemberg) est nommé professeur de pathologie médicale et de clinique interne à Heidelberg.

Le docteur Charles Braun (de Trieste) est appelé à la chaire d'accouchements à Zurich.

Le docteur Vallon remplace le docteur Rigler comme directeur de l'École de médecine de Galata-Sérail à Constantinople.

Le docteur de Hasner est nommé professeur de clinique ophthalmologique à Prague, en remplacement du professeur Arlt, qui a été nommé à Vienne.

— Les cours du Collége de France pour le premier semestre 1856-1857 s'ouvriront le 1er décembre.

— Les souscriptions en faveur des veuves et orphelins des médecins français morts en Orient, reçues à l'hôpital militaire et à la *Gazette médicale* de Strasbourg, s'élèvent à la somme de 802 fr. 99 c.

— Le *Journal des connaissances médicales pratiques* annonce en ces termes le mariage de M. le docteur Bretonneau : « Notre célèbre et très-estimé confrère, quoique âgé de 80 ans, vient de se marier avec une jeune personne remarquablement belle et qui ne compte que vingt printemps. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Mestivié, né à Saint-Ciers-Lalande (Gironde) ; *De la saignée des veines ranines dans les maladies du pharynx.*

Loiseau, né à Limay (Seine-et-Oise) ; *De la folie.*

Arnault, né à Cormery (Indre-et-Loire) ; *De la fièvre typhoïde.*

De Schacke, né à Château-Salins (Meurthe) ; *Propositions diverses.*

Bissieu, né à Verneuil (Eure) ; *Du siége anormal de l'embryon.*

Jousselin, né à Château-Gontier (Mayenne) ; *Des corps étrangers des articulations.*

Marconnet, né à Arleuf (Nièvre) ; *Des vomiques.*

Chayron, né à Libourne (Gironde) ; *Des abcès du sinus maxillaire.*

Lhonneur, né à Saint-Jouin-les-Marnes (Deux-Sèvres) ; *De la kéloïde.*

Blaquier, né à Ouara (Mexique) ; *Des douleurs dans la phthisie pulmonaire et de leur valeur au point de vue du diagnostic.*

Lamarche, né à Turcey (Côte-d'Or) ; *De l'érysipèle salutaire.*

Denoix, né à Lieffrans (Haute-Saône) ; *Des kystes hydropiques de l'ovaire.*

Panisset, né à Oyonnat (Ain) ; *De la maladie appelée fièvre typhoïde.*

Bourdin, né à Vierzon (Cher) ; *De la fièvre palustre en Sologne.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Carnet de poche du Médecin pour l'année 1857, publié par le docteur COMET, chevalier de la Légion d'honneur, ex-rédacteur en chef de l'ABEILLE MÉDICALE. Joli volume in-24, doré sur tranche, avec enveloppe glacée à encadrement et vignettes en or, papier satiné, disposé de manière à être placé immédiatement dans tous les portefeuilles. — Prix : franc de port pour toute la France et l'Algérie, 1 fr. 50 c.

Il contient : 1° un CALENDRIER à deux jours par page, servant d'Agenda ; 2° les NOMS et ADRESSES de tous les docteurs en médecine et officiers de santé exerçant à Paris ; 3° RENSEIGNEMENTS de toutes sortes sur les Facultés, les Écoles préparatoires, les Sociétés savantes ; 4° TABLEAU DES EAUX MINÉRALES, leurs usages et leur dose à l'intérieur ; 5° un RECUEIL DES FORMULES les plus nécessaires ou dont la posologie nouvelle n'est pas familière aux praticiens ; 6° AIDE-MÉMOIRE de Thérapeutique et de Matière médicale par ordre alphabétique ; 7° BIBLIOGRAPHIE. Sous ce titre, nous indiquons les principaux ouvrages relatifs aux sciences médicales et accessoires qui ont été publiés dans le courant de l'année, et nous présentons à nos lecteurs une appréciation discrète et vraie de la nature, de la forme et du mérite des livres nouveaux.

PRIX DES CARNETS AVEC PORTEFEUILLE. — N° 1. Portefeuille en peau maroquinée avec poche, fermant par le crayon, 2 fr. 50 ; franco par la poste, 2 fr. 75. — N° 2. Portefeuille en peau maroquinée avec poche, fermant à patte, 3 fr. ; franco par la poste, 3 fr. 25. — N° 3. Portefeuille en peau de chagrin avec poche et petite trousse, fermant à patte, doublure en soie, 5 fr. ; franco par la poste, 5 fr. 50. — N° 4. Portefeuille en peau de chagrin avec deux poches, l'une fermant à patte comme le portefeuille, petite trousse et toutes les garnitures en peau et soie (les trousses sont à *passettes élastiques* de M. CHARRIÈRE), 6 fr. ; franco par la poste, 6 fr. 50. — N° 5. Mêmes dispositions que le précédent, avec tourniquet en maillechort fermant le portefeuille, 6 fr. 50 ; franco par la poste, 7 fr.

Ce Carnet, dont le texte sort des presses de M. Henri Plon, imprimeur de l'Empereur, est un véritable bijou typographique. Les soins donnés à la confection des portefeuilles réunissent l'élégance à la solidité.

Traité pratique des maladies de l'oreille, par le docteur TRIQUET, ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, fondateur et chirurgien d'un dispensaire pour les maladies de l'oreille. Un vol. in-8° de 516 pages, avec figures intercalées dans le texte. — A Paris, chez J. B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Mémoires de la Société médicale d'observation de Paris, tome III, avec une planche lithographiée. Ce volume contient des mémoires et travaux de Valleix et de MM. Barth, Lebert, Cossy, Woillez, Oulmont. Un vol. in-8°. — Chez J. B. Baillière.

De la syphilisation appliquée aux enfants, par le docteur BOECK (de Christiania) ; traduit de l'allemand par le docteur HAZEN. Brochure in-8°. Chez Bailly, Divry, place Sorbonne, 2.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 140. — SAMEDI 29 NOVEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 140. — SAMEDI 29 NOVEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Où en est la question de la maladie d'Addison. — De quelques moyens de traitement des adénites cervicales chroniques, et en particulier de l'électricité localisée. — De l'hydrocotyle asiatique dans le traitement de la lèpre et de l'eczéma. Ligature de l'artère fémorale pour un anévrisme de l'artère poplitée. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 19 novembre. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Hogg. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Revue bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Où en est la question de la maladie d'Addison.

Depuis que nous avons publié le cas de maladie bronzée observé par M. Trousseau, quelques faits semblables ont été produits et des expériences nombreuses faites pour chercher à apprécier l'importance physiologique des capsules surrénales et saisir le rapport qui peut exister entre les lésions de cet organe et les symptômes constatés pendant la vie.

Nos lecteurs savent où en est la question physiologique expérimentale; mais beaucoup d'entre eux s'intéressant davantage, et non sans raison, aux faits pathologiques, sont désireux sans doute de savoir où en est la question de la maladie d'Addison. Nous allons essayer de les satisfaire en résumant ici les faits qui ont été publiés soit à l'étranger, soit en France, depuis nos dernières communications sur ce sujet.

On se rappelle qu'à la suite du fait de M. Trousseau nous avons donné la relation de deux faits assez semblables observés, l'un par M. Féréol et le second par M. Malherbe, et tendant l'un et l'autre à confirmer la justesse de la relation établie par M. Addison entre la lésion des capsules à l'altération pigmentaire de la peau. Parmi ceux qui ont été produits depuis et dont nous n'avons pas encore parlé, il en est qui sont favorables à l'opinion d'Addison et de M. Trousseau, et d'autres qui lui sont contraires. Il importe qu'ils soient tous connus avant d'adopter une opinion définitive sur ce point. Exposons d'abord ceux qui peuvent être considérés comme ayant une valeur affirmative, nous parlerons ensuite des cas négatifs.

Voici, en premier lieu, une observation que nous trouvons dans l'un des derniers numéros de l'*Association medical Journal*, et qui est due à M. W. Monro, médecin consultant à Dundee Royal Infirmary. Nous en abrégeons beaucoup les détails pour n'en rappeler que ce qu'elle offre d'essentiel pour l'éclaircissement de la question à l'étude.

Une dame de quarante ans s'aperçut pour la première fois, il y a huit ou neuf ans, de l'apparition sur son front d'une tache brune qui s'agrandit peu à peu, tandis que le reste de la tête, de la face et du cou étaient affectés de la même manière. A cette époque, sa santé générale était satisfaisante; ce n'est que dans ces derniers temps qu'elle s'est fort affaiblie. Il y a huit mois, à la suite de vives douleurs morales et de grandes fatigues physiques, la couleur sombre de la peau devint plus foncée, s'étendit, et toute la surface du corps présenta bientôt cette teinte uniforme.

Le 18 juin 1856, M. Monro constata ce qui suit :

La malade était fort amaigrie; son visage ressemblait, pour la couleur, à celui d'un Lascar (habitant des Indes orientales); faiblesse et prostration considérable; petite toux sèche; pouls à 100, petit et compressible; langue blanchâtre; inappétence, soif considérable, menstruation régulière. La percussion donne un peu de matité sous les clavicules. Les battements du cœur sont normaux. L'examen le plus attentif ne peut faire découvrir aucune lésion organique dans les viscères abdominaux. L'urine, en quantité ordinaire, est d'un jaune pâle, sans albumine ni aucun dépôt étranger appréciable au microscope. Le sang n'offrait non plus rien de particulier. La peau était plus bronzée sur les genoux, les coudes et sur le dos. Les paumes des mains, la face palmaire des doigts étaient faiblement décolorées et contrastaient avec la teinte de leur face dorsale.

La malade fut mise à l'usage des martiaux et des toniques. Néanmoins elle s'affaiblit de plus en plus, et succomba au bout de cinq jours.

A l'autopsie, on constata la persistance de la teinte bronzée générale de la peau. Dans quelques points, particulièrement près des genoux et vers les régions latérales et postérieures du cou, on apercevait des taches plus foncées. Autour des lèvres et aux angles de la bouche, au point où la muqueuse rencontre la peau, on remarquait des dépôts de pigmentum qui donnaient un aspect de malpropreté à la bouche.

Le corps était généralement anémique; le cœur petit, mou; les poumons présentaient à leur sommet de légers dépôts tuberculeux et quelques adhérences.

Dans l'abdomen, le foie, la rate, les reins présentaient de nombreuses adhérences avec les organes qui les entourent; leur parenchyme ne présentait rien d'extraordinaire. Les capsules surrénales et la membrane muqueuse du canal digestif étaient seules le siége d'un changement morbide remarquable.

La capsule surrénale droite, trois fois plus volumineuse qu'à l'ordinaire, offrait l'apparence d'une masse tuberculeuse. La veine surrénale était très-petite, comme atrophiée. Les nerfs sympathiques, depuis le petit splanchnique, étaient hypertrophiés. Il en était de même de quelques rameaux et des ganglions du plexus solaire de ce côté. La capsule gauche, augmentée aussi de volume, mais moins que la droite, avait conservé en partie sa forme primitive.

La section de ces organes y fait distinguer deux manières d'être bien tranchées : d'une part, une substance dure, épaisse, cartilagineuse; de l'autre, une substance correspondant probablement à la portion médullaire des organes, entièrement envahie par un dépôt d'aspect jaune d'œuf, ayant beaucoup de ressemblance avec la matière tuberculeuse ou strumeuse. Les veines de l'organe, atrophiées, présentaient dans la cavité répondant au sinus veineux central un dépôt de cette exsudation jaune à diverses périodes de ramollissement.

Enfin, le microscope ne permit de voir dans cette substance aucune des cellules naturelles à la substance corticale de la capsule, et la seule structure de forme élémentaire qu'on ait pu observer et rapporter aux éléments histologiques normaux du corps surrénal, consistait en cellules à noyaux disséminées dans la partie la plus ferme du dépôt qui entourait la portion médullaire de l'organe. La partie cartilagineuse soumise au microscope accusa la présence d'éléments fibrineux sous forme de cellules allongées, fusiformes, avec des noyaux simples et composés, des petites fibres filamenteuses et de la matière granuleuse. La matière jaune était composée de stroma granuleux où se trouvaient des corpuscules granuleux composés de granules huileux, de globules et de cristaux solubles dans l'acide acétique; le tout en grande quantité.

Quant à la membrane muqueuse du canal digestif, voici ce qu'elle présentait de particulier : la muqueuse buccale était sèche, pâle, exsangue; les glandes labiales et buccales tranchaient sur elle par leur éclat. L'estomac et le tube intestinal offraient partout de la sécheresse. Dans l'estomac, les glandes gastriques solitaires étaient fortement proéminentes, la membrane muqueuse généralement atrophiée. Des sections microscopiques du jéjunum et de l'iléon montrèrent les villosités fort atténuées; la membrane muqueuse se séparait très-facilement de la partie sous-jacente de l'intestin. Les glandes tubulaires de la membrane muqueuse avaient complétement disparu et se trouvaient remplacées par une matière amorphe presque granuleuse.

Cette observation est l'une des plus complètes et des plus détaillées qui aient été publiées jusqu'ici, particulièrement pour ce qui concerne les lésions anatomo-pathologiques. Envisagée seule, elle ne permet sans doute pas encore de résoudre la question si difficile du rapport qui existe entre la dégénérescence tuberculeuse des capsules, l'altération pigmentaire de la peau et l'espèce particulière d'anémie ou de cachexie générale qui entraîne la mort. Elle est remarquable toutefois par sa concordance avec la plupart des observations connues jusqu'ici, sous le double point de vue des symptômes, de la marche de la maladie et de la nature de la lésion constatée dans les capsules.

A côté de ce fait, nous devons mentionner une observation de M. Seux (de Marseille), qui, pour la symptomatologie, a la plus grande ressemblance avec celle-ci et avec celles de MM. Addison et Trousseau. Mais l'absence d'autopsie lui ôte toute valeur pour la question spéciale qui occupe en ce moment l'attention. Il a été publié enfin quelques faits qui sont complétement négatifs sous le point de vue de la lésion anatomique, et qui sont de nature à rejeter de nouveau l'esprit dans le doute et l'indécision. L'espace nous manquant aujourd'hui pour les faire connaître, nous y reviendrons dans le prochain numéro.

De quelques moyens de traitement des adénites cervicales chroniques, et en particulier de l'électricité localisée.

L'attention des praticiens a été appelée depuis quelque temps sur divers procédés chirurgicaux plus ou moins improprement appelés *abortifs*, appliqués au traitement des différentes espèces d'adénites. Sans vouloir nous prononcer en ce moment sur la valeur de ces procédés encore en voie d'expérimentation, nous avons pensé qu'il ne serait pas sans utilité, ne fût-ce que pour établir à leur égard un point de repère et un terme de comparaison, de passer rapidement en revue les ressources dont dispose actuellement la thérapeutique pour le traitement de quelques-unes de ces

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité élémentaire de physiologie humaine, comprenant les principales notions de la physiologie comparée; par J. BÉCLARD, agrégé à la Faculté de Paris (1).

Arriver en une année à la seconde édition d'un livre dont l'usage n'est pas obligatoire, c'est certainement, pour un auteur, obtenir un des plus beaux succès qu'il soit possible de désirer. Ainsi en a-t-il été de l'ouvrage que nous avons sous les yeux, et dont la vogue a rapidement dépassé les plus belles espérances qu'eussent jamais pu concevoir les plus confiants amis de l'auteur. La réussite du *Traité élémentaire de physiologie* de M. J. Béclard prouve, d'une part, que l'ouvrage avait sa raison d'être, qu'il était non-seulement utile, mais nécessaire, et que sa publication comblait un vide, peut-être momentané, mais réel; d'autre part, qu'il était bien fait, de facile intelligence, et remplissait le but que l'auteur s'était proposé lorsque dans son introduction il disait :

« L'ouvrage que nous publions aujourd'hui est surtout un livre d'enseignement; il s'adresse bien moins à ceux qui savent qu'à ceux qui veulent apprendre. Nous ne nous sommes pas proposé d'écrire l'histoire de la physiologie non plus que de ses progrès; nous avons cherché à exposer sous une forme concise l'état actuel de la science. »

(1) 2e édit. Un vol. in-8° avec fig. Prix, 12 fr. Chez Labé.

Nous disons que ce livre comblait un vide momentané, mais réel; et en effet, que voyons-nous? Des ouvrages faits avec talent, mais qui ne traitent que des points isolés de la science; des recueils de faits, d'expérimentations propres à démontrer telle ou telle théorie sur telle ou telle fonction d'un organe ou d'un appareil donné; des recherches isolées, dont la valeur sera peut-être grande dans l'avenir, mais sans application immédiate, *disjectæ membra scientiæ;* — mais pas de travail d'ensemble. Nous nous trompons; il en existe un, le grand *Traité de physiologie* du professeur Bérard; mais sa publication, trop longtemps interrompue par un grave accident dont les traces ont heureusement disparu, n'est pas assez avancée pour que les élèves en puissent tirer actuellement un parti suffisant pour leurs études. Nous ne parlons pas des anciens traités d'il y a vingt ans seulement, qui n'étaient déjà plus au niveau de la science.

Le moment était donc bien choisi pour mettre au jour un ouvrage élémentaire qui renfermât non pas un abrégé, mais un exposé bien complet et détaillé de la science de l'homme vivant telle qu'elle existe aujourd'hui. Il fallait seulement que, se bornant aux développements rigoureusement nécessaires, on retranchât les fastidieuses et inutiles descriptions d'expériences auxquelles on est trop disposé à se laisser entraîner lorsqu'il s'agit de démontrer des découvertes nouvelles. En un mot, il fallait être à la fois clair, complet et concis.

C'est la réunion de ces trois qualités si difficiles à rassembler qui a fait le grand succès du *Traité de physiologie* de M. Béclard, et qui l'a placé d'emblée au rang des livres classiques, en même temps qu'une entière indépendance scientifique et un sûr jugement critique lui impriment un cachet d'originalité assez rare, il faut bien le dire, dans les travaux de ce genre.

Bien que depuis un an la science physiologique n'ait pas fait d'acquisitions nouvelles bien déterminées, l'édition actuelle a reçu cependant de notables et importantes additions. Grâce à une heureuse combinaison typographique, l'intelligent éditeur a pu, sans augmenter ni le format ni l'épaisseur du volume, donner à M. Béclard la place nécessaire pour remanier avec plus d'ampleur de nombreux chapitres peut-être un peu courts, pour ajouter çà et là des considérations reconnues essentielles, et intercaler soixante-dix nouvelles figures dessinées d'après nature et gravées sur bois.

On ne s'attend pas à ce que nous présentions ici une nouvelle analyse du livre de M. Béclard, et que nous exposions l'ordre qu'il a suivi dans la description des fonctions. Le compte rendu que nous avons donné de la première édition renfermait cet exposé, et l'auteur n'a rien changé au plan qu'il avait adopté, plan qui d'ailleurs est conforme aux divisions généralement admises.

« Les diverses fonctions, avait-il dit déjà, sous lesquelles on a coutume de grouper les actes de l'économie vivante ne sont que des divisions factices, nécessaires pour l'analyse des phénomènes; toutes les fonctions sont indissolublement liées les unes aux autres, comme les organes qui les exécutent. Pénétré de cette pensée, nous ne sentons nullement le besoin d'introduire de nouvelles coupes dans l'étude de la physiologie.

affections, et de signaler plus particulièrement les perfectionnements qui ont été apportés dans ces derniers temps dans l'emploi d'un moyen résolutif d'une grande énergie. Nous mettrons tout d'abord de côté les adénites de nature spécifique, qui ont leurs indications à part, pour ne nous occuper que de la grande classe des adénites strumeuses, les plus communes sans contredit et les plus rebelles en général à l'action des agents résolutifs, et nous avertissons que nous n'entendons parler ici que des moyens résolutifs locaux ou topiques seulement, réservant tout ce qui concerne les médications internes. Nous appellerons à notre aide, pour nous guider dans cette appréciation, l'opinion d'un des chirurgiens les plus compétents en cette matière, M. Guersant, et les résultats de sa pratique dans l'un des services des hôpitaux de Paris où ces sortes d'affections sont le plus communes.

Voici l'opinion de M. Guersant sur les moyens le plus habituellement usités pour le traitement des adénites chroniques, et ceux qu'il met plus particulièrement en pratique à l'hôpital des Enfants.

Les émissions sanguines locales, qui ont été très en vogue il y a un certain nombre d'années, n'ont donné que rarement de bons résultats entre ses mains. Elles ne lui ont paru, en général, que diminuer le gonflement et la douleur, l'engorgement ne tardant pas ordinairement à reparaître, et le plus souvent à être suivi de suppuration. Aussi y a-t-il presque complétement renoncé. Mais si les émissions sanguines ne conviennent pas dans les adénites chroniques, il n'en est pas de même de l'adénite symptomatique d'une lésion traumatique aiguë. Dans ce cas, à l'exemple de Blandin, M. Guersant applique des sangsues et des émollients, et en obtient de bons résultats. Aussi formule-t-il en principe que les émissions sanguines doivent être réservées particulièrement pour les adénites traumatiques aiguës, et qu'il faut les exclure du traitement de de l'adénite chronique, où elles n'auraient pour effet que de débiliter les malades sans aucune utilité.

Les onctions fondantes sont préférées aux émollients : M. Guersant se sert de l'onguent napolitain seul ou uni à la belladone. Cependant ces onctions ne sont pas tout à fait sans inconvénients. Elles produisent quelquefois de l'érythème et plus rarement de la salivation. Ce dernier accident se produit rarement, en effet, chez les enfants; M. Guersant a employé quelquefois jusqu'à 3 et 4 onces d'onguent napolitain sans l'avoir jamais vu survenir. L'onguent napolitain calme la douleur et prépare la résolution. Au bout de quatre ou cinq jours, généralement la tumeur a assez sensiblement diminué pour qu'on puisse cesser l'usage des onctions mercurielles et les remplacer par la pommade iodurée.

Quelquefois M. Guersant emploie la pommade iodurée d'emblée à la dose de 4 grammes sur 30. Il a remarqué toutefois que cette pommade calmait généralement moins vite que l'onguent napolitain. Quelquefois dès le début il en résulte de l'érythème; mais il y a un moyen de prévenir ou d'éviter cet inconvénient, c'est de faire préparer la pommade iodurée avec de la pommade de concombre, et d'y ajouter une petite quantité d'eau avant de broyer l'iodure de potassium avec le corps gras. On prévient de cette manière l'irritation que produiraient les parcelles dures de ce sel. Cette pommade est employée en simples onctions et non en frictions. Enfin, on y joint très-souvent l'usage des corps chauds, la laine ou la ouate, de préférence aux cataplasmes.

L'application de ces divers moyens a amené la résolution d'adénites anciennes et volumineuses chez plusieurs petits malades, et notamment chez un jeune sujet qui était couché, il y a quelque temps, au dernier lit de la salle Saint-Côme, et chez lequel nous avons pu constater cet heureux résultat.

L'emplâtre de Vigo a été essayé aussi à l'hôpital des Enfants; il a paru réussir quelquefois; mais M. Guersant lui préfère les pommades à cause de l'irritation locale et du sentiment de gêne que cause cet emplâtre.

Les vésicatoires, qu'on a beaucoup vantés dans le temps comme résolutifs et abortifs, ont également été mis en usage, mais ils n'ont pas toujours amené la fonte des indurations, et ils ont eu, en outre, l'inconvénient dans plusieurs cas d'ulcérer la peau.

Tels sont les moyens résolutifs les plus usités à l'hôpital des Enfants, et telle est d'une manière générale leur valeur respective aux yeux de M. Guersant.

Mais il a été expérimenté et proposé récemment un nouveau moyen puissant de résolution dont il nous reste à parler pour compléter l'inventaire de l'état actuel de la thérapeutique sur ce point. Quand nous disons un moyen nouveau, l'expression n'est pas très-juste, car il y a longtemps qu'il a été essayé; mais il est devenu nouveau réellement par l'ingénieuse instrumentation imaginée pour en multiplier la puissance et la rendre plus particulièrement applicable au but dont il s'agit. Nous voulons parler de l'électricité et des appareils que M. le docteur Boulu a imaginés pour l'approprier spécialement à la résolution des engorgements glandulaires chroniques du cou.

Les appareils de M. Boulu se composent de plaques à surfaces granulées, de diverses formes et de différentes grandeurs, à un et deux courants; de plaques à pointes longues et mousses, également à un et deux courants; d'un rouleau granulé à deux courants réunis; d'une pince à deux courants réunis, à coquilles de rechange et à vis de pression; d'une molette dentée à double courant; et enfin d'un poinçon en olive à un seul courant, que l'on place au milieu du disque ouvert dont il vient d'être question: le tout adapté à l'appareil électro-médical des frères Breton.

La propriété que M. Boulu attribue aux plaques granulées est de diviser le fluide électrique à l'infini et d'établir des courants sur toute la surface des tumeurs, quel que soit leur volume. Les plaques à deux courants réunis, et qui ne sont séparées que par un morceau d'ivoire, ont de plus l'avantage, à ses yeux, de diriger plus facilement le fluide électrique sur les tumeurs et de pouvoir l'y concentrer. Celles à disque ouvert et en demi-lune sont destinées à saisir les ganglions par leur base, à bien les fixer et les circonscrire en même temps.

Les plaques à pointes longues et mousses, quoique n'opérant pas une aussi grande division de fluide électrique que les précédentes, introduisent plus profondément le fluide, et, par ce moyen, atteignent d'une manière plus énergique les tumeurs ganglionnaires, bien souvent recouvertes, comme on le sait, d'une couche graisseuse quelquefois très-épaisse. Celles en forme de tulipe ont encore l'avantage de saisir plus immédiatement les ganglions, qui sont fréquemment très-mobiles.

M. Boulu se sert encore, mais par exception seulement, de plaques plus larges, dont le disque, partagé en quatre, reçoit quatre fils produits par la bifurcation des rhéophores, et conduisant ainsi ce qu'on appelle des courants dérivés. Cette division encore plus grande des courants lui a paru rendre l'action du fluide électrique plus supportable aux personnes d'une nature trop irritable; c'est encore dans ce cas qu'il place sous ses excitateurs secs des éponges très-minces, qui ménagent la sensibilité de la peau sans affaiblir la force électrique.

Le rouleau granulé à deux courants réunis produit une grande chaleur et fournit une plus grande dose d'électricité, divisée à l'infini par le roulement continuel et la pression plus ou moins forte qu'il exerce sur les parties malades.

La pince à deux courants réunis, à coquilles de rechange et à vis de pression, a pour but de pouvoir fixer les tumeurs, puis de les comprimer à volonté.

La molette dentée à double courant est destinée principalement à diviser les ganglions en s'enfonçant dans leurs intervalles.

Enfin, le poinçon en olive à un seul courant, que l'on place au milieu du disque ouvert, agit en pressant fortement le centre de la tumeur, tandis que le disque agit sur sa circonférence.

Ces derniers instruments, tout en fournissant beaucoup d'électricité, ont encore pour but de faire l'écrasement des tumeurs, de séparer les ganglions bien souvent réunis, et de rendre ainsi plus efficace l'action du fluide électrique.

Pour les cas exceptionnels où les adénites cervicales, en raison de leur durée et de leur nature, résistent à l'action énergique du fluide électrique appliqué extérieurement avec les instruments précédents, M. Boulu a imaginé un nouveau procédé d'électropuncture par le séton métallique.

Les sétons électriques sont construits avec des fils très-fins ou des chaînes très-petites et très-flexibles, en argent, or ou platine.

Afin d'obvier aux inconvénients causés par le contact constant des aiguilles avec la peau pendant toute la durée de l'opération, M. Boulu a fait établir des sétons isolant parfaitement le tissu dermoïde. Ces sétons isolants, faits avec des fils métalliques très-fins, passés dans de petites sondes de gomme élastique très-flexible, portent avec eux leurs deux courants bien distincts.

L'introduction de ces petits sétons est faite à l'aide des aiguilles de M. Bouvier, auxquelles on donne une longueur, une courbure et une épaisseur convenables, et qui varient suivant les cas dans lesquels on les emploie.

Telles sont les dispositions qui, entre les mains de M. Boulu, ont fait de l'application de l'électrisation localisée une sorte de système ou de méthode nouvelle, permettant de faire pénétrer l'excitation électrique dans l'épaisseur de la tumeur ganglionnaire, d'agir à la fois sur toute sa surface, ou de la cerner à volonté, de manière à l'isoler des parties voisines et à circonscrire l'action des courants aux tissus malades seulement.

Les faits d'application ne sont pas assez nombreux encore, ni assez variés pour permettre de porter un jugement sur la valeur de cette méthode, et de prévoir l'avenir qui lui est réservé; mais, d'après les résultats que M. Boulu a déjà constatés, et dont quelques-uns l'ont été dans les hôpitaux, il est permis de fonder quelquel espoir sur sa réussite, et, ainsi que l'a déjà dit M. Bouvier dans son rapport à l'Académie sur ce sujet, « ces faits sont de nature à encourager de nouveaux essais. »

De l'hydrocotyle asiatique dans le traitement de la lèpre et de l'eczéma.

Il y a quelques années, un médecin de Pondichéry, M. Houbert, faisait connaître dans une publication des établissements français de l'Inde les propriétés médicales de l'hydrocotyle asiatique, plante de la famille des ombellifères, usitée depuis un certain temps dans ces contrées pour le traitement de la lèpre, des eczémas chroniques, de la syphilis, etc. D'après les expériences de M. Houbert, mais surtout d'après les essais antérieurs de M. Boileau (de l'île Maurice), qui l'a expérimentée sur lui-même avec succès, l'emploi de cette substance sous diverses formes, en poudre, en fumigations, en tisane, en frictions et en bains, aurait une propriété curative réelle dans les affections que nous venons de désigner, et particulièrement dans la lèpre.

D'après les indications fournies par ces deux médecins, M. Devergie en a fait dernièrement l'essai dans son service de l'hôpital Saint-Louis. On n'apprendra pas sans quelque intérêt les résultats qu'il en a obtenus.

Rappelons d'abord en quelques mots les divers modes d'emploi de cette substance : l'hydrocotyle, avons-nous dit, s'emploie ou en poudre sèche, ou en tisane, ou en frictions, ou en bains. On donne la poudre sèche dans un véhicule aromatisé, d'abord à la dose de 1 gramme, qu'on élève de 50 centigrammes tous les douze ou quinze jours, jusqu'à concurrence de 2, 3, 4, 5, 6, 7 grammes et plus. On administre deux ou trois purgatifs huileux par mois. La tisane consiste en une infusion de 64 grammes d'hydrocotyle sèche par litre d'eau, pour une journée. La pommade (la formule n'en a pas été donnée) est employée en frictions sur les tubercules et dans le pansement des plaies, chez les lépreux. Enfin, pour les grands bains, qu'on fait prendre une fois par semaine, on met de 5 à 600 grammes de plante. M. Boileau en avait fait usage en sirop.

M. Devergie n'ayant à sa disposition qu'une petite quantité de cette plante à l'état de feuilles, d'extrait alcoolique et d'extrait aqueux, s'en est servi seulement en extrait et en infusion. L'infusé, après quelques tâtonnements, a été fixé à la dose de 8 gram. pour un litre d'eau. L'extrait alcoolique a été employé de préfé-

---

» Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire, et nous croyons qu'il est fâcheux de bouleverser le champ à peine défriché de la physiologie. Si nous avions eu un seul instant ce désir, de récents exemples suffiraient pour nous montrer où peut conduire en biologie l'abus des classifications : s'évertuer à obscurcir ce qui est clair; déguiser sous le masque du néologisme des choses connues de tous, pour leur donner un air de nouveauté; parler à tout propos de synthèse, et noyer la science dans le morcellement indéfini des idées, ce sont là des tentatives à l'aide desquelles on peut tromper quelques esprits faciles à séduire, et qui ne seraient que stériles si elles n'étaient nuisibles. »

Nous avons cité ce passage, cette profession de foi, en quelque sorte, parce que M. Béclard nous a semblé au plus haut degré être dans le vrai en s'exprimant d'une façon aussi nette, aussi tranchée. Nul doute pour nous que cet exposé de sa manière d'envisager la science n'ait contribué pour beaucoup à faire prendre à son égard la mesure dont il vient d'être l'objet, et à laquelle ont applaudi les élèves, toujours reconnaissants de ce que l'on fait dans leur intérêt bien entendu. Nul doute aussi qu'il ne faille voir dans la disposition administrative qui, sur la demande du savant titulaire, le charge cette année du cours de physiologie, une sorte d'engagement à l'attacher plus tard à la Faculté, où le nom de son père a brillé trop peu de temps d'un si vif éclat.

Essai sur les principaux points de la physiologie, par le docteur BOUCHER, professeur à l'École de médecine d'Amiens (1).

Bien que consacré, comme le précédent, à l'étude de la physiologie, le livre de M. Boucher est essentiellement différent, et pour le fond et pour la forme, de celui de M. Béclard. Pendant que l'un cherche à exposer de la façon la plus complète l'état de la science à l'époque actuelle, tant en France qu'à l'étranger, sans négliger cependant de donner son avis sur les points litigieux, mais aussi sans prétendre refaire la science, dont il n'est que l'historien fidèle et critique, M. Boucher, mal satisfait des théories et des explications à l'aide desquelles les physiologistes modernes ont cherché jusqu'à ce jour à interpréter les phénomènes de la vie, tente de nouvelles voies et veut presque démontrer l'inanité du plus grand nombre de ces explications pour leur en substituer d'autres qu'il regarde sinon comme plus vraies, du moins comme plus vraisemblables.

M. Boucher n'est pas un inconnu, un *premier venu* dans la science, et si étranges que puissent au premier abord paraître ses théories, il n'est pas possible de les accueillir par une fin de non-recevoir. En 1848, il a publié sur la structure des organes de l'homme et des animaux supérieurs des recherches intéressantes dont nous avons à cette époque entretenu nos lecteurs. Peut-être, si elles n'ont pas eu à ce moment tout le retentissement dont elles étaient dignes, faut-il l'attribuer aux circonstances et aux préoccupations de toutes sortes qui tournaient alors la tête de bien des hommes sérieux; peut-être quelques-uns ont-ils négligé de répéter les expériences de M. Boucher, parce qu'il s'était servi pour les faire d'un appareil, le microscope solaire, auquel beaucoup de savants refusent toute utilité pratique. Nous n'avons pas la compétence nécessaire pour trancher la question. Si nous rappelons cela, c'est pour établir que M. Boucher est un homme sérieux, avec lequel il faut compter, et dont les travaux ne sont certainement pas condamnés à l'oubli.

A ces recherches anatomiques et histologiques ont succédé des travaux physiologiques; après l'étude de l'instrument, l'étude de ses usages : rien d'étonnant que des résultats différents auxquels a été conduit l'auteur quant à la structure l'aient entraîné à une interprétation différente des fonctions et du mécanisme suivant lequel elles s'opèrent.

Le travail de M. Boucher n'est pas un livre pour les élèves, pour ceux qui veulent apprendre, mais plutôt pour les savants, ou du moins pour ceux qui savent déjà. D'ailleurs il ne comprend pas toute la physiologie; l'auteur s'est borné dans ce volume à examiner les fonctions nerveuses qui dominent tout l'organisme, l'assimilation et la nutrition, la génération et les différences des hommes.

Certes nous ne voudrions pas assurer que tous ceux qui l'ont précédé se sont trompés; mais nous sommes obligé de dire que dans son livre tout s'enchaîne, tout se lie de la façon la plus intime, la plus rationnelle; que si l'auteur s'est trompé, il est difficile de commettre une erreur plus logique, plus vraisemblable, et de donner à des théories mensongères plus d'apparence de vérité, en même temps que plus de séduisante originalité.

Dr A. FOUCART.

(1) Un vol. in-8°. — Prix : 6 fr. Chez Germer Baillière.

rence à l'extrait aqueux, comme contenant une plus grande proportion de principe actif.

Voici, d'après la *Gazette hebdomadaire*, à laquelle nous empruntons ces détails, les résultats que M. Devergie a constatés chez trois lépreux et chez cinq eczémateux qu'il a soumis à ce traitement.

Chez un premier lépreux, Grec d'origine, bien constitué, dans la force de l'âge, mis à l'usage journalier de la tisane et des pilules d'extrait aqueux de 5 centigrammes; en commençant par une et augmentant d'une pilule tous les cinq jours, arrivé à sept pilules par jour, il se présenta des phénomènes très-remarquables et tout à fait semblables à ceux que produisent les poisons narcotico-âcres: étourdissements et céphalalgie, physionomie rappelant l'ivresse, vacillation des membres, anorexie, malaise général, somnolence, etc. Malgré la suspension du médicament, cet état dura cinq à six jours, laissant encore après lui une prostration et un dégoût pour les aliments qui durèrent encore une quinzaine de jours. Après ce laps de temps la médication fut reprise, et la dose de l'hydrocotyle élevée jusqu'à 20 centigrammes d'extrait alcoolique par jour; mais son action sur la lèpre fut peu marquée. Au bout de trois mois de traitement, les tubercules n'avaient point perdu de leur volume, seulement il y avait eu une diminution notable de l'empâtement des mains et de la figure, ce qui les rendait moins saillantes.

Deux autres lépreux ont été mis à l'usage du même traitement, mais à des doses moins élevées, afin de prévenir le retour des accidents toxiques développés chez le premier.

L'un de ces malades, homme de quarante ans, d'un aspect hideux et affaibli par l'ancienneté de la maladie, a pris l'hydrocotyle en tisane et en pilules d'extrait alcoolique de 25 milligrammes chacune, en débutant par une pilule et augmentant d'une tous les quatre jours. Dans les premiers temps du traitement, le malade éprouva une amélioration dans son état général, et une grande partie des ulcérations avaient paru se cicatriser. Mais cette amélioration ne fut pas de longue durée. Arrivé à cinq pilules par jour (125 milligrammes d'extrait), il fut pris des mêmes accidents que le premier malade. On mit en conséquence un terme au traitement.

L'autre malade était un jeune enfant de l'île Bourbon. On ne dépassa pas chez lui la dose de quatre pilules d'extrait alcoolique à 25 milligrammes chacune. Mais après six semaines d'usage de ces pilules et de la tisane, dont il prenait jusqu'à trois verres par jour, aucune amélioration n'étant survenue, et l'enfant perdant l'appétit et les forces, on dut également s'arrêter.

Les cinq autres malades traités par l'hydrocotyle avaient des eczémas localisés, tous très-rebelles. La dose n'a dépassé chez aucun d'eux 125 milligrammes d'extrait alcoolique par jour, en débutant par 25 milligrammes et augmentant tous les trois ou quatre jours de 25 milligrammes; plus trois ou quatre verres d'une tisane préparée par infusion avec 40 centigrammes de plante desséchée pour 1,000 grammes d'eau. Cette médication a amené la guérison chez ces cinq malades dans un espace de temps assez court, et elle n'a pas développé d'accident chez aucun d'eux soit du côté de l'estomac, soit du côté de la santé générale.

Les résultats bien différents constatés dans ces deux séries de cas sont également utiles à connaître: les premiers en ce qu'ils révèlent dans cette substance, malgré son inefficacité contre la lèpre, une action toxique énergique qui peut à des doses atténuées être convertie en une action thérapeutique utile que l'expérience déterminera plus tard; les seconds, en ce qu'ils confirment déjà en partie ces espérances par rapport aux eczémas rebelles. C'est donc un agent qui demande encore à être étudié et expérimenté avec toute la prudence qu'exigent de pareils essais.

LIGATURE DE L'ARTÈRE FÉMORALE
pour un anévrisme de l'artère poplitée.

Par M. le docteur Reymonet (de Marseille.)

Il y a environ un an, une roue d'une petite charrette peu chargée passa obliquement sur le pied gauche de M. X..., et produisit une contusion qui occupait sur la région dorsale du pied l'espace compris entre le petit orteil et le cou-de-pied.

Un mois après, le malade éprouva dans les malléoles des douleurs pour lesquelles on lui appliqua successivement un bandage roulé arrosé d'eau blanche, qui n'amena aucune amélioration, et une guêtre de peau de chien, qui ne put pas être supportée. Ces douleurs, soit qu'elles eussent diminué réellement, soit que l'habitude les eût rendues moins intolérables, purent permettre au malade de reprendre ses travaux (il était contre-maître dans un entrepôt).

Il y a environ cinq mois, il commença à éprouver de temps à autre un sentiment de constriction qui avait son siége au-dessous du genou, et, faisant le tour de l'extrémité supérieure du tibia, produisait la sensation d'une jarretière trop serrée. Peu de temps après, le malade s'aperçut qu'il avait dans le creux poplité une grosseur qui devint de plus en plus gênante. Cette tumeur s'accrut rapidement, et le 10 octobre, après quarante-cinq jours de repos au lit, elle avait acquis le volume d'un gros poing; elle occupait non-seulement tout le creux poplité, mais encore toute la partie interne de l'articulation tibio-fémorale, et était en quelque sorte bilobée par les tendons des muscles de la patte d'oie.

La tumeur offrait des battements appréciables à la vue, et plus marqués dans la partie qui occupait le creux poplité. L'auscultation faisait percevoir un bruit de souffle très-prononcé. La jambe était à demi-fléchie sur la cuisse, et l'extension complète ne pouvait pas avoir lieu.

Il y avait donc là un anévrisme de l'artère poplitée, et la ligature de l'artère fémorale fut jugée nécessaire.

Ce vaisseau fut lié dans le triangle de Scarpa; l'opération ne présenta rien autre de particulier qu'un peu de difficulté pour isoler une veinule et un filet nerveux serpentant dans la gaîne de l'artère. Une petite artère dut être liée pendant l'opération. Les deux bouts de cette ligature furent coupés, et un seul fut laissé de ceux qui liaient la crurale. Ce dernier fut placé dans l'angle supérieur de la plaie, qui par la position du membre devait être le point le plus déclive. Trois points de suture entre-coupée, ainsi que des bandelettes de diachylon, furent placés pour rapprocher les bords de la plaie, et un pansement à plat fut appliqué.

Le malade, ayant le membre entouré de laine, fut placé dans son lit, et la jambe, à demi fléchie sur la cuisse, fut soutenue par des coussins. Du tilleul est donné par petites gorgées.

Dix heures trois quarts. Immédiatement après l'opération, pouls petit et concentré. — Tilleul et limonade.

Onze heures et demie. Pouls plus fréquent et moins concentré. La température est plus élevée dans le membre gauche opéré que dans le membre droit.

Deux heures. Le pouls continue à augmenter de force; la température du pied gauche devient inférieure à celle du pied droit.

Le malade souffre depuis onze heures et demie de picotements et de fourmillements dans la jambe, et surtout dans le pied. Il perd le sentiment de l'existence de son membre, et à partir de trois heures il sent de temps en temps des élancements dans le creux poplité et des fourmillements intolérables dans les parties du pied qui touchent le drap de lit.

Les battements de la tumeur et le bruit de souffle ont d'ailleurs disparu immédiatement après l'opération.

Six heures. Pouls fort et fréquent, chaleur à la peau, sueurs abondantes pendant toute l'après-dînée, soif peu vive.

La tête n'a pas été embarrassée un seul moment (ni délire ni coma); seulement, toutes les fois que le malade est sur le point de s'endormir, il se figure être de nouveau entre les mains de l'opérateur, et cette idée chasse le sommeil pendant toute la nuit.

Dix heures du soir. La fièvre a légèrement diminué. La tête reste libre; jusqu'au lendemain matin, la soif augmente un peu.

Le 11 octobre, à dix heures, pouls de 68 à 70. La tête est tranquille. La peau du membre est légèrement chaude, les orteils seuls sont froids. La langue est un peu blanche sur le milieu, les bords sont rosés.

La tumeur a diminué de la moitié de son volume. Il n'y a ni battements ni bruit de souffle.

De midi à une heure, vives douleurs dans le genou, fourmillements par intervalles dans la jambe, un peu de fréquence dans le pouls et de chaleur à la peau.

Trois heures. Pouls de 80 à 85, bouffées de chaleur à la face, tête un peu lourde, sueurs abondantes.

Trois heures et demie. Moins de lourdeur de tête et de chaleur à la peau; le pouls est devenu plus petit; vive agitation et inquiétude qui rendent toute position insupportable.

De quatre à cinq heures et demie, sommeil léger interrompu de dix en dix minutes.

Le soir, le pouls est petit, fréquent et concentré, et reste ainsi jusqu'au lendemain. Il y a alternativement de l'agitation et du repos léger. Les fourmillements dans le pied et dans la jambe et les élancements dans le genou persistent toujours.

Le 12, la tumeur est réduite au quart de son volume primitif; fièvre légère. — Bouillon de quatre en quatre heures.

Le 13, pansement. La partie moyenne de la plaie est réunie; la suppuration est établie. Les bandelettes sont laissées en place. La plaie présente autour d'elle une aréole de 1 à 2 millimètres, de couleur rosée. La nuit a été agitée, inquiétudes.

Le 14, nuit agitée. La fièvre persiste; deux soupes et limonade. Le malade commence à remuer son membre, et peut de temps en temps se retourner dans son lit.

A la fin du mois, la plaie est cicatrisée, et le malade peut sortir et faire tous les jours une promenade d'un quart d'heure. Ed. Bonniface.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 novembre 1856.—Présidence de M. Bouvier, vice-présid.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le professeur Porta fait hommage à la Société de son mémoire sur les tumeurs des follicules sébacés.

— La Société reçoit, en outre, les ouvrages suivants:

De la cystite cantharidienne, par M. le docteur Morel-Lavallée.

De la glycosurie physiologique des femmes en couches, des nourrices et d'un certain nombre de femmes enceintes, par M. le docteur Hippolyte Blot.

M. le président remercie, au nom de la Société, les auteurs de ces envois.

— Le secrétaire général donne ensuite lecture des deux observations suivantes, adressées par M. le professeur Fleury (de Clermont), membre correspondant.

Obs. I. — *Tumeur fluctuante au-devant du front. — Injection iodée. Guérison.*

Le 10 août de cette année, on m'a conduit à Clermont un petit enfant âgé de seize mois, qui, trente jours auparavant, avait fait, dit-on, une chute de 10 à 12 pieds de haut: il était tombé sur le front.

Avant cet accident sa santé était excellente; elle est restée bonne depuis, mais il est survenu au-devant de la tête une tumeur assez volumineuse, indolente à la pression, sans changement de couleur à la peau, qui soulevait la moitié gauche du coronal, et dans laquelle on sentait de la fluctuation.

En pressant sur cette partie de l'os, on avait la sensation d'une feuille de parchemin que l'on froisserait entre les doigts. Sur la ligne médiane, au contraire, la collection liquide paraissait sous-cutanée. La moitié droite du coronal n'avait subi aucun déplacement.

L'état général du petit malade était aussi satisfaisant que possible; pas la moindre altération dans les facultés intellectuelles, sensitives et motrices; conservation de l'appétit et de la gaieté.

Le médecin du village qui a donné les premiers soins à l'enfant m'a dit que le premier jour il n'avait constaté l'existence d'aucun épanchement; c'est le lendemain seulement qu'il a cru reconnaître la présence d'un liquide. Plus tard, il lui a semblé que la tumeur était soulevée par des battements.

Ne voulant pas, dans la circonstance actuelle, tenter une opération, il a conseillé aux parents de m'apporter l'enfant. Ceux-ci s'adressèrent d'abord à un honorable praticien de notre ville, qui fit une piqûre à la tumeur; il n'en sortit que du sang. (Il m'a dit depuis que le bistouri n'avait fait qu'entamer la peau, et qu'il n'était point arrivé dans la cavité où existait le liquide.)

Je pratiquai avec un trocart capillaire une ponction au centre de la tumeur; 30 à 40 grammes d'un liquide clair comme de l'eau de roche s'échappent par la canule de l'instrument. Dès qu'il s'est écoulé, je sens très-distinctement la partie moyenne du coronal qui était masquée par la tumeur fluctuante; sa moitié gauche, au contraire, s'affaisse et ne donne plus cette sensation de crépitation que j'ai signalée. Le liquide était donc, en avant, placé au-devant de l'os, et situé derrière lui en arrière et à gauche.

D'où provenait-il? S'était-il formé spontanément? Venait-il des cavités ventriculaires? Était-ce la sérosité du sang qui se serait séparée du cruor à la suite d'un épanchement provoqué par la chute?

Sa transparence et son abondance semblaient éloigner cette dernière hypothèse. D'un autre côté, comment concilier avec l'intégrité des fonctions du cerveau une hydropisie ventriculaire survenue aussi rapidement, et comment ce même liquide aurait-il pu arriver à l'extérieur sans entraîner une perturbation énorme dans les facultés motrices et sensitives? Un épanchement de sang aurait eu les mêmes effets fâcheux.

Avant de tenter une opération, je recueillis sur un cadavre 15 grammes à peu près de liquide céphalo-rachidien, et je fis soumettre les deux produits à une analyse comparative. Le premier contenait une proportion d'albumine considérable, 10 p. 100; le second en renfermait seulement quelques traces. Il existait dans l'un et l'autre des phosphates et des chlorures alcalins.

Rassuré par cet examen, je pratique, le 19 août, dans la tumeur vidée préalablement du liquide qu'elle contient, une injection iodée composée de deux tiers d'eau et d'un tiers de teinture d'iode.

Le contact de ce mélange est très-bien supporté; je le retire au bout de trois minutes, en recommandant au médecin du village habité par l'enfant de le surveiller et de combattre l'inflammation si elle est trop forte. Il n'est survenu aucun accident.

Au bout de huit jours, les parents, effrayés, me ramènent le petit malade. La collection liquide est plus abondante qu'au moment de l'opération; mais comme elle me paraît être l'effet du travail inflammatoire survenu dans la tumeur, je les rassure, en leur recommandant de me le rapporter dans trois semaines.

Je ne l'ai revu que le 28 septembre; il n'existe plus de liquide, mais le coronal en totalité fait une saillie marquée au-devant des pariétaux. Les parents m'assurent qu'avant l'accident la tête de leur enfant était bien conformée.

Je ne puis attribuer cette différence qu'à un dépôt de lymphe plastique, qui probablement disparaîtra avec le temps.

Cette observation m'a paru offrir assez d'intérêt pour être soumise à l'examen de mes honorables collègues de la Société de chirurgie. J'appellerai donc leur attention sur ce fait, en les priant de me donner leur avis sur plusieurs questions qui me paraissent encore fort obscures.

On ne peut douter assurément que la cause de la tumeur qui s'est formée au-devant du front n'ait été la chute qu'a faite cet enfant. Mais comment s'est formé le liquide? D'où provenait-il? Quelle en était la nature? Comment a-t-il pénétré sous la moitié gauche du coronal sans soulever la moitié opposée et les autres os du crâne? Comment expliquer un épanchement aussi prompt sans une compression du cerveau?

L'épanchement avait-il son siége sous la dure-mère ou entre la dure-mère et les os? En supposant qu'il se fût formé sous les os du crâne, comment le liquide s'est-il frayé une issue à l'extérieur? La fontanelle est trop éloignée. Est-ce par la suture qui unit les deux pièces du coronal?

Je désirerais savoir si quelques faits analogues ont été signalés.

Obs. II. — *Fracture du fémur simulant une luxation en haut et en dehors de la cuisse.*

La rotation du pied en dedans à la suite de la fracture du col du fémur a été signalée dans tous les traités de chirurgie comme un fait exceptionnel et qui doit être bien rare, puisque Boyer dit ne l'avoir jamais observée.

Mais un raccourcissement de quatre travers de doigt, une adduction exagérée du membre pelvien en totalité peuvent être considérés comme un fait complétement anormal, et qui ne se voit que dans la luxation de la cuisse en haut et en dehors.

La pièce que j'ai l'honneur de soumettre à l'examen de la Société offre un exemple très-remarquable de cette déviation. C'est à la suite d'une fracture de la base du col du fémur qu'elle s'est manifestée.

Il suffit, pour bien juger du degré de torsion du genou et du pied, de donner à la pièce la position que la tête du fémur occupe lorsqu'elle est logée dans la cavité cotyloïde; on voit alors que la face antérieure de l'os est tournée en dedans et le bord postérieur en dehors.

Le malade, qui a été admis à l'Hôtel-Dieu de Clermont le 1er juin 1856, est âgé de cinquante ans.

Il nous dit qu'il avait fait, il y a un mois, une chute de sa hauteur dans un escalier, sans pouvoir préciser cependant la manière dont il était tombé.

Ce qui frappe à première vue, c'est le raccourcissement du membre et sa déviation en dedans, la saillie du grand trochanter et les plis que l'on remarque à la face interne de la cuisse.

Si les symptômes d'une luxation paraissent d'abord très-tranchés, un examen plus attentif jette bien quelque doute sur ce premier diagnostic. Ainsi le pli de la fesse de ce côté n'est pas plus élevé, la fesse elle-même ne forme pas une saillie plus prononcée que celle du côté opposé, la pointe de l'os que l'on sent sous la peau paraît plus superficielle et plus aiguë que le sommet du grand trochanter, la mobilité du fémur paraît plus prononcée que dans la luxation; mais la torsion du genou et du pied est tellement exagérée, que je suis plutôt tenté de croire à un déplacement de l'os en totalité qu'à sa fracture.

La réduction est opérée. Elle est difficile, douloureuse, ce qui me confirme dans ma première opinion. Le membre s'allonge cependant, mais je n'entends point le bruit caractéristique de la rentrée de la tête du fémur dans la cavité cotyloïde. La cuisse est restée plus courte que l'autre. Le malade nous dit alors que depuis longtemps ce membre est un peu difforme. Est-ce dans l'intention de voir cesser les tractions? Je l'ignore.

Je crois la réduction suffisante. Mais lorsque le lendemain j'examine le membre, je retrouve le déplacement de la veille. Le doute alors n'était plus permis: c'était bien une fracture que nous avions à traiter.

Après avoir opéré une nouvelle réduction, je fixe les deux membres l'un à l'autre. Mais une eschare, survenue à l'une des malléoles, me force à abandonner ce moyen de contention.

Le malade, dont la constitution est détériorée, qui a été affaibli par un repos prolongé au lit, a succombé au bout de trois mois à une diarrhée dont il était atteint depuis longtemps.

A l'autopsie, nous constatons l'existence d'une fracture parfaitement consolidée. Mais les fragments ont conservé les rapports vicieux qu'ils nous ont toujours présentés, ce qui rend compte de la déviation signalée pendant la vie.

Quelques-uns des membres de la Société ont-ils observé des cas analogues à celui-ci? J'espère que l'examen de cette pièce leur offrira de l'intérêt; c'est ce qui m'engage à la leur soumettre.

M. LARREY indique une pièce du musée du Val-de-Grâce analogue à celle de M. Fleury, quant au siége de la fracture dans les trochanters et à la direction du cal anguleux, mais à un degré moindre que sur la pièce présentée à la Société.

Tumeur fongueuse des gaînes tendineuses du cou-de-pied. — M. VERNEUIL donne quelques détails sur les tumeurs fongueuses qui gaînes tendineuses qui avoisinent l'articulation tibio-tarsienne. Dans une tumeur de ce genre, qu'il a disséquée avec M. Lenoir, il a trouvé que les fongosités formaient des tumeurs fusiformes qui ne dépassaient pas les limites des gaînes synoviales des tendons. Sur un autre pied, amputé par M. Lenoir, il a trouvé la même disposition. La maladie récidiva dans les ganglions, et le malade mourut.

M. Verneuil communique ensuite l'observation suivante:

Un homme qu'il eut à soigner à l'Hôtel-Dieu, présentait au-devant des malléoles deux petites tumeurs molles, déprimées par les tendons extenseurs et le ligament annulaire. La peau était saine, les mouvements faciles; il n'y avait pas de douleurs, et il fallait une marche prolongée pour en éveiller une légère. On sentait la fluctuation de l'une à l'autre des tumeurs.

Cette affection fut regardée comme une hydropisie de la gaîne des tendons. M. Philippe Boyer avait déjà fait appliquer des vésicatoires volants, qui avaient amené une amélioration momentanée. M. Verneuil appliqua des pointes de feu. Quatre ou cinq jours après, lorsque la phlogose, suite de la cautérisation, eut cessé, la tuméfaction était presque entièrement disparue. Au bout de huit jours l'épanchement s'était reproduit. M. Verneuil le combattit par une nouvelle cautérisation suivie d'une compression méthodique, qui n'empêcha pas l'épanchement de devenir, en deux jours, plus considérable qu'avant. M. Verneuil revint aux vésicatoires volants. Mais il survint de l'inflammation à la peau, et une douleur très-vive; la tuméfaction augmenta, et la fluctuation devint évidente. Le trocart explorateur, plongé dans la tumeur interne, ne donna lieu à aucun écoulement; ce qui fit admettre l'existence de fongosités produisant une fausse fluctuation. La piqûre devint le point de départ d'une inflammation circonscrite très-douloureuse. Entraîné par l'apparence de fluctuation, M. Verneuil fit une incision dans le point où il avait fait la ponction. Il ne sortit que du sang, et il n'en résulta aucun soulagement. Mais au bout de cinq jours, un abcès, qui n'avait pas été atteint, s'ouvrit dans la plaie. Une incision, pratiquée sur la tumeur externe, donna également du pus. La douleur restait très-vive et s'accompagnait de secousses brusques et répétées dans le membre, ce qui fit croire à M. Verneuil que la maladie s'était compliquée de névrite. Divers traitements furent essayés sans succès. Enfin on remarqua un craquement articulaire dans les mouvements du pied, et M. Boyer, qui avait repris le service, fit l'amputation sus-malléolaire.

M. Verneuil présente la pièce.

M. MICHON reconnaît dans l'intéressante observation de M. Verneuil une tumeur blanche débutant par les parties molles extérieures à l'articulation. Cette affection peut atteindre toutes les articulations; elle débute dans les gaînes des tendons, puis se rapproche des os, et finit par attaquer la cavité articulaire; elle est souvent curable, mais pas toujours, et, lorsque l'articulation est atteinte, elle nécessite l'amputation.

M. Michon a guéri une semblable tumeur sur une femme au moyen de la cautérisation transcurrente. Plusieurs fois il a obtenu la guérison de semblables tumeurs qui déjà étaient ouvertes au moyen de cautérisations répétées; lorsqu'elles donnent lieu à des fistules, il fend la gaîne, et enlève les fongosités ou les détruit avec le cautère.

M. VERNEUIL reconnaît qu'en effet la tumeur qu'il vient de présenter est une tumeur blanche des parties molles; mais il fait observer qu'elle présente une forme spéciale constituée par les fongosités des synoviales tendineuses.

— M. RICHARD fait un rapport au sujet d'un mémoire de M. Rouyer *sur les tumeurs du voile du palais constituées par l'hypertrophie des glandes salivaires de cet organe.*

M. VERNEUIL cite des passages d'auteurs anciens dans lesquels cette maladie serait désignée comme siégeant dans les glandules qui avoisinent les amygdales, *glanduli juxtà tonsillas.* Il rappelle que Jourdain a rapporté deux observations de calculs dans les glandules du voile du palais, et que Syme a publié trois observations analogues à celles de M. Rouyer. Enfin, il fait observer que cette maladie est déjà décrite sous le nom d'adénome.

M. HUGUIER fait observer que ces tumeurs du voile du palais ne sont pas toujours formées par l'hypertrophie des glandules salivaires, et qu'on en trouve qui sont dues à la dilatation des cavités glandulaires distendues par un liquide filant. Il ajoute que d'autres tumeurs peuvent se rencontrer dans cette région, et que le diagnostic n'en est pas toujours facile.

A l'appui de cette assertion, il cite un cas pour lequel il fut consulté il y a quelques mois. Le malade était un jeune homme qui offrait une tumeur du voile du palais, dont les extrémités se perdaient dans les piliers; il y avait, en outre, un ganglion engorgé sous la mâchoire. D'après cela, M. Huguier pensa que cette affection était de nature cancéreuse et qu'on devait s'abstenir de l'opérer. Cependant un autre chirurgien, n'y voyant qu'une tumeur hypertrophique, en fit l'extirpation; mais bientôt il y eut récidive de la maladie sur place et dégénérescence des ganglions.

M. MICHON établit que ces tumeurs n'attaquent pas exclusivement les jeunes gens, et qu'elles peuvent se trouver ailleurs qu'au voile du palais. Il en a vu une sur la lèvre d'une vieille femme.

Après des observations présentées par plusieurs membres de la Société, il est décidé que le rapporteur présentera à la prochaine séance ses conclusions après les avoir modifiées.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, DESORMEAUX.

CORRESPONDANCE.

Paris, le 26 novembre 1856.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous adresser les deux exemplaires voulus de mon livre intitulé *Etude sur l'huile de foie de morue naturelle, ou du meilleur mode d'extraction de cette substance destinée aux usages de la médecine.*

Cet ouvrage est le développement du mémoire communiqué à l'Académie impériale de médecine, que vous avez signalé, et pour l'examen duquel M. le professeur Guibourt fut nommé rapporteur.

Si vous daignez en rendre compte, comme j'ai lieu de l'espérer, veuillez m'aider à combattre le préjugé des médecins de la province, et particulièrement des praticiens de la campagne, qui croient que l'huile de foie de morue est d'autant plus active qu'elle est plus foncée en couleur; car c'est là une erreur qu'il importe de détruire, et pour le faire vous pouvez vous appuyer sur les autorités les plus compétentes.

1° M. le professeur Soubeiran a écrit dans son *Traité de pharmacie*, d'après les recherches du docteur Jongh, que l'huile blanche ou pâle est plus riche en principes médicamenteux que les huiles colorées.

2° M. Deschamps (d'Avallon), dans les savantes recherches envoyées à l'Académie de médecine, prouve que l'huile blanche est la plus naturelle, et par conséquent plus efficace que les autres, qui sont le produit de la fermentation.

3° Tous les auteurs français qui ont écrit depuis cinq ans sur cette précieuse substance sont unanimes pour dire que les huiles plus ou moins brunes sont viciées par un acide âcre qui en altère les propriétés curatives.

4° Les plus illustres médecins anglais n'ordonnent que l'huile de foie de morue blanche, et ne reconnaissent qu'à celle-là le titre de *médicinale*.

5° A l'étranger, monsieur le Rédacteur, les sortes blondes et brunes sont remplacées par celle qui est incolore; la France ne peut pas tarder à se rendre compte de cette préférence.

6° Enfin, une dernière preuve qu'on appréciera sans doute, est celle des prix comparés; l'huile pâle revient un tiers plus cher que les huiles colorées; or il serait absurde qu'on vendît plus cher un médicament inférieur en propriétés thérapeutiques.

7° M. Lesueur, chef des travaux chimiques de la Faculté, faisant l'analyse des huiles de couleur en comparaison d'une huile blanche que nous lui avions remise, a publié que notre huile contenait 23 d'iodure, et la plus riche des autres 15 seulement.

La *Gazette des Hôpitaux* étant l'organe de la pratique française, j'ai cru bien faire de lui signaler une erreur préjudiciable pour lui donner l'occasion de rétablir la vérité.

Agréez, etc. Thomas Paul HOGG.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 24 novembre, l'Ecole préparatoire de Marseille a été réorganisée. L'enseignement comprendra: 1° anatomie et physiologie; 2° pathologie externe et médecine opératoire; 3° clinique externe; 4° pathologie interne; 5° clinique interne; 6° accouchements, maladies des femmes et des enfants; 7° matière médicale et thérapeutique; 8° pharmacie et notions de toxicologie.

Ces chaires sont confiées à huit professeurs titulaires.

Le nombre des professeurs adjoints est fixé à trois; ils seront attachés: aux chaires de clinique interne, de clinique externe, d'anatomie et physiologie.

Le nombre des professeurs suppléants est de quatre; ils seront attachés: aux chaires de médecine proprement dite, de chirurgie et d'accouchements, d'anatomie et de physiologie; de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

Il est également attaché à cette école: un chef des travaux anatomiques; un prosecteur; un préparateur de chimie et de toxicologie.

— Le nombre des inscriptions prises à la Faculté de médecine de Paris, du 3 au 17 novembre 1856, s'élève, savoir:

Pour le doctorat à	902
Pour le grade d'officier de santé à	98
Total des élèves incrits.	1,000

Sur ce nombre il y a:

Inscriptions nouvelles.	126
Elèves venant des Facultés de Strasbourg et de Montpellier.	11
Elèves venant des Ecoles préparatoires.	84

— Nous apprenons que par décision du conseil de surveillance de l'assistance publique, plusieurs médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris seront admis à la retraite à partir du 1er janvier prochain. Ce sont MM. Paul Dubois, Cruveilhier, Bouneau et Hervez de Chégoin.

M. Paul Dubois sera remplacé à l'hôpital de la Maternité comme chirurgien de cet établissement, mais il restera à la Clinique en sa qualité de professeur de clinique d'accouchements.

— Si nous sommes bien informés, les décisions suivantes auraient été prises dans le dernier comité secret de l'Académie de médecine:

M. Nélaton serait placé le premier sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale; MM. Denonvilliers, Hutin, Morel-Lavallée et Bonnafont, occuperaient les autres rangs de la liste.

Dans la section de pharmacie, le classement aurait été fait de cette manière:

1° *Ex æquo*, MM. Gobley, Mialhe et Poggiale;
2° *Ex æquo*, MM. Buignet et Lefort.

L'élection de M. Nélaton est assurée; on croit que dans la section de pharmacie la lutte sera vive.

On assure également que le *prix Portal* (anatomie pathologique des kystes de l'ovaire) sera décerné à M. Bauchet; que le *prix de l'Académie* (application du microscope à la médecine) ne sera pas décerné, et qu'un encouragement sera donné à M. Michel (de Strasbourg); et qu'enfin le *prix Civrieux* (caractères différentiels de la névralgie et de la névrite) serait également réservé, mais qu'un encouragement serait accordé à M. Luys, interne des hôpitaux.

— On assure que M. Duméril a donné sa démission de professeur au Muséum d'histoire naturelle.

— Par arrêté du 20 novembre, M. Aubé, docteur en médecine, adjoint des hospices de Rouen, est nommé professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de cette ville. Il sera attaché en cette qualité aux chaires de médecine proprement dite.

— Par décret du 12 novembre, M. Cailliot, professeur de chimie et de toxicologie à la Faculté de médecine de Strasbourg, dans laquelle il compte 31 ans de service, est nommé chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

— La Société médicale d'Amiens, dans sa séance du 10 octobre dernier, a fondé une association de secours mutuels et de prévoyance entre tous les médecins et pharmaciens du département de la Somme. Le but de cette association est de distribuer des secours aux sociétaires tombés dans le malheur par suite de maladies, infirmités, progrès de l'âge ou revers de fortune immérités. Les veuves et les enfants des sociétaires peuvent également être admis à participer à ces secours.

Un autre but de l'Association est de signaler et de poursuivre les délits et abus relatifs à l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Les membres de la Société médicale d'Amiens formant la commission administrative provisoire de cette association, sont:

MM. Andrieu, médecin de l'Hôtel-Dieu, *président;* Fevez, professeur à l'Ecole de médecine, *trésorier;* Lenoel, professeur du cours communal de zoologie, *secrétaire.*

MM. Bor, Brandicourt, Dupont, Fauvel, Hébert, *membres.*

SOUSCRIPTION

en faveur des veuves et des orphelins des médecins et pharmaciens de l'armée et de la flotte morts en Orient.

Souscriptions recueillies par M. le docteur MAHEUX, *secrétaire de la commission.*

MM. les docteurs Duplay, médecin de l'hospice de la Vieillesse, 10 fr.; Claude Bernard, membre de l'Institut, 10 fr.; Davaine, 10 fr.; Simonin père, directeur honoraire de l'Ecole de médecine de Nancy, 20 fr.; la Société de médecine de Lyon, 100 fr.; le docteur Lunier, à Blois, 10 fr.; l'Association médicale de la Sarthe, 50 fr.; le docteur Baudon, de Mouy (Oise), 5 fr.; l'Association médicale de l'arrondissement de Meaux (Seine-et-Marne), 2e liste, 50 fr. 50 c.; le docteur Marbeau, à Brives, 5 fr.; les médecins et pharmaciens de l'hôpital militaire de Marseille et de la réserve des médicaments des hôpitaux militaires, 270 fr., dont suit le détail: MM. Froment, médecin principal chef à l'hôpital militaire de Marseille, 40 fr.; Villamur, médecin principal de 2e classe, id, 20 fr.; Andrieu, médecin-major de 2e classe, id., 10 fr.; Jubiot, id., 10 fr.; Bonnard, médecin aide-major de 1re classe, id., 10 fr.; Billot, médecin aide-major de 2e classe, id., 10 fr.; Cochu, id., 10 fr.; Thémoin, id., 10 fr.; Balley, id., 10 fr.; Buffé, id., 10 fr.; Martin, médecin sous-aide requis, id., 5 fr.; Maurel, id., 5 fr.; Rougier, id., 5 fr.; Larche, id., 5 fr.; Dupuy, pharmacien-major en chef, id., 15 fr.; Thorel, pharmacien aide-major, id., 10 fr.; Aveline, id., 10 fr.; Deschamps, pharmacien sous-aide, id., 5 fr.; Thouault, id., 5 fr.; Bonnard, id., 5 fr.; Cothon, id., 5 fr.; Arrufat, id., 5 fr.; Colomer, id., 5 fr.; Rebuffat, id., 5 fr.; Réserve des médicaments des hôpitaux militaires à Marseille: MM. Fournez, pharmacien-major de 1re classe, 20 fr.; Rodemaker, pharmacien-major de 2e classe, 15 fr.

Les sommes reçues jusqu'à ce jour par M. le docteur Maheux s'élèvent à 3,079 fr. 59 c.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Considerazioni sulla contagiosita del cholera-morbus asiatico, par Prospero PIRONDI, dottore in medicina e in chirurgia della Universita di Pavia. Marsiglia, 1856. 1 vol. in-8° de 424 pages. Prix: 5 fr. A Paris, chez J. B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant, [illegible]

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 141. — MARDI 2 DÉCEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 141. — MARDI 2 DÉCEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 1er DÉCEMBRE 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Marchal (de Calvi) a fait une nouvelle et très-intéressante communication sur la gangrène diabétique, ou glycoémique, ainsi qu'il l'appelle. On se souvient que dans une première communication sur ce sujet, notre savant confrère fit connaître, il y a quelques années, les deux premières observations de gangrène diabétique, en insistant particulièrement sur les circonstances qui lui firent reconnaître, dans les deux cas, la liaison intime de ces deux faits pathologiques, le diabète et la gangrène. Le nouveau fait qu'il porte aujourd'hui à la connaissance de l'Académie est le troisième dans lequel l'existence d'une gangrène a fait diagnostiquer le diabète. M. Marchal attribue le sphacèle dans la glycoémie à une diathèse inflammatoire à tendance nécrosique créée par la présence du sucre.

Un rapprochement entre la gangrène glycoémique et la gangrène urique (par excès d'acide urique dans le sang), dont on trouve quelques exemples dans ce travail, en montrant l'identité des résultats dans les deux cas, semble justifier, en effet, cette manière de voir. Les vues théoriques nées de ce rapprochement ont conduit l'auteur à des déductions thérapeutiques très-différentes de la pratique usuelle. L'origine diabétique de la gangrène lui a fait adopter le traitement alcalin institué par M. Mialhe; traitement qui serait approprié, suivant lui, non-seulement à la maladie principale, mais à la gangrène elle-même, laquelle dépendrait, dans ce cas, de la localisation inflammatoire dans les artères. Cette dernière considération lui fait repousser l'emploi des stimulants, qui forment la base des traitements généralement usités contre la gangrène. Les résultats obtenus par la médication alcaline dans les trois cas qui font l'objet de ce travail, sont un commencement d'expérience qui dépose en faveur de l'ingénieuse théorie de M. Marchal.

On s'est beaucoup occupé depuis quelque temps de la fièvre puerpérale; mais pas assez encore, eu égard à l'extrême gravité de cette affection et au découragement qu'à quelques rares exceptions près inspire aux praticiens l'impuissance des méthodes de traitement en usage.

On connaît les nouveaux essais qui ont été faits récemment avec le sulfate de quinine. Les circonstances n'ont pas permis encore que l'expérience fût faite sur une échelle suffisante et dans les conditions convenables pour en rendre le résultat décisif. Quel que puisse être ce résultat d'ailleurs, ce qui serait infiniment plus désirable encore que de posséder un bon moyen thérapeutique, ce serait de se rendre maître, à l'avenir, de la maladie par une prophylaxie efficace. On a déjà proposé plusieurs méthodes prophylactiques, et c'est même, ainsi que tout le monde le sait, à ce titre que le sulfate de quinine a d'abord été préconisé avant d'avoir été proposé comme moyen curatif. La méthode dont M. Piedagnel a entretenu l'Académie dans cette séance, méthode mixte, et dont la quinine est un des éléments, aura-t-elle plus de chances de réussite que ses devancières? Confident depuis quelque temps déjà des convictions de M. Piedagnel à cet égard, et témoin d'une partie des faits annoncés dans son travail, nous serions heureux qu'il en fût ainsi, et nous nous féliciterions que nos avis eussent été pour quelque chose dans le parti qu'a pris l'honorable médecin de l'Hôtel-Dieu, de livrer ces faits à la publicité.

On ne peut se dissimuler, et M. Piedagnel se l'est dissimulé moins que personne, combien les questions de prophylaxie sont délicates et difficiles à résoudre. Ici, bien plus encore que dans les questions de thérapeutique, l'occasion est facile et l'argument *post hoc, ergo propter hoc* fallacieux. Cependant si l'immunité dont les femmes en couches du service de M. Piedagnel ont joui pendant toute la durée de la dernière épidémie, se reproduisait encore pendant une seconde et une troisième épidémie; si elle se reproduisait sur d'autres points et dans les mêmes conditions, il faudrait bien y reconnaître l'influence de la médication prophylactique. C'est donc une question qui ne pourra être jugée que par le temps et en répétant l'épreuve au sein même des foyers épidémiques.

On trouvera dans le compte rendu la description d'une affection nerveuse convulsive d'un caractère très-singulier, qui paraît endémique dans quelques contrées, s'il faut en croire l'auteur de cette communication, M. le docteur Bosredon. Cette affection réputée jusque-là incurable par les secours de la médecine, et à laquelle on n'opposait que des pratiques superstitieuses, aurait cédé à l'emploi d'une médication rationnelle. C'est un fait à enregistrer. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

De la thérapeutique générale des hémorrhagies.

Les indications curatives des hémorrhagies ne se déduisent pas toujours seulement de la maladie en elle-même et de ses éléments constitutifs; elles se déduisent aussi des causes qui la produisent, lorsque ces causes sont de nature à persister avec leur effet. Les causes pathologiques sont celles qui doivent le plus occuper le médecin; elles impriment à l'hémorrhagie le caractère de maladie symptomatique, et elles indiquent de n'en tenir compte que comme d'un accident secondaire. Aussi le premier soin du praticien qui observe une hémorrhagie est-il toujours de rechercher s'il n'existe chez son malade ni obstacle morbide à la circulation, ni maladie du cœur ou des vaisseaux qui explique une rupture vasculaire, ni état cachectique qui modifie la quantité du sang ou la contractilité et la texture des vaisseaux et des tissus. Les symptômes directs de ces diverses conditions morbides, l'absence de phénomènes d'hyperémie générale ou locale, ou de symptômes de fluxion hémorrhagique, sont les signes sur lesquels s'établit cette distinction. Le traitement approprié à ces causes est celui de la maladie qu'elles constituent.

Les indications curatives des hémorrhagies idiopathiques se tirent de l'importance relative des éléments constitutifs de ces maladies et de celle des organes dans lesquels elles ont leur siége. C'est de cette double source qu'on déduit la solution de la question suivante, la première qui se présente à l'esprit du médecin : faut-il abandonner l'hémorrhagie à la nature ou lui opposer des moyens de traitement?

L'état morbide consiste principalement dans l'hyperémie et la pléthore. L'extravasation sanguine est souvent le moyen de guérison et d'épuisement de ces conditions pathologiques; elle est sans inconvénient toutes les fois qu'elle reste dans des limites appropriées à l'intensité de ces états morbides, et qu'elle a pour siége un organe que sa présence ne peut compromettre. Une méthode expectante de traitement, dans laquelle on abandonne à la nature la guérison de la maladie par le moyen de la perte de sang elle-même, est, dans ces cas, la seule rationnelle. Ce n'est pas cependant qu'il faille ne prescrire au malade aucun traitement; mais il faut se borner à l'emploi des moyens tempérants et calmants, dont toute l'action consiste à éloigner les causes excitantes de la maladie, plutôt qu'à agir directement sur elle. Ainsi, l'on administre des boissons émollientes, on maintient le malade dans un très-grand calme, en le soustrayant à toutes les impressions excitantes, et on met au repos, autant que possible, tous les grands organes de la digestion, de la circulation, de l'innervation.

Cette méthode de traitement expectant est la seule qui soit rationnelle dans les hémorrhagies qui surviennent par des voies externes, chez les jeunes sujets sanguins et d'une bonne constitution, pourvu qu'elles ne deviennent pas excessives et qu'elles semblent salutaires, en modérant la pléthore, si ordinaire chez ces sujets. Ce traitement est aussi le seul qu'il faille opposer aux hémorrhagies qui surviennent pendant la maladie d'un organe quelconque, lorsqu'on peut espérer qu'elles seront suivies d'une amélioration. Les auteurs ont rapporté beaucoup d'exemples d'accidents très-graves survenus après la suppression d'hémorrhagies qui pouvaient être considérées comme critiques, soit de la pléthore sanguine, soit d'une hyperémie, soit de tout autre état morbide; ils ont aussi rapporté des faits dans lesquels des hyperémies graves sont survenues sur des organes profonds, par la seule déviation du molimen hémorrhagique, après la suppression, imprudemment provoquée, de pertes de sang externes.

Le traitement expectant ne convient plus dès que la maladie affecte ou menace un organe important, dont l'état d'hyperémie troublerait les fonctions, ou sur lequel les effets de l'hémorrhagie pourraient produire de graves accidents. Il faut aussi s'opposer par des moyens actifs à l'hémorrhagie, quand le malade ne peut être soumis à des pertes de sang qu'il réparerait difficilement, à cause de son âge ou de son état de santé antérieur. Enfin, cette méthode doit être repoussée dans les hémorrhagies mêmes qui ont leur siége sur un organe dont la lésion consécutive n'est point à craindre, toutes les fois que ces accidents deviennent dangereux par leur abondance ou par leur trop fréquent retour. Dans tous ces cas, l'expectation eût-elle été adoptée, doit être abandonnée pour un traitement actif dès que son inutilité, ou même son danger se montrent ainsi évidents.

Les limites que nous fixons pour la convenance du traitement simplement expectant dans les hémorrhagies sont beaucoup plus étroites que celles adoptées par Stahl. Si l'effusion sanguine est très-souvent le moyen dont se sert la nature pour épuiser les hyperémies et la pléthore ou tout autre état morbide, il ne faut cependant pas compter, comme le faisait Stahl, que la santé sera rétablie ou entretenue par l'évacuation sanguine spontanée comme par une sorte de fonction conservatrice. On laisse ainsi se continuer des hyperémies que l'effusion sanguine entretient, loin de les faire cesser, ou dont elle rend le retour plus facile, et on favorise l'épuisement des malades par des pertes de sang considérables, lorsqu'on serait facilement parvenu à terminer la maladie sans faire éprouver à l'économie d'aussi rudes secousses.

L'appréciation rationnelle de toutes les circonstances qui déterminent l'emploi de moyens de traitement actifs contre les hémorrhagies, doit se faire eu égard à l'importance des lésions élémentaires constitutives de ces maladies. L'appréciation et le choix des agents curatifs le plus directement applicables se trouvent dans ce que l'observation nous a appris sur l'influence réciproque des hémorrhagies qui surviennent simultanément ou successivement.

Des moyens thérapeutiques qui s'appliquent à l'état pléthorique. — L'indication immédiate fournie par l'état pléthorique est d'opérer des déplétions sanguines propres à diminuer la quantité de sang contenue dans les vaisseaux, et à rendre le sang moins stimulant en atténuant la quantité de fibrine et de matière colorante qu'il contient. Tels sont les effets qu'on attend des saignées dans les cas de pléthore sanguine.

Les déplétions sanguines doivent être portées assez loin pour diminuer notablement la force du pouls en affaiblissant l'action du cœur. Ce résultat s'obtient plus facilement et plus vite par les émissions phlébotomiques que par les déplétions sanguines opérées des vaisseaux capillaires par les sangsues et par les scarifications. Il n'est guère indiqué de s'en tenir aux émissions sanguines locales, dans ces cas, que pour remplacer des pertes de sang habituelles, et pour favoriser des congestions dont la suppression peut avoir été la cause plus ou moins immédiate de la pléthore.

Les déplétions ne satisfont pas à toutes les indications curatives de la pléthore; il est évident que le développement de cet état morbide est nécessairement lié aux fonctions digestives, puisque c'est par elles que le sang reçoit les matériaux alibiles qui le renouvellent et l'entretiennent dans ses conditions de quantité et de qualité. Les moyens de traitement qui rendent les fonctions digestives moins actives ne sont donc pas moins indiqués, dans ces cas, que les émissions sanguines. Il est d'ailleurs positif que l'accomplissement de la digestion, lorsqu'il se fait avec une certaine activité, par suite de la nature des aliments, réagit sur l'appareil circulatoire, dont les fonctions deviennent alors plus actives et plus rapides. Cette action stimulante ne fait que rendre plus marqués les symptômes de la pléthore et favoriser l'établissement des lésions locales congestives, hémorrhagiques ou autres, qu'on doit toujours, dans ces cas, considérer comme imminentes.

Le repos, l'absence d'émotions morales, la soustraction de toutes les influences extérieures qui peuvent hyperstimuler les organes et les appareils généraux circulatoires ou nerveux, ne sont pas moins indiqués contre la pléthore que les autres moyens de traitement.

Les médecins du dernier siècle prescrivaient, et même aujourd'hui beaucoup de praticiens anglais administrent les purgatifs comme moyen antiphlogistique. On a aussi assigné les mêmes effets aux diaphorétiques puissants. Nous croyons qu'il faut se montrer

très-réservé sur l'emploi de ces agents, et nous préférons recourir aux diurétiques actifs, qui nous ont toujours paru plus utiles, sans avoir les mêmes dangers. C'est pour atteindre ce but qu'il nous arrive souvent de conseiller l'usage de la digitale à la dose de 5 à 15 centigrammes par jour en substance, doses auxquelles elle est diurétique à un haut degré, et peut être administrée pendant un temps très-long, sans que les reins cessent de ressentir son influence et sans qu'il en résulte d'inconvénient. Le nitrate de potasse a une action diurétique plus prompte, mais peut-être moins soutenue; il faut en administrer au moins 10 ou 12 grammes, et même plus, par jour. Il n'a à cette dose d'autre inconvénient que sa saveur désagréable; mais il détermine promptement un flux d'urine très-copieux, suivi d'ordinaire assez promptement d'une diminution du nombre et de la force des battements artériels. La diurèse, continuée par les moyens de l'art, déprime les forces et amène une grande émaciation. Il est donc toujours prudent de modérer avec soin l'usage du nitrate de potasse.

Dès qu'on reconnaît, chez un malade affecté d'hémorrhagie, les signes de pléthore sanguine, même légère, et qu'on juge ne pas devoir s'en tenir à une méthode expectante, le traitement que nous venons d'indiquer est le premier auquel il faille avoir recours. Il est si important de ne pas le négliger, qu'il faut même l'employer dans les cas où les symptômes de la pléthore ne sont pas très-tranchés.

Des moyens thérapeutiques qui s'appliquent aux congestions sanguines locales. — Lorsque l'hyperémie a son siége dans une partie externe, il semble indiqué d'opérer directement une déplétion sur cette partie, pour épuiser la trop grande quantité de sang qui engorge ses vaisseaux. Mais, indépendamment de la pléthore générale qui peut exister, et sous l'influence de laquelle se trouve nécessairement la congestion locale, qu'elle reproduira à mesure que l'on tendra à l'épuiser par l'émission sanguine, le médecin doit considérer que l'organe qui est le siége de l'hyperémie l'est devenu par une cause à laquelle il a été nécessairement soumis; cette cause déterminante peut avoir cessé d'agir ou persister encore. Il ne faut pas aussi que la déplétion locale, soit par le vide qu'elle opère dans les vaisseaux de l'organe, soit par l'effet topique irritant des moyens par lesquels elle s'obtient, fasse elle-même persister la congestion sanguine. Ces diverses circonstances sont communes à toutes les congestions, qu'elles aient leur siége dans des parties extérieures ou dans des organes profonds; mais dans ces derniers il y a une difficulté de plus dans le traitement, puisqu'on ne peut agir immédiatement sur l'organe.

Les règles générales de traitement sont les suivantes :

Il faut s'occuper activement d'abord de combattre et d'annuler l'état pléthorique, s'il existe. L'état pléthorique une fois détruit, il arrive souvent que la congestion sanguine locale cesse, soit rapidement, soit peu à peu, sans qu'il soit utile de recourir à aucun moyen de traitement spécial; il faut donc se tenir en expectation pendant quelque temps, pour laisser s'opérer, si elle doit arriver, cette résolution spontanée de l'hyperémie.

Lorsqu'il n'existe plus de symptômes de pléthore et que l'hémorrhagie persiste, il est indiqué de la combattre immédiatement. Faut-il le faire par une déplétion aussi directe que possible des vaisseaux de l'organe, ou vaut-il mieux opérer une révulsion ou une dérivation, pour ramener la circulation dans cet organe à son état normal? Si l'hyperémie persiste depuis un temps déjà assez considérable sans tendre à augmenter, il n'y a aucun inconvénient à opérer aussi immédiatement que possible l'évacuation des vaisseaux où siége la congestion. Il suffit de ne pas joindre aux moyens de déplétion locale, qui sont ordinairement la succion du sang par les sangsues, des moyens qui augmentent ou reproduisent la congestion. Ainsi, l'application des ventouses aurait ce résultat fâcheux qui pourrait annuler tout l'avantage de la déplétion immédiate. Cette considération doit aussi déterminer à rendre la saignée locale assez considérable.

Lorsque l'hyperémie semble être encore dans sa période d'accroissement, ou lorsqu'elle tend à se reproduire, après avoir diminué jusqu'à un certain point, il vaut mieux la combattre en appelant la congestion sur une autre région de l'appareil vasculaire, ou en pratiquant une déplétion sanguine sur une partie éloignée. Ainsi, si une congestion hémorrhagique considérable s'est formée sur l'utérus, il vaut mieux pratiquer une saignée du bras ou une saignée locale vers les hypochondres, que de s'exposer à augmenter la maladie par une déplétion faite à l'hypogastre ou à la vulve.

Si l'on a à traiter une hyperémie considérable, qui augmente d'instant en instant, et qui semble se continuer sous l'influence d'une direction fluxionnaire puissante dont un organe important se trouve le siége, il faut avoir rapidement recours à des moyens qui modifient avec activité la circulation en enrayant la fluxion morbide ou en la détruisant par une puissante révulsion. La saignée déplétive est ordinairement le premier moyen ainsi indiqué, n'existât-il pas de pléthore à combattre. Ce moyen diminue rapidement la quantité de sang qui se trouve dans les vaisseaux; il affaiblit ainsi très-promptement la circulation générale, par l'intermédiaire de laquelle se forme toujours nécessairement la congestion.

Les médecins ont recours très-fréquemment, dans la thérapeutique, à la rubéfaction d'une étendue plus ou moins considérable de la peau au moyen des topiques irritants et de la chaleur. Les cataplasmes sinapisés, l'immersion dans l'eau chaude pure, ou rendue irritante par l'addition de la farine de moutarde, de l'acide muriatique ou d'autres substances âcres; l'application des ventouses sèches, sont les moyens par lesquels on opère cette médication.

Les effets immédiats de ces topiques consistent à faire affluer et à maintenir dans les vaisseaux, pendant un temps plus ou moins long, une assez grande quantité de sang artériel; c'est une hyperémie locale produite par l'art. Son utilité dans le traitement des congestions sanguines est incontestable, mais à la condition d'être pratiquée assez loin de l'organe affecté pour qu'on ne puisse pas craindre qu'elle contribue à appeler sur lui l'irritation.

Les modifications de la circulation ont une influence si grande dans la production ou la cessation des congestions sanguines, que l'on enraye quelquefois immédiatement une hémorrhagie par un obstacle mécanique, dont l'effet est de diminuer la quantité de sang dans les parties de l'appareil vasculaire qui est le siége de l'accident; tel est le résultat des ligatures des membres et des compressions artérielles, desquelles on a retiré de bons effets dans le traitement des hyperémies considérables, mais très-récentes.

Les ligatures sur les membres gênent immédiatement la progression du sang veineux des extrémités vers le cœur; on ne les applique pas à contraindre la circulation artérielle, au moins à un notable degré. Le sang est retenu ainsi dans les capillaires et dans les veines des membres qui se gorgent; il en résulte une diminution considérable de fluides dans le reste de l'appareil circulatoire, et ainsi un affaiblissement dans le cours du sang qui amène assez rapidement la syncope.

La compression des artères qui se rendent à l'organe affecté diminue la congestion qui y a son siége, en suspendant l'arrivée du sang. Ce moyen de traitement a été préconisé dans les congestions très-rapides, liées à des hémorrhagies considérables. Ses bons effets font regretter qu'il soit très-souvent difficile de le mettre en pratique.

Les congestions sanguines concourent comme éléments à constituer d'autres maladies que les hémorrhagies; elles accompagnent toujours jusqu'à un certain degré les diacrises et les phlegmasies. Cette circonstance est bien importante à considérer dans le traitement de ces dernières affections. Un érythème de la peau produit par un épispastique détermine une congestion sanguine fixe si cet érythème occupe une surface étendue; c'est une congestion dérivative ou révulsive par rapport à l'hyperémie qu'il s'agit de guérir. Un purgatif, en déterminant un flux sur la muqueuse intestinale, produit une hémorrhagie, comme dans toutes les hypersécrétions. Elle ne peut sans doute être continuée comme un érythème de la peau, mais elle peut au moins être renouvelée assez fréquemment. C'est encore une hyperémie dérivative ou révulsive par rapport à la congestion primitive. Elle est peu intense, mais elle exerce une grande influence sur l'organisme par sa grande étendue.

(Nous donnerons la fin de ce travail dans un prochain numéro).

DE L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS SOUS LA FORME D'EAUX MINÉRALISÉES.

Par M. A. Guépin (de Nantes).

L'article de la Gazette du 27 novembre dernier, sur l'emploi du phosphate de chaux (la clinique de M. Piorry), m'a fait penser qu'il serait peut-être utile de publier quelques-uns des résultats des expériences que je fais depuis deux ans sur les eaux minéralisées.

Les eaux minérales ont eu une première phase : celle dans laquelle on employait uniquement les eaux minérales naturelles. Une seconde phase date de Venel (de Montpellier) et de la dernière moitié du XVIII[e] siècle : dans celle-ci, l'on a imité les eaux minérales naturelles.

Mais il nous semble que le temps est venu de passer à une troisième phase, et de mettre à profit les découvertes de la science moderne pour fabriquer de toutes pièces des eaux minérales artificielles.

Si l'acide carbonique forme la base d'un grand nombre d'eaux minérales naturelles, l'on ne trouve que très-rarement dans la nature des eaux contenant du phosphate de chaux ou du phosphate de soude, des sels ammoniacaux, des iodures et des bromures, etc., et il est rare que ces eaux renferment les substances médicamenteuses à des doses réclamées par notre *Credo* médical actuel.

Je vais plus loin; je prends toute la série des eaux minérales naturelles, et quand j'examine en face d'un malade chacune de ces eaux, il est bien rare que je ne remarque pas qu'il serait possible et même facile de l'améliorer, de la mieux approprier au rôle curatif qu'elle doit remplir, par l'addition de certaines substances médicamenteuses dont elle est dépourvue.

Voici une des meilleures eaux ferrugineuses de France, eau peu connue, désignée sous le nom d'*eau de la Plaine* ou de *Préfailles*. Elle est située dans la Loire-Inférieure, à deux lieues de Pornic. Cette eau contient de l'azote, de l'oxygène et de l'acide carbonique, mais en trop petite quantité. Elle provient de schistes légèrement bitumineux; aussi contient-elle une matière organique, une sorte d'huile qui graisse les verres. Outre une dose de proto-sel de fer de 0,10 par litre, elle a encore des traces d'arsenic qui ne sont pas à dédaigner. Cette eau est en grand renom pour les fiévreux des marais de la Vendée, pour les chlorotiques, pour les personnes atteintes de leucorrhée, etc.

Pourrions-nous l'améliorer encore? Oui, sans doute.

J'en remplis un appareil gazogène de 1,000 à 1,250 grammes (celui de Briet, par exemple), et de suite j'obtiens une eau transportable et conservable, tandis que l'eau naturelle ne l'est pas. Cette eau gazéifiée est aussi beaucoup plus agréable.

Voici maintenant à la source une jeune femme, ancienne modiste, qui a vécu de pommes, de pain et de lait; qui a perdu son premier enfant parce qu'il était venu au monde malingre, et parce que son lait à elle était dépourvu de phosphate et tournait de suite à l'aigre. Elle me consulte, et je lui conseille, non-seulement de prendre une eau ferrugineuse, mais encore de la charger d'acide carbonique avec l'appareil de Briet, et d'y ajouter auparavant :

Phosphate de soude.	50 centigr.	à 1 gramme	
Phosphate acide de chaux . .	50 —	1 —	
Bi-carbonate de soude. . . .	2 grammes.		

Cette dame revient à Nantes, et tout d'abord je m'efforce de détruire chez elle le préjugé qui l'empêche de s'adresser à un médecin pour être accouchée, puis je lui conseille jusqu'à ses couches, et pendant deux ou trois mois après, l'usage de l'eau minéralisée suivante :

Eau chargée d'acide carbonique au moyen de l'appareil de Briet.	1 litre
Bi-carbonate de soude.	2 grammes
Phosphate acide de chaux.	30 centigr.
Phosphate de soude.	50 —
Sulfate de fer.	10 —
Carbonate de magnésie.	50 —

Me voici donc fabriquant de toutes pièces une eau à la fois *alcaline* par le bi-carbonate de soude, *ferrugineuse* par le sulfate de fer, *phosphatée* par le phosphate acide de chaux et le phosphate de soude; une eau dans laquelle le carbonate de magnésie neutralisera la tendance à la constipation produite par le sulfate de fer.

J'ai mis dans cette eau du phosphate acide de chaux, parce que le phosphate basique est insoluble même dans l'acide carbonique; et j'ai chargé cette eau d'acide carbonique, parce que cet acide empêche les incrustations de chaux et de magnésie dans nos tissus, et contribue dans le sang à la bonne combustion du sucre (Mialhe). Que résulte-t-il de son usage? L'enfant vient à terme et en bon état, le lait de la mère n'aigrit plus comme la première fois, aussitôt qu'on le met dans un vase; et il contient la dose de phosphate nécessaire pour l'enfant. Inutile d'ajouter qu'un bon air, de l'exercice et une nourriture animalisée, ont été jugés les auxiliaires indispensables de l'eau minéralisée qui a servi exclusivement de boisson, soit pure, soit coupée avec du vin rouge.

Voici un autre exemple d'un tout autre ordre du bon emploi des eaux minéralisées :

M[me] J... habite une petite ville de basse Bretagne; elle est atteinte de pertes odorantes un peu fétides, écoulement considérable, qui donne des inquiétudes à ses enfants. L'on est au mois d'octobre, et cette dame, chez laquelle il n'existe d'ailleurs aucun ulcère au col de la matrice, ne pourrait supporter la voiture. Elle est âgée de cinquante-cinq ans, et se portait très-bien il y a deux ans.

Prescriptions thérapeutiques :

1° Vésicatoire dérivatif à l'un des bras;

2° Frictions sur le bas-ventre avec une pommade à l'iodure de plomb et au chlorhydrate d'ammoniaque, répétées deux ou trois fois par jour;

3° Repos, régime animalisé, mais nourriture peu abondante;

4° Pour boisson aux repas et entre les repas, l'eau minéralisée suivante : Prendre un appareil gazogène de 1,000 à 1,250 grammes, et mettre dans son grand réservoir les sels minéralisateurs suivants :

Bi-carbonate de soude. . . .	4 grammes.
Carbonate de magnésie. . .	0,20
Sacchato-ferrico-potassique. .	0,10
Chlorhydrate d'ammoniaque. .	0,10
Iodure de potassium. . . .	0,05
Bromure de potassium. . . .	0,05

Quinze jours de ce traitement s'étaient à peine écoulés, que je recevais du mari la lettre la plus chaude de remercîments, la lettre la plus affectueuse. Les digestions vont bien, m'écrit-il. Les selles sont faciles et régulières, et surtout la sécrétion de la matrice a complétement changé : elle est séreuse et *inodore*, elle a perdu ce caractère fâcheux qui avait fait supposer un commencement d'altération cancéreuse.

La question des eaux minéralisées est trop étendue et trop complexe pour que ce qui précède en donne une complète idée; toutefois je puis affirmer qu'elle offre à la thérapeutique des ressources toutes nouvelles, et je suis en mesure de justifier mon assertion.

TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES

à l'aide du suc de l'aylante glanduleux (mûrier de la Chine),

Par M. le docteur Delfraysse (de Cahors).

Je viens de guérir récemment trois fièvres intermittentes avec le suc de l'aylante glanduleux (mûrier de la Chine), administré pendant l'intermission à la dose de 6 grammes, étendu dans un grand verre d'eau, pris par cuillerée de quart d'heure en quart d'heure.

Voici la manière d'obtenir et de préparer ce médicament :

On fend transversalement jusqu'au bois l'écorce de l'arbre précité, et on recueille avec soin dans un verre le suc laiteux qui découle de cette incision; on en mêle 6 grammes avec 100 grammes d'eau, et après avoir secoué le mélange on l'administre par cuillerée dans l'intervalle des accès. La potion peut être édulcorée.

Obs. I. — Le 18 septembre, à onze heures du matin, j'éprouvai tout à coup un frisson très-intense qui se prolongea jusqu'à midi. Ce frisson fut suivi d'une vive sensation de chaleur, et plus tard de sueurs abondantes qui ramenèrent bientôt l'état normal. Cet accès de fièvre se reproduisit deux jours après avec les mêmes caractères morbides, et revint quatre fois sous le type tierce avant l'administration du médicament. Je pris alors une potion préparée suivant la formule que j'ai

indiquée, et le cinquième accès manqua complétement. Il n'y a pas eu de récidive.

Obs. II. — Peu de jours après ma guérison, le nommé Pantarre (de Douelle), pêcheur et matelot, fut atteint d'une fièvre du même ordre et traité par le même moyen. Après le troisième accès, qui fut également le dernier, son mal n'a laissé aucune trace de son passage.

Obs. III. — La femme Lacombe (de Pradines), âgée de cinquante-deux ans, éprouvait régulièrement tous les soirs, depuis dix jours, un accès de fièvre quotidienne qui se terminait vers minuit. La même médication fit justice de la maladie: une seule potion l'a radicalement guérie sans retour.

Je n'ai encore que ces trois observations à invoquer en faveur de mon nouveau remède; mais ses effets ont été si prompts et tellement décisifs, qu'ils ne me laissent aucun doute sur son extrême efficacité. Je vais continuer mes recherches, et je m'empresserai de faire connaître mes résultats.

EMPLOI DE L'ERGOTINE

dans la diarrhée épidémique de l'armée sarde en Orient pendant l'été de 1855.

Par M. le docteur Massolaz, médecin de bataillon de 1re classe.

Au nombre des maladies qui ont le plus cruellement sévi sur nos troupes en Orient, on doit noter la diarrhée et la dyssenterie qui survinrent au déclin du choléra, et décimèrent notre petite armée jusqu'à l'apparition des fièvres intermittentes, c'est-à-dire depuis le commencement de juillet jusqu'à la fin d'août.

Les médicaments employés pour combattre la diarrhée avaient été pris, en général, dans la classe des toniques, des astringents et des opiacés. Ainsi la décoction de tamarin gommée, la tisane de riz laudanisée, la décoction d'écorce de Simarouba, la décoction blanche de Sydenham, les lavements amidonnés et opiacés, l'extrait gommeux d'opium, 10 à 20 centigrammes, joint au sulfate de quinine, 20 à 60 centigrammes dans 10 grammes d'eau, l'ipécacuanha à dose altérante, le sous-nitrate de bismuth, etc., et dans quelques cas exceptionnels une médication excitante et pour ainsi dire incendiaire avec les alcooliques (rhum, vin vieux, cognac), eurent raison de certaines diarrhées séro-muqueuses, opiniâtre, et rebelles à l'action de ces médicaments. Cependant, malgré l'énergie et le rationalisme de cette médication, bien des cas se montraient réfractaires, et nous comptions un assez grand nombre de victimes.

Je me souvins alors que le seigle ergoté en nature avait été conseillé par Stoult et autres dans les diarrhées rebelles, et j'avais sous les yeux un mémoire *sur l'emploi de l'ergotine chez les malades et les blessés de l'armée d'Orient*, où sont consignés des cas de guérisons de dyssenteries chroniques par ce puissant hémostatique, dus à M. le docteur Fontayral, médecin à Eymet (Dordogne), qui les a insérés dans le *Journal des sciences médicales pratiques de Montpellier*, t. VI, p. 293, et t. VII, p. 242 et 340. Guidé par l'analogie et l'induction, je crus devoir essayer ce remède dans ces hypersécrétions et exhalations muqueuses et séreuses de l'intestin, que l'on pourrait presque appeler des *hémorrhagies blanches*.

En conséquence, une vingtaine de malades atteints de diarrhées chroniques, profuses, asthéniques, furent soumis à l'action de l'ergotine à la dose de 1 à 2 grammes dans 120 grammes d'eau gommée et édulcorée, à prendre par cuillerées à bouche de demi-heure en demi-heure.

Cette prescription se fit à la visite du matin, qui avait lieu à six heures. A la visite du soir, nous pûmes déjà constater une amélioration sensible chez tous les individus soumis à cette médication; le nombre des selles, qui auparavant était de dix à quinze par jour, avait presque diminué de moitié. L'expérimentation fut poursuivie en répétant la même dose d'ergotine à la visite du lendemain, et le soir du même jour le nombre des déjections alvines était descendu à deux, trois et quatre au plus, chez le plus grand nombre de nos malades; chez cinq d'entre eux, le flux intestinal avait complétement cessé. L'état physique et moral des sujets s'harmonisait sensiblement avec l'amélioration locale; ainsi la soif avait diminué, la langue devenait plus humide, moins rouge et moins pâle, le pouls moins fréquent, les forces et l'appétit renaissaient.

En présence de cette transformation, il était impossible de ne pas accorder à l'ergotine le bénéfice de cette rapide amélioration; malheureusement le défaut de médicament, dont j'avais épuisé ma provision personnelle, m'empêcha de poursuivre ces essais thérapeutiques qui avaient d'abord donné de si heureux résultats.

Néanmoins cette médication, bien que très-limitée dans sa durée et dans le nombre des sujets qui y furent soumis, paraîtrait démontrer d'une manière assez péremptoire la puissance curative de l'ergotine dans les diarrhées chroniques.

Nous venons de voir quelle a été l'action de l'ergotine par la disparition rapide du symptôme pathognomonique de la maladie, soit la diminution, chez le plus grand nombre, et la cessation complète, chez quelques-uns, du flux intestinal. Quant à son mode d'action, je n'oserai formuler une opinion positive; cependant je suis porté à croire qu'il a été ici, comme dans ses autres applications, purement *dynamique*. Ainsi, ne pourrait-on pas admettre que l'ergotine a eu, dans ce cas, un *modus agendi* complexe, réparti sur le système nerveux ganglionnaire abdominal, sur la tunique musculeuse, et sur les vaisseaux et les glandes de la membrane muqueuse de l'intestin?

Essayons donc de pénétrer, avec l'aide de la pathologie, dans le mécanisme intime de ce dynamisme obscur.

Tous nos confrères des armées d'Orient doivent se souvenir que, dans ces diarrhées épidémiques des camps, le système nerveux de la vie végétative offrait une profonde altération, source de toutes ces perturbations dans l'innervation viscérale, et, consécutivement, troubles fonctionnels divers. Ainsi s'expliquerait cet orgasme du plan musculeux de l'intestin, dont les mouvements péristaltiques exagérés et pervertis concourent largement à entretenir la fréquence des déjections alvines. Telle devrait être aussi la cause de ces sécrétions et exhalations vicieuses de la muqueuse gastro-intestinale, qui constituent la diarrhée.

Or, en présence de l'amélioration rapide de ces troubles fonctionnels, ne serait-il pas permis de croire que l'ergotine, en modifiant l'état nerveux intestinal, a régularisé ces mouvements désordonnés des plans musculaires du tube digestif, de la diminution et cessation des mouvements péristaltiques?

Ne pourrait-on pas supposer aussi que cet agent médicamenteux a imprimé aux vaisseaux exhalants et aux cryptes glanduleux une modification *sui generis* de nature sthénique, qui a corrigé et supprimé ces hypersécrétions de la muqueuse intestinale?

Telles sont les hypothèses que j'ai cru devoir émettre sur le mode d'action de l'ergotine, dans les diarrhées chroniques combattues par ce moyen. Peut-être ces théories ne satisfont-elles pas tous les esprits, mais l'on sait assez que l'observation ne peut toujours poursuivre un médicament dans l'évolution de ses actes intimes au sein de l'organisme, et que nous en sommes souvent réduits à constater les effets sans trop pouvoir les expliquer. Parmi les agents thérapeutiques soumis à ce genre d'exception, l'ergotine occupe sans doute le premier rang.

Quoi qu'il en soit, ces difficultés n'infirment en rien la valeur des faits cliniques qui font l'objet de cette note, et sur lesquels j'appelle l'attention des praticiens, particulièrement de ceux qui se sont occupés de l'ergotine sous le rapport des propriétés que je viens de signaler. Si ces premiers résultats viennent à recevoir la sanction de l'expérience, ce sera sans doute un immense avantage pour les armées en campagne si souvent escortées et décimées par la diarrhée. (*Répert. de pharm.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 novembre 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Lois qui régissent l'organisation du squelette extérieur des insectes. — M. Jacquelin (du Val) présente une note sur l'organisation externe des insectes, destinée surtout à faire connaître des lois nouvelles très-remarquables, complément indispensable des lois générales découvertes jadis par Audoin, et posant avec celles-ci les bases fixes, simples et entières de l'organisation externe des insectes. Voici ces lois, qui sont de nature à intéresser tous ceux qui s'occupent de sciences naturelles :

1° Tout segment ou anneau du squelette extérieur des insectes se compose normalement de seize pièces et quatre appendices articulés.

2° Ces pièces peuvent être distinctes, ou, ce qui pour un certain nombre est le cas le plus fréquent, soudées sur la ligne médiane.

3° Elles forment deux arceaux, l'un supérieur normalement composé de huit pièces et deux appendices, et l'autre inférieur constitué de même.

4° L'arceau supérieur se compose non-seulement de pièces en nombre égal à celles de l'inférieur, mais encore complétement analogues.

5° Les huit pièces de chaque arceau sont disposées symétriquement quatre de chaque côté de la ligne médiane, et celles d'un côté sont identiques à celles de l'autre (ainsi que les appendices).

6° La seconde pièce doit être considérée comme étant normalement la plus importante et comme la plus fixe; les première et quatrième comme les moins importantes en général, et celles qui peuvent disparaître le plus souvent.

7° La seconde pièce porte toujours l'appendice; elle doit être, en outre, considérée comme normalement subdivisible en plusieurs autres pièces peu importantes, cas rare et exceptionnel pour les autres.

8° La position relative des pièces peut varier, leur ordre peut même s'intervertir en totalité; mais leurs connexions mutuelles fondamentales restent toujours les mêmes.

Loi fondamentale découlant des lois précédentes et les résumant en grande partie.

Tout anneau du squelette extérieur des insectes est formé de quatre éléments analogues ou identiques, symétriquement disposés, et constitués chacun par quatre pièces et un appendice articulé.

De l'hémoptysie comme signe de la phthisie pulmonaire. — M. Ed. de Lamare lit un mémoire sur l'importance de l'hémoptysie comme signe de la phthisie pulmonaire.

Dans son *Traité de la phthisie pulmonaire*, le docteur Louis établit que les crachements de sang idiopathiques, sont à ceux qui dépendent de la phthisie, comme 1 est à 2400; ce qui lui fait dire que quand un individu crache du sang il est infiniment probable qu'il est tuberculeux. L'expérience résultant des observations de l'auteur l'a conduit à établir que ce rapport est comme 1 à 66: ce qui, présentant toujours la phthisie comme le cas le plus ordinaire, élargit beaucoup le champ des exceptions.

En conséquence, tout en maintenant la gravité du pronostic après une hémoptysie, le calcul de M. de Lamare est de 36 à 37 fois moins défavorable que celui présenté par M. Louis.

Il y a en outre, suivant l'auteur, une différence à établir entre les hommes et les femmes quant à l'hémoptysie idiopathique; elle est plus fréquente chez ces dernières, dont les évacuations menstruelles, souvent supprimées ou diminuées, tendent parfois à se remplacer par des hémorrhagies supplémentaires; ainsi, tandis que pour les deux sexes réunis le rapport est 1 à 66, il est de 1 à 132 pour les hommes, et 1 à 33 pour les femmes.

Quant à la fréquence de l'hémoptysie dans la phthisie pulmonaire, l'observation des faits lui a montré que les cas où il y a des hémoptysies chez les phthisiques sont plus fréquents que les cas où il n'y en a pas. Ils sont dans le rapport de 75 à 55. Enfin, tandis que l'hémoptysie idiopathique est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, c'est le contraire qui a lieu quand il s'agit d'hémoptysies dues à la phthisie pulmonaire. Ainsi, sur 130 phthsiques, dont 65 hommes et 65 femmes, il y en avait 75 qui avaient craché du sang, dont 45 hommes et 30 femmes. (Commissaires : MM. Andral, Serres et Rayer.)

Gangrène glycoémique. — M. Marchal (de Calvi) communique sous ce titre la note suivante :

Il y a déjà plusieurs années, je publiai un cas, le premier connu, de gangrène dans le diabète. Il s'agissait d'un homme chez lequel un orteil s'était sphacélé, sans qu'on eût pu reconnaître la cause de la gangrène. Il avait eu précédemment un grand nombre de furoncles, phénomènes nécrosiques, c'est-à-dire de même nature que le sphacèle actuellement existant. Je reconnus que cet individu était diabétique (son urine contenait 90 grammes de glycose par litre), et je supposai dès lors que les manifestations nécrosiques étaient sous l'influence de la glycosurie. Mais un seul cas était loin de suffire à la déduction d'un rapport aussi important.

L'orteil se détacha et la plaie se cicatrisa. Je traitai la glycosurie, et réduisis extrêmement la proportion du sucre dans les urines, sans toutefois le faire disparaître entièrement. Le malade jouit d'une santé suffisante pendant deux ans environ; mais il se négligea, et la glycosurie se reproduisit au degré où je l'avais vue d'abord. C'est alors que tout le pied, le même où l'orteil s'était sphacélé, se gangrena; en même temps des accidents généraux graves se manifestèrent, écartant la ressource de l'amputation, et le malade succomba. Malheureusement l'autopsie ne put être faite.

Cette seconde gangrène, au moment précisément d'une recrudescence de la glycosurie, me confirma dans la supposition d'un rapport de causalité entre la glycosurie et la gangrène.

Entre les deux phases de la maladie, et dès ma première communication académique sur ce sujet, M. le docteur Landouzy avait fait part à l'Académie de médecine d'un cas de sphacèle des extrémités inférieures chez une femme diabétique qu'il avait observé, sans s'être arrêté au lien qui pouvait rattacher le sphacèle à la glycosurie.

Quelque temps s'était passé sans que mon attention eût été appelée de nouveau sur ce sujet, lorsque je fus prié par M. le docteur Ménestrel de voir avec lui un de ses malades qui habitait Montmartre.

Le malade dont il s'agit, d'une soixantaine d'années, replet, d'apparence sanguine, portait une large plaque gangréneuse à l'une des cuisses, et une autre plaque de même nature au dos. Je ne doutai pas qu'il n'y eût là une cause générale, diathésique, et je demandai au malade si depuis quelque temps il était tourmenté par une soif insolite, et si la quantité des urines avait augmenté. Il me répondit affirmativement sur ces deux points, au sujet desquels il avait gardé le silence vis-à-vis de son médecin. Depuis plus d'un an la soif était vive et la sécrétion urinaire surabondante. J'annonçai que, selon toute apparence, nous avions sous les yeux un cas de gangrène glycosurique. J'envoyai des urines à M. Duroy, et il y trouva facilement une proportion notable de glycose.

Aujourd'hui c'est M. le docteur Ménestrel qui, instruit par un premier cas, en a reconnu un qui avait échappé à un autre confrère.

Un médecin, M. le docteur de Soula, âgé de soixante-cinq ans, d'une forte constitution, n'étant sujet à aucune maladie, si ce n'est à des accès de goutte rares, qui ne l'avaient retenu au lit qu'une ou deux fois dans les trois dernières années, éprouva, en novembre 1855, quelques symptômes de congestion cérébrale. Le 21 ou le 22 de ce mois, il tomba sans connaissance dans sa chambre, et ne put se relever qu'avec le secours de sa domestique. Le jour même ou le lendemain, il se fit appliquer des sangsues à l'anus, et un confrère fut appelé le 23.

On appliqua de nouveau des sangsues, et le malade fut purgé plusieurs fois. Il se levait tous les jours, et sortit même une fois en voiture. Néanmoins, il éprouvait un fourmillement dans la main droite et de la faiblesse dans les jambes.

Le 11 décembre, on fit une saignée du bras, sur l'avis de M. Chomel.

Le 25 de ce mois, le malade se plaignit d'une souffrance à la nuque, où l'on constata une sorte de furoncle de la dimension d'une pièce de cinq francs, sans saillie centrale annonçant la formation d'un bourbillon. Le malade y éprouvait une sensation de brûlure et de fourmillement qui le privait de sommeil. — Cataplasmes émollients; bains.

Le 30, l'inflammation occupait toute la région cervicale postérieure, et l'on put évaluer à 12 centimètres carrés la surface envahie. Dans toute cette étendue, la pression du doigt était douloureuse, insupportable; la peau plus ou moins rouge; le tissu cellulaire sous-cutané endurci, *sans aucun signe de fluctuation*.

On fit des incisions profondes en divers sens : il sortit une quantité médiocre de sang; point de pus.

Plus tard, les incisions fournissent un pus séreux d'abord, puis sanieux et fétide. La peau était décolorée, laissant voir le tissu cellulaire mortifié.

C'est dans ce moment que M. le docteur Ménestrel fut appelé à voir le malade, et la ressemblance de cette gangrène avec celle que nous avions observée ensemble le frappa tout d'abord, au point qu'il ne douta pas que ce ne fût un exemple de gangrène glycoémique; et, en effet, l'urine du malade, examinée à diverses reprises par M. Duroy, donna de 43 à 47 grammes de glycose p. 100.

Le diabète est commun, et, fort heureusement, la gangrène diabétique est rare. Pourtant en voilà trois exemples depuis un petit nombre d'années, quatre en comptant celui de M. Landouzy, et, de plus, je suis informé par M. Mialhe qu'il s'en est présenté deux autres qui n'ont pas été publiés.

En somme, il est désormais impossible de refuser une place à la gangrène glycosurique ou plutôt glycoémique, car la glycosurie n'est que le signe dans l'histoire générale de la gangrène, et, d'autre part, on est en droit de rechercher dès à présent quel peut être le mode pathogénique ou le mécanisme de cette redoutable manifestation.

On est certainement le plus près possible de la vérité, si même on n'y atteint pas complétement, en pensant que la présence du sucre dans le sang crée une diathèse inflammatoire dans la membrane interne

des vaisseaux, et que, comme la résistance vitale est affaiblie dans le diabète, ce dont on peut juger facilement par la dépression des forces, l'irritation inflammatoire ainsi produite naît avec une tendance nécrosique.

Cette inflammation gangréneuse affecte préférablement le tissu cellulaire sous-cutané, et l'on voit se produire soit des furoncles qui peuvent se succéder pendant plus ou moins longtemps, comme chez mon premier malade, et qui ont une marche très-lente ; soit des gangrènes en nappe, comme chez le malade de Montmartre et chez celui de la dernière observation.

Chez mon premier malade, celui qui eut successivement un sphacèle d'un orteil et une gangrène de tout le pied, il se produisit pendant longtemps (outre des furoncles dans diverses parties du corps, dont un au nez, qui dura très-longtemps) de petites destructions partielles du derme le long des jambes.

On voit que la gangrène glycosurique peut affecter des formes diverses.

Mais, en outre, la diathèse inflammatoire, créée par la présence du sucre dans le sang, peut donner lieu à des manifestations plus simples, qu'il faut savoir rapporter à leur véritable cause, ce qui exige quelque attention. Ainsi, chez un de mes amis, que j'ai guéri radicalement du diabète, j'observai ceci de particulier : lorsqu'il faisait usage de quelques spiritueux, il éprouvait sur diverses parties du corps, mais spécialement aux lombes, des démangeaisons insupportables avec production d'une multitude de petits boutons rouges qui duraient quelques heures. Il n'avait jamais rien éprouvé de semblable avant d'être diabétique, et il a cessé de l'éprouver depuis qu'il est guéri. Voilà donc une manifestation herpétique qu'il est impossible de ne pas rattacher à la diathèse inflammatoire glycosurique ; et l'on voit ici l'influence d'une cause occasionnelle (l'usage des spiritueux) intervenant dans une diathèse, ce qui est un point de vue très-intéressant et très-fécond de l'histoire générale des diathèses.

Chez ce même diabétique dont je viens de parler, j'observai un phénomène très-singulier que je ne chercherai pas à expliquer. A deux ou trois reprises, il eut des éjaculations hémorrhagiques sans douleur. Le sperme avait la couleur rouge du sang artériel.

Cet individu eut un enfant qui présenta un état morbide insolite, dont on eut l'explication plausible quand on sut plus tard que lui-même était diabétique. Cet enfant tetait et buvait avec fureur, criant dès qu'il cessait de boire. Une seule fois il fut calmé, lorsque j'eus l'idée de suspendre l'allaitement et de lui donner du bouillon de poulet et de l'eau pure. Cette circonstance eût pu m'éclairer, mais l'idée du diabète chez un si jeune enfant ne se présenta pas à mon esprit. Chose extraordinaire, il avait des muscles très-développés, d'une dureté remarquable, et sa peau était très-mince, jouant sur les reliefs musculaires, comme s'il n'y avait pas eu de tissu intermédiaire : partout la graisse était absente. Il mourut dans l'opisthotonos. Il aurait fallu examiner l'urine ; mais le père ne s'était pas encore plaint, et on ne sut qu'assez longtemps après qu'il était diabétique.

Si, comme cela n'est pas douteux, la glycoémie crée une diathèse inflammatoire à tendance gangréneuse, il y a désormais deux raisons de recourir aux alcalins dans le traitement de cette maladie : celle qui se déduit de la doctrine étiologique de M. Mialhe, à laquelle je me range complétement, et celle qui résulte des propriétés antiphlogistiques des alcalins, notamment du bi-carbonate de soude.

Ce que fait le sucre, en donnant lieu à des inflammations gangréneuse du tissu cellulaire, l'excès d'acide urique (diathèse urique) peut le faire. J'ai vu plusieurs fois, mais surtout dans un cas bien remarquable, dont tous les éléments m'étaient parfaitement connus, des furoncles et même des anthrax se succéder sous l'influence d'une diathèse urique, constatée par l'analyse des urines, antérieurement à la période fébrile produite par les inflammations gangréneuses du tissu cellulaire, et, comme on pourrait dire, dans l'état *normal*. J'y ai coupé court au moyen d'un traitement alcalin, par le bi-carbonate de soude *intùs* et *extrà*, comme je fais en ce moment chez un individu dont la convalescence est troublée par un nombre considérable de gros furoncles développés à la suite d'un rhumatisme goutteux général ; car c'est le propre des grandes inflammations d'accumuler l'acide urique dans le sang, ce qui donne lieu à de prétendues *crises* qui n'étaient aucunement dans l'essence de la maladie.

Si l'acide urique en excès agissait sur l'intérieur d'une grosse artère, on verrait se produire une artérite oblitérante, et par suite une de ces gangrènes si improprement appelées *séniles*, dont la pathologie a été éclaircie depuis peu, et qui sont communes en Angleterre, où le genre de vie met en contact avec l'intérieur des artères des éléments de stimulation excessive. C'est ainsi qu'un goutteux pourra présenter un sphacèle non pas à titre de complication, mais bien à titre d'accident goutteux, l'inflammation artérielle étant de même nature que l'inflammation articulaire existante, ayant existé ou pouvant exister. Malheureusement il y a tout à croire qu'en pareil cas le médecin, dominé par la considération de l'effet, quand il faudrait s'inspirer de la cause, n'ayant en vue que la gangrène, donnera des antiseptiques, le quinquina surtout, et des calmants, particulièrement l'opium, autre stimulant, ajoutant ainsi à la cause qui a produit l'inflammation de l'artère et la mort des parties.

Moyen préventif de la fièvre puerpérale. — M. Piedagnel communique la note suivante sur un moyen préventif de la fièvre puerpérale.

La fièvre puerpérale, maladie fréquemment mortelle, règne à Paris trop souvent sous forme épidémique, et force l'administration des hôpitaux à prendre des mesures exceptionnelles ; c'est ainsi que vers le 15 mai, M. le directeur général me fit dire que, voulant éviter l'encombrement des femmes en couches, il les disséminerait dans divers hôpitaux, et que je devais me disposer à recevoir dans mon service, à l'Hôtel-Dieu, des femmes pour y accoucher.

Connaissant toute la gravité de la fièvre puerpérale, sachant combien peu sont certains les moyens employés pour la combattre, je pensai dans cette circonstance que peut-être il n'était pas impossible de la prévenir, et je m'occupai d'en trouver les moyens.

Sachant que la quinine a souvent été employée avec avantage dans cette maladie, qu'elle prévient les accès de fièvre intermittente pernicieuse, maladie générale beaucoup plus grave que la fièvre puerpérale ; me rappelant que pendant le choléra de 1853-1854, j'avais obtenu des résultats préventifs non douteux par son administration ; sachant aussi que le fer, qui a une action positive sur l'ensemble de l'économie, a de même été employé avec avantage contre la fièvre puerpérale, il me sembla qu'en les associant, on pourrait retirer de bons résultats de leur administration. Mais comme la fièvre puerpérale débute ordinairement d'une manière brusque, et par conséquent n'est pas toujours précédée d'altération partielle, je pensai que l'administration de ces médicaments, qui ne devait point entraîner de conséquence fâcheuse, pourrait être faite avant le début de la maladie, lorsqu'on craindrait de la voir se développer.

Mon service de femmes à l'Hôtel-Dieu se compose de tout le deuxième étage du bâtiment de la rive gauche de la Seine, et forme ainsi une longue salle de 84 mètres de long, 9 mètres de large, 3m,60 de hauteur, coupée en divers compartiments par des cloisons épaisses, et aérée, au nord et au midi, par de larges et hautes fenêtres..... Je convins avec M. le directeur de l'Hôtel-Dieu que, pour éviter l'encombrement, je n'aurais à soigner qu'une accouchée sur quatre malades, soit 16 sur 64 lits ; cette mesure fut respectée tant que les circonstances le permirent ; mais bientôt nous fûmes envahis, et j'ai eu, à plusieurs reprises 25 à 30 femmes en couches.

Les malades furent bien surveillées, tenues avec la plus sévère propreté. Les fenêtres ouvertes presque continuellement, même la nuit quand le temps le permettait, du feu jour et nuit fut entretenu dans les poêles pour établir des courants d'air : mais cette mesure ne fut employée que jusqu'au commencement de juin. Le traitement médical mis en usage fut le suivant : Dès qu'une femme entrait pour accoucher, accouchant ou accouchée, elle prenait deux pilules de 10 centigrammes de sulfate de quinine et 1 gramme de sous-carbonate de fer. Le soir, à la visite, une même quantité de médicaments était administrée, et tant que durait le séjour des malades à l'hôpital, matin et soir on donnait ces mêmes médicaments et à semblables doses. Les femmes buvaient de l'eau de tilleul et une bouteille d'eau de Spa. Toutes les fonctions étaient bien surveillées et maintenues autant que possible dans leur intégrité physiologique. Ainsi 40 centigrammes de sulfate de quinine, 2 grammes de sous-carbonate de fer chaque jour furent le régime médicamenteux des femmes bien portantes jusqu'à leur sortie de l'hôpital.

Mais il n'est question ici que des cas simples, et tous ne l'ont pas été. Ainsi, dans plusieurs circonstances, des signes de la fièvre puerpérale ont eu lieu, des douleurs, des frissons, de la fièvre, de l'excitation cérébrale, etc., se sont développés ; dans ces cas, immédiatement on augmentait progressivement et par jour les doses de sulfate de quinine, 60, 80 et jusqu'à 120 centigrammes que je n'ai pas dépassés. La quantité de fer était de même augmentée : 4, 5, 6 grammes furent mis en usage ; dès que les symptômes s'affaiblissaient, on diminuait les doses des médicaments. Tel est le traitement que j'ai employé ; voici maintenant le résultat :

Du 16 mars 1856 au 23 juillet, soit 68 jours, j'ai eu à traiter 51 malades, aucune n'a eu de fièvre puerpérale ; 11 ont eu des symptômes de la maladie à son début, sans persévérance ; 1, venant d'un autre hôpital, où elle était accouchée, est entrée avec une fièvre puerpérale avec délire : elle est morte en deux jours (c'est la première qui fut reçue dans mon service) ; 1 est entrée sans connaissance dans un état d'éclampsie grave ; elle avait été accouchée de force la nuit ; elle est morte dans la journée.

Au 23 juillet, les entrées ont cessé, les femmes grosses ont pris une autre direction. J'ai continué à suivre celles qui étaient dans mon service ; le résultat n'a pas cessé d'être heureux. Mais, le 23 septembre, de nouvelles femmes en couches se sont présentées ; j'ai suivi le même traitement préservatif, et voici ce qui j'ai obtenu :

Du 23 septembre au 31 octobre (38 jours), 40 femmes ont été admises pour accoucher ; 15 ont eu des accidents légers, 2 ont été assez gravement malades ; 1 est morte de fièvre puerpérale avec péritonite, épanchement thoracique droit, considérable : l'utérus était sain, mais volumineux et pâle.

En résumé, sur 91 femmes accouchées, une seule est morte de fièvre puerpérale contractée dans mon service. (Commissaires : MM. Serres, Andral, Velpeau.)

Délire des aboyeurs. — M. Bosredon envoie une note sur un genre singulier de névropathie, le délire des aboyeurs.

Cette singulière affection, dont l'histoire, dit l'auteur, se perd dans la nuit du moyen âge, paraît avoir pris naissance dans le sein de la Bretagne. Ce phénomène assez rare, et dont la nature est peu connue du monde médical, se reproduit par intervalles plus ou moins rapprochés : il est caractérisé par un cri perçant, convulsif, parfois musical, qui représente tantôt le chant du coq ou le cri du paon, tantôt le bêlement des brebis, tantôt le miaulement du chat, tantôt le jappement du chien. C'est ce qui a fait donner aux femmes qui en ont été atteintes le nom d'*aboyeuses*. Le hasard vient de me présenter un cas de ce genre, qui, traité par les moyens médicaux, a été suivi de guérison.

Jean Roux, âgé de onze ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, d'une bonne santé, dernier fils d'un père vigneron mort phthisique depuis trois ans, demeurant avec sa mère à Sainte-Croix-du-Mont (Gironde), fut pris, sans cause connue, le 1er février 1856, d'une toux apyrétique assez intense pendant le jour, accompagnée d'une légère expectoration muqueuse et de céphalée. Il était calme pendant la nuit. Une médication appropriée avait triomphé de ces accidents, lorsque, le 15 du même mois, il commença de faire entendre un cri semblable au cri d'une poule dont l'œsophage serait obstrué, et qui durait de sept à huit secondes. Ces crises, qui s'accompagnaient d'une respiration pénible et saccadée, se répétaient huit à dix fois dans la journée. A l'entrée de la nuit, elles cessaient jusqu'à sept heures du matin, où elles se renouvelaient. Le sulfate de quinine, le chloroforme à l'intérieur et à l'extérieur, les purgatifs variés, les bains froids et les immersions froides furent vainement employés. Ces crises, suivant toujours la même marche, intermittentes pendant la nuit, devinrent plus fortes pendant le jour et fatiguaient davantage le malade, sans cependant trop nuire à sa santé. Désespérant d'obtenir la guérison par les moyens ci-dessus indiqués, j'employai la potion suivante :

Eau de tilleul.	125 grammes.
Valérianate acide d'atropine.	demi-milligramme.
Sirop de sucre.	30 grammes.

A prendre par cuillerées dans les vingt-quatre heures. Cette potion produisit une forte dilatation des pupilles, des hallucinations, de l'incohérence dans les idées, enfin une forte secousse dans tout le système nerveux, surtout cérébral. Dans les vingt-quatre heures qui suivirent, l'économie rentra dans l'état normal ; la maladie avait complétement cédé. Huit jours après, sous l'influence d'une légère impression, ce jeune homme fit entendre deux cris assez semblables aux précédents ; pour en éviter le retour, je conseillai, le 21 août, la même potion ; mais le malade n'en prit que quelques cuillerées, à cause des accidents nerveux qui commençaient à se manifester. Depuis, il n'a plus rien éprouvé, et sa santé s'est constamment soutenue bonne. (Commissaire, M. Andral.)

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Fractures de l'extrémité supérieure du fémur avec rotation du pied en dedans.

Monsieur le rédacteur,

Je lis dans votre numéro du 29 novembre que M. Fleury, de Clermont, a présenté à la Société de chirurgie une fracture du fémur simulant une luxation en haut et en dehors, et qu'il a demandé si quelques-uns des membres de la Société n'avaient pas observé des cas analogues.

Permettez-moi de lui signaler, par l'intermédiaire de votre journal, deux cas que j'ai publiés dans la *Gazette médicale* en 1835.

Dans l'un, la jambe gauche était fléchie sur la cuisse, et celle-ci sur le bassin ; la pointe du pied était tournée en dedans, et le genou l'était à tel point, qu'il s'enfonçait continuellement sous le jarret du côté sain, et que, pour l'en empêcher, on était obligé de mettre des coussins en dessous afin de l'élever au niveau de l'autre genou. La main sentait dans la fosse iliaque externe une tumeur que l'on prenait pour la tête du fémur. Après la mort, la dissection m'apprit qu'il s'agissait tout simplement d'une fracture du corps du fémur, oblique de dehors en dedans, de haut en bas, et siégeant immédiatement au-dessous de la ligne qui de la base du grand trochanter se rend au petit. Les deux trochanters, restés unis au cal, étaient entraînés en arrière par les rotateurs en dehors, et formaient la tumeur de la fosse iliaque externe.

Dans le second cas, le membre abdominal droit était raccourci, le grand trochanter remonté, le pied et le genou tournés en dedans. Je trouvai une ancienne fracture du col du fémur. Ce col avait disparu entièrement, et la tête, contenue dans la cavité cotyloïde, était réduite à une coque cartilagineuse remplie par une substance presque pourrie.

Ces fractures si différentes, accompagnées du même phénomène, la rotation de la pointe du pied en dedans, me conduisirent, indépendamment de diverses considérations anatomiques, à cette conclusion, que ce n'est pas une disposition soit normale, soit pathologique, qui produit cette rotation, comme le supposaient Syme, Ekl, A. Cooper et Dupuytren ; mais qu'elle dépend tout simplement de circonstances extérieures, accidentelles, telles que l'impulsion que le fragment inférieur reçoit dans la chute, au moment de l'accident, ou la direction qu'on lui donne en relevant le malade et en le posant sur le lit. Au bout d'un temps même assez court, le travail inflammatoire, qui envahit toutes les parties voisines de la fracture, fait que ce ne serait qu'avec un effort assez douloureux qu'on pourrait ramener les choses dans une position moins anormale.

Agréez, etc.

Aug. MERCIER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le *Moniteur* publie un décret qui autorise les médecins dont les noms suivent à porter les différentes décorations d'ordres qui leur ont été conférés par des souverains étrangers :

Ordre du Medjidié, 3e classe (Turquie), M. Froment, médecin principal ; 5e classe, M. Rault, chirurgien de marine.

Ordre du Lion néerlandais (Hollande), M. Weddell, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle.

— Par décret du 12 novembre 1856, ont été nommés à vingt et un emplois de médecin aide-major de 2e classe, les deux chirurgiens sous-aides et les dix-neuf médecins stagiaires de l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires dont les noms suivent :

MM. Fristo, Brunet, Lecadre, Hévin, Gaujot, Bouchard, Allamargot, Judée, Beaunis, Fournier, Farine, Humann, Lévy, François, Roux, Cotté, Goguel, de Laporte, Palissat, Crevaux et Ribadieu.

— M. le professeur Bérard, inspecteur général de l'Université, a présidé, ainsi que nous l'avons dit il y a quelques jours, la séance de rentrée de la Faculté de médecine de Strasbourg. Voici un passage du discours qu'il a prononcé à cette occasion :

« Investi, il y a deux ans, de la mission d'inspecter votre Faculté de » médecine, j'en avais pris l'opinion la plus favorable. Des cours réguliers ; un enseignement dirigé vers les applications pratiques ; des » programmes élaborés avec maturité, et, chose plus rare qu'on ne » pense, des programmes religieusement suivis dans la chaire ; les vérifications expérimentales placées à côté des données théoriques ; » l'érudition allemande châtiée par le goût français ; des cliniques spéciales variées, servant de complément utile aux deux cliniques générales que les règlements ont instituées dans tous les centres d'instruction médicale ; de riches collections anatomiques, et, ce qui vraisemblablement n'appartient qu'à l'Alsace, des professeurs qui, pendant » toute la durée de l'année scolaire, ne se permettent d'autre délassement que de changer, à la fin du premier semestre, la matière de » leur enseignement : voilà ce que j'avais vu chez vous, messieurs, et » ce que je me réjouissais de mettre sous les yeux de S. Exc. le ministre de l'instruction publique. »

Pourrait-on faire un pareil éloge des autres Facultés de médecine ?

— Le CARNET DE POCHE DU MÉDECIN POUR 1857, publié par M. le docteur Comet, se trouve au bureau de l'*Ane savant*, impasse Mazagran, n° 6, à Paris.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messagerie, et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr., trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL LARIBOISIÈRE (M. Chassaignac). Gangrène du membre inférieur; amputation de la jambe. — Collection purulente ; opération par la méthode du drainage. — Ablation d'une tumeur cancéreuse du sein par écrasement linéaire. — Drainage d'une hydrocèle enkystée du cordon. — Imperforation de la membrane hymen; opération; guérison. — Hydropisies guéries par les ferrugineux. — Sirop tonique et anti-périodique. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 2 novembre. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE, séance du 2 octobre. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Des sympathies.

PARIS, LE 3 DÉCEMBRE 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a ouvert hier ses portes à deux battants à M. Nélaton. Sur 78 votants, l'honorable professeur a obtenu au premier tour 60 voix. L'Académie, par cette imposante majorité, a semblé vouloir lui manifester en même temps que son désir de le posséder dans son sein, le regret de ne l'y avoir pas appelé plus tôt. Quelques voix données aux candidats placés en deuxième rang sur la liste sont des engagements pour l'avenir.

A mardi prochain l'élection dans la section de pharmacie. Les élections, dans cette section, ont, nous ne savons trop pourquoi, le privilége de passionner et d'agiter l'Académie plus que ne le font d'ordinaire les autres. Si nous en jugeons par la durée du comité secret d'hier soir, et surtout par le bruit, par les éclats de voix et les tintements redoublés de la sonnette du président, qui perçaient le mur épais de séparation de la salle de réunion et des Pas perdus, la séance a dû être fort agitée. Nous ignorons ce qui s'y est passé, mais ce que nous pouvons dire c'est que tout ce bruit a été en pure perte pour ceux qui avaient pu le provoquer dans l'espoir d'obtenir une modification dans la liste de présentation. Si cette liste a été vivement attaquée, elle a dû être non moins énergiquement défendue, car l'Académie, en définitive, l'a maintenue telle qu'elle a été arrêtée par la section. Cette liste, si nos renseignements sont exacts, porte en première ligne et *ex æquo* MM. Gobley, Mialhe et Poggiale; en deuxième ligne MM. Buignet et Lefort.

Entre l'élection et le comité secret, M. Poiseuille a lu un très-bon et très-sérieux rapport sur un spiromètre de M. Guillet, que la commission a jugé moins sujet à erreur, plus précis dans ses indications, et surtout mieux approprié au but qu'on s'en propose, que les divers instruments du même genre qui ont été imaginés jusqu'à présent.

Le rapport de M. Poiseuille a eu le tort ou le malheur d'être lu devant une assemblée distraite et préoccupée, ici par la petite émotion qui accompagne presque toujours un scrutin d'élection, là par l'impatience qui précède la présentation d'une liste de candidature. Il en est résulté que personne n'a entendu le rapport, qui, sauf quelques longueurs de description et de détails techniques, méritait plus d'attention. On en trouvera un extrait dans le compte rendu, ainsi que l'indication de deux présentations faites à la fin de la séance publique par MM. Barth et Robert. — D. Brochin.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Gangrène du membre inférieur par artérite de l'artère fémorale ; amputation de la jambe.

I. Nous avons à pratiquer l'amputation de la jambe chez un homme qui a présenté une gangrène du membre inférieur consécutivement à une artérite de l'artère fémorale et de ses divisions.

Ce malade, qui est âgé de trente-deux ans environ, ne signale pas d'autre cause au développement de sa maladie que la pression exercée par des chaussures trop étroites qu'il aurait portées pendant un jour entier. A cela il faut ajouter qu'il a fait de très-grands efforts pour parvenir à faire pénétrer son pied dans ces chaussures.

Quoi qu'il en soit, le malade s'est présenté peu de temps après à l'hôpital avec un refroidissement extrêmement prononcé du membre inférieur, et toutefois sans apparence aucune de gangrène. Ce n'est qu'au bout de quelques jours que le sphacèle s'est déclaré.

L'amputation n'était pas possible à cette époque, car l'artère fémorale et ses divisions étaient atteintes d'artérite, et cette artérite était dans toute son intensité. De plus, le membre était tuméfié en même temps que refroidi. Or si à cette époque, et avant que tout travail d'élimination fût commencé, l'on avait fait la faute d'amputer, la gangrène se fût emparée du moignon, et l'on eût été obligé d'amputer au bout de quelques jours non plus dans la continuité de la jambe, mais au-dessus du genou dans la continuité de la cuisse.

Je me suis donc borné à opposer à la phlegmasie artérielle un traitement antiphlogistique : ventouses scarifiées, sangsues, cataplasmes, etc. Bientôt la gangrène s'est limitée, et une inflammation éliminatrice s'est développée à la limite des parties sphacélées.

Craignant cependant que la suppuration qui s'ensuivit ne donnât lieu à des accidents de putridité, je me décidai à faire une sorte d'amputation provisoire, qui consista dans l'ablation des parties gangrenées et l'extraction des portions d'os nécrosées. J'évitais ainsi tous les inconvénients qui à cette époque auraient pu s'attacher à une amputation définitive pratiquée au milieu des tissus sains non encore mortifiés, savoir : la reproduction du sphacèle dans le moignon, la présence d'os nécrosés dans son épaisseur, la nécessité de recommencer ultérieurement l'opération, etc.

Aujourd'hui que nous avons triomphé de l'artérite et que la gangrène est limitée, nous allons amputer la jambe, non pas d'après les procédés opératoires ordinaires, mais en prenant conseil pour ainsi dire de l'état des parties. Ainsi nous nous garderons bien de retrancher les chairs abondantes qui entourent la plaie, parce que, convenablement régularisées, elles peuvent nous fournir les éléments d'un moignon fortement constitué.

Nous commencerons donc par enlever les portions d'os nécrosées du tibia et du péroné au moyen d'un débridement, qui sera pratiqué successivement sur les parties latérales interne et externe de la jambe. Par la plaie qui résultera de ce débridement, nous passerons une scie à chaîne à l'aide de laquelle nous circonscrirons le péroné de manière à le sectionner au-dessus de la portion mortifiée. Nous agirons de même pour le tibia, puis nous disposerons les chairs avoisinantes, de telle sorte que nous puissions avoir un lambeau épais, bien nourri et en même temps exempt de toute altération.

Sur les parties ainsi privées de tout ce qui pouvait s'opposer au travail de réparation, nous appliquerons des cataplasmes, et d'ici à quelques jours nous espérons pouvoir recourir au pansement par occlusion.

Trois choses nous ont paru dignes d'être remarquées dans le fait intéressant dont il vient d'être question :

1° La forme irrégulière et dentelée de la zone limitatrice de la gangrène. Il est rare que dans le sphacèle spontané la limite de la mortification se fasse sur un anneau régulier comme celui d'une amputation. Mais ici l'irrégularité était extrême et nous a montré combien l'amputation faite prématurément eût exposé à laisser dans le moignon des parties sphacélées, qui eussent nécessité une autre amputation faite sur des points plus élevés. En effet, tandis que le sphacèle avait respecté les chairs recouvrant la face interne du tibia jusqu'au-dessous de la partie moyenne de cet os, il avait détruit toutes les chairs recouvrant sa face interne jusqu'à trois travers de doigt de son extrémité supérieure. Le péroné était dénudé circulairement jusqu'à une hauteur à peu près égale à celle de la dénudation de la face interne du tibia. Quant à la masse charnue des muscles de la partie postérieure de la jambe, elle était conservée.

Il résulte de là que la limite de la gangrène s'était faite sur une ligne très-accidentée et présentant de profondes dentelures. Et comme il était impossible de prévoir à l'avance un pareil incident, on n'eût pu éviter la présence de parties sphacélées dans le moignon qu'à la condition de reporter la ligne d'amputation sur un point très-élevé, c'est-à-dire à l'articulation du genou ou à la cuisse.

La temporisation à laquelle nous avons eu recours nous a donc permis de conserver au malade une portion plus considérable de son membre, et de faire tomber en définitive la ligne d'amputation, dans le point habituellement désigné sous le nom de lieu d'élection.

2° Le fait que nous venons de rapporter nous semble de nature à établir en chirurgie des précédents en faveur d'un mode opéra-

DES SYMPATHIES.

Je définirai sous le nom de *sympathies*, d'une part, cette dépendance mutuelle qui existe entre toutes les parties de l'organisme, et qui se montre plus étroite entre certains organes et certains appareils, et d'autre part, cette solidarité spéciale que l'on remarque dans certains états pathologiques ou dans certaines idiosyncrasies.

On a divisé les sympathies en physiologiques et pathologiques. A vrai dire cependant, cette séparation n'est pas rigoureuse. La dépendance mutuelle qui existe entre certains organes, dans l'état de santé, devient la source de la communauté de leurs affections. Les rapports sympathiques sont plus actifs dans la jeunesse que dans la vieillesse ; ils se montrent plus marqués dans certaines idiosyncrasies et dans certains états morbides. Les sympathies pathologiques ne sont donc autre chose que l'exagération de l'état physiologique. On comprend, sans qu'il soit nécessaire de l'expliquer, ce qu'il faut entendre, avec quelques auteurs, par sympathies thérapeutiques.

En raison de ce rapport inconnu qui lie les uns aux autres tous nos organes, de ce *consensus* qui enchaîne toutes leurs fonctions et les met dans une dépendance réciproque, aucune partie du corps ne peut être gravement altérée dans sa structure ou dans ses fonctions, sans déterminer un trouble pathologique correspondant dans la partie organisée de manière à y être le plus sensible.

Un organe étant malade, une région plus ou moins éloignée peut devenir secondairement le siége principal de la concentration morbide, au point de fixer spécialement l'attention du médecin.

Il ne faut pas confondre sous le nom de sympathies les connexions quelconques qui existent entre les organes, les rapports mécaniques ou fonctionnels, par exemple.

J'incline volontiers à retrancher des sympathies les phénomènes que Barthez a rangés dans son ordre des *synergies;* c'est-à-dire ceux qui résultent du concours d'actions simultanées ou successives de divers organes pour l'accomplissement d'une même fonction. Je voudrais réserver le nom de sympathies à ces irradiations nerveuses qui ont lieu entre des organes plus ou moins éloignés, sans que les parties intermédiaires éprouvent aucune sensation, aucune commotion. La distribution des rameaux d'un même nerf dans un même organe ou dans un même appareil, l'identité ou l'analogie de texture, expliquent le mutuel concours que se prêtent les différentes parties d'un organe ou d'un appareil; les rapports sympathiques, les actions électives d'un organe sur un autre ne peuvent s'expliquer ainsi par une disposition anatomique spéciale.

Hunter, dont M. Chomel a conservé la classification dans ses *Eléments de pathologie générale*, a distribué en trois ordres les phénomènes nombreux et variés que l'on rapporte à la sympathie. Il admet que ces phénomènes peuvent avoir lieu dans des organes continus, contigus ou éloignés. Les considérations que je viens d'émettre me porteraient à ne considérer comme phénomènes sympathiques que ceux qui se passent entre deux organes qui ne concourent pas aux mêmes fonctions et qui n'ont entre eux aucun rapport essentiel. Je comprends la douleur qui se fait sentir dans tout le trajet d'un nerf au moment où il est piqué ou contus, sans avoir besoin de recourir à une sympathie de continuité. Je dirai la même chose des convulsions générales et du tétanos qui se montrent après le déchirement d'un filet nerveux. Je ne vois pas trop par contre comment Hunter a pu rapporter à la sympathie de continuité le prurit des fosses nasales chez les personnes qui ont des vers dans les intestins, et la douleur du gland chez les individus qui ont un calcul dans la vessie. La sympathie de continuité n'est pas non plus à l'abri de toute contestation, à moins que l'on ne veuille faire du mot sympathie le synonyme d'irradiation nerveuse. Les vomissements dans la péritonite, que Hunter donne comme exemple de sympathie dans les organes continus, sont-ils en réalité le résultat d'une action sympathique, ne peuvent-ils s'expliquer par une irritation de voisinage? Si les phénomènes sympathiques reconnaissent une même cause physiologique, à quoi bon séparer les unes des autres des actions identiques qui ne varient que par leur siége, le plus ou moins grand éloignement des organes entre lesquels le *consensus* est établi ? Les phénomènes sympathiques varient à l'infini avec les organes qu'ils ont pour point de départ, mais il serait difficile de trouver dans leur mode de manifestation les bases d'une classification logique et rigoureuse. Les sympathies de contiguïté, comme celles de continuité, sont le plus souvent le résultat d'une disposition anatomique ou d'une irritation de voisinage.

On peut s'expliquer ainsi, autant qu'il me semble, la dysurie dans le gonflement hémorrhoïdal et dans le flux dyssentérique, que Hunter rapporte à la sympathie de contiguïté. L'observation seule peut apprendre à connaître les sympathies; l'anatomie, au contraire, ne peut qu'indiquer des connexions, des rapports mécaniques ou fonctionnels, des similitudes de fonctions, en révélant des similitudes de structure.

Dans l'état de la science physiologique, il n'est guère possible d'admettre les sympathies de tissu qui jouent un si grand rôle dans les traités de Bichat et ceux qui l'ont suivi. Ce qu'on a appelé sympathies de tissu n'est autre chose que des métastases matérielles ou dynamiques d'une cause morbifique. Mon savant ami, M. le docteur Mesnet,

toire que l'on peut qualifier d'*amputation provisoire.* Nous avons dit en effet que pendant la durée du travail d'élimination et avant que ce travail n'eût atteint son complément, nous avions retranché, par la section des os dans un point où ils étaient circulairement dénudés, le pied et la partie inférieure de la jambe qui, malgré le soin que nous mettions à prévenir la putridité au moyen de poudres anti-septiques, avait pris une odeur insupportable et très-gênante pour le malade.

En agissant ainsi et en retranchant, d'une manière en quelque sorte purement anatomique, un objet de gêne et d'incommodité pour le malade, nous n'avions pas cru faire autre chose qu'un simple détail de pansement, et prendre d'autres soins qu'une mesure de salubrité et de propreté. Aussi ne fûmes-nous pas médiocrement surpris de voir une amélioration remarquable se produire dès le lendemain de cette ablation provisoire, dans l'état de notre malade. Etait-ce l'effet moral produit par la satisfaction de se voir débarrassé de cette masse informe et noirâtre de l'aspect le plus hideux? Était-ce la diminution de poids produite par la soustraction de la partie qui ne tenait plus à l'extrémité du membre par aucun lien vital? Était-ce quelque autre condition physiologique encore peu connue, et sur laquelle nous aurons à vous présenter certaines considérations qui nous sont propres? Avait-on arrêté par là un empoisonnement putride par exhalation et par contact, résultant de la présence des tissus en décomposition que l'amputation provisoire venait d'enlever? Toujours est-il que le malade éprouva immédiatement après cette soustraction de la partie une amélioration véritablement frappante.

Si des faits de même genre venaient confirmer ce que nous avons observé dans le cas particulier, il y aurait lieu d'établir, selon nous, que, dans les cas de gangrène spontanée, et antérieurement à l'époque où une amputation régulière peut être tentée, il y a avantage pour le malade à le débarrasser, par une amputation provisoire faite dans les parties mortes, d'une portion plus ou moins considérable du membre sphacélé.

Le *modus faciendi* pour ce genre d'amputation consiste à faire au moyen de pinces et de ciseaux, une trouée circulaire dans les parties sphacélées, à arriver jusqu'aux os, qui, étant dénudés circulairement, peuvent être séparés au moyen de la scie.

3° En cherchant à nous rendre compte de l'amélioration si remarquable qui succéda chez notre malade à l'amputation provisoire faite dans les parties mortes, il nous a semblé que, parmi les circonstances susceptibles d'expliquer le résultat dont nous avons été témoin, devait figurer l'espèce de débridement produit par l'ouverture, faite au moyen de la scie, du canal médullaire des deux os de la jambe. Il est à remarquer que le travail éliminatoire au moyen duquel, dans un membre gangrené, les parties mortes se séparent des parties vivantes, recevait, du mode de construction des os, des

l'élimination des parties molles. En effet, la séparation, en ce qui concerne ces derniers, se fait à ciel ouvert. Il n'y a pas là possibilité d'étranglement.

Ce n'est point ainsi que les choses se passent pour les os pourvus d'un canal médullaire. C'est dans le même étui, dans la même prison que le mort se sépare du vif. Or cette séparation ne saurait s'effectuer sans un travail phlegmasique plus ou moins intense; et qui dit travail phlegmasique dit par cela même tuméfaction et boursouflement. Or, à l'intérieur d'un conduit dont les parois sont inflexibles et dont toutes les issues sont implacablement fermées, le gonflement inflammatoire ne peut pas s'accomplir suivant ses lois ordinaires. Il y a malaise, douleur vive, phénomènes d'étranglement, en un mot. Cet étranglement, aussitôt qu'il vient d'être levé, amène un apaisement, un bien-être tout particulier qui peignent exactement ce qu'éprouva notre malade immédiatement après la section du péroné et du tibia, section qui serait alors un véritable débridement pour l'espèce de myélite éliminatrice qui dans un os subitement et partiellement frappé de mort sur toute l'épaisseur de son cylindre doit nécessairement se produire à l'intérieur du canal médullaire.

Notons ici qu'au moment de la section il y eut un boursouflement notable de la moelle qui fit relief extrêmement prononcé à la surface de la section, ce qui nous a paru indiquer un trop plein du canal médullaire.

L'opération a pu être faite d'après les principes qui ont été posés plus haut; seulement elle ne s'est pas terminée sans qu'il survînt une de ces hémorrhagies que M. Chassaignac appelle *hémorrhagies par dégorgement.* Ces hémorrhagies ont pour caractères:

1° De se produire au milieu des tissus enflammés et plus ou moins gorgés de sang;

2° De se manifester avec toutes les apparences d'une hémorrhagie grave;

3° De s'arrêter d'elles-mêmes et très-rapidement.

Dans le cas particulier en effet, bien que l'écoulement sanguin ait pu paraître au premier abord très-abondant et très-sérieux, il ne fut nécessaire de recourir à l'application d'aucune ligature. Quelques minutes avaient suffi pour que toute hémorrhagie eût cessé. Ce genre d'hémorrhagie s'observe souvent dans le débridement des phlegmons diffus. Effrayant au premier abord, il ne nécessite jamais l'emploi de la ligature.

Collection purulente communiquant avec l'intérieur de la cage thoracique; opération par la méthode du drainage.

II. Voici un jeune homme qui porte sur diverses parties du corps les traces d'une diathèse tuberculeuse, laquelle a donné lieu à des abcès ganglionnaires, à des suppurations osseuses. Ce malade est faible, amaigri, et présente au sommet des deux poumons les signes non équivoques de la tuberculisation pulmonaire.

Comme il travaille à la fabrication des pianos et fait des journées assez lucratives, il est venu à la consultation avec le désir de se faire opérer séance tenante d'une vaste collection purulente qu'il porte à la partie antérieure de la poitrine du côté droit. Nous n'avons pu accéder à ce désir, non-seulement à cause de l'étendue du foyer et des précautions qu'exige le traitement consécutif de l'abcès après son évacuation, mais parce qu'il y avait là une grave question de diagnostic, laquelle ne pouvait être résolue que par un examen très-attentif.

Avons-nous affaire à un empyème ou bien à un abcès froid costal?

Faisons remarquer d'abord que la tumeur augmente considérablement de volume à chaque mouvement d'expiration, et que de plus on a la sensation d'un choc produit par un corps qui se précipite dans l'intérieur de la poche. Je ne crois pas néanmoins à un empyème. En effet, il n'existe pas de matité à la partie inférieure postérieure du thorax du côté droit.

Existerait-il une communication directe avec le poumon? Je ne puis le croire davantage, car nous n'avons aucun des signes qui établissent l'existence d'une excavation pulmonaire.

Je pense qu'il s'agit ici purement et simplement d'un abcès froid costal volumineux extérieur à la plèvre et au poumon, mais communiquant toutefois avec l'intérieur de la cage thoracique, dont il a pour ainsi dire troué la paroi sans intéresser la séreuse, en dehors de laquelle il se trouve. Nous avons dû dans ce cas nous adresser à M. Bourdon, l'un des médecins de cet hôpital, pour qu'il voulût bien nous aider à résoudre ces difficultés diagnostiques. M. Bourdon pense comme nous qu'il s'agit ici non pas d'un empyème, mais d'un abcès froid dans la cavité duquel une portion de tissu pulmonaire, coiffé par la séreuse, viendrait faire hernie à chaque effort, à chaque mouvement d'expiration.

Nous traiterons par le drainage cette collection purulente. Seulement le voisinage d'un organe aussi important que le poumon nous oblige à nous assujettir ici avec plus de rigueur que jamais aux préceptes que nous avons donnés pour l'application du drainage au traitement des abcès dans les régions dangereuses.

Après avoir fait avec le bistouri une piqûre très-légère dans un point déterminé de la tumeur, nous introduirons par cette ouverture un trocart mousse avec lequel nous parcourons sans danger toute l'étendue de la poche, et que nous ferons saillir sous la peau dans un point diamétralement opposé à l'ouverture d'entrée. Nous changerons alors la pointe mousse contre une pointe aiguë, la canule restant en place, et nous percerons les téguments dans le point indiqué. Il n'y aura plus qu'à établir au moyen de la canule laissée libre une anse élastique dans le foyer.

Ablation d'une tumeur cancéreuse du sein droit par écrasement linéaire.

III. Nous nous proposons maintenant d'enlever sur la femme qui vous est présentée une tumeur cancéreuse du sein droit par la méthode mixte (incision de la peau avec le bistouri, écrasement avec la chaîne métallique).

Cette tumeur a été déjà traitée en ville sans succès par les caustiques, comme le prouve la présence de l'eschare volumineuse que vous apercevez, et qui n'est pas encore complétement détachée.

L'observation attentive de ce qui s'est passé chez cette femme met en évidence quelques-uns des nombreux inconvénients attachés à l'emploi des caustiques dans les tumeurs cancéreuses du sein.

1° Je dois vous faire remarquer la lenteur d'action de ce moyen, puisque le caustique a été appliqué il y a déjà près d'un mois, et que le travail d'élimination n'est pas encore achevé;

2° La difficulté de circonscrire exactement la totalité des tissus malades, car, malgré le volume de l'eschare, nous trouvons une base indurée, et plus profondément un noyau dur, étendu, dont la présence prouve que l'action destructive du caustique n'a porté que sur une petite portion de la tumeur;

3° La longue durée d'une suppuration fétide et de mauvaise nature, qui joint à l'inconvénient d'épuiser la malade celui de l'exposer à des accidents de putridité;

4° L'impuissance, au moins dans certains cas, de ce moyen, puisque chez notre malade il nous faut recourir à l'amputation du sein.

Nous emploierons ici la méthode qui nous a déjà réussi maintes fois en pareil cas. En raison de la résistance trop grande que pourrait opposer la peau à l'action de la ligature métallique, nous ferons une incision qui circonscrira la base de la tumeur, et, sur la rigole qui en résultera, nous appliquerons la chaîne de l'écraseur. L'opération, faite d'après ces principes, s'est parfaitement terminée, et n'a donné lieu pour toute la partie exécutée par l'écraseur à aucun écoulement sanguin.

Drainage d'une hydrocèle enkystée du cordon.

IV. Nous terminerons par le drainage d'une hydrocèle enkystée du cordon.

Les heureux résultats que nous a donnés l'emploi du drainage dans le traitement de l'hydrocèle, de l'hygroma et même de certaines suppurations articulaires, nous a engagé à préférer cette méthode à l'injection iodée dans le cas particulier.

Le kyste se présente, chez le jeune garçon qui en est atteint, sous la forme d'une tumeur globuleuse, du volume d'une petite noix, située à un travers de doigt au-dessus du testicule. Soumise à l'épreuve de la transparence, la tumeur paraît parfaitement translucide.

Voici le moyen auquel j'ai recours pour constater la transparence dans les cas difficiles. Je me sers d'un grand étui de carton en forme de cornet, dont le sommet présente une petite ouverture, tandis que la base, largement évasée, peut embrasser tout l'ovale antérieur du crâne et de la face de l'observateur. Je m'assure, au mo-

---

a cité dans le numéro de juin 1856 des *Archives générales de médecine* un exemple remarquable d'aliénation mentale avec chorée dans un cas de rhumatisme articulaire aigu. MM. Hervez de Chégoin, Vigla, Trousseau, ont rapporté des faits analogues. Il n'y a pas là de sympathie proprement dite, mais un exemple de cette disposition qu'on a appelée diathèse, et en vertu de laquelle plusieurs organes ou plusieurs points de l'économie sont à la fois ou successivement le siége d'affections spontanées dans leur développement, et identiques dans leur nature, lors même qu'elles se présentent sous des apparences diverses.

Que la muqueuse utérine cesse, par une cause accidentelle quelconque, de laisser exsuder du sang, et qu'une autre surface muqueuse s'affecte tout à coup et rejette ce fluide, d'où certaines hémorrhagies du nez, de l'estomac, des bronches, etc., est-ce là un effet de sympathie de tissu? Evidemment non, mais le résultat du *molimen hémorrhagique* qui s'exerce vers une partie organisée de façon à offrir une voie supplémentaire à l'exhalation du fluide sanguin; et ainsi des autres phénomènes qu'on a rangés parmi les sympathies de tissu.

Parmi les actions sympathiques les moins contestables, on peut citer les vomissements que détermine la lésion de la sclérotique dans l'opération de la cataracte par abaissement, les convulsions ou les vomissements causés par le chatouillement chez les personnes extrêmement irritables, le gonflement des seins à l'époque des règles, l'érection du mamelon produite par la sensation voluptueuse du coït, l'influence exercée par la stimulation de la peau sur les organes de la génération, les convulsions de la dentition, l'action remarquable que le testicule exerce sur les organes de la voix, qui devient plus grave au moment où il commence à entrer en action, et qui éprouve, par le fait de la castration, un changement si caractéristique, etc.

Est-il besoin d'ajouter qu'il faut rejeter de cette classe de phénomènes les troubles généraux déterminés par une cause morbifique quelconque, l'introduction dans l'économie d'un virus, de substances toxiques ou médicamenteuses. Les accidents cérébraux qui surviennent dans le cours des affections rhumatismales, le délire qui suit l'ingestion des substances narcotiques, ou qui peut résulter d'une affection syphilitique, d'une de ces maladies cutanées mal connues dans leur essence, ne sont pas des phénomènes sympathiques.

Il en est de même du délire qui apparaît dans un grand nombre de maladies aiguës, et qu'on peut rattacher à des modifications subies par le liquide sanguin ou à l'activité anormale de la circulation.

L'état stupide qui accompagne souvent l'anémie, la mélancolie, que les anciens appelaient *melancolia a toto*, et qui se trouve placée sous la dépendance d'un état général, ne doivent pas figurer non plus dans la classe des délires ou des aliénations mentales sympathiques.

Les troubles généraux de l'organisme, quelle que soit la cause qui les produise, les répercussions et les métastases, déterminent çà et là, dans les organes ou dans les appareils, des phénomènes en rapport avec leur nature propre; ils engendrent des symptômes proprement dits, et non pas des actions sympathiques.

Les sympathies rentrent, à la rigueur, dans la classe des symptômes, mais ils y forment un ordre à part; ils échappent davantage à l'analyse; les symptômes, en général, peuvent être plus ou moins accusés, plus ou moins voilés, mais il est rare qu'ils manquent entièrement. Le contraire a lieu pour les sympathies; essentiellement variables dans leurs manifestations, elles ne constituent pas des phénomènes contingents, nécessaires; elles peuvent se développer comme ne pas survenir, la maladie restant la même. J'ai presque constamment raisonné jusqu'ici en supposant la communication sympathique établie entre deux organes; mais les choses ne se passent pas toujours ainsi. Une lésion de peu d'importance peut suffire à déterminer des troubles dans un plus ou moins grand nombre d'organes; c'est ainsi qu'une plaie peu étendue de la peau, une inflammation légère du tissu cellulaire, une angine tonsillaire, etc., amènent souvent une réaction fébrile intense et un retentissement marqué dans presque toutes les parties de l'organisme.

De toutes les parties de l'organisme humain, il n'en est pas dont les sympathies soient plus multipliées que celles des centres nerveux. La structure propre de l'encéphale, son importance prédominante, la multiplicité de ses fonctions, rendent parfaitement compte de ce fait. Parmi les organes dont le *consensus* avec le cerveau est le mieux établi, il convient de citer en première ligne l'estomac et le tube intestinal, puis les organes de la génération, les différents viscères abdominaux, les poumons, le cœur.

Les différents foyers de sensibilité qui ont avec le cerveau les sympathies les plus vives et les plus multipliées, sont, d'après Cabanis:

1° La région phrénique, qui comprend le diaphragme et l'estomac, dont l'orifice supérieur est si sensible que Van Helmont y plaçait le trône de son *archée;*

2° La région hypochondriaque, à laquelle appartiennent non-seulement le foie et la rate, mais tous les plexus abdominaux supérieurs, une partie considérable des intestins grêles, et la grande courbure du côlon;

3° Les organes de la génération, qui embrassent en outre le système urinaire et celui des intestins inférieurs.

Dr C. H. Loiseau.

(La fin à un prochain numéro.)

ment de l'appliquer, que cette espèce de cône creux, peut, lorsqu'on en ferme la petite extrémité, réaliser l'obscurité absolue sans cercle lumineux en aucun point; puis je l'applique par son embout sur la partie qu'il s'agit d'examiner. Ainsi faisons-nous dans tous les cas douteux.

Le drainage a été pratiqué; dans ce cas, d'après le procédé que nous avons déjà si souvent décrit. Le liquide qui s'est écoulé après l'établissement de l'anse élastique, a présenté les caractères habituels du liquide de l'hydrocèle vaginale, sans aucune trace de spermatozoaires. C'est là ce qui résulte de l'examen qu'en a fait au microscope et avec le plus grand soin M. Heurteaux, interne distingué des hôpitaux.

IMPERFORATION DE LA MEMBRANE HYMEN

produisant des accidents chez une enfant de deux mois. Opération. Guérison.

Par M. Godefroy, professeur d'accouchements à l'Ecole de médecine de Rennes.

La science ne possède qu'un assez petit nombre d'observations d'imperforations de la membrane hymen, ce qui s'explique par la rareté de cette imperforation ou par la mort des sujets avant l'âge où ce vice de conformation entrave les fonctions des organes génitaux. Toutes les observations dont j'ai connaissance sont relatives à des filles pubères chez lesquelles la rétention du flux menstruel donnait lieu à des accidents plus ou moins sérieux; et je ne connais aucun fait de ce genre relatif à des enfants, et surtout à des enfants du premier âge. On comprend cependant que la rétention d'un flux leucorrhéique puisse tout aussi bien que la rétention du flux menstruel donner lieu à des accidents.

Un fait de cette nature s'est présenté à mon observation, et je m'empresse de le signaler, pensant que, malgré sa rareté, il est bon que le praticien soit averti de sa possibilité.

Le 30 septembre 1856, Mme D... me fit examiner sa petite fille, âgée de deux mois; elle réclamait mes conseils pour une tumeur que l'enfant portait à la vulve, et qui augmentait de volume pendant les cris et les efforts de la défécation et de la miction. Cette enfant, qui est une jumelle, était pâle, grêle, chétive; le ventre était dur et tendu. En écartant les grandes et les petites lèvres, l'on apercevait l'orifice du vagin occupé par une petite tumeur molle, hémisphérique, du volume de l'extrémité du doigt auriculaire, et adhérente à la circonférence vaginale par tout le pourtour de sa base. Cette tumeur, d'un blanc bleuâtre, était indolente. Le toucher y faisait reconnaître une sorte de fluctuation. La pression la déprimait; mais elle ne tardait pas à reprendre son volume primitif aussitôt que l'on cessait de la comprimer.

Reconnaissant à ces signes une imperforation de l'hymen avec rétention d'un liquide, je n'hésitai pas à pratiquer au centre de la tumeur une ponction d'environ cinq millimètres d'étendue. Cette ouverture donna issue à un liquide visqueux, filant comme du blanc d'œuf, très-épais, en tout semblable au mucus utérin, et dont je fus obligé de favoriser la sortie en le prenant avec un linge et en comprimant légèrement le ventre de l'enfant.

Après en avoir retiré environ une bonne cuillerée à café, un brin de charpie fut introduit entre les lèvres de la petite plaie, afin de s'opposer à leur réunion immédiate.

Cet hymen était très-fort et très-vasculaire; il avait bien 2 millimètres d'épaisseur, et quelques gouttes de sang s'écoulèrent lors de sa section.

J'ai revu cette enfant. Les deux lèvres de la plaie sont cicatrisées isolément, et elle se retrouve actuellement dans les conditions normales.

N'ayant fait qu'une incision au centre de l'hymen imperforé, et nulle perte de substance, comme on recommande, et avec raison, de le faire chez les adultes, il est à craindre que plus tard (à la puberté) il ne reste plus de mon incision qu'un pertuis incapable de donner un écoulement facile aux règles. Mais la crainte d'un écoulement de sang chez un sujet aussi jeune m'a détourné de l'excision.

HYDROPISIES GUÉRIES PAR LES FERRUGINEUX.

Sous ce titre, M. le docteur Rotta donne dans la *Gazetta dell' Associazione medica degli Stati Sardi* le résumé de trente-trois cas d'hydropisie guérie par l'emploi des ferrugineux.

C'est dans une contrée humide et probablement marécageuse, si nous pouvons déduire le fait des nombreuses fièvres intermittentes indiquées par M. Rotta, qu'habitent ses malades.

L'hydropisie des membres inférieurs, compliquée souvent d'ascite ou même d'anasarque, était le résultat de maladies variées : fièvres paludéennes, accidents ou troubles survenus dans les fonctions utérines, maladies catarrhales, bronchites, leucorrhée, diarrhée séreuse, rhumatisme.

Dans un assez grand nombre des cas observés, des médications diverses avaient déjà été employées pour la maladie première ou contre l'hydropisie; mais les ferrugineux employés sous des formes très-variées, d'après la susceptibilité des malades et la variété des indications, ont eu les honneurs de la guérison, qui fut obtenue *sans un seul cas d'insuccès*.

Les circonstances dans lesquelles les ferrugineux paraissent particulièrement utiles contre l'hydropisie sont ainsi déduites des observations de M. Rotta :

Anémie et dyscrasie séreuse primitive ou consécutive à une maladie antérieure et presque constante;

Une sorte d'affaissement général, un défaut de réaction dans tout le système nerveux, qui permet d'expliquer la forme passive des hydropisies observées;

Une sorte de désaccord général dans l'organisme et de troubles spéciaux des organes digestifs;

Une constitution morbide se traduisant journellement sur l'espèce humaine et les animaux, dans les maladies régnantes, par une façon de dissolution de l'organisme;

Une altération de la crase du sang résultant de cette même constitution médicale, de conditions locales, de vicissitudes atmosphériques, de l'action sur des individus faibles, délicats, du froid humide ou d'une irritation interne, venant en aide à l'action perturbatrice des causes extérieures.

Dans tous ces cas, on le comprend, il est besoin de fortifier le malade, de donner à sa fibre une vigueur qu'elle a perdue, de rendre au sang la proportion normale des globules : le fer, aidé d'une alimentation tonique, doit donc mieux qu'aucun autre agent amener une guérison sûre, et prémunir l'individu contre des affections ultérieures qui résulteraient d'une première cachexie.

(*Union méd. de la Gironde.*)

SIROP TONIQUE ET ANTI-PÉRIODIQUE,

Par M. A. Le Couppey, pharmacien de 1re classe, à Bercy.

Extrait hydro-alcalin de quinquina. . .	25 gramm.
Citrate et fer ammoniacal (Béral). . . .	32
Écorces d'oranges amères.	90
Feuilles d'oranger.	20
Sucre blanc.	2 kilogram.

F. s. a. un sirop.

Ce sirop, auquel l'auteur donne le nom de Sirop *tonique du Pérou*, pour le distinguer d'une foule de préparations déjà employées, fera le sujet d'un mémoire détaillé dans lequel M. Le Couppey doit faire ressortir les avantages de cette préparation sur celles dans lesquelles le fer et le quinquina entrent en si grande quantité.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 décembre 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont eu lieu dans l'arrondissement de Figeac en 1855. (Commission des épidémies.)

M. le ministre de l'instruction publique transmet le rapport de M. le docteur Lecœur sur les épidémies de l'arrondissement de Caen en 1856. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Albert père adresse un mémoire sur une maladie endémique qui a régné pendant les mois de juillet et août dans la commune de Saint-Chinian. (Même commission.)

M. le docteur Papillaud adresse une note sur le traitement du panaris par la teinture d'iode. (M. Jobert, rapporteur.)

— M. le président annonce que M. Bérard (de Montpellier) est présent à la séance.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section de pathologie chirurgicale. L'Académie procède au scrutin.

La liste de candidature porte :

En 1re ligne, M. Nélaton;
En 2e ligne, M. Denonvilliers;
En 3e ligne, M. Hutin;
En 4e ligne, M. Morel-Lavallée;
En 5e ligne, M. Bonnafont.

Le nombre des votants est de 78; majorité, 40.

Au premier tour de scrutin :

M. Nélaton obtient.	60 suffrages.
M. Hutin.	11
M. Denonvilliers.	4
M. Morel-Lavallée.	1
M. Bonnafont.	1
Billet blanc.	1
	78

En conséquence, M. Nélaton est proclamé membre de l'Académie. Son élection sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

RAPPORT.

Spiromètre. — M. Poiseuille lit en son nom et au nom de M. Bouillaud un rapport sur un spiromètre que M. Guillet a présenté à l'Académie.

La spirométrie a pour objet, comme on le sait, d'évaluer approximativement la capacité individuelle de l'arbre aérien de l'homme sain et de l'homme malade.

D'après les préceptes posés par le docteur John Hutchinson, et adoptés par la plupart de ceux qui se sont occupés de ce point de la science, le sujet étant debout, fait une inspiration aussi profonde qu'il est possible, et l'air fourni par l'expiration complète qui lui succède immédiatement est recueilli. Ce volume d'air, s'il était obtenu exactement, représenterait en effet la majeure partie de l'air que peuvent recevoir les poumons, toutes choses égales d'ailleurs, et serait une donnée importante et pour le physiologiste et pour le médecin; la spirométrie, dit M. le rapporteur, a attendu jusqu'à présent ce résultat. Il s'agit, en effet, de recueillir toute la quantité d'air expiré; or, dans une expiration grande ou petite, l'air sort librement du thorax sans rencontrer aucun obstacle; la moindre résistance à surmonter donne lieu aussitôt à une perturbation dans l'expiration, et l'air n'est plus rejeté, ainsi que tout le monde peut facilement s'en convaincre, et cela par suite de la faible pression avec laquelle l'air sort de la poitrine.

La commission a fait sur ce point quelques expériences. L'un des commissaires a pris un tube de cuivre de 15 millimètres de diamètre, présentant à l'une de ses extrémités une bifurcation, dont les branches, de même diamètre, forment entre elles un angle d'environ 45°, et s'éloignant symétriquement de l'axe du tube principal : à l'une de ces branches, il a adapté un petit manomètre à eau, et il a fait passer dans le tube, dont l'autre branche communique librement avec l'atmosphère, l'air provenant d'une expiration suivant une inspiration profonde. Si l'expiration est faite avec effort, si l'air est poussé violemment (auquel cas elle ne peut être complète) le manomètre indique une pression de 90, 100 ou 120 mètres d'eau; mais cette pression, eu égard à la branche dont l'ouverture est restée libre, n'est qu'instantanée, elle tombe tout à coup à quelques millimètres, et plus lentement de 2 à 1 millimètre, et elle atteint bientôt jusqu'à 0. Si l'expiration est faite sans effort, sans secousse, graduellement, on constate un fait analogue, mais la pression maximum n'est plus que de 20 ou 30 millimètres, et tombe encore tout à coup à quelques millimètres, pour se réduire peu à peu à 0; l'expiration ayant une durée de 5, 8, 10 ou 12 secondes, la pression est constamment appréciable, mais très-faible pendant les dernières séances.

Ces expériences démontrent que la pression de l'air qui sort de la poitrine, dans l'expiration qui nous occupe, est loin d'être constante.

De là la commission est portée à conclure que, si dans les premiers instants de l'expiration, la sortie de l'air de la poitrine peut vaincre un certain obstacle, elle devient bientôt impuissante devant la faible résistance d'une colonne d'eau de quelques millimètres, par exemple. Ces faits bien établis, il lui a été facile de constater, à son point de vue, les inconvénients et les avantages que peuvent offrir les spiromètres, et par conséquent de formuler son jugement sur l'instrument soumis à son examen.

M. le rapporteur, après avoir rappelé le mécanisme des spiromètres de M. Hutchinson et de M. Bonnet, et montré les causes d'erreur que présentent tous les gazomètres employés pour recueillir les volumes respiratoires, décrit en ces termes l'instrument de M. Guillet :

Cet instrument se compose d'un tube en laiton de 15 millimètres de diamètre, formé de deux parties, l'une cylindrique, l'autre recourbée, raccordées entre elles; une hélice, composée de trois ailettes très-légères en mica, est montée sur une tige d'acier qui se trouve dans l'axe de la partie cylindrique du tube; une des extrémités de cette tige sort du tube en traversant un trou pratiqué dans la paroi, et porte une vis sans fin destinée à communiquer le mouvement à un compteur. Deux roues dentées engrenées avec cette vis sans fin : l'une porte l'aiguille du compteur qui marque sur un cadran fixe divisé en autant de parties que la roue a de dents, 50, les unités du nombre de tours de l'hélice; l'autre roue dentée n'a que 48 dents; par conséquent, quand l'autre, qui a 50 dents, a fait un tour complet, elle a fait un tour plus 1/24; elle porte un cadran mobile divisé en 24 parties, et chaque fois que l'hélice fait cinquante tours, l'aiguille se déplace par rapport au cadran mobile d'une division de ce cadran. Le compteur enregistre dans ce nombre de tours de l'hélice de 1 à 1200.

En supposant, pour plus de simplicité, que les 0 des deux cadrans coïncident, et que l'aiguille soit aussi au 0, pour obtenir le nombre de tours qu'aura fait l'hélice après avoir soufflé par l'extrémité de la partie cylindrique du tube, on n'a qu'à noter le nombre de divisions qu'a parcourues l'aiguille sur le cadran mobile et sur le cadran fixe; si le premier est égal à 21 et le second à 14, par exemple, l'hélice aura fait $21 \times 50 \times 14$, c'est-à-dire 1064 tours; sachant d'ailleurs que l'instrument donne passage à 3c d'air pour chaque tour de l'hélice, il sera passé alors 1064×3 ou 3l,192c d'air dans le spiromètre.

Les commissaires ont d'abord cherché à déterminer le degré de sensibilité de l'instrument, c'est-à-dire la pression sous laquelle doit se mouvoir l'air qui le traverse pour le faire marcher. Ils ont constaté que le manomètre indiquait une pression difficile à évaluer, tant elle était minime; elle atteignait à peine un demi-millimètre.

Ainsi, la force d'inertie du spiromètre de M. Guillet exige, pour être vaincue, une pression inférieure à un demi-millimètre d'eau; par conséquent, il n'y aura qu'une faible partie d'air de l'expiration qui échappera à ses indications.

Les commissaires, après avoir déterminé la sensibilité de l'appareil, se sont occupés de la limite d'erreur qu'il pouvait offrir. Les résultats qu'ils ont obtenus à cet égard ont été satisfaisants. Ils remarquent que l'instrument est un anémomètre, mais particulièrement approprié à la respiration; comme tout anémomètre, il ne donne des indications uniformes, certaines, que pour des dépenses qui ne sont pas inférieures à une certaine limite. Cette limite est ici d'un demi-litre environ par seconde; c'est aussi la limite inférieure de dépense que présente une expiration complète succédant à une inspiration profonde.

Dans les expériences faites par la commission, les nombres obtenus diffèrent de celui donné par la moyenne d'une quantité moindre que 100, ou 1 décilitre. C'est, en effet, le maximum de l'erreur qu'offre cet instrument lorsqu'on s'appuie sur une gradation faite avec un volume d'air d'une vingtaine de litres. Cette erreur est tout à fait négligeable eu égard à la nature du volume qu'on veut évaluer.

Le volume d'air expiré et mesuré par l'instrument est pour ainsi dire à la même température que la bouche, puisque l'hélice n'en est éloignée que de 4 à 5 centimètres. En même temps il ne se précipite qu'une quantité minime de vapeur d'eau, dont cet air est saturé. L'usage de l'appareil ne modifie nullement le rhythme normal de l'expiration. Sa grande sensibilité, l'approximation qu'il présente dans l'évaluation des quantités d'air qui le traversent, son extrême petit volume, toutes ces raisons ont conduit la commission à considérer le pneusimètre de M. Guillet comme un instrument précieux pour la physiologie et pour la médecine.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

PRÉSENTATIONS.

Kyste ovarique. — M. Barth met sous les yeux de l'Académie une pièce anatomo-pathologique; c'est un kyste ovarique dont les parois présentent dans plusieurs points une dégénérescence cancéreuse.

Les membres de l'Académie que cette présentation peut intéresser sont invités à passer dans le vestibule.

Pièce artificielle destinée à remplacer le maxillaire inférieur. — M. Robert présente, au nom de MM. Fowler et Preterre, dentistes américains, une pièce artificielle exécutée par ces artistes, et destinée à remplacer l'os maxillaire inférieur, dont l'ablation totale a été faite le 15 avril 1856 à l'hôpital de la Pitié, par M. Maisonneuve, au nommé Isamat (Jérôme), âgé de trente-trois ans. (Ce malade a été présenté à l'Académie le 12 mai.)

Cet appareil se compose :

1° D'une pièce supérieure constituée par une lame en or qui prend son point d'appui sur l'arcade dentaire supérieure et la partie antérieure de la voûte palatine;

2° D'une pièce inférieure, partie essentielle, formée d'une arcade dentaire en dents minérales munies de leurs gencives et fixées sur une base en or qui se moule sur les parties molles. Cette pièce s'articule avec la supérieure au moyen d'une charnière et de deux ressorts qui, par leur élasticité, favorisent l'écartement des deux arcades dentaires.

Grâce à cette pièce, la partie inférieure de la face trouvant un point d'appui, la lèvre est soutenue, et le visage recouvre toute sa régularité. La bouche peut être ouverte plus largement; le sujet parle plus facilement, et peut élever la voix autant qu'il le juge convenable. Il peut broyer des substances d'une certaine consistance, telles que des croûtes de pain, de la viande, des fruits, etc., ce qui lui était tout à fait impossible auparavant.

— A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section de pharmacie sur les candidats à la place vacante dans cette section.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 octobre 1856. — Présidence de M. CARON, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. le docteur Loyseau fait hommage à la Société d'un mémoire sur la *folie sympathique*. (Commissaire : M. Ramond.)

Ablation des loupes et tumeurs sans opération sanglante. — M. DUHAMEL lit un rapport sur le travail envoyé à la Société par le docteur A. Legrand.

On sait que ce praticien, redoutant les accidents qui, suivant lui, accompagnent très-souvent l'ablation des loupes et tumeurs de la tête au moyen du bistouri, préconise l'emploi des caustiques, dont l'application ne détermine jamais, dit-il, les érysipèles si fréquents à la suite de l'instrument tranchant.

M. Duhamel, sans être aussi certain que M. Legrand de l'innocuité des caustiques, s'en est servi avec succès dans plusieurs occasions. Et, sans être aussi absolu que l'auteur du mémoire, il pense que l'on ne saurait trop encourager les essais tentés dans cette direction, et sur lesquels une vaste et longue expérience peut seule prononcer.

Il propose d'écrire une lettre de remercîments à M. Legrand.

M. GUERSANT. On ne saurait trop insister sur le procédé de M. Legrand. Bien qu'il soit loin d'être nouveau, puisqu'en 1839, époque d'où datent ses essais, il a été préconisé par Dupuytren, et plus tard par M. le professeur J. Cloquet. Selon ces praticiens, on éviterait par ce mode d'opération l'érysipèle qui suit souvent l'ablation de ces sortes de tumeurs par l'instrument tranchant.

M. Guersant, qui n'emploie ordinairement que le caustique dans ces cas, n'a vu l'érysipèle survenir qu'une seule fois. Cette fois, à la vérité, il avait voulu hâter par des tractions la sortie du kyste. Il rapporte un fait qui établit l'efficacité de la cautérisation. Il ne s'agit pas ici, il est vrai, du caustique potentiel, mais bien du caustique actuel. Un vieillard portant une loupe volumineuse sur la tête était venu le consulter pour une autre maladie. Ayant eu occasion de revoir cet homme quelque temps après, il ne fut pas peu surpris de le voir débarrassé de la loupe qui avait fixé son attention. Lui ayant demandé comment cette guérison s'était opérée, il apprit que le feu ayant pris au bonnet de coton dont cet homme avait l'habitude de se coiffer, la peau recouvrant la loupe avait été profondément brûlée, et la guérison de la brûlure avait amené celle de la loupe.

M. RAMON rapporte un fait dans lequel une forte contusion amena le résultat opéré par le cautère actuel et par le cautère potentiel. Un homme déjà avancé en âge portait sur le sommet de la tête une loupe du volume d'un œuf environ; travaillant dans son grenier, il se releva brusquement, et la loupe vint frapper contre une solive avec une telle force qu'il résulta de cette contusion une destruction profonde des téguments recouvrant la tumeur. Une suppuration ne tarda pas à s'établir; une large eschare se détacha; le fond de la plaie résultant de sa chute présentait un cercle blanchâtre, d'une épaisseur pouvant être évaluée à un quart de ligne environ, formé par un tissu d'une texture tenace et éminemment fibreuse. La suppuration bien établie, quelques légères tractions amenèrent la sortie du kyste par la plaie, qui ne tarda pas à se cicatriser, et il ne restait d'autres traces de la loupe qu'une cicatrice déprimée à son centre, et qui au bout de quelques mois était à peine sensible.

M. CARON demande comment on peut expliquer l'innocuité, d'ailleurs incontestable, du caustique dans le traitement des tumeurs dont il s'agit. Comment concevoir, en effet, que l'application d'un caustique, qui doit nécessairement être suivie d'un *fluxus* autour de la portion des téguments convertie en eschare, n'amène pas ces érysipèles dont on a tant d'exemples à la suite de l'emploi du bistouri.

M. GUERSANT pense que par le procédé de M. Legrand la sensibilité est détruite, tandis que par la division des tissus opérée au moyen de l'instrument tranchant des vaisseaux et des nerfs se trouvent exposés au contact de l'air, dangereux, pour les premiers, par leur perméabilité; pour les seconds, par leur sensibilité; ce qui ne peut avoir lieu par l'emploi du caustique. Par ce procédé, en effet, les vaisseaux se trouvent cicatrisés, et les nerfs à l'abri du contact immédiat de l'air quand arrive la chute de l'eschare. Peut-être aussi, selon M. Guersant, faut-il tenir compte de la résorption du pus. Quant à ce qui est de l'introduction de l'air dans les vaisseaux, M. Guersant croit qu'on en a peut-être exagéré les effets; il a vu plusieurs fois de l'air poussé dans la tunique vaginale dans des cas d'opération d'hydrocèle par injection, ainsi que dans des injections pratiquées dans le foyer d'abcès par congestion, sans qu'il survînt aucun de ces accidents graves qu'on attribue à l'introduction de l'air dans le système vasculaire.

M. FOUCART est de ceux qui pensent que les érysipèles ne sont pas plus fréquents après les incisions du cuir chevelu par le bistouri qu'ils ne le sont après les opérations faites avec le même instrument sur toute autre partie du corps. Ce qui a contribué, suivant lui, à rendre, non pas général, mais vulgaire, cette opinion, c'est que si après l'ablation à l'aide de l'instrument tranchant d'une loupe, maladie légère s'il en fut jamais, il se déclare un érysipèle dont les suites, comme celles de tous les érysipèles traumatiques, peuvent être graves, on est vivement impressionné de cette terminaison fatale survenue à l'occasion d'une maladie qui n'en est pas une. Si pareil accident se produit après une opération grave, une amputation du sein, par exemple, d'un membre, etc., le fait, quoique malheureux, n'impressionne pas aussi vivement, et rentre dans la catégorie des faits ordinaires. Pour sa part, ce n'est pas à l'instrument qu'il rapporte la production de l'érysipèle, mais au mode vicieux de réunion, à l'emploi, par exemple, des bandelettes de diachylon, des pommades qui irritent la peau. Que l'on fasse usage de la suture, ou, si la plaie est petite, qu'on affronte simplement les lèvres de la plaie, puisque l'on panse simplement avec des compresses imbibées d'eau froide, et rien de pareil ne se produira certainement. Il a eu bien des fois à panser des plaies de tête, des plaies contuses même, qui prédisposent plus que les autres à l'érysipèle, et ce pansement à l'eau froide, sans cérat et sans diachylon, lui a toujours parfaitement réussi.

Je le répète, dit-il en terminant, il n'y a pas plus de chances d'érysipèle après une incision du cuir chevelu qu'après l'incision des téguments de toute autre partie du corps. A mon avis, la crainte de l'érysipèle après l'ablation des loupes par l'instrument tranchant, est un préjugé chirurgical.

M. DUPERTUIS, s'appuyant sur sa pratique, persiste à donner la préférence à l'instrument tranchant, pour le traitement des tumeurs dont il est question. J'ai, dit-il, constamment opéré avec le bistouri, j'ai enlevé le kyste, j'ai fait un pansement fort simple, sans m'occuper de la réunion, et jamais, par cette méthode, je n'ai vu survenir d'accidents; j'ai surtout évité l'emploi du diachylon, dont je pense, avec Dupuytren, que l'usage doit être proscrit dans le traitement des plaies de la tête et de la face.

M. MATTEI ne croit pas que la fréquence des érysipèles dans l'ablation des loupes par le bistouri tienne à la réunion immédiate que l'on fait ou plutôt que l'on tente dans ces cas. Il croit, au contraire, que si elle pouvait être obtenue, elle préserverait des érysipèles au lieu d'y prédisposer, et cela par cette raison que l'érysipèle ne se produit que lorsque la plaie s'enflamme. La réunion immédiate, lorsqu'elle a lieu, est une pure organisation de la lymphe plastique, qui s'écoule d'une surface nouvellement produite.

Dans l'ablation des loupes, les téguments sont précisément dans des conditions peu favorables pour cette réunion. Leur peu d'épaisseur et l'espèce d'enfoncement qui résulte de l'enlèvement de la tumeur rendent impossible la coaptation des surfaces, et par suite la réunion immédiate. La suture dans ces cas, n'est pas, à son avis, plus heureuse que les bandelettes agglutinatives. On comprend dès lors pourquoi ces plaies prédisposent aux érysipèles. C'est qu'elles exposent les surfaces au contact de l'air extérieur, qui est le plus souvent la première cause de la maladie; enfin l'inflammation consécutive, la nature des tissus, les bandelettes de sparadrap, la malpropreté et d'autres causes la déterminent.

Il reconnaît, avec M. Guersant, que l'ablation par les caustiques expose moins aux érysipèles, non à cause de la réunion immédiate, mais parce que cette réunion est impossible à obtenir.

M. GUERSANT pense qu'indépendamment des conditions dans lesquelles se trouvent les plaies faites par l'instrument tranchant, et qui peuvent occasionner l'érysipèle, on peut encore faire figurer, au nombre des causes de cet accident, le diachylon ainsi que les cérats et pommades que le temps a altérés.

M. JOSIAS ne balance pas à attribuer au diachylon les érysipèles qui viennent compliquer d'une manière si souvent fâcheuse les plaies suites d'opérations, et dont on veut obtenir la réunion par son moyen, et les fréquents succès de M. Dupertuis tiennent, selon lui, à ce qu'il n'en fait point usage dans les pansements.

M. RAMON. Toutes les causes d'érysipèle traumatique énoncées ci-dessus peuvent certainement expliquer celui qui survient à la suite de l'ablation des loupes par l'instrument tranchant; mais ne doit-on pas aussi tenir compte de dispositions générales actuelles chez les opérés dont rien ne décèle l'existence? Voici un fait qui semblerait venir à l'appui de cette assertion.

Une dame jeune, de taille élevée, présentant toutes les apparences de la plus belle santé, portait à la région deltoïdienne de l'épaule droite une tumeur paraissant enkystée et pouvant avoir deux ou trois lignes de diamètre; cette tumeur n'était le siége d'aucune douleur, et n'était qu'un peu gênante. La dame, voulant en être débarrassée, prit l'avis d'un praticien aussi distingué par sa position et son savoir qu'estimé par sa prudence et ses qualités personnelles. Quelle fut la décision du chirurgien quant à l'opportunité de l'opération? Je ne saurais le dire. Tout ce que je sais, c'est qu'elle ne fut point défendue; il crut même devoir faire dans la tumeur, à l'aide d'une lancette, des ponctions exploratrices, qui, bien que douloureuses, ne furent cependant suivies d'aucun accident.

Au bout de quelques semaines, mon confrère et ami M. le docteur Deguise père et moi fûmes appelés. Nous jugeâmes qu'aucune raison ne s'opposait à ce que le désir de la dame fût satisfait; il fut donc procédé à l'opération. Le volume de la tumeur étant si minime qu'il n'y avait pas lieu de la circonscrire par une incision elliptique, une incision d'un pouce environ, intéressant l'épaisseur de la peau et le tissu cellulaire au milieu duquel elle était située et parfaitement isolée, fut pratiquée; l'extraction en fut prompte et facile. Les bords de la plaie furent réunis au moyen de bandelettes de taffetas d'Angleterre.

Tout allait pour le mieux sous le rapport de l'état général de la malade, qui était parfait, ainsi que quant à la plaie, lorsque vers le troisième jour une teinte rosée se manifesta autour de celle-ci. Cette teinte rosée était le début d'un érysipèle qui fit de rapides progrès en étendue et en intensité; une fièvre qui ne tarda pas à s'accompagner de symptômes ataxiques, au nombre desquels figurait le tétanos, se déclara, et la malade fut enlevée en trois ou quatre jours.

M. CHALUT rapporte le fait d'un enfant affecté d'érysipèle, chez lequel l'emploi des remèdes ordinaires n'ayant point réussi, il eut recours, sans plus de succès, à des frictions faites avec l'onguent mercuriel; il fit enfin appliquer un vésicatoire sur le siége du mal, et il obtint par ce moyen une prompte guérison.

M. GUERSANT emploie avec succès, contre l'érysipèle, le collodion préparé selon la formule de M. Robert Latour. On peut, selon lui, par ce moyen, éviter la complication d'érysipèles à la suite des opérations. Ayant eu à enlever il y a quelque temps une loupe dans le dos du poids de 500 grammes, il a fait précéder l'opération d'une application de collodion dans une assez grande étendue autour de la tumeur, et il pense avoir ainsi pu prévenir le développement d'un érysipèle.

Le secrétaire annuel : Dr RAMON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 29 novembre, ont été promus ou nommés dans le corps des officiers de santé de la marine, à la suite des concours ouverts dans les ports :

Au grade de médecin professeur, M. Leroy de Méricourt, chirurgien de 1re classe.

Au grade de chirurgien de 1re classe, MM. Franquet, Lozach, Lacroix, chirurgiens de 2e classe.

Au grade de chirurgien de 2e classe, MM. Cédont, Lucas, Bienvenue, Phélippeaux, Le Bouvier, Merlin, Géry, German, Moisson, Toucas, Bergeret, Doué, Castillon, Duburquois, Palasne-Champeaux, Guérin, Cerf-Mayer, Bavay, chirurgiens de 3e classe.

Au grade de chirurgien de 3e classe, MM. Roux, Le Prédour, Lecomte, Bon, Prouteaux, Ricard, Lecontat, Desgranges, Encognère, Espieux, Audouit, Fourcy, Bochard, Duhamel, Etienne, Beuf, Allongue, Auffret, Tessonneau, Noury, Jobard, Cornette de Venancourt, Borius, Batby-Berquin, Le Barzic, Gouez, chirurgiens auxiliaires et élèves.

Au grade de pharmacien de 1re classe, MM. Villers, Carpentin, pharmaciens de 2e classe.

Au grade de pharmacien de 2e classe, MM. Le Dantoc, Doué, pharmaciens de 3e classe.

Au grade de pharmacien de 3e classe, MM. Gay, Gentili.

— L'Académie de médecine a tenu samedi dernier une séance en comité secret pour entendre les derniers rapports sur les prix. Elle est en mesure maintenant pour la séance publique annuelle, qui aura probablement lieu de mardi en huit, la séance prochaine devant être en partie occupée par l'élection dans la section de pharmacie. La discussion sur les kystes de l'ovaire se trouvera ainsi ajournée, et ne pourra probablement être reprise qu'au mois de janvier.

— La Faculté de médecine de Montpellier s'est assemblée le 24 novembre pour procéder à l'élection de candidats pour la chaire de chimie médicale vacante dans son sein. Au premier tour de scrutin, M. Béchamp, professeur à l'Ecole de pharmacie de Strasbourg, a obtenu l'unanimité moins une voix; au deuxième tour, M. Faget, professeur agrégé à la Faculté, a obtenu l'unanimité moins deux voix. En conséquence, la liste de la Faculté est ainsi composée : 1° M. Béchamp; 2° M. Faget. (*Revue thérap. du Midi.*)

— Trois agrégés sont en ce moment chargés de faire des cours à la Faculté de Montpellier; ce sont : pour l'anatomie, M. Jacquemet; pour la physiologie (suppléant M. Lordat deux fois la semaine), M. Bourdet; pour la chimie, M. Faget.

— Le concours pour le majorat de la Charité de Lyon a commencé lundi 1er décembre. Le jury est composé de MM. Barrier, Bonnet, Bouchacourt, Bouchet, Desgranges, Pétrequin, Rater, Richard, Rodet, Rollet, Roy et Socquet.

Les candidats sont MM. Berne, Chavanne, Delore, Faivre, Gailleton, Ollier et Philippeaux.

— MM. Caussade, Riquard, Sous, Larauza et Rabaine, viennent d'être nommés, à la suite d'un concours, internes de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

A la suite d'un autre concours, ont été nommés adjoints aux internes : MM. Marc Duchêne, Bruny, Campagnac, Gaultier, Cuillé, Faugère et Borchard.

— L'administration des hospices de Bordeaux vient de créer une place d'interne à l'hôpital des Enfants-Trouvés de cette ville. Cette mesure nous paraît être un véritable progrès; elle est utile à la population de l'hospice, elle l'est aussi aux élèves, qui trouveront dans cette place de précieux avantages. (*Union méd. de la Gironde*).

— La séance solennelle de rentrée de l'Ecole préparatoire de Caen a eu lieu le 15 novembre dernier. M. Le Cœur, professeur à l'Ecole, chargé du discours d'usage, avait pris une question remplie d'intérêt et qu'il a traitée avec beaucoup de talent : « Quelle doit être la vie du » médecin? Quels sont les devoirs que sa profession lui impose? »

— M. le docteur Goffres, médecin principal de 1re classe, vient d'être nommé chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Toulon. La spécialité chirurgicale de M. Goffres ne lui permettait plus de rester à Montpellier, où il aurait dû faire un service médical. C'est à cette circonstance qu'il faut attribuer son changement de résidence.

— M. le docteur Henrotin, de Tellin (Luxembourg), vient de mourir dans un âge très-avancé. M. Henrotin était un des plus anciens praticiens du pays.

— M. le docteur Félix Leclerc, médecin du service sanitaire de la ville de Bruxelles, vient de mourir subitement dans cette ville.

— La Société impériale de médecine de Lyon et l'Association médicale de prévoyance du Rhône ont voté chacune 100 fr. pour la souscription en faveur des veuves et des orphelins des médecins et pharmaciens de l'armée et de la flotte morts en Orient.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 143. — SAMEDI 6 DECEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 143. — SAMEDI 6 DÉCEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 Un an. 30

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le prix en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladie d'Addison. — Cas de peau bronzée sans altération des capsules surrénales. — Conclusions.

Depuis notre numéro de samedi dernier, il a été publié encore, d'après le *Medical Times and Gazette* du 4 octobre, un nouvel exemple de peau bronzée qui doit trouver sa place ici, avant l'examen que nous nous proposons de faire de ces diverses observations: c'est celui d'une femme de trente-six ans, admise le 2 août dernier à l'Infirmerie royale de Dundee, service du docteur Christie, pour une phthisie tuberculeuse. Deux mois environ après le début de sa maladie, elle eut du frisson, des douleurs de tête et des douleurs lombaires; et peu de jours après elle commença à remarquer que sa peau prenait une teinte brunâtre qui devenait graduellement plus foncée. Lors de son admission à l'Infirmerie, elle présentait une maigreur considérable, une coloration bronzée de la peau et un état semi-paralytique du côté droit de la face. Elle accusait dans la région du foie et dans les lombes une douleur qu'augmentait la pression. Il y avait dans ces deux points de la plénitude et de la tension. L'examen du thorax faisait reconnaître tous les signes d'une phthisie tuberculeuse avancée.

Dans la matinée du 4, la malade tomba dans un état comateux qui se termina par la mort dans la soirée. A l'autopsie, la peau était d'une couleur d'acajou foncé sur tout le corps et les jambes; cavité ulcéreuse dans le poumon gauche, avec des tubercules à tous les degrés dans les deux poumons. Foie, rate, reins parfaitement sains. Les capsules surrénales, plus volumineuses qu'à l'ordinaire, contiennent toutes deux une série de kystes remplis d'un liquide séreux peu abondant, avec un peu de matière floconneuse flottante; il restait très-peu de substance corticale.

En joignant ce fait et celui de M. W. Monro, que nous avons rapporté dans la dernière *Revue clinique*, aux observations précédemment publiées, il en résulte que nos lecteurs n'ont eu jusqu'à présent sous les yeux que des exemples de peau bronzée avec altération plus ou moins manifeste des capsules surrénales. De telle sorte qu'à en juger par ces seuls documents la question semblerait facile à résoudre; on pourrait se considérer comme suffisamment fondé à conclure à l'exactitude du rapport établi par M. Addison entre les symptômes de la maladie bronzée et l'altération des capsules. Toutefois, ces observations fussent-elles seules, cette conclusion ne serait pas encore parfaitement légitime, ou tout au moins, pour rendre plus fidèlement notre pensée, ne devrait-elle être admise que sous les réserves d'une détermination plus exacte des divers états de la peau qui ont été désignés jusqu'à présent par les observateurs sous le nom commun de peau bronzée, et d'une plus grande précision dans la description des altérations des capsules surrénales. Mais, indépendamment de ces lacunes nombreuses que laissent subsister les observations positives, les plus concluantes en apparence, il y a à tenir compte de deux faits négatifs qui ont été publiés depuis peu, faits dans lesquels on n'a trouvé aucune lésion dans les capsules, bien que les malades eussent présenté pendant la vie la coloration bronzée et les symptômes cachectiques qui caractérisent la maladie d'Addison. L'une de ces observations est rapportée par M. Posner dans un journal anglais; la seconde a été communiquée à l'Académie des sciences.

Voici le fait rapporté par M. Posner :

Une jeune fille de quatorze ans fut envoyée au printemps de 1854 à l'hôpital, dans le service de M. Peacock, pour une affection de poitrine.

A cette époque, elle éprouvait déjà depuis quelques mois de la faiblesse, une légère toux et un manque d'appétit; son teint s'était rembruni, surtout aux mains, aux bras et aux épaules. L'examen physique ne montra rien d'anormal dans le cœur et les poumons; la langue était un peu chargée, l'appétit variable. Les règles n'avaient pas encore paru.

M. Peacock considéra d'abord cette coloration spéciale de la peau comme un degré fortement prononcé de cette coloration qui se montre souvent peu avant l'établissement de la menstruation.

En juin, la malade eut une fièvre scarlatine; l'exanthème fut faible, mais il y eut de l'angine, un grand abattement et des accidents nerveux.

Après la guérison, les forces augmentèrent un peu; mais bientôt la couleur brune de la peau augmenta de plus en plus, la faiblesse fit de nouveaux progrès, et en août 1855 la malade mourut après une attaque d'hystérie qui avait duré plusieurs heures.

A l'autopsie, on trouva une concrétion calcaire du volume d'un pois dans la substance de la moelle allongée, entre la surface de celle-ci et le quatrième ventricule. Au pourtour de cette concrétion, la moelle était d'un gris foncé et ramolli; la consistance des portions centrales de l'encéphale était diminuée; il y avait plus de sérosité que d'habitude dans les ventricules et à la base du cerveau; les veines et sinus de l'encéphale étaient congestionnés. Les viscères pectoraux et abdominaux, notamment les reins et les capsules surrénales, examinés avec grand soin, ne présentaient aucune altération.

La seconde observation de peau bronzée, sans altération des capsules surrénales, est due à M. A. Puech, chirurgien chef interne à l'Hôtel-Dieu de Toulon. Dans une note communiquée à l'Académie des sciences, dans le mois de septembre dernier, et dont nous avons publié à cette époque un court résumé (voir le numéro du 23 septembre), ce chirurgien, s'appuyant sur quelques faits déjà connus et sur ses propres observations, contestait la relation établie entre l'affection désignée sous le nom de peau bronzée et la lésion des capsules surrénales, qui ne serait à ses yeux qu'une pure coïncidence. Voici le fait qu'il a observé et sur lequel se fonde principalement son opinion à cet égard; il mérite d'être pris en sérieuse considération.

Une jeune femme de vingt-huit ans, brune, de stature moyenne et d'une constitution délabrée, admise à plusieurs reprises dans les salles de l'Hôtel-Dieu de Toulon, pour des accidents syphilitiques, y rentra de nouveau le 5 juillet 1855, et y succomba rapidement à des accidents cérébraux, qui étaient venus compliquer une phthisie pulmonaire dont elle était atteinte depuis quelque temps.

L'examen du cadavre fit constater les particularités qui suivent :

Maigreur notable, surtout aux membres; face terreuse, tandis que la peau du ventre et de la poitrine présentait de larges taches brunes très-rapprochées l'une de l'autre. Ces taches ne rappelaient par leur coloration ni les taches cuivrées de la syphilis, ni celles du tatouage familier aux filles qui vivent avec les matelots; elles n'étaient comparables qu'au brun des cartilages desséchés, ou plutôt à la couleur de l'auréole des seins chez les femmes grosses de plusieurs mois. Moins foncées au niveau des vergetures, elles se rembrunissaient au pourtour de l'ombilic; du mont de Vénus elles arrivaient à l'appendice xiphoïde, pour s'étendre sur les côtés en dehors des mamelles. Le lavage à l'eau ne les effaçait ni ne les diminuait; il ne servait qu'à les mieux faire ressortir par l'effet du contraste. La peau était d'ailleurs fine et luisante, et ne présentait ni saillie ni desquammation. Les petites lèvres de la vulve offraient aussi une coloration noire.

Nous passons outre sur les détails de l'autopsie qui ont révélé un grand nombre de lésions étrangères à l'objet qui nous occupe, pour nous borner à constater que les capsules surrénales, examinées avec le même soin que tous les autres organes, furent trouvées parfaitement saines.

— Essayons maintenant de résumer dans un coup d'œil d'ensemble toutes les observations connues jusqu'ici de peau bronzée, et voyons ce qu'il sera possible d'en déduire pour la question qui nous occupe.

Lorsque nous avons entretenu nos lecteurs pour la première fois de cette maladie, on ne connaissait encore en Angleterre, où les premières observations de ce genre ont été faites, que 15 faits, dont 11 recueillis par M. Addison lui-même, et 4 par d'autres médecins. Le nombre s'en est notablement accru depuis, ainsi qu'on en pourra juger par la statistique suivante, contenue dans un mémoire que M. le docteur Hutchinson vient de publier dans le *Medical Times*, et dont nous empruntons un extrait à la *Gazette hebdomadaire*.

M. Hutchinson a réuni un total de 28 cas de lui connus, et observés en Angleterre seulement.

« Sur ces 28 cas, 12 fois les deux capsules surrénales étaient détruites par une maladie chronique; et dans chacun d'eux, le changement de couleur de la peau était marqué et positif, et la mort est survenue avec des symptômes particuliers de débilité. Sept fois on n'a pu obtenir l'ouverture du cadavre; mais la forme de cachexie observée et le genre de mort ressemblaient très-exactement à ceux dans lesquels la nécropsie a confirmé la théorie. Dans un cas, le patient vit encore; mais les symptômes sont tout à fait ceux qu'on rencontre habituellement, et le mal paraît irremédiable. Dans un autre, les deux organes étaient frappés de suppuration récente, et la peau n'offrait qu'une teinte jaune brun, l'affection probablement n'existant pas depuis assez longtemps pour avoir pu produire la coloration caractéristique de la couche pigmentaire. 4 fois l'altération n'occupait qu'une des deux capsules, l'autre restant saine, et il n'existait qu'une teinte bronzée légère, mais bien positive.... Une fois le patient guérit après avoir présenté pendant plus d'un mois une teinte brun sale de la peau. Une autre fois, on ne constata aucun changement de couleur à la peau chez une femme morte de cancer, dont les deux capsules surrénales contenaient des dépôts cancéreux. Enfin, l'auteur fait allusion à un sujet chez lequel la peau présentait une couleur sombre générale, sans que l'autopsie ait révélé aucun désordre du côté des capsules surrénales. Mais, ainsi que le fait remarquer le rédacteur de la *Gazette hebdomadaire*, il est probable qu'il s'agit du cas de M. Peacock, dont il a été question plus haut.

En somme, sur ce total de 28 cas, dont il faut défalquer 7 cas sans ouverture de cadavre et 2 suivis de guérison ou dont l'issue n'était pas encore connue, ce qui réduit à 19, on en trouve 18 dans lesquels la relation d'une lésion des capsules avec la peau bronzée est constatée. Si l'on ajoute à ces 18 cas l'observation de M. Trousseau, celles de MM. Féréol et Malherbe que nous avons rapportées dans le temps, et les observations plus récentes du docteur Monro et de M. Christie, cela fait un total de 23 cas en faveur de la relation en question, contre deux cas dans lesquels ce rapport a manqué, sur un total de 33 ou 34 observations environ connues jusqu'à présent.

Nous ne devons pas dissimuler que dans un grand nombre des observations recueillies en Angleterre, qui ont fourni les éléments de la statistique de M. Hutchinson, les détails manquent tellement de précision, soit sur les caractères de la coloration de la peau ainsi que sur les symptômes et la marche de la maladie, soit sur les lésions constatées dans les capsules surrénales, qu'il serait difficile, en les considérant isolément, d'en tirer un parti utile pour l'histoire de cette affection.

Mais, à ne les envisager qu'au point de vue de la coïncidence d'une lésion quelconque des capsules avec une altération spéciale de la sécrétion pigmentaire de la peau, on ne peut méconnaître la valeur qu'elles se prêtent réciproquement. Cette valeur, déduite d'une masse de faits déjà considérable, est telle, que les deux faits exceptionnels que nous venons de rapporter, en les supposant eux-mêmes à l'abri de tout reproche, ne sauraient la détruire.

Nos conclusions sur l'état actuel de la question seront donc celles-ci : à moins qu'on ne vienne à démontrer ultérieurement que les capsules surrénales sont plus ou moins altérées sur la plupart des cadavres, il y a une liaison manifeste entre ces lésions et la cachexie spéciale décrite par Addison. C'est un premier point établi. C'est de là que doivent partir les études à faire pour compléter l'histoire de cette affection.

Tumeur hypertrophique des glandules salivaires du voile du palais. — Ablation.

La *Gazette des Hôpitaux* a déjà à plusieurs reprises appelé l'attention de ses lecteurs sur ces tumeurs du voile du palais que l'on a prises pendant longtemps pour des tumeurs fibro-plastiques ou cancéreuses, et qui ne sont en réalité que des hypertrophies des glandules salivaires du voile du palais, comme cela a été démontré depuis bientôt une dizaine d'années par M. Nélaton cliniquement, et histologiquement par M. Ch. Robin. Bien que l'existence de ces tumeurs et la détermination de leur nature glandulaire reposent déjà sur un certain nombre d'observations, nous n'en croyons pas moins utile de faire connaître les exemples qui viennent leur donner une nouvelle confirmation, d'autant que cette affection n'est encore décrite dans aucun traité didactique.

M. le professeur Nélaton ayant eu à enlever, ces jours derniers, une de ces tumeurs sur un malade de son service, nous saisirons cette occasion pour en rappeler les caractères.

Voici d'abord en peu de mots l'histoire de ce malade et la relation de l'opération qu'il a subie, d'après les notes qu'a bien voulu nous communiquer un des élèves les plus assidus de la clinique de M. Nélaton, M. J. Biebuyck, notes dont nous avons pu, par notre propre observation, vérifier l'exactitude.

Il y a environ dix mois, il a commencé à s'apercevoir de l'existence d'une grosseur dans l'isthme du gosier. C'est la gêne qu'il éprouvait en parlant et en respirant, surtout la nuit, qui attira son attention sur ce point. En se regardant à la glace, il constata l'exis-

tence d'une tumeur. Il eut des angines à diverses reprises ; lors de son entrée à l'hôpital, il éprouvait une recrudescence de dyspnée ; une nouvelle angine s'était produite, et c'est cette dyspnée qui l'a décidé à venir réclamer des soins.

Vers le fond de la bouche, dans la moitié latérale droite de l'isthme du gosier, on voyait une tumeur, dont il importait de bien déterminer les limites pour l'opération qu'elle allait nécessiter. Elle occupait toute la moitié droite du voile du palais, et envahissait même un peu à gauche, où elle refoulait la luette. A droite, elle s'étendait jusqu'aux piliers et à la paroi latérale du pharynx. En bas, elle dépassait le niveau de la base de la langue, au-dessous de laquelle elle se prolongeait un peu. Enfin en haut, on s'assurait par le toucher qu'elle se prolongeait un peu plus loin que ne le faisait croire la vue ; elle allait jusqu'à la voûte palatine. Cette tumeur était située dans l'épaisseur du voile du palais ; elle formait un relief assez régulier ; la muqueuse qui la recouvrait était d'un rouge violacé dans sa partie inférieure, plus blanche dans sa partie la plus élevée. Elle avait une certaine mobilité ; quand on cherchait à la déprimer, en y appliquant les doigts, on la faisait reculer, et en l'accrochant par sa partie inférieure, on la faisait un peu descendre. Autrefois, en présence d'une semblable tumeur, on eût été assez embarrassé pour en établir le diagnostic. La première fois que j'ai vu une tumeur de cette nature, a dit à ce sujet M. Nélaton, je suis tombé dans une erreur de diagnostic complète. Je crus à une tumeur encéphaloïde du voile du palais.

Nous croyons devoir rappeler ici en quelques mots cette observation, très-curieuse en ce qu'elle a été le point de départ de toutes les recherches qui ont été faites depuis sur ce sujet.

C'était en 1847. Une religieuse d'Orbec, âgée de vingt-huit ans, fut adressée à M. Nélaton. Elle portait à la voûte palatine une tumeur dont l'origine paraissait remonter à une époque très-éloignée. A ce moment, la tumeur avait un volume assez considérable, elle était à peu près comme une grosse noix, remplissait l'arrière-bouche, déprimait la base de la langue et paraissait prendre point d'appui sur l'épiglotte. La surface de la tumeur était lisse, les téguments un peu amincis, mais sains, non adhérents et sans ulcération. La présence de cette tumeur, qui offrait, comme on le voit, beaucoup de ressemblance avec celle de cet homme, déterminait des accès de suffocation, une gêne continuelle de la respiration et de la phonation ; la déglutition était devenue presque impossible. En présence de pareils troubles fonctionnels, qui menaçaient de s'aggraver encore, et considérant d'autre part l'âge de la malade et l'état satisfaisant de sa santé générale, M. Nélaton n'hésita pas, malgré les difficultés qu'elle devait présenter, à pratiquer une opération qu'il ne considérait d'ailleurs que comme palliative, dans la persuasion où il était d'avoir affaire à une tumeur maligne. Il se proposait de faire une incision transversale intéressant toute l'épaisseur du voile du palais, le long du bord supérieur de cet organe, de diviser ensuite le voile dans toute sa hauteur par une seconde incision verticale étendue de l'extrémité interne de la première, jusqu'au bord libre du voile, de manière à circonscrire un lambeau quadrilatère, adhérent seulement par son côté externe. Il devait enfin, pour enlever la tumeur, appliquer une ligature sur le pédicule de ce lambeau, afin de prévenir une hémorrhagie. Il se mit en mesure d'opérer, assisté de M. Michon et de Récamier ; mais à peine avait-il fait la première incision, qu'il ne fut pas peu surpris de voir que la tumeur, n'ayant presque point d'adhérences avec les parois du voile, s'en détachait presque d'elle-même, et qu'il n'avait que de très-faibles efforts à faire pour l'énucléer en totalité.

En examinant cette tumeur, M. Nélaton fut frappé de la ressemblance qu'elle présentait avec les glandules buccales hypertrophiées; M. Ch. Robin, l'ayant examiné au microscope, reconnut en effet qu'elle était constituée par le tissu hypertrophié des glandules salivaires du voile du palais.

M. Nélaton eut bientôt l'occasion d'observer quelques autres cas semblables; il s'en présenta aussi quelques-uns à l'observation de plusieurs chirurgiens, si bien que c'est maintenant chose généralement admise que l'existence de ces tumeurs formées par les glandes salivaires du voile du palais.

Ce point établi, M. Nélaton a cherché à étudier les caractères de ces tumeurs. Elles sont constituées par une masse généralement mobile, mais enkystée, et n'ayant que de très-faibles adhérences avec les parties voisines. Cet enkystement est un fait d'anatomie pathologique très-important, parce qu'il simplifie singulièrement le procédé opératoire. Il suffit, en effet, de faire une simple incision longitudinale, de passer une spatule ou même les doigts sous la tumeur, et de la décoller; on l'extrait ensuite très-facilement.

Il y aurait encore d'autres questions à se poser ici, a ajouté M. Nélaton. Vous m'avez vu poser d'autorité ce diagnostic. Je suis arrivé là parce que j'ai une certaine habitude de ces choses. Mais il serait cependant possible que l'on eût affaire à un abcès du voile du palais, à un abcès enkysté dans une tumeur glanduleuse, par exemple, ou même à un kyste hydatique. Ces diverses tumeurs ressemblent assez, en effet, à l'hypertrophie glandulaire. Mais l'erreur, dans ce cas, serait peu grave; l'essentiel est de ne pas confondre cette tumeur avec l'encéphaloïde. Or, cette confusion est maintenant facile à éviter.

Pour en revenir au malade qui a fait le sujet de ces quelques considérations, M. Nélaton, éclairé par ses précédentes observations, n'a pas hésité sur le diagnostic. Quant à l'opération, il s'est demandé un instant s'il ne rencontrerait pas ici un peu plus de difficulté qu'il n'en a rencontré dans les autres cas, à cause de la rougeur violacée d'une portion de tégument indiquant l'existence d'un travail phlegmasique plusieurs fois répété, qui aurait pu établir des adhérences insolites entre la tumeur et l'enveloppe extérieure. Cette difficulté s'est présentée, en effet, pendant l'opération, mais beaucoup moins embarrassante qu'on n'aurait pu le craindre, et sans entraîner aucune modification dans le procédé opératoire très-simple qui avait été arrêté d'avance. Une incision verticale, partant de la partie inférieure de la tumeur, a divisé le kyste du niveau de la base de la langue jusqu'au point le plus élevé, dans toute la partie de la tumeur accessible à l'œil. Puis le doigt a pu pénétrer très-facilement et arriver jusque sur le kyste; le bistouri, dirigé par le doigt, a été plongé alors dans la plaie, de manière à diviser non-seulement les parois du kyste, mais à entamer un peu son contenu. A l'aide du doigt seul il a été alors facile de décoller latéralement la tumeur. Cela fait, un second doigt a été introduit, et, à l'aide de ces deux doigts recourbés, l'opérateur a pu amener au dehors la totalité de la tumeur, dont une petite portion seulement a été excisée par le bistouri dans le second temps de l'opération.

La tumeur avait environ le volume et la forme d'un abricot de moyenne grosseur; on a pu y constater certaines dispositions sur lesquelles M. Nélaton avait d'avance appelé l'attention de ses auditeurs. On voyait à la partie postérieure une enveloppe bien lisse, bien régulière, qui recouvrait toute la tumeur, excepté à sa partie antérieure et inférieure, où il n'en restait plus que quelques débris. Quant à la texture, c'est un tissu mou, brunâtre, tirant sur le rose, qui rappelle par son aspect la structure des glandes salivaires, mais un peu plus molle; ce qu'il faut attribuer peut-être aux inflammations répétées dont elle a été le siége depuis plusieurs mois. Cette tumeur a été présentée à M. Robin, qui a confirmé son origine glanduleuse.

Le malade, du reste, se trouvait très-bien le lendemain. En l'examinant, on ne se faisait pas encore une idée exacte du résultat que devra avoir l'opération. Les parois étaient enflammées, tuméfiées, œdémateuses, et formaient une masse qui obstruait une partie de l'isthme du gosier. Mais dans quelques jours l'isthme sera complétement débarrassé; il ne restera plus à la place de la tumeur qu'une simple membrane.

L'histoire de ces sortes de tumeurs a été faite récemment, d'après tous les faits existant dans la science, par M. Jules Rouyer. Nous publions plus loin le rapport fait sur ce travail à la Société de chirurgie.

Tumeurs érectiles multiples. — Guérison par la vaccination.

On connaît les tentatives qui ont été faites pour obtenir la guérison des tumeurs ou des taches érectiles, par l'inoculation vaccinale, et les intéressantes recherches auxquelles s'est livré M. Legendre sur ce sujet. L'inoculation vaccinale a déjà produit de très-heureux résultats entre les mains de plusieurs praticiens; nous l'avons entendu préconiser récemment par M. Guersant, dans une de ses leçons cliniques à l'hôpital des Enfants, à propos d'une appréciation des divers moyens de traitement proposés dans ce cas. La vaccination est à ses yeux un des meilleurs, mais il la réserve pour les taches seulement, la rejetant comme insuffisante pour les tumeurs proprement dites.

Voici un fait publié par le docteur A. Charrier, qui nous paraît un des exemples les plus remarquables de guérison qui aient été obtenus par ce moyen, et qui prouve en même temps que la vaccination est aussi bien applicable aux tumeurs qu'aux simples taches érectiles. Il y a jusqu'ici partage entre les auteurs qui se sont occupés de ce point de pratique, relativement à la manière de procéder. Les uns, de ce nombre sont MM. Pigeaux, Costilhes, Bouchut, veulent qu'on fasse les insertions vaccinales sur la tumeur elle-même et non à l'entour. MM. Legendre et Guersant, au contraire, conseillent de les faire autour de la tumeur, afin de prévenir les hémorrhagies. M. Charrier considère, pour sa part, comme indifférent de les faire sur la tumeur ou sur son pourtour, et il croit qu'on peut agir des deux manières sans danger, pourvu qu'on se serve d'une aiguille cannelée au lieu d'une lancette.

Voici comment il a opéré dans le cas en question. Il a entouré la tumeur en faisant les inoculations à l'extrême limite de la peau et du tissu érectile; puis, comme chez le sujet la tumeur était trop considérable pour que tous les boutons pussent se confondre et ne former qu'une seule et même tumeur vaccinale, il a fait deux ou trois piqûres sur la tumeur même, de telle sorte que tout le tissu érectile a été envahi par l'inflammation. Tout le tissu pathologique s'est trouvé transformé en une seule et même tumeur offrant tous les caractères du phlegmon qui se termine par suppuration. Cette tumeur vaccinale a suivi régulièrement toutes ses phases : les boutons se sont rejoints, confondus, ont suppuré; la période de dessiccation est survenue; les croûtes se sont formées, et puis sont tombées du vingt-deuxième au vingt-septième jour, laissant à leur place la cicatrice gaufrée, rosée, caractéristique, celle en un mot qui fait suite au bouton vaccinal.

Au lieu de se servir de la lancette à vacciner, qui peut faire une ouverture assez large pour déterminer une hémorrhagie, M. Charrier s'est servi de l'aiguille cannelée, en ayant soin de la retremper à chaque piqûre dans le virus vaccin, de la laisser une demi-minute dans chaque insertion faite sur la tumeur elle-même, et de la retirer ensuite très-lentement. Grâce à ces précautions, il ne s'est écoulé à chaque piqûre qu'une très-petite gouttelette de sang, qui s'est immédiatement coagulée au pourtour de l'orifice de la piqûre. Enfin M. Charrier a choisi pour cette opération un vaccin de cinq jours, dans sa période de plus grande force. Aussi, sur 35 piqûres faites, toutes se sont développées.

L'enfant auquel M. Charrier, d'après le conseil de M. Blache, a pratiqué cette petite opération, alors âgé de deux mois, portait quatre tumeurs érectiles : l'une à la tempe droite, de 18 millimètres de largeur à 2 millim. de saillie; la seconde au cou, du volume d'une petite lentille; la troisième dans le creux sous-sternal, et la quatrième au-dessous du creux axillaire. Ces deux dernières avaient à peu près les dimensions de la première. Elles étaient toutes quatre d'un rouge éclatant, vermeil, et se gonflaient pendant les cris de l'enfant. Les trente-cinq piqûres furent ainsi réparties : sept au pourtour de la peau et deux sur le milieu de la tumeur de la tempe; pour la deuxième, une sur la peau et une sur la tumeur; dix au pourtour de la tumeur sous-sternale et deux sur la tumeur elle-même; neuf autour de la tumeur axillaire, et trois sur le milieu du *nævus*.

A part les phénomènes locaux signalés plus haut, l'enfant n'a éprouvé autre chose, vers le septième jour, qu'un petit mouvement fébrile avec un peu de coryza et de diarrhée, auquel la vaccine était probablement étrangère, car on en eut bientôt l'explication plus naturelle par l'éruption d'une rougeole qui suivit son cours ordinaire. Quant à l'éruption vaccinale, elle eut également sa marche régulière habituelle. Dès le vingt-cinquième jour de l'opération, après la chute des croûtes, on put constater qu'il n'existait plus de traces de tissu érectile. La guérison a été confirmée et reconnue parfaite depuis.

MODE D'ADMINISTRATION

propre à assurer l'innocuité des hautes doses d'iode.

Nous trouvons dans le *Bulletin général de Thérapeutique* un article relatif au mode d'administration de l'iode par M. Lasègue. Ce praticien affirme, après de nombreux essais faits avec la teinture d'iode, que l'administration de cette substance à l'intérieur est tout à fait sans inconvénients, même à des doses qui dépassent celles habituellement prescrites. Mais pour éviter les sensations douloureuses, l'espèce de gastralgie qu'amène souvent l'administration de l'iode, il doit être de règle absolue de ne le donner qu'au moment des repas; l'excitation stomacale alors produite n'a rien de douloureux ni de nuisible, et ne fait que favoriser la digestion. La dose prescrite avec cette précaution par M. Lasègue a été élevée progressivement de 8 à 10 gouttes, deux fois par jour, à 5 et 6 grammes pendant le repas, en prenant pour excipient un peu d'eau sucrée ou de préférence du vin d'Espagne, qui masque mieux la saveur.

Les effets physiologiques signalés depuis longtemps par Lugol se sont régulièrement montrés, de même que les résultats thérapeutiques, sans que jamais il soit survenu le plus léger accident qui traduisît une intoxication momentanée.

En présence des maladies nombreuses qui obligent le praticien à l'emploi longtemps continué des médicaments iodés, il nous semble important de vérifier les résultats affirmés par M. Lasègue, et d'essayer le mode d'administration qu'il conseille de la teinture d'iode.

BAUME ANTI-RHUMATISMAL,

Par M. le Dr FONTAINE.

Baume de Fioraventi.	250	grammes.
Savon.	30	—
Camphre.	25	—
Ammoniaque.	8	—
Essence de romarin.	6.	—
— de thym.	2	—

F. S. A. — M. Fontaine ayant obtenu les meilleurs effets de cette préparation, pense qu'elle doit être préférée au baume opodeldoch. (*Répert. de pharm.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 novembre 1856. — Présidence de M. BOUVIER, vice-présid.

Le procès-verbal de la séance précédente est adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. LARREY présente un militaire qui pendant la campagne de Crimée a eu les deux pieds gelés; la gangrène s'empara des orteils, et l'on fut contraint de les lui amputer des deux côtés. Bientôt la pourriture d'hôpital se déclara dans la plaie du pied gauche, et causa de tels ravages qu'il fallut recourir à l'amputation médio-tarsienne; la nouvelle plaie fut encore envahie par la pourriture, et l'on amputa la jambe au tiers inférieur. Enfin, une nouvelle rechute de pourriture d'hôpital, détruisant profondément les parties et causant des hémorrhagies graves, mit le malade dans la nécessité de subir une nouvelle amputation au lieu d'élection. A partir de ce moment, il n'y eut plus d'accidents, et la guérison eut lieu.

A propos de ce fait, M. Larrey se demande si l'amputation de la jambe au tiers inférieur n'exposerait pas à la pourriture d'hôpital plus que l'amputation au lieu d'élection.

La plaie du pied droit résultant de l'amputation des orteils a guéri sans accidents; mais le pied s'est renversé en dedans, et il s'est produit un pied-bot varus à un faible degré.

M. Larrey demande à M. Verneuil si, dans ses recherches sur les

amputations partielles du pied, il a signalé des cas semblables, et comment il les explique.

M. VERNEUIL répond qu'il avait déjà signalé le renversement du pied en dedans à la suite des amputations partielles, et qu'il avait cru pouvoir l'expliquer par la destruction du tendon du long péronier latéral et par la disposition du squelette du pied, qui présente à la partie interne les saillies du premier métatarsien et du premier cunéiforme sur lesquelles repose le poids du corps après ces amputations. Mais l'observation est venue démentir la théorie en montrant que le renversement avait lieu, même dans les cas où le tendon du long péronier était conservé, comme dans le cas actuel, où tous les tendons qui produisent l'adduction et l'abduction sont intacts. Ce renversement du pied paraît donc à M. Verneuil un fait inexplicable avec les notions qu'on possède sur la statique du pied.

M. LARREY demande à M. Verneuil à quelle hauteur M. Boyer a fait l'amputation de la jambe sur le malade dont il a parlé dans la dernière séance.

Sur la réponse que cette amputation a été faite au lieu d'élection, il demande pourquoi M. Boyer a choisi ce point du membre.

M. VERNEUIL répond que M. Boyer ampute rarement la jambe au-dessus des malléoles, et que du reste dans le cas en question l'altération remontait jusqu'au tiers moyen du membre.

— M. RICHARD fait connaître les conclusions de son rapport sur le mémoire de M. Rouyer.

Ces conclusions sont :

1° D'adresser des remercîments à l'auteur;

2° D'insérer son mémoire dans le *Bulletin*.

La Société adopte ces deux conclusions, et décide en outre que le rapport de M. Richard sera imprimé avec le travail de M. Rouyer.

RAPPORT.

M. A. RICHARD. Messieurs, un élève en médecine, M. J. Rouyer, vous a lu le 9 juillet dernier un mémoire *sur les tumeurs du voile du palais constituées par l'hypertrophie des glandules salivaires de cet organe*. Vous m'avez chargé, avec nos collègues MM. Robert et Verneuil, de vous en rendre compte.

Je me propose de vous rappeler d'abord l'intéressant sujet traité par M. Rouyer, puis d'apprécier la part méritante qui dans ce travail revient à notre jeune futur confrère.

L'histoire des tumeurs glandulaires hypertrophiques du voile du palais ne date pour ainsi dire que d'hier.

En 1847, M. Récamier adressa à M. Nélaton une religieuse de la petite ville d'Orbec, dont l'histoire a été exposée plus haut. (Voyez REVUE CLINIQUE, article *Tumeur hypertrophique des glandules du voile du palais*.)

Depuis cette première observation, messieurs, qui vous fut dans le temps communiquée, une dizaine de faits analogues ont été observés par plusieurs chirurgiens, et spécialement par quelques-uns des membres de cette Société, MM. Nélaton, Michon, René Marjolin.

Recueillir et comparer tous ces faits, tel est le travail de M. J. Rouyer.

Or, très-heureusement, ils se ressemblent tous, formant un groupe naturel d'affections dont les caractères sont très-tranchés; et, ce qui est plus heureux encore, quand le diagnostic de ces tumeurs est établi, et il l'est presque toujours facilement, leur traitement est simple, radical, innocent.

Esquissons en deux mots leur physionomie habituelle.

Ces tumeurs se rencontrent chez des personnes encore jeunes de l'un et de l'autre sexe; cette remarque paraîtrait naïve si des affections, voisines de celles-ci par leur siége, bénignes aussi par leur nature, les polypes naso-pharyngiens, n'avaient jusqu'ici offert cette curieuse particularité de ne s'être montrées que chez des hommes.

Le point de départ de nos tumeurs, c'est le voile du palais. Si dans la suite du développement une portion de la voûte palatine semble prise, c'est par la nécessité où se trouve le produit morbide de se loger dans le voisinage de son point de départ.

Ces tumeurs se développent avec une lenteur extrême, et souvent plus de dix années se sont écoulées avant que leur volume oblige les malades à consulter un médecin. Aussi celui-ci ne les voit guère que quand elles forment une masse notable dans la bouche; c'est du reste en cet état qu'il est le plus utile de les bien connaître, le plus urgent de les guérir.

Sous une muqueuse habituellement d'aspect normal, quelquefois un peu plus rouge, se dessine une tumeur régulièrement arrondie; elle remplit la bouche sans saillir du côté des arrière-narines, car le plan musculaire et aponévrotique qui est au-dessus d'elle borne ses progrès par en haut: elle s'arrête également devant une autre limite, c'est la ligne médiane du voile palatin, c'est-à-dire la petite bande fibreuse qui va de l'épine nasale postérieure à la luette. Aussi n'y a-t-il jamais qu'une seule moitié du voile qui soit envahie, l'autre moitié étant plus ou moins refoulée, mais non entièrement effacée par l'extension du mal.

De cette limitation si précise, l'un des meilleurs éléments du diagnostic, découle un autre caractère plus précieux encore, car il domine le traitement opératoire, je veux parler de l'isolement absolu de ces tumeurs entre le plan muqueux et le plan musculaire, de leur enkystement, et partant, de leur facile énucléation.

Enfin, leur consistance ferme, leur surface légèrement grenue, leur indolence absolue, achèvent de rapprocher ces hypertrophies glandulaires palatines des tumeurs mammaires chroniques, type de ces sortes d'affections.

La structure vient consacrer ce rapprochement. La dissection montre à l'extérieur une poche de tissu cellulaire lamelleux enkystant la masse, à l'intérieur la coupe jaune grisâtre des tumeurs bénignes du sein et la séparation du tissu par de petites cloisons en lobes et lobules.

L'histologie de ce tissu a été présentée par M. Ch. Robin avec sa précision habituelle. Presque toute la masse est formée de culs-de-sac glandulaires hypertrophiés, tapissés d'épithélium presque toujours nucléaire. Quelques éléments fibro-plastiques se rencontrent accessoirement, et aussi, par accident, de petites concrétions calcaires.

Dans toutes les observations rapportées, l'opération a été d'une grande simplicité.

Une incision généralement simple étant pratiquée dans le sens antéro-postérieur, par la rétraction naturelle de la muqueuse, une portion de la face libre de la tumeur est mise à nu, comme on le voit pour la grenouillette, par exemple.

L'énucléation peut alors se faire par la simple action de l'index, ou, si besoin est, d'une spatule, sinon quelques coups de bistouri ont justice des adhérences un peu plus fortes.

L'hémorrhagie est nulle ou à peine sensible; les suites présentent l'innocuité de la plupart des opérations sanglantes, pratiquées dans l'intérieur de la bouche; la cicatrisation est complète avant un mois écoulé, et jusqu'ici on ne saurait citer un seul cas de récidive.

Messieurs, l'intérêt qui s'attache à la connaissance de cette nouvelle maladie est considérable: les chirurgiens sauront désormais à la vue de ces tumeurs, repousser l'idée de cancer qu'elles faisaient naître, rassurer les malades et souvent les médecins, enfin surtout faire entrevoir une guérison certaine au prix d'une opération facile et sans danger.

En dehors de la pratique, c'est une page à ajouter à l'histoire des tumeurs glandulaires, non-seulement pour son histologie, mais en vue surtout de leur interprétation pronostique.

Tel est en effet le progrès immense imprimé dans ces dernières années à l'anatomie pathologique, d'avoir montré qu'une grande partie des tumeurs est constituée par une maladie des glandes de la peau ou des muqueuses, maladie s'accompagnant presque toujours d'un développement anormal en volume ou en nombre des éléments anatomiques des glandes. Déjà plusieurs se sont élevés contre la dénomination d'hypertrophies glandulaires imposée à ces tumeurs par les laborieux fondateurs de la micrographie contemporaine. Cette dénomination est vicieuse en anatomie pathologique, car la transformation fibreuse des parois des culs-de-sac, l'infiltration des épithéliums altérés qui pullulent et gorgent ces conduits, et souvent même l'aspect le plus grossier de la coupe jurent contre cette expression d'hypertrophie; mais elle est plus vicieuse encore en pathologie et en clinique. Si ces tumeurs glandulaires comprennent en effet la grande majorité de celles qui méritent le nom de bénignes, elles en comprennent d'autres aussi à la peau, au sein, au foie, dans l'utérus, dans le rectum, qui sont assimilables aux cancers les plus malins.

Messieurs, le travail de M. Jules Rouyer est de ceux que nous devons le plus encourager de la part d'un élève. Il a recueilli avec une exactitude parfaite toutes les observations publiées ou non sur un point nouveau de chirurgie. Et certes c'est là la façon la plus fructueuse dont un jeune homme puisse servir la science et s'essayer pour plus tard à des œuvres originales.

— M. RICHET prend la parole au sujet de la première observation de M. Fleury. Il regrette que l'énumération des symptômes ne soit pas bien complète; cependant il lui semble que la tumeur dont il est question était une *bosse sanguine* dans laquelle les parties coagulables du sang épanché s'étaient séparées de la partie séreuse, qui seule est sortie par la canule.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL communique une note de M. Saurel, membre correspondant de la Société, sur l'emploi topique de la teinture d'iode comme moyen de traitement de la pourriture d'hôpital.

Ce travail étant déjà publié, ne sera pas inséré dans le *Bulletin*.

M. MARJOLIN rapporte qu'il a essayé sans succès les applications de teinture d'iode sur une plaie de la jambe, envahie par la pourriture d'hôpital. Il l'a encore essayé sur des ulcères qui se recouvraient d'un enduit pultacé grisâtre; il en est résulté des croûtes analogues à celles du *rupia*; mais la cicatrisation ne s'est pas faite sous ces croûtes; et lors de leur chute les ulcères n'étaient pas modifiés. Il pense donc que l'iode est inefficace contre la pourriture d'hôpital, et regrette qu'on n'ait pas appliqué plus souvent l'appareil à incubation de M. Jules Guyot, qu'il a employé avec le plus grand avantage. Il a vu la pourriture disparaître en peu de temps et les plaies marcher franchement vers la guérison dans cinq ou six cas qu'il a traités par l'incubation.

M. LARREY reconnaît tout l'intérêt que présente la communication de M. Saurel; mais il regrette que les chirurgiens qui proposent des moyens de traitement contre la pourriture d'hôpital ne s'attachent pas à faire une distinction, qui est pourtant bien essentielle, entre la pourriture qui ne s'étend qu'en surface et celle qui détruit au contraire les tissus en creusant des cavernes dans leur profondeur, entre la pourriture superficielle ou bénigne et la pourriture profonde ou maligne et tendant à désorganiser, à détruire tous les tissus. C'est faute d'avoir fait cette distinction, qu'on a attribué une grande efficacité à des moyens dont l'action est presque nulle dans les cas graves.

— M. LARREY remet au nom de M. le docteur Prudeau un travail intitulé *Compte rendu des opérations chirurgicales pratiquées à Rome et en Algérie*. (Renvoyé à la commission déjà nommée pour examiner les travaux de M. Prudeau.)

LECTURE.

M. CHARNAL communique une *observation d'anévrysme artérioso-veineux du pli du bras*. (Commissaires: MM. Giraldès, Broca, Verneuil.)

RAPPORT.

M. GUERSANT lit le rapport suivant sur un travail de M. Mirault (d'Angers) *sur la suture entrecoupée pour la réunion du bec-de-lièvre*. (Commissaires: MM. Michon, Cullerier, Guersant, rapporteur.)

Messieurs, vous nous avez chargés, MM. Michon, Cullerier et moi, de vous rendre compte d'un travail de M. le docteur Mirault, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine d'Angers. Ce travail a pour titre: *De la suture entrecoupée substituée à la suture entortillée pour la réunion du bec-de-lièvre unilatéral simple et de celui qui est compliqué de bifidité des os maxillaires*.

M. Mirault exprime d'abord le vif intérêt qu'il a pris à la discussion qui s'est élevée au sein de la Société au mois de janvier dernier au sujet de la période de la vie la plus opportune pour opérer le bec-de-lièvre. Il se déclare opposé à la pratique de l'opération précoce du bec-de-lièvre compliqué et même du bec-de-lièvre simple; il partage en cela l'avis de la majorité des membres de la Société de chirurgie, et il s'estime heureux de voir prévaloir la doctrine dont il ne s'est jamais écarté dans sa longue pratique.

M. Mirault rapporte ensuite quatre observations de becs-de-lièvre simples traités et guéris par la suture entrecoupée, et deux observations de becs-de-lièvre compliqués de bifidité des os maxillaires également traités et guéris par la suture entrecoupée. Ces observations sont de 1852, 1853, 1855.

Dans la première observation, il s'agit d'un sujet de vingt-sept ans. M. Mirault s'est servi d'aiguilles longues, plates, d'un millimètre de largeur, lancéolées à leur pointe, pour réunir le corps de la lèvre; mais pour reconstituer le lobule médian de la lèvre, il en a employé de plus étroites. Dans ce premier cas, notre confrère fit quatre points de suture, deux pour le corps de la levre, deux pour le lobule. Il fit un petit pansement avec de la charpie enduite de cérat, maintenue à l'aide d'une bandelette de linge. Il renouvela ce pansement tous les jours. Les fils commencèrent à couper les chairs le septième jour. Ce fut alors qu'il les retira. Le succès était complet.

Les trois autres observations de bec-de-lièvre simple sont relatives à des sujets plus jeunes (quatre mois et demi, huit mois, deux ans). L'opération est pratiquée comme dans le premier cas. Après la suture, on applique seulement une bandelette de taffetas d'Angleterre. Les points de suture sont enlevés au bout de six, sept et huit jours. Dans les trois cas le succès fut complet.

Dans les deux dernières observations, il s'agit d'un enfant de cinq mois et d'un autre de trois ans et demi, ayant des becs-de-lièvre compliqués de la bifidité des os maxillaires et du voile du palais. Ces deux enfants furent opérés comme les premiers, et les plaies réunies à l'aide de la suture à points séparés. Chez le premier, les fils furent retirés au bout de six jours; chez le second, ce fut au bout de huit seulement. Chez tous deux même réussite complète.

Ajoutons que sur ces six opérés, M. Mirault conserva chez trois le lobule médian par son procédé décrit dans une lettre adressée à M. Malgaigne (*Journal de chirurgie*, mois de septembre 1844).

Ces observations sont suivies de réflexions déjà souvent signalées sur les inconvénients de la suture entortillée dans le bec-de-lièvre, et dont la suture à points séparés paraît exempte.

Notre confrère d'Angers n'hésite pas à penser que la suture à points séparés est de beaucoup préférable à la suture si généralement et depuis si longtemps employée. Il est évident pour lui qu'elle est plus simple; qu'elle évite de laisser un corps métallique dans les tissus; qu'elle bride moins les plaies; qu'elle gêne moins; qu'elle coupe moins ou plus tardivement, en admettant qu'elle soit bien faite et dans les conditions voulues.

Ses observations le portent aujourd'hui à s'élever contre un moyen qui ne méritait pas, selon lui, la faveur dont il a joui pendant des siècles.

Avant d'être de l'avis de notre confrère, avant de pouvoir apprécier et juger la suture à points séparés dans le bec-de-lièvre, nous avons dû la mettre en usage, et comme nous avons employé très-souvent, trop souvent peut-être, la suture entortillée, nous étions, comme l'auteur du travail dont je vous rends compte, peu satisfaits de cette suture, et nous avons trouvé de véritables avantages dans la suture à points séparés. Nous devons dire pourtant qu'avant d'être chargé de faire ce rapport, nous avions employé, et avec succès, la suture enchevillée, à laquelle nous avions été amené après une conversation sur ce sujet avec notre honorable collègue M. Hervez de Chégoin. Mais aujourd'hui, pour nous prononcer sur le travail de M. Mirault, il fallait pratiquer, et nous avons pratiqué, dans deux cas simples, la suture à points séparés. Nous avons réussi une fois, en enlevant les fils au bout de six jours. Nous avons échoué dans le second cas; mais il s'agissait d'un bec-de-lièvre avec un écartement considérable. C'était un enfant de sept à huit mois, que j'avais vu un mois après sa naissance. Il existait chez lui un bec-de-lièvre double. Je l'avais opéré par la suture entortillée d'un côté, et j'avais réussi; mais l'écartement de l'autre côté était considérable, et j'attendais pour cette seconde opération, lorsque l'enfant étant revenu à moi il y a un mois, je l'opérai en employant la suture à points séparés. Il y avait une traction très-forte, et les fils coupèrent les tissus dès le troisième jour.

D'après les six observations de notre confrère et les nôtres, nous devons donc reconnaître que la suture à points séparés peut présenter des avantages, et nous félicitons M. Mirault d'avoir employé cette suture, qui nous paraît préférable en général, mais non pas toujours, à la suture entortillée. Cependant nous sommes surpris que M. Mirault ne cite pas d'insuccès. Nous regrettons, dans la description qu'il nous a donnée, qu'il n'ait pas signalé deux points qui nous paraissent importants pour favoriser le succès de la suture à points séparés: la disposition du fil et la direction de l'aiguille. Le fil doit, selon nous, être double, pour couper moins qu'un fil simple. Nous trouverions avantageux, comme nous le faisons, de se servir de fil de caoutchouc. C'est à l'aide de ce fil et de deux petits morceaux de bougie que nous avons pratiqué avec succès dans deux cas la suture enchevillée. C'est aussi à l'aide de fil double que nous avons fait la suture à points séparés dans les deux cas de notre pratique. Quant à la direction à donner à l'aiguille dans la suture à points séparés, M. Mirault ne dit pas s'il faut la faire passer obliquement dans l'épaisseur de la lèvre ou bien la faire traverser de part en part. C'est ce dernier procédé que nous avons suivi, et que nous croyons préférable.

En résumé, le travail de M. Mirault est très-intéressant et très-utile; il fait voir les avantages de la suture à points séparés dans le bec-de-lièvre, moyen peu employé, dont il est pourtant question dans l'article BEC-DE-LIÈVRE du *Dictionnaire en 60 volumes*. Les observations si bien rapportées par l'auteur doivent nous engager à mettre en usage ce procédé, afin que nous puissions d'ici à peu de temps savoir si on préférera cette suture aux autres, même à la suture enchevillée, que nous avons pratiquée, qui nous a donné deux succès sur trois cas, et que nous regardons comme très-avantageuse.

M. Mirault joint à son travail une lettre par laquelle il sollicite l'honneur d'être nommé membre correspondant. Vous connaissez tous les travaux qu'il a publiés dans les *Archives*, les *Mémoires de l'Académie de médecine*, le *Journal de chirurgie* de M. Malgaigne; il est, comme vous le savez, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Angers, professeur de clinique externe, correspondant de l'Académie de médecine.

En conséquence de ces titres et de l'excellent travail que nous adressé M. le docteur Mirault, nous vous proposons:

1° D'insérer son travail dans nos Bulletins;

2° De soumettre au vote sa nomination au titre de correspondant de la Société de chirurgie.

M. VERNEUIL fait observer qu'il y a des auteurs qui ont parlé de l'emploi de la suture entrecoupée dans l'opération du bec-de-lièvre, mais pour le repousser, comme donnant de médiocres résultats. Or les résultats obtenus par M. Guersant ne sont pas bien avantageux. Il regrette que M. Mirault n'ait pas indiqué son procédé, qu'il n'ait pas dit s'il traverse complétement la lèvre à l'aide de son aiguille, ou si le fil passe à travers la plaie réunie, ce qui établirait une différence importante dans les conditions de réussite.

Un des avantages que se propose M. Mirault, c'est de substituer un fil flexible à un corps inflexible, et de ne pas laisser dans les tissus de corps métalliques. Cette idée n'est pas entièrement neuve, car J. L. Petit avait déjà proposé de faire la suture à l'aide de corps flexibles, et, de plus, la présence des métaux au sein des tissus n'a pas tous les inconvénients signalés par M. Mirault; il est constant même que de tous les corps ce sont les métaux dont le contact est le moins nuisible pour les tissus vivants.

M. Verneuil est encore d'un avis opposé à celui de M. Mirault pour le temps qu'on doit laisser écouler avant d'enlever les points de suture. Beaucoup d'insuccès lui semblent dus à ce que les épingles ont été enlevées trop tard, et en cela il est de l'avis de Dessault, qui attribue à cette cause un de ses insuccès. La réunion par première intention est faite dans les trente-six heures ; passé ce terme, on a d'autant plus de chances de succès qu'on enlève plus tôt les épingles, car tout corps étranger qui traverse la cicatrice est une cause d'inflammation, et tout le monde sait avec quelle rapidité l'inflammation détruit les cicatrices récentes.

M. RICHARD annonce qu'il présentera à la Société un enfant sur lequel il a pratiqué une opération qui se rapproche de celle de M. Mirault (d'Angers) ; il a réuni la plaie verticale au moyen de deux épingles, et le lambeau destiné à former le lobule de la lèvre au moyen d'un point de suture entrecoupée. Ce dernier point, qui n'avait aucun effort à supporter, a été enlevé au bout de vingt-quatre heures, et la réunion était parfaite ; mais lorsque les épingles furent enlevées le quatrième jour, la partie correspondante de la plaie n'était pas réunie. Néanmoins, le bord inférieur de la lèvre se trouvant réparé solidement, le reste de la plaie guérit secondairement, et le résultat n'en fut pas moins très beau.

M. GUERSANT fait observer que si M. Mirault ne veut pas qu'on enlève les points de suture avant le sixième jour, c'est qu'il est convaincu que la présence des fils n'a pas les mêmes inconvénients que celle des aiguilles.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. CHASSAIGNAC ne pouvant assister à la séance, adresse à la Société une pièce anatomique, avec la description suivante :

Pseudarthrose du tibia. — La préparation que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie, se rapporte à un cas de pseudarthrose tibiale qui me paraît assez curieux.

Il s'agit d'une fausse articulation très-bien organisée, à surfaces en parties contiguës, en partie continues, semblable en tout à une amphiarthrose, avec existence d'une capsule parfaitement caractérisée.

La fausse articulation siége à l'union du tiers supérieur du tibia avec les deux tiers inférieurs de cet os. Le fragment supérieur de l'os est en dedans et un peu en avant, le fragment inférieur en dehors.

La pseudarthrose m'a paru être en elle-même un assez bel exemple de formation articulaire accidentelle. Mais ce sur quoi j'appelle surtout l'attention de la Société, c'est la consolidation d'une fracture du péroné, fracture siégeant à 3 centimètres à peu près au-dessus du niveau de la fracture du tibia. De telle sorte que le péroné seul maintenait la continuité osseuse de la jambe, tandis que le tibia était articulé et mobile un peu au-dessus de sa partie moyenne.

La fracture du péroné étant seule consolidée, cet os jouait très-probablement le rôle principal pendant la marche et dans les mouvements du membre inférieur. Cet os a subi une courbure excessivement prononcée, s'est énormément hypertrophié, sans trace aucune d'affection périostique.

Le raccourcissement qu'il présente et sa forme très-notablement incurvée, portent à se demander s'il n'aurait pas été, lors de l'accident, le siége d'une double fracture, l'une près de son extrémité inférieure, l'autre près de son extrémité supérieure ; ou bien si les phénomènes de courbure et d'hypertrophie sont la conséquence exclusive du rôle que le péroné a été appelé à remplir, par suite de la fracture et de la pseudarthrose du tibia.

Cette pièce a été recueillie sur une femme qui ne présentait absolument aucune trace de rachitisme. Et d'ailleurs, il suffit de jeter un coup d'œil sur le mode de déformation du péroné pour comprendre que ce ne sont point là les caractères d'une courbure rachitique.

M. HOUEL ne croit pas à l'existence de la fracture du péroné dont parle M. Chassaignac ; il voit bien que l'os est volumineux, courbé, mais il ne trouve aucun signe d'une fracture ancienne. Il montre sur la pièce que, par suite du raccourcissement du tibia, l'extrémité supérieure du péroné s'est luxée en haut et présente une mobilité anormale.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

SOUSCRIPTION

en faveur des veuves et des orphelins des médecins et pharmaciens de l'armée et de la flotte morts en Orient.

Souscriptions recueillies par M. le docteur SENARD, *chirurgien principal de la marine, membre de la commission* (2e liste).

MM. Jacques, chef de bureau, 5 fr. ; Lauvergne, chirurgien de 2e classe, 10 fr. ; Borderie, id., 5 fr. ; Guérault, id., 10 fr. ; somme versée au nom des officiers de santé du port de Toulon par M. Reynaud, directeur du service de santé, 500 fr. — Total, 530 fr.

Liste des sommes reçues au bureau de la REVUE DES MÉDECINS DES ARMÉES, — MM. V. Rozier, rédacteur de la *Revue des Médecins des Armées*, 20 fr. ; de Guillin, méd. aide-major au 2e voltig. de la g. imp., 10 fr. ; Rouis, méd.-major à l'hôp. d'Oran, 15 fr. ; Burlureaux (E.), méd.-maj. au 46e, 10 fr. ; Friant, méd. a.-major au même rég., 10 fr. ; Jacquot, ancien méd. ord. à l'armée d'Espagne, 20 fr. ; Félix Jacquot, méd.-maj. à l'hôp. de Thionville, 20 fr. ; Louail, méd. a.-maj. au 3e de ligne, 5 fr. ; Séguinaud, pharm. a.-maj. de 2e cl. à l'hôp. de Corté, 5 fr. ; Meunier, méd. a.-maj. à l'hôp. de Corté, 6 fr. — *Personnel de l'hôpital militaire de Besançon* : MM. Artigues, méd. principal-chef, 25 fr. ; Gerrier, méd.-maj., 20 fr. ; Peyroux, méd. a.-maj., 10 fr. ; Couderc, méd. a.-maj., 10 fr. ; Ditté, pharm.-maj., 15 fr. ; Tranchant, pharm. a.-maj., 5 fr. ; Riester, pharm. a.-maj., 5 fr. ; Dreyer, pharm. a.-maj., 5 fr. — *Personnel médical composant la garnison de Besançon* : MM. Gouget, méd.-maj., 15 fr. ; Bintot, méd. a.-maj., 5 fr. ; Reeb, méd. a.-maj., 5 fr. ; Duanthier, méd. a.-maj., 5 fr. ; Barthet, méd. a.-maj., 5 fr. — Total jusqu'au 30 novembre, 251 fr.

Souscriptions recueillies par M. le docteur MAHEUX, *secrétaire de la commission.*

MM. Bonnet, docteur en médecine à Besançon, 10 fr. ; Gasté, médecin aide-major de 1re classe au 45e de ligne, 10 fr. ; Chenu, pharmacien aide-major à l'hôpital d'Aumale (Afrique), 5 fr. ; Mme Wolff, d'Aumale, 5 fr. ; MM. Driard, aide-major au 1er régiment de tirailleurs algériens, 10 fr. ; les médecins de la garnison de Mostaganem (Algérie), par l'intermédiaire du docteur Colin, médecin aide-major au 4e chasseurs, 40 fr. ; Danet, pharmacien à Morlaix, 5 fr. ; souscriptions recueillies par M. le docteur Songy, médecin-major au 5e dragons, à Saint-Mihiel, savoir : 1° docteurs en médecine, pharmacien et médecin vétérinaire civil, 17 fr. 95 c. ; 2° officiers du 5e dragons, médecins compris, 40 fr. Total, en déduisant 1 fr. 67 c. de frais de poste, 56 fr. 28 c. La Société médicale de Douai, 100 fr. ; Mme veuve Debève, propriétaire, à Douai, 5 fr. ; MM. Pruvost de Dorignies, id., 10 fr. ; Héroguet, grand doyen, id., 5 fr. ; Saint-Supéry, médecin major au 19e chasseurs à pied, id., 12 fr. ; Coindet, aide-major au 7e chasseurs à pied, id., 10 fr. ; Mercadier, aide-major au 63e de ligne, id., 10 fr. ; Legendre, aide-major au 19e chasseurs à pied, id., 10 fr. ; Mourlon, aide-major au 14e d'artillerie, id., 10 fr. ; Hurst, id., 10 fr. ; Legrain, pharmacien à Douai, 5 fr. ; Lemaire, id., 5 fr. — Total : 333 fr. 28 c.

La *Gazette médicale de l'Algérie* contient dans son numéro du 27 novembre une liste de souscription dont le total s'élève à la somme de 140 fr.

Souscriptions reçues à la Gazette des Hôpitaux. — MM. Lorain, aide-major au 9e de ligne, 5 fr. ; Soubrier, à Brugères, 3 fr. ; Brunet, à Bergerac, 5 fr. ; de Saint-Romain, à Perthus, 3 fr. 50.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 15 novembre, sont autorisés à accepter et à porter les différentes décorations qui leur ont été conférées par des souverains étrangers, les médecins dont les noms suivent :

Ordre de François-Joseph (Autriche). *Chevalier* : Renault, directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

Ordre de la Rose (Brésil). *Chevaliers* : Chausset, Brannellec, chirurgiens de la marine.

Ordre de Charles III (Espagne). *Chevalier* : Simon, docteur en médecine.

Ordre d'Isabelle-la-Catholique (Espagne). *Commandeur* : Bégin, médecin inspecteur, président du conseil de santé.

Ordre de Saint-Sylvestre (Etats romains). *Chevalier* : Jacquart-Lachaume, médecin.

Ordre du Sauveur (Grèce). *Chevalier* : Fleury, l'un des médecins de l'Empereur.

Ordre du Lion et du Soleil (Perse). *1re classe* : J. Cloquet, membre de l'Institut.

Ordre du Medjidié (Turquie). *3e classe* : Cambay, médecin principal de 1re classe; *4e classe* : Guillano, dit Castano, médecin principal; *5e classe* : De Carové, chirurgien de la marine.

— La séance de rentrée des Facultés et de l'Ecole préparatoire de Bordeaux a eu lieu le 15 novembre dernier sous la présidence de M. Dutrey, recteur de l'Académie. Après les discours de M. le recteur et de M. le directeur de l'Ecole de médecine, les prix ont été distribués comme suit :

1re Année. — 1er Prix *ex æquo* : MM. Chassagne et Duchêne. — 2e Prix : M. Marx. — Accessit : M. Campagnac.

2e Année. — 1er Prix *ex æquo* : MM. Caussade et Riquard. — 2e Prix : M. Soulèz. — Accessit : M. Fenélon.

— Une affaire qui touche à l'interprétation de l'article 909 du Code civil (incapacité des médecins de recevoir par testament) est en ce moment pendante devant les tribunaux. Une dame Salgues est morte de pneumonie aiguë, ne laissant pas d'héritier direct, et donnant, par un *testament fait durant sa dernière maladie*, toute sa fortune à un médecin neveu de son mari. La donation fut attaquée par un parent et annulée par un arrêt de la cour de Toulouse. Le pourvoi du médecin a été admis le 5 novembre dernier par la chambre des requêtes. La cause reste donc entière, et nous attendons avec un vif intérêt la solution qu'elle recevra devant la chambre civile de la Cour de cassation.

— Une pension annuelle de 100 livres sterling (2,500 francs) vient d'être accordée par la reine d'Angleterre à M. le docteur Alison (d'Edimbourg), en récompense des services qu'il a rendus à la science.

— Un bill de l'assemblée législative de New-York vient d'accorder à la Faculté de médecine de cette ville, pour les études anatomiques, le tiers des sujets fournis par les prisons de l'Etat.

— Le président de la Société médicale de secours mutuels des Etats sardes, M. A. Tarella, vient de faire don de 2,500 fr. à la Société.

— Le conseil supérieur de santé de Turin a émis un avis défavorable à la prétention des pharmacies de certaines communes, qui réclament un supplément d'honoraires pour avoir tenu leurs officines ouvertes la nuit pendant la durée du choléra.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Manuel de petite chirurgie, contenant les pansements, les bandages, les appareils de fractures, les pessaires, les bandages herniaires, les ponctions, la vaccination, les incisions, la saignée, les ventouses, le phlegmon, les abcès, les plaies, les brûlures, les ulcères, le cathétérisme, l'extraction des dents, les agents anesthésiques, par M. le docteur JAMAIN. — 1853, 1 volume grand in-18, avec 189 figures dans le texte. Prix : 6 fr. Chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 144. — MARDI 9 DECEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 144. — MARDI 9 DECEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Paris. Sur la séance de l'Académie des sciences. — De l'urée et de son rôle en physiologie et en pathologie. — Hôpital de la Pitié (M. Gendrin). De la thérapeutique générale des hémorrhagies. —Herpès ulcérant; guérison radicale par l'iodure de soufre.—Académie des sciences, séance du 1er décembre. — Chronique et nouvelles. — Feuilleton. Des sympathies.

Paris, le 8 décembre 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans une lettre à l'Académie, M. Mattei avait signalé l'existence dans l'œuf humain d'une poche entre le chorion et l'amnios, qui, au lieu de s'oblitérer par l'adhérence des deux membranes dont elle est formée, comme on l'a admis jusqu'ici, persisterait pendant toute la durée de la grossesse dans un but physiologique déterminé. C'est le développement de ce fait et la recherche des conditions physiologiques qui s'y rattachent qui fait le sujet du mémoire que M. Mattei a lu à l'Académie dans cette séance. On en trouvera un extrait au compte rendu.

La spirométrie, à peine connue en France, commence à y occuper assez sérieusement les esprits investigateurs et curieux, qui semblent avoir hâte de réparer le temps perdu, et d'atteindre, sinon de dépasser le niveau des connaissances acquises depuis longtemps déjà sur ce point par les physiologistes et les pathologistes de l'Allemagne et de l'Angleterre.

Depuis que les traducteurs nous ont fait connaître, avec les travaux de M. Hutchinson, l'appareil imaginé par ce savant professeur pour mesurer la capacité fonctionnelle du poumon, nous en sommes, si nous comptons bien, à notre troisième ou quatrième spiromètre. Nous avons déjà fait connaître dans le temps les modifications à l'aide desquelles M. Bonnet (de Lyon) a approprié le compteur à gaz à cet usage, et tout récemment, pendant que M. Poiseuille entretenait l'Académie de médecine du spiromètre de M. Guillet, M. Schnepf en soumettait un de sa façon à l'appréciation de l'Académie des sciences : on en trouvera plus bas la description. Cette question de la spirométrie a deux faces : l'une qui répond au moyen, et qui est du ressort de la physique ; la seconde qui répond au but, et qui touche à l'un des points de diagnostic les plus importants pour la pratique. Les choses en étant à la période d'essais et de tâtonnements sur le premier point, nous sommes encore loin du moment où il deviendra possible d'apprécier et de juger en connaissance de cause la portée de cette nouvelle méthode d'exploration.

Un médecin italien, M. le docteur Antoine de Martini, a communiqué à M. Flourens, qui en a fait part en son nom à l'Académie, un cas d'anomalie qui eût pu paraître digne d'attention en tout temps, mais qui emprunte en ce moment un intérêt tout particulier à cause de la question physiologico-pathologique des capsules surrénales à laquelle il se rattache ; il s'agit d'un sujet mort à quarante ans de phthisie pulmonaire, et chez lequel on a trouvé une fusion des deux reins en une masse commune sans trace aucune de capsules.

Dr Brochin.

DE L'URÉE
et de son rôle en physiologie et en pathologie.

En présentant à l'Académie des sciences la thèse de M. Béchamp (de Strasbourg) sur les substances albuminoïdes et leur transformation en urée, M. Dumas s'exprimait en ces termes :

« Tous les amis de la science apprendront avec bonheur que M. Béchamp vient de donner à la théorie chimique de la respiration son dernier et indispensable complément, en prouvant que l'urée dérive de l'albumine ou des produits azotés analogues, et que l'albumine peut être transformée directement en urée, etc. »

Pour bien faire comprendre à ceux qui ne seraient pas parfaitement familiarisés avec la question toute l'importance du fait dont il s'agit et la cause de l'intérêt si vif qu'y a attaché M. Dumas, il est nécessaire de faire ici un petit retour historique sur la question chimico-physiologique de l'urée et d'en bien établir l'état au moment où ont été entreprises les recherches nouvelles que nous nous proposons de faire connaître.

M. Dumas, dans ses *Leçons sur la statique des êtres organisés*, avait émis l'opinion que l'urée constitue le résidu de la combustion des matières azotées du sang ou des tissus azotés en voie d'élimination. Mais cette opinion, qui lui avait paru conforme à l'ensemble des données de la physiologie, avait été de sa part l'objet de beaucoup d'essais infructueux tentés en vue d'en obtenir la vérification. « J'ai cherché maintes fois, en effet, à diverses époques, dit M. Dumas, à brûler l'albumine, et à la brûler sous l'influence d'une liqueur alcaline, par analogie avec ce qui se passe dans le sang, dans l'espoir de la convertir en urée..... Je n'ai jamais réussi. »

D'un autre côté, ses recherches avec M. Prévost, il y a trente-cinq ans, avaient prouvé que l'urée se montre dans le sang des animaux après l'ablation des reins ; d'où cette conclusion, que l'urée était éliminée par les reins, mais non produite par eux.

Ces deux faits, qui s'enchaînent naturellement et s'impliquent l'un l'autre, étaient admis dans la science à l'état de théorie, et comme déductions naturelles de l'ensemble des faits sur lesquels repose la théorie chimique de la respiration. Mais ils manquaient encore de la vérification analytique. C'est cette vérification qui vient d'être faite pour le premier point par M. Béchamp, et pour le second par M. Picard dans les deux thèses remarquables que nous avons déjà signalées, et dont il nous reste après ce court exposé à faire connaître les points principaux.

Partant de la donnée théorique que nous venons d'exposer, et de ce fait indiqué par M. Liebig, que les matières azotées opposent une grande résistance à l'oxygène, sans quoi la petite quantité d'albumine que l'économie reçoit journellement disparaîtrait tout entière dans les vaisseaux sanguins, M. Béchamp a été conduit à étudier les transformations que les substances albuminoïdes subissent dans l'économie, et il est arrivé, entre autres résultats, à constater que ces matières oxydées sous une influence alcaline engendrent l'urée. Il a démontré que l'albumine peut être transformée en urée par une combustion lente produite à l'aide d'une dissolution de permanganate de potasse, qui se décompose en peroxyde de manganèse, oxygène et potasse.

Voici comment M. Béchamp procède :

Pour déterminer la formation de l'urée avec les matières albuminoïdes, sous l'influence oxydante d'un mélange alcalin, il dissout 10 grammes d'albumine dans 30 fois son poids d'eau, et il y ajoute peu à peu 75 grammes de permanganate de potasse. On chauffe au bout de quelques instants à la température de 40 degrés, et de temps en temps on sature la liqueur par l'acide sulfurique étendu, mais en la maintenant constamment un peu alcaline. On filtre ensuite, et l'on sature exactement le liquide par l'acide sulfurique étendu. On évapore la dissolution au bain-marie, puis on y ajoute un excès d'alcool concentré. La dissolution alcoolique est à son tour évaporée en consistance de miel et reprise à chaud par l'alcool absolu. Enfin, par l'évaporation on obtient un résidu qui renferme de l'urée. Ce résidu, en effet, traité par la potasse caustique, à chaud, dégage de l'ammoniaque ; il produit un dégagement d'azote et d'acide carbonique, sous l'influence du nitrate nitreux de protoxyde de mercure, et l'acide azotique donne naissance à des cristaux d'azotate d'urée. On peut, enfin, en isoler l'urée.

[illegible] provenant de la substance albuminoïde directement, puisque d'autres produits d'oxydation la précèdent ou l'accompagnent, mais comme le résultat d'un dédoublement ou de l'oxydation d'un ou de plusieurs produits dérivant eux-mêmes des albuminoïdes par dédoublement.

L'urée se forme donc par dédoublement d'abord, par oxydation ensuite : par dédoublement elle doit se produire, d'après M. Béchamp, dans tous les organes glandulaires au sein desquels le sang subit quelque métamorphose. Par oxydation, elle doit se produire : dans le tissu musculaire, mais par suite d'un dédoublement qui engendre en même temps l'acide inosique, la créatine, etc. ; dans le sang, par l'oxydation, la combustion des produits qui y reviennent des muscles. On sait, en effet, que si l'on ingère du sucre de gélatine, de la créatine, de l'acide urique, etc., la quantité d'urée sécrétée par les urines augmente d'une manière considérable, ce qui explique la diffusion de l'urée dans l'économie, sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir tout à l'heure.

DES SYMPATHIES (1).

Ces prémisses établies, on se rendra bien compte des phénomènes physiologiques ou morbides. Au commencement de la digestion, nous éprouvons une espèce de froid sympathique que nous rapportons à la peau, aussi chaude le plus souvent qu'à l'ordinaire; c'est une réaction exercée par l'estomac sur la sensibilité cutanée. La première éruption des règles s'accompagne d'une émotion générale de tous les systèmes, qui se renouvelle partiellement avec plus ou moins d'intensité aux périodes menstruelles suivantes. A chacune de ces époques, la sensibilité devient plus délicate et plus vive, la physionomie s'anime, les seins se gonflent, les penchants ont quelque chose de plus capricieux et de plus bizarre. On peut étendre cette observation à la grossesse et aux différents états pathologiques des organes sexuels.

La continence imprime à l'imagination une activité déréglée, et peut déterminer l'altération des facultés intellectuelles et morales. Chacun a présente à la mémoire l'histoire rapportée par Buffon de ce pauvre curé de la Guyenne qui, par l'effet d'une chasteté rigoureuse, était tombé dans un état bizarre de délire maniaque.

Les affections organiques de l'estomac ou de la région épigastrique produisent des désordres cérébraux. Les maladies des viscères abdominaux changent, troublent et intervertissent quelquefois entièrement l'ordre habituel des sentiments et des idées. Des appétits extraordinaires et bizarres se développent; des images inconnues assiègent l'esprit; la volonté est dominée par des impressions nouvelles.

La doctrine des sympathies n'est pas nouvelle ; elle est assez clairement indiquée dans certains passages d'Hippocrate. Galien y revient en différents passages de ses écrits, et, à part l'explication qu'il a voulu donner de ces phénomènes, il a émis sur ce sujet des opinions que nous pourrions encore avouer aujourd'hui.

Quand l'intelligence est troublée par suite d'une affection de l'estomac, dit Galien, soit par des vapeurs, soit par des humeurs malignes, qui remontent à l'encéphale, on ne saurait dire ni que l'encéphale en est affecté primitivement, ni qu'il est complétement exempt d'affection ; mais le mot sympathie exprime très-exactement ce que ces médecins eux-mêmes reconnaissent dans cet état. En effet, le terme sympathie n'indique pas l'absence complète d'affection, mais une affection commune avec une autre partie. Toutefois il serait mieux et plus clair de dire que la partie sympathiquement affectée souffre par suite de l'affection d'une autre partie. (*Des lieux affectés*, t. Ier, ch. 6.)

Le signe de l'affection idiopathique d'une partie, dit Galien, c'est la permanence de l'affection. Lorsque, dans la pleurésie ou la péripneumonie, survient le délire, personne ne s'avisera de dire que ce symptôme vient de la plèvre ou du poumon ; mais tout le monde conviendra que la partie où réside le principe de l'âme est affectée par sympathie.... (*loc. cit.*, t. II, ch. 10). Dans d'autres affections, ce principe est affecté, non par sympathie, mais primitivement, par exemple, dans le *lethargus* et le *phrenitis*.

Lorsqu'une affection secondaire et consécutive à une affection primitive à son apogée, disparaît à mesure que l'affection première diminue, admettre que le mal a été produit par sympathie..... (*loc. cit.*, t. II, ch. 10).

Archigène, cité par Galien, prétend que certaines fonctions sont lésées sans affection de la partie du corps dans laquelle elles se produisent. Galien, discutant cette opinion d'Archigène (*Des lieux affectés*, t. III, ch. 1er), observe que si la partie lésée par sympathie avec une autre n'a pas encore une diathèse permanente, néanmoins, suivant l'expression même d'Archigène, il existe en elle comme une ombre de cette affection permanente.

Les affections primitives (des fonctions dirigeantes) se distinguent par la complète évolution des symptômes propres à l'encéphale ; elles sont persistantes et naissent primitivement, sans être précédées d'autres affections. Dans les autres, les symptômes propres à l'encéphale n'arrivent pas à leur entier développement ; elles n'ont pas le même degré de persistance, et surviennent à la suite d'autres affections. Il faut se rappeler que, parmi les affections sympathiques, il y en a qui n'existent réellement que pendant le temps où elles sont en voie de formation (c'est-à-dire *aussi longtemps que dure la cause qui leur a donné naissance*) ; elles disparaissent avec les causes qui les ont produites, tandis que celles qui ont déjà donné lieu à une diathèse permanente des parties sympathiquement affectées persistent, quand bien même ces causes viennent à cesser (Ouvr. cit., t. III, ch. 7).

Je ne poursuivrai point pas à pas à travers les âges l'histoire des sympathies, sur le compte desquelles je me suis peut-être un peu longuement étendu. Je renverrai ceux que cette question peut intéresser aux traités et aux mémoires de Rega, d'Hoffmann (Fréd.), de Roux, d'Hufeland, de Fodera; de Whytt, de Hunter, de Barthez, de Bichat, de Georget et de Broussais, et aux principaux traités de physiologie ; mais, après avoir esquissé ce qu'on doit entendre par sympathies dans l'état actuel de la science, il m'a paru intéressant de reproduire les principales propositions que nous a laissées sur ce sujet un des pères de la médecine.

Les progrès de la physiologie ont restreint le rôle assigné aux sympathies; elles n'ont plus aujourd'hui cette importance que leur donnaient naguère encore Bichat, Barthez, Broussais; mais la part qui

(1) Fin. — Voir le numéro du 4 décembre.

Telles sont les déductions principales qui ressortent des analyses de M. Béchamp. Nous abordons maintenant, en passant à la thèse de M. Picard, les points de la question qui touchent plus directement à la physiologie et à la pathologie.

On admet généralement, avons-nous dit, que l'urée existe dans le sang normal ; mais cette donnée, d'une grande importance en physiologie, ne reposait que sur un petit nombre d'analyses, et dans aucun cas, on n'en avait dosé les proportions. C'est ce que M. Picard s'est proposé de faire. Mais avant de faire connaître les résultats qu'il a obtenus, il ne sera pas sans intérêt de rappeler les circonstances qui ont attiré son attention sur ce sujet, et qui l'ont conduit à entreprendre ses recherches :

M. Picard eut l'occasion d'observer, le 2 novembre 1854, à la clinique de M. le professeur Schutzenberger, un cas très-remarquable pouvant être résumé ainsi : accidents cérébraux nerveux subitement terminés par la mort ; à l'autopsie, urines albumineuses, dégénérescence avancée des reins, absence de lésion des centres nerveux. On admit que le malade avait succombé à une urémie.

Comme d'après les recherches de Frerichs, dont les travaux sur ce sujet sont très-connus, ce n'est pas l'urée, mais le carbonate d'ammoniaque, provenant de la décomposition du principe, qui est l'agent toxique, il fit l'analyse du sang dans deux cas pathologiques analogues au précédent, et constata la présence d'ammoniaque. Il fit ensuite une série d'expériences comparatives sur le sang de divers états pathologiques, et dans tous les cas il observa un dégagement d'ammoniaque. Il s'est proposé, dès lors, de rechercher l'urée dans le sang des maladies de Bright avec accidents cérébraux ; c'est ainsi qu'il a été insensiblement amené à agrandir son plan et à généraliser ses recherches.

Chez cinq individus parfaitement bien portants dont il a analysé les urines des vingt-quatre heures, et dans le sang desquels il a dosé l'urée, il a constaté une moyenne d'urée excrétée dans les vingt-quatre heures, de 28 gr. 58 ; la moyenne de l'urée dans le sang était de 0,016 0/0. L'analyse du sang et des urines dans des états intermédiaires à la santé et à la maladie, comme l'aménorrhée, la grossesse, les suites de couches, a donné une proportion d'urée un peu différente de la moyenne, tantôt au-dessus, tantôt au-dessous. Le sang du fœtus en a donné une proportion plus élevée que la moyenne de l'adulte.

M. Picard a étudié ensuite à ce même point de vue les sécrétions. Il a constaté la présence de l'urée dans tous les produits sécrétoires sans exception, ce qui prouve la diffusion de ce principe dans l'organisme.

Dans des expériences sur des animaux, M. Picard a analysé comparativement, au même point de vue, le sang artériel et le sang veineux, et il a constaté [illegible] deux fois moins d'urée que le sang de l'artère. Ce fait présente, sous le rapport de la physiologie du rein, une importance particulière que M. Dumas a signalée à l'Académie des sciences.

Connaissant la quantité d'urée contenue dans le sang normal, les proportions de ce principe que le rein lui enlève, et la masse de sang qui traverse les reins dans les vingt-quatre heures, il devenait possible de résoudre le problème suivant :

Déterminer *à priori* la quantité d'urée que le rein élimine dans les vingt-quatre heures.

Si le chiffre obtenu se rapprochait du chiffre de l'urée rendue par les urines, l'exactitude des données fournies par l'analyse directe du sang se trouvait ainsi vérifiée. C'est effectivement ce qui a lieu, sauf les légères différences relatives aux variations de quantité de la masse de sang qui traverse les reins dans un temps donné, suivant le calibre des artères et la vitesse du sang. M. Picard a constaté, en effet, ce résultat extrêmement intéressant, que le chiffre obtenu à l'aide des éléments précédents correspond presque exactement au chiffre réel d'urée rendue par les urines et déterminé expérimentalement.

Il résulte évidemment des faits qui précèdent, et notamment de la détermination directe de l'urée dans le sang normal, et de la présence de ce principe en plus grande quantité dans le sang rénal artériel que dans le sang rénal veineux, que le rein a pour fonction unique d'éliminer l'urée qui préexiste dans l'organisme.

M. Picard a examiné ensuite l'état de l'urée dans le sang et les sécrétions à l'état pathologique.

Les affections fébriles dans lesquelles il a examiné le sang (fièvre inflammatoire, fièvre intermittente pernicieuse, myélite chronique, rhumatisme articulaire aigu chez une femme enceinte, rhumatisme articulaire aigu et endocardite) ont, dit-il, pour caractère commun un excès d'urée (7 milligrammes environ de plus qu'à l'état normal, sur 100 grammes de sang) ; ce qui lui paraît devoir être attribué soit à la diminution de l'urée des urines, soit à une activité plus grande de l'uropoïèse sous l'influence d'une circulation plus rapide.

Dans les affections non fébriles, les résultats ont été très-variables. Dans la pléthore, la proportion d'urée a été trouvée un peu au-dessous de la moyenne du sang normal ; dans l'anémie, elle est beaucoup plus considérable ; dans le choléra et dans la maladie de Bright, il est accumulé en grande quantité dans le sang. M. Picard a beaucoup insisté surtout sur le rôle de l'urée dans cette dernière affection. L'excès d'urée dans le sang, ou l'urémie, lui a paru être un caractère essentiel de la maladie de Bright. Il a constaté que le degré d'urémie est proportionnel à l'intensité de l'affection rénale ; que l'urémie diminue à mesure que la maladie tend à se terminer par la guérison. Il a été conduit de là à examiner la question de la nature de la maladie de Bright, et il arrive à la même conclusion que MM. Becquerel et Vernois, savoir : que le rein est le point de départ de tous les symptômes de cette affection.

Par quel mécanisme se produisent l'anémie et l'albuminurie ? Pour M. Picard, c'est l'épithélium des canaux circinifères qui joue le principal rôle dans ces phénomènes ; il aurait pour fonction à l'état normal, de rendre à la circulation l'albumine du sérum exsudé. L'albuminurie serait due, en conséquence, à une maladie de l'épithélium, et l'urémie à une diminution du champ de la sécrétion urinaire par obstruction des canaux urinifères.

L'urémie étant un caractère constant de la maladie de Bright, serait un élément important pour le diagnostic. Dans une observation consignée dans cette thèse, l'analyse du sang a fait soupçonner l'existence d'une affection des reins, confirmée plus tard, alors que les autres symptômes faisaient défaut.

L'analyse du sang permet aussi de déterminer si l'albuminurie d'une femme enceinte est due à une congestion passagère des reins ou à une dégénérescence de cet organe, ce qui, dans certains cas, permettrait de prédire l'éclampsie ou de rassurer le praticien que l'albuminurie aurait effrayé.

Un excès notable d'urée dans le sang indique une altération notable des reins et rend le pronostic fâcheux.

Enfin, sous le point de vue thérapeutique, les recherches de M. Picard confirment les résultats avantageux obtenus :

1° Par les moyens locaux qui agissent sur l'affection des reins ;

2° Par les moyens généraux (purgatifs et diaphorétiques) dirigés contre l'œdème ; ils agissent aussi sur l'urémie.

En résumé, voici les principales conclusions qui ressortent de ce travail :

L'urée existe à l'état normal et primitivement dans le sang et les sécrétions, la proportion normale contenue dans le sang est de 0,016 pour 100.

L'urée existe dans l'urine des nouveau-nés et des enfants à la mamelle.

La proportion d'urée dans le sang paraît augmenter chez les femmes irrégulièrement menstruées.

Elle est plus considérable dans le sang du placenta.

Le sang de l'artère rénale contient deux fois plus d'urée que celui de la veine.

Le sang veineux et le sang artériel, en général, en renferment à peu près les mêmes quantités.

Le rein a pour rôle d'éliminer l'urée qui préexistait dans le sang, mais n'est pas susceptible de produire ce principe par lui-même.

L'urée est le résultat des phénomènes de désassimilation qui se passent dans l'intimité des tissus, et notamment de la fibrine musculaire ; mais elle ne se produit pas dans le poumon sous l'influence de la respiration.

La proportion de l'urée dans le sang augmente dans les affections fébriles.

L'urée peut s'accumuler dans le sang en grande quantité dans certaines maladies ; le choléra, et surtout la maladie de Bright.

L'urémie est un symptôme constant de cette dernière affection, proportionnel au degré de dégénérescence de l'organe sécréteur.

L'albumine et l'urée, dans les urines, ne sont pas en raison inverse, comme on l'a prétendu.

L'albuminurie, dans la maladie de Bright, est due à une affection de l'épithélium, et l'urémie à une diminution du champ de la sécrétion urinaire.

La détermination du degré d'urémie acquiert une haute valeur dans les cas complexes de maladie du cœur et d'albuminurie, pour distinguer si l'albuminurie d'une femme enceinte est due à une congestion passagère des reins ou à une dégénérescence de cet organe.

Dans la maladie de Bright, c'est le rein qui est le point de départ de tous les symptômes fonctionnels.

Si dans cette esquisse rapide des deux remarquables thèses de MM. Béchamp et Picard nous sommes parvenu à donner une idée de l'importance d'une question qui a vivement préoccupé depuis un certain nombre d'années les chimistes, les physiologistes et les médecins, et à laquelle les recherches de nos deux savants confrères de Strasbourg viennent de donner une nouvelle impulsion, nous aurons en partie rempli notre but ; mais nous ne l'aurons fait encore que d'une manière incomplète. Une foule de points de pathologie du plus grand intérêt, que nous n'avons pu qu'indiquer en passant, se rattachent à cette question de l'urémie. Nous devrons y revenir.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

De la thérapeutique générale des hémorrhagies (1).

Des moyens thérapeutiques qui s'appliquent à l'hémorrhagie proprement dite. — Les moyens qui sont considérés comme propres à resserrer les ouvertures hémorrhagiques, sont d'abord les moyens mécaniques qui s'appliquent plus ou moins directement sur les parties qui sont le siége de la maladie, pour obstruer les orifices par lesquels le sang s'extravase. Leur efficacité est subordonnée à l'exactitude avec laquelle ils peuvent agir mécaniquement, suivant la disposition anatomique des parties ; leur application rentre dans le domaine de la thérapeutique chirurgicale.

Ces moyens sont toujours dangereux quand la congestion sanguine est considérable. La compression qu'ils opèrent tous médiatement ou immédiatement, loin de faire cesser cet état de cause interne, concourt à l'augmenter par l'irritation qu'elle produit. Il arrive ainsi qu'on change une congestion sanguine peu intense, et qui aurait cessé facilement et spontanément par l'hémorrhagie, en une congestion inflammatoire grave, laquelle s'étend même par contiguïté aux organes voisins. C'est ainsi que nous avons vu, chez une jeune fille, une méningite aiguë mortelle suc-

(1) Fin. — Voir le numéro du 2 décembre.

leur reste dans la production des phénomènes physiologiques et pathologiques est assez importante encore pour mériter l'attention du praticien et de l'observateur, et réclamer de nouvelles études.

Une dernière question me reste à aborder.

Quelle est la condition organique des sympathies? quel est l'agent de leurs transmissions?

Les auteurs ont été extrêmement divisés sur la cause qui entretient les sympathies, et aujourd'hui encore il est difficile d'en donner une explication satisfaisante et irréprochable.

Au commencement du dix-septième siècle, Sennert défendait encore l'explication de Galien, le transport des vapeurs subtiles d'un organe à l'autre. Mais, lorsque Harvey eut découvert la circulation du sang, tous les médecins crurent pouvoir expliquer les sympathies au moyen de cette circulation. Baglivi pensait que les rapports sympathiques avaient lieu par la communication des membranes et des vaisseaux sanguins. Haller, Barthez et Dumas admettent comme explication l'anastomose des vaisseaux, Fréd. Hoffmann, Haller, Barthez, Dumas, la continuité des membranes; Rega, l'oscillation des membranes; Bordeu voulait que la communication se fit par l'intermédiaire du tissu cellulaire; Haller, Barthez et Dumas ont encore partagé cette manière de voir. On a cherché à se rendre compte des sympathies par les rapports d'organisation et d'usages. Parmi ceux qui ont adopté cette opinion, qui n'est fondée que pour les synergies, on peut citer Rivière, Haller, Barthez, Tourtelle, Dumas, etc.

Depuis Willis et Vieussens, cependant, la plupart des auteurs ont pensé que les nerfs étaient le moyen de communication qui lie les organes les uns aux autres, et qui enchaîne ainsi leurs dérangements ; seulement les uns voulaient que les sympathies eussent lieu par des communications nerveuses directes ou des anastomoses nerveuses, et de ce nombre étaient Willis, Vieussens, Ettmüller, Rega, Haller, Barthez, Ch. Bell, Dumas, etc. Beaucoup d'anatomistes ont pensé, avec Vieussens, Boerhaave, Meckel, que les sympathies étaient établies entre les organes par les rameaux multipliés du nerf tri-splanchnique, de là le nom de nerf sympathique qui lui a été donné. Mais les progrès de l'anatomie et une étude plus attentive des rapports des organes ont démontré que beaucoup de sympathies ne pouvaient se concevoir dans ce système, tandis que certaines parties qui reçoivent des nerfs d'un même tronc ne subissent nullement une influence réciproque.

D'autres physiologistes, enfin, estimaient que la communication avait lieu par l'intermédiaire du cerveau ; Astruc, Haller, Whytt, Monro, Sœmmering, Bichat, Alibert, Dumas, etc.; ont soutenu cette doctrine. Bichat, qui considérait les sympathies comme des aberrations des forces vitales, ne pensait pas qu'elles reconnussent un principe unique; il considérait comme très-incertain que les nerfs fussent les seuls agents qui transmissent au cerveau les sensations intérieures. Il ressort des citations que nous venons de faire que Haller admettait aussi plusieurs causes organiques des sympathies, et de même de quelques autres. Toutes ces divergences tiennent évidemment à ce qu'on a confondu sous un même nom des phénomènes différents, actions sympathiques proprement dites, rapports mécaniques et fonctionnels, affections diathésiques, etc.

Le système nerveux seul peut suffire à l'explication des phénomènes sympathiques, et s'il ne la donne pas toujours suffisante, il la laisse du moins le plus souvent entrevoir. C'est par l'intermédiaire du cerveau que se font la plupart des sympathies. L'impression organique est transmise au cerveau et de là réfléchie vers la partie la mieux organisée pour subir l'influence de l'irradiation nerveuse. La réflexion peut voir son point de départ dans le bulbe rachidien et dans la moelle, et l'on a alors de véritables actions réflexes ; ainsi s'expliquent les convulsions vermineuses, les contractions utérines au moment de l'accouchement, l'éternument à la suite de l'irritation des filets sensitifs de la pituitaire, les mouvements de l'iris, déterminés par la pression de la lumière sur la rétine, etc. Lorsque l'organe impressionné par sympathie est le cerveau lui-même, on admet généralement que la communication est le résultat d'une transmission nerveuse directe ; il en est de même si l'irradiation nerveuse qui vient impressionner une ou plusieurs parties de l'organisme, a le cerveau pour point de départ. S'il était permis d'ajouter à tant d'hypothèses, que le temps et les progrès de la science ont successivement renversées, une explication nouvelle, je demanderais si les névroses intellectuelles ne peuvent pas être le résultat d'une réflexion sur la couche du cerveau, siége de l'intelligence, d'impressions transmises par des organes malades.

Dans cette manière de voir, le délire sympathique est une action réflexe au même titre que les mouvements convulsifs dans les affections vermineuses. On peut faire reposer ces explications, ce me semble, sur certains faits d'observation. La présence des vers dans l'intestin détermine chez un malade des accidents convulsifs et des accès d'aliénation mentale ; on expliquera les convulsions par la réflexion d'impressions non perçues sur certains nerfs du mouvement. Ne serait-il pas rationnel d'appliquer le même raisonnement pour expliquer les désordres cérébraux ?

En terminant, je dirai que ce mot *sympathie* n'est à dire vrai qu'une abstraction, une pure création de l'esprit. Comme les mots d'attraction, d'affinité, de force vitale, c'est une dénomination métaphysique qui n'a pour but que de nous indiquer d'une manière abréviative les propriétés de la matière. Ce n'est, comme l'a dit Bichat, qu'un mot heureux qui sert de voile à notre ignorance sur le rapport des organes les uns avec les autres.

Dr Ch. LOISEAU.

céder à la suppression par le tamponnement d'une hémorrhagie nasale considérable, qui eût dû être combattue par des moyens dirigés d'abord contre l'hyperémie encéphalique.

On trouve dans les annales de la science l'histoire d'une femme hystérique sujette à des épistaxis très-considérables. La suppression de ces pertes de sang fut suivie d'une attaque d'apoplexie mortelle. L'ouverture du cadavre montra qu'il s'était formé une extravasation de 45 grammes de sang grumeleux dans la substance de l'hémisphère cérébral droit. L'extravasation sanguine n'avait fait que changer de siége, parce que la congestion vers la tête et le molimen hémorrhagique qui l'entretenait n'avaient pas été d'abord combattus.

Lorsqu'on peut faire arriver sur la surface qui est le siége de l'hémorrhagie des topiques astringents, l'action chimique de ces moyens peut, par le resserrement qu'elle occasionne, produire l'occlusion des orifices par lesquels le sang s'extravase. Cette action chimique se fait à la fois sur les tissus et probablement sur le sang qui s'écoule. La coagulation de ce liquide contribue sans doute à arrêter l'écoulement. Cette médication a tous les inconvénients de l'emploi des moyens mécaniques qui ne remédient qu'à la sortie du sang, sans modifier les autres éléments de la maladie auxquels la perte de sang est liée. Plus les topiques astringents sont toniques et stimulants, plus ils peuvent augmenter les congestions hémorrhagiques.

L'action topique du froid sur les parties qui sont le siége d'une hémorrhagie, a immédiatement pour effet de diminuer l'activité de la circulation dans les vaisseaux de cette partie, de la faire ainsi pâlir, de diminuer son volume et d'amener une rétraction des tissus qui se rapproche de celle que produisent les topiques astringents. On peut ainsi faire cesser ou au moins diminuer la perte de sang. Le froid n'a pas les inconvénients des astringents en ce qu'il ne détermine pas l'irritation topique qui peut convertir en phlegmasie l'hyperémie locale. Cependant il peut produire, quand il est appliqué prématurément et avant que la fluxion sanguine et la congestion aient été combattues, la déviation de la maladie sur un autre organe.

L'application de la glace a l'inconvénient, lorsque l'on en cesse promptement l'usage, de provoquer, par la réaction qui succède à son effet immédiat, une plus vive hyperémie et un état presque inflammatoire qui ne fait que rendre la maladie beaucoup plus grave. Nous n'avons pas besoin de dire que l'action des topiques réfrigérants est proportionnée au degré d'abaissement de leur température.

Le froid, dans les hémorrhagies, est mis en pratique dans le plus grand nombre des cas comme un simple moyen adjuvant; il consiste seulement dans l'administration des aliments, des boissons, des lavements froids quelquefois à la température de la glace. Cette pratique ne suffirait pas, au moins le plus souvent, pour arrêter l'hémorrhagie, mais elle a toujours pour effet de la modérer et d'en favoriser la disparition. Nous y avons souvent recours dans les hémorrhagies qui ont quelque gravité, quelque soit leur siége.

L'utilité incontestable des sédatifs de la circulation dans le traitement des hémorrhagies, a conduit à conseiller contre ces maladies des médicaments auxquels on attribue une action de cette nature; tels sont le nitrate de potasse, l'acide borique, etc. Ces moyens ne nous semblent pas plus efficaces que le régime délayant antiphlogistique auquel on les associe, et ce régime, dont l'effet est de mettre tous les organes dans la plus grande inaction possible, est impérieusement indiqué contre toutes les hémorrhagies.

La digitale pourprée, qui agit à la fois comme diurétique et comme sédatif des organes de la circulation, modifie évidemment les hémorrhagies par sa double action immédiate.

Des moyens de traitement qui s'appliquent aux troubles fonctionnels qui résultent immédiatement des hémorrhagies. — La syncope ou les accidents spasmodiques sont les effets immédiats fréquents des hémorrhagies, auxquels le médecin est souvent appelé à remédier.

La syncope est souvent le moyen dont se sert la nature pour suspendre définitivement une hémorrhagie et faire cesser l'hyperémie locale à laquelle elle se lie. C'est ainsi que Cullen rapporte qu'une syncope qui dura douze heures fit cesser, chez une jeune fille, une grave hémorrhagie qui avait jusque-là résisté aux moyens de l'art. On peut conclure de là qu'il n'y aurait d'autre indication à remplir, quand cet accident se manifeste, que de le laisser s'accomplir en le considérant même comme un événement heureux. Mais cet effet de la perte de sang peut devenir mortel si l'on ne modère pas son intensité et si l'on ne met pas un terme à sa durée.

Tous les praticiens ont reconnu qu'un des moyens de favoriser la syncope était la position verticale du tronc du malade; il faut donc faire cesser immédiatement cette position dès que la syncope est survenue dans les hémorrhagies modérées: il ne faut jamais attendre cet accident dans les hémorrhagies considérables; il faut même alors que le coucher soit tout à fait horizontal si la syncope n'est pas très-complète, de manière à suspendre tout à fait les battements du cœur; et si le malade reste dans cet état de lypothimie intermédiaire à la syncope et à la simple défaillance, il faut le laisser dans un calme complet; on le peut sans danger. On verra le plus souvent la congestion hémorrhagique et l'hémorrhagie cesser ainsi spontanément.

Lorsque la syncope est profonde et menace de se prolonger, il faut faire coucher le malade de manière que la tête soit dans une position plus déclive que le reste du corps. Cette position suffit souvent pour faire reparaître les battements du cœur et rendre à la respiration de la largeur et de la fréquence. Si l'on n'obtient pas promptement cette diminution de la syncope, il ne faut pas différer à recourir à des excitants propres à rétablir la circulation et la respiration, qui ne peuvent rester longtemps suspendues sans que la vie cesse. Ainsi, l'on met en usage les frictions sèches et stimulantes sur le tronc, sur les extrémités, avec des flanelles chaudes, avec des teintures spiritueuses aromatiques, telles que le baume de Fioraventi, l'eau de Cologne, la teinture de mélisse, l'excitation de la pituitaire par la vapeur d'ammoniaque liquide, par l'éther en vapeur, l'application des cataplasmes sinapisés aux mains et aux pieds, etc.

Les accidents spasmodiques qui surviennent dans les hémorrhagies sont très-souvent déterminés immédiatement par la frayeur que conçoivent les malades en voyant couler leur sang; cependant on ne peut aussi se refuser à les rattacher à la perte elle-même, quand on voit les mouvements spasmodiques des membres, l'irritabilité excessive des organes des sens mis en jeu sous l'influence de la plus faible excitation, comme une ardeur pénétrante, une lumière vive, des sons aigus, etc.

Les accidents spasmodiques se calment ordinairement avec promptitude, en éloignant le malade de toute cause stimulante, en lui administrant quelque teinture anti-spasmodique et sédative, comme la teinture de thériaque, la teinture de castoréum à petites doses, la teinture d'opium, la teinture éthérée de digitale, etc.

Des moyens de traitement qui s'appliquent aux effets des hémorrhagies sur l'appareil circulatoire. — Tant que la congestion hémorrhagique et l'hémorrhagie persistent, il ne faut pas s'occuper de l'effet de la perte de sang sur le système circulatoire. Dès que la congestion sanguine a déjà disparu en grande partie, dès que l'extravasation est supprimée ou ne se renouvelle plus que par intervalles et en très-petite quantité, on peut commencer à recourir aux moyens qui sont propres à remédier à l'appauvrissement du sang et à l'atonie produite dans tous les solides.

Les moyens de traitement convenables dans ces circonstances consistent surtout dans l'administration des préparations de fer et des toniques amers, secondés par un régime analeptique, dont on favorise les bons effets par l'habitation dans un air vif et sec, par un exercice modéré, et par des frictions sèches et stimulantes sur tout le corps.

La susceptibilité extrême de l'estomac et des intestins dans cet état de maladie, rend souvent très-difficile l'administration des médicaments; aussi est-on obligé de les donner avec beaucoup de précautions, d'abord à petites doses et en faisant choix des préparations qui sont les mieux supportées; le sous-carbonate de fer, le sulfate de fer, l'æthiops martial, sont les agents les plus usités. Il faut souvent les unir à des eaux alcalines, à des poudres ou à des teintures aromatiques, pour les faire supporter. Les eaux minérales ferrugineuses alcalines fournissent des moyens thérapeutiques d'une grande efficacité et d'une facile administration dans ces maladies.

L'oligaimie présente souvent des accidents qui exigent spécialement un traitement; tels sont les palpitations de cœur, la dyspepsie, l'œdème des extrémités. Il faut concilier le traitement de ces accidents avec celui de l'oligaimie, et les moyens les mieux appropriés sont: pour les palpitations, l'administration de la digitale; pour la dyspepsie, les eaux alcalines gazeuses et la thériaque à faible dose avant les repas; quelquefois l'ingestion exclusive des aliments à la glace. Les bains sulfureux et alcalins, les frictions aromatiques ou légèrement rubéfiantes sur la poitrine, l'épigastre, les membres, conviennent également.

L'œdème des extrémités est rarement porté au point d'exiger qu'on s'en occupe spécialement; quoi qu'il en soit, on le combat utilement par les diurétiques, tels que la digitale, les extraits et les décoctions de griffes et de tiges d'asperges.

Il nous reste à parler de la transfusion du sang. Cette opération, qui consiste à réparer l'insuffisance de la quantité de sang restée dans les vaisseaux par l'injection dans les veines de sang pris à des hommes sains, a été, dans le dix-septième siècle, l'objet de vives controverses. Les essais qui furent alors tentés par Denis et Emmeret en France, et en Italie par Riva et Manfredi, furent funestes pour les malades. Les expériences prouvèrent que le sang introduit dans les vaisseaux en était expulsé comme un liquide étranger. Sauvages rapporte que de cinquante animaux qu'on soumit à la transfusion, vingt eurent une hémorrhagie urinaire, et qu'un maniaque sur lequel on fit cette opération eut également une hématurie noire qui le guérit. On ne pensait plus à ces essais, lorsqu'en 1825 MM. Prévost et Dumas démontrèrent, par des expériences directes, qu'on pouvait rappeler rapidement à la vie des animaux sur le point de mourir d'hémorrhagie, par la tranfusion du sang extrait à des animaux de même espèce. Ces expériences ont porté MM. Blundell, Waller et Doubleday à tenter de nouveau la transfusion sur l'homme. Ces deux derniers médecins ont été assez heureux pour obtenir ainsi le rétablissement de trois femmes épuisées par des hémorrhagies utérines. Le Dr Brown a obtenu le même résultat à Édimbourg, en 1828, aussi chez une femme qui allait expirer par suite d'une hémorrhagie utérine. Le procédé de ces médecins a consisté à injecter au moyen d'une seringue, dans une des veines du bras de la malade, le sang pris au moment même où il coulait de la veine d'une personne saine. Ils ont eu soin de faire l'injection progressivement par 60 grammes à la fois. Nous ne saurions recommander trop de circonspection à ceux qui voudraient renouveler ces essais.

Du traitement prophylactique des hémorrhagies. — Dès qu'il se manifeste quelque prodrome de pléthore ou d'hyperémie locale, il faut s'empresser de recourir aux moyens de traitement propres à ces états morbides, en ayant soin de proportionner l'activité de ces moyens à l'intensité et à la nature des prodromes. Cependant, quand l'imminence de la maladie se montre vers un organe où elle ne peut entraîner par elle-même d'accidents, il n'est pas nécessaire de donner au traitement prophylactique une activité assez grande pour la prévenir; il vaut mieux la laisser sans crainte s'effectuer facilement. C'est ainsi qu'on laisse se développer des épistaxis, des hémorrhoïdes, dont on peut avoir prévu la manifestation, parce que l'on sait que non-seulement ces hémorrhagies sont sans danger, mais encore qu'elles mettent le malade à l'abri d'accidents plus graves. Si l'hémorrhagie menaçait de s'effectuer dans la tête, dans les poumons, sur la muqueuse de l'estomac, etc., où la congestion sanguine et l'hémorrhagie elle-même ont tant de danger, il faut avoir recours pour la prévenir, dès que l'imminence des accidents peut être reconnue, à tous les moyens qui s'appliquent au traitement de la pléthore et de l'hyperémie locale.

La facilité des récidives des hémorrhagies, l'état quasi pléthorique habituel de ceux qui en ont éprouvé plusieurs exigent un traitement préservatif qui se concilie avec l'accomplissement des principaux actes de la vie sociale, à laquelle on ne peut vraiment pas obliger ces sujets de renoncer absolument. Ce traitement consiste dans un régime doux, et dans l'observation bien entendue des règles de l'hygiène. Il est important que ceux qui sont dans cet état s'abstiennent de toute habitude qui peut les surexciter, et se tiennent en garde contre les commotions morales et les excès de tous les genres. Ce traitement peut se résumer ainsi: aliments très-légers, usage de végétaux et de viandes des jeunes animaux prises en petite quantité; abstinence complète de vin, de liqueurs, de boissons stimulantes; exercice modéré; habitation dans des lieux sains, bien aérés; éviter avec soin les appartements petits, très-chauffés, les salles de spectacle et les grandes réunions.

HERPÈS ULCÉRANT

Guérison radicale par l'iodure de soufre.

Le journal *El Siglo medico* donne une intéressante observation de M. le docteur Thomas Theus y Echenigue. Nous allons, en quelques mots, reproduire ce qui peut intéresser la pratique:

A la suite d'un abcès, survenu sans cause appréciable, à la partie postérieure de la jambe droite, un homme âgé de quarante-sept ans, d'un tempérament lymphatique, vit, à l'entour de son abcès, la peau devenir malade, se couvrir d'une éruption herpétique, qui gagna rapidement toute la jambe et le pied. Ces parties se recouvrirent d'une production squammeuse, au dessous de laquelle des ulcérations se produisirent rapidement. L'ulcère, qui avait remplacé l'abcès primitif, s'étendit d'une façon extraordinaire. Toutes les parties malades exhalaient un liquide jaunâtre, reconstituant rapidement, en s'épaississant à l'air, les croûtes épaisses qui se détachaient du membre. Le prurit était insupportable, la production squammeuse incessante. Amaigrissement général et découragement du malade, qui souffrait depuis plus d'une année, et avait, sans résultat, passé deux saisons aux eaux minérales sulfureuses de *Gravalos*.

M. Echenigue, après avoir fait baigner à l'eau chaude la jambe malade, la recouvrit d'une pommade ainsi formulée:

Iodure de soufre.	15 grammes.
Axonge récente.	60 —

Des pilules d'iodure de soufre:

Iodure de soufre.	8 grammes.
Mucilage de gomme et poudre de réglisse.	Q. S.

pour 72 pilules, furent en même temps données, une chaque matin, en augmentant d'une pilule tous les deux jours, jusqu'à porter la dose quotidienne à 50 centigrammes; celle-ci était continuée pendant quatre jours, puis était diminuée graduellement comme l'avait été l'augmentation. Un repos de huit jours avait ensuite lieu, pendant lequel le malade prenait, comme au début de son traitement, 15 grammes de crème de tartre soluble. Après ce repos recommençait l'usage des pilules. Quant à la pommade, elle était également suspendue après l'emploi de la quantité formulée, et, dans les deux jours de repos, la jambe était soumise à un bain d'eau chaude.

Après quarante et quelques jours de ce traitement, il ne restait plus que quelques croûtes sur la crête du tibia, qui achevèrent de disparaître par l'emploi de compresses imbibées d'une très-légère solution de deuto-chlorure mercurique:

Sublimé.	15 centigramm.
Alcool.	30 grammes.
Eau.	1,000 —

La guérison était complète avant le soixantième jour, et ne s'est pas encore démentie au bout d'une année. 24 grammes d'iodure de soufre ont été consommés en pilules, et près de 60 grammes en pommade. (*Union méd. de la Gironde.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er décembre 1856. — Présidence de M. Is. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Poche amnio-choriale normale dans l'œuf humain pendant la

grossesse. — M. Mattei lit un mémoire dans lequel il se propose de présenter l'histoire complète de la poche amnio-choriale qu'il avait annoncée par sa lettre du 25 août dernier. Après avoir cité, dans ce mémoire, l'opinion des ovologistes et des accoucheurs les plus accrédités, l'auteur montre qu'on avait constaté dans la première moitié de la grossesse la présence d'un espace entre le chorion et l'amnios, mais on croyait que cet espace, d'abord rempli par un tissu aréolaire et du liquide visqueux, s'oblitérait par l'adhérence des deux membranes dont il est formé. Personne jusqu'ici n'avait constaté comme fait normal la présence de la poche amnio-choriale pendant toute la durée de la grossesse.

Après avoir constaté la présence de cette poche, je suis arrivé, dit M. Mattei, à reconnaître sur 60 accouchements qu'elle existe pendant toute la durée de la grossesse dans 39 cas : ce qui fait à peu près les deux tiers. Lorsqu'elle manque, le fœtus et ses annexes sont souvent faibles ou malades.

On peut constater la présence de cette poche pendant la grossesse lorsqu'il y a hydrorrhée. Dans ces cas, le feuillet externe (chorion avec la caduque) étant déchiré, sa cavité est le siége d'un suintement séreux sans qu'il y ait besoin d'une rupture de l'amnios ni d'un décollement de la caduque utérine.

Au moment du travail, on peut constater la présence de la cavité amnio-choriale lorsqu'il faut percer successivement deux poches remplies d'eau, et surtout lorsque ces poches renferment un liquide de nature différente. On peut constater aussi la présence de cette poche lorsqu'au moment du travail on veut déchirer les membranes avec le doigt et quand le chorion, n'étant pas adhérent à l'amnios, suit l'ongle au lieu de se laisser entamer, ce qui n'arrive pas lorsque les deux membranes sont adhérentes.

Lorsque la délivrance a eu lieu et qu'on ne trouve pas une séparation ostensible entre le chorion et l'amnios, on sépare alors avec ménagement ces deux membranes dans toute leur étendue, et on finit par trouver la poche qui est alors moins étendue. Elle manque une fois sur trois d'une manière complète.

Comment peut se former cette poche et quels en sont les usages? On pourrait croire de prime abord que cette cavité est le résultat du travail de l'enfantement; mais pour prouver le contraire, il suffit de savoir qu'elle préexiste à l'accouchement. Cette poche est donc naturelle, et, comme par sa fréquence elle constitue la règle, elle doit avoir un but d'utilité.

D'abord destinée à contenir la vésicule ombilicale, elle contribue dans les premiers mois à protéger et à nourrir l'embryon avec lequel elle se développe. Lorsque celui-ci peut vivre suffisamment par le moyen des vaisseaux placentaires, l'espace amnio-chorial se change insensiblement en une espèce de séreuse destinée par ses glissements à amortir les mouvements que le fœtus, la mère et les contractions utérines occasionnent pendant la grossesse.

Si l'amnios, le chorion, la caduque et la surface utérine faisaient corps entre eux, comme on l'a dit jusqu'ici, ces mouvements produiraient des décollements et des ruptures. Lorsque la poche amnio-choriale existe, comme ses enveloppes sont inégalement tendues, elles peuvent se déchirer séparément. Si c'est l'amnios qui se brise, les eaux seront conservées par le chorion; si c'est ce dernier qui se déchire, la poche amniotique restera intacte, et dans l'un comme dans l'autre cas la grossesse pourra aller à terme. Ce fait n'aurait jamais eu lieu si toutes les membranes s'étaient déchirées à la fois par leur adhérence commune.

La présence de la poche amnio-choriale est donc une condition anatomique favorable à la conservation du produit, et son absence une cause possible d'avortement. On doit considérer comme un cas anormal celui où cette poche est le siége d'une sécrétion abondante, comme on le voit dans la poche supplémentaire.

En résumé :

1° La poche amnio-choriale que j'ai décrite et que j'ai démontrée comme fait normal offre par le glissement de ses surfaces un amortissement à tous les mouvements de la mère et de l'enfant, et est par conséquent une condition de conservation pour le fœtus. Son absence, au contraire, expose aux déchirures de l'œuf, à ses décollements, à l'hémorrhagie, et par conséquent à l'avortement.

2° Cette poche peut être constatée pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et après la délivrance.

3° Elle explique de la manière la plus simple l'hydrorrhée pendant la grossesse, la double poche des eaux au moment de l'accouchement, la diversité de nature entre les liquides des deux poches, et enfin la difficulté ou la facilité de déchirer les membranes avec l'ongle, toutes choses qui n'avaient pas eu jusqu'ici d'explication ou qui en avaient eu d'erronées. (Commissaires : MM. Serres, Velpeau, Coste.)

Nouveau spiromètre. — M. Schnepf communique une note sur un nouveau spiromètre d'une grande sensibilité. Cet instrument, qu'il présente en même temps à l'Académie, rentre dans le genre des gazomètres imaginés par les physiologistes anglais et allemands; mais il s'en éloigne par sa simplicité et par la précision avec laquelle il permet d'apprécier la quantité d'air inspiré, aussi bien que le volume d'air expiré.

Voici en quoi consiste cet appareil :

Un cylindre en laiton, ayant 35 centimètres de haut et 18 centimètres de diamètre, fermé seulement à sa partie inférieure, à laquelle est soudé un socle également cylindrique, sert de récipient. Un tube de 15 millimètres de diamètre s'élève verticalement dans l'axe du récipient, traverse le fond, se coude dans le socle, d'où il sort sous une légère inclinaison, pour se continuer avec un tube en caoutchouc vulcanisé de longueur variable, mais terminé par une embouchure légèrement conique; c'est le tube respiratoire. Une cloche cylindrique, en laiton également, de 30 centimètres de haut et de 16 centimètres de diamètre, est renversée dans le récipient plein d'eau; elle est maintenue dans toutes ses positions dans un équilibre stable, au moyen d'un contre-poids et d'une chaîne qui passe sur une poulie, et dont les anneaux, inégaux en poids, compensent les variations que subit le poids de la cloche suivant qu'elle plonge plus ou moins dans l'eau du récipient. Une échelle, dont les divisions de 0 à 5500 correspondent à des centimètres cubes, est fixée sur le montant qui soutient la poulie et qui s'adapte avec précision sur le récipient.

Pour déterminer la capacité vitale du poumon, il faut chercher le volume de l'air inspiré et celui de l'air expiré. A cet effet, on verse de l'eau dans le récipient jusqu'à une hauteur fixée, de manière que la cloche plonge toujours dans le même volume d'eau; on abaisse la cloche au niveau du 0 de l'échelle quand il s'agit de recueillir la quantité d'air expiré; puis, après avoir fait inspirer et expirer successivement la personne que l'on veut examiner, on lui recommande de faire une profonde inspiration et de lancer dans la cloche l'air expiré par le tube respiratoire, en plaçant dans la bouche l'extrémité terminée par l'embouchure. Le point où s'arrête le bord supérieur de la cloche indique le nombre de centimètres cubes d'air expiré. Cette opération, que tous n'exécutent pas également bien du premier coup, est renouvelée trois fois, et on ne conserve que le résultat maximum.

Pour avoir le volume d'air inspiré, on élève la cloche au niveau de la division de l'échelle qui marque 5000 centimètres cubes; puis, après une expiration et une inspiration successives, on fait faire une expiration prolongée, et pendant le court intervalle de repos qui suit, la personne soumise à l'examen place l'embouchure dans sa bouche et inspire aussi longtemps que possible de l'air qu'elle puise dans la cloche; celle-ci descend, et le point où elle s'arrête sert à déterminer le volume d'air inspiré.

Les avantages que présente ce spiromètre sur tous les autres gazomètres, depuis celui d'Hutchinson jusqu'à ceux des professeurs Vogel et Wintrich, peuvent, suivant l'auteur, se résumer en ces deux mots : *simplicité* et *précision*.

(Commissaires : MM. Despretz, Andral, Cl. Bernard.)

Cas d'absence congéniale des capsules surrénales. — M. Antoine de Martini adresse à M. Flourens la lettre suivante :

« Dans ce moment où la question de l'importance vitale des capsules surrénales excite un si grand intérêt en clinique médicale et en physiologie, et où l'on tâche de la résoudre par les résultats qui ont eu lieu dans la vie des animaux après l'ablation de ces organes, j'ai cru devoir communiquer à l'Académie l'observation suivante, qui montre un cas d'*absence congéniale des capsules surrénales*.

» Dans une des salles de l'hôpital des Incurables (Naples), mourait de tubercules pulmonaires, un homme, G. M..., âgé de près de quarante ans. Un de nos jeunes chirurgiens, M. Martone, en faisant sur le cadavre une injection de vaisseaux pour son cours d'anatomie, fut surpris d'abord de ne pas trouver à leur propre région les deux reins; mais il s'aperçut bientôt de l'existence, sur le promontoire du sacrum, d'une masse ovoïdale lobulée : c'était une fusion des deux reins en un corps unique.

» Ce corps rénal recevait de l'aorte une seule artère émulgente qui ne tardait à se diviser en quatre branches auxquelles correspondaient les branches veineuses, qui se réunissaient également en une veine émulgente unique. Deux uretères de calibre ordinaire, mais bien courts, allaient à la vessie. La masse de ce corps était divisée en cinq lobes, et sa structure anatomique était celle d'un rein normal. Cette anomalie était accompagnée de l'*absence totale des capsules surrénales*; il n'y en avait pas de trace. M'occupant, vers cette époque, de la *maladie d'Addison*, dont j'ai communiqué deux observations à l'Académie de médecine, je me suis demandé si, dans ce cas, les capsules surrénales elles-mêmes n'auraient pas pu se fondre dans la masse rénale unique, et c'est pour savoir à quoi m'en tenir sur ce doute, que j'ai disséqué l'un après l'autre tous les cinq lobes : je n'ai pas trouvé de vestiges de capsules. La pièce est conservée dans le cabinet anatomique de l'hôpital.

» L'homme qui fait le sujet de cette observation avait la peau blanche; il avait vécu jusqu'à quarante ans et mourait d'une maladie de poitrine; il avait eu assez de force pour exercer son métier de menuisier; il était marié et père de trois fils. »

— La commission médicale de Norvége adresse la collection des documents concernant la dernière épidémie de choléra-morbus en Norvége.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 28 novembre, sont nommés membres du jury du concours qui s'ouvrira à Paris, le 2 janvier prochain, pour neuf places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine :

MM. Bérard, inspecteur général de l'enseignement supérieur pour l'ordre de la médecine, professeur de physiologie, président; — Trousseau, professeur de clinique médicale; — Andral, membre de l'Institut, professeur de pathologie générale et thérapeutique; — Velpeau, membre de l'Institut, professeur de clinique chirurgicale; — Denonvilliers, professeur de pathologie chirurgicale; — le baron P. Dubois, professeur de clinique d'accouchements; — Guéneau de Mussy, agrégé en exercice près la Faculté de médecine de Paris; — Bégin, président du conseil de santé des armées; — Michel Lévy, médecin inspecteur, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires.

Sont nommés juges supplémentaires dudit concours: MM. Rostan, professeur de clinique médicale; — Nélaton, professeur de clinique chirurgicale; — Moreau, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants; — le baron Larrey, sous-directeur et professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires.

— Les concours pour quatre places de professeurs agrégés à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires (2 places en médecine et 2 en chirurgie) se sont ouverts le 1er décembre.

Le jury de médecine est ainsi constitué : MM. Michel Lévy, président; Faure, médecin principal; Laveran et Champouillon, professeurs; Riboulet, secrétaire du conseil de santé des armées, juges; M. Tholozan, professeur agrégé, juge suppléant.

Quatorze candidats se sont présentés pour ce concours, savoir : MM. Félix Jacquot, Lallement, Rouis, Lasserre, Armieux, Frizon, Guipon, Lespiau, Verdier, Alix, Aubas, Dufour, Dezotteux et Rizet.

Le jury de chirurgie est composé de MM. Bégin, président; Hutin, médecin en chef des Invalides; Larrey, professeur au Val-de-Grâce; Thomas, médecin principal du Gros-Caillou; Mounier, professeur au Val-de-Grâce, juges; M. Legouest, professeur agrégé, juge suppléant.

Les candidats sont: MM. Menuau, Ferraton, Champenois, Baizeau, Didiot, Trudeau, Perrin, Vedrenne et Lecomte.

La première épreuve de ces deux concours est éliminatoire; elle consiste en une question écrite. La question échue aux médecins est la suivante : « De l'ophthalmie épidémique des armées. » — La question de chirurgie a été : « De la fracture des os par les projectiles de » guerre. »

— Le concours pour l'agrégation (anatomie et physiologie, sciences naturelles, pharmacie, physique et chimie) touche à son terme. Les candidats n'ont plus qu'à soutenir l'épreuve de la thèse.

Les questions ont été ainsi réparties :

M. Rouget, *Développement et structure du système osseux*; M. Dupré, *Développement et structure du système nerveux*; M. Legendre, *Développement et structure du système glandulaire*; M. Morel, *Développement et structure du système musculaire*; M. Baillon, *Des mouvements dans les organes sexuels des végétaux et dans les produits de ces organes*; M. Ducom, *Du sang*; M. Moitessier, *De l'urine*; M. Reveil, *Du lait*; M. Guillemin, *De la composition de la radiation solaire, son influence sur les êtres vivants*.

Les thèses devront être remises le samedi 13.

Les argumentations auront lieu dans l'ordre suivant : Le mardi 16, M. Baillon argumenté par MM. Dupré et Morel; M. Ducom par MM. Moitessier et Reveil. Le jeudi 18, M. Rouget par MM. Legendre et Baillon; M. Guillemin par MM. Ducom et Moitessier. Le samedi 20, M. Dupré par MM. Morel et Rouget; M. Moitessier par MM. Reveil et Guillemin. Le mardi 23, M. Legendre par MM. Baillon et Dupré; M. Reveil par MM. Guillemin et Ducom. Le vendredi 26, M. Morel par MM. Rouget et Legendre.

— Par décret du 15 novembre, sont autorisés à accepter et à porter différentes décorations qui leur ont été conférées par des souverains étrangers, les médecins dont les noms suivent :

Ordre de Charles III (Espagne). *Chevalier:* Roussille, médecin.

Ordre de Saint-Grégoire le Grand (États Romains). *Chevalier:* Menau, médecin-major de 1re classe.

Ordre de Saint-Sylvestre. *Chevalier:* Martialis, chirurgien de la marine.

Ordre du Sauveur. *Commandeur:* Guyon, médecin inspecteur.

Ordre du Medjidié (Turquie). *2e classe:* M. Baudens, médecin inspecteur; — *3e classe:* Reynaud, directeur du service de santé de la marine à Toulon; Morgue, médecin principal de 1re classe; — *5e classe:* Masse, médecin major au 82e de ligne; Vidal, chirurgien de la marine.

Ordre de Frédéric (Wurtemberg). *Commandeur de 2e classe:* Ricord, chirurgien en chef de l'hôpital du Midi.

— M. le docteur Brisset, médecin de Paris, né à Hirson (Aisne), vient de laisser, en mourant, à cette commune, une somme considérable pour la construction d'un hospice. On assure que cette libéralité atteint le chiffre de 250 à 300 mille francs.

— L'Association de prévoyance des médecins de l'arrondissement de Bruxelles vient de tenir son assemblée générale annuelle. Le bilan de cette excellente institution se solde aujourd'hui par un actif de 4,400 fr. en fonds publics. Elle a distribué en secours à diverses veuves de médecins peu fortunés la somme de 2,154 fr. C'est là un résultat bien consolant, et qui devrait engager tous les praticiens à prendre part à une œuvre aussi utile, aussi noble. — Ceux qui sont dans une position aisée le devraient faire surtout, car ils doivent plus que tous autres venir en aide à leurs confrères malheureux; c'est là une question de cœur, une question d'humanité. Nous le constatons, du reste, avec plaisir, la plupart des notabilités médicales de Bruxelles en font déjà partie; espérons que bientôt tous les praticiens, appréciant le louable but de cette institution, s'empresseront de s'y rallier.

(*Presse méd. belge.*)

— La prochaine séance de la Société médicale du Panthéon (XIIe arrondissement) aura lieu demain mercredi, à huit heures très-précises du soir.

L'ordre du jour est ainsi composé : 1° Continuation de la discussion sur les maladies mentales et sur l'épilepsie; 2° De la ponction sclérotic dans l'abaissement de la cataracte (relation de sept opérations), par M. Coursserant.

Les membres des autres sociétés médicales sont invités aux séances, qui ont lieu le deuxième mercredi de chaque mois.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 145. — JEUDI 11 DECEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 145. — JEUDI 11 DECEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 DÉCEMBRE 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un membre dans la section de pharmacie. Nous avions prévu que cette élection serait probablement très-laborieuse et la place chaudement disputée ; nous ne nous étions pas trompé. En présence de trois candidats que des titres égaux recommandaient au choix de l'Académie, il a dû y avoir nécessairement beaucoup d'hésitation. Cette hésitation s'est traduite effectivement dans le scrutin. Deux fois de suite les voix se sont réparties d'une manière presque égale entre les trois compétiteurs. Les dispositions de l'Académie semblaient en ce moment être fidèlement rendues par le vote d'un membre qui, pour se tirer d'embarras, a placé les trois noms sur le même bulletin. Il a fallu procéder à un troisième tour de scrutin, scrutin de ballottage cette fois, entre les deux candidats qui avaient réuni le plus de voix, MM. Mialhe et Poggiale, qui en avaient chacun le même nombre et deux seulement de plus que M. Gobley. De cette lutte à outrance, c'est le nom de M. Poggiale qui est sorti victorieux. — C'est assurément un excellent choix pour l'Académie, qui en tout état de cause ne pouvait en faire que d'excellents entre ces trois candidats. — Heureusement c'est une victoire sans défaite. Ce n'est, en effet, pour MM. Mialhe et Gobley qu'un ajournement. Une seconde place est en ce moment même vacante dans la section de pharmacie, et il y a toute apparence que l'Académie ne tarderra pas à combler ce vide en appelant dans son sein l'un des deux candidats qui ont approché de si près le but. Quant à l'autre, il y aurait, ce nous semble, un moyen de donner satisfaction à ses légitimes prétentions, et cela sans attendre qu'il se soit fait un vide nouveau dans la section, sans que son triomphe par conséquent soit un deuil pour l'Académie, sans qu'il en coûte la moindre larme ni le moindre regret à personne. Voici comment.

La section de pharmacie compte parmi ses membres un honorable savant, professeur dans l'une de nos Facultés de province, et qui, depuis très-longtemps n'habitant plus Paris, ne peut remplir d'une manière utile ses devoirs d'académicien. A Dieu ne plaise que nous ayons la pensée de provoquer à l'égard d'un savant, qui a conquis par des titres très-légitimes son fauteuil d'académicien, une mesure qui puisse le moins du monde ressembler à une disgrâce et qui le prive d'un droit d'ailleurs inaliénable. Mais il y a dans la répartition des qualifications et des fonctions académiques un titre qui nous semble répondre parfaitement à la situation dans laquelle se trouve le membre auquel nous faisons allusion, c'est celui d'associé libre, titre hiérarchiquement égal à celui de membre résidant, et dont s'honorent à bon droit les savants les plus illustres. Il dépendrait donc de ce membre, en demandant l'échange de son titre actuel, rendu illusoire par sa situation, contre celui d'associé libre ou d'associé régnicole, de permettre à l'Académie d'appeler dans son sein celui des trois candidats pour qui il n'y a point de place en ce moment, et de la mettre ainsi à même de justifier et de sanctionner l'*ex æquo* tant critiqué de la section. C'est une idée que nous soumettons aux méditations de tous les intéressés.

A mardi prochain la séance publique annuelle, dans laquelle M. Dubois (d'Amiens) prononcera l'éloge de Roux.

Dr Brochin.

TABLE GÉNÉRALE ANALYTIQUE ET RAISONNÉE

de la GAZETTE DES HOPITAUX.

Nous avons récemment fait appel à nos lecteurs pour nous aider, par leurs souscriptions, dans l'exécution d'une table générale, analytique et raisonnée des trente années de la *Gazette*, qu'un grand nombre d'entre eux nous ont souvent demandée. Cet appel a été entendu : 762 nous ont déjà fait parvenir leur souscription, et la plupart l'ont fait dans des termes qui témoignent d'une si vive et si sympathique adhésion, qu'il ne nous est plus permis de douter de l'utilité de l'entreprise. Nous n'y avons pas été moins vivement encouragés par les nombreuses approbations que nous avons reçues de vive voix de la part de nos confrères de Paris, et c'est avec plaisir que nous avons remarqué parmi les plus chauds souscripteurs un grand nombre de nouveaux abonnés qui ne possèdent pas la collection et qui comptent que la table leur en tiendra lieu en partie. Mais il ne suffit pas que le projet soit approuvé, il faut que son exécution soit rendue possible ; et de simples encouragements ne sauraient en assurer le succès. La foi qui n'agit point peut assurément être sincère, dans cette circonstance, mais elle n'est point efficace ; elle ne peut le devenir qu'en se traduisant en promesses de souscription. Afin de faciliter l'exécution de leurs bonnes intentions à tous ceux de nos confrères qui en auraient été éloignés par l'ennui d'un déplacement, ou simplement par l'ennui d'écrire une lettre, nous les prévenons qu'ils trouveront dans le numéro de ce jour un bulletin tout préparé qu'ils n'auront qu'à signer et à jeter à la poste, après l'avoir affranchi.

JURISPRUDENCE MÉDICALE. — HONORAIRES DES MÉDECINS. SECRET MÉDICAL.

Le médecin est-il forcé de tenir un registre de ses visites et de le produire devant la justice ?

Nous avons reçu d'un de nos confrères de province une lettre dans laquelle nous trouvons plusieurs questions importantes.

Voici l'extrait de la lettre de notre confrère :

« 1° Un médecin est-il forcé de tenir un livre-courant ou journal pour inscrire jour par jour ses visites ?

» 2° Quand il a ce registre, et qu'il l'a communiqué à un juge de paix, dans son cabinet, le client qui conteste les honoraires a-t-il le droit d'exiger qu'il soit produit en audience publique ?

» 3° Enfin, le médecin peut-il consentir à ce que ce client vérifie par lui-même le nombre et le prix des visites réclamées, lorsqu'un mémoire détaillé a été remis au juge de paix pour lui être transmis ?

— A notre avis, il y a dans ce passage deux sortes de questions, question de sens commun, question de droit.

Quant à la première, il est évident que le médecin n'est pas un commerçant, et que comme tel il ne tombe nullement sous le coup de l'article 8 du Code de commerce, ainsi conçu :

« Art. 8. Tout commerçant est tenu d'avoir un livre journal qui présente, jour par jour, ses dettes actives et passives, les opérations de » son commerce, ses négociations, etc. »

Légalement, il n'est donc nullement forcé d'avoir ce journal, livre ou registre, quel que soit le nom qu'on lui donne.

Rationnellement, il est évident aussi que le médecin ne peut compter sur sa mémoire, si bonne soit-elle, pour se souvenir du nombre des visites qu'il fait journellement à ses clients, des circonstances dans lesquelles il a fait ces visites, quelquefois de certaines prescriptions insolites, des opérations, etc. Il faut donc, de toute nécessité, qu'il consigne tous ces *memoranda* sur un registre, agenda, annuaire, mémento, cahier quelconque, notes ou feuilles volantes, etc., susceptibles d'être consultés au besoin par lui dans une circonstance donnée, par exemple lorsqu'il voudra adresser à un client une note d'honoraires. Nous pensons même qu'il devra, autant que possible, tenir cet agenda, mémento ou livre assez en ordre pour qu'il ne puisse lui rester le moindre doute sur le nombre, la date et la nature des visites ou consultations qu'il aura données. Manquer à ces exigences du sens commun le plus vulgaire serait une preuve de peu d'ordre, et pourrait conduire à des erreurs blâmables.

Mais, je le répète, aucune disposition légale ne l'y astreint. Voilà pour la première question.

2° Cependant, ce registre ou ces notes existent. Le médecin adresse à son client le relevé des soins qu'il lui a donnés ; le client en conteste l'exactitude ; l'affaire est portée devant la justice ; le juge demande communication des notes originales pour s'éclairer. Le médecin y consent, et communique *au juge seul* les documents dont il s'est servi pour dresser son relevé. Le client exige que ces documents soient produits en audience publique.

Nous dirons d'abord, qu'à notre avis, peu importe que ces documents soient soumis au juge dans son cabinet ou en séance publique. Comme ils ne lui sont remis que pour éclairer sa religion, qu'ils ne sont compulsés que par lui, qu'il les examine sur sa table seul ou devant cent personnes, la chose ne nous paraît pas essentielle, du moment que le médecin *consent* à les lui laisser examiner.

Nous disons du moment qu'il *consent*, parce que, aux termes de l'article 378 du Code pénal, sur lequel nous allons revenir, il est en droit

---

CONSIDÉRATIONS SUR L'ALCHIMIE.

Nous vivons dans un siècle d'impiété. On a beaucoup de dédain, très-peu de respect, infiniment peu de considération pour les anciens. Aujourd'hui que l'habitude de l'entendre dire a fait croire et répéter que la chimie est véritablement une science, l'alchimie est tombée dans un profond discrédit. Les ignorants l'acceptent encore comme une chose qui fut merveilleuse et séduisante ; mais les chimistes, glorieux de leurs conquêtes, affectent de la mépriser. Ingrats qu'il faut comparer à « ces enfants drus et forts qui battent leurs nourrices après » avoir sucé leur lait. »

Il n'entre pas d'ailleurs dans ma pensée de faire ici la critique de la chimie moderne. Personne plus que moi n'a le respect des progrès que cette partie des sciences a vus s'accomplir, et nul n'est plus disposé à l'applaudir, aujourd'hui surtout que, d'accord avec la physiologie, elle semble vouloir renouveler la thérapeutique et supprimer la médecine en supprimant les maladies ; — ce qui, soit dit en passant, serait la réalisation de la troisième vertu de la pierre philosophale. « Moi-même, Artéphius, qui écris ceci, depuis mille ans que je suis au » monde par l'usage de cette admirable quintessence ! » Bien mieux, Salomon Trismosin, je crois, un fameux souffleur, celui-là ! se vantait de rajeunir par elle toutes les vieilles femmes, et de faire vivre ainsi les hommes avec plus d'agrément jusqu'au jugement dernier ! Certes, c'est là un noble but, et ne fût-il réalisé qu'à moitié, il suffirait pour attirer sur la chimie les bénédictions de l'univers.

Néanmoins, quelques lecteurs trouveront peut-être que dans les sciences il ne faut pas toujours encourager ce que l'on peut bénir sans crainte. Aussi la chimie moderne a-t-elle des titres plus sérieux à une légitime admiration. Sans parler de l'action moléculaire et réciproque des corps, dont la connaissance a acquis une précision que l'on peut appeler mathématique, deux hommes viennent de mourir (pertes regrettables), Laurent et Gerhard, qui, animés d'un esprit de synthèse, ont poussé, après M. Dumas, la chimie moderne dans une direction philosophique nouvelle, d'où elle sortira forte d'un principe et transformée en véritable science. Mais, pour continuer une phrase que je viens d'écrire, ce principe que la chimie semble à peine entrevoir se rapproche d'une façon étonnante du principe même des alchimistes. Sans le vouloir on y arrive.

Eh ! mon Dieu, pourquoi ne pas le dire, quelque étrange que cela puisse paraître, la chimie, livrée sans idée philosophique à des travaux de détail et d'analyse, est bien moins encore une science qu'une réunion de faits, d'ailleurs parfaitement établis. L'esprit de nomenclature, c'est-à-dire la méthode introduite par Lavoisier et Guyton de Morveau dans l'étude des corps est un triomphe sur les opérations des alchimistes, mais non pas sur leurs principes.

Trouver maintenant les rapports d'analogie qui rapprochent les individus et les espèces chimiques que la nomenclature a isolés ; donner à la chimie une philosophie, c'est-à-dire la loi de synthèse, qui, en établissant son unité, couronne le long travail d'analyse qu'elle poursuit avec tant d'éclat : telle est, je crois, la tendance de l'esprit moderne, et voilà le nouveau problème déjà posé, et qu'il faut résoudre pour constituer la véritable science de la nature et de l'action réciproque des corps.

L'alchimie est méconnue aujourd'hui, c'est-à-dire qu'elle n'est pas connue. Les opérations des adeptes ont emporté le jugement sur le fond même de leurs doctrines. Les vieux souffleurs, penchés sur l'*œuf philosophique* et voués à une pratique tristement inféconde, passent, aux yeux du plus grand nombre (je parle des savants), comme la plus longue suite de fous et de mécréants qui aient traversé l'histoire. C'est une injustice ; car si le résultat de leurs travaux fut la plupart du temps misérable et ridicule, l'idée qui les animait était grande et juste. Inspiration aveugle ou conception raisonnée de leur part, peu importe ! Pour mon compte, je crois fort peu à l'inconscience de nos devanciers, ni à l'opinion qui leur concède des idées, à la condition qu'ils n'ont pu en deviner les conséquences ni en mesurer la portée. Les hommes n'étaient pas plus sots autrefois qu'aujourd'hui ; ceci soit dit sans mauvaise intention, et l'esprit humain se mesure, après tout, bien plus par la succession des idées que par leur progression.

Les alchimistes ont eu l'idée absolue de la science, dont la chimie a recueilli les faits. Ils en ont pressenti à la fois le point de départ et le but final. Leur tort fut de s'égarer dans les moyens qu'ils employèrent

de refuser cette communication, même au juge. Seulement, s'il la refuse, le juge, qui dans le cas particulier, prononce sans appel, appréciera peut-être ce refus d'une manière défavorable au médecin, et peut-être aussi sa décision s'en trouvera-t-elle influencée.

Mais nous passons encore sur ce point; dans l'espèce, cette production des notes ou du registre a été faite au juge.

3° La troisième question est beaucoup plus grave, et c'est là qu'est véritablement le nœud de l'affaire.

Le médecin peut-il consentir à ce que le client vérifie par lui-même sur son registre le nombre des visites, lorsqu'un mémoire détaillé a été remis au juge? Ici nous répondrons : *Non*, il ne peut, il ne doit pas y consentir.

L'article 378 du Code pénal est ainsi conçu :

« Les médecins, chirurgiens, et autres officiers de santé, ainsi que » les pharmaciens, sages-femmes, et toutes autres personnes dépositaires par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors les cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé » ces secrets, seront punis d'un emprisonnement de un à six mois, et » d'une amende de cent à cinq cents francs. »

Or, le passage du livre de notes, du registre du médecin, sous les yeux d'une autre personne, peut produire de graves inconvénients, des malheurs irréparables, et le médecin serait coupable s'il se mettait dans le cas de donner lieu à des événements de ce genre. Celui qui parcourt ce livre peut apercevoir le nom d'un malade qui aura consulté secrètement le médecin, et auquel la divulgation de ce secret sera très-préjudiciable.

C'est en nous appuyant sur cette disposition de la loi, protectrice du secret médical, et à laquelle de nombreux arrêts de la Cour suprême ont donné une extension plus grande encore, quant aux déclarations de naissance, par exemple, etc. C'est en nous appuyant sur cet article que nous disions tout à l'heure que le médecin pouvait, s'il le voulait, refuser, même au juge, communication de ses livres. Cependant, à moins de circonstances d'un intérêt majeur, nous ne lui conseillerions pas ce refus au juge de l'examen d'un document propre à éclairer sa conscience.

Mais à une personne étrangère, quel que soit l'intérêt mis en jeu, le médecin serait coupable de laisser examiner ces notes. Qui sait si tel client, inscrit sur son livre, ne lui intentera pas un procès le lendemain pour violation du secret à lui confié (1)?

En vain objectera-t-on qu'il est des moyens mécaniques, l'interposition d'une feuille de papier, par exemple, sur les articles relatifs à d'autres personnes. Une indiscrétion est bientôt commise, et, en supposant que le médecin ne s'exposât pas aux sévérités de la loi, il s'exposerait aux reproches bien autrement graves de sa conscience s'il arrivait un malheur du genre de ceux que nous avons signalés.

Pour le client, le mémoire détaillé suffit, aussi détaillé que possible, conseillerons-nous à notre confrère. S'il le croit sans inconvénient, il pourra consentir au contrôle direct du juge *seul*, le provoquer même s'il le croit nécessaire.

Une fois la conscience du magistrat parfaitement éclairée, il doit résister à d'autres exigences, et refuser son livre à des yeux indiscrets.

Le juge appréciera la moralité des deux parties, et prononcera. Quelle que soit sa décision, le médecin aura fait son devoir.

Dr A. Foucart.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

De la coqueluche.

La coqueluche est une bronchite spécifique, un catarrhe pulmonaire spécifique. Je dis catarrhe pulmonaire, parce que les coqueluches sont invariablement des catarrhes. Lorsqu'on spécifie la maladie, on peut la désigner par son caractère générique constant: le catarrhe. Quand on arrive à l'espèce, on trouve alors des désordres nerveux spéciaux qui appartiennent exclusivement à la coqueluche.

En étudiant avec vous cette forme particulière, à l'occasion de plusieurs enfants que vous avez pu successivement observer dans la petite salle des nourrices, en vous décrivant les caractères, la marche, l'étiologie et le traitement de la maladie, j'aurai soin de vous montrer jusqu'à quel point la coqueluche est un catarrhe spécifique.

Du moment où on considère une maladie transmissible de l'homme à l'homme, des animaux à l'homme ou de l'homme aux animaux, il faut compter avec la spécificité, car la contagion implique la spécificité. Or, il suffit de démontrer que la coqueluche est contagieuse pour que son caractère spécifique ne soit pas un instant mis en doute.

La coqueluche est en effet une maladie spécifique et contagieuse qui ne se contracte qu'une seule fois dans la vie. Il semble vraiment que du jour où l'économie a payé sa dette à l'agent spécifique, elle soit à jamais délivrée de son influence morbifique. Il en est de même de la syphilis (qui, d'après M. Ricord, ne se prend qu'une fois), de la variole, de la scarlatine, de la fièvre putride. Quelquefois il arrive que l'on rencontre un individu portant pour la seconde fois un chancre induré, ou atteint à deux reprises différentes d'une variole sévère; mais ces faits sont tellement rares, tellement exceptionnels, qu'il ne faut pas les inscrire en ligne de compte sur le registre de la science. D'ailleurs, on conçoit très-bien que l'immunité puisse cesser au bout d'un temps assez long. Pour ma part, j'ai vu la variole se renouveler trois fois chez la même personne, et je n'ai jamais oublié dans quelles circonstances. En 1831, un élève en médecine de l'Hôtel-Dieu, portant sur la face les plus affreux stigmates de la maladie, fut affecté pour la seconde fois d'une variole confluente dont il guérit très-bien, mais pour la reprendre une troisième fois deux ans plus tard!... J'ai vu également la coqueluche et la fièvre putride récidiver deux fois; mais lorsqu'un médecin, dont la carrière est malheureusement déjà bien longue, vient vous dire qu'il n'a été témoin que de deux récidives dans sa vie, cela implique bien, ce me semble, l'absence des récidives. Les navigateurs qui, aux Antilles, ont échappé une fois aux périls de la fièvre jaune, savent en général fort bien à quoi s'en tenir relativement à l'immunité qui leur est désormais acquise; sans être médecins, ils ont aussi leur expérience et leur champ d'observation.

La coqueluche commence par un rhume simple, et cela aussi bien chez les enfants et les adolescents que chez les adultes et les vieillards (car à soixante ans passés on peut très-bien être atteint de coqueluche, si jamais on ne l'a eue), et ce catarrhe initial n'offre en général rien de particulier à noter. Cependant, je me rappelle que je fus mandé, il y a vingt ans, dans un hôtel meublé, pour donner des soins à une demoiselle de Bordeaux, qui avait pris un rhume en diligence : la toux était incessante, avait tous les caractères de celle qui accompagne un catarrhe aigu violent, et se renouvelait vingt, trente et quarante fois dans la même minute; la fièvre était ardente. L'auscultation décelait du râle ronflant dans la poitrine. Je crus à l'existence d'une phthisie galopante, et, dans mon alarme, j'alarmai la famille. Les accès de toux devinrent moins fréquents et se séparèrent par un intervalle de quatre ou cinq minutes de calme, puis se revêtirent un peu plus tard des caractères de la coqueluche, de ceux qu'il n'est plus permis de méconnaître. Lorsque cette demoiselle avait quitté Bordeaux, son frère était coqueluché, et la coqueluche régnait dans la ville; elle s'était donc trouvée dans les plus périlleuses condition d'acceptation.

Déjà instruit par ce premier exemple, il m'arriva très-souvent, à l'hôpital Necker et aux Enfants malades, de diagnostiquer la coqueluche plusieurs jours à l'avance par la pertinacité des quintes de toux. Après cinq ou six jours, la toux caractéristique de la coqueluche se déclarait, et le diagnostic porté tout d'abord se trouvait ainsi confirmé.

Première période. — La maladie débute donc par un simple rhume ou catarrhe bronchique : l'enfant offre des alternatives de chaleur et de froid; il est triste, abattu et assoupi; ses yeux sont rouges et larmoyants; la face est bouffie, la toux est sèche, plus ou moins fréquente, la voix est un peu enrouée. Ce catarrhe initial s'accompagne de fièvre. Chez l'enfant ou chez l'adulte, lorsqu'il s'agit d'une bronchite même assez intense, il est bien rare que le mouvement fébrile dure plus de 48 ou de 72 heures; dans la coqueluche, au contraire, les accidents pyrétiques se prolongent pendant sept, huit, dix et même quinze jours. Le catarrhe initial a donc dans son expression symptomatique une allure particulière, un caractère spécial qui le distingue tout d'abord des autres catarrhes. J'ai vu des enfants prendre par contagion dès les premiers jours le rhume de la coqueluche et être affectés après de la toux spécifique; d'autres, au contraire, ne contracter la maladie que vers le dixième ou le quinzième jour, et même plus tard; j'en ai même vu qui n'ont jamais eu la toux spécifique, et cependant ils n'en avaient pas moins tous la coqueluche. Il y a des fièvres scarlatines sans éruption; la chose est rare, mais elle se voit quelquefois; eh bien, il y a aussi des coqueluches sans toux spécifique.

Deuxième période. — C'est ici le lieu de vous dire ce que signifie le mot *coqueluche*. Pour beaucoup d'auteurs, cette dénomination est due à ce que, pendant les quintes, la respiration sonore de l'enfant imite le chant d'un petit coq. D'autres veulent qu'elle provienne de l'usage abondant que l'on faisait de la fleur de coquelicot dans le traitement de cette affection. Ceux-ci font dériver l'étymologie du mot de *coqueluchon*, sorte de capuce dont on se couvrait la tête pendant les grandes et meurtrières épidémies du moyen âge, en 1414, en 1519, en 1557, etc. Ceux-là, enfin, prétendent que le nom viendrait de ce que la maladie épidémique, tenant du rhumatisme, occupait les muscles du cou, du dos et des épaules en manière de coqueluchon.

Les Anglais désignent principalement la coqueluche sous le nom de *hooping-congh*. Les Picards disent d'un enfant coqueluché qu'il a la *toux qui houppe*, qu'il a le *houppement*.

Jusqu'à présent, dans sa période bronchique, l'enfant n'a eu que de petits accès de toux; mais à mesure que la maladie progresse, la toux devient sèche, continuelle, bruyante, très-fréquente, puis change brusquement de caractère; elle s'éloigne et se montre quinteuse. L'enfant, au lieu de faire six ou sept efforts de toux sans respirer, est maintenant ébranlé par douze ou quinze et même vingt secousses de toux sans reprendre haleine dans l'intervalle, puis il s'arrête, fait entendre une inspiration longue, bruyante, sifflante, après laquelle surviennent de nouveaux efforts de toux, puis l'inspiration caractéristique particulière à la coqueluche, et cette scène se répète jusqu'à la suffocation, l'épuisement et la pâmoison des pauvres petits malades. La face s'est gonflée, est devenue rouge, violette même; les yeux sont larmoyants et saillants hors de l'orbite; on voit battre avec force les artères superficielles; les veines du cou sont distendues et tous les capillaires sont injectés. Pendant cette quinte, l'enfant a les membres contractés; son corps, et surtout le cou, les épaules, la tête et la face sont couverts d'une sueur froide et abondante.

Après quelques secondes d'un repos presque illusoire, le petit malade recommence à tousser et à faire entendre l'inspiration comparable au chant du coq, le bruit de houppement, dont il a déjà été question, puis après quatre ou cinq accès de ce genre, l'enfant tombe brisé de fatigue et la quinte se termine par l'expectoration d'un liquide glaireux, filant, incolore, souvent par le vomissement de matières alimentaires contenues dans l'estomac, et parfois par la perte de connaissance pendant quelques instants.

Lorsque les quintes sont violentes, il n'est pas rare, pendant les accès, de voir le sang suinter à travers la peau, et jaillir par tous les orifices naturels : les malades mouchent du sang, expectorent du sang, vomissent du sang, et vont même jusqu'à *pleurer* du sang. A l'hôpital Necker, j'ai observé et fait observer à mon interne, M. le docteur Bouchut, aujourd'hui mon collègue dans les hôpitaux, ainsi qu'aux élèves qui me faisaient l'honneur de suivre la

(1) En matière commerciale, où, sans être aussi importante, la violation du secret peut avoir des inconvénients, la loi établit une distinction essentielle entre la communication des livres et leur représentation au juge.

« Code de commerce. Art. 14. La *communication* des livres et inventaires ne peut être ordonnée en justice que dans les affaires de succession, communauté, partage de société et en cas de faillite.

» Art. 15. Dans le cours d'une contestation, la *représentation* des livres peut être ordonnée par le juge, même d'office, à l'effet d'en extraire ce qui concerne le différend »

La communication des livres ne peut être faite que dans les cas où la publicité est obligatoire; leur représentation au juge dans les cas où le secret ne doit pas être violé.

Nous n'établissons pas ici une similitude, mais une simple analogie.

---

pour atteindre directement ce but. Il faut dire aussi qu'ils ne le croyaient pas si difficile, et qu'ils ignoraient qu'il fallût à l'homme tant de minutieux travaux et de si persévérants efforts pour démontrer scientifiquement une de ses conceptions. Mais l'insuccès de leurs recherches, alors même qu'il aurait été infructueux (et cela n'est pas) pour la méthode expérimentale, ne suffit pas pour infirmer la valeur de leurs théories.

Non, la recherche de la pierre philosophale ne fut pas une œuvre insensée et puérile, poursuivie sans but sérieux et sous le feu des passions humaines. Je ne puis m'empêcher d'ajouter que si elle avait réussi, tout le monde serait de mon avis. Mais les adeptes échouèrent, et ils eurent le tort plus grave de proclamer faussement leur succès... — *J'ai vu et manié la pierre philosophale*, dit Van Helmont; *elle avait la couleur du safran.* Paracelse lui donne la couleur du rubis foncé; un autre celle du soufre, et enfin un dernier, qui les met tous d'accord : « *Cette pierre réunit en elle toutes les couleurs; elle est blanche, rouge, jaune, bleu de ciel, verte.* » Il en parle, celui-là, comme on ferait aujourd'hui du soleil vu à travers un prisme! Hélas! cela prouve que l'on peut tricher même sur les choses les plus sérieuses, et que dans les sciences, comme dans la société, il peut y avoir des hommes qui se vantent..... Mais, encore une fois, cela ne prouve pas que les alchimistes aient commencé l'opération du grand œuvre en l'absence de toute idée légitime, non plus qu'ils n'aient pas eu le droit de la poursuivre à outrance.

On peut faire ici entre les qualités que les adeptes attribuaient à la pierre et les fins des travaux de la chimie actuelle, un léger rapprochement qui n'est pas sans intérêt. La quintessence devait avoir, on le sait, trois propriétés distinctes : réaliser la transmutation des métaux; résoudre le mystère de l'organisation humaine et désagréger l'âme d'avec le corps, c'est-à-dire spiritualiser les êtres, *spiritus mundi*; guérir les maladies et prolonger la vie au delà de ses bornes naturelles.

De son côté, la chimie moderne se divise en trois branches de connaissances principales : la chimie inorganique, qui correspond à la première propriété, et dont le représentant officiel, M. Despretz, a pour étude favorite de parvenir à faire du diamant; la chimie organique, en tête de laquelle marche M. Dumas, et qui semble prête à réaliser la seconde propriété. Quelques-uns disent que la réalisation est faite, mais en sens inverse : au lieu de spiritualiser le corps, on a matérialisé l'âme : c'est tout un. Enfin, la chimie médicale, déjà citée pour ses rapports avec la troisième propriété, et dont je n'ai pas dit assurément toutes les prétentions sur notre chère santé. Je me trompe peut-être, mais il me semble que de ce rapprochement on peut conclure que les chimistes modernes arrivent sous des noms et avec des formes et des procédés différents à peu près au même but que les adeptes d'Hermès.

Ce n'est d'ailleurs que dans les mauvais temps de l'alchimie, alors que cette science, imprégnée d'idées religieuses, prit plaisir à mystifier les hommes, que l'on accorda à la pierre philosophale les trois propriétés dont je viens de parler. Dans l'alchimie pure, elle ne devait avoir qu'une seule vertu, celle de transmuer les métaux, et c'est dans ce but unique qu'on entreprit l'opération du grand œuvre. Ici j'arrive aux doctrines fondamentales de la science hermétique, et je deviens plus grave.

La première, celle sur laquelle reposait la possibilité des transmutations, est la théorie de la composition des métaux, que l'expérience moderne est en train de confirmer. Les alchimistes ne croyaient pas, comme nous, que les métaux sont des corps simples, mais bien des corps composés, et tous d'une composition uniforme, c'est-à-dire qu'ils sont formés de deux éléments communs et invariables : le soufre et le mercure. La différence de leurs propriétés s'expliquait uniquement par les proportions diverses de ces deux éléments. Ainsi l'or était composé de beaucoup de mercure pur et de très-peu de soufre; l'étain ne lui ressemble pas, parce qu'il est formé de beaucoup de soufre et d'un peu de mercure. Trouver maintenant un agent dont la puissance d'action fasse varier dans un corps les proportions de ses éléments et les ramène à un point déterminé, aussitôt la transmutation se réalise, et l'on fait de l'or avec un vil plomb.

Tel est le problème posé par les alchimistes dans toute sa logique et sa simplicité. Comme conséquence directe de leur théorie, ils ajoutaient que la composition des corps ne prouvait rien quant à leurs propriétés, et que deux corps dont la composition chimique est la même ne sont pas pour cela identiques. Cela revient à dire qu'une quantité de carbone, telle qu'elle soit, n'est pas égale à un morceau de diamant; et les chimistes trouvaient cela absurde! Il a fallu ce qu'on appelle une

visite, un pauvre enfant qui versait des larmes de sang ! Dans des cas analogues, il peut survenir des convulsions et des congestions qui ne se terminent qu'avec la mort.

Un quart d'heure avant sa quinte, le malade est gai; mais le voici qui devient maussade, il médite sa coqueluche, il en sent les approches, il ferme les paupières, fait des efforts de déglutition et essaye d'avaler sa quinte ; il respire sobrement, avec timidité et lenteur, de peur que l'explosion succède à l'entrée subite d'une certaine quantité d'air dans la cavité de la poitrine.

Au moment même où la quinte arrive, le petit enfant, pressentant la crise de toux convulsive, témoigne de son embarras et de son effroi par des mouvements d'inspiration et d'expiration visiblement accélérés, irréguliers et incomplets, se met quelquefois à pleurer, se jette dans les bras de sa mère comme pour conjurer le danger, s'accroche à un meuble, puis le voilà bientôt qui tousse comme un éperdu et qui trépigne, *pedibus calcitrans*, comme l'a dit Borsieri. Il sort de là le visage bouffi, et cette bouffissure dure parfois trois semaines ou un mois.

Les quintes sont plus nombreuses de six heures du soir à six heures du matin, et on peut poser comme règle générale qu'elles sont plus fréquentes pendant la nuit.

Le retour des quintes peut être régulier ou irrégulier, et reconnaître une cause apparente ou cachée. C'est ainsi que l'impression du froid, les cris, les pleurs, une douleur, un chagrin, la distension de l'estomac, l'accumulation du mucus dans les bronches, l'inspiration d'un air trop sec ou chargé de matières pulvérulentes rappellent, ou du moins sont susceptibles de rappeler les accès de toux. On peut établir que dans une coqueluche de moyenne intensité il y a une quinte par heure; que dans une forme plus sévère de la maladie il y en a de quarante à cinquante par jour, et que dans la coqueluche grave les quintes s'élèvent dans une journée au chiffre de soixante, de quatre-vingts, et même de cent. En général, portez toujours un pronostic fâcheux toutes les fois que le nombre des quintes aura dépassé quarante, et affirmez, presque en toute certitude de cause, que l'enfant mourra s'il en a eu plus de soixante dans la même journée.

Il me reste encore beaucoup de choses à vous dire relativement à la coqueluche et à son traitement; j'en ferai l'objet des deux prochaines conférences. D[r] LEGRAND DU SAULLE.

TRAITEMENT DE L'ASTHME

par les solanées vireuses, et en particulier par le valérianate d'atropine.

Nous avons déjà appelé l'attention de nos lecteurs sur les bons résultats que quelques praticiens ont obtenus, dans le traitement de plusieurs affections convulsives, de l'usage du valérianate d'atropine récemment introduit dans la thérapeutique. Nous leur signalerons aujourd'hui une nouvelle et heureuse application de cet agent énergique au traitement de l'asthme. M. Michéa, qui depuis un certain nombre d'années se livre avec un zèle digne d'éloges à l'étude de l'action des solanées, déclare, après avoir employé comparativement la stramoine et la belladone, qu'il n'hésite pas à placer cette dernière solanée bien au-dessus de la première. Voici un fait qu'il vient de publier dans le dernier fascicule du *Bulletin général de thérapeutique*, et qui prouve, en effet, que le valérianate d'atropine s'est montré plus efficace que la stramoine et quelques autres moyens qui avaient été précédemment prescrits :

M[me] M..., âgée de trente-six ans, fille d'un père asthmatique, est depuis cinq ans sujette elle-même à des accès d'asthme qui reviennent deux fois par an, à des époques irrégulières, en hiver aussi bien qu'en été. Dans l'intervalle, elle est dans un état parfait, sans toux, sans expectoration ni dyspnée.

Le 10 juillet 1848, la malade, qui n'avait pas eu d'accès depuis le mois de mars, éprouva du malaise du côté de l'estomac et des bouffées de chaleur au visage.

Le 14, elle fut prise tout à coup, à huit heures du soir, d'une suffocation extrême, accompagnée d'une excrétion très-abondante d'urine pâle et limpide. Le lendemain matin elle se plaignait d'avoir la poitrine comprimée, d'être sur le point d'étouffer, et demandait avec instance à respirer de l'air frais. Angoisses inexprimables, inspirations fréquentes, courtes, saccadées; yeux saillants, lèvres bleuâtres; quelques nausées; pouls plein, fréquent (140), sans aucune intermittence; les bruits du cœur normaux; presque point de chaleur à la peau; nulle déformation de la poitrine; pas de voussure, soit à la partie antérieure du thorax, soit à sa partie postérieure, soit au creux sus-claviculaire. — La percussion donne un son un peu plus éclatant qu'à l'état normal. Légère diminution dans le bruit respiratoire; un peu de râle sibilant en arrière, à la base, plus fort au moment de l'inspiration. — Une saignée moyenne procure un soulagement notable.

Le 15, l'accès reparait dans la soirée, mais avec une intensité moindre.

Le 16, rémission très-prononcée le matin; retour de l'exacerbation le soir.

Le 17, expectoration; crachats opaques, aérés, verdâtres, et urines foncées et sédimenteuses. Diminution notable de la dyspnée.

Le 19, l'accès est à son déclin.

Le 8 novembre suivant, après quatre mois de calme parfait, retour des accès aussi violents que par le passé, et toujours avec invasion subite, exacerbation la nuit et excrétion d'urines pâles au début. — 2 grammes d'ipécacuanha et tilleul.

L'ipécacuanha est continué à la même dose jusqu'à la fin de l'accès, dont la durée ne fut pas abrégée notablement sous l'influence de ce médicament.

Le 2 mars de l'année suivante, nouvel accès en tout semblable aux deux autres. (Datura stramonium à fumer, trois cigarettes par jour.) Au bout d'une demi-heure, la suffocation perd de sa violence, mais la malade éprouve de la céphalalgie, des vertiges et une extrême sécheresse à la bouche. L'emploi du même moyen est continué les jours suivants, mais malgré cela la durée totale de l'accès n'est pas abrégée; il se prolonge pendant cinq jours, comme les accès précédents; mais la suffocation est moins pénible et la rémission quotidienne longue.

Le 16 octobre, retour de l'accès (20 à 30 gouttes de teinture de lobélie enflée, à prendre deux ou trois fois par jour). Ce moyen ne produit rien d'appréciable ni sur les paroxysmes quotidiens ni sur leur durée totale.

Le 16 mars 1850, la malade éprouvant de nouveau les signes précurseurs habituels de ses accès, M. Michéa prescrit deux granules de valérianate d'atropine, dans le but de faire avorter l'accès. On les continue en même nombre les jours suivants.

Le 20, l'attaque se déclare ; les paroxysmes quotidiens sont plus légers, et leur durée ne se prolonge pas au delà de quarante-huit heures.

La malade s'étant aperçue que depuis deux ans son asthme revenait plus particulièrement à l'approche des équinoxes, M. Michéa lui conseilla de faire usage du valérianate d'atropine, au moins quinze jours ou trois semaines avant les époques présumées de leur retour. Pendant trois ans que M[me] M... a suivi cette prescription, les accès ont été si minimes et si courts, qu'elle s'en trouvait très-peu incommodée.

On aura remarqué que M. Michéa n'a pas eu recours chez cette malade aux fumigations qui sont le plus habituellement mises en usage. C'est à cause des répugnances que rencontre fréquemment ce mode d'administration auprès des femmes, qu'il y a renoncé, tout excellent que soit ce procédé. Il a substitué à l'usage des cigarettes le sel atropique pris à l'intérieur. Il n'est pas inutile de revenir ici sur quelques détails importants de ce mode d'administration.

Après avoir expérimenté successivement le valérianate d'atropine sous forme liquide, en sirop ou potion, ou par la méthode endermique, M. Michéa s'est arrêté à la forme pilulaire comme la plus commode et la plus sûre à la fois. Il le donne en granules contenant un demi-milligramme seulement de la substance active, et n'en prescrit qu'un par jour pour les enfants; pour les adultes, il en élève progressivement la dose à 2 ou 3 granules. Afin de maintenir le malade sous l'influence continue du médicament, sans cependant courir la chance d'en annihiler les effets par l'habitude, il conseille, dans les cas d'asthme, par exemple, d'interrompre l'emploi du remède pendant quinze jours, pour y revenir pendant le même intervalle, et cela alternativement pendant des mois et quelquefois des années, suivant l'ancienneté et le caractère plus ou moins rebelle de l'affection.

DES DIVERS MODES DE TRAITEMENT

des affections tuberculeuses.

Par M. le D[r] Simon.

Placé devant les affections tuberculeuses qui exercent chaque année des ravages si terribles, le médecin a dû interroger un bien grand nombre d'agents thérapeutiques, car nous sommes encore aujourd'hui dans une période d'expérimentation. En sortira-t-il une médication à laquelle on puisse enfin accorder confiance? Il faut l'espérer. En attendant, nous avons l'intention de faire en quelques mots une petite étude sur les traitements prophylactiques et palliatifs de ces affections, et nous arriverons à la question si remplie d'intérêt du traitement curatif.

Traitement prophylactique. — On est généralement d'accord sur les moyens à opposer à un commencement de tuberculisation. L'air pur de la campagne, une vie tranquille sans émotions violentes, un exercice physique modéré, une nourriture fortifiante et une grande attention pour tous les accidents qui pourraient se montrer du côté des voies respiratoires, sont autant de règles hygiéniques dont on peut attendre un heureux effet.

Si le médecin trouve un de ces malades qui désirent se marier, il devra le guider dans son choix, afin d'annuler en quelque sorte les dispositions du tuberculeux par la constitution et le tempérament du conjoint. Le médecin doit encore faire confier à une nourrice robuste l'enfant d'une femme qui inspire des craintes, et c'est alors que cet enfant sera soumis au traitement prophylactique dans toute sa rigueur.

Traitement palliatif. — Que d'agents on a mis en œuvre dans ce traitement ! On a attaqué séparément tous les symptômes que présentent le tuberculeux, et dire tous ces essais est une bien longue énumération. Cependant reproduisons brièvement les principaux. On a d'abord cherché à faciliter l'expectoration, et on s'est adressé au kermès, à l'émétique. On a prodigué les tisanes pectorales, les boissons gommeuses pour apaiser la toux ; des praticiens ont été jusqu'à faire fumer des cigarettes de belladone, de stramoine. La dyspnée a été combattue par les emplâtres, les révulsifs. La diarrhée a été soulagée par l'acétate de plomb ; et l'alun, la glace, le cachou et l'émétique comme perturbateur ont été opposés souvent avec succès contre les hémoptysies rebelles de ces affections.

Le traitement palliatif n'a pu satisfaire un grand nombre d'esprits sérieux, et loin de reculer devant la triste terminaison des tuberculeux, ils ont tenté leur guérison ; ce sont ces essais qui constituent le traitement curatif.

Traitement curatif. — Sans parler de l'émétique et des antiphlogistiques que nous avons déjà vu jouer tout à l'heure un rôle si important, abordons immédiatement les vapeurs chloriques. Vivement prônées par les uns, rejetées par les autres, on leur accorde cependant le pouvoir de diminuer la sécrétion bronchique et la fétidité de l'haleine. On sait que Magendie vanta l'acide prussique; que Laënnec faisait placer des plantes marines dans la chambre de ses malades. M. Delatour prescrivait avec succès le chlorure de sodium à haute dose. Quelle confiance accorder à ces traitements, qui, tout en comptant des succès, ne les présentent pas en nombre suffisant pour fixer l'opinion ?

Parlerai-je des eaux? On a conseillé Cauterets, Eaux-Bonnes; mais n'est-ce pas aux voyages qu'on doit attribuer l'amélioration obtenue?

Je ne ferai que signaler l'intervention de la chirurgie dans le traitement des cavernes. M. Piorry pense hâter la cicatrisation des cavernes vides en rapprochant les parois au moyen de compresses graduées. M. Bricheteau ponctionne une caverne, y produit des adhérences avec les caustiques. Huit mois après le malade meurt d'une péricardite; on trouve un commencement de cicatrisation. En 1849, nouvelle opération de ce genre; le malade sort bien portant.

Nous arrivons enfin à l'huile de foie de morue, aux préparations iodées et ferrugineuses. Ici on commence à se trouver sur un ter-

---

grande découverte scientifique, c'est-à-dire la connaissance de l'*isomérie* des corps, pour les amener à l'opinion des alchimistes. Il est vrai que l'isomérie ne s'applique encore qu'à des corps composés. Les corps simples ne jouissent pas du même bienfait, par la raison encore plus simple qu'on ne peut pas les décomposer. Il faudrait cela pourtant pour compléter le triomphe des alchimistes. Mais on a découvert déjà que quelques-uns possèdent les caractères des substances isomériques, c'est-à-dire qu'ils ont des équivalents égaux, et de plus que presque tous ont des équivalents exactement multiples du poids de l'équivalent de l'un d'entre eux. Or j'ai lu dans le délicieux ouvrage de M. Louis Figuier, l'*Alchimie et les alchimistes*, le seul livre, à mon avis, dans lequel la science hermétique soit véritablement étudiée et comprise, que ces résultats marquaient un grand pas vers l'isomérie des corps simples, et que cette isomérie une fois démontrée, la possibilité de la transmutation serait scientifiquement justifiée.

Ayons donc un peu de patience, et vous verrez que dans peu de temps il ne s'agira plus que de trouver la pierre philosophale. Alors il sera vu aussi sur la terre des quantités innombrables de souffleurs !

Elle-même, l'idée d'opérer la transmutation des métaux, découlait de l'idée que l'on avait sur leur formation dans le sein du globe, laquelle constitue le grand principe des alchimistes. Ils ne faisaient aucune différence entre la génération des métaux et les générations animales. Tout vient d'une matrice. Ils ne reconnaissaient pas de séparation entre la nature inanimée et la nature animée. Comme les êtres animés, les métaux naissaient dans le sein de la terre d'êtres semblables à eux-mêmes, et avaient la propriété de se développer et de parcourir, quoique très-lentement, une échelle de perfection au sommet de laquelle il y avait l'argent et l'or.

Certainement ce principe de la vie embrassant uniformément toutes les substances créées ne manque pas de grandeur, et il est permis d'avoir pour lui des sympathies. Il a traversé le monde depuis son origine; on le trouve au fond de toutes les civilisations éteintes, et c'est en vain que la science voudrait le reléguer dans le domaine des rêves : on y revient toujours. C'est que, malgré de grandes exagérations sentimentales et de nombreuses erreurs de détail, il contient en substance le dogme de l'unité, qui est le dogme final de tout savoir humain.

Quelle magnifique croyance! L'univers un grand tout animé; la vie uniformément répandue sur tout, variée sans doute dans ses manifestations, mais partout la même en principe! C'est par elle que les alchimistes ont pressenti, moins encore, il est facile de le reconnaître, la science des substances minérales que celle de la nature entière.

Dans le grand travail de la génération des métaux, ils disaient que la nature tendait constamment à faire de l'or; l'or, le noble métal, l'*enfant de ses désirs!* comme ils l'appellent. Rien ne prouve encore la vérité de ce fait. Mais ils ajoutaient que la naissance des autres métaux ne se faisait que par suite d'un accident survenu pendant le travail de la nature, qui ne produisait alors que de vils avortons; et ceci mérite d'être signalé. Les lecteurs qui ont suivi les grandes luttes de notre siècle en histoire naturelle, et qui savent que Cuvier a voulu mourir en croyant naïvement que les monstres étaient toujours un jeu de la nature, comprendront l'importance scientifique de ces deux lignes alchimiques; elles contiennent toute la théorie des *arrêts de développement*.

D'ailleurs, ce n'est pas là le seul rapprochement que l'on pourrait faire. L'histoire naturelle est même la seule science qu'il faudrait consulter pour bien apprécier les doctrines hermétiques, parce que c'est la science la plus avancée dans les idées de synthèse.

Transportez dans l'étude de l'organisation animale les théories de la composition des métaux, de l'uniformité de cette composition, etc., et vous verrez qu'elles répondent aux problèmes de l'Unité de composition, de structure, etc. L'isomérie des corps simples, qui préoccupe la chimie moderne, et qui décidera la possibilité des transmutations, est la question identique à celle de la Variabilité des espèces animales; tant il est vrai que tout se lie dans le cercle des sciences humaines, et que si les objets d'étude varient, le point de départ et la fin de nos connaissances sont invariables et se confondent toujours dans le sentiment et la démonstration d'une pensée unique.

D[r] Casimir DAUMAS.

P. S. — Je reprends la plume pour cause d'accident. Attendu que j'avais trop allongé cet article, le metteur en pages l'a inhumainement raccourci en lui coupant la tête. Sans me plaindre de cette voie de fait, j'en prends texte pour renvoyer le lecteur au livre de M. Louis Figuier. Il le trouvera rempli de faits heureux, de charmantes anecdotes et de justes appréciations. Ce livre contient l'histoire complète de l'alchimie, aussi élégamment écrite que sérieusement pensée.

rain moins mouvant ; les résultats sont plus francs, les avis moins partagés, et on se demande si on n'arrive point au but de tant de recherches.

M. Coster avait administré à ses chiens du fer, et les avait empêchés de devenir phthisiques. Bientôt l'huile de foie de morue est mise en question. M. Champouillon la donne pendant plusieurs mois dans des capsules gélatineuses, et en obtient les résultats suivants : 12 soldats tuberculeux au premier degré ont repris leur service au bout de deux ou trois mois, et sur 4 malades 2 sont sortis de l'hôpital, dont l'un pouvait être regardé comme guéri. C'était un beau succès.

Déjà, en 1842, M. Piorry avait institué des expériences avec l'iodure de potassium à la dose de 50 centigr. à 4 grammes, aromatisé avec la teinture de vanille ; 12 malades sur 15 en éprouvèrent de l'amélioration.

La question des préparations iodées et ferrugineuses une fois soulevée, on ne fut pas longtemps à se demander quelle serait l'action de l'iodure de fer. Ce fut le docteur Pasquier qui le premier l'administra à la dose de 6 à 10 pilules par jour. Sous l'influence de cette médication, les symptômes s'amendèrent en huit jours ; on obtint même une guérison complète par induration des tubercules et cicatrisation des cavernes.

Les expériences se multiplièrent ; les résultats ne concordant pas, on accusa l'altérabilité de ce sel. M. Blancard rendit ces pilules inaltérables, et on vit alors des succès non contestés se produire.

Ce serait un bien long travail de réunir toutes les observations qui ont été publiées à ce sujet, et cependant on y trouverait le moyen de se rendre facilement compte de l'efficacité de ces pilules. Nous voulons cependant apporter à l'appui de notre opinion deux observations, l'une empruntée au *Dublin hospital Gazette*, l'autre à une excellente thèse de M. le docteur Demaisons.

Obs. I. — Une jeune villageoise de vingt-six ans, dit le journal anglais, était atteinte depuis dix-huit mois d'une phthisie bien caractérisée. Elle avait considérablement maigri, et ses forces étaient arrivées à un tel degré d'épuisement qu'elle ne pouvait plus sortir de chez elle. Après un traitement de trois semaines par les pilules d'iodûre de fer de Blancard et l'huile de foie de morue, sa santé s'est tellement améliorée que maintenant elle peut franchir sans fatigue les deux milles qui la séparent de la ville.

Quoique dans cette expérience l'huile de foie de morue ait été associée à l'iodure de fer, cependant le docteur Tucker, auteur de l'observation précédente, tout en reconnaissant le bon effet produit par ces deux médicaments, croit pourtant plus à la rapidité d'action de l'iodure de fer.

L'observation de M. Demaisons parle mieux encore en faveur de l'efficacité de l'iodure de fer; nous la donnons textuellement :

Obs. II. — Une jeune femme de vingt-six à vingt-sept ans, née de parents robustes, habitant Paris depuis huit ans, et exerçant le métier de couturière, voyait sa santé se délabrer depuis la fin de l'été 1851. Tourmentée d'une toux après laquelle elle ne crachait que très-peu, elle perdait ses forces et maigrissait à vue d'œil. Autrefois vigoureuse et nullement sujette aux vapeurs, elle ne pouvait plus faire le moindre exercice, avoir la moindre émotion, sans éprouver des maux de tête, des lassitudes dans les membres et un léger mouvement de fièvre qui durait le reste de la journée, et où le pouls s'élevait de 70 à 90 pulsations. Le sommet du poumon gauche donnait sous la clavicule un son manifestement plus mat que l'endroit correspondant du poumon droit, et là où existait la matité, l'expiration était très-longue ; on ne sentait pas l'expansion vésiculaire, et l'on entendait un souffle rude et assez prononcé. Le reste du poumon gauche, comme le poumon droit, respirait parfaitement. Cette femme avait ses règles et point de signes de chlorose. Elle prit au commencement de janvier 1852, 50 pilules d'iodure de fer (pilules de Blancard) en huit jours, sans, du reste, changer de régime, si ce n'est qu'elle mangea peut-être un peu plus de viande. Elle se trouva si bien qu'elle se crut guérie ; mais au bout de quelques jours, la toux l'ayant de nouveau inquiétée, elle reprit de l'iodure de fer pendant la fin de janvier et tout le mois de février. A la fin du traitement, l'appétit, l'embonpoint et les forces étaient revenues ; la toux avait disparu, l'on entendait bien la respiration sous la clavicule gauche, où la matité n'était point appréciable. Depuis, cette femme se porte parfaitement bien. (*Thèse* de M. Demaisons, p. 28.)

Il ne faut pas pousser plus loin nos investigations ; ce serait outre-passer notre but ; après toutes les médications incertaines dont nous avons parlé plus haut, nous voici actuellement en présence d'un agent qui compte pour lui des succès remarquables ; il a déjà été mis en action par des praticiens éminents, et on ne peut que regretter la dissémination des observations qui ne permet pas au médecin de se faire une idée juste de la valeur de l'iodure de fer ; nous avons apporté notre petite pierre à l'édifice, et nous espérons que cet appel, entendu de nos confrères, permettra de compléter avant peu l'étude des effets avantageux de l'iodure de fer dans les affections tuberculeuses.

ACCIDENTS PRODUITS PAR L'EMPLOI DES FUSEAUX DE PLOMB des métiers à la Jacquard.

Nous avons plusieurs fois signalé des causes méconnues d'accidents toxiques inhérents à certaines industries ou à de coupables pratiques de sophistication, et qu'il a suffi souvent de faire connaître pour les faire immédiatement cesser ou pour y apporter le remède convenable. C'est ainsi qu'aux nombreux exemples d'accidents saturnins produits par l'usage de certains vases ou de conduits de plomb pour la conservation ou l'écoulement de liquides alimentaires, nous avons joint récemment des exemples d'accidents de même nature dus, soit à l'usage de soies *enrobées*, soit à la manipulation du vernis dont on se sert pour recouvrir et rendre imperméables les bâches. Un journal allemand, le *Vierteljahrsschrift für Gerichtliche und Oeffentliche medicin*, vient de publier des détails non moins intéressants pour l'hygiène publique, sur des cas d'empoisonnements attribués à l'emploi des métiers à la Jacquard.

Plusieurs cas de colique de plomb, observés parmi les ouvriers *canuts* de la ville de Berlin, avaient provoqué une enquête de la part des autorités. La commission d'enquête, composée de MM. les docteurs Sieber, Schultz et Perle, s'étant assurée que les accidents n'avaient frappé que les ouvriers en étoffes façonnées, les seuls qui se servent de métiers à la Jacquart, fut amenée à soupçonner dans cet appareil quelque disposition particulière de nature à les provoquer. On crut d'abord l'avoir trouvée dans l'usage du grand nombre de fuseaux de plomb qui entrent dans la composition de cet appareil. Mais considérant d'un autre côté qu'il résultait d'enquêtes semblables faites dans des fabriques des pays voisins où l'on se servait des mêmes appareils, qu'on n'y observait aucun accident de ce genre, on dut naturellement en conclure que ce ne pouvait être à cet usage seul qu'il fallait attribuer les accidents, mais à l'observation ou à la négligence des soins de propreté, et au bon ou mauvais état des appareils qu'on devait demander compte des différences observées entre les diverses fabriques de telle ou telle ville.

En effet, dans les fabriques des localités où les accidents ont pris assez de fréquence et de gravité pour exciter l'attention de l'autorité, les métiers, d'ailleurs en mauvais état et dégageant en conséquence une plus grande quantité de poudre de plomb, se trouvaient placés sur un sol inégal, mal carrelé, quelquefois même sur la terre. Il se répandait alors sur le sol, sans qu'on s'en aperçût, et sans qu'on pût ni que l'on cherchât à s'en débarrasser, des couches de plomb pulvérisé, dont l'humidité atmosphérique favorisait l'oxydation et par suite la transformation en carbonate, qui, plus léger que le plomb lui-même, se dissémine avec d'autant plus de facilité sous l'influence des courants d'air.

Au contraire, dans les ateliers bien tenus, le sol sur lequel reposent les métiers étant recouvert d'un carrelage lisse et en bon état, la poussière dégagée par le frottement des cylindres y est aussitôt décelée par sa couleur noire et aussitôt enlevée.

C'était donc moins dans une réforme médicale que dans un ensemble de précautions hygiéniques qu'il fallait chercher un préservatif contre le danger signalé. En conséquence, la commission berlinoise a proposé d'exiger :

1° Le vernissage des cylindres de plomb des métiers actuellement en activité ;

2° L'introduction sous chaque métier d'un dessous mobile, par exemple d'une couverture de laine, qui serait facilement enlevée et nettoyée chaque semaine, ce qui a été adopté et prescrit par l'autorité.

Le journal de Berlin nous laisse ignorer le résultat de cette mesure hygiénique ; mais, ainsi que le rappelle à cette occasion le rédacteur de la *Gazette hebdomadaire*, qui reproduit ces détails, si l'on en juge par l'amélioration sensible et croissante qui s'est manifestée depuis quelques années sous l'influence de mesures semblables dans l'état sanitaire des ouvriers des fabriques de Rouen, naguère l'une des plus éprouvées par ce genre d'accidents, il y a tout lieu de penser que les résultats en auront été heureux.

TRAITEMENT DE LA TUMEUR LACRYMALE.

Le docteur Hiard (de Mugron), pensant que la tumeur lacrymale était le résultat d'un état catarrhal de la muqueuse du canal nasal, a plusieurs fois employé avec succès, d'après ce qu'il nous affirme, le moyen suivant :

Après avoir fait chaque jour regorger la mucosité purulente contenue dans le sac, qu'il comprimait avec la pulpe du doigt, par l'ouverture des points lacrymaux, des purgations salines étaient répétées plusieurs fois pendant deux mois que doit durer le traitement. Après les deux premières purgations, pour faciliter le dégorgement de la muqueuse du canal nasal, il frottait de temps à autre les parties latérales du nez ou avec de l'onguent napolitain, ou avec de la pommade d'iodure iodurée de mercure.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 décembre 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport final de M. Bonnet, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Valence, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Saint-Barthélemy, de la Motte, de Palauze, et principalement à Saint-Uze (Drôme) ;

2° Un rapport de M. Chambay, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Alençon, sur deux épidémies de fièvre typhoïde qui ont régné dans la ville de Séez (Orne) en 1856. (Commission des épidémies.)

3° Un rapport de M. le docteur Campmas, médecin en chef de l'hôpital militaire de Baréges, sur le service médical de cet établissement en 1855.

4° Un rapport de M. le docteur Barthez, médecin en chef de l'hôpital militaire de Vichy, sur les malades de son service qui ont fait usage des eaux de Vichy en 1856. (Commission des eaux minérales.)

5° Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département de l'Aube. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Collin, chef du service d'anatomie et de physiologie à l'École d'Alfort, communique un mémoire intitulé *Nouvelles expériences sur les effets de la ligature de l'œsophage*. (Commission nommée.)

— M. George, dentiste, adresse une note sur un appareil destiné à produire l'anesthésie au moyen d'un mélange réfrigérant. (Commissaires : MM. Oudet et Malgaigne.)

RAPPORT.

Fièvre jaune. — M. Dubois (d'Amiens), au nom de M. Gérardin, commence la lecture d'un rapport sur un mémoire intitulé *De la fièvre jaune*, par M. le docteur Dutroulau, médecin en chef de la marine à la Guadeloupe. La lecture de ce rapport sera continuée dans une prochaine séance.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section de pharmacie.

La liste de candidature présentée par la section porte :

En 1re ligne et *ex æquo*, MM. Gobley, Mialhe et Poggiale.

En 2e ligne, *ex æquo*, MM. Buignet et Lefort.

L'Académie procède au scrutin.

Le nombre des votants est de 77 ; majorité, 39.

Au premier tour :

M. Poggiale obtient.	26 voix.
M. Gobley.	25
M. Mialhe.	21
M. Buignet.	2
Billets blancs.	2

Un vote portant trois noms est annulé.

Aucun candidat n'ayant obtenu la majorité, on procède à un second tour.

Le nombre des votants est le même.

M. Poggiale obtient.	26 suffrages.
M. Mialhe.	26
M. Gobley.	24

Point de majorité.

L'Académie procède au scrutin de ballottage entre MM. Poggiale et Mialhe.

Votants, 75 ; majorité, 38.

M. Poggiale obtient.	43 voix.
M. Mialhe.	31
Billet blanc.	1

M. Poggiale ayant réuni la majorité est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation de l'Empereur.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Forest, né à Troyes (Aube) ; *De l'allaitement.*

Veillard, né à Sainte-Suzanne (Mayenne) ; *Généralités sur les caustiques et quelques considérations sur les caustiques à la gutta-percha.*

Regnaud, né au canton de Marès (île Maurice, colonie anglaise).

Boyer, né à Saint-Remy (Deux-Sèvres) ; *Du choléra épidémique.*

Guichenet, né à Bordeaux (Gironde) ; *De la fissure à l'anus.*

Lobligeois, né à Paris (Seine) ; *De l'oblitération congénitale des intestins.*

Magniaux, né à Saint-Mesmin (Dordogne) ; *Essai sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 146. — SAMEDI 13 DECEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 146. — SAMEDI 13 DECEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Deux nouveaux cas de paralysie musculaire atrophique.

Deux malades, atteints de paralysie musculaire atrophique, placés dans le service de la Clinique de l'Hôtel-Dieu, où ils sont l'un et l'autre depuis longtemps (l'un depuis plus d'un an, le second depuis neuf à dix mois environ), ont fourni à M. Vigla, chargé en ce moment de la suppléance de M. le professeur Rostan, l'occasion d'examiner quelques-uns des points de cette grave affection, signalée depuis quelques années seulement à l'attention des médecins. Comme ces deux observations présentent l'une et l'autre, indépendamment de l'intérêt général qui s'attache à tout ce qui concerne cette affection, des particularités qui sont de nature à jeter quelque jour sur l'un des points les plus controversés de son histoire, nous croyons devoir faire précéder les considérations cliniques dont elles ont été l'objet, de leur relation sommaire. Voici ces deux faits, dont nous supprimons tous les détails qui ne sont pas directement afférents aux questions en litige :

Le premier de ces malades est un homme âgé de quarante-quatre ans, d'une bonne constitution primitive, exerçant une profession qui l'astreint à des travaux rudes nécessitant de grands efforts musculaires, et qui l'expose à toutes les intempéries, celle de charretier chargeur sur les quais de la Seine; comme la plupart des gens de cette profession, il est assez enclin aux excès alcooliques. Cet homme, jusqu'alors bien portant, est entré à l'Hôtel-Dieu le 24 octobre 1855, malade depuis un mois environ. Sa maladie avait débuté d'une manière brusque. Après une journée durant laquelle il avait éprouvé beaucoup de fatigue, il fut pris de céphalalgie, de courbature; sommeil agité, transpirations abondantes pendant la nuit. Cet état l'obligea à un repos forcé pendant trois ou quatre jours. Le quatrième jour, étant sorti pour aller consulter un médecin, il éprouva, en rentrant chez lui, une grande faiblesse dans les jambes, surtout dans le pied droit. C'était l'invasion d'une paralysie presque d'emblée. Quatre ou cinq jours plus tard, il fut pris d'une paralysie semblable du pied gauche, de la main, de l'avant-bras et du bras gauche; et à un moindre degré, des parties similaires du côté droit. En même temps, il eut un sentiment de faiblesse ou de lassitude dans les reins. Rien d'ailleurs de semblable dans le reste du tronc. Point de douleur dans les parties paralysées; Sensibilité intacte partout; intégrité parfaite de l'intelligence et des sens; miction et défécation faciles et régulières; — fièvre, transpirations abondantes, augmentation de la soif, diminution de l'appétit, tels ont été les symptômes de cette affection au début.

Voici ce que l'on constate lors de l'entrée du malade à l'hôpital :

Avec un peu d'aide il peut se soutenir sur ses jambes et faire quelques pas. Il traîne péniblement la jambe droite; la jambe gauche est plus forte, et exécute des mouvements assez réguliers.

L'exploration des muscles fait constater une atrophie commençante manifeste dans les muscles de la jambe et du pied droits, de l'avant-bras et de la main gauches; le deltoïde du côté gauche est également atrophié. Les muscles des deux autres membres (jambe gauche et bras droit) sont aussi un peu atrophiés, mais à un moindre degré. Ils sont tous dans un état de flaccidité. Il existe en outre dans les parties paralysées un peu d'œdème, avec un peu de rougeur au pied droit à la main gauche. La sensibilité cutanée, conservée partout, est un peu exagérée dans les parties les plus atrophiées (pied droit et main gauche).

Les mouvements du pied droit sur la jambe sont complétement abolis. La flexion des orteils s'exécute, mais difficilement et dans une très-petite étendue; leur extension est impossible. Tous les mouvements sont conservés, mais faibles dans le pied gauche; ils sont à peu près intacts des deux côtés à la jambe et à la cuisse; conservés, mais faibles, dans le bras, l'avant-bras et la main du côté droit. L'écartement et le rapprochement des doigts s'effectuent très-mollement. Le bras gauche peut à peine être écarté du tronc; l'avant-bras ne peut se mouvoir sur le bras; légers mouvements de pronation; mouvements de la main sur l'avant-bras nuls; de légers mouvements de flexion des doigts sont seuls possibles.

Les phénomènes généraux que le malade avait présentés au début étaient un peu amendés depuis quelques jours; la faiblesse des reins avait disparu; la céphalalgie persistait, mais avec quelque rémission; le pouls était à 100, petit, égal et régulier; il n'y avait aucun trouble apparent dans les principales fonctions.

On prescrivit des ventouses, la noix vomique et des vésicatoires pansés avec la strychnine. Sous l'influence probable de ces moyens, une amélioration assez sensible se manifesta vers le commencement de janvier 1856. Le malade commença vers cette époque à pouvoir marcher avec l'aide d'un bâton. Toutefois les progrès furent moins rapides dans les membres supérieurs. Il ne commença que vers le mois de mai à écarter un peu le bras gauche du tronc et à fléchir un peu l'avant-bras sur le bras; mais les mouvements étaient nuls encore à la main et aux doigts. L'extension de la main droite sur l'avant-bras était encore incomplète.

Ce fut alors que l'on eut recours à l'emploi de l'électricité, qui a été continuée jusque dans ces derniers temps.

Ce n'est guère qu'à partir du mois de novembre que le malade a pu opérer des mouvements plus étendus avec le bras gauche, et étendre incomplétement l'avant-bras sur le bras et la main sur l'avant-bras.

Voici quel est son état en ce moment :

Atrophie encore considérable des quatre membres, toujours plus marquée au pied droit et au bras gauche. Sensibilité cutanée exagérée dans quelques parties; contractions fibrillaires dans les muscles atrophiés déterminées par le pincement ou une excitation quelconque. Les mouvements du pied droit sur la jambe sont encore presque nuls, et très-faibles dans les orteils du même côté. Ce pied est à peu près inerte dans la marche. Les mouvements sont assez complets dans le pied gauche, qui fonctionne régulièrement pendant la marche. Ils sont complets aussi dans le membre thoracique droit et assez énergiques, à l'exception de l'abduction et de l'extension du pouce.

Les doigts serrent assez fortement l'objet qu'ils embrassent. Toutefois ce membre est encore peu adroit. L'extension des doigts sur le métacarpe, et de la main sur l'avant-bras, manque complétement à gauche. La flexion n'est guère plus satisfaisante; l'écartement et le rapprochement des doigts est possible à un certain degré; l'adduction et la flexion du pouce sont les seuls mouvements assez complets que puisse exécuter le malade. Les mouvements de l'avant-bras et du bras de ce même côté sont assez faciles. La main gauche est beaucoup plus atrophiée que la droite. Hors un peu d'amaigrissement, rien n'est changé dans la santé générale.

— Le deuxième malade, âgé de 23 ans, garçon limonadier, d'une forte constitution comme le précédent, soumis par sa profession à des alternatives de chaleur et de froid, s'était livré quelque temps avant l'invasion de la maladie, à des excès vénériens et alcooliques; et pendant les quinze jours qui l'ont précédée, il avait été très-fatigué par des marches forcées. Il avait eu, en outre, cinq ans auparavant, un rhumatisme d'une épaule, et, un an plus tard, un rhumatisme des deux épaules. Sa maladie a débuté le 17 mars 1856, par un frisson unique, par des fourmillements, de l'engourdissement dans les doigts de chaque main, une sensibilité plus vive au froid; quelques jours après les mêmes phénomènes se manifestèrent dans les deux pieds. Au bout de huit jours, il était dans l'impossibilité de se servir de ses membres; vives douleurs le long de la colonne vertébrale, absence de douleurs dans les membres, point de céphalalgie, intégrité de l'intelligence et des sens.

Lorsque le malade est arrivé à l'hôpital, il était au quinzième jour de sa maladie, et son état était stationnaire depuis huit jours. Voici ce que l'on constata : paralysie bornée aux pieds et aux mains, plus marquée dans les muscles extenseurs; picotements et fourmillements, surtout la nuit; rien de semblable aux bras ni aux jambes; douleurs dorsales, mais seulement pendant les mouvements du tronc; insomnie; contractions fibrillaires provoquées par la pression des muscles des bras et des cuisses; sensibilité intacte; intégrité de toutes les fonctions organiques. — Saignée; ventouses le long du rachis.

Deux jours après, le malade se trouve mieux et peut marcher seul.

Du 6 au 15 avril, persistance des picotements, plus forts tantôt aux mains, tantôt aux pieds; sueurs modérées. — Nouvelle application de ventouses.

Du 15 au 23, augmentation des sueurs; l'insomnie persiste; la paralysie ne diminue pas sensiblement. On constate un commencement d'atrophie dans les muscles du pied et de la main, plus prononcée dans celle-ci; fourmillements dans les bras et les cuisses, analogues à ceux des pieds et des mains.

Amélioration lente dans le cours du mois de mai : marche difficile, embarrassée; usage fort limité des mains. Après des saignées abondantes (cinq saignées par la lancette et quatre par des ventouses), les fourmillements et les engourdissements ont diminué, mais la paralysie a augmenté. On a administré successivement de la digitale, du sulfate de quinine, de la noix vomique, de la strychnine à l'intérieur et par la méthode endermique. Enfin, dans les trois derniers mois, on a eu recours aux électrisations.

Bref, voici quel est actuellement son état :

Atrophie considérable des deux mains, peut-être un peu plus à droite; extension des doigts et de la main droite impossible; flexion possible, mais faible. Adduction et flexion du pouce possibles; extension et abduction impossibles. Les doigts peuvent être écartés et rapprochés; les mouvements du poignet et de l'avant-bras sont conservés. Du côté gauche, extension de la main et du poignet impossible; flexion faible; abduction et extension du pouce impossibles. La sensibilité tactile, qui avait été exaltée dans le principe, est tout à fait naturelle.

Les membres inférieurs présentent, relativement aux membres supérieurs, une amélioration notable. La station est possible, la marche et les mouvements d'ensemble s'exécutent convenablement; tous les mouvements des orteils sont possibles, quoiqu'un peu moins faciles que dans l'état naturel. Les muscles des pieds, en somme, sont un peu atrophiés, faibles, mais ils ne sont plus paralysés.

Tels sont les traits principaux de la maladie dont sont affectés ces deux sujets, et telle est la marche qu'elle a offerte. Il y a dans l'invasion et dans le début de cette affection, dans sa marche d'abord progressive, puis stationnaire et même rétrograde à quelques égards, des sujets de considérations cliniques importantes, que M. Vigla a fait ressortir avec beaucoup de justesse, suivant nous. C'est ce qui nous reste à examiner et ce que nous ferons dans la prochaine *Revue.*

De l'arc sénile ou de la dégénérescence graisseuse de la cornée et de ses rapports avec la dégénérescence graisseuse du cœur.

« L'altération de la cornée, connue sous le nom d'arc sénile, n'est pas, comme on l'a cru jusqu'à présent, spéciale aux vieillards; elle peut se rencontrer dans l'âge adulte et même dans la jeunesse, et elle constitue alors un signe diagnostique de la transformation graisseuse du cœur. » Telle est la proposition formulée récemment par un pathologiste anglais, le docteur Edwin Canton, et qui, si elle était démontrée, donnerait à l'arc sénile une valeur séméiologique d'une certaine importance. Il importe donc de chercher à apprécier les faits sur lesquels elle se fonde. Il y a d'ailleurs dans ce fait, à côté de l'intérêt pratique que lui donnerait la corrélation entre l'arc sénile et une altération grave du cœur, un autre genre d'intérêt que nous ne devons pas dédaigner, bien qu'il ne touche pas directement à la pathologie, c'est celui qui se rattache à l'étude des causes des désordres séniles partiels anticipés. Avant d'aborder le point de vue clinique de la valeur séméiologique de l'arc sénile, il ne sera pas superflu de nous arrêter un instant sur l'opinion de l'auteur relativement à la nature de l'arc sénile. Nous empruntons les détails qui suivent à un très-intéressant travail publié sur ce sujet par M. L. Danner, interne des hôpitaux, dans le cahier d'octobre des *Archives générales de médecine.*

D'après quelques auteurs, l'arc sénile ne serait autre chose que le résultat d'un vice de sécrétion, en vertu duquel une substance opaque, analogue au tissu de la sclérotique, viendrait remplacer les lames transparentes dont se compose la cornée. D'autres, au contraire, ne pensent pas qu'on doive attribuer la zone sénile à une altération particulière de la cornée; il n'y a point là, pour eux, de modification dans sa structure; la cornée conserve son épaisseur et sa densité normales. Une troisième opinion, il faut dire que celle-ci repose sur des observations micrographiques multipliées et vérifiées par plusieurs observateurs, consiste à admettre que dans les cornées affectées d'un arc sénile, la structure lamelleuse a entièrement disparu, et a fait place à une masse homogène présentant les caractères de la matière grasse. L'opacité circulaire de la cornée serait donc, suivant toute apparence, le résultat d'un défaut de nutrition et d'une sorte d'atrophie sénile, la matière grasse remplaçant, comme dans toutes les atrophies, le tissu primitif de l'organe. Telle est l'opinion adoptée par M. Edwin Canton. Pour lui, l'arc sénile est une dégénérescence graisseuse de la cornée.

Mais voici un second fait qui jette un nouveau jour sur la nature et la signification de l'arc sénile, c'est l'existence simultanée d'une

lésion semblable dans l'artère ophthalmique. Il résulte des recherches nécroscopiques de M. Canton, qu'on rencontre souvent la dégénérescence graisseuse de l'artère ophthalmique chez les vieillards et notamment chez ceux qui présentent un arc cornéal bien développé. Ces deux faits admis, voyons maintenant quelle est leur valeur pathologique.

On vient de voir dans ce qui précède une confirmation de la valeur attribuée à l'arc cornéal comme signe ou attribut de la sénilité. Cependant la vieillesse n'implique pas toujours d'une manière nécessaire son existence, ainsi que le démontrent deux observations de centenaires rapportées dans ce travail, et dans lesquelles on n'a point constaté cette altération. D'un autre côté, la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question, ont remarqué qu'on rencontrait accidentellement cet état particulier de la cornée chez l'adulte, chez le jeune homme et même chez l'enfant. M. Canton, d'après ses observations, paraît peu disposé à croire à la réalité du fait en ce qui concerne les jeunes gens et les enfants, mais il l'a constaté fréquemment chez l'adulte, à partir de l'âge de quarante ans, et c'est là principalement que réside tout l'intérêt de cette étude.

En effet, tandis que chez le vieillard la dégénérescence graisseuse de la cornée n'est en quelque sorte qu'une transformation physiologique, conséquence des progrès de l'âge et des troubles de la nutrition, chez l'adulte il constitue, d'après cet observateur, le symptôme d'un état morbide de tout le système, le signe précurseur d'une dégénérescence graisseuse de certains organes, et particulièrement d'une dégénérescence graisseuse du cœur. M. Edwin Canton assure n'avoir jamais trouvé l'arc cornéal chez l'adulte sans qu'il s'accompagnât d'une transformation adipeuse du cœur, ou plutôt, pour dire vrai, d'une affection organique de ce viscère, dont la dégénérescence graisseuse a été plus souvent présumée que démontrée, à en juger par les observations qu'il rapporte. Mais ce que les observations de M. Canton laissent à désirer à cet égard est racheté en partie par des observations plus précises et plus rigoureuses faites par quelques médecins anglais qui jouissent d'une juste et grande autorité; tel est, par exemple, le fait de M. le docteur Cholmeley, relatif à un homme de quarante-huit ans, présentant un arc sénile très-apparent des deux yeux, qui mourut subitement au milieu des apparences d'une santé parfaite, et chez qui l'on trouva à l'autopsie une dégénérescence graisseuse du cœur avec ossification des artères coronaires.

Ajoutons cependant que la plupart des médecins de Londres qui ont vérifié par leurs propres observations l'exactitude des faits avancés par M. Canton, et ce médecin lui-même, tout en admettant que l'arc cornéal développé chez des individus jeunes encore ou dans la force de l'âge est le plus souvent l'indice d'une transformation graisseuse du cœur, font à cet égard une petite restriction, et reconnaissent qu'il est des cas où l'arc sénile peut être observé sans que le cœur ait subi aucune modification. Mais dans ce cas l'apparition précoce de l'arc sénile, dégagé de toute autre manifestation morbide et coïncidant d'ailleurs avec une santé robuste et une nutrition vigoureuse, tient à une lésion de nutrition dépendant de causes tout à fait locales, telles qu'une inflammation de la choroïde ou de toute autre partie du globe oculaire. Ce n'est donc que lorsqu'il coïncide avec quelques troubles morbides, quelques symptômes de nature à faire déjà présumer une atteinte plus ou moins profonde de l'économie, ou qu'il ne trouve pas sa cause naturelle dans une affection oculaire antécédente, que l'arc sénile a toute sa valeur séméiologique. Cette réserve faite, on comprend l'importance de cette notion pour le diagnostic d'une lésion qu'il a été impossible jusqu'ici de reconnaître durant la vie.

De l'amputation faite au moyen des caustiques dans certains accidents consécutifs aux lésions traumatiques des membres.

Il se fait depuis quelque temps dans certaines régions chirurgicales une réaction contre l'instrument tranchant et en faveur des caustiques. Nous avons déjà entendu plusieurs chirurgiens déplorer cette tendance, et déclarer que la substitution du caustique au bistouri serait le signal de la décadence des connaissances anatomiques qui font la gloire de la chirurgie et la ruine de l'art chirurgical lui-même. Ces craintes sont heureusement exagérées, et il ne faudrait pas s'en autoriser pour repousser des tentatives de réhabilitation d'un moyen qu'on a évidemment beaucoup trop négligé pendant longtemps par suite d'une réaction contraire.

Il ne s'agit pas, et personne assurément n'a pu avoir de nos jours cette pensée, de substituer le caustique au couteau, mais d'y recourir concurremment comme à un auxiliaire utile, soit pour préparer, soit pour compléter l'œuvre de celui-ci, ou au besoin pour en prévenir ou en corriger les fâcheux effets.

L'amputation au moyen des caustiques, dont il va être un instant question, n'est qu'un procédé exceptionnel proposé pour les cas où l'amputation par l'instrument tranchant entraînerait presque inévitablement toutes les chances funestes des accidents consécutifs aux grandes lésions traumatiques.

Nous avons entretenu, il y a quelque temps, nos lecteurs d'une tentative de ce genre faite par M. A. Amussat; depuis cette époque, MM. Salmon et Maunoury (de Chartres) ont publié un grand travail sur cette question dans l'*Union médicale;* nous empruntons à ce travail ce qui offre un intérêt plus directement clinique, c'est-à-dire l'énoncé de quelques-unes des indications de ce mode d'amputation, la description du procédé, et la relation d'une opération pratiquée à l'hôpital de Chartres par la cautérisation.

L'amputation des membres par la cautérisation permet, suivant MM. Maunoury et Salmon, de tenter l'opération au lieu de nécessité et non au lieu d'élection; les clapiers purulents ne doivent pas entraver la marche du chirurgien, mais lui servent fréquemment d'auxiliaire et de guide; dans certaines circonstances graves, elle peut être commencée, puis abandonnée, si les circonstances démontrent son inutilité: elle est préférable à toute autre méthode s'il y a commencement d'infection purulente, si le malade est profondément affaibli, s'il existe dans le membre d'abondantes et récentes suppurations, dans le cas de gangrène traumatique ou sénile.

Les pièces d'appareil nécessaires pour cette opération sont celles d'un appareil de pansement ordinaire, auquel on ajoute un tourniquet de J. L. Petit, des caustiques Filhos, de la potasse caustique en bâton, de la poudre de Vienne, de l'alcool, de la pâte de Canquoin, et des cylindres de gutta-percha au chlorure de zinc.

MM. Maunoury et Salmon préfèrent la méthode à lambeaux à la méthode circulaire, la première marchant plus rapidement et prévenant mieux que l'autre la conicité du moignon.

Voici comment ils procèdent.

Pour faire la section de la peau, ils opèrent de deux manières :

Premier mode. — Prendre un crayon de caustique Filhos qu'on trempe dans l'alcool, marquer avec ce crayon le contour des lambeaux, passer et repasser à plusieurs reprises sur les mêmes points, en les usant pour ainsi dire jusqu'à *gélatinification* complète.

Deuxième mode. — Quand les lambeaux sont très étendus, difficiles à attaquer à cause de la position du membre, circonscrire entre deux bandelettes de linge couvert d'onguent de la mère la ligne qui formera le contour des lambeaux, laisser entre ces deux bandelettes un intervalle d'un demi-centimètre environ, appliquer la pâte de Vienne sur cette ligne et recouvrir d'une troisième bandelette; laisser à demeure, sans toucher, pendant quinze à vingt minutes; retirer alors le tout et laver. Quel que soit le mode de destruction de la peau, l'eschare étant produite, on place sur elle une petite lanière de pâte de Canquoin, et on remet au soir ou au lendemain matin une seconde séance. La partie escharifiée est alors durcie et déprimée assez profondément; sur celle-ci, on fait avec des ciseaux une ouverture dans laquelle on passe une des lames de l'instrument, et on coupe, sans effusion de sang, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à l'aponévrose, ayant soin de ménager la partie qui correspond au passage de l'artère principale. Il s'agit alors d'inciser les muscles. Comme le chlorure de zinc n'a qu'une action pénétrante légère sur ce tissu, on fait avec un cylindre de caustique Filhos ou de potasse fixé dans un porte-nitrate, des trouées profondes au sein de ces parties, à 1 ou 2 centimètres de distance l'une de l'autre. Cette opération, qui produit une assez vive douleur, doit être faite avec rapidité. En outre, pour éviter la suffusion sanguine que produirait l'action fluidifiante de l'alcali si elle était continuée longtemps, on place immédiatement dans les trouées qu'il a faites des clous de chlorure de zinc à la gutta percha, ou de larges lanières de pâte de Canquoin. On appuie ensuite chaque point d'une compression directe avec des bourdonnets de charpie serrés; on recouvre d'onguent de la mère, et on maintient le tout avec une bande.

A la séance suivante, enlèvement des bâtons caustiques; incision avec des ciseaux des parties mortifiées intermédiaires à chaque trouée; trouées nouvelles avec la potasse, et répétition de l'opération précédemment décrite, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à isoler les os. A ce moment de l'opération, on abandonne les caustiques, on fait la ligature de l'artère principale, et l'on pratique la section de l'os avec la scie. — Pansement avec de l'onguent de la mère.

La chute de l'eschare a lieu vers le huitième jour. On rapproche et on maintient les lambeaux avec des bandelettes.

Voici l'une des deux observations rapportées dans le mémoire des chirurgiens de Chartres, qui donnera une idée beaucoup plus nette et plus précise que cette description du procédé opératoire et de ses résultats :

Appelés auprès d'un homme atteint d'une fracture simple des deux os de l'avant-bras droit et de nombreuses plaies contuses siégeant sur les faces antérieures et postérieures de l'avant-bras et du bras, avec hernie de masses musculaires considérables à travers ces plaies, ces deux chirurgiens commencèrent par exciser quelques masses musculaires irréductibles, puis ils appliquèrent un bandage peu serré, ajournant toute décision sur le parti décisif à prendre.

Au bout de quatre jours, il survint un gonflement emphysémateux énorme de l'avant-bras et de nouvelles hernies musculaires à travers les plaies de l'avant-bras, qui nécessitèrent un large débridement dans toute la longueur de cette portion du membre. Ce débridement fut suivi d'une amélioration; mais, le huitième jour, survint pour la première fois un léger frisson avec altération de la face, teinte jaunâtre, peau sèche, langue parcheminée et nouvel emphysème envahissant le bras, le moignon de l'épaule, la partie inférieure du cou, et la partie supérieure du thorax en avant et en arrière. L'amputation était devenue urgente. Dans le but d'arrêter un commencement probable d'infection purulente et pour modifier des tissus menacés d'une infiltration gangréneuse générale, MM. Salmon et Maunoury s'arrêtèrent à l'idée d'employer la *cautérisation.*

Préalablement à l'opération, des mouchetures furent pratiquées à l'instant même, avec une lancette, sur l'épaule, sur le cou et sur la poitrine; dans ces mouchetures furent laissés à demeure de petits cylindres de nitrate d'argent fondu. Quant à l'opération, voici comment elle fut combinée et exécutée :

Le trajet de l'artère brachiale ayant été reconnu, on traça à l'encre deux lignes courbes à concavité supérieure, formant deux arcs de cercle, dont les extrémités se réunissaient, d'un côté, sur le trajet même de l'artère; de l'autre, sur le bord externe du bras, au-dessus du V deltoïdien. On plaça sur ces lignes du caustique de Vienne, circonscrit très-exactement par des bandelettes de linge recouvertes d'onguent de la mère. L'eschare, produite au bout d'un quart d'heure, était très-nette, avait un demi-centimètre environ de largeur, et devait avoir complètement détruit la peau. Sur cette eschare, le bistouri traça un léger sillon d'abord; puis, avec des ciseaux, on incisa la peau mortifiée. Le pansement fut terminé par l'application de pâte caustique au chlorure de zinc et à l'alun, coupée en lanières et implantée dans la rigole résultant de l'incision de la peau. Une seule partie de celle-ci ne fut ni incisée ni cautérisée, ce fut une sorte de pont de deux centimètres de longueur, et sous lequel devait être ménagée l'artère brachiale. — *Prescription:* 2 grammes de sulfate de quinine dans une potion de 125 grammes, additionnée de 30 grammes de vin de quinquina.

Deuxième séance le soir. — On enlève les lanières de caustique placées le matin; l'eschare produite est lacérée, puis de nouvelles lanières sont réappliquées comme ci-dessus.

Dans une troisième séance, le caustique ne paraissant pas avoir encore intéressé en avant le muscle biceps, on eut recours au caustique Rivaillé (acide nitrique monohydraté, dans lequel on trempe de la charpie). A deux reprises, on laissa pendant un quart d'heure de la charpie fortement imprégnée d'acide dans les rigoles faites par les cautérisations précédentes; l'eschare étant encore peu profonde, on revint au chlorure de zinc implanté entre les fibres musculaires et sous le muscle.

Une quatrième séance eut lieu le soir, puis une cinquième et une sixième le lendemain, c'est-à-dire le troisième jour, et enfin deux dernières (septième et huitième) le quatrième jour. Mais le résultat n'était pas encore suffisamment avancé; il restait une couche musculaire assez épaisse autour de l'humérus.

Le cinquième jour, après les préparations convenables, un aide faisant la compression de l'artère, M. Salmon compléta avec le bistouri la section des muscles; il divisa d'un coup le faisceau charnu situé en dedans du biceps pour protéger l'artère, et celle-ci fut liée immédiatement; l'opération fut terminée par la section de l'os avec la scie. Les deux lambeaux, après la chute des eschares, se rapprochèrent avec facilité et recouvrirent l'os complétement.

MM. Maunoury et Salmon pensent, grâce à ce procédé, avoir prévenu chez ce sujet le développement d'une infection purulente qu'ils considéraient comme imminente. Ce qu'il y a de certain dans ce résultat, c'est que dès le premier jour le gonflement emphysémateux et l'œdème, qui tendaient à se généraliser, ont été arrêtés, et tous les accidents consécutifs à cette généralisation sûrement enrayés. Enfin, on n'a enlevé au malade que la portion de membre qu'il était strictement indiqué d'enlever.

PIÈCE ARTIFICIELLE

destinée à remplacer l'os maxillaire inférieur enlevé en entier (1).

« L'homme que nous avons l'honneur de présenter à la Société est le nommé Isamat (Jérôme), âgé de trente-trois ans, qui a subi à l'hôpital de la Pitié, le 15 avril, l'ablation complète de la mâchoire inférieure pour une énorme tumeur fibreuse développée dans l'intérieur de cet os. Ce sujet a déjà été présenté par M. Maisonneuve, qui, en faisant apprécier les beaux résultats de son opération, avait aussi appelé l'attention sur les bons effets d'une pièce artificielle destinée à remplacer le maxillaire enlevé.

» Cette pièce artificielle n'était que provisoire, et cela devait être, le tissu cicatriciel modifiant encore chaque jour l'état des parties. Aujourd'hui le temps écoulé depuis l'opération (sept mois) permet d'espérer que leur forme ne sera plus considérablement modifiée, et d'ailleurs, le malade étant décidé à retourner dans son pays (Barcelone), nous lui avons fait une pièce définitive.

» C'est cet appareil qu'il porte aujourd'hui, et que nous venons soumettre à l'examen des membres de cette Société.

» Pour la description des résultats de l'opération, nous renvoyons à l'observation de M. Maisonneuve communiquée aux Académies des sciences et de médecine, séances du 12 et du 13 mai, et publiée dans le n° 59 de la *Gazette des Hôpitaux* (20 mai 1856). Nous ferons remarquer seulement les quelques points suivants.

» ÉTAT DU MALADE DÉPOURVU DE SA PIÈCE ARTIFICIELLE.—*Aspect extérieur.* — Lorsque le malade est dépourvu de son appareil, toute la partie inférieure de la face est molle. Les joues présentent des dépressions aux endroits qu'occupaient les branches du maxillaire inférieur. Le menton est un peu fuyant en arrière, et la lèvre inférieure se trouve sur un plan sensiblement postérieur à celui de la lèvre supérieure. Ces difformités sont du reste assez bien masquées par la barbe.

» *Aspect de la cavité buccale.* — A l'intérieur de la bouche, on observe une surface muqueuse, courbe, inclinée de haut en bas et d'avant en arrière, de manière à former une espèce de gouttière limitée en avant par le bord libre de la lèvre inférieure, en arrière par la base de la langue, et se continuant sur les côtés avec la partie interne des joues. Cette gouttière est parfaitement lisse, et ne présente d'autre inégalité qu'une sorte d'arc soulevant légèrement la muqueuse et présentant au doigt la consistance d'un cordon fibreux. Cet arc est consti-

(1) La présentation de cette pièce a été faite à la Société de chirurgie par MM. Fowler et Preterre, dans sa séance du 3 décembre dernier.

tué par le périoste, qui a été conservé, et par la cicatrice linéaire de la muqueuse; il est situé à 2 centimètres en avant de la base de la langue.

» La langue exécute tous ses mouvements; celui de propulsion en avant est seul un peu limité.

» Les mouvements des lèvres se font aussi convenablement; mais lorsque le malade parle, la contraction des muscles de la face attire beaucoup plus en arrière la lèvre inférieure, qui n'est pas soutenue.

» Le malade ouvre et ferme facilement la bouche; seulement l'ouverture est peu considérable. Pour l'augmenter, le sujet a trouvé instinctivement un moyen, qui consiste à appuyer la langue contre la surface muqueuse de la lèvre inférieure; les muscles trouvent ainsi, en quelque sorte, le point d'appui qui leur manquait.

» *Prononciation sans la pièce.* — La prononciation est assez correcte. Isamat dit avoir quelque peine à prononcer les consonnes dentales, et cela est sensible lorsqu'il veut élever la voix.

» *Mastication sans la pièce.* — La mastication est complétement impossible. Le malade peut seulement, à l'aide de la langue, presser les aliments contre l'arcade dentaire supérieure. En un mot, il avale sans mâcher.

» ÉTAT DU SUJET MUNI DE LA PIÈCE ARTIFICIELLE.—*Aspect extérieur.* Lorsque Isamat a son appareil, la partie inférieure de la face trouvant un point d'appui, la lèvre inférieure est soutenue et le visage recouvre toute sa régularité. On observe, à la vérité, deux dépressions à l'endroit où devraient être les branches du maxillaire. Nous aurions pu faire disparaître ces dépressions, que, du reste, la barbe dissimule assez bien; mais la pièce eût été plus lourde et peut-être gênante pour le malade. Ce que l'on aurait gagné pour l'apparence aurait été perdu pour la commodité.

» Grâce au point d'appui que les muscles trouvent sur le maxillaire artificiel, Isamat n'a plus besoin d'appliquer la langue contre la lèvre inférieure pour ouvrir largement la bouche. L'écartement des mâchoires est, en outre, facilité par les ressorts dont est muni l'appareil.

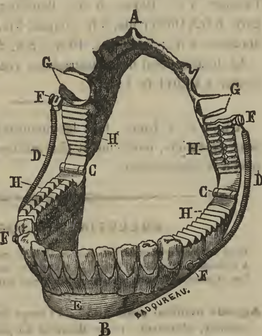
» La force de ces ressorts est dans un tel rapport avec la tonicité musculaire, que celle-ci suffit pour tenir la bouche fermée à l'état de repos, et cela sans que le malade soit obligé de faire le moindre effort.

» *Prononciation avec la pièce.* — Muni de son appareil, il parle avec beaucoup plus de facilité, et non-seulement il prononce très-distinctement les dentales, mais encore il peut élever la voix autant qu'il le juge convenable.

» *Mastication avec la pièce.* — Au lieu d'avaler sans mâcher ou après avoir simplement pressé à l'aide de la langue ses aliments contre l'arcade dentaire supérieure, il peut maintenant broyer des substances d'une certaine consistance, telles que des croûtes de pain, de la viande, des fruits, etc., ce qui lui était tout à fait impossible auparavant.

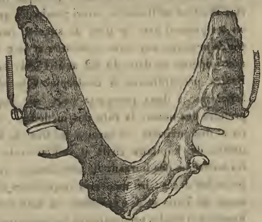
» Il a déjà observé lui-même que tous les jours il gagne quelque chose tant pour la prononciation que pour la mastication, et qu'il digère plus facilement; ce qui résulte non-seulement de ce qu'il peut mâcher, mais encore de l'insalivation, qui est plus complète depuis que les aliments restent un certain temps dans la cavité buccale.

» DESCRIPTION DE LA PIÈCE. — L'appareil que porte Isamat se compose de deux parties réunies entre elles par deux charnières et deux ressorts.



» *Partie supérieure.* — La partie supérieure (A) se compose d'une plaque en or d'environ 18 millimètres de largeur, moulée sur la partie intérieure de la base de l'arcade dentaire supérieure et la partie antérieure de la voûte palatine, où elle prend son point d'appui.

» Cette plaque, dans toute sa partie médiane, qui s'étend depuis la seconde petite molaire supérieure droite jusqu'à la seconde petite molaire supérieure gauche, s'applique exactement sur toutes les saillies et sur tous les enfoncements de la partie antérieure de la voûte palatine. Son bord antérieur présente une sorte de feston irrégulier qui s'adapte parfaitement aux saillies et aux enfoncements formés par la série des collets des dents de l'arcade dentaire supérieure. Sur les parties latérales, à partir de la première bicuspidée, les moyens d'adhérence sont encore plus complets. Une lame d'or (G) d'environ trois millimètres de hauteur, forme un demi-cercle qui embrasse trois côtés de la couronne de la seconde petite molaire. Les grosses molaires sont couvertes par une autre lame d'or beaucoup plus épaisse (la face de la dent qui est en contact avec la muqueuse de la joue, ainsi que la surface triturante, étant libres), dont la partie supérieure se moule exactement sur les dents qu'elle embrasse, et dont la partie inférieure qui revêt la face triturante présente à sa face inférieure des sillons et des saillies transversales à arêtes vives (H) qui s'engrènent avec une surface semblable que présente la partie correspondante du maxillaire inférieur artificiel. Le revêtement métallique des grosses molaires était nécessaire pour donner de la solidité à l'articulation de la partie supérieure avec la partie inférieure.



» Nous avons pensé que des dents artificielles ordinaires, venant s'appliquer sur les dents naturelles, seraient moins favorables pour la mastication qu'un engrenage métallique, qui retient les aliments jusqu'à ce qu'ils soient complétement triturés.

» Nous avions essayé de laisser les surfaces triturantes des dents artificielles en contact avec celles des dents naturelles; mais, chez ce malade, les mouvements de latéralité n'ayant plus lieu, la mastication se faisait trop imparfaitement. C'est pour cela que nous avons placé les surfaces comme nous venons de les décrire.

» La partie droite ne diffère de la partie gauche qu'en ce que, la première grosse molaire manquant à droite, nous avons profité de l'intervalle qui existe entre la deuxième petite molaire et la deuxième multicuspidée pour y placer le porte-ressort (F) qui fixe l'extrémité supérieure du ressort de ce côté.

» A gauche, l'extrémité supérieure du ressort est fixée au niveau de l'intervalle qui existe entre les collets de la deuxième bicuspidée et la première grosse molaire.



» *Partie inférieure.* — *Partie principale de la pièce.* — Cette partie (B), qui n'est qu'un maxillaire inférieur artificiel, se compose essentiellement d'une arcade dentaire en dents minérales munies de leurs gencives. Chaque dent avec la partie de gencive correspondante forme une pièce séparée, ce qui faciliterait une réparation de l'appareil si elle devenait nécessaire. Ces dents sont ajustées sur une base en or. Cette base (E) présente un volume assez considérable; mais, comme elle est creuse, son poids est loin d'être en rapport avec son volume. La cavité est d'ailleurs hermétiquement fermée, ce qui était indispensable pour empêcher les aliments et la salive d'y séjourner. Tout l'appareil ne pèse que 80 grammes.

» Le bord inférieur de cette pièce, qui représente jusqu'à un certain point la base du maxillaire inférieur, est épais et arrondi, de manière à se mouler sur la gouttière formée par la paroi muqueuse de la lèvre inférieure, le plancher de la bouche et la face inférieure de la langue.

» Sur ce bord inférieur, épais et mousse, on remarque deux gouttières peu profondes qui sont destinées à recevoir la saillie formée par l'arc fibreux dont nous avons parlé.

» Les multicuspidées de ce maxillaire sont revêtues d'une lame d'or, et la surface triturante est taillée comme la surface correspondante de la partie supérieure de la pièce, avec laquelle elle s'engrène.

» *Charnières.* — La partie supérieure et la partie inférieure de l'appareil sont, comme nous l'avons dit, réunies par deux charnières (C) placées aux points de réunion des extrémités des arcades dentaires.

» *Ressorts.* — Deux ressorts (D) placés sur les côtés, et formant chacun un arc à concavité antérieure, ont leurs extrémités fixées au niveau des intervalles compris entre les collets de chacune des dernières petites molaires et de la première multicuspidée qui l'avoisine.

» L'élasticité de ces ressorts est assez grande pour tenir écartées les deux parties de la pièce (l'ouverture de l'appareil hors de la bouche est de 7 centimètres dans sa plus grande largeur), mais ils cèdent à la plus légère pression, de sorte qu'à l'état de repos le malade a la bouche fermée, sans qu'il soit obligé pour cela de faire le moindre effort.

» Une des grandes difficultés de l'appareil était l'impossibilité de prendre l'empreinte, les parties étant molles et n'offrant pas plus de résistance que la cire; aussi avons-nous été obligés de nous baser sur l'empreinte du maxillaire supérieur.

» C'est par une série de tâtonnements et par des modifications successives qu'on est arrivé à donner à l'arcade dentaire artificielle la forme d'une arcade dentaire inférieure naturelle, et à adapter la base de la pièce à la conformation des parties molles.

» M. Maisonneuve avait conservé le périoste autant qu'il avait pu; néanmoins il n'y avait pas eu de reproduction osseuse, sans doute par suite de l'altération du périoste. Le malade ne pouvait se nourrir que de substances molles; aujourd'hui, grâce à cet appareil, il mange toutes sortes d'aliments, et sa prononciation est devenue plus distincte. »

MASSE DE CHEVEUX RETIRÉE D'UN KYSTE DE L'OVAIRE,

Par M. COWARD.

La plupart des auteurs mentionnent le fait que des os, des dents, des matières grasses et des cheveux ont été trouvés dans des kystes de l'ovaire. Mais la quantité extraordinaire de cheveux contenue dans celui dont il est ici question, et surtout le moyen à l'aide duquel ils furent extraits, donne un grand intérêt à ce cas.

M. Coward cite l'observation d'une femme mariée âgée de vingt-quatre ans, ayant des attaques fréquentes d'épilepsie depuis deux ans, et qui était affectée de paralysie complète des extrémités supérieures. Elle avait consulté les célébrités médicales et avait fini par laisser la médecine et les médecins de côté. Cependant, les symptômes s'aggravant, elle fit appeler M. Coward le 11 mai 1855.

Les symptômes qu'elle présentait étaient des vomissements, de la diarrhée, et des douleurs intenses dans la tête et dans les intestins. Elle était émaciée et dans un état de prostration extrême. Le pouls, très-faible et intermittent, battait 100 pulsations; la peau offrait une chaleur considérable; la langue était fébrile.

L'attention de M. Coward s'étant portée vers l'abdomen, il découvrit une tumeur dans la région ovarienne droite, du volume environ d'une grosse orange. Malgré le traitement qu'il lui opposa, cette tumeur se développa, la malade ne voulant pas se soumettre à l'opération.

Cependant, le 9 mars 1856, M. Coward ayant été appelé de nouveau auprès de la malade, qui éprouvait des douleurs violentes dans la région épigastrique, accompagnées d'une grande difficulté de respirer, pensa que ces symptômes provenaient de la pression exercée sur le diaphragme par le liquide existant dans l'abdomen, et il proposa de nouveau la ponction comme seul moyen capable de la soulager. La malade finit par y consentir. Il retira environ quatorze pintes de pus jaunâtre et visqueux, lorsque la canule se boucha. Jugeant que la cause provenait du pus épaissi, il introduisit un stylet et retira deux ou trois cheveux de 5 pouces de long à peu près. Il en vint d'autres après. Pour faciliter leur sortie, il élargit la plaie de l'abdomen au moyen du bistouri, et après quelques efforts il parvint à retirer une masse compacte de cheveux fins, élastiques et légèrement colorés, de différentes longueurs; quelques-uns avaient 2 pouces de long. Il en retira à peu près autant que la main pouvait en contenir.

Depuis cette époque la malade va assez bien, et M. Coward espère qu'elle guérira. (*The Lancet* et *Gaz. méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 décembre 1856. — Présidence de M. BOUVIER, vice-présid.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Fracture de cuisse traitée par l'appareil de M. Martin. — M. MONOD présente un homme qu'il a eu à soigner pour une fracture sous-trochantérienne du fémur, avec huit centimètres de raccourcissement. Au moyen de l'appareil de M. Martin, il a obtenu la consolidation avec un très-faible raccourcissement qui ne cause aucune claudication. La mensuration comparative des deux membres ne donne pas plus d'un centimètre à un centimètre et demi de raccourcissement du côté de la fracture.

M. LARREY a eu recours plusieurs fois à l'appareil de M. F. Martin, qui l'a récemment encore appliqué sur deux militaires du Val-de-Grâce, pour des fractures non consolidées du fémur, provenant de la campagne de Crimée. Reste à savoir si la consolidation sera obtenue par cet appareil. M. Larrey ne saurait le dire, mais il en rendra compte plus tard à la Société.

M. FORGET demande si l'appareil de M. Martin donne d'aussi beaux résultats dans le cas de fractures du col du fémur. Il a obtenu, avec les appareils ordinaires, des résultats très-satisfaisants, mais pas autant que celui de M. Monod.

M. GUERSANT a constaté sur le malade de M. Monod un raccourcissement d'un centimètre; cependant cet homme ne boite pas, par suite de l'accommodation du bassin à la différence de longueur des membres. Ce malade est guéri comme les enfants chez lesquels on obtient la guérison des fractures du fémur sans claudication, bien que la mensuration accuse un léger raccourcissement. M. Guersant reconnaît les avantages de l'appareil de M. Martin, mais le cas présenté par M. Monod est une nouvelle preuve de l'impossibilité de guérir les fractures du fémur sans raccourcissement.

Éléphantiasis congénital d'un doigt. — M. BROCA présente un homme qui porte au doigt auriculaire de la main gauche une tumeur molle, indolente, qui occupe toute la circonférence des première et deuxième phalanges. Cette tumeur est congéniale; au moment de la naissance, elle offrait le volume d'une noisette, et depuis, son accroissement a suivi le développement général du malade. A sa surface, on voit la cicatrice d'une cautérisation qui a été faite sans résultat par un guérisseur qui avait promis la guérison en quelques heures.

M. Broca s'était d'abord demandé si cette tumeur ne serait pas un lipôme, mais en considérant sa consistance, sa forme, son étendue à toute la circonférence du doigt, et l'état de la peau, qui semble participer à l'altération sous-jacente, il s'est arrêté à l'idée d'un gonflement éléphantiasique. Quant au traitement, il craint qu'il n'y ait autre chose à faire que l'amputation du doigt. A la verge on a pu sans doute quelquefois disséquer des tumeurs éléphantiaques en conservant l'organe; mais ici, il est à craindre que l'altération des tendons ne rende la réussite douteuse.

M. GOSSELIN prend la parole en ces termes : Je crois, comme M. Broca, qu'il s'agit ici d'une variété d'éléphantiasis, constituée par une hypertrophie circonscrite et partielle du derme et du tissu cellulaire sous-cutané, variété qui n'a pas encore été bien décrite, et qui mériterait de l'être sous le nom d'*éléphantiasis congénital*. J'ai observé déjà quatre cas analogues à celui-ci : deux fois la tumeur congéniale occupait la région lombaire, et pouvait être prise pour un spina-bifida avec oblitération de l'ouverture anormale du rachis; elle constituait la maladie qui a été indiquée il y a quelques années, dans un travail allemand, comme appartenant spécialement à la région lombaire, mais sur la nature de laquelle on ne s'est pas bien expliqué. Une autre fois, la lésion se trouvait à la partie antérieure et inférieure de la cuisse, la peau hypertrophiée différait de celle du malade actuel par la présence d'une grande quantité de poils.

Enfin, dans un quatrième cas que j'ai présenté à la Société il y a quelques années, la lésion occupait plusieurs orteils chez un enfant nouveau-né. En rapprochant ces faits, je trouve qu'ils ressemblent à celui de M. Broca, mais je déclare que je ne connais pas les caractères anatomiques de ces sortes de produits. Je n'ai pas eu l'occasion de les étudier, et je doute que cette étude ait été faite jusqu'à ce jour. Je crois que cette hypertrophie congénitale porte sur le derme et le tissu cellulaire sous-cutané, et qu'elle diffère par certains caractères de celle qui constitue l'éléphantiasis accidentel et tardif. Peut-être s'y ajoute-t-il, par exemple, un développement des capillaires sanguins analogue à celui des tumeurs érectiles.

Quant au traitement, je doute qu'on puisse obtenir la guérison autrement que par l'amputation; et la gêne éprouvée par le malade me paraît justifier cette opération. Si M. Broca la pratique, je l'engage à nous présenter la pièce, et à nous exposer le résultat de ses investigations anatomo-pathologiques.

M. LARREY serait disposé à considérer le doigt présenté par M. Broca comme atteint non d'éléphantiasis proprement dit, mais simplement d'hypertrophie. Il a eu occasion de faire sur ce sujet en général des recherches très multipliées, d'où résulte, selon lui, une distinction à faire entre les deux états pathologiques *éléphantiasis* et *hypertrophie*. M. Cruveilhier, en France, et M. Tood, en Angleterre, ont indiqué quelques caractères différentiels entre l'un et l'autre.

En général, si l'altération reste limitée et ne tend pas à s'accroître, on la regarde comme une hypertrophie; si, au contraire, elle fait des progrès et tend à envahir de plus en plus les parties voisines, on lui conserve le nom d'éléphantiasis. Dans cette dernière affection, les altérations anatomiques ont été étudiées avec soin, et l'on y a trouvé des éléments divers; d'abord un état hypertrophique du tissu cellulaire, puis des amas d'apparence lipomateuse, et enfin une substance gélatiniforme infiltrée dans toute la masse.

M. Larrey est peu disposé à l'amputation; il pense qu'avant d'y re-

courir, il faudrait tenter les moyens qui ont réussi quelquefois dans l'éléphantiasis commençant, et spécialement des incisions longitudinales profondes, suivies d'une compression méthodique pour chasser la matière infiltrée dans les mailles du tissu.

M. VERNEUIL a eu l'occasion d'examiner plusieurs fois des tumeurs congéniales siégeant sous la peau, qui avaient été enlevées par M. Guersant sur des enfants, et qui offraient des caractères analogues à ceux des tumeurs qui font le sujet de la discussion. Presque toujours il y a trouvé une proportion telle de vésicules adipeuses que ces tumeurs se rapprochaient beaucoup plus des lipômes que du tissu fibreux. Pour le cas de M. Broca, il est peu disposé à le regarder comme de l'éléphantiasis, parce que la peau, quoique adhérente, paraît saine, et que l'éléphantiasis respecte rarement la peau, même dès son début.

M. Verneuil pense qu'on sera forcé de recourir à l'amputation. Si l'on voulait extirper la tumeur en conservant le doigt, on ne pourrait pas ici, comme à la verge, faire des emprunts aux parties voisines pour recouvrir la plaie; il faudrait donc se servir de la peau qui couvre la tumeur, en supposant qu'elle ne soit pas altérée; c'est donc à cette seule condition que l'extirpation pourrait être faite.

En résumé, M. Verneuil conseille de commencer par faire sur le dos du doigt une incision longitudinale qui permettrait de juger si la tumeur peut être disséquée, et, dans ce cas, d'en faire l'extirpation; sinon de pratiquer l'amputation du doigt.

M. GOSSELIN, en réponse à M. Larrey, répète que, selon lui, l'insuffisance des connaissances anatomo-pathologiques porte non pas sur l'éléphantiasis acquis, comme l'est habituellement celui des bourses, mais sur l'éléphantiasis congénial.

M. HUGUIER pense que cette tumeur est formée simplement par une hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire, et qu'elle ne contient pas de graisse. C'est ce qu'il a trouvé sur un orteil qu'il a amputé pour une tumeur semblable. Le derme altéré se confondait avec les parties profondes, sans aucun signe de démarcation, en une masse grisâtre, gélatiniforme, mais plus consistante qu'une gelée, et qui était formée de tissu fibro-plastique contenant de la sérosité. Il n'est pas d'avis des incisions suivies de compression, parce que la compression exercée sur les plaies est une cause d'érysipèle et de gangrène.

M. GUERSANT conseille, avant d'en venir à l'amputation, de suivre l'exemple de Lisfranc, qui, dans l'éléphantiasis des membres, obtenait de bons résultats au moyen des mouchetures nombreuses suivies de la compression.

M. MAISONNEUVE, dans des cas de ce genre, a obtenu de bons résultats de la compression exercée au moyen d'une bande de caoutchouc.

— MM. Fowler et Preterre, dentistes américains, présentent un malade pourvu d'une pièce prothétique de leur invention, dont ils donnent la description suivante. (Voir plus haut)

M. LARREY. La mâchoire artificielle qui nous est présentée est assurément le moyen le plus ingénieux de prothèse imaginé jusqu'ici. Mais d'autres tentatives ont été faites auparavant, et la première peut-être est le masque qui avait été fait pour un blessé du siége d'Anvers, dont j'ai publié la relation (1); je pourrai en présenter le modèle à la Société.

Quant à des prothèses partielles de la mâchoire à la suite de fractures comminutives par des projectiles de guerre, on en a déjà exécuté un certain nombre, et j'ai eu occasion, pour ma part, d'en rapporter un cas remarquable.

Un canonnier avait eu la mâchoire inférieure emportée par un boulet au siége d'Anvers. Un dentiste de cette ville lui fit, pour lui permettre de mâcher et empêcher l'écoulement de la salive, une mâchoire artificielle qui, dans les premiers temps au moins, remplissait bien son but. Une barbe postiche, adaptée à cette mâchoire, masquait assez bien la difformité.

M. MOREL-LAVALLÉE fait observer que la pression des molaires est assez forte, mais que celle des incisives est moindre qu'à l'état normal.

M. CLOQUET voudrait qu'on déterminât quels sont les muscles dont la réunion forme la voûte renversée qui élève la mâchoire inférieure. Il pense qu'il faudra voir quel sera par la suite l'état du malade.

M. FORGET insiste sur la disposition que présente le tissu inodulaire qui s'étend sous forme de demi-cercle d'une cavité glénoïde à l'autre : tissu fibreux ferme, résistant, dont l'organisation se complète au fur et à mesure qu'on s'éloigne de l'époque de l'opération. Cette disposition est constante à la suite des résections de l'os maxillaire; il en a signalé l'existence dans sa thèse inaugurale, en même temps que l'utilité, qui est d'offrir un point d'appui à la langue dans les divers mouvements qu'elle exécute, et de fixer le moignon résultant de la résection partielle, en rétablissant en quelque sorte la continuité de l'os maxillaire. L'existence de ce tissu est surtout très-importante dans le cas de M. Maisonneuve, sans contredit un des plus beaux exemples de la chirurgie réparatrice, en ce qu'il offre une base solide sur laquelle vient s'appuyer le bord arrondi de la mâchoire artificielle.

L'indication capitale qui ressort de ce fait s'adresse directement au manuel opératoire, en démontrant la nécessité de laisser dans la solution de continuité le plus possible de périoste, qui devra ultérieurement servir à la régénération partielle du tissu osseux, et donner ainsi plus de solidité au plan fibreux cicatriciel qui joue un si grand rôle dans l'agencement du moyen prothétique dont nous voyons sur l'opéré de notre collègue une si ingénieuse application.

Il n'est pas moins utile, ajoute M. Forget, de ménager avec le plus grand soin les muscles qui meuvent la mâchoire; car en se confondant par leurs extrémités tronquées dans le tissu cicatriciel, en y adhérant intimement, ils trouvent à exercer leur action très-utilement dans les mouvements alternatifs qu'ils impriment d'une façon médiate à la mâchoire artificielle.

M. Forget se préoccupe ensuite de ce qui pourra arriver ultérieurement. Il se demande si les effets de la rétraction consécutive de la cicatrice et des muscles que M. Bégin a signalée, ne viendra pas plus ou moins prochainement détruire l'harmonie si parfaite aujourd'hui entre les dimensions de l'appareil prothétique et celles du plancher buccal. Le corps étranger s'opposera-t-il à cette rétraction d'avant en arrière en forçant le tissu inodulaire contre lequel il repose, de s'allonger pour s'accommoder à l'étendue de sa surface; ou bien cette rétraction, s'opérant progressivement, ne se verra-t-on pas plus tard dans l'obligation de modifier la pièce artificielle, peut-être même d'y renoncer? C'est là un point qu'il est intéressant de ne pas perdre de vue, et M. Maisonneuve pourra éclairer par l'observation secondaire de son opéré.

M. Forget se demande si le mécanisme ingénieux qui supplée si bien à la totalité de l'os maxillaire inférieur pourra s'appliquer également à la résection d'une moitié seulement de cet os.

Il pense qu'en pareil cas il pourrait avoir pour effet, en offrant un point d'appui à l'extrémité tronquée de la moitié restante de la mâchoire, de prévenir le déplacement constant de celle-ci qui a lieu dans les circonstances ordinaires.

Ce déplacement consiste en un mouvement de rotation qui, ayant pour centre l'axe vertical de la branche de l'os, a pour effet de porter vers le côté opposé la moitié de la mâchoire qui entraîne avec elle non-seulement les parties molles extérieures qui constituent la face, mais aussi la langue, le pilier correspondant du voile du palais, l'isthme du gosier, si bien qu'en examinant la cavité bucco-pharyngienne on s'aperçoit que l'ensemble des éléments anatomiques qui la constituent se dévie latéralement et dans la direction de la moitié de la mâchoire qui a été enlevée.

Pourrait-on prévenir ce déplacement en remplaçant par une pièce artificielle ce qui manque de l'os maxillaire?

Je ne sais, ajoute M. Forget, si l'expérience est en mesure de répondre à cette question, mais assurément elle ne tardera pas à être résolue, car l'ablation d'une des moitiés de la mâchoire est un fait de médecine opératoire qui se réalise bien plus souvent que celui de l'extirpation totale de cet os.

Pour ma part, j'ai sous la main un jeune homme à qui j'ai pratiqué il y a dix-huit mois, cette amputation partielle, et auquel, s'il y consent, je me propose de faire appliquer une demi-mâchoire artificielle.

M. MAISONNEUVE répond à M. Cloquet que tous les muscles ayant été soigneusement coupés à leur insertion mandibulaire, ont pu se réunir à l'arc fibreux de la cicatrice, et que c'est à cette réunion qu'est dû l'effet qu'il a signalé.

La Société adresse des remercîments à MM. Fowler et Preterre.

— Le procès-verbal est adopté.

— Sur les conclusions de M. GUERSANT, la Société décide que le travail de M. MIRAULT (d'Angers) sera inséré dans les bulletins;

Elle nomme, à l'unanimité, M. Mirault membre correspondant.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit les ouvrages suivants :

Le hamac, ou nouvel appareil à suspension pour les fractures et les blessures graves du membre inférieur, par M. Scoutetten;

Du traitement de la pourriture d'hôpital au moyen des applications topiques de teinture d'iode, par M. Saurel;

Mémoire sur les fractures des membres par armes à feu, suivi d'observations, pour servir à l'histoire des blessures par armes de guerre, par M. Saurel;

De l'étranglement des hernies abdominales (2e édition), par M. Broca.

Des remercîments sont adressés aux auteurs de ces envois.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

(1) *Histoire chirurgicale du siége de la citadelle d'Anvers*, 1833.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 3 décembre, l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille vient d'être réorganisée de la manière suivante :

Professeurs titulaires.

Anatomie et physiologie. — M. Fabre.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Morisson.
Clinique externe. — M. Parise.
Pathologie interne. — M. Pilat.
Clinique interne. — M. Cazeneuve.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Binaut.
Matière médicale et thérapeutique. — M. Brigandat.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. Garreau.

Professeurs adjoints.

Clinique externe. — M. Hauzé de l'Aulnay.
Anatomie et physiologie. — M. Arrachard.
Pharmacie et toxicologie. — M. Brauwers.

Professeurs suppléants.

Pour les chaires de médecine proprement dite, M. Bertherant; — de chirurgie et d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants, M. Joire; — d'anatomie et de physiologie, M. Chrétien.

M. Chrétien est nommé chef des travaux anatomiques.

M. Cazeneuve est nommé directeur de ladite Ecole.

— Par arrêté en date du 29 novembre, M. Michel, agrégé en exercice près la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé professeur titulaire de médecine opératoire à ladite Faculté.

M. Jacquemin, agrégé près l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg, est chargé du cours de chimie à ladite Ecole (chaire vacante).

— Par arrêté en date du 9 décembre, ont été nommés juges du concours qui s'ouvrira à Strasbourg le 2 janvier prochain pour deux places d'agrégés stagiaires près cette Faculté : MM. Coze, président; Forget, Sédillot, Rigaud, Schutzenberger et Stœber, professeurs à ladite Faculté; Hergott, agrégé.

MM. Rameaux, Tourdes, Michel et Hirtz, sont nommés juges suppléméntaires.

— Par un second arrêté, en date du même jour, les juges du concours qui s'ouvrira à Montpellier le 2 janvier prochain pour quatre places d'agrégés stagiaires, ont été désignés comme suit :

MM. le docteur Donné, recteur de l'Académie, président; Boyer, Bouisson, Dupré, Alquié et Anglada, professeurs à la Faculté; Bourrely, agrégé.

Ont été nommés juges supplémentaires : MM. Golfin, Dumas, Jaumes et Courty.

— Par décret du 29 novembre 1856, M. Arcelin, médecin-major du 37e de ligne, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— On annonce la très-prochaine suppression de l'hôpital militaire du Roule, qui sera remplacé par un nouvel hôpital créé à Vincennes.

— M. le professeur Claude Bernard commencera son cours de médecine au collége de France, le mercredi 17 décembre. Il traitera, cette année, de la physiologie et de la pathologie du système nerveux.

SOUSCRIPTION

en faveur des veuves et des orphelins des médecins et pharmaciens de l'armée et de la flotte morts en Orient.

MM. Claude, pharmacien-major à l'hôpital de Thionville, 6 fr.; Dubois, médecin-major, id., 3 fr.; Bouton, médecin-major au 44e de ligne, 6 fr.; un pharmacien anonyme, 12 fr. 50; le docteur Beau, médecin de l'hôpital Cochin, 20 fr.; Frasseto, méd.-major à l'hôpital militaire d'Ajaccio, deux journées de solde, 15 fr. 55; Perrin, pharm.-major, id., 15 fr. 55; Blondeau, méd. aide-major, id., 12 fr. 55; Chevalier, pharm. aide-major, id., 10 fr. 17; Chapuis, méd. aide-major au 91e de ligne, id., 12 fr. 56; Malapert, méd. principal à l'hôpital de la Rochelle, 10 fr.; Garreau, médecin principal, id., 10 fr.; Gillet, pharm.-major, id., 5 fr.; de Monteze, pharm. aide-major, id., 5 fr.; Bailleux, méd.-major, id., 5 fr.; l'abbé Duret, aumônier, id., 2 fr.

Souscription ouverte à Lille par la Société centrale de médecine du département du Nord, montant à 501 fr., et dont voici le détail :

Bureau de la Société. — MM. Pucelle, doct., président, 10 fr.; Bailly, doct., vice-président, 5 fr.; Meurcin, pharm., secrétaire général, 5 fr.; Simon, pharm., bibliothécaire, 5 fr.; Despinoy, pharm., trésorier, 5 fr.; Dewacle, méd., secrétaire des consultations gratuites, 5 fr.

Professeurs de l'Ecole de médecine. — MM. les docteurs Cazeneuve, directeur, 20 fr.; Binaut, 10 fr.; Morisson, 10 fr.; Parise, 10 fr.; Fabre, 10 fr.; Brigandat, 10 fr.; Garreau, 5 fr., Pilat, 10 fr.; Chrestien, 10 fr.

Officiers de santé militaires. — MM. Murville, chir. princip., 40 fr.; Delmas, 20 fr,; Migno, 5 fr.; Draumon, 8 fr.; Fropo, 8 fr.; Robillard, 10 fr..; Martin, 5 fr.; Rabeau, 4 fr.; Ceisson, 4 fr.; Luique, 4 fr.; Bergerez, 4 fr.; Sohet, 4 fr.; Chaumel, 4 fr.; Lacronique, 8 fr.; Chaumeron, 5 fr.; Sergent, 4 fr.

MM. Legrand (Pierre), avocat, membre du corps législatif, 5 fr. Demesmay, agriculteur propriétaire, 5 fr..

Médecins et pharmaciens civils. — MM. Charles, médecin vétérinaire, 5 fr.; Loiset, id., 5 fr., Pommeret, id., 5 fr.; Godefroy, 5 fr.; Castelain, 5 fr.; Bertherand, 5 fr.; Masurel, 5 fr.; Bruneau, 5 fr.; Staes, 5 fr.: Dujardin, 5 fr.; Delezenne, 5 fr.; Carton, 5 fr.; Brequin, 5 fr.; Lotar, 5 fr.; Vanderhaghem, 5 fr.; Cannissié, 5 fr.; Germain, 5 fr., Dambresse, 10 fr.; Barillet, 5 fr.; Capelle, 5 fr.; Caron, 5 fr.; Dervo, 5 fr.; Waché, 5 fr.; Jean, 5 fr.; Tropia, 5 fr.; Disespringalle, 5 fr.; Douchet, 5 fr.; Coustenoble (V.), 5 fr.; Mulle, 20 fr.; Faucher, 5 fr., Doyen, 5 fr.; Boutillier, 5 fr.; Dubiez, 5 fr.; Olivier père, 5 fr.; Olivier fils, 5 fr.; Dupas, 5 fr.; Capron, 2 fr.; Dupont, 5 fr.; Mauviez, 5 fr.; Joire (A.), 10 fr.; Six, 2 fr. — Total, 651 fr. 88 c.

Le total général des souscriptions recueillies jusqu'au 10 décembre s'élève à 15,011 fr. 14 c.

A Lille et à Tours, tous les membres du corps médical, presque sans exception, médecins et pharmaciens civils ou militaires, ont pris part à la souscription.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Agenda médical pour 1857, à l'usage des médecins, pharmaciens et vétérinaires, contenant : 1° un Memento du praticien pour l'emploi des médicaments dangereux, des principales formules officinales et magistrales, et des agents nouveaux, par le Dr Alph. CAZENAVE, médecin de l'hôpital St-Louis, etc.; 2° la Revue thérapeutique de 1856, recueil des formules de l'année, par le Dr A. FOUCART; 3° un Résumé pratique des eaux minérales, contenant leur classification méthodique, ainsi que la désignation des maladies ponr lesquelles on les prescrit avec le plus de succès, par M. Constantin JAMES, auteur du *Guide pratique aux eaux minérales et aux bains de mer*; 4° l'Extrait du décret impérial en date du 22 août 1854, en ce qui concerne les Facultés et Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie en France. — Plus, un calendrier à deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires de Paris et des environs; le service médical de la maison de l'Empereur; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins des prisons; les médecins des bureaux de bienfaisance; les médecins inspecteurs et vérificateurs des décès; les médecins inspecteurs des eaux minérales; les maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et Ecoles préparatoires de médecine de France, avec le nom de MM. les professeurs; l'Ecole de pharmacie, l'Ecole vétérinaire d'Alfort; l'Académie de médecine, la Société de chirurgie et autres Sociétés; le Conseil d'hygiène publique et de salubrité, et les commissions d'hygiène; la liste des poisons et contre-poisons, avec l'indication des secours à administrer aux noyés et asphyxiés; des modèles de rapports et certificats; la liste par ordre alphabétique des substances actives et toxiques qui ne doivent pas être délivrées sans ordonnance du médecin; les chemins de fer, avec le nom des stations où ils s'arrêtent; le tableau des rues de Paris, etc. Format in-18 de 430 pages, dont 190 de calendrier et 240 de renseignements utiles. — Prix, broché : 1 fr. 75 cent. à Paris, et 2 fr., *franco* par la poste; divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille : 3 fr., *franco* par la poste. Prix, relié, suivant le luxe des reliures : de 3 à 9 fr.

Paris, chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

— *Nota.* Les exemplaires reliés ne pouvant être expédiés par la poste, MM. les médecins sont priés de les faire demander par l'intermédiaire des libraires de leur localité.

LE SOUSS.

Paris, — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 147. — MARDI 16 DECEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 147. — MARDI 16 DECEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 ». Un an. . . 30 ».

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 15 DÉCEMBRE 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a entendu la lecture d'un mémoire de M. Bonnafont, sur l'emploi du séton filiforme aidé de la compression dans le traitement des tumeurs abcédées et en particulier des bubons. On trouvera dans le compte rendu une analyse de ce mémoire avec quelques données statistiques, qui peuvent permettre d'apprécier, par la durée de ces tumeurs à la suite des divers modes de traitements qui ont été mis en usage, la valeur comparative de ces diverses méthodes.

Parmi les communications relatives à la médecine, qui ont été faites dans cette même séance, nous n'avons guère à signaler qu'une note de M. Ch. Meininger, sur l'existence de cils anormaux, considérés comme causes d'ophthalmies, et sur la nécessité de les extirper pour faire cesser tous les phénomènes inflammatoires qu'ils entretiennent.

En dehors des sujets médicaux proprement dits, il a été fait par le président de l'Académie, M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire, une communication de nature à intéresser ceux de nos lecteurs qui, de près ou de loin, en savants ou en amateurs, s'occupent de quelque branche d'histoire naturelle, et généralement tous ceux qui aiment à être tenus au courant des événements et des progrès généraux des sciences. M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire a lu à l'Académie l'extrait d'une lettre de M. de Monsigny, envoyé plénipotentiaire de France à Siam, l'informant qu'il vient de signer avec les souverains siamois un traité dans lequel il a stipulé des conditions spéciales d'immunités pour le corps des savants : « Tout savant, tel que naturaliste ou autre, voyageant pour les progrès des sciences, dit le traité, pourra aller partout dans le royaume de Siam, au Laos et au Cambodge, et les autorités siamoises lui devront tous les soins et bons offices de nature à l'aider dans l'accomplissement de sa mission. » Nos savants pourront donc dès à présent parcourir sans obstacle les vastes régions qui composent aujourd'hui ce royaume, l'un des moins connus du globe, et qui est considéré par les voyageurs comme un des plus riches en produits naturels.

Une autre lettre de M. Capanema, ancien commissaire général du Brésil à l'Exposition universelle de 1855, fait également savoir au président de l'Académie des sciences que le gouvernement brésilien vient d'instituer une commission nationale qui aura mission d'explorer le pays. La commission, divisée en cinq sections (zoologie, botanique, minéralogie et géologie, astronomie physique et ethnographie), va commencer ses travaux par des provinces encore peu connues, Ceara, Piauhy, Goyas, etc. La science ne peut que gagner à l'exécution de cette mesure. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. RAYER.

Kyste de l'ovaire, uniloculaire; ponctions antérieures; reproduction du liquide; injection iodée; réduction très-grande du kyste; santé générale très-bonne depuis deux ans.

L'observation suivante, communiquée par M. Laboulbène à la Société de biologie, et que nous empruntons aux comptes-rendus de cette Société, eût été intéressante en tout temps ; elle présente un intérêt tout particulier aujourd'hui comme document à l'appui de la question qui se débat en ce moment devant l'Académie de médecine.

Anne R..., âgée de quarante-huit ans, blanchisseuse, bien constituée, issue de parents doués d'une bonne santé, n'a pas eu de maladies sérieuses pendant son enfance. A l'âge de dix-neuf ans, elle est entrée dans un hôpital pour une suppression de règles, qui s'était produite parce qu'elle avait mis ses pieds dans l'eau froide au moment où elles venaient de se montrer. Des ventouses et des applications de cataplasmes chauds les firent reparaître.

A l'âge de vingt et un ans, elle eut son premier enfant ; treize mois après, elle accoucha d'un fœtus mort-né ; à vingt-quatre ans, elle eut un dernier enfant. Mariée à vingt-sept ans, elle ne fut pas heureuse, et c'est à partir de ce moment qu'à la suite de mésintelligences dans son ménage, ses règles se supprimèrent à diverses reprises.

Dès les premiers jours de 1834, aménorrhée à la suite d'une querelle ; la malade se croit enceinte, et son mari, qui désirait vivement un enfant, cesse momentanément de la maltraiter.

Depuis cette époque apparaissent plusieurs érysipèles, les dents se carient et tombent pour la plupart après avoir causé de vives douleurs ; la santé générale, jusque-là excellente, s'altère sensiblement ; l'appétit devient irrégulier. Enfin, des élancements ont lieu dans le côté droit et inférieur de l'abdomen, et la malade, en y portant la main, s'aperçoit pour la première fois d'une tumeur à peu près grosse « comme une petite tête d'enfant. » Elle assure qu'elle a beaucoup plus souffert dans l'abdomen vers le temps où elle s'est aperçue de la présence de la tumeur, que plus tard, quand elle avait le kyste ovarique distendu par du liquide.

En 1835, les règles, au lieu d'être peu abondantes et variables dans leur apparition, comme l'année précédente, sont revenues à des époques fixes ; mais les douleurs prennent un tel caractère d'acuité que la malade se décide à entrer à l'hôpital de la Pitié. On lui applique 60 sangues au haut des cuisses ou sur l'abdomen ; elle est saignée à trois reprises différentes. Les douleurs s'apaisent, l'appétit reparaît.

Jusqu'en 1844, elle suit une foule de traitements et fait un grand abus des drastiques, ce qui la fatigue beaucoup ; mais la tumeur reste stationnaire.

En 1845, mauvais traitements éprouvés pendant l'écoulement menstruel, nouvelle suppression qui se prolonge.

L'abdomen grossit, se développe. La malade n'éprouve pas les sensations de ses précédentes grossesses. Elle consulte une sage-femme qui lui dit qu'elle est près d'accoucher. Conservant des doutes, Anne se présente à la Maternité, les élèves la confirment dans l'idée d'une grossesse ; le lendemain, M. P. Dubois ne partage pas cet avis, et il fait entrer cette femme à la clinique d'accouchements, où elle ne reste que peu de temps. Elle y revient l'année suivante, le 27 août 1846 ; et, pour la première fois, elle entend dire par M. Cazeaux qu'elle a un kyste de l'ovaire.

M. Cazeaux ponctionne le kyste le 22 septembre 1846. L'abdomen était très-développé ; il sort beaucoup de liquide ; on ne fait pas d'injection, et le liquide sorti « marquait sur le linge comme du café, » dit la malade, qui ne varie pas à ce sujet.

Elle quitte l'hôpital plusieurs mois après la ponction, amaigrie, éprouvant toujours des douleurs, des tiraillements épigastriques et intestinaux ; le liquide s'était reproduit en faible quantité.

Près de cinq années s'écoulent sans accidents ; mais, dans le courant de la dernière, le kyste se remplit de nouveau, et en même temps réapparaissent les douleurs épigastriques, l'amaigrissement.

En mai 1851, deuxième ponction faite à la Clinique par M. P. Dubois. La malade nous assure qu'on n'a pu tirer que 4 ou 5 litres de liquide. Elle ne sait point quelles étaient sa consistance et sa coloration. L'abdomen était resté très-développé. Elle sort deux jours après la ponction, malgré tous les conseils qu'on lui donne pour la retenir.

De 1851 à 1854, la malade est toujours souffrante ; l'abdomen se distend beaucoup. Des douleurs rhumatismales musculaires tourmentent à diverses reprises cette femme, qui va revoir M. Cazeaux. Elle entre à l'hôpital de la Charité le 4 septembre 1854.

Etat actuel. — Visage amaigri, extrémité inférieure des jambes légèrement œdématiée. Toutes les fonctions s'exécutent assez régulièrement, ainsi que la menstruation. Toutefois, gêne notable éprouvée par les organes de la respiration et par ceux de la digestion ; gêne causée par le kyste ovarique dont nous allons nous occuper.

L'abdomen est très-volumineux, tendu. Les parois non œdématiées présentent des veines dilatées très-apparentes. La forme est assez exactement arrondie, et n'offre pas de bosselures sensibles ni de saillie plus marquée à droite qu'à gauche.

Les divers points de cette surface lisse donnent une matité absolue à la percussion, et la sensation très-nette de fluctuation en percutant d'un côté avec un seul doigt, l'autre main étant appliquée à plat sur un point opposé. Pas de frémissement. Son clair à gauche et sur le côté, où doivent, par conséquent, être les anses intestinales en partie refoulées.

Col utérin difficile à atteindre, paraissant sain au toucher. Douleurs dans la région lombaire. Mictions fréquentes ; urines normales.

PROJET DE FONDATION

D'UNE CAISSE DE RETRAITES, DE RENTES VIAGÈRES

et de crédit personnel.

Un de nos honorables confrères, M. le docteur Malatier, nous communique un projet de fondation d'une caisse de retraites, de rentes viagères et de crédit personnel pour le corps médical de France, sur lequel nous nous empressons d'appeler l'attention de nos lecteurs.

L'énoncé seul de ce projet nous paraît suffire pour mettre tous les lecteurs à même d'apprécier sa valeur et l'opportunité de son exécution. Son dispositif peut se passer d'ailleurs de tout exposé de motifs et de tout commentaire. Le voici :

Considérant que la corporation médicale se compose d'un grand nombre de personnes;

Considérant qu'il serait avantageux pour ladite corporation de profiter des bénéfices qu'offrent aux compagnies financières les placements en viager, assurances sur la vie, etc.;

Considérant que la corporation médicale ne peut pas s'éteindre comme une compagnie particulière composée d'un petit nombre d'individus groupés pour quelques années seulement par des motifs d'intérêt ; qu'elle est destinée, au contraire, à exister pendant des siècles et à s'enrichir du plus en plus, à mesure que sa caisse des retraites sera plus ancienne et que les versements seront plus nombreux ;

Considérant que les richesses accumulées par la mort successive des rentiers permettront à la Société de prévoyance du corps médical de donner une rente convenable pour un capital peu élevé, et en même temps des secours ou prêts d'honneur à ceux de ses membres qui en auraient besoin ;

Considérant que l'Association des médecins de Paris et du département de la Seine, trop étroitement limitée par ses statuts constitutifs pour produire tout le bien qu'elle contient en germe, comme toutes celles qui s'établiront sur son modèle, véritables bureaux de charité qui ne répondent pas à tous les besoins de dignité et de noble indépendance qui existent dans le corps médical ;

Considérant qu'il sera toujours possible de réunir plus tard ces éléments épars d'une bienfaisance qui ne devrait pas avoir d'autres limites que les propres limites du bien à faire et de la possibilité de le réaliser ;

Considérant que ces œuvres de bienfaisance, fondées et soutenues par le dévouement d'une respectable minorité, n'auront nullement à souffrir de l'institution nouvelle qui, loin de leur faire concurrence et d'apporter un rouage inutile, vient, au contraire, combler des lacunes très-regrettables laissées par elles ;

Par ces divers motifs, et sans s'arrêter à des objections mal fondées : Une caisse de retraites, de rentes viagères et de crédit personnel pour les membres de la corporation médicale serait instituée à Paris.

Un directeur provisoire de cette institution aurait tous les pouvoirs nécessaires à une bonne administration, jusqu'à la première assemblée générale, qui s'occuperait de l'élection des membres du conseil d'administration et du conseil de surveillance. En attendant cette assemblée générale, la direction actuelle pourrait s'adjoindre toutes les personnes jugées nécessaires pour arriver à une prompte organisation de la Société et à une bonne administration des premiers versements.

Les capitaux placés en rentes viagères seront garantis par le dépôt des titres nominatifs de rente entre les mains d'un notaire ou d'une personne notable de la corporation au choix du rentier, jusqu'à ce que la Société possède des propriétés représentant une valeur double, au moins, de celle des capitaux placés.

Dans le cas où ces rentes ne seraient pas payées exactement, le rentier dont la confiance serait ébranlée pourra retirer les titres déposés.

Le taux de la rente à servir pour les capitaux versés sera basé sur le tarif de la caisse des retraites instituée par le gouvernement, mais il n'y aura pas de limites pour le maximum de la rente.

Afin de couvrir les frais de gestion et la différence entre l'intérêt ordinaire du capital versé par le rentier et le montant beaucoup plus élevé de la rente viagère servie par la caisse de prévoyance, il sera émis des billets ou obligations de dévouement de 10, 20, 40, 100, 500 et 1,000 francs, remboursables sans intérêts déterminés, par voie de tirage au sort, lorsque les capitaux versés par les rentiers seront suffisants pour assurer le service des rentes.

Le remboursement du capital des billets de dévouement restera constamment assuré ; seulement il ne pourra se faire qu'à une époque plus ou moins éloignée.

Cependant, les titulaires pourront faire l'abandon de ce capital en faveur de la Société, en remettant à la caisse les billets ou obligations de dévouement. Les noms des donateurs et bienfaiteurs seront inscrits sur le livre d'or de la Société.

Les capitaux, placés en rentes viagères immédiates, ne seront reçus qu'en proportion de la somme des intérêts provenant des billets ou obligations de dévouement, etc., etc.

Poitrine sonore, organes thoraciques n'offrant rien de particulier. Appétit modéré; alternatives de constipation et de dévoiement. Sommeil léger, interrompu par des rêvasseries.

Le diagnostic n'étant pas douteux et le kyste ovarique, dont le développement avait commencé à droite, paraissant uniloculaire et dans de bonnes conditions, la malade désirant vivement la ponction, et celle-ci devenant urgente à cause de la gêne éprouvée dans la respiration, M. Rayer fait ponctionner la malade et autorise une injection iodée si le liquide renfermé dans ce kyste ne présente pas de contre-indications par sa couleur ou sa densité.

Le 15 septembre 1854, la malade, dont le pouls est à 64 pulsations le matin et qui a été purgée la veille, est opérée à neuf heures et demie par M. Giraldès. Le liquide sorti est clair, citrin, fortement albumineux. On retire quatorze litres de ce liquide, et on injecte une solution composée de la manière suivante :

Eau distillée.	100	grammes.
Teinture d'iode..	100	—
Iodure de potassium. . . .	20	—

Une faible partie du liquide injecté est laissée dans le kyste.

L'abdomen de la malade est ensuite matelassé de charpie et contenu avec un bandage en diachylon, dont les deux chefs présentent des digitations qui s'emboîtent réciproquement.

La malade est tenue au bouillon dans la journée et prend 0,05 d'opium en quatre pilules.

Presque aussitôt après l'opération, Anne s'est plainte spontanément d'un mauvais goût à la gorge.

A dix heures, j'examine les urines, et j'y trouve de l'iode en grande quantité. Il est abondant dans la salive.

Le soir, le pouls est à 68, la malade est en bon état.

Le samedi 16, l'iode est dans toutes les émissions d'urines faites depuis l'opération et dans la plupart des liquides excrétés. Il n'existe pas sensiblement dans les larmes dont la malade provoque la sécrétion. Le liquide lacrymo-nasal qui s'écoule contient cependant de l'iode.

La sueur axillaire et le mucus vaginal ne présentent pas de réaction iodique avec le moyen chimique employé pour trouver l'iode. Ce moyen consiste en un papier amidonné trempé dans le liquide expérimenté, et touché ensuite avec une légère quantité d'acide nitrique. Celui-ci fait apparaître l'iodure d'amidon, qui présente une coloration d'un bleu violet.

Dans la journée, la malade a toujours un goût salé à la gorge et une sensation de sécheresse.

Le soir, fièvre; 120 pulsations: douleurs abdominales; envies de vomir. Je desserre le bandage.

Dans la nuit, il y a une selle très-peu abondante.

Le 17, 92 pulsations. La malade est mieux ce matin. Je desserre encore un peu le bandage. — Bouillon; opium en pilules, 10 centigr.

La nuit est bonne; les douleurs ont cessé. L'urine ne renferme qu'une très-faible quantité d'iode.

Le 18, pouls à 72. La malade se trouve extrêmement bien. Elle est gaie et n'éprouve qu'un peu de douleur abdominale à la pression. Elle est très-contente d'être opérée et demande des aliments. — Deux bouillons; deux potages.

L'urine, à deux heures de l'après-midi, offre encore des traces d'iode; à cinq heures du soir elle n'en offre plus.

Le 19, 68 pulsations. Le mieux continue. Quelques légères douleurs abdominales. Ce matin, mauvais goût à l'arrière-bouche seulement; appétit. — Une côtelette.

Le 20, le mieux persiste. — Huile de ricin, 60 grammes; une portion d'aliments.

La malade sort le 29 septembre, munie d'une ceinture hypogastrique.

J'ai fait revenir la veuve Anne R... dans le service de M. Rayer, pour y être examinée, six mois après l'opération. MM. Rayer et Giraldès ont constaté ainsi que moi-même l'absence de liquide et l'existence d'une tumeur située dans le flanc droit, mal délimitée, ayant le volume d'une tête d'adulte, indolente à la pression. La malade a repris de l'embonpoint. Elle est très-gaie; son appétit est revenu; les douleurs à l'épigastre ont disparu, et à part une sensation de pesanteur dans l'abdomen et ses douleurs rhumatismales, jamais elle ne s'est mieux portée.

Cette femme est revenue à la Charité le 9 novembre 1856, sur l'invitation de M. Rayer. Elle se porte très-bien; elle a de l'embonpoint et remercie l'opérateur. Les règles manquent parfois, mais sans faire éprouver alors les vives douleurs qu'elle a jadis ressenties.

Il existe dans le côté droit de l'abdomen une tumeur facile à délimiter, de la grosseur d'une tête de fœtus ou à peine plus grosse, constatée par MM. Rayer, Velpeau, Giraldès, Cazeaux, Broca, MM. les élèves du service et par moi-même. Cette tumeur ne paraît pas fluctuante, mais solide, et ne cause pas de douleurs à cette femme.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. NÉLATON.

Sur trois espèces de tumeurs peu communes.

(Observations recueillies par M. E. NÉLATON, interne des hôpitaux. Examen de la structure des tumeurs par M. le Dr Ch. ROBIN.)

OBS. I. — *D'une forme singulière de tumeur du doigt.*

Un jeune Espagnol d'une quinzaine d'années, bien portant du reste, est affecté de trois petites tumeurs échelonnées sur la face palmaire de l'annulaire gauche, et dont le début remonte à quelques mois. Ces trois tumeurs sont sous-cutanées, indolentes, résistantes au toucher; elles n'entravent pas encore les fonctions du doigt. La plus volumineuse atteint à peine la grosseur d'une noisette, et se trouve située au niveau de la première phalange; elle paraît avoir une certaine mobilité sur les parties profondes, mobilité cependant incomplète et probablement trompeuse.

Les deux autres tumeurs se trouvent, l'une au-devant de la deuxième phalange, l'autre au-devant de l'articulation métatarso-phalangienne, et paraissent l'une et l'autre évidemment mobiles, roulant sous la peau. Cette mobilité est indépendante des mouvements des tendons fléchisseurs.

M. le professeur Nélaton, décidé à pratiquer l'ablation de ces singulières tumeurs, et voulant d'un autre côté rendre l'opération aussi simple que possible, éviter les délabrements trop étendus, se propose de la pratiquer en deux fois.

Une première fois, il enlève avec facilité, à la faveur de deux petites incisions longitudinales, les deux tumeurs mobiles, assez éloignées l'une de l'autre.

Quelques semaines après (le 8 juillet 1856), la cicatrisation étant achevée, il procède à l'ablation de la troisième tumeur, après une incision longitudinale de la peau de 2 à 3 centimètres.

Cette seconde opération fut plus délicate et assez difficile, à cause de l'adhérence intime de la tumeur à toute la portion fibreuse de la gaîne tendineuse, qu'il fut complétement impossible d'épargner, et que l'on dut ouvrir largement en mettant à nu le tendon, sous peine de ne pas enlever toute la tumeur. On rapproche, à l'aide du sparadrap, les deux lèvres de la plaie au-devant du tendon dénudé, et l'on soumet le doigt à une irrigation continue.

Disons de suite que malgré la dénudation des tendons, la cicatrisation s'opéra en quelques jours et sans compromettre aucunement les mouvements du doigt. Aujourd'hui, plus de trois mois après l'opération, les mouvements s'opèrent facilement, les usages des tendons sont entièrement recouvrés, et il n'y a pas apparence de récidive.

La tumeur, examinée à l'œil nu, est d'un gris rosé, offre une surface lobulée bien circonscrite, nullement adhérente au tégument, fortement adhérente, au contraire, à la portion de gaîne synoviale qui a été enlevée avec elle, et dont la surface, parfaitement lisse, est facilement reconnaissable. Il est aisé de reconnaître également que la production morbide était toute extérieure à la gaîne tendineuse, et ne pénétrait nullement dans sa cavité. Sa consistance est à peu près celle de la membrane musculaire.

Examen de la structure intime du tissu. — Ce tissu est composé d'une trame de fibres de tissu cellulaire écartées les unes des autres, non réunies en faisceaux, si ce n'est par places en certains points de la portion la plus superficielle de la tumeur. Par rapport à la masse de la tumeur, cette trame ne représente guère que le huitième environ du tissu morbide. Des vaisseaux capillaires assez nombreux parcourent les portions de tissu placées sous le microscope. La moitié environ de la masse du tissu est composée de noyaux libres fibro-plastiques, sans cellules proprement dites de cette espèce. Tous les noyaux étaient ovoïdes allongés; la plupart manquaient de nucléole. On trouvait avec eux quelques corps fusiformes fibro-plastiques, mais peu nombreux. Les noyaux sont disposés les uns par rapport aux autres à peu près tous dans la même direction, et enchevêtrés avec les corps fusiformes dans le sens de la longueur de ceux-ci, dont la direction est également parallèle à celle des noyaux.

Cette disposition des noyaux, fréquente dans les tumeurs de même structure que celle-ci, donne aux préparations un aspect tout particulier. Cet aspect reçoit encore un cachet spécial de la présence d'une grande quantité de matière amorphe finement et uniformément granuleuse; elle est interposée aux éléments précédents. Ces derniers paraissent comme plongés au sein de cette matière amorphe qui les englobe et les empâte en quelque sorte; qui les tient écartés les uns des autres, en même temps qu'elle les unit entre eux. Cette matière amorphe représente presque le quart de la masse totale.

Ainsi ces tumeurs doivent être appelées fibro-plastiques, d'après ce fait que les éléments de ce nom composaient plus de la moitié de la masse de leur tissu. Mais en donnant cette détermination, il importe de se rappeler cette notable quantité de matière amorphe donnant au tissu vu à l'œil nu une sorte de demi-transparence et sa mollesse particulière, et donnant au tissu placé sous le microscope un aspect spécial dont la vue seule peut donner une notion précise.

OBS. II. — *Tumeur du fémur d'aspect encéphaloïde.*

Une jeune femme de trente-deux ans, bien constituée, bien portante jusque-là, vient à Paris dans les premiers jours de mars 1856 pour se faire traiter d'une tumeur volumineuse de la cuisse droite, qu'elle vit débuter par la partie antérieure du membre il y a à peine deux mois et demi; depuis lors, cette tumeur prit un développement rapide, mais sans jamais causer aucune douleur.

Elle s'étend depuis les condyles jusqu'à la partie moyenne du fémur, auquel elle paraît adhérer intimement; elle soulève les parties molles sur toute la circonférence du membre, qui présente ainsi à ce niveau un renflement fusiforme et rénitent de 48 centimètres de diamètre; on sent même à la partie antérieure une fluctuation vague et profonde; mais une ponction exploratrice ne donne issue qu'à quelques gouttes de sang; les téguments sont encore sains, mais légèrement distendus, et laissant voir au-dessous d'eux quelques veines dilatées.

M. Nélaton diagnostiqua une tumeur cancéreuse, et pratiqua le 6 mars l'amputation de la cuisse, à laquelle la malade succomba au bout de quelques jours.

La tumeur, qui a été présentée à la Société anatomique, offrait à la coupe un aspect homogène, une coloration d'un gris rosé, une consistance médiocre; elle se trouvait entourée de tous côtés par les muscles de la cuisse refoulés vers la périphérie. Non adhérente à ces muscles, elle adhérait au contraire, quoique assez légèrement, à la surface extérieure de la diaphyse fémorale; cette diaphyse elle-même conservait son épaisseur et sa structure normales, mais offrait en bas et en avant une perforation de 2 à 3 centimètres de diamètre, au travers de laquelle le tissu accidentel pénétrait dans le canal médullaire, où il était facile de distinguer sa limite supérieure vers la partie moyenne de l'os; en deçà du point où avait porté le trait de scie. Cette perforation circonscrite de la diaphyse semble bien indiquer que la tumeur a pris naissance dans le canal médullaire pour se répandre ensuite au dehors.

Examen de la structure du tissu morbide. — Le tissu de la tumeur était grisâtre ou d'un gris rosé. Sa consistance était un peu supérieure à celle de la moelle normale; mais il était friable, se réduisait en fragments ou en pulpe par la pression ou la malaxation.

Ce tissu était remarquable par l'uniformité et la simplicité de sa constitution anatomique. Des éléments de la moelle dits *médullocelles*, une assez grande quantité de matière amorphe finement granuleuse et des capillaires, tels étaient les éléments qu'on y trouvait. L'arrangement réciproque de ces derniers était des plus simples, comme le fait prévoir leur énumération succincte. Les médullocelles étaient accumulées les unes contre les autres, maintenues à la fois réunies et séparées par la matière amorphe assez ferme mentionnée plus haut. Les vaisseaux étaient tous capillaires et formaient des mailles polygonales, qui ne différaient de celles qu'on observe dans la moelle normale qu'en ce que par place elles étaient irrégulières, nombreuses, donnant au tissu une coloration rouge plus prononcée qu'ailleurs.

Quant aux médullocelles, la plupart appartenaient à la variété noyaux libres, et un petit nombre seulement à la variété cellule complète.

Ces noyaux libres étaient semblables à ceux qu'on trouve dans le tissu normal de la moelle; toutefois ils en différaient en quelques points secondaires. Ils étaient sphériques, à contours plus réguliers qu'à l'état sain, et la plupart avaient un diamètre de 6 à 7 millièmes de millimètre, c'est-à-dire supérieur environ d'un millième de millimètre à la plupart de ceux de la moelle saine. Ils offraient aussi un aspect plus régulièrement globuleux. Leurs granulations intérieures étaient telles qu'on les trouve normalement, et aucun de ces noyaux ne possédait de nucléole, bien que quelquefois dans des tumeurs analogues quelques-uns de ces noyaux en présentent un ou deux petits et brillants.

Quant aux médullocelles de la variété cellule, elles étaient fort peu nombreuses, ainsi que je l'ai dit, et n'offraient aucune particularité digne d'être notée. Chacune contenait un ou quelquefois deux noyaux semblables aux noyaux libres.

Ainsi cette tumeur nous offre un exemple remarquable de tumeur formée par hypergénèse ou multiplication exagérée d'une espèce normale d'élément anatomique, les cellules propres du tissu de la moelle des os; d'une tumeur provenant de ce tissu et ayant déterminé la résorption et la perforation de l'os.

Cet exemple vient se joindre à nombre d'autres pour montrer que la faculté d'*éroder*, de *ronger* et d'envahir les tissus voisins n'est pas une propriété inhérente à certains éléments anatomiques, et dont seraient privés les autres; elle vient montrer aussi que cette propriété n'est pas non plus une faculté spéciale différente de celles qu'on observe sur toutes les espèces d'éléments. Elle n'est qu'une perturbation ou aberration des propriétés de nutrition, de développement et de reproduction de telle ou telle espèce de cellule, de fibre, etc..... Celles-ci venant à se multiplier outre mesure, à se développer plus rapidement et à se nourrir plus énergiquement qu'à l'état normal et que les éléments voisins, la corrélation entre ces diverses propriétés des éléments est rompue. Dès lors, l'espèce qui offre ces dernières au degré d'intensité le plus prononcé comprime les autres et en détermine bientôt l'atrophie et la résorption, puis en même temps en prend la place et les envahit.

Ce fait élémentaire, de la vérité duquel l'embryogénie des éléments donne la démonstration et dont il est la source, étant une fois connu, l'interprétation des phénomènes morbides causés par les tumeurs, selon leur siége, prend une netteté qu'il n'offre pas généralement.

OBS. III. — *Tumeurs du cuir chevelu.*

Au mois d'avril 1856, M. le professeur Nélaton fut consulté en ville pour un enfant de cinq ans, portant depuis deux mois sur le cuir chevelu trois tumeurs saillantes à l'extérieur, dures, indolentes, mobiles sur l'aponévrose épicrânienne, à base circulaire parfaitement circonscrite, à surface lisse, arrondie, représentant un segment de sphère un peu aplati et faisant corps avec le cuir chevelu qu'elle soulève.

La principale de ces tumeurs occupe la région sincipitale et peut avoir 6 centimètres de largeur sur 2 centimètres d'épaisseur; les deux autres offrent à peine un centimètre dans leur plus grand diamètre.

Il y a engorgement de quelques ganglions mastoïdiens.

M. Nélaton porte un mauvais pronostic sur ces tumeurs, qu'il croit de nature cancéreuse; néanmoins il se décide à pratiquer l'ablation de la tumeur la plus volumineuse à l'aide d'une incision circulaire, après laquelle elle fut facilement séparée de l'aponévrose épicrânienne.

Une coupe verticale de la tumeur montre qu'elle est composée de deux couches bien distinctes par leur coloration, mais d'une consistance à peu près égale et comparable à celle du tissu fibreux. La couche profonde est rougeâtre, évidemment vasculaire; la couche superficielle est d'un blanc jaunâtre, homogène, non vasculaire ou à peine vasculaire, intimement adhérente à la face profonde du cuir chevelu (qu'on distingue cependant encore très-nettement). Cette couche offre la coloration et l'aspect extérieur du tissu graisseux sous-cutané du cuir chevelu; sa coupe est seu-

lement plus uniforme, non interrompue par des faisceaux fibreux. Elle s'étend de la face profonde de ce dernier jusqu'au niveau et un peu au-dessous des bulbes pileux qui sont plongés dans son épaisseur, comme ils le sont normalement dans le tissu adipeux dont ce produit morbide a pris la place. A ce niveau, elle se continue avec la couche rougeâtre précédente, sans démarcation autre que celle qui provient de la différence très-tranchée de la coloration.

L'enfant fut cependant soumis sans succès à un traitement anti-syphilitique (iodure de potassium, 0,50) quelques jours après l'opération. En effet, les deux tumeurs restantes, qui avaient d'abord sensiblement diminué pendant toute la durée de l'état général assez grave qui suivit l'opération, ne tardèrent pas à reprendre leur marche, lorsque les accidents du traumatisme se furent dissipés; la plaie ne se cicatrisa pas complétement; il se développa même d'autres tumeurs analogues sur le crâne, et le petit malade succomba trois mois après l'opération à une véritable cachexie déterminée par cette généralisation.

Examen du tissu morbide. — La structure de ce produit morbide était des plus remarquables, si l'on se reporte à l'aspect extérieur, à sa situation dans l'économie et à la marche de la maladie.

Les huit dixièmes environ de la masse du tissu étaient représentés par des noyaux libres, sphériques, ayant les caractères de ceux que j'ai décrits sous le nom de *cytoblastions* (DICTIONNAIRE DE MÉDECINE par Nysten, 10e édition, 1855), et qui sont l'élément prédominant des *tumeurs gommeuses syphilitiques*, du *molluscum*, etc... Ces éléments offraient seulement un volume un peu plus grand que celui qui est habituel, car la plupart avaient 6 millièmes de millimètre de diamètre, au lieu de 4 ou 5 qu'ils offrent habituellement.

Ces éléments étaient accumulés et juxtaposés d'une manière presque immédiate, particulièrement dans la portion profonde et rouge du tissu pathologique. Ici, toutefois, se trouvaient de petits faisceaux de fibres de tissu cellulaire lâches et écartés les uns des autres, entre lesquels se trouvaient les noyaux précédents; il s'y trouvait aussi une notable quantité de capillaires qui étaient pour beaucoup dans la coloration rouge du tissu.

Dans la portion jaune, les capillaires manquaient complétement ou étaient fort rares; aussi le derme qui la recouvrait était-il plus pâle et manifestement moins vasculaire que celui du pourtour de la lésion, mais encore sain, qu'on avait été obligé d'enlever. En outre, il y avait ici entre les noyaux précédents une notable quantité de matière amorphe granuleuse, ou mieux de granulations jaunâtres à contour foncé, à centre brillant, petites, mais nombreuses. Ces granulations étaient certainement pour beaucoup dans la différence de couleur des deux portions de tissu, car elles disparaissaient au niveau de la ligne de jonction des deux parties différemment colorées.

DES EAUX MINÉRALISÉES (1);

Par M. le docteur GUÉPIN (de Nantes).

Grâce aux appareils gazogènes de table, et surtout à l'appareil de Briet, tous les médecins, quelque part qu'ils habitent, possèdent le moyen de se procurer pour leurs malades, même pour les moins riches, toute la série des eaux suivantes:

1° Eau gazeuse simple;
2° Eaux gazeuses salines purgatives;
3° Eaux gazeuses salines excitantes;
4° Eaux gazeuses salines alcalines;
5° Eaux gazeuses salines résolutives;
6° Eaux gazeuses phosphatées;
7° Eaux gazeuses ferrugineuses.

Ils peuvent de plus combiner les médicaments qui donnent à chacun de ces sept groupes leurs propriétés avec les médicaments d'un autre groupe. Mais avant d'entrer en matière, je crois qu'il convient d'ouvrir une large parenthèse et de répondre à une objection que se feront mes lecteurs, parce qu'elle m'a été souvent présentée.

Nous ne nous sommes jamais dissimulé la très-grande influence qu'exercent sur les malades le changement d'air, de régime et d'habitudes; l'activité physique mise à la place d'une profession sédentaire; l'air des champs substitué à celui du cabinet. Nous croyons donc que les bains de mer et les sources minérales continueront à jouir d'une grande recherche. Mais la minéralisation artificielle des eaux, d'après les indications que nous venons de donner et que nous compléterons, exercera de jour en jour une plus grande influence. La thérapeutique véritable, science toute moderne, corrigera, améliorera partout les sources naturelles, de manière à les adapter mieux que par le passé aux indications curatives qu'elles devront remplir.

Je ne désespère pas non plus de voir s'établir très-prochainement aux environs de Paris, là où les distractions physiques, intellectuelles et morales sont si faciles, si abondantes, semées partout avec profusion, des établissements dans lesquels les indications que nous venons de présenter joueront un grand rôle. Ces établissements réuniraient alors aux appareils irrigateurs, aux bains, aux douches d'eau froide simple et d'eau thermale simple; les irrigations, les bains, les douches minéralisées froides et thermales et les eaux minéralisées froides et chaudes, les mieux adaptées à la guérison des diverses souffrances de l'être humain.

(1) Voir le numéro du 2 décembre.

Paris et nos grandes villes, Paris surtout, associeront promptement tous ces avantages aux conseils des médecins les plus éclairés. Quant à moi, j'aurai rempli mon but si je réussis à faire entrer dans la pratique de mes confrères des moyens dont aujourd'hui je fais journellement usage.

Fermons cette grande parenthèse, et revenons au fait.

Etablissons d'abord que les eaux minéralisées sont une forme excellente du médicament, surtout lorsqu'elles sont administrées avec la nourriture; puis ensuite nous passerons en revue la série que nous avons indiquée plus haut.

Il n'est pas rare de rencontrer parmi les hommes qui ont vécu aux colonies, dans les pays équatoriaux, surtout au Sénégal, de grands désordres dans beaucoup de fonctions, des désordres très-complexes. Il y a peu d'appétit, amaigrissement, souvent constipation, chlorose. Les urines sont très-chargées de mucosités; généralement il leur faut quarante-huit heures de repos pour qu'elles deviennent limpides et laissent précipiter un dépôt blanc. A chaque coït le trouble des urines devient pendant plusieurs jours sensiblement plus considérable. Chez tous ces malades, le moral est considérablement affaibli. « Je ne voudrais point passer longtemps au Sénégal, me disait un jour un officier supérieur de la marine, un homme de grand avenir qui s'est suicidé au retour de ce pays; je craindrais moins un combat, si sérieux qu'il fût, que d'être obligé d'y vivre. »

Ces maladies de langueur que produisent les climats chauds cèdent assez bien aux eaux de Vichy. Mais ce n'est pas toujours la saison des eaux de Vichy, et tout le monde ne peut y aller. J'ai souvent été consulté pour de pareilles affections, et j'ai toujours eu pour règle de restituer aux malades les sels qu'ils perdent en trop grande quantité par les urines, puis de les mettre à l'usage des eaux de Vichy factices. Mais j'ai obtenu de bien meilleurs résultats de la médication suivante:

Faire boire aux malades, à tous les repas, une eau alcaline gazeuse contenant 1 décigramme par litre de sel de fer et les autres sels qui peuvent restituer à l'économie ceux qu'elle perd en trop grande quantité par les urines.

S'il y a constipation, j'ajoute à cette eau 50 centigr. de carbonate de magnésie. Si les malades sont lymphatiques, 5 centigr. d'iodure de potassium et autant de bromure, quantités qu'il faudrait doubler ou tripler avec un autre mode d'administration.

Cette modification dans le traitement m'a conduit aux plus heureux résultats, ce qu'il sera très-facile à mes confrères de la marine de vérifier dans leurs hôpitaux.

Chez ceux qui ont eu des maladies vénériennes et pris beaucoup de mercure, j'ajoute à cette médication des bains salés sudorifiques.

Voici une jeune fille chloro-lymphatique; elle est atteinte d'ophthalmie scrofuleuse et d'engorgements glandulaires. Chez elle, l'emploi aux repas des eaux minéralisées a donné des résultats très-supérieurs à l'emploi des *mêmes médicaments* à doses plus élevées administrés matin et soir dans une tisane amère. Ces jours derniers, la mère joignait son témoignage à celui de sa fille: « De tous » les traitements internes subis par ma fille, aucun, me disait-elle, » n'a produit d'aussi bon résultat que l'eau gazeuse minéralisée » bue aux repas. »

Voici trois jeunes filles que je prends pour des chlorotiques; mais l'examen de leurs urines m'apprend qu'elles sont albuminuriques. Toutes les trois, vues en février ou mars 1856 pour la première fois, sont aujourd'hui guéries.

Deux d'entre elles ont pris, matin et soir, dans une tisane amère, avec du sirop composé de quinquina, de gentiane et de salsepareille:

Du tartrate ferrico-potassique.	0,10
Du chlorhydrate d'ammoniaque. . . .	0,10
De l'iodure et du bromure de potassium. .	0,10

Toutes les deux ont pris en outre chaque jour, en mangeant, 1 gramme de phosphate basique, pour remplacer le phosphate de chaux perdu par les urines.

Chez la troisième, j'ai donné les mêmes médicaments, mais à plus faible dose, dans de l'eau chargée d'acide carbonique. Je formulais ainsi, pour 1,000 à 1,250 gram. d'eau (appareil de Briet), qui duraient un jour et demi:

Phosphate acide de chaux.	50	centigr.
Phosphate de soude.	50	—
Tartrate ferrico-potassique.	40	—
Chlorhydrate d'ammoniaque.	10	—
Iodure de potassium.	5	—
Bromure de potassium.	5	—

Ces trois jeunes personnes sont: l'une de la Vendée; la seconde, de Liré, près Ancenis; la troisième, celle qui a pris les eaux minéralisées, s'appelle Jenny Dandé, et demeure à Bouzillé, près Ancenis.

J'ai souvent employé chez les jeunes filles lymphatiques et scrofuleuses le sel marin, le chlorhydrate d'ammoniaque, les iodures et les bromures d'après la méthode de M. Amédée Latour, et *je crois* avoir nettement constaté, ce qui est assez neuf dans la question, qu'il faut tenir compte de ce que les chlorures chassent de l'économie les iodures et les bromures, de ce que la soude chasse la potasse.

Mes expériences ont eu lieu sur des vaches et des chèvres, dont je rendais le lait médicamenteux, pour l'administrer à mes malades.

J'ai employé ce lait chez la jeune fille de Liré dont je viens de parler. Mais j'ai été forcé de renoncer à cette médication, parce que son estomac ne supportait plus le lait de la vache médicamentée. Ce fait n'est pas exceptionnel dans ma pratique; je l'avais déjà observé plusieurs fois.

J'ai pu constater cette année que huit jeunes filles chlorotiques auxquelles j'ai fait prendre les eaux minéralisées à leurs repas ont été beaucoup plus vite guéries que d'autres jeunes filles qui, dans des conditions analogues, prenaient les mêmes sels médicamenteux à doses cependant plus élevées, mais le soir et le matin seulement.

ANGINE COUENNEUSE

Guérie par le chlorate de potasse,

par M. ROUX (de Brignolles).

Depuis deux ans, l'attention des médecins se porte sur un agent thérapeutique qui semble réservé à jouer un grand rôle dans les affections inflammatoires et surtout dans les maladies de la bouche et des voies respiratoires, avec ou sans caractère spécifique. Dans les observations qui ont été publiées jusqu'à ce jour, *l'action physiologique du chlorate de potasse est proportionnée à la quantité de sa base* (1), et son innocuité sur les organes digestifs a permis d'en administrer des doses croissantes et assez élevées sans le moindre inconvénient. Sous son influence le pouls perd de son ampleur, de sa dureté, de sa fréquence, et après quelques jours, il devient petit, dépressible, moins accéléré.

Les observations vont se multiplier; celles qui ont été publiées ont déjà un grand intérêt. M. Socquet (de Lyon) a expérimenté le chlorate de potasse dans le rhumatisme aigu, pour remplacer la saignée, et dans dix ou douze jours les malades, au nombre de cinq, ont été guéris ou très-avancés dans la voie de la guérison.

M. Odier n'a eu qu'à se louer de l'avoir mis en usage dans les engorgements du foie.

M. Chanal ayant obtenu de bons résultats dans la stomatite ulcéreuse grave, M. Herpin (de Genève) et M. Blache, à l'hôpital des Enfants, employèrent bientôt le chlorate de potasse dans la stomatite mercurielle et même dans l'angine couenneuse.

M. Marchal (de Calvi) inséra dans le numéro 41 de la *Gazette des Hôpitaux*, une observation précieuse de guérison obtenue par les carbonates alcalins, chez M. B..., ingénieur du chemin de fer de Vincennes, atteint de cette affection.

MM. Barthez et Trousseau ont à leur tour publié des faits semblables, et M. le professeur de clinique de l'Hôtel-Dieu a eu recours aux cautérisations énergiques faites localement, en même temps qu'il administrait le nouveau remède à l'intérieur. Ses efforts couronnés de succès furent rendus publics dans une observation insérée dans l'un des derniers numéros du *Journal de médecine et de chirurgie pratique.*

Tous ces faits, quoique fort intéressants, ne paraissent pas suffisants, sans doute, à MM. les professeurs de la Faculté de Paris; car nous lisons dans le compte rendu de la séance solennelle du 15 novembre dernier, qu'à l'occasion de la distribution des prix aux élèves de l'Ecole pratique, le sujet du concours pour l'année prochaine est celui-ci: *Déterminer par des observations recueillies dans les cliniques de la Faculté l'action thérapeutique du chlorate de potasse.*

Le champ de l'expérimentation qui va être faite est trop vaste; il sera exploité par des maîtres trop habiles pour qu'il n'en sorte pas de la plume de leurs excellents élèves un travail complet, résumé fidèle de tout ce qu'on peut espérer d'un médicament qui semble promettre de si grands résultats.

En attendant le jour où nous pourrons connaître ce qui aura été fait dans les nombreux hôpitaux de la capitale, la presse médicale recueillera avec empressement les observations particulières des médecins qui n'ont d'autre but que d'être utiles à leurs confrères. Voici mon observation; elle est en tout semblable à celle de M. le professeur Trousseau.

Flayol (Antoine), de Saint-Maximin (Var), âgé de quatre ans, d'une bonne constitution, jouissant habituellement d'une bonne santé, commença à tousser et à présenter avec une fièvre intense des symptômes d'angine qui alarmèrent sa famille. M. le docteur Boyer fut appelé le 25 octobre auprès du malade, et conseilla des vomitifs énergiques; car il avait aperçu tous les signes d'une angine couenneuse qu'il s'efforça d'enrayer par cette médication puissante qu'il avait plus d'une fois vue couronnée de succès. Un jeune parent du petit Antoine avait été enlevé naguère par la même maladie, et la famille Flayol adjoignit successivement à M. le docteur Boyer un médecin de la contrée, puis un honorable confrère d'Aix; et enfin je fus mandé de Marseille le 27.

Quand j'arrivai, la toux était rauque et croupale, les ganglions sous-maxillaires étaient engorgés; la respiration était encore assez facile, mais par moments elle devenait fort pénible, ce qui jetait la terreur dans la maison. On avait insisté sur les vomitifs, qui avaient fait expulser quelques fausses membranes; on avait placé un grand vésicatoire sur la poitrine, et on faisait des cautérisations avec une solution très-faible de nitrate d'argent (15 centigrammes par once d'eau).

Je conseillai d'enlever le vésicatoire et de ne pas le faire suppurer, et je prescrivis de suite 50 centigrammes de chlorate de potasse dans un julep gommeux de 80 grammes, à prendre une cuillerée à bouche d'heure en heure. Dans quatre ou cinq heures, ce julep fut suivi d'un autre à 75 centigrammes, puis d'un troisième à 1 gramme, puis enfin il fut porté à 1 gramme 25 et à 1 gramme 50.

A cette médication générale, je joignis deux ou trois fois par jour des cautérisations de la luette, des amygdales et de toute l'arrière-gorge

(1) Stuart Cooper et Bouchardat. (Voyez leurs mémoires)

jusqu'à l'entrée du larynx au moyen d'une éponge fixée à l'extrémité d'une baleine recourbée et flexible chargée de la solution suivante :

Azotate d'argent. . . . . . . 4 grammes.
Eau distillée. . . . . 12 —

Je passai deux jours auprès du jeune malade, pendant lesquels rien ne fut changé au traitement; seulement, en attendant qu'une quantité suffisante de chlorate de potasse eût été prise, les accès de suffocation furent un peu adoucis par des cataplasmes sinapisés sur les membres inférieurs. Pendant les premières vingt-quatre heures, ces accès furent parfois si violents que pendant leur durée le pouls se déprimait, la face se colorait, et que je croyais la trachéotomie inévitable; un instant même j'avais transporté les instruments nécessaires auprès du jeune malade pour profiter du consentement de la famille, que j'avais trouvée d'ailleurs fort peu décidée à cette opération.

Enfin, le deuxième jour que je passai à Saint-Maximin, le 28, la respiration devint plus calme, plus facile, les accès de suffocation furent plus rares; dans les cautérisations, l'éponge amena moins de pseudo-membranes, le pouls s'améliora. Un peu de bouillon fut donné pour relever les forces. La nuit suivante fut bonne, et le 29 je pus quitter le malade en recommandant aux parents de continuer l'usage du chlorate de potasse jusqu'à ce que la voix eût recouvré son timbre normal, et de cautériser une fois par jour jusqu'à ce que l'inflammation du voile du palais, des amygdales et de l'arrière-gorge présentât une rougeur plus satisfaisante et plus franche. Tout fut exécuté comme je l'avais prescrit; la guérison ne se fit pas attendre, et elle s'est soutenue parfaitement.

Cet enfant était bien dégoûté par les vomitifs et les boissons dont on l'avait gorgé quand il commença l'usage du julep au chlorate de potasse, qui s'y trouvait parfaitement suspendu. Après la première ou la seconde cuillerée, sa répugnance avait disparu, ce qui nous démontra clairement que ce remède était aussi commode qu'efficace. Il ne provoqua, ainsi qu'on l'a déjà dit, aucune action fâcheuse sur le tube digestif.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 décembre 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Séton filiforme dans les collections purulentes. — M. Bonnafont lit un travail qui a pour titre : *Mémoire sur l'emploi du séton filiforme dans le traitement des collections purulentes en général et en particulier du bubon syphilitique.*

Après avoir exposé d'une manière sommaire l'influence que le contact de l'air exerce sur la marche de ces maladies quand il est mis en contact avec le pus, et passé en revue les différents modes qu'on emploie pour l'ouverture des tumeurs abcédées, tels que l'incision, les ponctions ou les caustiques, M. Bonnafont donne la préférence à un petit séton filiforme traversant de part en part la base de la tumeur. Le séton une fois établi, les deux bouts du fil sont noués, afin d'éviter sa sortie dans les pansements ultérieurs.

Jusque-là le procédé de M. Bonnafont ne présente qu'une modification peu importante relativement au séton employé par les anciens praticiens; mais ce qui distingue la méthode de l'auteur de celles connues jusqu'à ce jour, c'est la compression méthodique qui accompagne l'usage du séton; en effet, on s'était contenté jusqu'à présent d'ouvrir directement la tumeur pour donner issue au pus; mais cette manière d'agir a pour inconvénient inévitable de permettre l'accès de l'air dans la cavité de l'abcès et de laisser ses parois flottantes, conditions très-peu favorables à la guérison.

Voici en quels termes M. Bonnafont décrit sa nouvelle méthode opératoire :

Après avoir traversé la tumeur à sa base et le plus près possible de sa paroi inférieure, l'auteur exerce une compression méthodique à l'aide de compresses graduées, seules ou remplies de charpie, placées entre les deux ouvertures; la largeur de ces compresses doit être égale à l'intervalle qui existe entre ces ouvertures, sans toutefois les recouvrir, et l'épaisseur en rapport avec la profondeur de la cavité de l'abcès, et le tout est maintenu par un bandage approprié. L'appareil étant ainsi appliqué, les deux piqûres doivent se trouver parfaitement libres dans l'espace laissé par la bande à sa séparation des compresses graduées.

Il est facile maintenant de comprendre le mécanisme de ce mode de pansement et les avantages qui doivent nécessairement en résulter. Il y a là, comme le dit M. Bonnafont, quatre indications qui, en agissant simultanément pour atteindre le même but, doivent concourir à activer la guérison; ces indications sont résumées par l'auteur ainsi qu'il suit :

1° Issue du pus par les petites ouvertures du séton;

2° Rapprochement des parois de l'abcès par la compression;

3° Irritations des surfaces pyogéniques par la présence et le contact permanent des petites mèches;

4° Enfin, obstacle presque complet de l'introduction de l'air dans le foyer en raison de la petitesse des ouvertures et surtout de la compression, qui n'y laisse que peu ou point d'espace vide.

C'est, comme on le voit, la méthode sous-cutanée que M. J. Guérin a introduite avec tant de succès dans quelques parties de la chirurgie, qui est employée par M. Bonnafont depuis 1851 pour l'ouverture des collections purulentes; mais c'est surtout le traitement des bubons suppurés qui fait l'objet de ce mémoire.

Ce compte rendu ne nous permettant pas de suivre l'auteur dans toutes ses considérations sur les motifs qui l'ont porté à adopter spécialement cette méthode contre les bubons, nous nous contenterons de donner le résumé des résultats comparatifs obtenus par les différents modes d'ouverture.

I. Bubons suppurés ouverts par le séton filiforme et traités par la compression, 25.

Nombre de journées de traitement depuis le jour de l'ouverture jusqu'à la complète guérison, 466.

Moyenne par homme, 19.

II. Bubons suppurés ouverts par la potasse, 9.
Journées de traitement, 455.
Moyenne par homme, 50.

III. Bubons suppurés ouverts par l'incision, 4.
Journées de traitement, 203.
Moyenne par homme, 50.

IV. Bubons suppurés ouverts par simple ponction, 2.
Journées de traitement, 109.
Moyenne par homme, 54.

V. Bubons ouverts spontanément, 2.
Journées de traitement, 124.
Moyenne par homme, 62.

En prenant le maximum et le minimum de chaque mode de traitement, on trouve les résultats suivants :

I. Sur 25 bubons ouverts par le séton filiforme, 11 ont été complétement guéris du 1er au 10e jour; 6 du 10e au 20e; 7 du 20e au 40e, et 1 seulement du 40e au 53e.
Minimum, 6 jours; maximum, 53.

II. Sur 8 bubons ouverts par la potasse, 5 n'ont été guéris que du 30e au 40e jour, 1 du 40e au 50e, et 2 du 60e au 100e jour.
Minimum, 30 jours; maximum, 96.

III. Sur 4 bubons ouverts par l'incision, 2 ont guéri du 30e au 40e jour, et 2 du 50e au 60e jour.
Minimum, 38; maximum, 60.

IV. Sur 2 bubons ouverts par les ponctions, l'un est guéri en 49 jours et l'autre en 69.

V. Enfin, sur les 2 ouverts spontanément, l'un a mis 89 jours à guérir, ce que l'autre a fait en 35.

En étudiant ces chiffres, il est facile de comprendre et d'apprécier la valeur de la méthode d'ouverture proposée par M. Bonnafont, qui a l'avantage d'abréger la durée de la maladie, et celui de ne laisser que peu ou point de cicatrices apparentes sur la région affectée. (Commissaires, MM. Cloquet et Jobert, de Lamballe.)

Existence de cils anormaux dans les ophthalmies et guérison de ces maladies par l'extirpation de ces cils. — M. Charles Meininger communique une note sur l'existence de cils anormaux dans la plupart des ophthalmies et sur la guérison rapide de ces maladies par l'extirpation des cils anormaux.

Un cil normal, dit l'auteur, présente toujours un étranglement vers le collet. A partir du collet jusqu'à l'extrémité inférieure du bulbe, la décoloration du poil est sensible chez les bruns comme chez les blonds, et, dans ces limites, le poil redevient sensiblement blanchâtre.

Un mauvais cil, celui que j'appelle *trichorhize* à cause de la ressemblance de son bulbe avec un rhizome horizontal, ne présente plus d'étranglement au collet, et, au lieu de se décolorer dans sa partie inférieure, il y montre une teinte plus foncée, chez les bruns comme chez les blonds. Ce bulbe prend un accroissement considérable et se recourbe, le plus souvent à angle droit, comme la souche horizontale du *polygonatum vulgare*, avec laquelle il a d'ailleurs beaucoup de ressemblance. D'autres fois, mais plus rarement, ce bulbe se recourbe une seconde fois pour remonter parallèlement au poil. Dans tous les cas, ce mauvais poil est implanté plus profondément qu'un bon. Il faut remarquer ici que la direction de la partie aérienne des trichorhizes est parallèle à celle de la partie correspondante des bons cils et que, par conséquent, les mauvais n'ont rien de commun avec les cils appelés *trichiasis* ou *distichiasis*.

Les bons cils ne présentent qu'une petite surface décolorée à leur point d'insertion dans la paupière, tandis que les trichorhizes montrent, à ce même point, un épanouissement sensible, plus fortement coloré que le reste. Pour les arracher, il faut se servir d'une pince et tirer normalement pour ne pas les casser, car si on les rompait très-près de la paupière, il faudrait attendre quelques jours pour leur donner le temps de repousser, afin de pouvoir les saisir de nouveau, et la guérison se trouverait retardée d'autant.

Généralement toute douleur a cessé une heure après l'opération, et au bout de vingt-quatre heures l'œil le plus rouge est redevenu blanc.

J'ai vu des personnes auxquelles, après une première extirpation, il n'était plus jamais revenu de trichorhizes; d'autres (et à moi en particulier) auxquelles il en est revenu après dix ans; d'autres après deux ans, et d'autres encore auxquelles il en est revenu avec une étonnante persistance, au point qu'il a fallu les opérer de mois en mois, cinq, six et jusqu'à dix fois de suite: mais, à chaque nouvelle opération, il devenait sensible que les poils arrachés avaient fait un pas pour revenir à l'organisation normale. (Commissaires : MM. Velpeau et Jobert, de Lamballe.)

Sur la nature de l'affection désignée dans une communication récente de M. Bosredon sous le nom de délire des aboyeurs. — M. L. Pize communique sous ce titre une note qu'il résume dans les propositions suivantes :

1° L'affection décrite sous le nom de *délire des aboyeurs* n'existe pas.

2° Ce prétendu délire des aboyeurs n'est qu'un symptôme appartenant à diverses maladies.

3° Les cas qui ont été décrits sous ce nom singulier doivent être rapportés à diverses affections des voies respiratoires et à certaines névroses. (Renvoi à l'examen de M. Andral, déjà chargé de prendre connaissance de la note de M. Bosredon.)

Appareil destiné à produire l'engourdissement d'une dent malade dont on doit faire l'extraction. — M. George communique la description d'un appareil destiné à produire l'engourdissement d'une dent qu'on se propose d'arracher.

Cet appareil se compose :

1° D'un double manchon en caoutchouc, dont on enveloppe la dent, et qui se fixe sur la gencive à l'aide d'un ressort indépendant;

2° De deux tubes également en caoutchouc : l'un, qui sert à faire arriver le liquide réfrigérant dans le manchon, est muni à son extrémité d'une poche faisant office de réservoir et pouvant agir comme pompe foulante, forçant le liquide à remplir toute la cavité du manchon; l'autre sert à donner issue au liquide aussitôt qu'il commence à s'échauffer.

Le temps nécessaire pour obtenir l'engourdissement de la dent varie entre trois et cinq minutes. Le mélange dont l'auteur se sert est composé de glace et de sel par parties égales. (Renvoi à l'examen de M. J. Cloquet.)

— M. Magne adresse pour le concours aux prix Montyon (médecine et chirurgie) deux mémoires, l'un imprimé, l'autre manuscrit, ayant pour titres : *De la cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymale.* (Réservé pour le concours de 1857.)

— M. Ayre, qui a déjà présenté au concours pour le prix du legs Bréant plusieurs pièces relatives à sa méthode de traitement du choléra-morbus par le calomel à petites doses fréquemment répétées pendant toute la période de collapsus, adresse aujourd'hui de nouveaux documents destinés à mettre en évidence l'efficacité de cette méthode. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie constitués en commission spéciale.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par suite de la mise à la retraite de MM. Bouneau, Cruveilhier, Paul Dubois et Hervez de Chégoin, les mutations suivantes auront lieu dans les hôpitaux de Paris le 1er janvier prochain :

M. Nonat, médecin de l'Hôtel-Dieu, passe à la Charité en remplacement de M. Cruveilhier.

M. Pelletan, médecin de Lariboisière, passe à l'Hôtel-Dieu en remplacement de M. Nonat.

M. Moissenet, médecin de la Salpêtrière, passe à Lariboisière en remplacement de M. Hervez de Chégoin.

M. Oulmont, médecin de Saint-Antoine, passe à Lariboisière en remplacement de M. Pelletan.

M. Bergeron, médecin de la direction des nourrices, passe à Saint-Antoine en remplacement de M. Oulmont.

M. Chappotin de Saint-Laurent, médecin de Lourcine, passe à la Salpêtrière en remplacement de M. Moissenet.

M. Sée, médecin de Larochefoucauld, passe aux Enfants-Malades en remplacement de M. Bouneau.

M. Lasègue, médecin au Bureau central, est nommé à Lourcine en remplacement de M. Chappotin de Saint-Laurent.

M. Racle, médecin au Bureau central, est nommé à Larochefoucauld en remplacement de M. Sée.

M. Boucher de la Ville-Jossy, médecin au Bureau central, est nommé à la direction des nourrices en remplacement de M. Bergeron.

M. Danyau, chirurgien adjoint de la Maternité, prend la place de M. P. Dubois comme chirurgien en chef de cet établissement.

M. Desormeaux, chirurgien au Bureau central, est nommé chirurgien adjoint de la Maternité.

M. Cusco, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien de la Salpêtrière en remplacement de M. Manec, nommé précédemment chirurgien de la Charité.

— Nous rappelons à nos lecteurs que les argumentations du concours de l'agrégation commenceront aujourd'hui dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

— M. Reveil, pharmacien de Lourcine, a été nommé à la Clinique et M. Hébert pharmacien à Bicêtre.

— Les inscriptions prises à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, pour le premier trimestre de l'année scolaire, s'élèvent au chiffre de 121, savoir : 103 pour la médecine, 18 pour la pharmacie. (*Journ. de méd. de Toulouse.*)

— Le tribunal de police correctionnel de Toulouse a récemment prononcé une condamnation à 50 fr. d'amende et à 5 mois d'emprisonnement, contre un individu convaincu du double délit d'exercice illégal de la médecine et d'escroquerie.

— La Société allemande a proposé comme sujet de prix pour 1857 la question suivante : « Quelle est, dans différentes circonstances, l'influence du mouvement corporel poussé jusqu'à la fatigue, sur l'organisme humain et surtout sur l'assimilation? »

Adresser les mémoires, avec épigraphe et accompagnés du nom et de l'adresse de l'auteur, sous pli cacheté, au conseiller méd. Béneke, à Oldenburg, avant le 15 juillet 1857.

Société médico-pratique de Paris. — *Prix.* Sur la demande de plusieurs concurrents anonymes, et vu l'importance de la question mise au concours par la Société : « Du mode d'action des principaux purgatifs employés en médecine, et des indications tirées de la spécialité d'action propre à chacun d'eux », la Société médico-pratique de Paris a prorogé jusqu'au 31 décembre 1857 l'époque à laquelle le concours sera fermé sans remise. Le prix est de 500 fr.

Les mémoires devront être adressés, *franco*, à M. Martin, agent de la Société, à l'hôtel de ville, ou à M. le docteur Perrin, secrétaire général, rue Charlot, 9.

— Par décision du conseil d'administration, le service médical du chemin de fer du Midi et du canal latéral à la Garonne, pour la section de Toulouse, a été ainsi organisé : M. Recurt, médecin; M. Ch. Viguerie, médecin-consultant; M. Laforgue, pharmacien.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité du suicide, considéré dans ses rapports avec la philosophie, la théologie, la médecine et la jurisprudence, par M. Louis Bertrand, docteur en médecine de la Faculté de Paris, lauréat de l'Académie impériale de médecine. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine dans sa séance solennelle du 5 décembre 1848. — Un volume in-8° de 420 pages. Prix : 5 fr. Paris, 1856, chez J. B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Influence des découvertes physiologiques et chimiques récentes sur la pathologie et la thérapeutique des organes digestifs, par Delore et Bémr. Un volume in-8°. Prix : 3 fr. 50 c. Chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Gérant,
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 148. — JEUDI 18 DECEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 148. — JEUDI 18 DECEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 DÉCEMBRE 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie de médecine a tenu hier sa séance publique annuelle. Le programme de la séance a consisté, comme d'habitude, dans la lecture du rapport général sur les prix et l'éloge académique d'usage. Le rapport général, lu par M. Depaul, a eu toutes les qualités qu'on peut désirer dans ce genre de travail : exposition claire et précise des questions mises au concours, analyse succincte des travaux qui ont mérité les prix et les encouragements décernés par l'Académie, appréciation judicieuse des points de science ou de pratique qui ont été plus spécialement éclairés par les travaux couronnés, résumé très-bien fait des rapports partiels des diverses commissions qui ont été l'organe de la compagnie. Toute la partie médicale de l'auditoire a entendu cette lecture avec intérêt; quant aux invités, et surtout aux *invitées,* dont la présence donnait à cette assemblée son air de fête, ils ont dû, qu'on nous passe cette expression, la subir avec résignation, car elle n'était pas faite pour eux. Heureusement du moins les détails techniques dans lesquels le rapporteur a dû entrer n'avaient rien qui pût blesser de chastes oreilles.

La seconde partie du programme, destinée à tous, a été également goûtée et appréciée de tous. De tous?.... peut-être devrions-nous faire ici une petite restriction : il est permis de douter, en effet, que ceux des assistants qui tenaient à M. Roux par la parenté, ou par les liens non moins étroits et non moins exigeants d'une intime amitié, aient été entièrement satisfaits du portrait qu'en a tracé M. le secrétaire perpétuel. Si M. Dubois a dit avec un accent de vérité et de chaleureuse conviction les heureuses qualités naturelles de M. Roux, ses utiles travaux, les progrès dont il a doté la médecine opératoire, sa brillante et heureuse carrière, et surtout cette droiture et cette loyauté qui l'ont tant fait aimer; il a dit aussi quelles étaient les imperfections, tranchons le mot, les défauts qui l'ont toujours empêché d'atteindre le but constant de son ambition, le premier rang; ce premier rang qui lui fut si longtemps et si impitoyablement disputé, et qu'il n'a ni pu ni su acquérir, même après la mort de son éternel antagoniste, dont le nom s'est si souvent trouvé dans la bouche du panégyriste que l'on a dû se demander plusieurs fois si c'était l'éloge de Roux ou celui de Dupuytren qu'on entendait. Et en cela nous louons fort M. Dubois, qui a été juste et vrai.

Telle a été du moins notre impression, et nous croyons qu'elle a été aussi celle de la plus grande partie de l'assemblée, qui le lui a témoigné par ses applaudissements. Les lecteurs en jugeront mieux d'ailleurs eux-mêmes. Nous mettons sous leurs yeux le discours de M. Dubois tout entier.

Dr Brochin.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance annuelle du 16 décembre 1856. — Présidence de M. BUSSY.

M. DEPAUL, secrétaire annuel, lit le rapport général sur les prix décernés par l'Académie en 1856.

— M. LE PRÉSIDENT proclame ensuite les prix, récompenses et encouragements décernés pour l'année 1856, et lit le programme des sujets des prix proposés pour 1857 et 1858. (Nous publierons ce programme dans le prochain numéro.)

— M. FR. DUBOIS, secrétaire perpétuel, lit l'éloge de M. Roux.

Voici l'éloge lu par M. Dubois :

Le 6 avril 1769, le secrétaire perpétuel de l'Académie royale de chirurgie allait prononcer en séance annuelle publique l'éloge de Claude-Nicolas Lecat, célèbre chirurgien de Rouen.

L'assistance était nombreuse, animée de sentiments divers. Dans un mémorable exorde, Louis crut devoir montrer quels étaient ses devoirs, ce qu'il pouvait craindre du présent, ce qu'il devait espérer de l'avenir.

« S'il est juste, dit-il, de rendre après la mort aux membres des compagnies savantes le tribut de louanges qu'exige la célébrité dont ils ont joui, il est quelquefois très-embarrassant, pour celui qui en est chargé par devoir, de satisfaire également aux égards que méritent sa compagnie, le public et la vérité.

» Mais, ajoutait Louis, il ne faut pas perdre de vue que les éloges de nos confrères sont destinés à faire partie de l'histoire de l'Académie, et qu'elle doit être lue en des temps éloignés, où l'amitié et toutes les considérations qui préviennent diversement les contemporains n'auront plus la moindre influence. »

Ces réflexions, Messieurs, si justes et si vraies, auraient pu certainement me préoccuper moi-même aujourd'hui que j'ai à prononcer devant ses anciens émules, ses amis et ses élèves l'éloge d'un chirurgien bien autrement célèbre ; aujourd'hui que j'ai à mesurer mon langage dans la critique et la louange d'un maître si vivement regretté et si digne de l'être ; aujourd'hui enfin que j'ai à vous parler d'un des plus ingénieux et des plus hardis praticiens de notre époque, de Philibert-Joseph Roux, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, titulaire de l'Académie de médecine, et chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.

Peut être aurais-je pu aussi me dire, sans trop de présomption, que cette impartiale notice, placée en tête d'un des volumes de vos Mémoires, et, grâce à cette savante escorte, disputée à l'oubli, devra être lue en ces temps éloignés dont parle l'historien de l'Académie royale de chirurgie; mais j'ai plus de confiance dans notre temps et dans cet amour de la science qui nous anime tous. Je n'irai donc point en appeler à une autre époque ; je parlerai devant vous et pour vous, Messieurs, avec la même liberté que si je m'adressais à la postérité la plus lointaine. Ne disant rien que de vrai, n'omettant rien de ce qui pourra faire honneur à la mémoire de M. Roux, et bien que, dans une autre enceinte, une voix justement applaudie m'ait rendu cette tâche bien difficile, je vais à mon tour essayer de vous le montrer tel que vous l'avez connu : doué des plus riches et des plus séduisantes facultés, opérateur habile et consommé ; esprit vif, orné, loyal ; avouant ses erreurs et ses revers avec autant d'empressement, j'allais dire avec autant de satisfaction que ses succès et ses triomphes ; caractère noble, généreux et conciliant ; homme de goût et de mœurs élégantes ; amoureux de la gloire, la poursuivant et la cherchant encore quand elle était venue, vieillissant dans une longue jeunesse, et conservant de cet heureux âge toutes les qualités et tous les défauts ; succombant enfin au moment où, rassemblant ses souvenirs, il avait commencé le véridique inventaire d'une vie longtemps facile et heureuse, quelquefois trop active, mais toujours digne et honnête.

M. Roux naquit à Auxerre le 26 avril 1780. Son père, maître en chirurgie, jouissait dans cette ville d'une considération méritée ; grâce à de longs services, il y avait obtenu la place de chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu et de l'école militaire.

Cette école, justement célèbre, était dirigée par des religieux de l'ordre savant et éclairé de Saint-Benoît : le jeune Philibert y fut admis, et c'est là qu'il suivit les leçons du futur secrétaire perpétuel de l'Institut d'Égypte et de l'Académie des sciences, de Joseph Fourrier.

Philibert était un écolier fort dissipé, mais d'une humeur si franche et si ouverte qu'elle lui gagnait tous les cœurs, sauf cependant celui de son père, qui n'augurait rien de bon d'un enfant aussi léger et aussi volage : une mère eût été plus indulgente, mais notre écolier avait perdu la sienne de fort bonne heure.

La révolution s'était fait sentir à Auxerre, comme partout ; l'école militaire y était devenue un collége national, les élèves n'en continuaient pas moins d'y suivre les leçons de Fourrier, leur jeune et savant professeur n'ayant point prononcé de vœux n'avait eu qu'à déposer l'habit de Saint-Benoît pour rentrer dans l'ordre laïque ; sa retraite eût été, dans ces temps de désorganisation, une véritable calamité ; il suffisait à tout ; on le vit successivement enseigner les mathématiques, la philosophie, la rhétorique et l'histoire générale.

Quant à notre futur collègue, s'il continuait à se distinguer ce n'était guère que par la vivacité de son esprit et par une ardeur sans égale pour les jeux de son âge; grâce cependant à la plus heureuse facilité, il se maintenait presque toujours au premier rang parmi ses condisciples, mais son père n'en était pas plus satisfait; il ne pouvait croire que des succès obtenus ainsi sans efforts et presque sans travail, fussent de bon aloi et durables ; aussi, se croyant en face d'une éducation complétement manquée, il crut devoir renoncer à l'idée qu'il avait toujours eue de faire de son fils un ingénieur des ponts et chaussées, et obligé à son grand regret de se rabattre sur sa propre profession, il résolut du moins d'en faire un bon et utile chirurgien, comme il l'était lui-même. Pour l'initier aux premières notions de son art, il lui fit suivre ses visites à l'Hôtel-Dieu, et il l'exerçait chaque jour à ce qu'on appelle les petites opérations de la chirurgie.

M. Roux ne montrait pas plus d'application pour les études chirurgicales qu'il n'en avait montré dans ses études littéraires, ce qui ne l'empêchait pas non plus de faire de remarquables progrès; seulement, cette vie paisible et monotone de petite ville lui était odieuse, le goût des voyages commençait à le tourmenter. Jeune, sans expérience, avide d'émotions, il saisit la première occasion qui s'offrit à lui de voir d'autres pays, non pas, comme il le fit plus tard, en montant dans une somptueuse chaise de poste et semant l'argent le long des routes, mais tout simplement en prenant une commission d'officier de santé de troisième classe et en se mettant le sac sur le dos.

C'est ce qu'il fit avec la résolution et la gaieté du jeune âge, vers la fin de 1796. Ce commencement de carrière militaire ne fut, du reste, ni bien sérieux ni bien long. Dirigé sur Andernach, puis sur Aix-la-Chapelle, il fut congédié après dix-huit mois de service. Se trouvant ainsi libéré, comme un vieux serviteur, par suite du traité de Campo-Formio, il dut regagner ses foyers : il comptait y retrouver ses joyeux amis et ses doux loisirs, mais un Dieu inexorable veillait à ses foyers domestiques ; c'était son père, rigide vieillard, qui, après quelques jours de repos, lui enjoignit de prendre la route de Paris et d'aller enfin y faire des études plus sérieuses que par le passé.

Pratiquer des saignées et faire quelques pansements, c'était à peu près à cela que se réduisait toute l'instruction que M. Roux avait acquise à l'hôpital d'Auxerre ; tout était donc à reprendre pour lui et avant tout l'anatomie, qui alors, comme aujourd'hui, était en grande faveur à l'école de Paris. C'est à cette étude qu'il dut consacrer les premières années de son séjour à Paris ; il s'y livra tout entier, et cette fois avec d'autant plus de zèle et de succès que le jeune maître auquel il s'était attaché n'était pas seulement un habile anatomiste, mais un des plus grands physiologistes que la France ait produits : c'était Bichat, qui, dans les débris de l'organisation et jusque dans le mécanisme de la mort, si l'on peut s'exprimer ainsi, cherchait à pénétrer les mystères de la vie.

Bichat avait à peine vingt-six ans, il n'appartenait pas officiellement à l'école de Paris, et déjà il la remplit tout entière, elle semble ne vivre que de son souffle; il en est comme le chef et le fondateur. Qu'importe que son nom n'ait point figuré sur ses programmes? que sa parole n'ait jamais fait retentir les voûtes de son amphithéâtre? Il a été le maître des maîtres ; tous ceux dont j'ai eu ici à prononcer les éloges se sont fait honneur d'avoir vu ce glorieux jeune homme et d'avoir suivi ses leçons ; c'est qu'il y avait en lui de quoi plaire à tous : aux hommes d'imagination, il exposait ses théories générales ; aux esprits rigoureux et sévères, ses expériences et ses descriptions d'organes.

M. Roux, plein des souvenirs de cette mémorable époque, a su plus tard en tracer un admirable et fidèle tableau. Je viens de dire que l'école de Paris cultivait avant tout l'anatomie, mais c'était plutôt en vue des opérations chirurgicales que pour éclairer la physiologie. L'art des Ruysh et des Malpighi était à peu près oublié : Bichat se montre et tout prend un autre aspect, une autre direction ; Bichat est vitaliste. Son esprit, dit M. Roux, se serait révolté à la pensée de cet organicisme moderne qui considère la vie, non comme une puissance primordiale et distincte, mais comme un simple résultat de l'organisation. Pour lui, le principe de la vie, loin de procéder de l'organisation, la régit et la gouverne. Bichat, dans son langage figuré, va plus loin, il personnifie la mort elle-même : c'est une puissance avec laquelle l'âme soutient une lutte, et cette lutte éphémère c'est la vie ! N'est-ce point là, en d'autres termes, ce qu'a dit Pascal? N'est-ce point cette résistance du roseau pensant contre les formes extérieures de la nature? Quant à cette lumineuse distinction établie par Bichat entre les phénomènes, ou plutôt entre les fonctions de la vie, elle n'était que le péristyle d'un monument bien autrement considérable, et déjà cependant elle dominait toute la science.

M. Roux nous apprend quelle part il lui a été donné de prendre à la composition de l'anatomie générale. Ce devait être, dit-il, le plus beau monument que Bichat allait élever à la science, son plus beau titre à la renommée, comme aussi celui qui lui survivra éternellement ; et cependant, par un de ces heureux priviléges qui n'appartiennent qu'au génie, ces pages immortelles il les avait presque toutes improvisées ; ses deux élèves, Buisson et M. Roux, en avaient rédigé une partie sous forme de leçons et au jour le jour. Telle a été, ajoute modestement M. Roux, l'origine de ces quelques pages de l'anatomie générale, très-probablement les moins bonnes pour le style et pour la coordination des idées.

Mais cette brillante existence devait prématurément s'éteindre. Bichat, mort à trente et un ans, avait à peine indiqué la route qu'il devait parcourir; M. Roux se demande comment il eût poursuivi une carrière si glorieusement commencée; l'eût-il rendue plus éclatante encore si c'eût été sa destinée que sa vie se prolongeât? Répondons avec lui : C'est là le secret de la Providence.

Quoi qu'il en soit, Bichat n'était plus. Quelle direction allaient prendre ses deux élèves? Pleins de son esprit, nourris de ses doctrines, allaient-ils continuer son enseignement, poursuivre ses travaux? Pour Buisson, la mort vint trancher la question. Enlevé plus prématurément encore que son jeune maître, il n'avait pas même terminé cette partie de l'anatomie descriptive qui lui avait été confiée. C'était donc à M. Roux que revenait de droit cet héritage scientifique. Mais, si vers la fin de 1803 il publia le dernier volume de l'anatomie descriptive, déjà en 1802, c'est-à-dire l'année même de la mort de Bichat, il s'était tourné vers la chirurgie. Le cours qu'il se mit à professer dans l'amphithéâtre même de Bichat était un cours d'opérations. Bientôt il donna une nouvelle édition du *Traité des maladies des voies urinaires*, puis, coup sur coup, il parut dans plusieurs concours de chirurgie avec un remarquable éclat.

Ainsi, M. Roux, élève de Bichat, et qu'on devait considérer comme

son successeur, fit précisément le contraire de ce qu'avait fait son maître.

Bichat avait commencé par la chirurgie; ses premiers maîtres avaient été Marc-Antoine Petit et Desault, son premiers cours un cours d'opérations, ses premières publications des leçons et des mémoires de chirurgie. Mais bientôt ce beau génie se transforme, il se livre tout entier aux études physiologiques, et dans cette nouvelle carrière il acquiert rapidement une gloire impérissable. M. Roux, au contraire, venait à peine de fermer les yeux de son maître qu'il abandonne toute étude physiologique pour ne plus s'occuper que de chirurgie.

Si Desault eût vécu plus longtemps, a dit quelque part M. Roux, il est très-vraisemblable que Bichat se serait mu à toujours dans l'orbite de ce maître chéri, et qu'il aurait pu laisser après lui la renommée d'un grand chirurgien au lieu de celle d'un célèbre physiologiste; peut-être pourrait-on également dire de M. Roux que, si Bichat eût vécu plus longtemps, il ne serait point sorti non plus de l'orbite tracée par son maître. Mais enfin, puisqu'au lieu de s'être illustré comme physiologiste, il a laissé après lui la renommée d'un grand chirurgien, nous devons maintenant le suivre dans cette autre sphère, et voir comment il est arrivé à cette célébrité.

La carrière des concours était alors, comme aujourd'hui, ouverte à tous les jeunes talents. M. Roux venait à peine d'y entrer, et déjà il allait se trouver en face d'un jeune homme que dévorait une vaste ambition, de celui qui devait être le plus redoutable et le plus constant de ses adversaires, de celui qu'il devait désormais rencontrer à chaque pas, qui, partout et toujours, serait là pour lui barrer le passage, qui allait peser ainsi sur toute sa destinée jusqu'au moment où, enlevé par une mort prématurée, il lui laisserait, comme un dernier fardeau, sa propre et écrasante succession.

On pense bien que c'est de Dupuytren dont nous voulons parler. Pour la première fois, ces deux émules allaient se rencontrer. Dupuytren était de trois ans plus âgé que M. Roux; mais déjà que de différences entre ces deux jeunes hommes, dont l'un avait vingt-deux ans et l'autre vingt-cinq!

Nous avons vu avec quelle facilité, avec quelle insouciance M. Roux avait passé les premières années de sa jeunesse; combien avait été léger pour lui le fardeau de la vie. Son père avait bien pu sans doute lui imposer quelque économie et borner ses dépenses; mais ce jeune homme n'avait jamais été aux prises avec l'infortune; il n'avait point reçu les sévères et fortifiantes leçons de l'adversité! Dupuytren, au contraire, né dans une petite ville de la Haute-Vienne, ne doit sa première éducation qu'à la générosité d'une famille étrangère. Plus tard, il est obligé de partager avec un condisciple une modeste chambre que meublait un pauvre lit, une table et trois chaises. C'est là que ce sérieux jeune homme inaugure ses longues études. Le sort ne lui accorde point ce bienfait des dieux, l'amitié d'un grand homme. Et qui sait s'il l'aurait accepté? C'est aux premières places qu'il se sent lui-même destiné et que déjà il aspire; lui qui, dans le champ de la science, n'a encore fait aucune conquête, lui qui n'aura point de Rubicon à traverser, il ose dire à ses camarades qu'il ne voudrait pas être le second dans Rome. Et qu'était-ce pour lui que Rome? C'était ce sceptre de la chirurgie qu'il voyait en perspective, et sur lequel déjà il aurait voulu porter la main.

Tel était l'adversaire avec lequel M. Roux allait se mesurer. Le prix du concours était la place de chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu.

La victoire fut longtemps disputée. M. Roux, dans les épreuves orales et surtout dans les improvisations, se montrait supérieur à son adversaire; déjà il avait cette richesse, cette abondance d'expressions qui le faisaient courir, s'écarter, revenir et puis dépasser le but sans jamais pouvoir s'y maintenir. Dupuytren, sobre de paroles, mais plus méthodique et plus rigoureux, avait l'avantage dans les épreuves où le raisonnement et l'appréciation des faits sont de préférence requis : Dupuytren fut déclaré vainqueur, et il monta sur cette grande scène de l'Hôtel-Dieu où il devait acquérir une si haute renommée.

M. Roux, cependant, avait fait preuve d'un si beau talent et de connaissances si étendues qu'à peu de temps de là il fut désigné par M. Frochot, préfet de la Seine, pour remplir les fonctions de chirurgien en chef adjoint de l'hôpital Beaujon.

Ce modeste établissement, situé loin du quartier Latin et du tumulte des écoles, semblait destiné à recevoir ceux qui, sortis tout froissés de leurs conflits avec Dupuytren, avaient besoin pour se remettre de paix et de silence; M. Roux alla donc passer quelques années dans cette paisible retraite. Plus tard, le bon Marjolin, nommé chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu, dut également aller dans cet asile chercher des malades à traiter, des élèves à instruire, et surtout des témoignages d'affection et de bienveillance; toutes choses qui lui auraient été refusées près d'un chef qui non-seulement ne pouvait pas souffrir d'égal, mais qui ne voulait pas même qu'un second le suivît de trop près.

Quelques années d'une vie peu active se passèrent donc ainsi pour M. Roux, qui dut en frémir d'impatience, lorsqu'en 1810 il fut assez heureux pour entrer dans la famille d'un grand chirurgien; M. Boyer lui accorda sa fille, et obtint pour son gendre la place de chirurgien en second de la Charité.

Sous la direction d'un maître tel que Boyer, M. Roux aurait pu acquérir ce qui lui manquait; il aurait pu devenir à la fois un habile et un sage chirurgien; mais pour un génie aussi aventureux et aussi entreprenant que le sien, ce ne pouvait être qu'une contrainte perpétuelle. Boyer était son chef, les règlements le voulaient ainsi; M. Roux devait lui-même finir par reconnaître la nécessité et la sagesse de cette subordination; il a dit plus tard en fort bons termes que c'était une autorité salutaire qui au besoin pouvait contenir la trop vive ardeur des jeunes chirurgiens et cette hardiesse trop grande qui naît trop facilement d'une trop grande indépendance. Mais dans les premières années de son adjonction à Boyer, loin de reconnaître et de bénir ce frein salutaire, il luttait chaque jour et déplorait ce qu'il appelait ses entraves.

C'était, du reste, une étrange opposition entre ces deux caractères et ces deux genres de talent : l'imagination, le génie inventif et inquiet semblaient perpétuellement aux prises avec la circonspection, la sagesse et le bon sens; M. Roux avait quelque chose de vaillant, de généreux et de chevaleresque; M. Boyer quelque chose de prosaïque, de railleur, mais de profondément sensé; nous étions tous témoins de ces luttes intestines; les jeunes gens se déclaraient pour M. Roux, les hommes d'un âge mûr étaient plutôt pour M. Boyer; il semblait aux premiers que M. Roux était en chirurgie l'image de l'avenir, et que M. Boyer représentait le passé. M. Boyer trouvait, en effet, que la chirurgie était arrivée à son plus haut degré de perfection, que l'Académie royale de chirurgie y avait mis la dernière main, et qu'il n'y avait plus rien à ajouter; M. Roux s'écriait, au contraire : « Non, l'édifice de la science n'est pas encore achevé; non, l'art n'a point encore atteint ses dernières limites! »

Conviction généreuse et séduisante qui devait lui concilier tous les hommes d'avenir; aussi finit-il par l'emporter. Triste et résigné, M. Boyer lui laissa le champ libre.

Quel usage M. Roux fit-il de cette indépendance? En quoi et comment a-t-il agrandi le domaine de la science? Jusqu'où a-t-il reculé les limites de l'art? C'est là ce que nous allons examiner.

Le décès de Sabatier, survenu en 1811, venait de laisser vacante la chaire de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris; la lice s'ouvrit de nouveau; Dupuytren et M. Roux se retrouvèrent en présence. M. Roux se montra brillant, Dupuytren profond; l'ancien élève des Bénédictins eut un avantage marqué sur son compétiteur dans la composition latine. On retrouve toujours les fruits de l'éducation littéraire. Quand les humanités ont été imparfaites ou manquées, on ne peut les réparer, on demeure à jamais incomplet. Cependant Dupuytren fut de nouveau déclaré vainqueur, et il lui fut donné d'occuper la chaire de Sabatier.

Ce n'était plus, du reste, qu'une question de temps pour M. Roux, sa place était marquée dans le haut enseignement. En 1816, la mort de Petit-Radel et d'Alphonse Leroy avait laissé libres deux autres chaires. Par suite de permutations, celle de pathologie externe fut déclarée vacante; mais le concours était supprimé, la Faculté dut faire une présentation, ce fut le classique et populaire Marjolin qui fut porté en première ligne, M. Roux n'arriva qu'en seconde. Enfin, le 10 février 1820, justice fut rendue à M. Roux. Percy ayant donné volontairement et très à point sa démission, M. Roux fut présenté en première ligne, et le 4 mars suivant sa nomination fut approuvée.

Mais ce n'était pas seulement dans l'enseignement que devait briller M. Roux, il devait aussi tenir un rang distingué dans les corps savants. Vers la fin de cette même année 1820, il avait été compris dans les première nominations de l'Académie royale de médecine; il en devint un des membres les plus assidus et les plus actifs. L'Académie était alors divisée en trois grandes sections; M. Roux remplit, en 1825, les fonctions de secrétaire de la section de chirurgie; en 1827, il en fut le vice-président; en 1828, il fut porté au fauteuil de la présidence.

M. Roux, cependant, ne pouvait s'en tenir là; l'Institut a, dans la classe des sciences, une section de médecine et de chirurgie. M. Roux devait naturellement aspirer à occuper un de ces fauteuils. En 1820, une place était devenue vacante par suite du décès de Percy; M. Roux s'était mis au nombre des candidats; ses titres étaient nombreux, mais son éternel adversaire, Dupuytren, s'était également mis sur les rangs; l'issue ne pouvait être douteuse : Dupuytren fut nommé à une imposante majorité. En 1829, une nouvelle vacance est déclarée dans la section; cette fois, une grande gloire militaire, Larrey, vient disputer cet honneur à M. Roux; M. Roux balance un moment les suffrages; cinq voix seulement décident en faveur de Larrey. Enfin, à la mort de M. Boyer, en 1834, M. Roux est nommé au premier tour de scrutin.

Le voilà donc en possession de ces quatre joyaux tant désirés : il est membre de l'Institut, il est titulaire de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté et chirurgien en chef d'un grand hôpital; qu'a-t-il fait jusque-là, que va-t-il faire pour mériter toutes ces distinctions? En quoi a-t-il servi la science, et, nous devons aussi le demander puisqu'il s'agit d'un chirurgien, en quoi a-t-il été utile à l'humanité?

Celui qui, jour par jour, voudrait raconter la vie d'un grand chirurgien, qui voudrait exposer tout ce qu'il a fait dans le cours d'une longue et laborieuse carrière, pourrait se dire comme l'historien latin : *Opus aggredior opimum casibus*. Mais il faut le reconnaître, M. Roux, autant qu'il était en lui, a rendu cette tâche facile pour tous ceux qui s'occuperont de ses travaux; il s'était fait lui-même son propre historien, sa vie tout entière s'est passée dans l'éternel récit de ce qu'il avait fait; ses mécomptes eux-mêmes n'étaient point déguisés, c'étaient comme autant de drames qui servaient à orner ses narrations, ce qui ne l'empêchait pas d'insister, et avec raison, sur les faits qui pouvaient lui faire le plus d'honneur; ainsi la première place était réservée à ceux qui se trouvent compris dans ce qu'on a nommé la chirurgie *réparatrice*.

Cette chirurgie réparatrice a été, il faut le dire, le triomphe de M. Roux. C'est dans cet ordre de faits qu'il a pu montrer toutes les ressources, toute l'étendue et toute la souplesse de son talent; il y mettait un art infini, et souvent les plus beaux résultats couronnaient ses efforts.

Les ruines d'une maison se peuvent réparer, a dit le fabuliste :

Que n'est cet avantage
Pour les ruines du visage!

Eh bien! Messieurs, grâce à son génie inventif, à sa merveilleuse adresse, M. Roux a su plus d'une fois procurer cet avantage; il a su réparer d'affreuses ruines du visage. Non celles, sans doute,

Qui sont des ans l'irréparable outrage,

mais les ruines bien plus profondes et bien plus hideuses qui sont produites par des lésions accidentelles, par des mutilations, ou celles qu'apportent en naissant quelques êtres déshérités.

Cet édifice humain, si longuement et si merveilleusement organisé dans le sein de la mère, peut arriver au monde inachevé, imparfait, ou même déformé. Il semble, en certains cas, que la nature s'est trouvée en retard, et qu'elle s'est ainsi laissée aller à ce qu'on nomme des *arrêts de développement;* d'autres fois, il semble qu'elle a précipité son travail, poussé trop loin son œuvre, et commis des *excès de développement*. De là autant de difformités que l'art peut être appelé à réparer. Mais pour combler ces vides, pour refaire ces murailles vivantes, où prendre des matériaux; de quel ciment se servir pour les faire adhérer, et comment y entretenir la vie? C'est ici que doit se montrer, et dans tout son éclat, le génie chirurgical; il intervient dans l'œuvre du Créateur, et travaille en quelque sorte de compte à demi avec la nature. Mais, d'un autre côté, quel courage, quelle patience ne faut-il pas chez les pauvres malades pour supporter ces longues, ces sanglantes et douloureuses manœuvres! J'en veux citer un seul exemple pris, bien entendu, dans la pratique de M. Roux :

Une jeune fille, à peine âgée de vingt et un ans, était venue réclamer ses soins. Elle avait au côté gauche de la face une large et hideuse ouverture qui venait se confondre avec la bouche; on voyait à nu des portions osseuses, et, comme de ce côté la mâchoire était privée de dents, la langue, mal contenue, faisait saillie hors de la bouche, et ajoutait à cette difformité. Il ne fallut pas moins d'une année pour réparer cet affreux désordre, et sept fois on dut recourir à de nouvelles opérations. C'était la malade qui à chaque fois suppliait M. Roux de se remettre à tailler d'autres lambeaux dans les parties voisines. Douée d'un courage surhumain, d'un courage de femme! cette pauvre malade, loin d'hésiter, se montrait, à chaque nouvelle tentative, plus résolue et plus résignée. Après cinq opérations cependant, elle se trouvait à peu près comme au premier jour; et ici on ne sait ce qu'on doit le plus admirer, ou de l'inébranlable fermeté de la patiente, ou de l'ingénieuse persévérance de l'opérateur. Enfin celui-ci fut assez bien inspiré pour imaginer un procédé qui lui permit tout à la fois de refaire une portion de la joue et du nez. Les lambeaux cette fois demeurèrent en place; le plus difficile était fait. La septième opération n'eut d'autre but que de rattacher une partie de la lèvre supérieure au bord de la joue reconstituée.

La pauvre fille fut enfin payée de sa constance et de ses peines. Quelques cicatrices sillonnaient encore sa joue, mais elle pouvait du moins rentrer dans la société et ne plus y être un objet de dégoût et d'horreur. Ceci lui suffisait; et je dirai que, arrivée à ce point, elle montra plus de sagesse et de raison que son opérateur. Celui-ci, qui ne voyait dans tout cela qu'un véritable travail d'art, aurait voulu atteindre un plus haut degré de perfection; il soutenait qu'en pratiquant du côté gauche une nouvelle incision, il pourrait donner plus de régularité et de symétrie à la bouche. J'avais le désir, a-t-il écrit depuis, de compléter l'œuvre qui m'avait occupé si longtemps. La malade s'y refusa. Elle avait voulu, disait-elle, ne plus être un objet de pitié et de dégoût; elle ne céderait pas à un mouvement de coquetterie.

Quelques détails donnés par M. Roux lui-même, montrent, du reste, que le cœur de cette jeune fille était à la hauteur de son caractère. Durant le long séjour, dit-il, qu'elle fit à l'hôpital, elle avait conçu pour l'une de ses compagnes de malheur la plus tendre affection, et elle s'était imposée le pieux devoir de lui venir plus tard en aide, en partageant avec elle le produit de son travail. Fidèle à l'engagement que son âme compatissante lui avait fait prendre, on la vit, en effet, pourvoir aux besoins de la jeune femme à laquelle elle s'était attachée uniquement parce qu'elle avait cru voir qu'elle était plus infortunée qu'elle-même.

Mais ceci devient une digression : ne quittons pas la pratique de M. Roux. J'ai dit tout à l'heure que, dans cette merveilleuse construction de l'édifice humain, la nature semblait parfois avoir manqué de temps pour achever certaines parties; il peut se faire, en effet, que les deux moitiés du corps ne se soient pas réunies complétement dans le sein de la mère, et que la division médiane persiste en quelques points, par exemple à l'égard de la lèvre supérieure, et alors il en résulte ce qu'on nomme un *bec-de-lièvre;* il peut se faire aussi que cette même division se montre plus en arrière, et qu'elle partage en deux moitiés cette membrane délicate et mobile tendue au fond de la bouche, qu'on nomme le *voile du palais*. De là un timbre particulier de la voix et un vice remarquable de prononciation.

Cette difformité n'est point rare : de tout temps on l'avait observée, et bien souvent, sans doute, l'idée avait dû venir aux chirurgiens de chercher à y remédier par un procédé semblable à celui qu'on emploie pour le bec-de-lièvre, c'est-à-dire en pratiquant quelques points de suture. Mais comment aller placer des aiguilles et des fils sur les bords fraîchement avivés d'une membrane si mince et si mobile? Et comment les maintenir en place pendant plusieurs jours? A M. Roux était réservé l'honneur de surmonter toutes ces difficultés, et son coup d'essai fut un coup de maître.

Dans le cours de l'année 1819, un jeune médecin, originaire du Canada, était venu trouver M. Roux. Le timbre de sa voix trahissait déjà la nature de son infirmité. Il raconta à M. Roux qu'il était né avec cette fâcheuse division du voile du palais. M. Roux, en examinant ce vice de conformation, s'aperçut que, dans certains mouvements de déglutition, les bords de la division se rapprochaient assez exactement l'un de l'autre. Ce fut pour lui un trait de lumière : il conçut tout aussitôt la possibilité de les maintenir ainsi rapprochés l'un de l'autre, et communiqua cette idée au jeune médecin, qui, séduit par l'espoir de recouvrer le libre usage de la parole, consentit avec joie à tout ce que voudrait faire M. Roux.

L'opération, pratiquée en présence d'un petit nombre de personnes, réussit complétement. Le timbre de la voix prit tout aussitôt un autre caractère, et, après quelque temps d'exercice, les mots furent parfaitement articulés.

C'était un beau succès que venait là d'obtenir M. Roux. Il appela cette opération la *staphyloraphie*, dénomination heureuse qui entra de plein droit dans la nomenclature chirurgicale, car elle exprimait une chose nouvelle et par un mot judicieusement formé.

Chacun rendit hommage au génie inventif et à l'habileté de l'opérateur. M. Roux lui-même crut devoir mettre de côté toute fausse modestie, disant qu'on ne comprenait peut-être pas assez combien c'était chose heureuse que la chirurgie possédât enfin les moyens de restaurer le voile du palais. C'était chose heureuse assurément; toutefois, quelques catastrophes vinrent prouver que, même dans cet ordre de faits, on ne saurait avoir l'assurance de porter toujours impunément l'acier tranchant sur des parties vivantes.

Que de fois n'a-t-on pas entendu M. Roux raconter lui-même l'histoire de ces trois jeunes gens nés en Irlande, modèles de l'affection fraternelle, qui, à l'insu de leur mère, ou du moins en lui cachant le véritable but de leur voyage, et en voulant lui ménager le plaisir d'une surprise, s'étaient rendus à Londres et de Londres à Paris pour se confier à ses soins?

Ils étaient, il est vrai, dans de fâcheuses conditions morales : le chagrin d'avoir agi contrairement au désir de leur mère assombrissait toutes leurs idées; il leur semblait qu'une fatalité étrange pesait sur

eux, et cette pensée les remplissait de funèbres pressentiments. Ainsi, celui qui devait subir l'opération, plus triste et plus inquiet que ses frères, va visiter les hauteurs de Montmartre, et entre par hasard dans le cimetière voisin ; il parcourt ces tristes lieux, et, à l'aspect de ces tombes, il ne peut s'empêcher de dire : « Si je meurs, c'est peut-être ici que je serai enterré ! »

M. Roux, plein de confiance, comme toujours, avait fait tous ses efforts pour lui inspirer une pleine et entière sécurité. L'opération, du reste, fut des plus simples : elle dura aussi peu de temps que le comportait une division bornée au voile du palais ; mais elle était à peine terminée, que se déclarèrent les accidents les plus graves et les plus alarmants, et, cinq jours après, cet infortuné jeune homme expirait dans les bras de ses deux frères.

Quelle avait pu être la cause d'accidents aussi formidables, aussi rapidement mortels ? C'était là ce que M. Roux s'était naturellement demandé. L'autopsie n'avait pas été pratiquée : aurait-elle pu lui apprendre quelque chose ? M. Roux en doutait, et avec raison. Il était cependant quelques renseignements que M. Roux aurait pu tirer de cette mort si rapide et si imprévue ; et d'abord, c'est que si ce repli membraneux qu'on appelle le *voile du palais* occupe peu d'espace, s'il est mince, traversé d'un petit nombre de vaisseaux et de nerfs, il n'en fait pas moins partie intégrante de ce tout animé, sensible et sans cesse agité par le souffle de la vie ; il aurait pu aussi en conclure que des sympathies mystérieuses établissent une effrayante solidarité entre tous les organes de l'économie, et qu'en portant le fer sur ceux qui paraissent avoir le moins d'importance, on entame la vie elle-même.

C'est là sans doute ce que paraissent redouter les chirurgiens qui ont vieilli dans l'exercice de leur art ; et de là cette prudence, cette circonspection qui de plus en plus les éloigne de la pratique des opérations et les leur fait sans cesse ajourner.

Il est cependant une chirurgie qui ne comporte pas ces ajournements, qui souvent même ne permet pas la moindre hésitation : c'est celle qu'on pourrait nommer la *chirurgie conservatrice*. Celle-ci n'a plus pour but de remédier à des vices de conformation ou de corriger des défectuosités organiques compatibles avec la vie ; elle a pour unique objet la conservation même de l'existence, ou du moins sa prolongation ; parfois même c'est un simple sursis qu'elle vient donner, et ce sursis est encore un bienfait. La chirurgie n'a plus ici les prétentions qu'elle avait tout à l'heure ; elle ne restaure plus, elle ne perfectionne plus : elle empêche de mourir ! Mission impérieuse et sacrée qu'il ne faut jamais perdre de vue.

C'est sur les champs de bataille que cette chirurgie se montre dans tout son éclat ; mais, sans sortir de la pratique civile, assez de cas s'offrent à nous dans lesquels l'art doit intervenir et dans lesquels il doit donner des secours aussi prompts, aussi intelligents que s'il s'agissait des accidents de guerre. Or, c'était surtout dans ces graves circonstances que se montrait encore la supériorité de M. Roux.

Par ses connaissances profondes en anatomie, par la justesse de son coup d'œil et la promptitude de ses résolutions, M. Roux était en quelque sorte l'homme de la circonstance. Là où les autres sont pris d'un trouble insurmontable et se trouvent comme paralysés, M. Roux se sentait parfaitement à l'aise : rien ne le troublait, rien ne le déconcertait ; et cela au milieu des dangers les plus pressants, dans ces larges et profondes blessures, par exemple, où des vaisseaux importants ayant été ouverts, le sang s'échappe à flots et la vie semble se répandre avec lui. Quelle sagacité, cependant, et quelle adresse ne faut-il pas alors pour découvrir quelle est la source du sang et pour aller chercher l'artère qu'on doit lier ! Or, je le répète, ces difficultés, ces dangers, loin d'effrayer M. Roux, avaient pour lui un invincible attrait. Aussi se plaisait-il, dans ses leçons, à les rappeler de préférence, à dire comment il les avait reconnus et comment il s'en était rendu maître. Quant aux cas ordinaires, à ceux qui ne lui avaient offert aucune difficulté, c'est à peine s'il daignait en parler, ou, s'il le faisait, c'était avec un souverain mépris. « Quoi de plus vulgaire, disait-il, quoi de plus commun et de moins curieux que ces ligatures d'artères de moyen ordre, presque toutes placées superficiellement et presque toutes accessibles à la main du chirurgien ? »

Il aurait volontiers fait fi de ces pauvres blessés si peu intéressants pour la grande chirurgie.

« Mais il n'en est pas de même, reprenait-il avec satisfaction, des cas où j'ai eu à appliquer les ressources de l'art au foyer même des grandes hémorrhagies, sur la plaie de l'artère et au lieu d'émergence. Ceux-là seuls, ajoutait-il, pouvaient offrir un véritable intérêt, puisqu'il s'agissait d'artères d'un calibre considérable. » Voilà comment M. Roux entendait la pratique de la haute chirurgie, de celle, du moins, dans laquelle l'homme de l'art peut espérer de trouver quelque illustration.

Mais, outre ces blessures si graves, si difficiles à fermer, les artères peuvent éprouver d'autres lésions ; elles peuvent se dilater dans une portion de leur étendue et former ainsi des tumeurs, quelques-unes de leurs tuniques peuvent se rompre ; de là autant de maladies distinctes qu'on a appelées *anévrismes*. Ici encore il n'y a pas à attendre, il n'y a pas d'ajournement possible ; abandonnées à elles-mêmes, ces lésions ont presque toujours une issue funeste : la chirurgie doit donc encore intervenir ; mais comment peut-on obtenir la guérison de ces tumeurs, de ces dilatations artérielles ? Un seul moyen peut offrir des chances de succès : il faut intercepter le cours du sang dans l'artère, il faut y amener une oblitération permanente. Or, pour arriver à ce résultat, il est plusieurs procédés auxquels on peut recourir. M. Roux n'en a inventé aucun ; mais à une époque où les travaux des chirurgiens étrangers étaient peu connus parmi nous, il a eu le mérite de faire triompher en France une méthode simple, rationnelle et souvent efficace : c'est celle qu'on désigne sous le nom de *méthode de Hunter*, et qui consiste à aller placer une ligature au-dessus de la tumeur et dans une partie saine de l'artère.

Toutes ces opérations, on le voit, rentrent essentiellement dans la chirurgie conservatrice : il s'agit toujours de remédier à des lésions qui intéressent directement l'existence. Mais il peut se faire que la chirurgie, sans perdre ce caractère, n'ait plus à écarter des dangers aussi imminents ; il peut se faire qu'elle ait seulement pour but de conserver une partie du corps, un membre par exemple. Ainsi, l'homme de l'art est appelé ; il constate que l'os seul est malade ; les parties molles sont parfaitement intactes ; faut-il amputer ce membre ? faut-il pour cela et dans tous les cas mutiler le malade ? C'était trop souvent le parti qu'on prenait en d'autres temps. M. Roux a prouvé par des faits que, dans la plupart des cas, on peut se borner à retrancher la portion d'os malade, que cette portion se trouve dans la continuité d'un os long ou à une extrémité articulaire, ou bien enfin dans toutes les parties contiguës d'une articulation. On diminue ainsi la longueur du membre, mais du moins on le conserve.

Ici M. Roux a eu le mérite d'une invention : on lui doit un nouveau procédé pour la *résection* des os du coude. Lui-même a exposé, en d'autres temps, à l'Académie, trois cas de succès ; et j'ajoute que ce procédé est d'autant plus précieux, qu'il épargne plus de douleurs au malade, et qu'au lieu de trois incisions il n'en exige que deux ; circonstances qui n'étaient pas toujours prises en grande considération par M. Roux, mais dont nous ne devons pas moins tenir grand compte.

Il faut dire maintenant que cet habile opérateur n'excellait pas seulement dans ces grandes et douloureuses manœuvres : chacun de nous a pu voir avec quelle aisance et avec quelle dextérité il procédait à ces minutieuses et délicates opérations qui semblent exiger de la part du chirurgien des études toutes spéciales et presque exclusives. Nous citerons comme exemple celles qui se pratiquent sur l'œil et sur ses dépendances. On sait que la nature a placé dans cet admirable instrument d'optique une lentille ; que cette lentille peut perdre sa transparence et devenir un obstacle à la vision : c'est la *cataracte*. Pour rétablir la vision, il faut abaisser le cristallin devenu opaque, ou l'extraire ; d'où deux procédés : celui de l'*abaissement* et celui de l'*extraction*. Pour M. Roux, le choix ne pouvait être douteux : c'était l'extraction qu'il devait pratiquer presque exclusivement, puisque Dupuytren pratiquait de préférence l'abaissement. Et ici, pour donner une idée de l'étendue de sa pratique, il nous suffira de dire qu'en moins de quatre années il rendit ses élèves témoins de plus de trois cents opérations de cataracte.

D'après tout ce que nous venons de dire, on comprendra facilement quelle était la prodigieuse activité de M. Roux dans cette pratique journalière des opérations, activité très-louable tant qu'elle s'est exercée dans les limites de la chirurgie *conservatrice*. Je pourrais même ajouter qu'en le voyant à l'œuvre dans ces moments critiques et décisifs, on ne pouvait s'empêcher de reconnaître combien ici la chirurgie semble l'emporter sur la médecine.

La médecine, en effet, dans les cas les plus heureux et qui paraissent lui faire le plus d'honneur, ne peut jamais revendiquer à elle seule le bénéfice de la guérison, la nature est toujours là pour en réclamer sa part, tandis que la chirurgie, dans l'ordre des faits dont nous venons de parler, peut soutenir à bon droit que si elle n'était intervenue le malade aurait péri.

Mais, d'un autre côté, il ne faut pas oublier que si la médecine ne peut aspirer à de semblables triomphes, si elle ne peut se dire aussi essentiellement conservatrice, on ne saurait non plus faire peser sur elle, en un autre sens, la même responsabilité que sur la chirurgie. On est en effet obligé de reconnaître que, dans ses revers les plus fâcheux, dans ses sinistres les plus rapides, et lorsque toutes ses prévisions ont été démenties, la nature est encore là pour assumer une part incontestable ; tout au plus peut-on l'accuser d'avoir laissé mourir le malade.

La chirurgie, au contraire, soit erreur, soit fatalité, et je parle ici de celle qui est exercée par les plus habiles et les plus éminents, la chirurgie peut être parfois accusée et positivement convaincue d'avoir tranché le fil des jours du malade.

M. Roux, pour sa part, ne le savait que trop, et c'est avec une entière franchise qu'il avouait ses malheurs ; il est le premier, peut-être, qui ait eu le courage de classer ses opérations suivant que l'issue en avait été heureuse ou malheureuse. C'est ce qu'il a fait pour ses opérations de l'anévrisme par la méthode de Hunter. Il groupe d'abord ce qu'il appelle ses *succès*, ajoutant (lui seul pouvait trouver de ces mots) que c'est la partie la plus *riante* de son tableau ; puis il réunit en un second groupe ce qu'il nomme ses *revers*, mais tout cela sans en être déconcerté le moins du monde, et sans rien perdre de sa confiance : c'est un homme de guerre qui parle de ses défaites, et qui sait que les armes sont journalières ; il n'éprouve qu'un regret, c'est de se sentir trop âgé pour pouvoir prendre sa revanche : « Si j'étais moins avancé dans ma carrière, écrivait-il dans ses dernières années ; si j'étais encore à l'âge des longs espoirs, je pourrais du moins former le vœu de compenser ces revers par de nombreux succès ! »

Mais M. Roux allait plus loin dans ses aveux. Les échecs dont nous venons de parler peuvent survenir dans l'exercice de la chirurgie la plus sage, la plus prudente ; il en est d'autres, au contraire, qui doivent marquer douloureusement dans la vie d'un chirurgien, ce sont ceux qui résultent de méprises ou d'erreurs. Or, M. Roux n'a pas non plus reculé devant ces aveux : « Deux fois entre autres, disait-il, il m'est arrivé d'ouvrir l'artère crurale, et deux fois j'ai été ainsi l'artisan de blessures mortelles ! Loin de jeter un voile sur ces faits, ajoutait-il, je me propose, au contraire, de les faire connaître dans tous leurs détails, afin qu'ils servent d'enseignement aux jeunes chirurgiens. »

Ces aveux sont louables, Messieurs, ils témoignent de la sincérité, de la bonne foi du chirurgien qui ne craint pas de les faire ; mais si de pareilles catastrophes doivent laisser de douloureux souvenirs dans l'âme du praticien, alors même qu'elles sont survenues dans la pratique de cette chirurgie que nous avons nommée conservatrice, que dirons-nous de ces mêmes échecs quand nous les voyons se répéter coup sur coup dans l'exercice de cette autre chirurgie trop usitée de nos jours, et que nous n'osons ici qualifier ?

Il est, en effet, des opérations tellement en dehors de la saine pratique, tellement extraordinaires, que rien ne saurait les justifier, et qui cependant sont, pour quelques chirurgiens, un objet d'amour-propre et d'ambition : c'est à qui ne se laissera point dépasser dans cette route sanglante. Or, M. Roux, je le dis à regret, bien qu'arrivé à la maturité de l'âge et à l'apogée de sa réputation, M. Roux n'a pas toujours su résister aux entraînements de cette intempestive chirurgie. Du reste, c'était avec un complet désintéressement qu'il se livrait à ces hasardeuses tentatives ; personne moins que lui ne songeait à en faire une question de lucre ou de spéculation ; il n'y voyait qu'une question d'art, de difficultés vaincues, et puis il ne voulait rester en arrière de personne.

Nous avons vu que dès les premiers temps de son entrée à l'hôpital de la Charité, M. Roux avait cherché à se distinguer par l'importance et par la nouveauté des opérations qu'il voulait pratiquer ; nous avons dit quelles avaient été les résistances de Boyer ; mais il vint une époque où M. Roux, délivré de tout contrôle, débarrassé de toute entrave, put obéir pleinement à toutes ses inspirations et ne plus écouter que son propre génie, ce fut lorsque la mort de Dupuytren lui eut ouvert les portes de l'Hôtel-Dieu.

Il était enfin à la tête de la chirurgie française. Jusque-là, toutes les fois qu'il avait voulu s'élever il avait rencontré Dupuytren, et Dupuytren l'avait arrêté.

Que si parfois il était parvenu à se placer sur la même ligne que Dupuytren, c'est que, sur cette même ligne, il y avait plusieurs places ; là où il n'y en avait qu'une, c'était Dupuytren qui l'occupait. Il ne pouvait y avoir qu'un premier chirurgien du roi, c'était Dupuytren qui avait cet insigne honneur ; il ne pouvait y avoir alors qu'un chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, c'était Dupuytren qui occupait ce poste ; et si M. Roux va enfin y parvenir, c'est que la mort de son rival lui laissera le champ libre.

C'était comme un dernier concours qui allait s'ouvrir entre ces deux chirurgiens : ce vaste établissement qu'on nomme l'Hôtel-Dieu était encore tout plein de la mémoire de Dupuytren, l'ombre de ce grand chirurgien semblait encore errer dans ces longues salles, grave et silencieuse comme autrefois.

Ses internes, qui sont aujourd'hui pour la plupart des praticiens distingués, étaient demeurés en fonctions : lorsqu'ils se trouvaient réunis l'esprit de leur maître était avec eux et semblait leur communiquer quelque chose de sa sévérité, de sa hauteur, de son dédain. Pour eux, M. Roux, comparé à Dupuytren, ne pouvait être qu'un personnage très-secondaire.

On dit qu'effrayé lui-même de cette lourde succession, M. Roux hésita longtemps à l'accepter. S'y étant enfin décidé, on sait comment il fut accueilli, et les préventions qu'il eut à surmonter.

Et cependant voyez de ces deux chirurgiens, Dupuytren et M. Roux, lequel aurait dû plutôt se concilier la faveur de la jeunesse : l'un était un homme au port sombre et majestueux ; on le voyait marcher en avant des élèves le visage hautain et soucieux, chacun se découvrait sur son passage et le suivait en silence ; l'autre se montrait le visage ouvert, satisfait et souriant, faisant à tous bon accueil, obligeant, serviable, et cherchant ainsi à grossir l'escorte un peu bruyante dont il partageait lui-même la gaîté.

Chez Dupuytren, l'éducation littéraire laissait à désirer ; il y avait même dans l'éducation morale des lacunes qu'il n'avait pu réparer ; mais tout en lui imprimait le respect et tenait à distance ; sa parole, de même que son attitude et son geste, était simple, sévère, et presque auguste.

M. Roux visait à l'élégance et brillait par d'autres côtés ; sans doute il y avait des répétitions, des incidences interminables dans toutes ses allocutions ; mais quelle richesse de souvenirs, quelle finesse dans les aperçus ! Et tout cela sans apprêt, sans affectation, avec un charme, un abandon, une bienveillance dont rien n'approche.

Mais comme les juges de ce dernier concours étaient tous instinctivement hostiles à M. Roux, ils trouvaient que cette parole du téméraire successeur de Dupuytren n'était que diffuse, prolixe, pleine d'ambages et de circonlocutions, embarrassée de réticences, de synonymies et d'atténuations perpétuelles ; tandis que la parole élevée, exacte et sentencieuse de Dupuytren était restée dans leur souvenir comme un modèle classique de correction, de justesse et de clarté.

Il faut avouer, du reste, que dans ses premiers actes et dans sa manière de procéder, M. Roux se conduisit de telle sorte qu'il parut justifier les préventions qui existaient contre lui. M. Roux, succédant à Dupuytren, s'était imaginé dans sa bouillante ardeur que pour effacer ce grand praticien il fallait agir et agir beaucoup.

Il oubliait que ce qui avait élevé si haut la renommée de son prédécesseur ce n'étaient ni le nombre ni la nouveauté des opérations qu'il avait pratiquées, mais bien ce jugement exquis, cette sûreté de diagnostic, et cette rare prudence qu'il apportait dans chacun de ses actes. Il est vrai qu'il y mettait un peu d'artifice et d'ostentation, et qu'au fond le salut des malades l'inquiétait peut-être moins que le soin de sa propre réputation ; mais, comme après tout ces deux choses étaient inévitablement liées, ces minutieuses précautions, ces profonds calculs tournaient en définitive au profit des malades.

Encore quelques mots, Messieurs, et j'aurai terminé ce parallèle déjà si souvent repris entre ces deux illustres praticiens. Il semble qu'après ce dernier rapprochement dans les salles de l'Hôtel-Dieu, et alors que tous les deux sont descendus dans la tombe, il n'y ait plus de comparaison à établir, de parallèle à suivre ; il est cependant un tribunal devant lequel ils auront encore à comparaître, qui seul portera sur eux un suprême jugement : je veux parler du concours qui s'ouvre pour tous les hommes célèbres devant la postérité.

L'histoire de la chirurgie aura alors à faire connaître ce que Dupuytren a fait pour étendre les limites de l'art, quelles ont été ses inventions, ses découvertes, tous ses travaux enfin, et l'on verra s'il a laissé ou non de quoi justifier et maintenir cette hautaine suprématie si laborieusement acquise.

M. Roux, de son côté, sera jugé au même point de vue ; le témoignage des contemporains sera sans doute invoqué ; mais c'est en définitive sur pièces que leurs services seront appréciés ; il semble que M. Roux en appelait pour lui-même à ces temps éloignés quand il disait qu'on peut espérer de vivre, et de vivre éternellement dans la mémoire des hommes, lorsque après soi on laisse de grands travaux ; tandis que le talent du professeur, n'étant que viager, s'éteint et meurt avec celui qui le possédait.

Aussi M. Roux, plus soucieux que Dupuytren de la postérité, a laissé de nombreux et importants ouvrages : dès 1809, il avait publié un volume de *Mélanges de chirurgie* : il obéissait alors au goût de l'époque ; il s'y livrait à d'ingénieux essais de classification ; lui aussi, à l'exemple de Pinel, voulait appliquer l'analyse à la chirurgie, et déjà il avait classé les plaies, les fractures et les hernies, en attendant qu'il pût

donner une classification méthodique de toutes les opérations chirurgicales.

En 1813, il fit paraître la première partie d'un *Traité de médecine opératoire* : ses prétentions ici étaient toutes différentes. Il ne voulait rien moins (il le déclare dans sa préface) qu'élever à la chirurgie un monument digne de l'époque où il vivait. Il savait cependant que le savant et judicieux Sabatier venait de remettre sa *Médecine opératoire* au courant de la science, en attendant qu'une troisième édition, faite par MM. Sanson et Bégin, sous les yeux de Dupuytren, l'élevât de nouveau au niveau des connaissances les plus récentes; mais M. Roux méconnaissait alors sa véritable vocation. Plus tard, cherchant à expliquer pourquoi il n'était pas allé au delà de cette première partie, il avouait qu'il n'était point né pour la composition d'un ouvrage didactique de longue haleine; il y a plus, il regrettait d'avoir publié ces deux volumes : « Je voudrais, disait-il, que cette publication fût considérée comme nulle et non avenue. » Cependant, pour être juste, il faut dire que M. Roux y avait traité l'histoire des anévrismes d'une manière plus approfondie et avec plus de développement que ne l'avait fait Sabatier.

Deux ans après, en 1815, M. Roux fit paraître la célèbre relation de son *Voyage à Londres*.

Après une guerre qui avait si longtemps séparé les deux pays, et qui dans les sciences les avait rendus non pas hostiles, mais presque complètement étrangers l'un à l'autre, c'était une heureuse idée d'aller sur les lieux examiner quel était alors l'état de la chirurgie anglaise, et d'en faire le parallèle avec la chirurgie française.

M. Roux avait pu se dire que le pays qui avait eu la gloire de donner naissance à Harvey et à Jenner, qui avait fait connaître au monde la circulation du sang et qui l'avait doté des bienfaits de la vaccine, pouvait avoir fait en chirurgie des découvertes dont notre pays profiterait.

Grâce à lui, des noms jusque-là à peu près inconnus parmi nous devinrent bientôt aussi célèbres qu'ils l'étaient par delà le détroit; c'était Abernethy, A. Cooper, Brodie, Travers, Lawrence, Ch. Bell et tant d'autres.

Mais ce qui dut causer une véritable surprise au chirurgien français, ce fut de voir qu'en chirurgie, comme en toute chose, cette forte race anglo-saxonne ne reculait devant aucune difficulté.

Lui qui croyait avoir été aussi loin que personne dans la ligature des grosses artères, il apprit avec un mélange d'admiration et d'étonnement que A. Cooper avait lié la carotide primitive, que sept fois l'artère iliaque externe avait été interceptée, qu'on avait également porté des ligatures sur l'artère sous-clavière en dedans des scalènes, et que, enfin, on parlait de lier l'artère innominée! Mais, disait M. Roux, j'ose à peine faire mention d'un tel projet!

Y avait-il cependant dans ces sortes de faits et dans quelques autres relatés par M. Roux de quoi établir la suprématie de la chirurgie anglaise sur la chirurgie française? M. Roux certainement ne le pensait pas, mais par une singularité que rien ne saurait expliquer, après s'être posé cette question, il se récuse à raison de sa qualité de Français, et alors, dans une longue suite de paragraphes, il expose comparativement les services rendus par les deux nations à la chirurgie, disant à chaque fois que ce serait à quelque chirurgien célèbre d'une autre nation qu'il appartiendrait de décider de quel côté est la supériorité.

Ce n'est pas, je le répète, qu'on ne sente où M. Roux veut en venir. Son jugement ressort de l'exposé même des faits, mais c'était une forme littéraire qui lui semblait de bon goût, et à laquelle il se laissait aller.

M. Roux, du reste, comme beaucoup d'hommes riches de leur propre fonds, a plus d'une fois placé d'excellentes choses dans des cadres au moins très-étranges. J'en veux citer un curieux exemple : Il s'était chargé de prononcer un discours lors de l'inauguration de la statue de Fourrier, à Auxerre. Or, après avoir exprimé dans son préambule le regret de ne voir à cette solennité ni M. Arago, qui aurait si bien représenté l'Académie des sciences, ni M. Cousin, qui aurait si bien parlé au nom de l'Académie française, ni M. Jomard, qui aurait si dignement rappelé l'Institut d'Égypte, M. Roux n'imagine rien de mieux que de mettre tout ce qu'il a à dire, sans en excepter une phrase, dans la bouche de ces trois académiciens, et de les faire successivement et très-longuement parler au pied de la statue de Fourrier; tout ce qu'il leur fait dire est excellent; on est même forcé d'admirer cette souplesse de talent, cette richesse d'imagination, qui lui fait ainsi prêter à ces hommes célèbres des paroles qu'ils n'auraient pas désavouées; mais on éprouve quelque regret de voir un homme de talent faire un pareil abus de son esprit.

M. Roux a été plus heureux dans son double *Éloge de Bichat et de Boyer*, discours prononcé dans la séance de rentrée de la Faculté du 5 novembre 1851. Il y avait là, il est vrai, pour M. Roux, un grand attrait : il allait, et devant un immense concours d'élèves, revenir sur sa vie tout entière : Bichat, c'étaient les plus belles années de sa jeunesse, Boyer, c'étaient les années encore brillantes de son âge mûr.

Lui-même avoue du reste très-naïvement qu'il lui eût été impossible de ne pas se mettre en scène. Comment donc, disait-il, aurais-je pu peindre Bichat et Boyer, si je m'étais tenu tout à fait dans l'ombre, ou ce qui eût été plus difficile encore, si je m'étais mis en dehors du cadre? M. Roux parla donc de lui, et il le fit avec un remarquable succès, surtout lorsqu'il fut question de Bichat.

Près d'un demi-siècle s'était écoulé depuis la mort de ce grand physiologiste, et on allait voir, on allait entendre celui qui l'avait vu, qui l'avait entendu, qui avait vécu dans son intimité! Ce n'était ni cette notice exacte, ni ce récit animé qui devait faire le plus d'impression sur l'auditoire, c'était le narrateur lui-même, c'était ce véridique témoin, ce disciple bien-aimé qui, après cinquante ans, allait nous dire : Je l'ai vu, c'est ainsi qu'il était; je l'ai entendu, voilà ce qu'il disait.

Aussi cet amphithéâtre tout à l'heure si agité, si bruyant, se tenait dans un profond et religieux silence, quand M. Roux, cherchant à peindre Bichat, disait quels étaient son port, sa douce physionomie, comment sa chevelure d'un brun clair, légèrement ondulante, ne couvrait qu'à demi un de ces fronts larges et purs, qui décèlent une grande intelligence; quand il ajoutait que sa figure avait au plus haut degré l'expression de la douceur et de la bonté.

On avait Bichat sous les yeux : mais pour donner une âme à cette image, pour vivifier ces regards et rendre la parole à ces lèvres, M. Roux se mit à dire quel était le charme de son élocution, cet accent si plein de conviction et de chaleur; comment, lorsque parfois les mots venaient à lui manquer pour rendre sa pensée, il ne reprenait le cours de sa période qu'après avoir porté ses regards en haut, et fait entendre un cri particulier. « Sa voix frappe encore mon oreille! » ajoutait M. Roux; et, pour compléter l'illusion en racontant cette particularité, M. Roux portait lui-même ses regards en haut, et imitait cette voix chérie qui vibrait encore dans sa mémoire. J'en appelle à tous ceux qui étaient présents; ce demi-siècle qui nous séparait de Bichat avait disparu pour nous tous; Bichat était là plein de vie et de jeunesse, les yeux tournés vers le ciel, et les sons, partis naguère de sa bouche, semblaient n'avoir fait que traverser l'oreille de M. Roux pour venir frapper la nôtre!

L'éloge si franc, si complet et si vrai de Boyer, a été une bonne action de la part de M. Roux; il a savamment exposé tout ce que la science doit à Boyer. Sans doute il y parle encore un peu trop de lui-même; mais en cela il n'est que vrai. Ainsi, quand il dit que Boyer ne chercha chez ceux à qui il voulait donner ses filles ni des titres ni une grande fortune, mais de l'honnêteté, un cœur droit et un avenir en perspective, c'est lui-même qu'il désigne, sûr de ne pas être démenti. Ce qu'il avait apporté en dot pour sa part, c'était bien en effet une grande honnêteté, un cœur droit, et le temps a prouvé qu'il devait tenir ce qu'il offrait en perspective. Il est beau, Messieurs, il est glorieux, à la fin d'une longue carrière, de pouvoir prendre à témoin tout un demi-siècle, ayant ainsi la conscience d'être demeuré honnête et droit, même étant devenu célèbre!

Mais comme il fallait cependant que M. Roux se laissât toujours aller à quelques-unes de ses illusions, il ne put s'empêcher de prêter à Boyer ses propres prédilections. « Boyer, dit-il, possédait presque toutes les qualités du bon, du vrai, de l'excellent chirurgien; et il les a conservées jusque dans les dernières années de sa vie. » Vous croyez peut-être que M. Roux entend par là cette rare sagacité, ce jugement si droit et cette prudence consommée qui caractérisaient par-dessus tout Boyer? Point du tout; je le laisse parler lui-même :

« Avec quelle assurance, s'écrie-t-il, avec quelle grâce parfaite il » opérait; c'était plaisir de le voir l'instrument à la main! »

Étrange plaisir! diront peut être les personnes étrangères à notre art, que celui qu'on peut trouver dans des scènes de douleurs et de larmes! Mais laissons aux chirurgiens le soin de justifier un langage qui est bien en effet celui qu'ils tiennent; n'ont ils pas dit de M. Roux lui-même qu'il n'était jamais plus brillant que le couteau à la main? Le compliment aurait pu le flatter; mais ce bon Boyer, ce vieux Corneille de la chirurgie, il eût été sans doute bien surpris qu'on pût le trouver gracieux en pareille circonstance!

M. Roux, du reste, rentre bien vite dans la vérité quand il insiste sur la bonne foi scientifique de Boyer; et il le fait avec d'autant plus d'autorité et d'à-propos que lui-même en cela était irréprochable. C'est donc avec raison qu'il rend hommage à cette complète abnégation, à cette franchise, à cette sincérité qui percent, dit-il, dans tous les ouvrages de Boyer, ajoutant qu'en chirurgie l'homme le plus habile, s'il n'a ces qualités, peut tromper tout à la fois ses contemporains et la postérité.

Je le répète, Messieurs, ce discours a été une belle œuvre et une bonne action de la part de M. Roux; il a rendu pleine et entière justice à cet homme de bien qu'en d'autres temps il avait pu contrister. Tout a été réparé dans cette séance : l'ombre de Boyer a pu en tressaillir de joie!

J'arrive maintenant à l'ouvrage demi-posthume qui devait être le plus considérable et le plus imposant de tous ceux que M. Roux a composés; on pense bien que je veux parler de l'ouvrage qui a pour titre : *Quarante ans de pratique chirurgicale.* Personne ici ne lui est comparable; c'est en vain qu'on chercherait parmi les chirurgiens de l'époque un écrivain aussi attachant, aussi varié, aussi nourri, aussi abondant; c'est comme un grand capitaine qui, après de mémorables campagnes, consigne tous ses hauts faits en de curieux mémoires. M. Roux ignorait quelle étendue il donnerait à cet ouvrage. Il semble qu'en le commençant il avait le pressentiment d'une fin prochaine : « Il ne sait, dit-il, si le ciel lui réservera assez de temps pour le terminer. » Ce devait être le résumé de sa vie chirurgicale, et ce résumé c'était bien moins pour ses contemporains que pour la postérité qu'il voulait le publier. «Dans une carrière, disait-il, où l'observation est une source inépuisable de lumières et ajoute sans cesse à la somme de connaissances acquises, chacun est comptable des fruits de son expérience envers ceux qui lui succèdent : c'est une sorte d'héritage dont il doit compte à la postérité. » Fidèle à ces principes, M. Roux avait donc commencé pour sa part la reddition de ce compte; mais c'est à peine s'il put coordonner une partie de ses nombreux matériaux, et encore fallut-il qu'une jeune Société, dont il était l'ornement, chargeât l'un de ses membres du pieux devoir de réunir et de publier ces premières rédactions.

Quant à la forme choisie par M. Roux, c'était celle qui convenait le mieux à sa nature verbeuse et vagabonde : c'est la forme épistolaire. Elle lui permet d'obéir pleinement à ce désir de parler avant tout et toujours de lui-même; et comme c'est à des amis qu'il s'adresse, à son cher Lawrence, à son cher Chælius, rien ne l'arrête, rien ne le modère, car il sait qu'en disant du bien de lui-même il leur est agréable. Il y écrit de tout point comme naguère il parlait; ceux qui l'ont pratiqué croiront encore l'entendre, c'est la même intempérance : sa plume court et s'égare comme en d'autres temps sa parole à cette tribune. Vous vous le rappelez, Messieurs, vous ne pouviez vous empêcher de sourire, lorsque dans nos discussions il demandait à ajouter un mot, un seul mot; c'est de même dans son livre : il va ajouter un mot, et il couvre dix pages. C'est la même fécondité, la même exubérance; mais tout cela n'empêche pas qu'il ne soit plein d'intérêt et de charmes, sans cesser d'être correct et élégant.

M. Roux avait commencé la rédaction de cet ouvrage avant 1848, mais le bruit des révolutions l'avait forcé de l'interrompre; il l'avait repris en des temps plus calmes, et il y travaillait avec une activité et une ardeur sans égales, lorsque, le 27 janvier 1854, il fut atteint d'une congestion cérébrale des plus graves. Ce devait être pour lui un sinistre avertissement; il reprit cependant ses travaux ordinaires, et surtout la rédaction de son grand ouvrage. Quatre feuilles nouvelles étaient sur son bureau; d'une main défaillante il cherchait à renouer ses entretiens avec la postérité. On peut dire qu'il a travaillé pour elle jusque dans les bras de la mort.

Une nouvelle attaque vint arrêter cette main courageuse et terminer sa vie le 23 mars 1854.

Maintenant, Messieurs, et avant de terminer, permettez-nous de dire toute notre pensée sur le collègue dont nous venons de retracer la vie.

Trois grands chirurgiens ont en quelque sorte rempli pour nous la première moitié du dix-neuvième siècle : Boyer, Dupuytren et M. Roux. De ces trois chirurgiens, M. Roux a eu incontestablement pour lui d'être, comme opérateur, le plus ingénieux, le plus entreprenant et le plus hardi; mais nous devons ajouter qu'il ne s'est pas toujours mis à l'abri d'un grave reproche, celui d'avoir poussé cette hardiesse jusqu'à la témérité. Pour lui, nous l'avons vu, les qualités du bon, du vrai, de l'excellent chirurgien se résumaient presque toutes dans l'art d'opérer avec assurance et avec grâce, avec grâce surtout. Plus que personne, M. Roux avait pu, dans le cours de sa longue carrière, être utile à l'humanité; il a fait avancer la science, et en plusieurs points il a reculé les limites de l'art : que n'avait-il un peu plus de cette prudence et de cette réserve si nécessaires dans la pratique de la chirurgie! Il excellait en tout, mais n'ayant jamais su se contenir, il abusait un peu de tout, non-seulement de sa parole et de sa plume, mais encore de ce qu'il y a de plus redoutable au monde, de l'art chirurgical! Impatient d'agir, désireux de se montrer avec tous ses avantages, c'est-à-dire, l'instrument à la main, il ne prenait pas toujours le temps de s'assurer si telle opération était absolument nécessaire, si elle était rigoureusement indispensable; il examinait si elle était *possible.* Or, quelle opération, pour un chirurgien aussi habile, pouvait ne pas être possible?

Etrange et brillante nature qui ne péchait que par l'excès même de ses qualités, on eût dit qu'une fée jalouse s'était plu à gâter en lui les plus beaux dons du monde, en les lui prodiguant sans mesure et sans discernement; de là cette verve, cette fougue que l'âge n'avait pu calmer; de là aussi ce défaut d'ordre et de suite qui se reproduisait tour à tour dans ses leçons, dans ses écrits et dans sa pratique. Que de fois ne l'a-t-on pas vu, se livrant aux hasards de ses inspirations, commencer une opération comme un discours, sans savoir précisément où il s'arrêterait ni comment il finirait, étonné ensuite lui-même des détours qu'il avait pris et des résultats auxquels il était parvenu.

M. Roux était donc un grand opérateur, mais il l'était trop exclusivement; il n'était point assez pénétré de cette grande et incontestable vérité, que pour être un heureux chirurgien, il faut être en même temps un sage médecin; que ce qui fait aujourd'hui la force et l'honneur de la chirurgie, c'est que dans ses études et dans son exercice, elle est étroitement unie avec la médecine.

Mais si la chirurgie longtemps opprimée marche aujourd'hui l'égale de la médecine, il ne faut pas qu'elle oublie que c'est en s'appuyant sur sa compagne et en lui demeurant fidèle, qu'elle restera grande, forte et bienfaisante.

C'est à notre âge, Messieurs, qu'est due cette heureuse association. La même toge couvre aujourd'hui, dans nos écoles, le professeur de chirurgie et le professeur de médecine; ils montent tour à tour dans la même chaire, et ne rivalisent plus, dans l'enseignement, que par leur zèle et par leurs talents; et de même, dans nos académies, leur union fait encore ici leur force. La tribune que j'occupe en ce moment est successivement abordée, dans nos luttes scientifiques, par des médecins et par des chirurgiens; et s'il était permis à celui qui a l'honneur de porter aujourd'hui la parole devant vous de parler un moment de lui-même, il dirait que, par devoir et par goût, il cherche tour à tour, et sans préférence, à louer dignement les grandes réputations chirurgicales aussi bien que les plus hautes renommées médicales. Heureux lorsqu'arrivé au terme de ces nobles existences, et n'ayant vu partout que mêmes labeurs, mêmes talents, mêmes succès et même gloire, ne sait plus s'il vient de parler d'un médecin ou s'il vient de parler d'un chirurgien!

Fasse le ciel, Messieurs, que cette entente persiste! La science et l'art, unissant ainsi leurs efforts et se prêtant un mutuel secours, pourront peut-être, grâce à cette heureuse alliance, s'ouvrir de nouvelles et glorieuses destinées; l'humanité elle-même, à l'heure de ses souffrances, ne pourra que s'applaudir de nous voir fortifier et maintenir cette unité primitive de la médecine et de la chirurgie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour la nomination du chirurgien en chef de la Charité de Lyon, vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Antoine Berne, lauréat de la Société impériale de médecine de cette ville, chef de la clinique d'accouchements.

M. Berne entrera en fonctions comme aide-major le 1er avril 1857, et succédera en qualité de chirurgien en chef à M. le docteur Valette, le 1er avril 1863.

— M. le directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon a désigné provisoirement M. le docteur L. Candelux, comme chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Berne.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Moret, qui a succombé le 8 décembre à une hémorrhagie cérébrale, à l'âge de soixante-seize ans. MM. Terrier et Caron ont prononcé sur sa tombe quelques paroles vivement senties, au nom de la Société de médecine pratique dont il était l'un des membres les plus anciens, et qui depuis plusieurs années l'avait choisi pour son trésorier.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 149. — SAMEDI 20 DECEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 149. — SAMEDI 20 DECEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Pneumonies bilieuses.

Les lecteurs assidus de la Revue ont pu remarquer depuis quelque temps avec quelle profusion on leur a servi hebdomadairement des découvertes, des inventions, perfectionnements et innovations de toute sorte : maladies nouvelles ou plutôt méconnues jusqu'ici, et dont on a enrichi la nomenclature nosologique, déjà si riche, hélas ! découverte de signes nouveaux ou révision de la valeur séméiologique attribuée à des signes anciennement connus, théories nouvelles élargissant le champ de l'humorisme moderne, opérations, procédés et instruments sans nombre. Ce n'est pas sans peine et sans prendre quelquefois haleine, que nous avons pu suivre cette course au progrès, où la médecine n'a cédé ni en activité ni en vitesse à la chirurgie ; et plus d'une fois nous avons été sur le point de nous écrier : Savants confrères, cessez vos découvertes ou nous cessons d'écrire. Ce n'est pas le moment d'examiner si toutes ces découvertes ont les mêmes titres à être inscrites dans les annales de la science, et si tous ces faits nouveaux constituent des progrès réels et de bon aloi. Le moment viendra bientôt de régler le compte d'une année aussi fertile en événements scientifiques et d'en déduire le produit net.

En attendant, n'ayant point de découverte à enregistrer cette semaine, nous profiterons de ce loisir pour parler de quelques faits cliniques fort peu nouveaux, mais qui n'ont pas entièrement perdu pour cela leur intérêt.

Depuis quelque temps, nous avions été frappés déjà de quelques particularités insolites dans les cas de pneumonie que nous avions eu l'occasion d'observer en ville ; et les mêmes remarques nous avaient été faites par quelques confrères, lorsqu'il nous est advenu que les divers services médicaux du Val-de-Grâce présentaient en ce moment un assez grand nombre d'exemples de pneumonies qui se faisaient également remarquer par des caractères tout particuliers. Voici en effet ce que nous avons été à même de constater, grâce à l'obligeance de M. Champouillon qui a bien voulu, en nous montrant ses malades, nous renseigner en même temps sur les faits analogues des autres services.

Un grand nombre de militaires, il peut être évalué à une cinquantaine en tout environ, dans l'espace de quinze jours à trois semaines, ont été amenés au Val-de-Grâce, atteints de pneumonie. L'invasion avait eu lieu chez presque tous dans les mêmes circonstances, à la suite d'une garde ou d'un service de nuit. Voici les caractères presque identiques qu'ils ont tous présentés.

Dès le début, teinte ictérique plus ou moins prononcée et qui a persisté jusqu'à la fin de la maladie; fièvre continue modérée, avec légers redoublements et rémittence plus prononcée chez quelques-uns ; symptômes d'embarras gastrique , nausées, langue saburrale, diarrhée séro-bilieuse et délire ; le pouls, d'une fréquence médiocre, contrastait par son peu d'ampleur et de force avec le développement qu'il présente habituellement dans la pneumonie chez des hommes jeunes et plus ou moins vigoureux ; enfin léger état de stupeur, et chez quelques-uns, à un degré un peu plus prononcé de la maladie , état fuligineux de la langue et des gencives ; urines bilieuses : tel est l'ensemble des symptômes généraux. Quant aux lésions locales et aux symptômes qui leur correspondent, on constate les signes d'une pneumonie, et plus souvent d'une pleuro-pneumonie toujours bornée à un seul côté, et le plus ordinairement très-circonscrite, avec point de côté peu intense et toux modérée. Le plus souvent la phlegmasie pulmonaire se résout rapidement, sans atteindre même le deuxième degré ; chez quelques malades, elle s'est terminée par une bronchite capillaire généralisée , s'étendant , pour nous servir de l'expression de M. Champouillon , à la manière d'une tache d'huile. Chez quelques malades , cette bronchite généralisée a été le signal du développement ou plutôt des premières manifestations de la phthisie tuberculeuse.

Du reste , malgré l'apparente gravité de cet appareil symptomatique, qui n'est autre chose que l'expression d'un état fébrile général complexe, tenant à la fois de la fièvre bilieuse et de l'état typhoïde, et dont la pneumonie n'est elle-même qu'un des éléments ou un épiphénomène , la maladie s'est terminée heureusement jusqu'à présent chez tous ces malades ; un seul excepté, qui a succombé à la complication d'une méningite, au développement de laquelle de graves infractions au régime n'ont pas dû être étrangères.

Quant au traitement employé dans le service de M. Champouillon, il a été généralement peu actif, vu le peu de gravité réelle qu'a présentée jusqu'à présent l'affection. Il a consisté en un émétique au début; une ou deux saignées générales, toujours modérées ; ventouses mouchetées et vésicatoires pour hâter la résolution de la phlegmasie locale. Les saignées et les émétiques ont été employés alternativement ou successivement, avec plus ou moins d'insistance, suivant la prédominance de l'un des symptômes que nous venons d'indiquer. Le sang était généralement peu couenneux , le caillot faible , peu consistant et un peu verdâtre ; chez quelques-uns, comme glaireux et transparent.

Nous avons dit que chez tous les malades la phlegmasie n'avait jamais affecté qu'un seul côté ; c'était, chez le plus grand nombre, le côté droit ; mais il est bon de faire remarquer que , chez ceux qui avaient la pneumonie à gauche , l'ictère et les phénomènes bilioso-gastriques étaient tout aussi prononcés que chez les autres. Nous insistons sur cette circonstance, que nous avons dû faire remarquer l'année dernière à l'occasion d'un cas semblable , pour montrer le peu de fondement de l'hypothèse par laquelle on a cherché à expliquer l'ictère dans la pneumonie et les divers phénomènes de la pneumonie bilieuse par la propagation de la phlegmasie par voie de contiguïté du poumon au foie.

Nous ne nous arrêterons pas plus longtemps sur ce sujet en ce moment, attendant de nouveaux faits pour y revenir, s'il y a lieu , et pour chercher à savoir si ce ne sont là que des cas isolés et propres seulement aux conditions sanitaires spéciales dans lesquelles se trouvent placés les militaires qui nous les ont offerts, ou s'ils ne se rattacheraient pas par quelque lien pathologique encore inaperçu à l'état sanitaire général actuel.

Une épidémie de fièvre typhoïde.

Pendant que nous sommes sur la pente des épidémies et des constitutions médicales, nous ne devons pas laisser échapper l'occasion de signaler à l'attention de nos lecteurs une épidémie de fièvre typhoïde qui vient de sévir dans un bourg des environs de Tonneins, à Grand-Jean, et dont la relation nous est transmise par M. le docteur Martin.

Cette épidémie présente cela de particulier et d'intéressant que, sur le fond commun de l'affection typhoïde bien caractérisée, se sont greffés en quelque sorte des épiphénomènes qui ont imprimé à plusieurs cas une physionomie particulière , rappelant un peu la physionomie de ces fièvres mixtes alternativement typhoïdes et intermittentes charbonneuses, endémiques dans certaines contrées marécageuses. Cette particularité paraîtra plus digne d'attention encore si on la rapproche des conditions topographiques, météorologiques et hygiéniques exposées par M. Martin , qui y a démêlé avec beaucoup de discernement plusieurs circonstances qui ont dû exercer une influence manifeste sur le développement et sur le caractère particulier de cette épidémie.

Nous laissons parler M. Martin lui-même :

« La superficie du terrain envahie par l'épidémie est d'environ 4 kilomètres carrés. Il est presque tout en terres labourables bordées d'arbres plantés le long des chemins et des fossés. Le sol est assez fertile et bien cultivé; mais sa disposition, aussi bien que sa nature , sont on ne peut plus propres à développer des maladies à la détermination desquelles les conditions météorologiques ont largement concouru cette année. C'est une plaine tellement unie, que l'écoulement des eaux ne peut facilement avoir lieu, soit par les sillons , soit par les fossés où elles se versent définitivement. Joignez à cela un sous-sol argileux et solide , c'est-à-dire non ab-

FEUILLETON.

Une École de médecine à Bucharest. — Les climats de la Suisse. — Une nouvelle pile. — Le télégraphe transatlantique. — Le cerfeuil bulbeux.

En 1849, le choléra faisait en France de terribles ravages. On vit alors un jeune étranger , un simple étudiant en médecine, prodiguer avec le plus grand dévouement des soins éclairés aux habitants de l'Anjou : sa conduite fut remarquée et lui mérita un témoignage de la reconnaissance publique. Bientôt l'étudiant , devenu docteur , partait pour la Valachie, dont il allait régénérer la famille médicale.

Ce malheureux pays, sur lequel l'attention de tous se porte depuis quelques années, en était encore aux siècles barbares, au point de vue du service médical. La plus grande pénurie de praticiens désolait ces contrées, et c'est assez peindre son délaissement dans les temps d'épidémie, que de pouvoir dire en toute vérité qu'il fallait souvent faire une trentaine de lieues pour trouver un homme de l'art. On avait bien senti la nécessité d'une institution indigène, devant servir en quelque sorte de pépinière pour les jeunes médecins ; mais toute tentative de ce genre avait échoué, quand le docteur Davila arriva de France, imbu tout fraîchement des leçons de maîtres célèbres, et désireux de doter ce pays déshérité d'une de ces institutions qui rendent leur créateur à jamais illustre.

Le 4 décembre 1855, sous le gouvernement du prince Stirbey, s'ouvrit enfin l'Ecole de chirurgie de Michaï-Woda. Destinée d'abord à 50 élèves , on fut bientôt contraint d'en recevoir 76, tant était vif l'élan sympathique des étudiants. L'Ecole avait pour eux quelque chose de national : déjà richement dotée , elle n'avait pas eu besoin de recruter des professeurs; les médecins les plus distingués du pays avaient tenu à honneur d'y professer *gratuitement* : chacun voulait apporter son concours à l'honorable directeur. Cette institution compte actuellement un an d'existence ; et on peut facilement se faire une idée de son avenir en jetant un coup d'œil sur son programme , auquel le docteur Davila imprime une bonne et ferme direction.

L'Ecole comporte trois degrés d'instruction :

1° Les élèves sachant la langue française — et M. le docteur Davila exige cette connaissance — peuvent , après deux années d'études sérieuses, obtenir le titre d'aide-chirurgien.

2° Les études des 3e et 4e années , essentiellement médicales , permettent aux étudiants laborieux d'acquérir, après examens rigoureux , le diplôme d'*officier de santé*. Deux routes s'ouvrent alors devant eux : ou bien ils peuvent entrer dans l'armée comme médecins de bataillon, ou bien, dans l'ordre civil, ils peuvent devenir médecins d'arrondissement.

3° Nous arrivons enfin aux sujets d'élite : c'est à eux que reviendra plus tard l'honneur de soutenir l'école de Michaï-Woda. Appelés à former un corps de professeurs, ils sont envoyés aux frais de l'Etat, pour étudier pendant leur cinquième année dans une des grandes facultés de l'Europe. C'est alors que munis du diplôme de docteur, ils seront à même de répondre à la confiance de leurs maîtres.

On ne saurait, je crois, trop applaudir au courageux dévouement de ce médecin, qui ne s'est pas laissé rebuter par le peu de succès de ses prédécesseurs dans la nouvelle voie qu'il ouvre à ses compatriotes. Il a plus fait que de fonder une belle institution, l'école de Michaï-Woda lui doit encore un musée d'anatomie, qu'il a créé de ses propres deniers. Saluons donc cette nouvelle ère de la médecine en Valachie, et entourons de toutes nos sympathies le berceau de cette jeune sœur, qui s'élèvera probablement un jour au rang de Faculté.

Laissons le docteur Davila continuer son œuvre, et nous rapprochant de France, arrêtons-nous un instant en Suisse.

Ce pays si pittoresque est non-seulement le but des promenades d'un grand nombre de touristes bien portants, mais on y rencontre beaucoup de malades qui cherchent un nouveau climat. On trouve en effet en Suisse, selon les lieux, de grands changements de température, et c'est l'étude de ces divers climats dont M. Lombard (de Genève) vient de faire une curieuse et instructive étude. Cet éminent praticien divise la Suisse en deux régions, l'une située à 2,000 mètres environ au-dessus du niveau de la mer, c'est la région des climats alpins ; l'autre, située à 1,000 mètres et au-dessous, constitue la zone des climats subalpins. Cette division des climats comporte en elle un sérieux avantage au point de vue thérapeutique. Avez-vous dans votre clientèle un phthisique, un scrofuleux , une personne présentant une affection spéciale au tempérament lymphatique, recommandez-lui de préférence les climats alpins. Mais si votre client est sujet à l'asthme, aux hémorrhagies, qu'il ne s'y hasarde pas, les climats sub-alpins peuvent seuls lui être efficaces. Quant aux maladies nerveuses, elles se trouvent fort bien du séjour des premiers.

Toutes ces données sont basées sur l'expérience. M. Lombard habite la Suisse, il dit ce qu'il a vu, ce qu'il a constaté lui-même, et c'est à chacun de profiter de ces recherches, qui ne peuvent être faites que sur les lieux.

— On parle beaucoup d'une nouvelle pile, fort simple de construction, et qui semble appelée à résoudre le problème si important dans les arts, de la consommation minime avec travail régulier. Nous allons donner la description de cet appareil, dont l'action présente un phénomène particulier.

On verse dans un vase de verre ou de grès une solution de sulfate de potasse. Au fond de ce vase, on place une plaque de zinc non amalgamée communiquant par un prolongement conducteur avec l'extérieur. Cette plaque est complétement immergée dans la solution. Au-dessous du zinc, une lame de cuivre enroulée en spirale, est munie d'un conducteur. Cette lame ne plonge qu'en partie dans le sulfate de potasse. Si on met en communication les conducteurs zinc et cuivre, le courant électrique s'établit à travers le circuit, et se maintient pendant des jours, des semaines, des mois entiers.

sorbant, et remarquez la cause de la stagnation des eaux pluviales, qui ne peuvent suffisamment filtrer. Lorsqu'au printemps la quantité en est médiocre, le soleil sert à les évaporer en même temps que le sous-sol en absorbe une portion, si faible soit-elle. Mais si, comme cela est arrivé cette année, la pluie tombe continuellement pendant trois mois avec une température assez basse, à laquelle ont succédé subitement des chaleurs vraiment tropicales, vous avez immédiatement, et de toute nécessité, la formation de miasmes ou d'effluves qui ne peuvent manquer de s'exhaler. Ces trois circonstances : nature et disposition du sol, pluies torrentielles, chaleur intense, suffisent à elles seules pour expliquer le développement de l'affection typhoïde qui a régné à Grand-Jean. Mais voici d'autres causes qui leur sont venues en aide.

» Les habitations sont très-espacées ; c'est tout au plus s'il existe soixante-dix maisons sur toute la superficie que j'ai indiquée plus haut ; mais beaucoup d'entre elles sont bâties avec cette même terre argileuse et *froide* sur laquelle elles reposent, pas assez poreuse pour laisser ailleurs filtrer les eaux, assez toutefois pour retenir ici l'humidité lorsqu'on l'emploie à la construction. Si, comme je l'ai entendu dire à M. Becquerel, l'existence de la fièvre intermittente sur le plateau central de la France ne saurait être attribuée à aucune des causes qui la produisent ailleurs (marais, mélange des eaux douces avec les eaux salées, défrichements, etc.), mais bien aux toits de chaume ou au sol en terre dans les maisons, je crois que cette dernière alternative (les maisons de la localité dont je parle étant couvertes en tuiles) doit avoir sa part d'influence, quelque restreinte qu'elle paraisse au premier abord, dans la production de la fièvre typhoïde ; et cela pour deux raisons principales ; d'abord, parce que cette terre n'est jamais complètement sèche, qu'on la rend en quelque sorte hygrométrique ; ensuite, parce que les habitants y marchent constamment les pieds nus, en quittant les champs que l'insolation vient d'échauffer fortement. A ces causes déjà nombreuses sont venues s'en joindre d'autres. Les hommes n'ayant pas pu travailler au dehors pendant les trois mois de pluie, se sont mis vigoureusement à l'œuvre dès que le beau temps le leur a permis. D'une inactivité à peu près complète, ils ont passé du jour au lendemain aux travaux les plus pénibles, à d'excessives fatigues (circonstance déjà signalée par Pringle dans l'étiologie du scorbut), surtout le matin, en ne dormant, en moyenne, que quatre heures sur vingt-quatre. La déperdition des forces n'a donc pu être réparée par le sommeil ; et d'autre part, si l'hygiène dit vrai en affirmant que plus un homme dépense en travaillant, plus il doit réparer par l'assimilation, nous remarquons encore ici que l'alimentation est insuffisante et uniforme ; la viande est presque exclusivement du porc fumé et salé. Enfin, la présence des fumiers autour des habitations peut-elle s'ajouter aussi au cortége imposant des causes que nous avons relatées?

» La symptomatologie n'a pas différé de celle qu'on observe d'ordinaire. Cependant, la forme ataxique au début, et, dans la dernière période de la maladie, notamment dans un cas où elle succéda tout à coup à l'adynamie, et enleva le convalescent en quarante-huit heures, m'a paru dominer. L'inflammation gastro-intestinale, la crépitation iliaque, le météorisme, etc., ont été aussi fréquemment notés. Mais je tiens surtout à citer un fait que je n'avais jamais vu, et que j'ai observé sur deux malades, mais principalement sur un homme de soixante ans, qui mourut au bout de deux mois dans un état d'adynamie et d'émaciation complètes. Outre les eschares qu'il présentait au sacrum, aux fesses et aux trochanters, je remarquai une lésion de la peau, identique au premier abord à la pustule variolique, mais qui était positivement de l'ecthyma, et indépendante du décubitus. Le derme était perforé, avec pénétration du tissu cellulaire. Si l'orifice est fermé, un petit abcès se forme, qui donne lieu, lorsqu'on l'ouvre, à une matière purulente d'aspect jaunâtre, laquelle peut fuser et provoquer des décollements dans des parties déjà prédisposées. La suppuration n'existe pas quand l'inflammation n'est pas profonde. Du reste, ces pustules, ressemblant au bourbillon du furoncle, présentent différents degrés, comme il en existe depuis le furoncle simple jusqu'à l'anthrax. Il y a quelquefois des eschares sans ecthyma, et celui-ci peut exister aussi sans eschare. L'un n'est donc pas la conséquence forcée de l'autre. Si la pustule s'ulcère ou se gangrène, serait-ce le résultat ou de la compression, ou d'une disposition particulière de la peau dans l'entérite folliculeuse? Quoi qu'il en soit, avec les astringents ou les toniques, les lavages et les soins de propreté, on enraye bientôt cette maladie locale.

» Le traitement employé a été le traitement classique de la fièvre typhoïde, approprié à la nature des cas. »

Coup de feu (tentative de suicide) ayant produit des désordres considérables et profonds dans tout le squelette de la face.

On sait avec quelle admirable facilité et quelle promptitude s'opèrent, en général, la cicatrisation des plaies les plus étendues et la réparation des désordres les plus considérables de la face ; mais nous connaissons peu d'exemples de désordres aussi considérables, et réparés en un aussi court espace de temps, que ceux qu'a offerts un blessé dont l'observation a été recueillie dans le service de M. Bonnafont, à l'hôpital militaire du Roule. Il est juste de dire que si la nature a eu ici la plus grande part dans cette œuvre de réparation, l'habileté et les soins apportés par le chirurgien dans les pansements laborieux et délicats qu'il a eu à faire, ont largement contribué à cet heureux résultat. Voici la relation du fait :

H..., soldat au régiment des zouaves de la garde impériale, a été transporté à l'hôpital militaire du Roule dans l'état suivant :

La face était littéralement partagée en deux depuis le menton jusqu'au-dessous du sourcil droit ; cette plaie énorme laissait voir toute la cavité buccale, ainsi que la base de la langue jusqu'au pharynx ; les fosses nasales, également séparées, ne laissaient voir que les cornets de chaque côté, le vomer étant presque entièrement détruit ; la cavité orbitaire droite, dont la paroi interne se trouvait brisée, mettait le globe de l'œil à nu jusqu'au fond de cette cavité ; le sinus frontal, mis à découvert, était rempli de plusieurs esquilles provenant des parties osseuses que le projectile avait brisées en sortant.

Ces lésions étaient le résultat d'une tentative de suicide ; voici comment elles avaient été produites :

Le canon du fusil appliqué sous le menton, le projectile lancé de ce point s'était dirigé obliquement de bas en haut, et légèrement de dedans en dehors, jusqu'à la partie moyenne et un peu à droite du front, commettant sur son passage les désordres dont il vient d'être parlé, et auxquels il faut ajouter : la fracture comminutive du corps du maxillaire inférieur ainsi que du maxillaire supérieur, des os propres du nez, du vomer, de l'os unguis droit et de l'ethmoïde, celle-ci mettant à nu les sinus sphénoïdaux et frontaux ; enlèvement d'une partie du plancher de la cavité orbitaire et de la totalité de sa partie interne ; perte de substance du bord correspondant de la langue, et enfin déchirure et macération de toutes les parties molles dont la peau formait des lambeaux déchirés, retombant à droite et à gauche, et donnant ainsi à la face un aspect horrible et repoussant.

Appelé immédiatement auprès du blessé, à neuf heures du soir, M. Bonnafont procède sans délai, avec le chirurgien de garde, à l'examen de cette énorme plaie, dont toute l'étendue était semée de nombreuses esquilles appartenant aux os correspondants.

Ainsi la mâchoire inférieure était divisée en six fragments, le maxillaire supérieur droit était broyé, celui du côté gauche fracturé à sa partie antérieure ; les os propres du nez entièrement détruits n'étaient représentés que par un fragment appartenant à celui du côté gauche, celui du côté droit ainsi que l'os unguis correspondant n'étaient plus et avaient été probablement lancés au dehors par la déflagration de la poudre, laquelle, en se faisant jour au dehors, avait laissé une teinte très-noire à tous les tissus.

Après avoir porté le doigt dans toutes les directions de la plaie et s'être rendu compte autant que possible de sa gravité, M. Bonnafont tâcha de remplir les premières indications qui se présentaient, ne pouvant parer immédiatement à tous les détails qu'allait exiger un pansement aussi minutieux. Après avoir enlevé les nombreux caillots qui remplissaient la plaie et lavé les parties environnantes, il enleva les nombreuses esquilles qui ne pouvaient plus être conservées, respectant celles dont la présence pouvait être nécessaire, soit pour remplir certaines fonctions, soit uniquement pour rétablir autant que possible les traits de la face si gravement compromis. Ainsi, la moitié au moins du maxillaire supérieur, son apophyse montante, la moitié de l'ethmoïde, l'os unguis, les os propres du nez, la presque totalité du vomer, etc., avaient dû être nécessairement enlevés ; du reste, une grande partie de ces os avaient déjà été lancés au dehors par l'effet de la poudre. Mais on laissa en place, autant que cela fut possible, les fragments des maxillaires supérieur et inférieur provenant des régions alvéolaires. A peine ce premier temps du pansement était-il fini, qu'un jet artériel sortit du milieu de la plaie, provenant probablement d'une branche de la dentaire supérieure. Ne pouvant saisir cette artère au milieu de ce détritus, on dut se contenter de pratiquer un tamponnement à l'aide de boulettes de charpie imbibée d'eau très-froide. Et comme il n'était pas possible, vu le peu de résistance des parties, d'établir une compression à l'aide d'un bandage, le tamponnement fut confié à un infirmier de garde qui passa la nuit auprès du malade pour en surveiller les effets, et les parties furent laissées en cet état jusqu'au lendemain.

La nuit, comme on le pense, fut très-laborieuse à cause du sang qui, s'épanchant à chaque instant dans l'arrière-gorge, obligeait le malade à faire des efforts pour s'en débarrasser. Toutefois, l'hémorrhagie artérielle avait cédé aux moyens mis en usage et par un caillot très-épais formé autour de la charpie qui opérait le tamponnement.

L'examen de la plaie, fait au jour, permit d'opérer l'extraction de nouvelles esquilles et de saisir l'ensemble du pansement qu'il fallait faire. On commença d'abord par mettre en rapport, aussi bien que possible, les fragments de la mâchoire supérieure qui avaient conservé les dents, et on les maintint en contact à l'aide de fils de platine passés entre les dents correspondantes ; la même opération fut faite pour les fragments de la mâchoire inférieure. Cela fait, on rafraîchit et l'on égalisa à l'aide d'un bistouri les bords de la plaie dans toute leur étendue, depuis le front jusqu'au menton ; puis on procéda à leur réunion au moyen de dix-huit ou vingt points de suture entortillée. On dut aussi disséquer assez profondément les bords de la plaie dans la région labiale supérieure pour obvier à une perte de substance très-considérable que la peau avait éprouvée, et pour faire arriver ce bord de la plaie avec le bord correspondant du côté opposé. Enfin, dans le but de ménager au malade la possibilité de recevoir quelques aliments, on plaça un bouchon de liége préalablement disposé à cet effet entre les dents, de manière à maintenir les mâchoires légèrement écartées ; et pour rétablir la proéminence de la partie moyenne du nez, on introduisit dans cette cavité une sonde en gomme élastique d'un fort calibre, qui fut laissé à demeure pendant plusieurs jours, en ayant le soin de la nettoyer tous les matins.

M. Salmi, à qui on doit cette pile, accorde beaucoup d'importance au triple contact du sulfate de potasse et du zinc, du sulfate de potasse et du cuivre, et enfin du cuivre et de l'air, contacts qui constitueraient le côté neuf de son invention. En effet, ce cuivre à moitié plongé dans le liquide présente le phénomène dont nous parlions il n'y a qu'un instant. Supposons qu'au lieu d'être en contact avec l'air, cette lame de cuivre soit entièrement plongée dans la solution, l'action de la pile change aussitôt ; le courant faiblit, et de l'hydrogène se produit. Pourquoi l'hydrogène ne se produit-il donc plus quand le cuivre ne plonge pas entièrement? M. Salmi croit qu'on peut rapporter ce fait à l'électrisation de l'oxygène de l'air et à sa dissolution dans le liquide de la pile. L'oxygène se combinant avec l'hydrogène naissant, produirait de l'eau qui resterait dans la solution. Aux hommes compétents à donner la théorie de ce phénomène ; le feuilleton ne s'élève pas à ces hauteurs.

— De la pile au télégraphe, la transition est toute faite. On me permettra de dire quelques mots du télégraphe transatlantique.

Tout le monde sait le grand projet de rattacher le nouveau monde à l'ancien, mais tout le monde ne sait pas comment on doit s'y prendre pour exécuter cette œuvre qui semble gigantesque. On a d'abord choisi les deux points les plus rapprochés des deux mondes. L'Irlande était déjà reliée à l'Angleterre ; un autre câble unissait Douvres et Calais ; d'autre part, les eaux du Saint-Laurent couvraient le câble qui unit Terre Neuve aux Etats-Unis. Il s'agissait actuellement de souder Terre-Neuve au point de l'Irlande le plus favorable. Le choix est tombé sur Valencia. Les travaux préliminaires sont terminés. La distance a été évaluée à près de 3,000 kilomètres. Le sondage a donné une profondeur de 1,823 à 3,782 mètres, qui n'excède pas celle des routes par lesquelles le télégraphe sous-marin a déjà passé. Nous en sommes arrivés au moment de l'exécution ; dans quelques mois le câble sera terminé. Au lieu du fil de cuivre formant les câbles précédemment employés, on en a roulé sept ensemble en cas d'accident. Ce nouveau câble présente 2 centimètres de diamètre ; sa longueur, de 4,023,264 mètres, se réduira à 965,580 mètres par les courbes qu'il prendra une fois submergé. Pour terminer avec ces chiffres, on a calculé que par 1,600 mètres, il peut supporter un poids de 6 à 7 kilogrammes, et qu'enfin sur terre il pèse 4,000 kilogrammes par 16,09 mètres.

Une fois terminé, deux grands navires embarqueront chacun 1,300,000 kilogrammes de ce câble, et se dirigeront vers le milieu de la route, où ils se donneront rendez-vous. Alors, par une mer calme, ils réuniront les deux extrémités du câble, et, se séparant, ils feront route l'un pour Terre-Neuve, l'autre pour l'Irlande, en laissant filer le câble par leur arrière. La distance à parcourir de cette manière est d'environ 4,500 kilomètres et demandera quatre ou cinq jours seulement. On voit avec quelle facilité on sera parvenu à réunir les deux mondes. Mais un fait purement physique vient donner à ce télégraphe une nouvelle importance. Le soleil se lève six heures plus tard en Amérique qu'en Europe ; il en résultera qu'une dépêche partie de Paris ou de Londres à midi arrivera en Amérique à 6 heures du matin, c'est-à-dire à l'heure où le Yankee le plus matinal n'a pas encore terminé sa toilette. Nous n'avons pas besoin de faire ressortir toute l'importance de ce résultat au point de vue commercial.

— Après les grandes conquêtes de l'esprit humain, descendons vers de plus humbles régions et faisons une légère excursion dans le domaine de l'agriculture.

C'est à vous, mon cher confrère, qui habitez la campagne, que je veux m'adresser. Vous avez un grand jardin où, non loin des fleurs que vous cultivez avec soin, vous vous êtes ménagé, pour mêler l'utile à l'agréable, un riche potager. Il me semble vous voir d'ici, *o fortunatus nimium!* oublier dans un travail que vous aimez les ennuis du métier. Vous semez, vous plantez, vous sarclez : vous êtes agriculteur. Eh bien ! aujourd'hui, pauvre habitant de la ville, je viens vous demander un petit coin de votre potager. Je ne suis pas difficile, tous les terrains me sont bons ; cependant une terre franche et un peu forte me rendrait heureux et vous procurerait ce que je souhaite. Au mois de septembre ou d'octobre prochain, vous y sèmerez à la volée des graines de *cerfeuil bulbeux*, vous recouvrirez les semis de 2 centimètres de terreau, et au mois de juillet 1858 vous aurez la plante dans toute sa maturité : cependant vous attendrez que les feuilles soient bien desséchées ; ce n'est qu'à ce moment que la plante a acquis toutes ses propriétés. Si alors vous la placez dans un endroit sec et frais, vous pourrez conserver cette plante alimentaire jusqu'au printemps.

Les mois de septembre et d'octobre sont passés il y a bien peu de temps encore, et leur retour est par conséquent bien loin de nous. Il me semble donc qu'on pourrait sans trop d'inconvénient prévenir cette époque éloignée, et traiter le *cerfeuil bulbeux* comme le cerfeuil cultivé. Une bonne exposition au midi, alors que la plante n'aura plus à redouter les rigueurs de la gelée, permettra, j'en suis persuadé, d'espérer un heureux résultat. Si j'ai signalé les mois de septembre et d'octobre comme ceux qu'on doit préférer pour la semaille, c'est parce que les semis faits dans ces deux mois qui suivent immédiatement la parfaite maturité de la graine ont jusqu'ici donné les plus beaux produits.

Et maintenant, mon cher confrère, je vous dirai que le tubercule de cette plante contient, à parties égales, plus de parties nutritives que la pomme de terre ; j'ajouterai qu'il a un peu le goût de la châtaigne, et que, soumis à la grande culture dans le département de Seine-et-Marne, ce cerfeuil y a donné les plus beaux résultats. Si je ne vous avais pas demandé, pour cette expérience, un simple petit coin de terre, je vous ferais bien part de son rendement, qu'on évalue en moyenne à 280 hectolitres par hectare ; mais votre potager n'offrirait plus que cerfeuil bulbeux si j'avais commis semblable indiscrétion. Serais-je assez heureux, mon cher confrère, pour vous avoir procuré un aliment sain, agréable et d'une culture facile?   Dr E. Renaud.

Le pansement étant ainsi terminé, on appliqua sur toute la plaie des compresses trempées dans l'eau froide, qu'on renouvelait de temps en temps. Le malade fut alimenté pendant quinze jours avec du bouillon qu'on faisait tomber à l'aide d'un biberon dans la bouche, à travers l'ouverture qu'on avait eu soin de ménager entre les dents.

Aucun accident n'a interrompu la marche de cette énorme plaie dont la guérison a été complète au bout de deux mois, et ne laissant d'autre trace à l'extérieur qu'une cicatrice longitudinale balafrant seulement la figure de haut en bas. Les nombreux fragments des deux arcades dentaires, bien qu'ils se soient réunis d'une manière fort inégale, ont cependant conservé assez de force pour permettre au malade d'user de toutes sortes d'aliments, et il aurait pu facilement reprendre du service, si d'autres circonstances indépendantes de sa blessure ne l'eussent obligé à quitter son corps.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 décembre 1856. —Présidence de M. Bouvier, vice-présid.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur de la région frontale. — M. DENONVILLIERS présente un enfant de six semaines qui porte une tumeur à la partie inférieure du front, sur la ligne médiane, entre les arcades sourcilières. Cette tumeur, qui est congénitale, offrait, au moment de la naissance, le volume d'une petite noix, et a très-peu augmenté depuis. Elle paraît être en partie liquide, en partie solide, du moins la pression la fait diminuer un peu, mais il existe toujours une partie dure qui ne disparaît pas. Elle ne présente aucun des signes des tumeurs érectiles.

M. Denonvilliers a voulu consulter ses collègues sur le diagnostic de cette tumeur, qui lui paraît douteux. Cependant il fait observer qu'il ne connaît aucun exemple de tumeurs de cette région qui n'aient pas été des encéphalocèles.

M. GUERSANT, d'après le siége de la tumeur et le gonflement qu'elle présente pendant les cris de l'enfant, croirait volontiers que c'est un encéphalocèle. Il n'en a pas vu dans ce point, il est vrai, mais dans des points très-rapprochés; une fois, entre autres, il présenta, il y a quelques années, à la Société de chirurgie, une tumeur qui occupait l'angle interne de l'œil. On fut généralement d'avis que c'était une tumeur érectile, et qu'il fallait opérer. Il en fit la ligature, mais le malade fut pris de méningite et mourut. La tumeur n'était autre chose qu'un encéphalocèle. M. Guersant ne verrait pas d'inconvénient à faire une ponction exploratrice pour éclairer le diagnostic. Plusieurs fois il a percé des membranes du cerveau herniées sans qu'il en soit résulté d'accidents.

M. HOUEL, dans des recherches qu'il a faites au sujet de l'encéphalocèle, a trouvé qu'il a plus souvent qu'on ne croit son siége dans la région frontale. Mais, pour le cas présent, il ne lui paraît pas évident que c'en soit un. La seule raison qu'on puisse invoquer en faveur de cette opinion, c'est qu'on n'a pas encore rencontré dans cette région des tumeurs d'une autre nature; car la tumeur présentée par M. Denonvilliers n'offre pas l'aspect ordinaire des encéphalocèles. En supposant, du reste, que ce diagnostic soit vrai, il est à remarquer que dans toute l'étendue de la tumeur on sent une substance résistante qui ne pourrait être autre chose que la substance cérébrale doublant les membranes herniées; de sorte que si l'on faisait une ponction on blesserait nécessairement une portion du cerveau.

M. RICHARD, dans deux tumeurs semblables à celle de M. Denonvilliers, qu'il a eu occasion de voir disséquer par M. Nélaton, a trouvé immédiatement sous les membranes la portion antérieure des hémisphères cérébraux sous forme de lamelle mince.

M. LABORIE demande à M. Richard si, sur le vivant, les tumeurs qu'il a disséquées avaient offert les mêmes caractères que celle qui fait le sujet de la discussion. En général, les encéphalocèles sont très-sensibles à la pression, et lorsqu'on les réduit il se déclare aussitôt des symptômes de compression cérébrale. Ici, du reste, la tumeur renferme évidemment une partie solide et une liquide, et M. Laborie ne verrait pas d'inconvénient à y faire une ponction exploratrice.

M. RICHARD répond qu'il n'a pas eu de renseignements cliniques sur les tumeurs qu'il a citées, mais qu'elles offraient les mêmes caractères extérieurs que celles qui viennent d'être présentées. Quant à la ponction, il ne voit pas en quoi elle pourrait éclairer le traitement. Du moment qu'il s'agit d'un encéphalocèle, qu'il y ait ou non du liquide, il ne faudra pas opérer.

M. GUERSANT a vu des encéphalocèles qui ne contenaient que de la substance cérébrale sans la moindre trace de liquide, tandis que dans d'autres cas la tumeur offrait la disposition du spina-bifida; la poche membraneuse était pleine de sérosité, et sous ce liquide on trouvait une portion du cerveau. Il propose de saisir l'instant du sommeil pour chercher la fluctuation. Si on en trouve, on pourra vérifier le diagnostic au moyen d'une ponction. S'il n'y en a pas, il serait à craindre que cette opération n'amenât l'inflammation de la substance cérébrale.

M. DENONVILLIERS insiste sur les symptômes que présente son petit malade, et montre qu'il y en a de favorables au diagnostic d'un hydro-encéphalocèle : ce sont la réduction partielle de la tumeur sans accidents et sans douleurs; le retour de la tumeur quand la pression cesse, sa tension quand l'enfant pousse des cris. Mais il y a d'autres circonstances qui infirment ce diagnostic. Ainsi, on ne trouve dans ce cas ni les phénomènes fonctionnels, ni l'aspect habituel des encéphalocèles. En définitive, le principal argument, c'est que, dans cette région, on ne trouve pas de tumeurs qui ne soient pas des encéphalocèles.

Revenant sur la ponction exploratrice, M. Denonvilliers ne voit pas en quoi elle éclairerait le diagnostic; et comme elle ne servirait en rien au traitement, puisqu'il faudrait toujours s'abstenir, soit que la tumeur contînt du liquide séreux ou n'en contînt pas, il pense qu'il vaut mieux, dès à présent, s'en tenir à l'observation.

M. GOSSELIN partage ce dernier avis, et fait ressortir l'intérêt qu'il y aurait à observer attentivement sur ce malade la marche de l'encéphalocèle. On ne sait pas, en effet, combien de temps un enfant peut vivre avec cette maladie, quelles précautions peuvent contribuer à prolonger l'existence en éloignant les causes d'accidents, et quelle peut être enfin l'influence de la maladie sur l'intelligence du malade.

M. DENONVILLIERS annonce qu'il se propose de faire construire pour son malade un appareil propre à protéger la tumeur tout en exerçant sur elle une compression modérée.

M. CLOQUET, d'après l'examen qu'il vient de faire de la tumeur, pense que c'est simplement une tumeur fibro-celluleuse. Il ne croit pas à un encéphalocèle, parce qu'il n'a pas trouvé d'ouverture aux os sous-jacents, et parce que la compression ne détermine pas des symptômes cérébraux. Il ne serait pas éloigné de conseiller l'extirpation lorsque l'enfant sera plus grand.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. LARREY présente le masque qui avait été fait par un mécanicien d'Anvers pour un soldat dont il a été question dans la dernière séance, et qui avait eu la mâchoire inférieure emportée par un boulet. Ce masque, fait en métal, reproduit assez bien la partie inférieure du visage, et porte une barbe et des moustaches postiches pour masquer la difformité. Les lèvres restent entr'ouvertes pour permettre la respiration; à la partie inférieure, se trouve une cavité dans laquelle la salive s'accumulait, et que le malade vidait à volonté au moyen d'un bouton mobile. Enfin, la mâchoire inférieure artificielle portait un dentier élastique qui permettait jusqu'à un certain point la mastication.

Ce même artilleur avait eu le bras fracassé en même temps que la mâchoire; il fut amputé. Il guérit complétement de ses deux blessures, entra à l'hôtel des Invalides, et mourut du choléra en 1849, après avoir joui d'un état de santé satisfaisant pendant dix-sept ans.

CORRESPONDANCE.

M. Gosselin fait hommage de la traduction du *Traité pratique des maladies du testicule, du cordon spermatique et du scrotum*, par Curling.

LECTURE.

M. MARJOLIN reprend la lecture d'un mémoire de M. Soulé (de Bordeaux) sur l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des anévrysmes.

La Société décide l'insertion d'un extrait de ce mémoire dans ses procès-verbaux.

— M. CLOQUET offre à la Société, au nom de M. le docteur Gaillard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, une brochure intitulée *Rhéoplastie de l'urètre*.

Dans ce travail, M. Gaillard expose un procédé nouveau qu'il a employé avec succès pour la guérison d'une fistule urétrale, dans laquelle la paroi inférieure du canal manquait sur une longueur de 18 millimètres.

Ce procédé consiste à pratiquer au niveau des extrémités de la fistule deux incisions circulaires, et à enlever la peau qui se trouve ainsi cernée; puis à ramener en arrière la peau de la partie antérieure de la verge, après avoir détruit les brides celluleuses qui l'empêcheraient de céder, et à la fixer en contact par les surfaces saignantes avec la peau qui recouvre la base de l'organe en arrière de l'incision postérieure.

L'auteur propose l'application de cette méthode en faisant glisser les téguments de la verge tantôt d'avant en arrière, tantôt d'arrière en avant, suivant les circonstances, pour toutes les fistules de la portion libre de l'urètre, pour les hypospadias, et pour permettre de réparer la perte de substance que l'on ferait à l'urètre en enlevant un rétrécissement cartilagineux.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, DESORMEAUX.

PRIX DÉCERNÉS ET PROPOSÉS PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

dans sa séance publique annuelle du 16 décembre 1856.

PRIX DE 1856.

Prix de l'Académie. — « Faire l'histoire des applications du *microscope* à l'étude de l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies; signaler les services que cet instrument peut avoir rendus à la médecine, faire pressentir ceux qu'il peut rendre encore, et prémunir contre les erreurs auxquelles il pourrait entraîner.»

Ce prix était de la valeur de 1,000 fr.

L'Académie accorde, à titre de récompense, une somme de 600 fr. à M. le docteur Michel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg; et à titre d'encouragement, une somme de 400 francs à M. Luys (Jules), interne des hôpitaux civils de Paris.

Le prix n'ayant pas été obtenu, l'Académie propose la même question pour 1858.

Prix Portal. — « De l'anatomie pathologique des kystes. » (Prix de la valeur de 1,000 fr.)

Le prix est décerné à M. le docteur Bauchet (Louis), médecin à Paris.

Prix Civrieux. — « Etablir par des faits les différences qui existent entre la névralgie et la névrite. » (De la valeur de 2,000 fr.)

L'Académie accorde, à titre d'encouragement, une somme de 500 fr. à M. le docteur Martinet, médecin à Paris, et elle propose la même question pour 1858.

Prix Capuron. — « De la saignée dans la grossesse. » (De la valeur de 1,000 fr.)

Le prix est décerné à M. le docteur Silbert (Paulin), médecin à Aix en Provence.

Prix d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, devait être décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre pendant la période de 1850 à 1856, ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six années au traitement des autres maladies des voies urinaires.

La valeur de ce prix est de 12,000 fr.

Vingt et un mémoires ont été envoyés à l'Académie; la commission chargée d'en faire l'examen n'a pu encore en prendre une connaissance suffisante pour établir son jugement. En conséquence, le prix ne pourra être décerné qu'en 1857.

Prix et médailles accordés à MM. les médecins vaccinateurs. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder (pour le service de 1854) :

1° Un prix de 1,500 fr., partagé entre MM. Bertillon, médecin à Montmorency (Seine-et-Oise), auteur d'un mémoire considérable souvent cité dans le rapport de cette année, travail tout à fait hors ligne, et que l'Académie est heureuse de pouvoir récompenser;

Thore, médecin à Sceaux (Seine), auteur d'un travail fait avec le plus grand soin, et qui décèle un praticien des plus distingués;

Voisin (B.), médecin au Mans (Sarthe), qui a communiqué à l'Académie les faits d'une longue pratique, faits recueillis avec une rare sagacité et un excellent esprit d'observation.

2° Des médailles d'or à M. Gintrac (Henri), médecin à Bordeaux (Gironde), pour la relation envoyée par lui à l'Académie au sujet de l'épidémie de variole qui lui a permis de faire une curieuse épreuve de revaccinations;

M. Burquet, médecin à Rhodez (Aveyron), pour les intéressants détails qu'il a donnés sur l'épidémie qui s'était introduite dans le séminaire de philosophie et le petit séminaire de Saint-Pierre;

M. Parmentier, officier de santé à Valence (Drôme), dont les travaux sur la vaccine datent de longues années, et dont les services ont été justement appréciés par M. le préfet de la Drôme;

M. Renault, médecin à Alençon (Orne), pour le zèle qu'il ne cesse de montrer dans l'accomplissement de ses fonctions, et le grand nombre de vaccinations qu'il pratique chaque année.

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

Médailles accordées pour MM. les médecins des épidémies et pour MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre a bien voulu accorder, pour le service des épidémies de 1855 :

1° Des médailles d'argent à : M. Hecquet (Anatole), médecin à Abbeville, pour son mémoire sur la rougeole épidémique, observée en 1855;

M. Raimbert, médecin des épidémies et des hospices de Châteaudun, pour son rapport sur la constitution médicale et les maladies épidémiques qui ont régné à Châteaudun en 1855;

M. Étoc-Demazy, médecin des épidémies de l'arrondissement du Mans, pour ses rapports sur l'épidémie de dysenterie qui a régné au Mans en 1854, et dans plusieurs communes en 1855;

M. Degaille, médecin des épidémies de l'arrondissement de la Flèche, pour ses rapports sur l'épidémie de dysenterie de la Flèche en 1854, et sur l'épidémie de scarlatine qui a sévi en 1855 dans plusieurs communes de l'arrondissement;

M. Pichenot, médecin des épidémies du canton de Liernan, pour son rapport sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Censerey;

2° Des médailles de bronze à : M. Victor Guillemin, médecin-adjoint des épidémies pour le canton de Thionville;

M. Chapel (Louis), médecin des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Malo, mémoire sur une épidémie de rougeole;

M. Aguilhon, médecin des épidémies de l'arrondissement de Riom, rapport sur une épidémie de fièvre intermittente à forme typhoïde;

M. Danvin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Pol, rapports divers sur des épidémies d'oreillons, de diphthérite, de scarlatine et de fièvre typhoïde;

M. Martin-Duclaux, rapports sur les épidémies de fièvre muqueuse, de variole, de rougeole et de coqueluche, qui ont régné en 1855 dans l'arrondissement de Villefranche (Haute-Garonne).

L'Académie propose en outre à M. le ministre d'honorer d'une mention particulière avec rappel de médailles obtenues antérieurement :

M. Lecadre, médecin des épidémies de l'arrondissement du Havre; M. Jacquez, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lure; M. Poulet, docteur en médecine à Plancher-les-Mines; MM. Vingtrinier et Duclos, médecins des épidémies de l'arrondissement de Rouen.

Enfin, l'Académie accorde une mention honorable à MM. les docteurs médecins des épidémies : Alexandre (d'Amiens); Billot (de Poligny); Castel (de l'île d'Oléron); Danson (de Béthune); Dehée (d'Arras); Laroche (d'Angers); Lemonnyer (de Vigny), dont les rapports ont paru dignes d'être signalés.

L'Académie a proposé, en outre, et M. le ministre a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales en 1855 :

1° Des médailles d'argent à : M. Haime, collaborateur de M. le docteur Petit, pour le mémoire sur la matière organique des eaux de Vichy;

M. Herpin (de Metz), qui le premier en France a fait connaître les bains et douches d'*acide carbonique*, très-employés en Allemagne, et qui a publié un ouvrage ayant pour titre : *Etudes médicales, scientifiques et statistiques sur les principales sources d'eaux minérales de France, d'Angleterre et d'Allemagne;*

M. Gerdy (Vulfrand), médecin-inspecteur à Uriage, auteur d'un mémoire sur les affections scrofuleuses, annexé au rapport de 1854;

M. Bernard, médecin-inspecteur-adjoint à Uriage, pour le mémoire annexé au rapport de 1854, relatif aux maladies consignées dans ce rapport;

M. Buissard, médecin-inspecteur à Lamotte-les-Bains, dont les rapports annuels sont rédigés avec le plus grand soin, et envoyés très-exactement.

2° Rappel de médailles d'argent avec mentions honorables : M. Dufraisse de Chassaigne, dont le rapport offre l'analyse de tous les cas observés par lui, s'élevant à 433, et d'après un classement très-méthodique;

M. Petit (Charles), auteur d'un bon mémoire sur la matière organique des eaux de Vichy;

3° Des médailles de bronze à : M. Barrié père, inspecteur à Bagnères-de-Luchon, dont les rapports sont envoyés exactement et très-bien rédigés;

M. Privat, inspecteur à la Malou, rapports bien rédigés et envoyés très-exactement;

M. Gaudet, inspecteur à Dieppe, pour son rapport de cette année;

M. Chapelain, inspecteur à Luxeuil, mémoire sur l'eau ferrugineuse de Luxeuil, rapports annuels bien rédigés et envoyés exactement ;

M. Pouget, inspecteur à Royan, mémoire sur les bains d'eau de mer.

M. Artigala, architecte à Tarbes, mémoire sur la construction des établissements thermaux ;

4° Des mentions honorables à : M. Tellier, inspecteur à Bourbon-Lancy, rapports envoyés très-exactement ;

M. Calvet, inspecteur à Sylvanès et Camarès, rapports envoyés très-exactement ;

M. Rerolle, inspecteur adjoint à Bourbon-Lancy, rapport de 1854, renfermant un bon résumé de toutes les maladies observées ;

M. Chevalier, médecin inspecteur à Provins, mémoire sur les modifications introduites dans le puisement, etc., des eaux de Provins.

PRIX PROPOSÉS POUR 1857.

Prix de l'Académie. — « Déterminer par des faits cliniques le degré d'utilité des exutoires permanents dans le traitement des maladies chroniques. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Portal. — « Exposer les altérations organiques produites par l'affection rhumatismale, et déterminer les caractères à l'aide desquels elles peuvent être distinguées des altérations dues à d'autres causes. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Civrieux. — « Du vertige nerveux. »

Tracer avec soin le diagnostic différentiel du vertige nerveux, signaler les caractères qui le distinguent des vertiges produits par la pléthore, par l'anémie et par une lésion organique cérébrale, et indiquer le traitement particulier qu'il réclame.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix Capuron. — 1° Question relative à l'art des accouchements. La question des *morts subites dans l'état puerpéral*, proposée pour 1855, est remise au concours pour l'année 1857. L'Académie fera remarquer aux concurrents que depuis longtemps on a observé des cas de mort subite chez les femmes enceintes, en travail ou accouchées, sans que ces cas de mort aient pu s'expliquer par les causes ordinaires et appréciables des morts subites.

Ce sont ces cas encore inexpliqués que l'Académie avait en vue quand elle a posé la question des *morts subites dans l'état puerpéral*, et c'est dans ce sens exclusivement qu'elle désire que la question soit traitée.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

2° Question relative aux eaux minérales. Caractériser les eaux minérales *salines*, indiquer les sources qui peuvent être rangées dans cette classe ; déterminer par l'observation médicale leurs effets physiologiques et thérapeutiques, et préciser les cas de leur application dans les maladies chroniques.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Lefèvre. — « De la mélancolie. »

Ce prix, qui est triennal, sera de la valeur de 1,800 fr.

Prix Barbier. — Ce prix, qui est annuel et de la valeur de 3,000 fr., sera décerné à celui qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc., etc. (*Extrait du testament.*)

PRIX PROPOSÉS POUR 1858. — *Prix de l'Académie.* — La question déjà proposée pour 1856 est de nouveau mise au concours ; elle est conçue en ces termes : « Faire l'histoire des applications du microscope à l'étude de l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies, signaler les services que cet instrument peut avoir rendus à la médecine, faire pressentir ceux qu'il peut rendre encore, et prémunir contre les erreurs auxquelles il pourrait entraîner. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Portal. — « De l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire et de ses conséquences pour le diagnostic et le traitement de ces affections. »

Ce prix sera de la valeur de 600 fr.

Prix Civrieux. — L'Académie met de nouveau au concours la question suivante :

« Etablir par des faits les différences qui existent entre la névralgie et la névrite ; mais elle recommande aux concurrents non-seulement de s'enquérir de tous les faits déjà observés, mais encore de s'aider des expériences qui pourraient être faites en ce qui concerne l'inflammation des nerfs, afin de faire mieux connaître les caractères différentiels de la névrite. »

Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix Capuron. — « De la mort de l'enfant pendant le travail de l'accouchement. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Ce prix sera de la valeur de 3,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — (Voir plus haut les conditions posées par le testateur.)

Les mémoires pour les prix à décerner en 1857 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera par ce seul fait exclu du concours. (*Décision de l'Académie* du 1er septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil et Barbier sont seuls exceptés de ces dispositions.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 17 décembre, la chaire de physique de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris est et demeure constituée sous le titre de *Chaire de physique appliquée à la pharmacie.*

Aux termes de ce décret, M. Regnauld, docteur ès sciences, docteur en médecine et pharmacien de 1re classe, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

— Par arrêtés du 12 décembre, sont maintenus pour trois ans dans leurs fonctions près la Faculté de médecine de Montpellier les agrégés en activité dont les noms suivent et dont le temps d'exercice est expiré : M. Bourely, 3e section ; M. Parlier, id., et M. Quissac, 4e section.

Sont rappelés à l'activité près la même Faculté les agrégés libres dont les noms suivent :

1° Pour trois ans, M. Brousse, 2e section ; M. Broussonnet, 3e section ;

2° Pour six ans, M. Viguier (botanique et histoire naturelle) 1re section ; M. Lescellier-Lafosse (accouchements) 4e section.

Les quinze agrégés actuellement en exercice près la même Faculté sont répartis ainsi qu'il suit dans les quatre sections :

1re SECTION. — *Sciences anatomiques et naturelles.*

Anatomie et physiologie, MM. Bourdel et Jacquemet. — Histoire naturelle, M. Viguier.

2e SECTION. — *Sciences physiques, chimiques et toxicologie.*

Chimie générale et toxicologie, M. Faget. — Chimie pharmaceutique, M. Brousse.

3e SECTION. — *Sciences médicales.*

Pathologie interne, M. Parlier. — Clinique interne, M. Bourrely. — Pathologie générale, M. Lassalvy. — Thérapeutique et matière médicale, M. Combal. — Hygiène, M. Girbal. — Médecine légale, M. Broussonnet.

4e SECTION. — *Sciences chirurgicales, accouchements.*

Chirurgie, MM. Quissac, Montet, Garimond. — Accouchements, M. Lescellier-Lafosse.

— Sont rappelés à l'activité pour trois ans, près la Faculté de médecine de Strasbourg, les agrégés libres dont les noms suivent :

MM. Arronssohn, 3e section ; Bach, 4e section.

Les douze agrégés actuellement en exercice près de la Faculté de médecine de Strasbourg sont répartis ainsi qu'il suit dans les quatre sections :

1re SECTION. — *Sciences anatomiques et physiologiques.*

Anatomie et physiologie, M. Koeberlé. — Botanique et histoire naturelle, M. Kirschleger.

2e SECTION — *Sciences physiques.*

Chimie, M. Strohl.

3e SECTION. — *Médecine proprement dite et médecine légale.*

Pathologie interne, M. Dagonet. — Clinique interne, H. Hirtz. — Path logie générale, M. Arronssohn. — Matière médicale et thérapeutique, M. Joyeux. — Hygiène et physique, M. Coze. — Médecine légale, M. Wieger.

4e SECTION. — *Chirurgie et accouchements.*

Pathologie externe, M. Bach. — Clinique externe, M. Held. — Accouchements, M. Hergott.

— Par arrêté du 12 décembre, sont nommés à l'Ecole préparatoire de Marseille :

Professeurs titulaires.

Anatomie et physiologie. — M. Roberty.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Roux.
Clinique externe. — M. Coste.
Pathologie interne. — M. Bartoli.
Clinique interne. — M. Girard.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Villeneuve.
Matière médicale et thérapeutique. — M. Seux.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. Favre.

Professeurs adjoints.

Clinique externe. — M. Rampal.
Clinique interne. — M. d'Astros.
Anatomie et physiologie. — M. Jourdan.

Professeurs suppléants.

Pour les chaires de médecine proprement dite, M. Ch. Guès ; — de chirurgie et d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants, M. Magail fils ; — d'anatomie et physiologie, M. Bertulus ; — de matière médicale, thérapeutique, de pharmacie et notions de toxicologie, M. Dufossé.

M. le docteur Berrut est nommé chef des travaux anatomiques.

M. Coste, professeur de clinique externe, est nommé directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille.

Sont nommés professeurs honoraires de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille : MM. Sue, Roussel, Martin et Ducros, anciens professeurs de ladite Ecole.

— Par arrêté du 12 décembre, M. Magnes-Lahens, professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de Toulouse, est nommé professeur adjoint, hors cadre, attaché à la chaire de pharmacie et notions de toxicologie.

M. Timbal-Lagrave est nommé professeur suppléant pour les chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie, en remplacement de M. Magnes-Lahens.

— Le concours de l'externat vient de se terminer. Le nombre des élèves inscrits était de 278 ; 241 seulement ont pris part aux épreuves ; 190 ont été nommés. Voici l'ordre de leur nomination :

1 Descroizilles. 2 Michel (Alfred). 3 Cruveilhier. 4 Durante. 5 Goudchaux. 6 Brullé. 7 Royet. 8 Ferrand. 9 Duplay. 10 Gonnard. 11 Helle. 12 Houzé. 13 Artus. 14 Goux. 15 Dufour. 16 Thomeuf. 17 Bourgeois. 18 Dupont (Emile). 19 Servoin. 20 De Buman. 21 Bernadet. 22 Brunet. 23 Lhuillier. 24 Dance. 25 Hardy (Charles). 26 Jacquard. 27 Paris. 28 Waringhem. 29 Regnard, 30 Ladreit de la Charrière. 31 Barat-Dulaurier. 32 Janvier. 33 Lebiez. 34 Lintilhac. 35 Quermeleuc. 36 Dehoux. 37 Dubuc. 38 Lamarque. 39 Mazery. 40 Walmé. 41 Bouchaud. 42 Devigne. 43 Landry. 44 Fontan. 45 Frontera, 46 Gautier du Défay. 47 Morel (Gustave). 48 Bonnemaison. 49 Bonifas. 50 Carré (Charles). 51 Mosmant. 52 Noir. 53 Randon du Landre. 54 Alexopoulo. 55 Couvreur. 56 Gueniot. 57 Saint-Laurent. 58 Mitivié. 59 Habert. 60 Lambert. 61 Rousseau. 62 Boitelle. 63 Launay. 64 Martineau. 65 Meunier. 66 Moussaud. 67 Vigouroux. 68 Bouglé. 69 Fischer. 70 Gueit-Dessus. 71 Guindey. 72 Picard. 73 Roché. 74 Brouardel. 75 Danthon. 76 Doisneau. 77 Dumesnil. 78 Jolly. 79 Manoury. 80 Quillot. 81 Robert. 82 Tournier. 83 Viel. 84 Guibourd. 85 Maringer. 86 Mauricet. 87 Combes. 88 Dubois. 89 Gingeot. 90 Dunant. 91 Gagey. 92 Perier. 93 Cassan. 94 Chedevergne. 95 Delaunay. 96 Dupont (Auguste). 97 Gros. 98 Jacquet (Edouard). 99 Laurens. 100 Pamard. 101 Rochette. 102 Tailhardat. 103 Touchard. 104 Boucard. 105 Courtois. 106 Delbet. 107 Hallé. 108 Hamel. 109 Martinet. 110 Samaniégo. 111 Tissier. 112 Daguenet. 113 Daix. 114 Dardenne. 115 Drouet. 116 Estradère. 117 Guichard. 118 Jounia. 119 Mauduy. 120 Péon. 121 Relhié. 122 Rémond. 123 Boisson. 124 Charbonnel. 125 Deswarte. 126 Dulac. 127 Grenet. 128 Latapie. 129 Marcille. 130 Maurel (Adrien). 131 Nadaud. 132 Peyron. 133 Tartarin. 134 Bergounhioux. 135 Assire. 136 Buzard. 137 Charpentier. 138 Décori. 139 Faligan. 140 Lemaire. 141 Mollien. 142 Voisin. 143 Braconnot. 144 Coulhon. 145 Lesage. 146 Pineau. 147 Andrieu. 148 Bourrut-Duvivier. 149 Deschamps. 150 Jamain. 151 Jamet. 152 Laffont-Marron. 153 Lejeune. 154 Ortiguier. 155 Quinton. 156 Rivière. 157 Robin-Duvernet. 158 Bergeon. 159 Bergeron. 160 Bourgaux. 161 Cretté. 162 Duchesne. 163 Martin (Claire). 164 Mercier. 165 Bourdesol. 166 Cordonnier. 167 Delarue. 168 Dubost. 169 Gachet. 170 Janin. 171 Lemarchand. 172 Lemariey. 173 Lespinasse. 174 Mathorel. 175 Paillot. 176 Rosier. 177 Soudry. 178 Verdureau. 179 Adnet. 180 Barbou. 181 Barringer. 182 Caron. 183 Delvaille. 184 Dupuy. 185 Fort. 186 Jacquet (Alphonse). 187 Liebaut. 188 Meige. 189 Perrard-Lebrun. 190 Lemoine-Maudet.

— Le conseil académique de Montpellier, appelé à dresser une liste de candidats pour la chaire de chimie médicale, vacante à la Faculté de médecine, a présenté une liste composée : 1° de M. Béchamp ; 2° de M. Faget.

— Le concours pour la place de chef des travaux anatomiques près la même Faculté, annoncé pour le 1er décembre courant, a été renvoyé à une époque ultérieure qui ne paraît par encore fixée.

— Le concours pour les prix de l'internat s'est terminé le 18. Voici les noms des lauréats :

1re division. M. Dupuy, *médaille d'or*. M. Guyon, *médaille d'argent*. M. Parrot, 1re mention honorable. MM. Dumontpallier et Luys, *ex æquo*, 2e mention honorable.

2e division. Prix : M. Dumont, *médaille d'argent*. M. Tamarel-Mauriac, accessit. M. Dubarry, 1re mention honorable. MM. Peter et Luton, *ex æquo*, 2e mention honorable.

— Par arrêtés en date du 13 décembre, M. Ritter, élève en médecine, est nommé aide de chimie, de physique et de pharmacie à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Levy.

M. Vouillemin, bachelier ès sciences physiques, est nommé préparateur de physique à la Faculté des sciences de Strasbourg, en remplacement de M. Freyss, dont la démission est acceptée.

— La commission départementale de la Seine a émis le vœu que des mesures fussent prises pour faire cesser les causes auxquelles peuvent être attribuées les épidémies de fièvre puerpérale qui ont leur foyer dans les hôpitaux, et cet autre vœu, que les écoles vétérinaires reçussent un plus grand développement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

De la Calle, né à la Havane (Ile de Cuba) ; *De l'ophthalmoscope.*

Chabassu, né à Toulon (Var) ; *Des pyrexies en général.*

Bailleau, né à Pierrefittes (Allier) ; *Quelques considérations sur les effluves.*

Hamon, né à Saint-Mars-la-Jaille (Loire-Inférieure) ; *De l'éducation physique de la première enfance.*

Soufflet, né à Douai (Nord) ; *Essai sur les tubercules du cerveau.*

Fabre, né à Ornaisons (Aude) ; *Des vomissements incoercibles pendant la grossesse.*

Janvier, né à Redon (Ille-et-Vilaine) ; *Du varicocèle.*

Tassel, né à Elbeuf (Seine-Inférieure) ; *Recherches historiques sur la nature des altérations séniles des artères.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité des maladies du testicule ; par M. CURLING, chirurgien de l'hôpital de Londres, président de la Société huntérienne, etc. ; traduit de l'anglais, sur la 2e édition, avec des additions et des notes, par M. L. GOSSELIN, ancien chef des travaux anatomiques et agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Cochin, etc. — Un fort vol. in-8° de 640 pages, avec des figures intercalées dans le texte. Prix, 8 fr., rendu franc de port dans toute la France. A Paris, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Manuel de petite chirurgie, contenant les pansements, les bandages les appareils de fractures, les pessaires, les bandages herniaires, les ponctions, la vaccination, les incisions, la saignée, les ventouses, le phlegmon, les abcès, les plaies, les brûlures, les ulcères, le cathétérisme, l'extraction des dents, les agents anesthésiques, par M. le docteur JAMAIN. — 1853, 1 volume grand in-18, avec 189 figures dans le texte. Prix : 6 fr. Chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Influence des découvertes physiologiques et chimiques récentes sur la pathologie et la thérapeutique des organes digestifs, par DELORE et BÈME. Un volume in-8°. Prix : 3 fr. 50 c. Chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

LE SEUR.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 150. — MARDI 23 DECEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 150. — MARDI 23 DECEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les ateliers et les bureaux étant fermés à l'occasion de la fête de NOEL, le journal ne paraîtra pas jeudi.

PARIS, LE 22 DÉCEMBRE 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Ch. Rouget, qui a déjà communiqué à l'Académie ses recherches histologiques sur les tissus érectiles, vient de lui faire connaître dans cette séance le résultat de ses nouvelles recherches sur les tissus contractiles en général. D'après cet anatomiste, il n'existerait qu'une seule espèce d'éléments musculaires dont les formes variées correspondent à diverses périodes de développement de cet élément, toujours identique à tous les degrés de la série animale et dans tous les tissus contractiles. L'énoncé de cette proposition repose sur des études comparatives faites sur des espèces appartenant aux divers degrés de l'échelle et aux différents âges. On trouvera au compte rendu un résumé très-succinct de ce travail. C'est la seule communication que nous ayons à signaler aujourd'hui à nos lecteurs. Les autres travaux médicaux dont nous avons inscrit les titres étant destinés au concours pour les prix, et par conséquent soustraits à notre juridiction, nous devons nous borner à les mentionner.

La section de botanique a présenté dans cette séance la liste des candidats à la place de correspondant vacante dans cette section. Sir William Hooker, à Kew (Angleterre), est placé en première ligne. Ont été présentés en seconde ligne et *ex æquo*, MM. Braun (de Berlin), Fries (d'Upsal), Gray (de Cambridge, Etats-Unis), Hofmeister (de Leipsick), Joseph Hooker (de Kew) et Parlatore (de Florence). L'élection aura lieu dans la séance du 22. — Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. L. ORFILA, professeur-agrégé.

Des empoisonnements.

De l'importance et de l'utilité des études toxicologiques. — Je devrais peut-être, me conformant aux usages, commencer par vous dire la définition de la science qui doit nous occuper. Mais vous savez trop bien quel est l'objet de la toxicologie, pour qu'il soit utile de rappeler votre attention sur ce point.

En revanche, je vous demanderai la permission de vous indiquer l'importance et l'utilité de l'étude que nous allons entreprendre. Comme bien d'autres, vous n'avez pas sur ce point d'idées bien arrêtées, et peut-être vous ne cherchez dans cette étude qu'une simple satisfaction d'une curiosité louable. Eh bien, vous pouvez en tirer un plus grand profit. Les notions que vous y puiserez sont un complément nécessaire de vos études médicales. Elles vous rendront de grands services lorsque, munis du diplôme, vous vous livrerez à la pratique de la médecine, et enfin elles vous fourniront le moyen de payer à la société le tribut qu'elle a droit de réclamer de votre part. Voilà trois propositions que je veux vous démontrer.

Quelques mots suffiront pour vous montrer les points de contact de la toxicologie avec les différentes branches des études médicales.

Pour abréger, examinons seulement la physiologie, la pathologie et l'hygiène. N'est-ce pas au moyen de substances vénéneuses que l'absorption a été principalement démontrée. Eh bien, c'est là sans contredit un service important rendu par la toxicologie à la physiologie ; ce n'est pas le seul.

Quant à la pathologie, il est à peine besoin d'indiquer ses relations avec la toxicologie. L'étude des maladies produites par les poisons mérite par elle-même déjà l'attention du pathologiste, mais en outre elle peut lui faciliter la connaissance de quelques affections importantes, telles que la syphilis, la rage, le choléra, etc., qui ne sont probablement que des empoisonnements.

Enfin, je ne crains pas d'avancer que l'hygiéniste peut à peine faire un pas sans se trouver en présence d'une question toxicologique. Comment résoudre, sans le secours de la toxicologie, les problèmes d'hygiène qui se rattachent à l'action des substances délétères (produits de combustion, de putréfaction, céruse, mercure, etc.)? et vous voyez que le nombre de ces problèmes est grand.

Voilà donc bien des cas dans lesquels les connaissances sur les poisons constituent, pour les autres branches de la médecine, un auxiliaire important. D'un autre côté, comme vous le savez, sans qu'il soit nécessaire d'y insister, les différentes sciences que le médecin étudie fournissent au toxicologiste un concours bien puissant. Et parmi les plus utiles il faut citer au premier rang la chimie, qui, dans un grand nombre de cas, nous permet seule d'affirmer qu'il y a eu ingestion d'un poison.

Je n'insisterai pas davantage pour vous montrer la connexion intime qui existe entre la toxicologie et les autres branches des études médicales. Je crains même que vous n'alliez au delà de ma pensée, et permettez-moi de vous prémunir contre une erreur peut-être trop répandue : ne croyez pas que cette connexion suffise pour dispenser le médecin d'une étude spéciale de la science des poisons. La solution des problèmes si nombreux et si difficiles que soulève l'empoisonnement exige des éléments que les toxicologistes seuls ont jusqu'à présent recueillis. Un exemple vous fera bien saisir ma pensée. Supposons que, dans un cas où il y a soupçon d'empoisonnement criminel, l'analyse chimique ait démontré l'existence d'une certaine proportion d'arsenic dans les organes d'un cadavre. On sait d'ailleurs que des préparations arsenicales ont été introduites à titre de médicaments. Il s'agit de reconnaître si l'arsenic retrouvé provient des médicaments ou d'un composé administré par une main criminelle.

Les notions relatives à l'élimination de l'arsenic et à l'appréciation des symptômes et des lésions de tissu que déterminent les arsenicaux, sont indispensables pour l'élucidation de ce problème. Eh bien, vous ne trouverez ces notions que dans les ouvrages exclusivement consacrés à la toxicologie. Dans le cours de ces leçons, nous aurons l'occasion de rencontrer d'autres problèmes analogues au précédent, et je m'appliquerai à vous fournir les moyens de triompher de semblables difficultés.

Pour le moment il me suffit (du moins c'est là mon but) de vous prouver que les connaissances que vous avez acquises se trouveront développées et complétées par l'étude de la toxicologie, et de vous faire sentir aussi que vos études précédentes ne peuvent vous avoir fourni que des notions incomplètes sur les empoisonnements et sur les poisons.

Passons à la seconde proposition.

Vous voilà sortis des bancs et vous livrant à la pratique de la médecine : pouvez-vous espérer quelque avantage de l'étude de la toxicologie ? Déjà ce que je viens de vous dire entraîne une réponse affirmative. Mais d'ailleurs, en dehors des cas usuels, sans contredit ce sont les bonnes études qui font les bons praticiens. L'occasion peut bien se présenter où vous pourrez tirer immédiatement parti des notions de toxicologie. Un exemple, entre mille que je pourrais vous citer, me servira à bien préciser mon idée : Vous êtes appelés pour donner vos soins à un empoisonné. Dans bon nombre de cas, malgré les symptômes les plus alarmants, il est possible de triompher du mal. Précisément je suppose que vous obtenez une guérison. Ici on ne contestera pas l'efficacité du traitement ; dans un cas pareil, les plus hostiles sont obligés de reconnaître que l'intervention du médecin a tout fait. Du même coup vous relevez la profession médicale, et vous gagnez sans conteste l'affection et la confiance de tous ceux qui entourent le malade. Vous n'ignorez pas qu'il n'en est point toujours ainsi. Dans la plupart des maladies, la nature partage les honneurs des succès avec le médecin ; tandis que la responsabilité des insuccès pèse tout entière uniquement sur le médecin.

Permettez-moi de vous dire, en passant, que les ouvrages de pathologie ne consacrent et ne peuvent consacrer à l'empoisonnement qu'une attention trop superficielle pour vous donner des notions suffisantes dans des cas analogues à celui que je viens de vous citer.

Mais ce n'est pas tout, l'étude de la toxicologie vous donnera le moyen de rendre à la société des services importants ; elle vous réserve aussi des satisfactions bien vives. Il appartient, en effet, au médecin d'éclairer la justice et de la seconder dans la sévère répression des lâches assassinats dont les poisons sont les instruments. Croyez-vous que les Locuste, les Tophana, les Brinvilliers et tant d'autres auraient sacrifié autant de victimes si les médecins eussent pu reconnaître les causes de la mort, ou seulement éveiller des soupçons qui auraient effrayé les coupables ? Mais l'espérance, malheureusement trop fondée, de l'impunité encourageait ces misérables. De nos jours encore, les exemples analogues ne sont pas rares. La plupart des médecins ignorent les éléments de la toxicologie. Il y en a (et des plus haut placés) qui ont méconnu des empoisonnements bien constatés dans la suite, alors même que des circonstances étrangères concouraient avec les symptômes à déterminer le diagnostic !

Vous avez lu peut-être l'histoire de ces deux femmes qui, en 1808 et en 1809, sacrifièrent, en Allemagne, à leurs intérêts quarante-trois personnes ! Encore, ne pourrions-nous pas fixer le chiffre de leurs tentatives. L'une d'elles a pendant vingt ans exercé la *profession* d'empoisonneuse, sans qu'un juste châtiment soit venu l'atteindre. Sans aller si loin encore, et sans passer les frontières de France, n'avons-nous pas vu la femme Jégado empoisonner par l'arsenic quarante-cinq personnes dans l'espace de seize ans ? Et elle n'était qu'une élève ! Il résulte, en effet, des aveux qu'elle fit au moment de mourir à l'abbé Tiercelin, qu'elle avait été dressée au meurtre et encouragée par une autre femme.

Evidemment, si les connaissances sur les poisons et sur leur action avaient été plus avancées et plus répandues, on aurait au moins soupçonné plus tôt le crime.

Gardez-vous, en effet, de croire que l'empoisonnement puisse simuler une maladie spontanée, de telle façon qu'il n'éveille pas au moins quelques doutes dans l'esprit d'un observateur attentif et possédant les premières notions de toxicologie. Gardez-vous aussi de croire qu'il y a un art d'empoisonner : c'est là une fable bonne pour les temps d'ignorance et de crédulité. Aujourd'hui nous connaissons, comme je vous le montrerai plus tard, des signes qui doivent pour un médecin éclairé être l'indice d'un empoisonnement, des caractères qui en établissent la certitude. Bien souvent il suffit que l'idée d'empoisonnement se présente à l'esprit, lorsqu'il y en a un, pour qu'on puisse le reconnaître, et alors le médecin est appelé à conjurer bien des malheurs.

D'ailleurs, un beau rôle est réservé au médecin ; sa mission est bien douce, quand il peut établir l'innocence d'un malheureux injustement accusé. Que de soupçons imaginés par la méchanceté ou l'intérêt, accrédités par l'ignorance ; que d'imputations qu'un médecin éclairé pourrait détruire avant que des familles entières soient plongées dans le deuil !

Voilà des considérations qui ne s'étaient peut-être que vaguement présentées à vos esprits ; j'ai voulu les rappeler pour vous montrer l'importance de l'étude que nous allons entreprendre.

Mais encore un mot. Je ne peux pas quitter ce sujet sans essayer de bannir une idée trop répandue au sujet des expertises toxicologiques. Vous entendrez répéter que la solution des problèmes toxicologiques soulevés devant les tribunaux revient aux pharmaciens, que leurs études ont particulièrement familiarisé avec les opérations difficiles de chimie. Pour l'honneur de notre profession, n'admettez pas une idée pareille, ce serait abdiquer *à tort* une belle prérogative ! A coup sûr, les recherches chimiques fournissent des données importantes, mais souvent insuffisantes. Dans une foule de cas, les notions de physiologie et de pathologie, que les pharmaciens ou les chimistes ne connaissent pas, sont indispensables, et toujours elles sont utiles pour fournir à la justice les renseignements précis qu'elle demande aux experts.

Une expertise ne consiste pas seulement dans la constatation, au moyen de l'analyse chimique, de l'existence d'un poison dans les organes ou ailleurs ; les symptômes, les lésions de tissus doivent être bien décrits et bien appréciés. Si le pharmacien est appelé à démasquer le poison, il appartient au médecin seul d'établir la valeur et la portée des résultats fournis par l'analyse chimique. Les recherches chimiques sont peut-être trop difficiles pour que le médecin puisse les exercer, mais un léger effort vous suffira pour le comprendre. Dès lors vous vous servirez avec plus de confiance des résultats qu'elles auront fournis, et vous échapperez à l'humiliation de signer un travail dont une partie vous serait tout à fait étrangère.

Maintenant, arrivons au fond de notre sujet. Mais permettez-moi de vous faire connaître, avant d'entrer en matière, mon but et mon plan.

Vous ne supposez pas que j'aie la prétention dans le court espace de temps que peuvent durer ces réunions de vous enseigner les innombrables détails de la toxicologie, et de faire de vous des experts consommés. Mon ambition ne va pas si haut, et cependant j'ai l'espoir de vous rendre un service important. Que vous sortiez

d'ici connaissant les traits généraux de la toxicologie, les difficultés des questions dont elle traite et les ressources qu'elle fournit pour en triompher; que vous sachiez au besoin tirer un bon parti des ouvrages qui traitent de la matière, et je serai pleinement satisfait. J'ai pensé que, pour atteindre mon but, il suffirait de vous exposer en un petit nombre de leçons les notions relatives à l'empoisonnement considéré d'une manière générale, et de vous tracer l'histoire complète de l'arsenic, du poison le mieux étudié jusqu'à présent.

Cette seconde partie du cours nous fournira l'occasion d'appliquer, sinon toutes, au moins la plus grande partie des notions générales que nous aurons recueillies d'abord.

Voilà donc notre sujet naturellement divisé en deux parties : la première sera consacrée aux généralités sur l'empoisonnement; la seconde comprendra l'étude toxicologique de l'arsenic. Mais comment vous exposer les détails que je dois vous faire connaître sans surcharger votre mémoire et sans fatiguer votre attention? Il faut évidemment grouper les faits et les considérations qui s'y rattachent suivant un ordre naturel, de sorte que vous puissiez apprécier leurs connexions et retrouver par la réflexion les détails que votre mémoire laissera échapper. D'ailleurs j'ai pensé qu'il est bon de mettre à profit les habitudes que vous avez déjà prises dans vos études précédentes. Ce sont là des conditions qui, suivant moi, n'ont pas été assez recherchées par les auteurs qui ont écrit sur la toxicologie. Aussi ai-je apporté un soin particulier à dresser le plan que je vais avoir l'honneur de vous exposer. Ce plan, du reste, est aussi bien applicable à l'étude des généralités qu'à celle de chaque poison en particulier.

Tout bien considéré, l'empoisonnement n'est autre chose qu'une maladie, et la partie médico-légale de la toxicologie n'est que l'application des notions pathologiques ou autres à la solution des différents problèmes.

Il est donc tout naturel d'étudier d'abord la pathologie toxicologique, si je puis m'exprimer ainsi, et ensuite les applications médico-légales.

La pathologie comprendra, comme vous le devinez, l'étude des causes, symptômes, lésions de tissus, diagnostic, pronostic et traitement et complications de l'empoisonnement. A propos des causes, nous verrons la définition du poison et la classification des substances toxiques; puis nous étudierons le *mécanisme de l'action*, et nous y rattacherons l'absorption, le séjour et l'élimination.

Quand nous aurons terminé l'étude de la pathologie toxicologique d'après le programme que je viens de vous indiquer, nous serons bien en mesure d'aborder les applications médico-légales.

Nous examinerons la législation relative aux empoisonnements, et nous chercherons à établir quelle est la valeur des différents signes d'empoisonnements : *symptômes, lésions de tissu, expériences faites sur les animaux* (en administrant à ces animaux les substances suspectes), et enfin les *recherches chimiques*. Ici trouveront naturellement leur place les objections qu'on peut faire aux indications fournies par ces recherches.

Le poison retrouvé ne provient-il pas des réactifs, d'une médication, des aliments, du terrain des cimetières, des contre-poisons administrés? N'a-t-il pas été introduit après la mort? Puis viendra la question des *poisons normaux*.

Enfin, je m'appliquerai à vous faire comprendre quelle importance peut avoir la *quantité* de poison trouvé, et je vous dirai quelques mots sur les *rapports*. Pas n'est besoin de vous dire que chaque poison ne fournira pas son contingent à chacun des chapitres dont je vous ai indiqué les titres. Mais toutes les notions que nous possédons sur les poisons peuvent être groupées dans ces chapitres, et l'ordre que je viens de vous indiquer me paraît le mieux fait pour aider la mémoire et faciliter l'intelligence des questions variées et difficiles que comprend la toxicologie.

Cet enseignement ne peut être vraiment profitable pour vous qu'à la condition de multiplier autant que possible devant vous les expériences. C'est le meilleur moyen de graver dans vos esprits ces faits importants, et de vous prémunir contre les erreurs dans lesquelles des discussions passionnées pourraient vous entraîner. Ne croyez pas cependant que nous rentrerons dans une discussion; nous n'avons pas de parti pris; nous nous en rapporterons à l'expérience. La vénération et l'attachement, tout profonds qu'ils sont, ne m'aveugleront pas. Le nom que je porte n'enchaînera pas mon jugement; il ne m'impose d'ailleurs aucune doctrine. Ce sont les idées qui me paraîtront justes que je soutiendrai devant vous, et en sacrifiant tout à la vérité, je rendrai très-certainement à la mémoire vénérée de mon oncle l'hommage le plus agréable.

— Nous publierons prochainement la suite de ces leçons.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Kyste de l'ovaire. Ponction. Mort. Autopsie.

(Observation recueillie par M. J. SACCOND, interne du service.)

Au moment où l'attention du monde médical est tournée vers les kystes de l'ovaire, il ne nous a pas paru inutile de porter à sa connaissance le fait suivant, qui vient de se passer à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Chassaignac.

Delhon (Antoinette) a été admise à la salle Sainte-Marthe le 20 novembre dernier. Cette femme, charbonnière de profession, est âgée de cinquante-six ans. Elle n'a pas eu de maladie grave; elle affirme en particulier n'avoir jamais souffert du côté des organes génitaux, et avoir été bien réglée jusqu'en 1854. Elle a eu six enfants. Aucun de ses accouchements n'a été laborieux. Le dernier a précédé de huit ans le début présumé de la tumeur ovarique. Voici, à cet égard, les renseignements assez complets fournis par la malade :

Elle fait remonter à huit ans le début de sa tumeur; mais cette donnée ne peut être acceptée comme absolument exacte, puisque l'on sait que les tumeurs de ce genre acquièrent souvent un volume notable avant que les malades en aient conscience. Quoi qu'il en soit, c'est au printemps de 1848 qu'Antoinette Delhon s'aperçut pour la première fois que son ventre était enflé. Le kyste remplissait alors la partie moyenne de la région sous-ombilicale. La malade ne se rappelle pas l'avoir vu occuper d'abord l'une des parties latérales, circonstance bien propre à faire penser que le début de son affection lui a échappé.

A partir de ce moment, la tumeur augmenta lentement, mais incessamment, de volume jusqu'en octobre 1853, époque à laquelle, s'il faut en croire son récit (récit que l'autopsie n'a, du reste, pas confirmé), elle éprouva l'accident suivant : elle fit une chute sur le côté droit du ventre en trébuchant sur le pas d'une porte. Le soir de ce jour et pendant toute la nuit, elle ressentit des douleurs qu'elle compare à celles de la parturition; puis le matin du jour suivant elle fut prise de vomissements incessants qui continuèrent pendant toute la journée, et par lesquels elle rendit dix-huit litres d'un liquide clair et transparent. (Elle affirme que la quantité en a été mesurée.) Ce phénomène fut suivi d'un affaissement marqué dans la moitié droite du ventre; affaissement qui a persisté depuis. Quoi qu'il en soit de la réalité de ce fait, dont on eût dû retrouver, ce me semble, quelque trace à l'examen cadavérique, un an après la tumeur était revenue à son volume primitif, et la malade se trouvant gênée dans la marche et dans l'accomplissement des fonctions respiratoires, se décida à réclamer les secours de l'art.

Au commencement de novembre 1854, elle entra dans le service de M. Chassaignac, qui, après avoir constaté la nature de la maladie et reconnu que le kyste se composait de deux loges, en pratiqua la ponction le 11 novembre. Un long trocart traversa la paroi abdominale du côté gauche, et arriva dans la première poche, dont le liquide s'écoula facilement par la canule; introduisant de nouveau la tige de l'instrument, M. Chassaignac perfora la cloison de séparation, et réussit ainsi à vider la seconde cavité. Le liquide était le même dans les deux kystes; c'était de la sérosité pure. Aucun accident ne suivit cette opération, et quelques jours après la malade pouvait quitter l'hôpital.

Elle y est ramenée aujourd'hui par la réapparition de sa tumeur. Sa constitution ne s'est pas altérée, son état général est bon, quoiqu'elle ait éprouvé pendant vingt et un mois un écoulement sanguin presque continu par le vagin.

Quatre mois après sa sortie de l'hôpital, elle s'est aperçue que sa tumeur se remplissait de nouveau, et elle a acquis maintenant des dimensions plus grandes que la première fois. La peau est arrivée à un état de distension extrême. Le palper fait constater une fluctuation des plus manifestes; la main est soulevée par le choc du liquide, et cela sur toutes les parties du kyste, sauf au niveau de l'hypocondre gauche, où l'on sent une tumeur isolée, résistant à la pression, et d'une consistance qui rappelle celle des tumeurs solides. La fluctuation se communiquant à travers tous les autres points du kyste, le diagnostic est formulé ainsi : kyste biloculaire, dont la poche la plus étendue contient un liquide et dont l'autre est solide ou du moins à parois très-épaisses. On verra plus bas combien ce diagnostic était loin d'être complet, et combien il était impossible d'arriver dans ce cas à la connaissance exacte de la vérité.

La percussion donne un son mat en avant et sur les côtés; ce n'est qu'en arrière, au niveau des bords externes de la masse sacro-spinale, qu'on retrouve la sonorité intestinale.

Le toucher vaginal montre l'utérus dévié latéralement, de façon que l'ouverture du col regarde la cuisse droite de la malade, fait qui autorise, d'après M. Chassaignac, à attribuer le kyste à l'ovaire droit, vu le mouvement de bascule qu'a dû éprouver l'utérus.

La circonférence de la cavité abdominale, mesurée au niveau des crêtes iliaques, donne 125 centimètres; sa longueur, de l'appendice xiphoïde à la symphyse pubienne, 58. Inutile d'ajouter que tout le système veineux superficiel est prodigieusement développé.

Malgré cela, les fonctions digestives et respiratoires sont intactes; la tumeur n'est point douloureuse, et ce n'est guère que dans la marche que la malade est gênée par suite du déplacement de son centre de gravité.

La première ponction ayant parfaitement réussi, et ayant eu pour résultat deux ans de vie relativement tranquille, il était naturel de recourir de nouveau à ce moyen.

Le 1er décembre, une ponction est faite au même niveau qu'il y a deux ans; douze litres d'une sérosité jaunâtre un peu épaisse s'écoulent par la canule; puis l'écoulement s'arrête; comme il est de toute évidence qu'il reste encore du liquide, M. Chassaignac songe à l'existence d'une seconde poche, et, employant le procédé décrit plus haut, la ponctionne à travers la cloison. Il arrive, en effet, dans une seconde cavité, d'où s'écoulent treize litres d'un liquide couleur café noir, dont les dernières parties présentent une teinte rougeâtre. Cela fait, on constate qu'il existe dans l'abdomen d'autres tumeurs à parois dures, épaisses, semblables, en un mot, à celle qu'on avait reconnue avant l'opération dans l'hypochondre gauche. On ferme hermétiquement l'ouverture de la ponction, on établit une compression convenable sur l'abdomen, et la malade est reconduite à son lit.

Mon collègue M. Heurtaux a examiné le liquide au microscope; il y a trouvé une grande quantité de paillettes de cholestérine, et dans les dernières parties, qui avaient été recueillies à part, quelques globules sanguins. En outre, la prompte coagulation du liquide par la chaleur et l'acide azotique dénote la présence de l'albumine.

Le soir, l'état de la malade est satisfaisant; pouls à 88. Pas de douleurs dans le ventre, quoiqu'il soit un peu douloureux à la pression. Pas de tendance à la syncope.

Le 2 au matin, même état; la nuit a été agitée, insomnie. — Potion calmante.

Pendant la soirée surviennent soudainement de violents frissons qui se succèdent sans interruption; en même temps le pouls devient petit et fréquent; le ventre est douloureux.

Le 3, au matin, tous les symptômes précédents se sont aggravés; douleurs de ventre plus vives; pouls imperceptible; facies profondément altéré, extrémités cyanosées. A dix heures du matin, la malade expire.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Rien à la peau, les vergetures qui en suivent le retrait n'ayant pas encore eu le temps de se développer. Les muscles de la paroi abdominale sont pâles, amincis et atrophiés, au point que le scalpel peut à peine retrouver les trois couches superposées qui les constituent.

Des adhérences en forme de brides multipliées unissent le péritoine pariétal à la paroi antérieure de la tumeur : mais elles remontent à une époque déjà éloignée, car elles ont toutes subi la transformation celluleuse ou fibreuse. Lorsqu'elles sont coupées, on constate une suffusion sanguine de tout le péritoine, soit en réseaux, soit en arborescences; elle coïncide avec un épanchement abondant de sérosité louche qui siége en avant du kyste dans les mailles formées par les brides excisées, et en avant de la paroi abdominale postérieure. Ces lésions, rapprochées des symptômes qu'a éprouvés la malade à la fin de sa vie, permettent d'attribuer sa mort à une péritonite diffuse.

Avant de poser cette conclusion, je me suis assuré que les parois de la tumeur sont dans un état d'intégrité complète, que l'ouverture de la ponction s'est refermée, et qu'ainsi le liquide trouvé dans la cavité séreuse ne provient pas de l'ovaire.

Le kyste qui appartient à l'ovaire droit se présente avec la forme de double croissant propre à l'estomac, la petite extrémité se portant en haut et à droite pour se terminer dans la partie la plus reculée de l'hypochondre du même côté, la grosse finissant à gauche et plus bas au niveau de la sixième côte. La tumeur occupe tout l'abdomen, et voile presque tous les viscères. La paroi du kyste, dure, bosselée sur un grand nombre de points et résistante sur quelques autres, au point de rappeler la consistance d'une tumeur solide, est rouge, fortement congestionnée, et présente des ecchymoses assez nombreuses; elle a conservé l'aspect lisse et poli des séreuses, de sorte que, vu la laxité des brides qui l'unissaient au péritoine, des glissements assez étendus pouvaient encore avoir lieu entre les deux surfaces.

Après avoir incisé la paroi du kyste au niveau du point ponctionné, je constate que cette première poche est vide, et présente à sa partie supérieure la cloison à travers laquelle a été pratiquée la seconde ponction. On pénètre par là dans une seconde cavité plus considérable que la première, vide comme elle. Prolongeant alors les incisions, je mets largement à nu tout l'intérieur de la tumeur, et il devient facile de reconnaître que toute la paroi antérieure et la paroi postérieure en haut et en bas sont recouvertes de kystes plus petits faisant saillie dans la cavité des deux principaux, et présentant tous les degrés intermédiaires entre la grosseur d'une noix et celle d'une tête de fœtus à terme. Leur présence explique très-bien la sensation de bosselures multipliées et la consistance inégale de la tumeur perçues immédiatement après l'opération.

Tous ces kystes ont été ouverts, et ont montré, avec une épaisseur très-variable de leurs parois, toutes les espèces de liquides qui ont été signalés dans cette affection : eau de roche; sérosité limpide et transparente; liquide présentant la couleur du café noir, du chocolat; matière gélatiniforme épaisse, jaunâtre, coulant à peine.

Parmi ces kystes (dont je ne crains pas d'évaluer le nombre à cinquante), j'en décrirai trois qui me paraissent mériter de fixer l'attention.

Le premier, situé à droite sur la paroi antérieure de la tumeur principale, renferme une matière noire, très-épaisse, analogue à du raisiné; elle est très-riche en globules sanguins. Ce kyste, du volume du poing, est une véritable poche hématique. Au niveau de l'hypocondre gauche existe une tumeur plus considérable; les parois en sont extrêmement dures, inégales, et lui donnent une forme et une consistance qui rappellent celles du placenta. Incisée, elle présente une structure toute spéciale : c'est la structure aérolaire; elle se compose essentiellement d'un tissu cellulo-fibreux blanchâtre, formant des loges isolées, et rappelant exactement, mais avec des proportions bien plus vastes, la configuration normale du stroma de Baër. Cette tumeur ne contient qu'une très-petite quantité d'un liquide filant, jaunâtre, analogue à du blanc d'œuf. Enfin, au-dessous et en dehors de celle-ci, mais séparée d'elle par une cloison épaisse, existe une poche, intermédiaire pour le volume aux deux précédentes, à parois minces fortement distendues par un liquide purulent, et contenant deux pelotons volumineux de poils diversement enroulés; l'un d'eux présente sur l'une de ses faces un amas de matière athéromateuse. Il n'y a pas traces de dents, d'os ou d'autres débris de fœtus. On a donc affaire ici à un kyste pileux.

La surface interne de la tumeur présente deux aspects bien distincts : d'une part coloration d'un rouge intense, des ecchymoses nombreuses (c'est la poche qui offre au plus haut degré ces deux caractères), un aspect lisse et poli; d'autre part une surface d'égale étendue, mais rugueuse, d'un blanc grisâtre, et sur laquelle sont solidement implantés des poils offrant la même longueur et la même teinte noire que les premiers.

La paroi postérieure du kyste ovarique ne présente de poches pariétales qu'en haut et en bas. Toute la partie intermédiaire est libre d'adhérences, ce qui explique comment les intestins ont échappé à la compression, et comment l'accomplissement régulier de leurs fonctions a pu se concilier jusqu'à la fin avec une tumeur aussi considérable.

La trompe et l'ovaire gauche sont sains.

L'utérus, un peu hypertrophié, est incliné latéralement.

La vessie est un peu plus petite qu'à l'état normal.

Les intestins, déjetés à droite et à gauche au-devant de la paroi abdominale postérieure, n'offrent rien de particulier, si ce n'est une suffusion sanguine analogue à celle qui a été constatée sur le péritoine pariétal.

Le foie est pâle, très-ramolli, et se déchire sous la moindre traction.

Il en est de même de la rate.

Les vaisseaux abdominaux (artères et veines) ne paraissent pas avoir souffert de la compression à laquelle ils ont été soumis.

Cette observation m'a paru intéressante à plusieurs points de vue. Premièrement, elle nous montre un kyste renfermant, sauf les débris de fœtus, toutes les variétés qui ont été décrites, et ayant

subi dans l'espace de deux ans des transformations capables de changer du tout au tout la nature du liquide. En second lieu, elle nous fait voir une fois de plus toute la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité que l'on éprouve dans la plupart des cas à arriver sur le vivant à la connaissance entière de la composition de ces tumeurs. Dans le cas présent, en effet, après des examens minutieux et répétés, on n'a pu reconnaître que deux poches, et cependant la nécropsie a révélé une cinquantaine de kystes distincts, dont les parois épaisses et bosselées avaient été rendues inappréciables pendant la vie, par suite de la distension extrême causée par le liquide. N'en sera-t-il pas de même dans les cas analogues; ne rencontrera-t-on pas les mêmes difficultés lorsqu'on se trouvera placé dans les mêmes conditions physiques ? Enfin, si nous comparons les résultats des deux ponctions, ne sommes-nous pas en droit de conclure que si la première a réussi, c'est qu'elle s'adressait à un kyste purement séreux, et exempt, selon toute apparence, des complications qui l'ont envahi depuis? Or, dans de pareilles circonstances, la ponction curative ne place pas les malades dans des conditions plus défavorables que la ponction simplement palliative, et elle leur offre de plus quelques chances d'une guérison durable.

Ce fait vient donc prendre rang à côté de ceux qui montrent que la ponction suivie d'injection iodée doit être préférée, dans tous les cas du moins qui ne dépassent pas les ressources de l'intervention chirurgicale.

RECHERCHES SUR L'ASPHYXIE.

Expériences de M. Cl. Bernard. Action du gaz oxyde de carbone sur le sang;

Par M. le docteur FAURE.

La couleur du sang dans l'asphyxie est encore un sujet de discussion de nos jours. Selon les uns il est rouge; selon les autres il est noir. En réalité, il est tantôt rouge et tantôt noir. Dans les expériences que j'ai faites, frappé de ce contraste singulier qui se produisait dans des conditions si identiques en apparence, j'en avais vainement recherché la cause; j'avais remarqué seulement que la couleur rouge vermillon du sang et l'aspect *chair de cerise des tissus* (Barbier, *Acad. de méd.*, 11 nov. 1822) se rencontraient surtout quand la mort avait été rapide, les symptômes précipités et violents parfois, quand les animaux avaient été de prime abord mis en présence d'une grande quantité de charbon tout allumé.

M. le professeur Cl. Bernard a, dans ces derniers temps, reconnu les faits de la manière la plus précise, et il est acquis désormais que la couleur rouge vermillon du sang est due exclusivement à une action spéciale du gaz oxyde de carbone sur le sang.

Le professeur du Collége de France a fait deux séries d'expériences qui, en se contrôlant réciproquement, donnent des résultats identiques. Dans les unes, le gaz a été inspiré par l'animal et porté ainsi dans les profondeurs de l'économie; dans les autres, le gaz a été agité avec du sang tiré de la veine.

Première expérience. — Une vessie remplie de gaz oxyde de carbone est adaptée au museau d'un chien, au moyen d'une embouchure flexible, et l'une des veines jugulaires est ouverte. Aussitôt que l'animal a fait quelques inspirations, le sang veineux devient instantanément rouge vermeil.

Deuxième expérience. — Une éprouvette renversée sur le mercure contient du sang veineux. Au moyen d'un tube recourbé, on fait passer du gaz oxyde de carbone, puis le gaz et le sang sont agités ensemble. Le sang perd instantanément sa couleur brunâtre, il devient rouge vermillon comme dans l'expérience précédente.

Le sang ainsi traité par l'oxyde de carbone, outre son changement de couleur, a subi les plus grandes modifications dans ses propriétés, mais, entre toutes, ce sont les suivantes qui nous intéressent le plus:

Le sang qui a subi le contact du gaz oxyde de carbone se coagule avec une extrême rapidité; il n'absorbe plus d'oxygène, et il n'en perd plus, de quelque façon que l'on s'y prenne, soit qu'on le batte avec ce dernier gaz pour faciliter l'absorption, soit qu'on cherche à lui en faire rejeter, le résultat est nul; il suffit d'une très-petite quantité d'oxyde de carbone pour produire de tels effets, et le sang ainsi modifié ne revient à l'état normal qu'après un long intervalle.

Quoique sommaire, cet exposé des phénomènes permet d'en saisir toutes les conséquences. La vie, ne se maintenant qu'à la condition d'un renouvellement incessant dans les molécules organiques, est impossible dès qu'un fluide aussi important que le sang a acquis des propriétés fixes.

Les résultats, il faut bien le remarquer, dépendent beaucoup aussi de la manière de procéder; si, au lieu de mêler le sang intimement à l'oxyde de carbone par la respiration, ou en les agitant ensemble, on se contente de les mettre en présence, l'action est nulle.

Cette méthode d'expérimentation, qui consiste tantôt à mettre simplement le gaz et le sang en présence, tantôt à les agiter ensemble de manière à les mélanger intimement, comme ils le sont de fait dans la respiration, explique la différence que l'on remarque entre les résultats obtenus par M. Bernard, et ceux des expérimentateurs qui l'ont précédé. Nysten a fait passer, pendant longtemps, un courant de gaz oxyde de carbone dans les veines d'un chien, dont la respiration était libre, sans qu'il se produisît rien.

Il en est de même jusqu'à un certain point pour l'acide carbonique; on peut pendant un temps infini laisser passer un courant de ce gaz dans le sang sans inconvénient, pourvu que la respiration soit libre; si, au contraire, on fait respirer dans une atmosphère contenant une certaine quantité de ce gaz, ou simplement même dans l'air confiné, la mort arrive rapidement.

En définitive, dans l'asphyxie par le charbon la respiration est atteinte de deux manières à la fois: d'une part, l'acide carbonique prend la place de l'oxygène; de l'autre, l'oxyde de carbone rend les globules inaccessibles à l'oxygène qui restait dans l'air. On conçoit que le sujet soumis aux effets de l'oxyde de carbone se trouve exactement dans les mêmes conditions que s'il était privé d'air: il meurt faute d'oxygénation du sang.

Que l'asphyxie soit due aux effets des vapeurs du charbon, ou à quelque autre circonstance qui s'oppose à la respiration, son phénomène principal est donc toujours le même, le défaut d'oxygénation du sang. Aussi ne doit-on pas s'étonner de la profonde similitude qui se remarque dans tous les cas dans l'ensemble général des symptômes.

Si dans la pluralité des cas d'asphyxie par le charbon le gaz oxyde de carbone et l'acide carbonique réunissent leurs effets de telle sorte qu'il serait bien difficile de déterminer lequel des deux a le plus contribué à la mort, il y a un certain nombre d'exemples dans lesquels l'asphyxie, arrivée d'une manière tout anormale, au milieu des circonstances les moins favorables, est restée comme une énigme inexplicable, et ne peut se comprendre maintenant que par l'intervention d'un corps volatil, c'est-à-dire susceptible d'être déplacé, entraîné, emporté hors de sa direction naturelle par le moindre courant d'air, et possédant des propriétés toxiques, asphyxiantes, toutes spéciales, par l'action de l'oxyde de carbone, en un mot.

On connaît le fait rapporté dans le *Journal de Pharmacie*, et qui parut fort extraordinaire dans le temps.

Des individus étaient rassemblés dans une cuisine vaste et aérée où ils étaient serrés les uns contre les autres. Tout à coup plusieurs tombèrent et perdirent connaissance au milieu de leurs camarades, qui n'éprouvaient aucune incommodité. On rechercha longtemps la cause de cet accident; ce n'est que plus tard qu'on remarqua que tous ceux qui avaient été ainsi atteints se trouvaient placés sur une seule ligne, juste dans la direction d'un fourneau au-dessus duquel une fenêtre était ouverte.

Ici l'on ne saurait accuser ni l'acide carbonique ni la raréfaction de l'air; les accidents n'ont pu être causés que par un gaz à propriétés asphyxiantes: l'oxyde de carbone.

Voici un autre exemple dans lequel les effets de ce gaz ne sont pas moins évidents:

Le 27 novembre, je fus appelé au bâtiment de l'octroi, à Vaugirard, auprès d'une jeune fille qui avait été exposée à des vapeurs de charbon. Je la trouvai évanouie, les bras étendus le long du corps, immobile, les yeux fermés, les pupilles très-contractées, la physionomie excessivement pâle. Je la chatouillai à la plante des pieds, je la pinçai. Il fallait insister vivement pour en obtenir des signes de sensibilité. Ce n'est qu'en la tourmentant qu'on lui faisait dire quelques mots très-lentement prononcés. La respiration était lente, mais profonde; le cœur battait de 68 à 70, mais irrégulièrement. On entendait 8 ou 10 pulsations qui étaient fort éloignées les unes des autres, puis 5 ou 6 très-précipitées se succédaient brusquement. De temps à autre la malade était prise d'une horripilation, d'un tremblement violent; les tendons se crispaient; les mains se fermaient convulsivement, les bras et les membres inférieurs se roidissaient. A ce moment, les battements du cœur s'élevaient subitement à une vitesse telle qu'on ne pouvait plus les suivre.

Au moyen de quelques gouttes d'eau cinglées au visage, je la tirai de cet assoupissement. Elle accusa alors des bourdonnements dans les oreilles, une sorte de constriction au crâne et un malaise insupportable dans tout le corps.

J'appris qu'à six heures et demie environ, elle s'était placée auprès du fourneau; que dix minutes après, se sentant tout étourdie, ayant des bourdonnements mais non des maux de tête, elle était sortie de la cuisine, et qu'à peine dehors elle était tombée à terre sans connaissance.

Elle n'avait eu ni vomissements ni nausées, mais ses règles s'étaient subitement arrêtées.

On l'excita pendant toute la nuit, soit en la chatouillant, soit en lui jetant de l'eau sur le visage.

Le lendemain matin elle était encore dans un état de demi-somnolence. Il est survenu de vives douleurs dans la tête. Elle demeura ainsi quatre jours, et ne revint à elle que lentement.

Les douleurs de tête l'incommodent encore de temps à autre.

La cuisine dans laquelle cette jeune fille a failli périr est spacieuse: la fenêtre donnant sur le boulevard était toute grande ouverte; mais au moment de l'accident le vent soufflait avec force et lui poussait au visage les gaz carboniques à mesure qu'ils se formaient. Il y avait de l'air, l'acide carbonique ne pouvait s'accumuler; il ne peut donc y avoir eu d'actif ici qu'un corps volatil dont les effets délétères suivent de près le moindre contact: en un mot, c'est l'oxyde de carbone seul qui a été la cause des accidents. Si l'on veut analyser les divers phénomènes qui se sont présentés, on les trouve d'ailleurs tout à fait en rapport avec les effets de l'oxyde de carbone.

Dans le premier moment, il n'y a qu'une portion limitée du sang qui a subi le contact de l'oxyde de carbone; il se mêle dans le cœur à la masse totale, et le sujet se trouve aussitôt dans les mêmes conditions que si l'on eût retiré une certaine quantité d'oxygène à l'air qu'il respire: il éprouve déjà de la gêne, de l'oppression, du malaise; bientôt la masse altérée augmente, l'hématose a considérablement diminué. Le sujet est tombé bien au-dessous de sa force d'irritabilité normale; privé d'une partie de ses fonctions, il est dans l'état de mort apparente. Quand la masse altérée égale celle qui a conservé ses propriétés, la mort est inévitable; mais il me paraît bien douteux même que la vie persiste jusqu'à cette proportion.

La céphalalgie, dans l'asphyxie, me paraît dépendre beaucoup, sinon exclusivement de l'odeur que donne le charbon quand il brûle. Cette jeune fille, qui se trouvait pour ainsi dire en plein air, n'en a nullement ressenti. Au début, il est fréquent, au contraire, de voir de violents maux de tête causés par les fumées du charbon chez des personnes qui ne sont aucunement asphyxiées. Moi-même, en faisant des expériences, je me suis trouvé bien souvent dans ce cas.

Les bourdonnements dépendent, selon toute apparence, de l'abaissement de la vie par défaut d'air respirable. Ils doivent survenir dans toutes les espèces d'asphyxies. J'ai eu occasion, il y a quelques jours, d'interroger un détenu qui, en passant sur le pont au Change, conduit par deux gendarmes, s'était élancé dans la rivière. Il n'avait été retiré que plusieurs minutes après, et complétement privé de connaissance. Cet homme m'a déclaré qu'avant de s'évanouir, il avait eu d'épouvantables bourdonnements, qu'il lui avait semblé qu'il tournait sur lui-même avec une vitesse infinie, mais qu'il n'avait eu d'ailleurs nullement mal à la tête.

Ce tournoiement est très-caractéristique; presque tous les animaux que j'ai asphyxiés, soit par les vapeurs du charbon, soit par la privation d'air, ont tourné sur eux-mêmes à plusieurs reprises avant de tomber.

La connaissance de l'altération du sang par le gaz oxyde de carbone n'est pas importante seulement au point de vue scientifique; elle a dans la pratique, pour le traitement de l'asphyxie par le charbon, une bien grande portée. En effet, à des idées préconçues, à des lésions imaginaires, sur la foi desquelles on avait fondé le traitement, bien qu'elles ne s'accordassent nullement avec les phénomènes observés, elle substitue la notion d'un fait matériel également appréciable dans son intensité et dans son étendue, et avec lequel les symptômes sont tout à fait d'accord.

Le fait capital de l'asphyxie est l'affaiblissement, puis la cessation du mouvement circulatoire. Le sang s'arrête d'abord dans les extrémités; peu à peu la stagnation gagne le cœur. A l'extérieur, cet état est indiqué par une paralysie à forme progressive qui envahit tous les organes et fait cesser les unes après les autres toutes les fonctions. C'est la sensibilité cutanée qui paraît la première atteinte; c'est le cœur qui se meut le dernier. La cause d'un pareil état se montre en quelque sorte d'elle-même. L'oxygénation du sang étant essentielle à la vie, celle-ci doit nécessairement s'amoindrir et s'altérer en raison même de la nature et de la force des obstacles qui s'opposent à l'accomplissement de cette fonction.

Jugeant de la cause de la mort d'après l'état des organes, on l'a attribuée à l'engorgement considérable qui se trouve le plus souvent dans les poumons, et l'on s'est efforcé par vingt théories différentes de faire accorder ce genre d'altération avec les symptômes observés pendant la vie. Les expériences de M. Bernard ont fait raison de ces suppositions.

Ici c'est une grande erreur de chercher la cause de la mort spécialement dans un organe. Toute l'économie recevant du sang, c'est elle toute entière qui est atteinte à la fois. Parmi les appareils organiques, aucun ne meurt le premier pour entraîner ensuite la mort des autres; s'il en est quelques-uns qui résistent davantage, si quelques-uns se meuvent encore alors que les autres sont déjà tombés dans une profonde immobilité, cela tient, fait bien connu, à ce qu'ils n'ont pas tous la même dose de vitalité. Si, dans l'asphyxie, le cœur est l'organe qui fonctionne le dernier, n'en est-il pas toujours ainsi, quel que soit le genre de mort; et ne sait-on pas qu'arraché du corps de l'animal vivant et déposé sur une table, il continue à s'agiter longtemps encore?

La mort est donc, en quelque sorte, la conséquence logique du phénomène qui s'est manifesté dès le premier moment, l'abaissement général de la vitalité. Si l'on trouve dans les poumons une quantité de sang plus grande que dans tous les autres genres de mort, cela tient, d'une part, à ce que la masse totale de ce liquide est nécessairement plus considérable après la mort subite que lorsque les globules ont été amoindris par une longue maladie ou par la vieillesse, et de l'autre, à ce que dans cette période de mort apparente, qui précède constamment la mort réelle, les lois physiques prenant déjà le dessus sur les résistances physiologiques, il se fait un véritable état d'hypostase en raison duquel le sang va se rendre, comme après la mort, dans les parties les plus déclives.

Les faits avaient déjà appris que quels que soient les moyens employés, il ne faut jamais compter, dans les cas graves, sur un rétablissement immédiat. Sachant maintenant que cette lenteur se rattache à la nature de l'altération subie par le sang, on se défiera également dans le traitement et d'une activité trop hâtive, et d'un abandon prématuré. Les émissions sanguines ne peuvent avoir aucun effet profitable: car, si elles enlèvent une certaine quantité du sang, elles n'ont aucun effet sur ce qui en reste.

Tout le problème consiste à soutenir la vie jusqu'à ce que le sang ait recouvré de lui-même, par la respiration, les propriétés perdues, et l'excitation seule paraît être capable de répondre à ce but.

DU CHOIX A FAIRE

entre les diverses espèces d'huile de foie de morue.

Par M. le docteur A. BERNARD.

C'est un effort toujours méritoire que celui qui a pour but de guider les praticiens dans l'emploi des agents curatifs empruntés à la matière médicale. Aussi savons-nous gré à M. Hogg de la communication qu'il a récemment adressée à la *Gazette des Hôpitaux*, relativement à l'efficacité comparative des diverses espèces d'huile de foie de morue. Toutefois nous ne pouvons le louer que de ses bonnes intentions, car il ne nous a rien appris de véritablement nouveau ni de véritablement utile.

En effet, sous prétexte de conseils au personnel médical de la province, il reproduit en un certain nombre de propositions les motifs déjà connus de sa prédilection pour l'huile blanche de foie de morue, à l'exclusion de toute autre.

Pourquoi cette préférence? Parce que l'huile blanche coûte plus cher, qu'elle est plus naturelle, qu'elle contient plus d'iode, et qu'elle est plus riche en principes médicamenteux que les huiles colorées.

C'est un spectacle devenu malheureusement commun de nos jours qu'un pharmacien folâtrant dans le domaine de la thérapeutique pour y régler tout à sa fantaisie ou suivant ses intérêts.

M. Hogg, il faut le reconnaître, n'a osé cet empiétement que sous l'escorte des auteurs qui ont écrit sur l'huile de foie de morue, et des plus illustres médecins qui en ont expérimenté les propriétés curatives. Nous demandons la permission de lui prouver qu'il n'a point été heureux dans le choix des témoignages qu'il invoque en faveur de l'huile blanche. Suivant lui, M. Soubeiran professe que cette variété de l'huile de morue est plus riche en principes médicamenteux que les huiles colorées. Or M. Soubeiran, dans son *Traité de pharmacie*, page 455, a écrit exactement le contraire.

M. Hogg assure que les auteurs français sont unanimes pour reconnaître que les huiles brunes sont *viciées par un acide âcre* qui en altère les vertus médicinales. A cette assertion nous opposerons les travaux de MM. Trousseau, Pidoux, Champouillon, etc., qui refusent absolument leur confiance à l'huile blanche, bonne tout au plus à assaisonner la salade, ainsi que cela se pratique dans quelques familles anglaises.

Voilà pour le témoignage des hommes; voyons jusqu'à quel point le témoignage des faits peut être favorable aux revendications de M. Hogg. Une considération désintéressée, nous voulons le croire, entraîne ce pharmacien à exalter l'emploi exclusif de l'huile blanche, et cela parce qu'elle coûte un tiers de plus que les huiles brunes ou noires. Il serait absurde, dit-il, qu'on vendît plus cher une drogue inférieure en qualités. Singulière façon, en vérité, de déterminer la valeur thérapeutique des médicaments. Est-ce là un argument qui mérite d'être sérieusement discuté?

L'huile de foie de morue est une substance très-complexe dans laquelle les chimistes ont trouvé jusqu'à dix-neuf principes constitutifs. C'est, en résumé, de l'huile avec des acides gras volatils, du chlore, du brome, de l'iode, du phosphore et une partie des éléments de la bile.

Quel est, dans l'huile de foie de morue, l'élément spécial de son action? Cette question, souvent posée, a été jusqu'ici diversement résolue. Ainsi, pour les uns, c'est à la *gaduine*, au brome, au chlore, au phosphore; pour d'autres, et notamment pour M. Hogg, c'est à l'iode seul qu'il convient d'attribuer tout le mérite médicinal de cette substance. Signalant ce fait, que son huile blanche donne, par l'analyse, jusqu'à 23 centigrammes d'iode par litre, il la recommande aux praticiens comme la plus riche et la plus efficace, en raison même de cette composition exceptionnelle. Il nous en coûte de troubler la sérénité de ses convictions, mais nous sommes obligé de lui rappeler que M. Berthé a trouvé, par kilogramme d'huile, jusqu'à 31 *centigrammes* d'iode, et qu'au point de vue pratique, M. Champouillon faisait connaître, il n'y a pas longtemps encore, les désastreux effets de la médication iodée, dans les cas pour lesquels on a coutume d'employer l'huile de morue.

C'est à tort, dit M. Soubeiran, que l'on voudrait rapporter exclusivement aux principes constitutifs de l'huile toute l'action de ce médicament, dont une grande part revient au corps gras lui-même, ainsi qu'aux parties aromatiques et sapides qui y sont contenues.

Nous partageons sans réserve la manière de voir de l'honorable M. Soubeiran, de même que nous ne nous sentons pas la force de blâmer les praticiens de la province qui continueraient à préférer l'huile brune à l'huile blonde.

En résumé, il ne nous a été donné aucune bonne raison de croire que cette prédilection n'est qu'un préjugé.

Au lieu de citations inexactes, de vues purement conjecturales, nous aurions aimé à discuter des indications cliniques; c'est là précisément ce qui manque dans la communication faite par M. Hogg.

TRAITEMENT DE LA GOUTTE PAR LES BENZOATES ALCALINS.

La *Gazette des Hôpitaux* a publié récemment le travail communiqué aux Académies des sciences et de médecine, par MM. Socquet (de Lyon) et Bonjean (de Chambéry), sur le traitement de la goutte et de la gravelle par l'emploi du silicate et du benzoate de soude unis aux préparations de colchique et d'aconit. Nous trouvons dans une brochure publiée en 1854 par M. le docteur L. Mandilèny (1), des renseignements instructifs sur une méthode analogue instituée par M. le docteur Briau, et dont M. Mandilèny a éprouvé sur lui-même les effets.

Il est indispensable, pour l'intelligence des indications et du mode d'action de ce traitement, d'exposer en quelques mots l'idée que M. Briau s'est faite de la goutte d'après ses recherches et ses études sur cette affection.

Les accès de goutte sont, à ses yeux, une sorte de crise dont le résultat permanent est un dépôt d'urates de chaux et de soude qui se fait dans les petites articulations. Le fait de ce dépôt est constant; les tophus terreux caractérisent cette affection. Une fois formé, ce dépôt terreux n'est jamais qu'en partie absorbé; les articulations dont les tissus fibreux sont pénétrés par cette matière crétacée se déforment peu à peu après chaque nouvel accès. Mais cette matière insoluble ainsi déposée n'a pas toujours été insoluble. Avant de se déposer dans les petites articulations elle était charriée dans le torrent de la circulation dans un état de solubilité. Ainsi, ces urates de chaux, et surtout ceux de soude, se trouvent d'abord en surabondance dans la masse du sang, et ne pouvant plus être expulsés en suffisante quantité par les émonctoires naturels, la peau et les reins surtout, comme cela a lieu dans l'état de santé, il en résulte la nécessité de leur précipitation vers les extrémités de la circulation et dans les tissus fibreux, dans lesquels l'absorption veineuse est plus difficile.

Dans l'état de santé, les urates qui doivent être expulsés du corps comme inutiles ne sont pas en excès, et leur sortie du corps se fait complétement par la transpiration et surtout par les urines, et probablement aussi, quoique en moindre quantité, par les selles. Ce qui constitue donc la dyscrasie goutteuse, c'est la production relative d'une plus grande quantité d'acide urique que dans l'état de santé; de là la formation d'une plus grande quantité de sels que les émonctoires n'en peuvent rejeter au dehors, et enfin leur précipitation normale dans les petites articulations constituant l'accès de goutte ou fausse crise.

D'après cette manière de considérer la cause physiologico-pathologique de la goutte, on s'explique facilement les dangers imminents que courent les goutteux lorsqu'à l'approche d'un accès, c'est-à-dire lorsque la diathèse d'urates est à son maximum, une cause quelconque vient à troubler la marche de ces sels vers les petites articulations où ils forment la crise; car il devient évident qu'alors ce dépôt inévitable, au lieu de se faire sur les petites articulations, sans autre danger qu'une vive douleur et une déformation progressive, se fera sur l'organe important vers lequel la circulation est attirée par la cause perturbatrice; ce sera le cerveau, ou les poumons, ou l'estomac et les intestins, et alors la crise ou le dépôt des urates est le plus souvent fatal.

Cela posé, la première indication qui se présente est de trouver le moyen d'empêcher la formation de cet excès d'urée dans le corps.

La seconde indication, la plus importante, c'est de maintenir cet excès d'urée à l'état de solubilité dans la masse des humeurs, afin d'empêcher sa précipitation, et par conséquent les accès.

Enfin, la troisième et dernière indication consiste à augmenter les excrétions de manière à donner issue à l'excès d'urée.

C'est à remplir ces deux dernières indications que s'est appliqué M. le docteur Briau; c'est à l'aide du benzoate de soude qu'il a rempli les deux premières. Quant à la troisième, celle qui consiste en même temps que l'on maintient l'urée ou l'acide urique à l'état soluble, à augmenter les sécrétions et les excrétions d'une manière lente et continue, sans secousse, il la remplit avec le sel ammoniac, qui provoque convenablement les sécrétions des muqueuses, le séné, qui agit plus spécialement sur la muqueuse intestinale et augmente les excrétions.

Voici maintenant comment M. Briau procède dans son traitement préventif. Au début du traitement les doses sont très-petites; elles vont progressivement en augmentant. Il compose une poudre dans laquelle le benzoate de soude, le sel ammoniac et le séné en poudre entrent en égale quantité. Il donne, le premier jour, 25 centigrammes de cette poudre matin et soir; chaque jour il augmente la dose de 5 centigrammes, en sorte qu'au bout de vingt-cinq jours on arrive à la dose maximum de 1 gramme et demi ou 30 grains, que l'on continue ensuite pendant le reste du traitement.

Un goutteux qui commence ce traitement pour la première fois, doit le continuer régulièrement pendant environ trois mois; l'année suivante, six semaines à deux mois suffisent.

(1) *Lettre à M. le docteur Pelletier, sur un traitement spécial de la goutte, de la gravelle et de la cataracte.*

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 décembre 1856. — Présidence de M. Is. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Éléments des tissus contractiles. — M. Ch. Rouget communique le résultat de ses recherches sur les éléments des tissus contractiles. Il résume son travail dans les termes suivants :

Il n'existe qu'une seule espèce d'éléments musculaires dont les formes variées correspondent à différentes périodes de développement de cet élément toujours identique à tous les degrés de la série animale et dans tous les tissus contractiles.

Les cellules contractiles, première forme de l'élément musculaire chez l'embryon, se rencontrent, comme je l'ai démontré, à l'état permanent dans l'enveloppe contractile des polypes hydraires.

Des tubes à contenu granuleux, plus ou moins condensé à la périphérie, en séries longitudinales et transversales de granules ou en fibrilles, de tels tubes constituent les éléments contractiles tant de la vie animale que de la vie organique chez les actinies, les planaires, la plupart des annélides et des mollusques.

Les éléments contractiles dits de la vie organique chez les animaux supérieurs sont constitués sur le même plan : ce sont des tubes à contenu granuleux, distinct de la paroi, renfermant dans leur intérieur des noyaux allongés, isolés et plus ou moins distants les uns des autres. Ce sont ces tubes brisés en fragments plus ou moins étendus, vidés plus ou moins complétement de leur contenu, altérés, eu un mot, par les préparations, qui ont été décrits comme rubans musculaires (Henle, Bowmann) ou fibres cellules (Kölliker). (Commissaires : MM. de Quatrefages et Cl. Bernard.)

— M. Legroux présente au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de 1857 une note manuscrite sur le *traitement des crevasses et ulcérations du mamelon chez les nourrices*, et deux mémoires imprimés, l'un sur la *nature et le traitement du sclérème et de l'asphyxie*, l'autre sur les *concrétions polypiformes du cœur*. (Réservé pour la future commission.)

— L'Académie renvoie à l'examen de la section de médecine et de chirurgie constituée en commission du concours pour le prix du legs Bréant les pièces suivantes :

Un mémoire intitulé *Apparition, propagation et traitement du choléra dans l'hospice général de Tours pendant l'épidémie de 1854*, par M. L. Sandras;

Un mémoire sur le *choléra asiatique*, *les maladies épidémiques et les dartres*, adressé de Rouziers (Indre-et-Loire), par M. Giot;

Une lettre de M. Hansotte, relative à un mémoire sur le choléra et à un médicament employé par lui, médicament dont il avait envoyé une certaine quantité pour le cas où la commission en voudrait faire l'essai.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours de l'internat vient de se terminer. Ont été nommés :

Internes. — MM. 1 Menjaud. *Prix.* 2 Paris. *Accessit.* 3 Labbé. *Mention.* 4 Pouquet. *Mention.* 5 J. Simon. 6 Cazelles. 7 Duboué. 8 Dubrisac. 9 Coulon. 10 Fournier (Eugène). 11 Dezanneau. 12 de Saint-Germain. 13 Témoin. 14 Delestre. 15 Brulé. 16 Paul. 17 Bonnemaison. 18 Royer. 19 Leven. 20 Fauvel. 21 Goux. 22 Gros. 23 Ladreit de la Charrière. 24 Simon (Edmond). 25 Campana. 26 Gérin-Rose.

Internes provisoires. — MM. 1 Mottet. 2 Gauthiez. 3 Homo. 4 Tillaux. 5 Colvis. 6 Collineau. 7 Fournier (L.). 8 Mercier (J.). 9 Bosia. 10 Danjoy. 11 Cassou. 12 Marchand. 13 Mauvezin. 14 Regnault. 15 Regnier. 16 Viaud Grand-Marais. 17 Long. 18 Sergent. 19 Lancereaux. 20 Vanebroucq. 21 Desprès (Arm.). 22 Belhomme. 23 Blot. 24 Dublanc. 25 Bricheteau.

SOUSCRIPTION

en faveur des veuves et des orphelins des médecins et pharmaciens de l'armée et de la flotte morts en Orient.

Souscriptions recueillies par M. le docteur SENARD, *membre de la commission.*

Somme versée au nom des officiers de santé du port de Brest par M. le docteur Lefèvre, directeur du service de santé de la marine, 185 fr. 15.

Produit de la souscription des officiers de santé présents au port de Lorient, transmis par M. le docteur Ange Duval, président du conseil de santé, 39 fr. 60 c.

M. le docteur Blache, premier médecin en chef de la marine, directeur du service de santé à Marseille, 100 fr.

Listes précédentes, 715 fr. Total à ce jour, 1,039 fr. 75 c.

Sommes nouvelles reçues par M. le docteur MAHEUX, *secrétaire de la commission.*

MM. Rietschel, médecin-major à Tenez (Algérie), 10 fr.; Léger, pharm.-major, id., 8 fr.; Clerc, aide-major, id., 5 fr.; Massaloup, id., 5 fr.; Gay, médecin de colonisation, id., 5 fr.; Tacconis, pharm. civil, id., 5 fr.; Bauche, docteur en méd., à Paris, 10 fr.; Brault, médecin-major au 40e de ligne, à Rome, 10 fr.; Bagnol, aide-major, id., 5 fr.

Collecte faite parmi les officiers du 82e de ligne, et envoyée par M. le docteur Masse, médecin-major au même régiment, à Napoléon-Vendée, 259 fr. 27 c.

Collecte faite au sein de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure, et envoyée par M. le docteur Deluen (de Nantes), 290 fr.

Souscriptions recueillies à Alger par MM. Léonard, Goze, médecins militaires; Folley, Romana, médecins civils, et Desvignes, pharmacien civil, 380 fr., dont suit le détail :

Médecins militaires : MM. Léonard, 25 fr.; Goze, 10 fr.; Vahu, 10 fr.; Cazalas, 20 fr.; Marit, 10 fr.; Leclerc, 20 fr.; Frey, 5 fr.; Lebrun, 5 fr.; Courcelle-Seneuil, 5 fr.; Prevot, 5 fr.; Vernier, 5 fr.; Hatry, 5 fr.; Fargues, 5 fr.; Meige, 5 fr.; Poupelard, 5 fr.; Halbron, 5 fr.; Laugier, 5 fr.; Chadourne, 5 fr.; Seré, 5 fr.; Baudoin, 5 fr.; Santelli, 10 fr. — *Pharmacien militaire :* M. Beylier, 5 fr. — *Médecins civils:* MM. Folley, 20 fr.; Romana, 25 fr.; Agnely, 10 fr.; Feuillet, 20 fr.; Echelt, 20 fr.; Miquerès, 15 fr.; Bureau, 10 fr.; Choiemoiers, 5 fr. — *Pharmaciens civils:* MM. Desvignes, 20 fr.; Girard, 10 fr.; Alcantara, 5 fr.; Marsan, 5 fr.; Micoud, 10 fr.; Defrance, 5 fr.; Bazire, 5 fr.; Isnardi, 5 fr.; Sarrazin, 5 fr.; un anonyme, 5 fr.

Souscription ouverte à Oran (Algérie), 130 fr., dont suit le détail : MM. Guerre, médecin principal, 20 fr.; Milliot, médecin-major, 15 fr.; Rodes, id., 15 fr.; Duplessy, id., 10 fr.; Bonnard, id., 10 fr.; Dziewonski, id., 10 fr.; Boulian, id., 5 fr.; Besançon, aide-major, 5 fr.; Hély, id., 5 fr.; Darmandieu, id., 5 fr.; Maffre, id., 5 fr.; Lobstein, id., 5 fr.; Geoffroy, id., 5 fr.; Roy, id., 5 fr.; Nicker, id., 5 fr.

Le total général de toutes les souscriptions connues le 18 décembre s'élève à 16,458 fr. 16 c.

Depuis cette époque, la *Gazette des Hôpitaux* a reçu diverses sommes; le détail en sera donné dans un prochain numéro.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 151. — JEUDI 25 ET SAMEDI 27 DECEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 151. — JEUDI 25 ET SAMEDI 27 DECEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Sa[ints]-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉM[IE DE] MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Nos souscripteurs dont l'abonnement finit le 31 décembre sont priés de ne pas attendre au dernier jour pour envoyer le prix de leur renouvellement.

Les abonnés nouveaux qui ne nous ont pas encore fait parvenir le montant de leur abonnement sont également priés de le faire sans retard.

Ceux qui désirent souscrire à la TABLE GÉNÉRALE, ANALYTIQUE ET RAISONNÉE DE LA GAZETTE DES HOPITAUX, *et qui n'ont pas encore envoyé leur adhésion, pourront le faire en nous adressant leur abonnement.*

Un mandat de poste au nom du directeur de la GAZETTE *est le mode de payement le plus sûr et le plus prompt.*

Les abonnés de Belgique voudront bien s'adresser, pour leur renouvellement comme pour les réclamations qu'ils auraient à faire, à M. DECQ, *libraire à Bruxelles ; ceux de la Suisse, à* MM. JULLIEN frères, *libraires à Genève.*

PARIS, LE 26 DÉCEMBRE 1856.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance de mardi dernier a été occupée tout entière par le dépouillement de la correspondance et par les opérations relatives au renouvellement du bureau pour l'année prochaine. M. Michel Lévy, vice-président pour l'année courante, a été appelé, à la presque unanimité, aux honneurs de la présidence pour 1857. Ce choix n'est pas moins un hommage personnel rendu au mérite et au caractère du nouveau président qu'une juste et honorable manifestation en faveur de la médecine militaire. M. Laugier, que la maladie tient depuis quelque temps éloigné des séances, a été élu vice-président à la place de M. Michel Lévy, et membre du conseil d'administration. Espérons qu'il sera bientôt à même de prendre l'exercice de ses nouvelles fonctions. L'Académie a maintenu M. Depaul dans ses fonctions de secrétaire annuel, dont il s'acquitte trop bien pour qu'elle ait voulu souscrire au désir qu'il avait, dit-on, manifesté de les résilier. MM. Bégin et Robinet ont été appelés à compléter le conseil. Il restera encore pour achever cette œuvre de renouvellement annuel, à nommer les membres des commissions permanentes, ce qui sera l'affaire de la séance prochaine, après quoi l'Académie pourra reprendre ses travaux scientifiques interrompus. — Dr Brochin.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la paralysie musculaire atrophique ou de l'atrophie musculaire graisseuse, à propos des deux faits récemment publiés.

Les deux faits de paralysie musculaire atrophique observés dans le service de M. Vigla à l'Hôtel-Dieu, que nous avons rapportés dans la *Revue clinique* du 13 décembre, soulèvent plusieurs questions. D'abord, est-ce bien à la maladie récemment décrite sous ce nom qu'on a eu affaire chez ces deux malades? En second lieu, si cette détermination nosologique est juste, ces deux faits sont-ils de nature à modifier l'idée qu'on s'est faite jusqu'à présent de cette affection ? Enfin la dénomination de *paralysie musculaire atrophique*, qui semble avoir prévalu jusqu'ici pour désigner cette altération des organes moteurs, lui convient-elle, et ne devrait-on pas lui préférer celle d'atrophie musculaire paralytique ou d'atrophie graisseuse qu'on a proposé de lui donner ? Cette dernière question n'est pas oiseuse, comme on pourrait le supposer au premier abord ; au point de vue clinique même, qui doit seul nous occuper ici, il n'est pas indifférent d'adopter l'une ou l'autre de ces dénominations, qui, par cela même qu'elles ont une signification physiologique, influent nécessairement sur l'idée que l'on se fait de la nature de la maladie, de son pronostic et des indications thérapeutiques qu'on en peut déduire. Nous allons donc essayer d'examiner la question sous ces trois points de vue.

Les deux faits que nous avons rapportés sont-ils des cas de paralysie musculaire atrophique? (Nous maintenons provisoirement cette dénomination, toute défectueuse qu'elle peut être, et sans préjuger la question de nomenclature qu'elle implique.)

En inscrivant ces deux observations sous ce titre, nous avons en quelque sorte préjugé la question, ou plutôt nous avons accepté de confiance le diagnostic formulé par M. Vigla. Aujourd'hui, après examen nouveau et attentif de ces deux malades, et renseignements plus précis recueillis sur les antécédents, sur le mode d'invasion et la marche des phénomènes, nous nous trouvons amené à modifier ce diagnostic, du moins pour l'un d'eux.

Pour le malade qui fait le sujet de la première observation, en effet, il est plus que douteux, il est certain même, pourrions-nous dire, qu'on n'a point affaire à une atrophie primitive. Voici sur quels motifs nous nous fondons : on sait, d'après les importantes recherches de M. Duchenne (de Boulogne), qu'un des caractères essentiels de l'atrophie musculaire est la conservation de la contractilité volontaire et de la contractilité électro-musculaire tant qu'il existe des fibres intactes. Or, chez ce malade, non-seulement la paralysie a débuté d'emblée, et la contractilité volontaire était abolie avant que les muscles fussent atrophiés, mais la contractilité électro-musculaire elle-même, très-affaiblie dans les muscles qui n'étaient qu'incomplétement paralysés, était anéantie dès le début, ou du moins à une époque encore rapprochée du début de la maladie, dans les muscles privés de contractilité volontaire.

Il n'en a pas été de même chez le second malade, le jeune limonadier. Chez celui-ci la contractilité électro-musculaire a été trouvée intacte dans tous les muscles, non-seulement au début de la maladie, mais alors même que quelques-uns avaient déjà subi une atrophie considérable ; elle a graduellement diminué seulement à mesure que l'atrophie a marché, et ne s'est éteinte que lorsque l'atrophie est devenue complète. — Ce caractère, dont nous avons eu très-fréquemment l'occasion de vérifier l'exactitude dans les nombreuses expériences dont M. Duchenne nous a rendu témoin, nous a paru décisif dans cette circonstance. Ajoutons un autre caractère qui n'est pas moins important, c'est l'isolement de quelques-uns des muscles atrophiés au milieu de muscles sains et qui ont conservé leur développement normal ; c'est enfin la forme particulière et tout à fait caractéristique que présente la main chez ce sujet, par suite de l'atrophie des éminences thénar et hypothénar, l'un des siéges d'élection de cette affection musculaire, forme qui rappelle tout à fait celle de la main des quadrumanes.

Cependant ce malade a présenté au début de son affection une circonstance insolite, qui lui est commune avec le malade précédent, et qui a pu, et dû même, dans le principe, donner le change sur la nature de la maladie. Contrairement à ce qui a lieu généralement dans les cas d'atrophie musculaire primitive franche, il y a eu au début paralysie, ou tout au moins affaiblissement musculaire considérable, avant que l'atrophie fût sensible. C'est là ce qui nous a fourni le texte de la seconde question ; et, appliquant à ce second malade seulement ce que M. Vigla a dit des deux, nous nous demanderons avec lui si ce fait ne serait pas de nature à modifier l'idée que quelques pathologistes se sont faite jusqu'à présent de cette affection.

Nous venons de dire que pour M. Duchenne l'atrophie est non seulement le phénomène initial, mais même le fait essentiel, unique de la maladie. Celle-ci consiste, pour lui, en une altération spéciale et primitive du muscle, altération qui porte principalement sur la nutrition de la fibre musculaire, laquelle s'atrophie, se détruit sur place et subit, comme dernière évolution, la transformation graisseuse. De là le nom d'atrophie musculaire *graisseuse* qu'il a proposé de lui donner. Il n'y a à aucune période de la maladie rien qui rappelle la paralysie, et qui implique une lésion ou une altération fonctionnelle appréciable ni des centres, ni des cordons nerveux. Le muscle devient impuissant uniquement parce qu'il cesse d'être. La contraction s'affaiblit à mesure que le muscle s'atrophie, mais elle persiste tant qu'il persiste quelque fibre ; elle n'est entièrement éteinte que lorsque la dernière fibre a disparu. Sa dégradation est, en un mot, proportionnelle à la dégradation matérielle du muscle. Aussi M. Duchenne exclut-il le mot *paralysie* de la dénomination qu'il donne à cette affection.

Cette manière de voir est aussi celle de M. Aran, qui, comme on le sait, s'est beaucoup occupé de cette question. L'épithète *progressive* qu'il a ajoutée au mot atrophie, ne change évidemment rien, sous ce rapport, au sens de la dénomination, et exprime seulement la tendance fatale à la marche toujours croissante et envahissante de la maladie.

M. Cruveilhier, au contraire, et son élève M. Thouvenel, se fondant principalement sur le fait anatomo-pathologique, très-remarquable assurément, que le savant professeur a communiqué à l'Académie de médecine il y a quelques années, l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux se rendant aux muscles atrophiés, considèrent la lésion nerveuse, sinon comme lésion primitive, initiale, du moins comme contemporaine et inséparable de la lésion musculaire. MM. J. Guérin et Parchappe partagent cette seconde opinion.

Eh bien, s'il fallait décider entre ces deux manières de voir, le fait de M. Vigla serait certainement beaucoup plus facile à interpréter dans ce dernier sens, et on pourrait l'invoquer comme un nouveau témoignage à l'appui de cette opinion. En effet, chez ce malade, dont l'affection est parfaitement reconnue aujourd'hui pour une *atrophie*, il y a eu paralysie d'emblée, début fébrile, marche aiguë rapide de la maladie. Il semble que l'affection ait débuté simultanément dans le tissu musculaire, dans les filets nerveux et dans les branches qui les desservent. Une autre circonstance est aussi à noter ici, c'est l'arrêt de la maladie arrivée à un certain degré, contrairement à ce qui a été observé jusqu'à présent, du moins dans les cas où la maladie a été livrée à elle-même. De sorte que dans ce cas-ci l'expression d'atrophie progressive semblerait ne pas convenir davantage que celle d'atrophie primitive ou essentielle.

Ce fait rentre-t-il dans la règle? Dans le plus grand nombre des cas recueillis jusqu'à ce jour, les choses se sont passées tout différemment ; il n'y a point eu paralysie à proprement parler, mais affaiblissement graduel de la motilité en rapport avec le travail de destruction de la fibre musculaire.

Est-ce un cas exceptionnel dû à une complication qui aurait altéré dans le début la physionomie et la marche de la maladie? Ou bien, comme incline à le croire M. Vigla, serait-ce plutôt une forme particulière, une forme aiguë de la même maladie dont on n'aurait observé jusqu'à présent que la forme chronique? Ce sont autant de questions que nous posons sans prétendre les résoudre.

Tout ce que nous venons de dire explique assez les hésitations et les tâtonnements qui ont présidé à la dénomination de cette affection, et justifie l'importance que nous avons attachée, en commençant cet article, à la question de nomenclature, dont on nous a vu, dans d'autres circonstances, faire bon marché. Il est clair que pour les cas où la lésion paraît nettement limitée au tissu musculaire, sans participation ni des centres ni des cordons nerveux, l'expression de *paralysie* serait impropre, et elle aurait l'inconvénient d'entraîner à de fausses indications pratiques. Mais la dénomination de paralysie atrophique nous paraîtrait devoir être réservée pour les cas semblables à celui que nous avons rapporté, soit qu'on les considère comme une variété ou comme une espèce morbide distincte.

C'est à cause du doute qui plane encore sur ces questions que nous avions cru devoir, dans un travail publié il y a trois ans sur ce sujet (1), adopter provisoirement la dénomination de paralysie musculaire atrophique progressive, comme exprimant le groupe de ces affections, et c'est pour la même raison que nous avons cru devoir la maintenir encore aujourd'hui, sauf à ne l'appliquer qu'à un seul ordre de faits dont l'observation en question serait comme un spécimen, du moment où il nous serait démontré que l'atrophie simple sans paralysie ni antécédente ni concomitante doit constituer une espèce à part.

Tumeur axillaire ressemblant à un anévrisme, produite par des flexuosités artérielles. — Diagnostic rendu difficile par la complication de douleurs périostiques.

Il s'est présenté ces jours derniers dans le service de M. Nélaton un exemple d'une affection très-rare et très-singulière du système artériel. Le malade qui en est atteint est un homme de soixante-six ans, bien conservé d'ailleurs, et ayant toutes les apparences d'une forte constitution. Il était très-bien portant lorsqu'il y a un mois environ il fit une chute dans la rue. Le trouble qu'il a éprouvé pendant cette chute ne lui a pas permis de se rendre bien compte de la manière dont les choses se sont passées. Cependant il explique assez bien quelques-unes des circonstances qui ont accompa-

(1) *De l'affection musculaire dite paralysie musculaire progressive atrophique* par M. Brochin. — *Annales médico-psychologiques*, cahier d'octobre 1853.

gné cet accident. Ainsi, il se souvient qu'après avoir trébuché pendant quelques instants, il tomba sur les dalles du trottoir, en heurtant violemment le coude. A ce moment, il éprouva une douleur extrêmement vive dans le bras droit; le même jour, il constata la présence d'une tumeur dans l'aisselle du côté droit; tumeur qu'il désigne par une expression assez pittoresque : c'est, dit-il, une tumeur *qui a la fièvre*, une tumeur *qui bat*. Pendant quelques jours, il ne s'inquiéta pas beaucoup de son mal, espérant que le repos et quelques cataplasmes en feraient promptement justice. Cependant, le mal ne se passait point; à la douleur du bras vint bientôt s'adjoindre une autre douleur causée par la tumeur du creux de l'aisselle. Il en résultait, en outre, une gêne telle, qu'il ne pouvait dormir. Voulait-il prendre quelque repos, il était obligé de choisir certaines positions particulières, et surtout le décubitus dorsal, le bras étant légèrement éloigné du tronc. En résumé, deux faits principaux résultent de son récit : l'apparition subite d'une tumeur dans l'aisselle et une douleur non moins subite dans le bras.

Voici, d'après des notes très-exactes qui nous ont été données par M. J. Diebuyck, la discussion à laquelle M. Nélaton s'est livré sur le diagnostic de ce cas.

En examinant avec soin ce malade, voici ce que l'on constate : d'abord, on trouve dans l'aisselle droite une tumeur du volume d'un petit œuf de pigeon. Cette tumeur occupe la paroi externe de l'aisselle, et se trouve, par conséquent, sur le trajet de l'artère axillaire et du plexus brachial. Elle est mal circonscrite, un peu allongée de haut en bas, et ne présente pas de limites bien franches dans ses deux sens; elle est mieux délimitée latéralement. On y perçoit des battements énergiques et expansifs. Une pression directe la fait disparaître; elle disparaît également par une pression exercée sur la sous-clavière du côté affecté. Si l'on ausculte cette tumeur, le bras étant écarté du tronc, avec un peu d'attention, on entend un très-léger bruit de souffle; ce souffle est intermittent; ce n'est pas un bruit continu, mais bien une série de souffles séparés par autant de silences.

Qu'était-ce que cette tumeur? Au premier abord, il semblait qu'il n'y eût pas d'hésitation possible : le récit du malade, la description même des symptômes faite ainsi à grands traits, présentaient naturellement à l'esprit la succession des faits suivants : chute, rupture de l'artère axillaire préalablement malade, formation d'un anévrisme qui, emprisonné au milieu du plexus brachial, a déterminé les douleurs qu'accuse le malade. Rien ne paraît plus simple. Cependant les choses sont loin d'être aussi claires. En effet, en étudiant plus attentivement la source de cette douleur et la nature de la tumeur, on ne tarda pas à se convaincre que cette explication, en apparence si rationnelle, était complétement dénuée de fondement.

Cherchant d'abord à préciser exactement le siége de cette douleur, voici quel fut le résultat de l'examen :

Quand on disait au malade d'indiquer le point douloureux, il touchait toujours un point bien déterminé, correspondant à peu près à l'insertion du muscle deltoïde au V deltoïdien. Or il n'y a dans ce point aucune branche nerveuse; le nerf axillaire en particulier n'a aucun rapport avec lui. La douleur n'est donc point due à une compression nerveuse : elle n'a pas non plus son siége dans la peau ni dans le tissu cellulaire sous-cutané, car il n'y a pas eu ni contusion ni lésion d'aucune de ces parties. Elle ne siége pas davantage dans le muscle deltoïde : il eût pu se faire que dans les efforts instinctifs d'abduction du membre supérieur qu'a dû exercer le malade au moment de sa chute quelques fibres de ce muscle se fussent rompues dans le voisinage de leur point d'insertion. Mais ces ruptures sont en général accompagnées d'ecchymose, et il n'y en avait pas trace. Une rupture de ce genre provoquerait d'ailleurs de la douleur en faisant contracter ce muscle; or on pouvait faire contracter violemment le deltoïde sans en déterminer aucune. Enfin, on ne faisait naître de la douleur qu'en pressant profondément sur l'os lui-même.

De ces divers signes, M. Nélaton conclut que la douleur avait son siége dans l'os ou dans le périoste; mais un anévrisme ne produit jamais une douleur semblable dans l'épaisseur d'un os. Il fallait donc conclure encore que cette douleur était tout à fait indépendante de la tumeur axillaire : c'étaient là deux choses parfaitement distinctes et qui n'avaient aucun rapport entre elles. On verra plus loin la véritable cause de cette douleur. Passons à l'étude de la tumeur de l'aisselle.

Nous venons de dire qu'on était naturellement porté à croire qu'il s'agissait d'un anévrisme. Cependant, en y regardant de plus près, il y avait des raisons pour ne pas admettre trop légèrement cette idée. Cette tumeur est mal délimitée : elle n'a pas cette circonscription exacte des tumeurs anévrismales franches; elle ne présente pas non plus l'aspect de ces dilatations artérielles fusiformes assez communes.

Sa forme est très-irrégulière ; quoique petite, cette tumeur est comme fractionnée. En un mot, au lieu d'une tumeur anévrismale, d'une dilatation fusiforme, on a affaire là à une de ces tumeurs résultant d'une flexuosité artérielle, du repliement d'une artère sur elle-même de manière à simuler deux courbes très-brusquement coudées, et dont tous les éléments viendraient se confondre. En effet, si on examine attentivement la région axillaire, on trouve vers le bord antérieur de cette région, un relief, une courbe : si on cherche à analyser ce relief, on sent très-bien qu'il est formé par la continuation de la sous-clavière, et c'est cette partie de l'artère axillaire qui en se coudant, en se repliant, forme la tumeur pulsatile que l'on trouve dans l'aisselle. Pour saisir tous ces détails, il faut procéder avec beaucoup de soin : car l'enchevêtrement de l'artère dans les branches nerveuses rend leur perception plus difficile : ils pourraient échapper complétement à un examen qui ne serait point suffisamment prolongé. Mais cette flexuosité n'est pas la seule qui existe.

En explorant attentivement toutes les artères superficielles, on constate sur plusieurs d'entre elles l'existence de tumeurs semblables à celle de l'aisselle, mais beaucoup moins prononcées. Du reste toutes les artères accessibles au toucher présentent cette disposition flexueuse à un assez haut degré. Elle est très-prononcée sur les deux radiales : le trajet de l'une d'elles ayant été dessiné à la plume, on voit trois ou quatre courbures très-marquées dans un espace assez court. Immédiatement au-dessus du pli du coude, on voit également se dessiner des courbures très-prononcées à chaque pulsation de l'artère brachiale. Au niveau du pli de l'aine, vers la partie supérieure de la cuisse et même profondément dans la fosse iliaque interne, on rencontre encore la même disposition. La sous-clavière présente également un coude assez marqué; on peut la suivre dans une assez grande étendue le long de la clavicule. On constate en même temps que toutes ces artères sont dilatées et présentent des battements très-amples, très-énergiques. C'est là une disposition assez commune : on voit assez souvent cette coïncidence de la flexuosité des artères avec leur amplitude exagérée, c'est-à-dire qu'en augmentant de calibre, les artères augmentent également de longueur; et comme cette longueur excédante se produit dans des parties qui ne sont pas allongées, elle doit nécessairement se traduire par des courbures, par des flexuosités.

Du reste, ce fait n'est point sans exemple : il a été vu un certain nombre de fois déjà. M. Broca, dans son excellent livre sur les anévrismes, rapporte deux observations recueillies dans le service de M. Laugier. L'une de ces tumeurs située au pli de l'aine avait été prise par un médecin de la province pour une tumeur anévrismale; le malade avait été adressé à M. Laugier, afin que celui-ci pratiquât l'opération nécessaire. Mais, après une étude attentive de cette tumeur, cet habile chirurgien reconnut qu'elle était formée par une flexuosité, un repli de l'artère crurale. Dans le second cas, il s'agissait d'une tumeur cervicale formée par l'origine de la sous-clavière droite.

Une dernière difficulté restait à résoudre. On vient de voir qu'on ne pouvait admettre l'explication de la douleur brachiale par une compression du plexus, et que cette douleur avait pour siége l'os lui-même. Il importait de rechercher sa cause. Elle pouvait dépendre de plusieurs lésions, telles qu'une fracture incomplète de l'humérus au niveau de l'insertion deltoïdienne, une simple fêlure ou même une exfoliation de l'os. Mais les fractures incomplètes de l'humérus sont ordinairement accompagnées, au moment de leur production, d'une douleur très-vive qui ne tarde pas à s'apaiser, le membre étant maintenu dans l'immobilité la plus absolue par la portion d'os fracturée. Ici la douleur persiste, quoiqu'il se soit écoulé déjà plusieurs jours depuis l'accident. Le malade signale, en outre, une autre particularité; c'est surtout la nuit qu'il souffre, et les mouvements n'exaspèrent pas sa douleur. Y aurait-il eu ici consécutivement à une percussion ou à une autre lésion mal déterminée, une inflammation du tissu médullaire de l'os? Cela n'était pas probable non plus : on voit survenir dans ce cas un gonflement œdémateux du membre; la fièvre est assez vive. Ici il n'y avait rien de semblable.

En résumé, l'absence des signes de fracture ou d'une inflammation du tissu médullaire de l'os, d'une part; le caractère de douleurs nocturnes, d'autre part, qui n'ont pas diminué depuis le jour de l'accident, ont porté M. Nélaton à admettre qu'il s'agissait ici de douleurs ostéocopes, indice probable d'une affection syphilitique ancienne, et dont l'origine devait par conséquent remonter au delà de sa chute, bien qu'elles ne l'aient préoccupé particulièrement que depuis ce moment.

Conformément à cette manière de voir, M. Nélaton a soumis ce malade au traitement des accidents tertiaires, à l'iodure de potassium.

Les résultats de cette médication sont venus confirmer pleinement ce diagnostic. Le malade a pris pendant huit jours l'iodure de potassium à la dose d'un gramme par jour. Au bout de quelques jours, il commençait déjà à n'éprouver plus de douleurs aussi vives dans le bras. Aujourd'hui les douleurs ont complétement disparu; il ne souffre plus que quand il imprime un mouvement un peu énergique au membre supérieur. Le malade a quitté l'hôpital, mais avec la recommandation de continuer l'usage de l'iodure pendant au moins deux mois.

Quant aux flexuosités artérielles, il était évident qu'il n'y avait rien à faire; mais du moins était-il utile d'être bien fixé sur la véritable nature de cette lésion et de ne pas la confondre avec un anévrisme, ce qui aurait pu entraîner à une erreur de pratique des plus graves, ainsi que cela a failli arriver au praticien dont il a été question à propos de l'une des deux observations de M. Laugier. C'est là la moralité qui ressort de ce fait.

Œdème de la glotte. — Nouveau procédé de trachéotomie.

Nous recevons de notre honorable correspondant M. le docteur Dujardin, chirurgien de l'hospice général de Lille, la relation du fait suivant, qui, en même temps qu'il nous offre un exemple remarquable d'œdème de la glotte résultant du passage d'une laryngite chronique à l'état aigu, nous fait connaître un procédé nouveau de trachéotomie dans lequel l'action du caustique, tout en remplissant une double indication, a été heureusement combinée à celle du bistouri de manière à prévenir tout danger d'hémorrhagie :

M. F..., âgé de quarante-cinq ans, ayant joui habituellement d'une bonne santé jusqu'au mois de novembre 1854, fut atteint à cette époque d'une grippe qu'il négligea et dont il n'a jamais été complétement guéri.

M. Dujardin vit F... pour la première fois au mois d'août 1855. Il présentait alors les symptômes suivants :

Douleur légère ou plutôt gêne à la région du larynx; voix altérée, voilée; toux et expectoration muqueuse; respiration un peu difficile et bruyante pendant l'inspiration, naturelle pendant l'expiration; sonorité thoracique parfaite, murmure vésiculaire normal, pas de fièvre. Il diagnostiqua une laryngite chronique compliquée d'un commencement d'œdème de la glotte, et prescrivit des sangsues, des vésicatoires volants, des gargarismes alumineux, et de l'huile de foie de morue. Cette médication, continuée pendant un mois, produisit un peu d'amélioration, mais ne fit pas disparaître la maladie.

F... ayant assisté en mars 1856 à une réunion dans un lieu dont la température était très-élevée, se refroidit en retournant chez lui la nuit, et fut pris d'un frisson. A dater de ce jour, voici les symptômes qu'il présenta :

Douleur vive à la région du larynx, voix éteinte, fièvre, toux fréquente; respiration très-gênée et très-bruyante pendant l'inspiration, naturelle pendant l'expiration; accès de suffocation, la nuit surtout, qui forçaient le malade à ouvrir sa fenêtre pour respirer moins péniblement; pas de lésion pulmonaire appréciable.

Le diagnostic ne parut pas douteux. Sous l'influence du refroidissement que F... avait éprouvé, la laryngite chronique qu'il portait depuis plus d'une année avait passé à l'état aigu, et la phlogose laryngienne avait fait faire à l'œdème de la glotte des progrès considérables. Le malade ne pouvant pas supporter l'introduction du doigt dans son pharynx, il fut impossible de constater la présence d'un bourrelet aryténo-épiglottique.

Cette affection fut combattue par les antiphlogistiques, les révulsifs, les dérivatifs, les altérants, les anti-spasmodiques. Tous les remèdes échouèrent. Les accès de suffocation devinrent plus fréquents et de plus longue durée, au point que le malade était presque constamment à sa fenêtre, exécutant des mouvements si bizarres pour faire pénétrer l'air dans ses poumons que ses voisins supposaient qu'il était devenu fou.

Les phénomènes précurseurs de l'asphyxie étant devenus menaçants, M. Dujardin proposa la trachéotomie. M. le docteur Vanderhaghen, appelé en consultation, émit l'avis, avant de pratiquer l'opération, d'appliquer deux moxas sur les côtés du larynx et d'attendre encore un jour ou deux, pour voir si ces révulsifs, plus puissants que ceux qui avaient été mis en usage, ne parviendraient pas à triompher de la maladie.

« J'avais depuis quelques années, dit M. Dujardin, imaginé un nouveau procédé de trachéotomie; l'occasion me parut très-favorable pour le mettre en pratique. Je proposai donc à mon confrère de remplacer les moxas par un autre révulsif également puissant, le caustique de Vienne, appliqué sous la forme d'une traînée sur la partie moyenne et antérieure du cou, à l'endroit où l'on pratique ordinairement l'incision des téguments dans la trachéotomie, afin que si l'opération devenait nécessaire, ce qui me paraissait plus que probable, on pût inciser l'eschare et arriver par cette voie dans la trachée sans causer de douleur et sans effusion de sang. »

M. le docteur Vanderhaghen ayant adhéré à cette proposition, M. Dujardin appliqua immédiatement à la partie moyenne et antérieure du cou de son malade, depuis la partie inférieure du larynx jusqu'à la fossette sternale, une traînée de caustique de Vienne de 5 centimètres de longueur et de 6 millimètres de largeur. Il enleva cette couche de caustique après dix minutes d'application, et la remplaça par une autre couche semblable qu'on laissa agir pendant dix minutes encore. Au bout de ce temps le caustique fut définitivement enlevé. L'eschare avait 6 centimètres de longueur et 12 millimètres de largeur.

Les accès de suffocation augmentant toujours d'intensité, il fut décidé, deux jours après l'application du caustique, qu'il était temps de recourir à la trachéotomie. Le malade, du reste, la réclamait avec instance.

L'opération fut aussi simple que rapidement exécutée. Elle fut pratiquée suivant la méthode ordinaire, avec cette énorme différence, toutefois, qu'on n'eut à diviser que des tissus mortifiés au lieu de tissus vivants. L'opérateur incisa couche par couche la peau, le tissu lamineux sous-cutané, l'aponévrose cervicale, l'isthme du corps thyroïde, le lacis veineux sous-thyroïdien, et arriva sur la trachée-artère, qu'il mit à nu dans une étendue de 4 centimètres sans répandre une seule goutte de sang. Il plongea alors dans la partie supérieure de la trachée la pointe d'un bistouri droit, en la dirigeant sur l'ongle de son doigt indicateur gauche, et incisa un de ses premiers anneaux. Les trois anneaux suivants furent divisés au moyen d'un bistouri boutonné. L'ouverture trachéale fut dilatée à l'aide d'un dilatateur ordinaire, et une grosse canule d'argent placée dans le tuyau aérifère. L'opération fut ainsi terminée en moins de deux minutes et sans aucune effusion de sang.

F..., respirant à pleins poumons, et délivré de ses angoisses, demanda par signes un crayon et du papier pour exprimer sa satisfaction. Il écrivit entre autres choses qu'il n'avait pas souffert du tout. A partir de ce moment, il n'a plus éprouvé d'accidents sérieux.

Huit jours après l'opération, l'eschare se détacha, et laissa voir une grande plaie en suppuration au fond de laquelle on découvrait les muscles sterno-hyoïdiens très-bien disséqués mais non attaqués par le caustique. Cette plaie se couvrit bientôt de bourgeons charnus, et dans l'espace d'un mois elle fut complétement cicatrisée, à l'exception de l'ouverture qui livrait passage à la canule. La révulsion opérée par cette espèce de vaste cautère produisit les plus heureux effets sur l'œdème de la glotte.

F..., six semaines après l'opération, jouissait d'une santé parfaite sous tous les rapports. Il aurait pu alors supprimer sa canule; dans la crainte d'une rechute, il préféra la conserver encore pendant deux mois. Aujourd'hui, neuf mois après l'opération, il jouit toujours d'une santé excellente. La cicatrice qu'il porte au bas du cou n'est pas désagréable à l'œil; elle est parfaitement lisse. Mais comme elle est adhérente à la trachée-artère, elle se plisse transversalement pendant les mouvements de la déglutition.

TUMEUR DU CORPS THYROÏDE,

Par M. Libermann, aide de clinique de la Faculté de Strasbourg.

Christian Eggle, charpentier, couché au lit n° 18, entré à la clinique, salle 21, le 13 novembre 1856, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, n'a jamais été malade. Il y a environ un mois, il éprouva un peu d'oppression avec une certaine difficulté dans la déglutition. Il y a quinze jours, à la suite d'un effort, il sentit son cou devenir plus volumineux. Depuis, son oppression ne fit que s'aggraver, à tel point qu'il fut obligé d'abandonner son travail pour entrer à l'hôpital.

État actuel. — Face rouge, turgescente, peau un peu chaude, pouls subfréquent, développé, résistant, artère radiale volumineuse. Lobe moyen de la glande thyroïde augmenté de volume, il est de la grosseur d'un marron. Du côté droit, la tumeur est plus volumineuse ; elle s'étend du sternum à un travers de doigt au-dessous de la mâchoire. Cette tumeur a la forme du lobe droit de la glande thyroïde, augmenté de volume. En y appliquant le doigt dans la région de la veine jugulaire externe, on sent un frémissement, espèce de susurrus, qui coïncide avec un mouvement de soulèvement de la tumeur, et avec la diastole artérielle. Le frémissement est superficiel et disparaît dès qu'on exerce une pression un peu forte. Les battements artériels sont considérables dans cette tumeur, qui est soulevée à chaque diastole artérielle. A l'auscultation, on y entend un souffle tout à fait analogue au souffle utérin des femmes enceintes, seulement plus intense. A la pression, la tumeur disparaît presque entièrement, pour revenir ensuite petit à petit à son état primitif, mais par saccades. Pendant qu'elle disparaît, le lobe moyen de la glande thyroïde atteint presque le double de son volume.

Derrière le sternum, depuis sa partie supérieure jusqu'à la région mammaire, on entend un bruit musical dont l'intervalle varie, et qui tantôt ressemble au bruit produit par le vol du cousin ; d'autres fois il redouble et se rapproche du bruit de cuir. C'est avec la diastole artérielle que coïncident les bruits les plus intenses, qui s'affaiblissent avec la systole.

Le bruit s'étend à droite depuis la clavicule jusqu'à la région mammaire ; il s'entend aussi à gauche, mais cesse tout à fait dans la région précordiale. Le bruit est évidemment artériel. Battements du cœur étendus, s'entendant à gauche jusqu'au-dessus du mamelon, à droite, à un travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde. Bruits sourds, d'un rythme normal. Pas de frémissement cataire. Matité précordiale peu étendue. Artères généralement volumineuses, mais ne présentant point au toucher de plaques athéromateuses.

On le voit, ici le diagnostic était difficile. Cette tumeur offre tous les caractères de l'anévrisme. Elle est située sur le trajet d'une artère, présente un souffle très-intense, des battements très-prononcés, un susurrus analogue à celui qu'on perçoit d'ordinaire sur les tumeurs anévrismales ; enfin elle disparaît par la pression.

M. le professeur Schutzenberger rejeta l'idée d'anévrisme pour admettre une affection de la glande thyroïde. D'abord la tumeur a la forme du lobe droit de la glande thyroïde, dont elle occupe la place et dont elle offre la consistance. Elle est en connexion de tissu avec le lobe moyen, ce qu'on apprécie avec assez de facilité à la palpation. Elle disparaît par la pression, et revient par saccades à son volume primitif; mais pendant ce temps le lobe moyen augmente de volume. Ce fait est saillant pour le diagnostic. En effet, le liquide de la tumeur, qui occupe le côté droit du cou, peut passer dans le lobe moyen de la glande thyroïde. Cette tumeur ne peut donc point être une poche anévrismatique. Il ne reste plus alors qu'à penser à ces kystes multiloculaires de la glande thyroïde dont les loges communiquent entre elles.

Tous les autres signes qu'on pourrait rapporter à l'anévrisme s'expliquent parfaitement néanmoins.

1° Le bruit de souffle, par une dégénérescence athéromateuse de la carotide et des thyroïdiennes.

En effet, si l'on tient compte de l'examen du thorax, les bruits musicaux qu'on y perçoit impliquent nécessairement une dégénérescence athéromateuse de l'aorte. Quoi de plus naturel que de penser que cette dégénérescence s'est étendue à la carotide et aux thyroïdiennes droites?

2° Le susurrus, dont nous avons fait mention, n'appartient pas à toute la tumeur, mais à sa partie externe; on peut parfaitement le limiter au niveau de la jugulaire externe, et il disparaît par une pression un peu forte exercée sur cette veine. Ce susurrus est donc probablement dû à un reflux veineux.

Le battement qu'on observe dans la tumeur est communiqué par l'artère carotide augmentée de volume par suite de la dégénérescence qu'elle a subie.

Il ne reste plus qu'à expliquer l'évolution brusque de la maladie. Nous croyons que l'affection de la glande thyroïde, c'est-à-dire le kyste multiloculaire dont nous avons parlé, est de date ancienne, ce qui ressort des anamnestiques, puisque le malade se plaint de dyspnée et de difficulté de la déglutition depuis deux mois environ. Quant à l'augmentation brusque de volume, elle est due à la rupture de quelques vaisseaux sanguins à la suite d'un effort, avec épanchement sanguin dans les loges de la glande.

Quoique assez incomplète, cette observation présente un intérêt réel ; car les tumeurs du corps thyroïde avec battements et bruits de souffle assez intenses pour faire croire à l'existence d'un anévrisme sont rares ; et, comme le fait remarquer l'auteur de ce travail, elles peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic fort graves. Le fait même de la rareté de ces espèces de tumeurs nous oblige de faire suivre cette publication de quelques remarques qui pourront appeler l'attention sur plusieurs points intéressants.

Nous n'admettons point d'abord qu'il y ait jamais possibilité de confondre une tumeur quelconque du corps thyroïde avec un anévrisme de l'artère carotide. Il est un signe pathognomonique qui ne saurait laisser aucune espèce de doute; il suffit, en effet, de faire exécuter au malade un mouvement de déglutition, par exemple, de l'engager à avaler sa salive. Dans le second temps de la déglutition, le pharynx s'élève, et avec lui le larynx et toutes les parties qui lui adhèrent, tandis que toutes les tumeurs qui sont indépendantes du larynx et de la partie supérieure de la trachée ne changent pas de place. Voici donc un signe excellent qui a été passé sous silence, et qui, dans l'occasion, peut avoir son utilité.

Nous sommes loin de penser que la tumeur dont il est ici question ne soit pas un kyste multiloculaire du corps thyroïde ; mais nous ne pouvons admettre que la structure de cette tumeur puisse être déterminée à l'aide des signes qui ont été constatés et des symptômes qui ont été signalés. En effet, les caractères invoqués par M. Libermann à l'appui de son diagnostic sont :

1° La disparition de la tumeur du côté droit par une forte pression, et l'augmentation de volume de la tumeur médiane ;

2° L'évolution rapide de la tumeur.

Examinons chacun de ces deux signes en particulier ; que voyons-nous ? 1° A droite, une tumeur énorme s'étendant depuis le sternum jusqu'à un travers de doigt au-dessous de la mâchoire ; 2° une tumeur de la grosseur d'un marron, occupant la partie moyenne du corps thyroïde. La pression fait disparaître presque entièrement la tumeur latérale, et le lobe moyen atteint presque le double de son volume. Nous ne pouvons nous empêcher de témoigner notre surprise en lisant les déductions que l'on tire de ce symptôme : *il existe là un kyste multiloculaire.* En effet, quelle que soit la substance qui se trouve renfermée dans la poche du côté droit, qui est infiniment plus considérable que la poche moyenne, on ne saurait admettre que cette substance puisse disparaître presque entièrement de la première poche et ne déterminer dans la seconde qu'une très-faible augmentation de volume, puisque, somme toute, elle ne s'accroît que du volume d'un marron. Ainsi donc, on ne saurait affirmer qu'il existe là deux poches communiquant entre elles, puisque cette supposition ne rend aucunement compte de la disparition du liquide.

Loin de nous la prétention d'avoir trouvé la véritable explication de ce phénomène, et surtout la prétention de vouloir imposer ici notre opinion ; mais il nous semble que l'on pourrait admettre que la pression exercée sur la tumeur empêche le sang d'arriver au corps thyroïde par l'artère thyroïdienne, et que ce sang accumulé dans cette région se trouve reporté par les veines dans le torrent de la circulation. Nous nous croyons d'autant plus autorisé à formuler cette opinion, que la tumeur revient par saccade à son volume primitif, c'est-à-dire si notre explication est juste au fur et à mesure que l'artère thyroïdienne apporte une nouvelle quantité de sang dans la tumeur. Il nous resterait encore à expliquer le développement du lobe moyen; peut-être l'arrêt de la circulation dans un vaisseau déjà volumineux à l'état normal, et sans contredit considérablement dilaté dans le cas actuel, permet-elle l'arrivée d'une plus grande quantité de sang dans le lobe moyen par une des branches de la thyroïdienne inférieure ou par la thyroïdienne de Neubauer, si elle existe.

Nous pensons donc qu'il s'agit dans ce cas d'une tumeur désignée par quelques auteurs sous le nom de *goître anévrismatique*, *goître vasculaire, struma anevrismatica, vasculosa*, et cette opinion se trouve légitimée par l'existence du second symptôme sur lequel nous avons appelé plus haut l'attention, sur l'évolution rapide de la tumeur. Eggle n'avait jamais été malade, lorsque, deux mois seulement avant son entrée à l'hôpital, il éprouva un peu d'oppression avec une certaine gêne de la déglutition ; six semaines après, à la suite d'un effort (et l'on sait de quelle valeur peut être cette indication chez un homme qui est charpentier), il sentit son cou devenir plus volumineux ; depuis, son oppression ne fit qu'augmenter, à tel point qu'il fut obligé d'abandonner son travail pour entrer à l'hôpital.

Il faut se rappeler que le goître anévrismatique est une des affections du corps thyroïde dont la marche est des plus rapides ; « le goître vasculaire (1), dit M. Chélius, détermine plus rapidement que tout autre de la gêne dans la respiration et dans la déglutition. »

« La rapidité du développement de la tumeur vasculaire donne lieu à une prompte compression des voies respiratoires, digestives et circulatoires (1). »

Cette forme de goître, nous le répétons, est fort rare; elle présente la plus grande analogie, si même elle n'est identique, avec ces tumeurs vasculaires du même organe que l'on observe pendant la grossesse chez quelques femmes déjà affectées d'une hypertrophie du corps thyroïde; cette variété est beaucoup plus fréquente que celle dont il est question ici : nous nous contentons seulement de l'indiquer.

Telles sont les réflexions qui nous ont été suggérées par cette observation fort intéressante sous plus d'un rapport, et nous espérons que l'on nous communiquera les suites de ce fait, qui peut être appelé à lever les doutes qui existent encore sur les diverses formes de goître. — Dr A. Jamain.

(1) Chélius, *Traité de chirurgie*, traduction de Pigné, t. II, p. 256. 2. vol.; Paris, 1844.

(1) *Journal de Graafe et de Walther*, 1822, et Sacchi, *Archives générales de médecine*, 2e série, t. II, 1833.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 décembre 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie l'ampliation de deux décrets qui approuvent les élections de MM. Nélaton et Poggiale.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture de ces deux décrets, et sur l'invitation de M. le président, MM. Nélaton et Poggiale prennent place parmi leurs collègues.

M. le ministre du commerce transmet les comptes des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de l'Yonne et du Calvados. (Commission des épidémies.)

Le même ministre transmet :

1° Deux demandes d'avis et d'analyse relatives à une source sulfureuse de la commune de Pierrefonds (Oise), et à une source d'eau minérale de la commune de Campagne-sur-Aude (Aude). (Commission des eaux minérales.)

2° Plusieurs notes relatives à des remèdes secrets ou nouveaux. (Commission des remèdes.)

3° Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département des Ardennes. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. L. Sandras adresse un mémoire intitulé : *Du mode d'apparition et de propagation du choléra dans l'hospice général de Tours pendant l'épidémie de* 1854. (Commission du choléra de 1854.)

M. Duroy, pharmacien à Paris, adresse une nouvelle formule de gelée émulsive d'huile de foie de morue. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

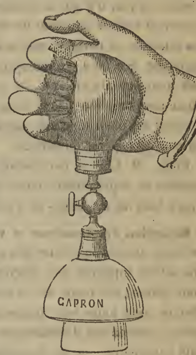
M. Doin, médecin à Bruyères-lès-Châtel (Seine-et-Oise), communique un mémoire sur la fièvre typhoïde cholériforme et le choléra asiatique (M. Barth, rapporteur, s'il y a lieu.)

M. le docteur Billiard (de Corbigny) adresse un travail sur le traitement abortif de la fièvre typhoïde par l'emploi du seigle ergoté. (M. Barth, rapporteur.)

M. le docteur da Costa (de Rio-Janeiro) envoie plusieurs observations de médecine et de chirurgie. (M. Jobert, rapporteur.)

M. Billot, directeur-médecin en chef de l'asile des aliénés du département de Maine-et-Loire, écrit pour solliciter le titre de membre correspondant, et il adresse la liste de ses travaux à l'appui de sa demande. (Future commission des correspondants nationaux.)

— M. Capron, fabricant d'instruments de chirurgie, soumet à l'examen de l'Académie une nouvelle ventouse et téterelle à succion continue, de son invention. (Commissaires : MM. Depaul et Poiseuille.)



— M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, soumet à l'Académie un porte-aiguille d'un nouveau modèle. (MM. Laugier et Nélaton.)

— M. VELPEAU, à l'occasion de la correspondance, présente au nom de l'auteur, M. J. Z. Laurence, agrégé du collége royal des chirurgiens d'Angleterre, l'exposé d'une méthode perfectionnée pour la cautérisation des rétrécissements de l'urètre.

— M. J. CLOQUET présente de la part de M. Gaillard (de Poitiers), une brochure imprimée ayant pour titre : *Thécoplastie de l'urètre.*

— L'ordre du jour appelle le renouvellement du bureau.

L'Académie procède au scrutin pour l'élection du président pendant l'année 1857.

Sur 61 votants, M. Michel Lévy obtient 57 voix,

M. Heller. . . .	1
M. Laugier. . . .	1
Billets blancs. . .	2

En conséquence M. Michel Lévy est élu président.

Pour la vice-présidence, le nombre des votants étant de 56,

M. Laugier obtient	43 voix,
M. Cloquet. . .	4
M. Renault. . .	3
M. Guérin. . .	1
M. Cruveilhier. .	1
M. Collineau. .	1
M. Nélaton. . .	1
M. Larrey. . .	1
Billets blancs. .	1

M. Laugier est élu vice-président.

Pour le secrétaire annuel : 51 votants.

M. Depaul obtient 48 voix,
M. Bouvier. . . 1
M. Larrey. . . 1
Billets blancs. . 1

Pour le conseil d'administration, les trois membres qui réunissent la majorité des suffrages sont MM. Laugier, vice-président, Bégin et Robinet.

— La séance est levée à quatre heures un quart.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 décembre 1856.—Présidence de M. Bouvier, vice-prés.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Hernie inguinale guérie par la méthode de Gerdy. — M. GUÉRIN présente un jeune homme de seize ans, qu'il a traité il y a trois mois pour une hernie inguinale droite, de la grosseur d'un œuf de poule, qui remplissait le scrotum. M. Guérin l'opéra suivant la méthode de Gerdy. Pendant l'opération l'enfant se débattait, et dans ses efforts les intestins étaient poussés sur le doigt qui pratiquait l'invagination; de sorte que les points de suture ne purent être portés aussi haut qu'il aurait fallu. Cependant, la guérison eut lieu, et l'anneau ne laisse rien sortir pendant les efforts de toux trois mois après l'opération. Le malade continue à porter l'appareil de M. Bourjeaurd.

Il y a des chirurgiens qui ne croient pas encore à la possibilité de la guérison radicale de la hernie ; c'est pour cela surtout que M. Guérin a tenu à faire constater la guérison de son malade. Aujourd'hui les cas de guérison sont nombreux, et pour son compte il en possède cinq.

M. GIRALDÈS engage M. Guérin à suivre son malade et à apporter des renseignements sur lui à la Société dans un an ou deux, non-seulement pour constater la guérison définitive, mais pour permettre d'apprécier l'action de l'appareil de M. Bourjeaurd.

Aujourd'hui l'amélioration est très-grande, tellement grande, que M. Giraldès n'hésite pas à considérer le malade comme guéri. Cependant dans les efforts, la paroi abdominale bombe au-dessus du canal inguinal, et c'est là une condition qui favorise la formation des hernies. Il pourrait se faire que par la suite la tumeur se prononçât davantage, et que, sans que le tampon fût déplacé, une nouvelle hernie sortît à côté de lui.

M. RICHET croit avoir senti, en appliquant le doigt à la partie supérieure du canal inguinal, quelque chose qui glissait dans ce canal pendant les mouvements de toux. Il est bien certain que l'orifice inférieur est oblitéré ; mais il est à craindre que la partie supérieure du canal ne le soit pas et que la guérison ne soit pas définitive.

M. Richet a eu l'occasion d'observer des récidives. La peau invaginée ne peut ordinairement être fixée beaucoup au-dessus de l'anneau inférieur, et il reste du côté de la cavité abdominale une fossette qui est elle-même un premier degré de la hernie. Du reste, il y a beaucoup à espérer pour le malade de M. Guérin; car c'est un jeune sujet, et l'on sait que dans le jeune âge les hernies guérissent souvent par la simple application d'un bandage.

M. GUÉRIN déclare qu'il a l'intention de suivre son malade. Il croit, comme M. Richet, que le canal inguinal est libre à sa partie supérieure; mais la peau invaginée forme un bouchon adhérent dans le lieu de la ponction. Il pense, du reste, que la guérison se fait par un dépôt de lymphe plastique qui obstrue le canal. Quant à la difficulté de porter le fil assez haut, c'est la seule fois qu'il l'ait éprouvée, et cependant il n'opère pas lorsque le canal est large; car il considère comme une condition de réussite qu'il soit assez étroit pour que le doigt y soit serré. On refoule toujours facilement la hernie dans le ventre, et l'on n'a pas à craindre d'atteindre une anse d'intestin si l'on a soin de relever le bassin du malade pendant l'opération de façon que les intestins se portent vers le diaphragme et s'éloignent de la région inguinale. S'il en a été autrement dans le cas présent, c'est à cause des mouvements violents du jeune malade. La guérison n'est sans doute pas complète, car il reste une fossette à la partie interne ; mais le canal est obstrué d'une manière solide à sa partie inférieure, et on ne pouvait espérer davantage.

Enfin, M. Guérin partagerait les craintes de M. Giraldès sur les chances de reproduction d'une hernie s'il ne connaissait par expérience tous les avantages de l'appareil de M. Bourjeaurd.

Résection des deuxième et troisième métacarpiens. — M. GUÉRIN présente encore une jeune fille qui lui a été amenée à l'hôpital avec une ostéite suppurée des deuxième et troisième métacarpiens de la main droite; ces deux os, d'après la situation des fistules, étaient affectés dans toute leur longueur. M. Guérin en fit l'extraction par le procédé ordinaire ; il désarticula le deuxième métacarpien à son extrémité supérieure, et fit la section du troisième immédiatement au-dessous de cette extrémité. Il n'y a pas eu reproduction osseuse, et il ne pouvait y en avoir, car le périoste n'avait pu être conservé ; aussi les deux doigts correspondants se sont-ils rétractés, mais ils ont néanmoins recouvré toute la force et la liberté de leurs mouvements.

M. CAZEAUX demande s'il y aurait en pareil cas des indications spéciales pour se décider à l'amputation, parce qu'il a vu de semblables altérations des os guérir spontanément au bout de quatre à six ans et plus.

M. FORGET cite à ce sujet l'opinion d'un chirurgien des plus distingués. Flaubert (de Rouen) voyant à la Pitié Lisfranc qui s'apprêtait à amputer un métacarpien carié, lui demanda si c'est qu'il faisait des tamputations pour de semblables altérations, et il ajouta : « Je n'y touche pas, et la guérison arrive entre douze et seize ans.

M. LARREY a soigné, non plus un enfant, mais un adulte, un soldat qui avait une carie suite d'une contusion causée par le choc du pommeau de son sabre. Il pratiqua à sept ou huit reprises la cautérisation des fistules à l'aide du fer rouge, et finit par obtenir la guérison. Ce fait, du reste, n'ôte rien du mérite de l'opération qui a procuré un si beau résultat à M. Guérin.

M. GUÉRIN fait observer qu'on peut toujours dire après qu'un malade a été opéré qu'il aurait pu guérir sans opération. Mais il est convaincu qu'en voyant sa malade tout le monde aurait partagé sa conviction. Le tissu osseux était ramolli, infiltré de pus; la suppuration gagnait même l'articulation carpo-métacarpienne, tellement qu'après l'opération il craignait de la voir s'étendre aux articulations du carpe. Du reste, la guérison spontanée aurait-elle pu donner un résultat meilleur, et n'aurait-il pas été à craindre que la constitution de l'enfant ne s'altérât sous l'influence d'une suppuration prolongée et d'un long séjour à l'hôpital.

Blépharoplastie. — M. DENONVILLIERS présente une femme à qui il a pratiqué une blépharoplastie. Cette femme, à la suite d'une pustule maligne cautérisée, avait un ectropion de la paupière inférieure gauche ; une large cicatrice partait de la paupière et se portait en bas et un peu en dehors ; l'angle externe de l'œil était un peu abaissé.

M. Denonvilliers fit une incision courbe au-dessous de la paupière pour lui permettre de se relever, puis il aviva les bords libres des paupières et les réunit pour obtenir l'occlusion.

La plaie résultant de l'incision fut comblée au moyen d'un lambeau à large base supérieure pris au-devant de l'oreille et en dehors de la cicatrice, de sorte que dans le mouvement de rotation qu'il exécuta il dut parcourir un tiers de cercle pour arriver à sa nouvelle place. La malade, retournée dans son pays, en revint au bout d'un mois pour se faire séparer les paupières, et M. Denonvilliers fut forcé de faire cette dernière partie de l'opération plus vite qu'il n'aurait voulu ; il détruisit l'adhérence en quatre ou cinq séances, à deux jours d'intervalle. Il fait remarquer qu'il a eu soin, au lieu de détacher les bords adhérents, d'inciser dans la paupière supérieure, afin de laisser une languette de cette paupière sur la paupière inférieure pour augmenter d'autant sa hauteur.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. MARJOLIN termine la lecture du mémoire de M. Soulé (de Bordeaux), et propose de l'insérer dans les Bulletins de la Société.

M. GIRALDÈS fait observer que l'idée principale de ce mémoire est de combiner les injections de perchlorure avec la ligature ; mais les seules objections qu'on puisse faire à la ligature sont tirées des accidents qu'elle peut causer, et par l'injection de perchlorure on y ajoute une nouvelle cause d'accidents.

M. MARJOLIN répond que M. Soulé, ne regardant pas l'injection du perchlorure de fer comme aussi dangereuse que M. Malgaigne l'a dit, conseille de la tenter, et pense que si elle ne réussit pas, elle favorise du moins la réussite de la ligature en coagulant une partie du sang contenu dans l'anévrysme, et diminuant son impulsion avant que la ligature suspende brusquement la circulation dans le membre.

La Société décide que le mémoire de M. Soulé sera inséré dans ses Bulletins.

CORRESPONDANCE.

M. HOUEL fait hommage à la Société de son *Manuel d'anatomie pathologique générale et appliquée*, contenant la description et le catalogue du musée Dupuytren.

— M. Gimelle fils adresse à la Société son mémoire *sur le tétanos*.

— M. LARREY dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Joseph Sampson Gamgee, chirurgien principal de la légion anglo-italienne pendant la dernière guerre, une lettre pour obtenir le titre de membre correspondant. Cette lettre est accompagnée des ouvrages suivants :

Researches in pathological anatomy and clinical surgery;

On the advantages of the starched apparatus, in the treatment of fractures and diseases of joints;

Reflections on pepit's operation and on purgatives after herniotomy.

Commission : MM. Michon, Giraldès, Larrey.

— M. le docteur José Pro, professeur de médecine opératoire à l'Université de Lima, adresse, pour obtenir le titre de membre correspondant, un mémoire *sur l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urètre*. (Commission : MM. Huguier, Richet, Verneuil).

— M. GIRALDÈS dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Prescott Hewett, le tome VII[e] des *Transactions de la Société pathologique de Londres*.

— M. VERNEUIL présente la table des matières du dernier volume des *Bulletins* de la Société. Il y a joint le catalogue des ouvrages reçus dans l'année.

La Société vote des remercîments à M. Verneuil, et ordonne l'impression du catalogue présenté.

— M. CLOQUET offre à la Société le programme de questions et instructions préparées par l'Académie des Sciences pour l'expédition envoyée à la recherche des sources du Nil blanc.

M. LE PRÉSIDENT remercie, au nom de la Société, les auteurs de ces divers envois.

— M. Saurel adresse la lettre suivante :

« Montpellier, le 7 décembre 1856.

» Monsieur le secrétaire général,

» Les quelques paroles prononcées par M. Larrey dans la séance du 26 novembre dernier de la Société de chirurgie, à l'occasion de ma note sur l'*Emploi topique de la teinture d'iode comme moyen de traitement de la pourriture d'hôpital*, pourraient faire croire que je présente cette substance comme devant réussir dans tous les cas de pourriture, sans distinction de formes et de gravité.

» Le savant chirurgien du Val-de-Grâce semble me reprocher de ne pas avoir fait une distinction, qui est pourtant bien essentielle, entre la pourriture qui ne s'étend qu'en surface et celle qui détruit en profondeur ; entre la pourriture profonde ou maligne, tendant à désorganiser, à détruire tous les tissus, et celle qui est superficielle et bénigne. C'est faute d'avoir fait cette distinction, continue M. Larrey, qu'on a attribué une grande efficacité à des moyens dont l'action est presque nulle dans les cas graves.

» Il me suffira de citer quelques phrases de ma note, pour prouver que, bien loin d'avoir commis l'erreur qui m'est attribuée par M. Larrey, je partage en tous points les opinions de l'habile professeur. Je dis dans mon travail :

« Notre expérience nous a démontré que la teinture d'iode appliquée, » soit pure, soit mélangée avec du cérat, selon les cas, agit d'une manière très-favorable et assez rapide dans les cas de pourriture d'hôpital à forme pulpeuse, *lorsqu'elle est tout à fait à son début et qu'elle est peu étendue*. Dans la forme ulcéreuse, et surtout dans celle que j'appellerai *gangréneuse*, à cause des eschares profondes qui en sont la conséquence, *ce moyen est bien moins efficace*, et demande à être employé avec énergie et persévérance.

» Après avoir exposé les avantages et les inconvénients relatifs de la teinture d'iode et du fer rouge, je n'ai pas hésité à donner *une préférence absolue* au fer rouge sur tous les autres moyens de traitement de la pourriture d'hôpital, *y compris la teinture d'iode elle-même*. »

» Je n'ai réservé l'emploi de ce dernier moyen que pour les débuts de la maladie et pour les cas où il ne serait pas possible de recourir au fer rouge.

» Je vous prie, monsieur le secrétaire général, de vouloir bien communiquer à la Société de chirurgie ces quelques mots de rectification, qui m'ont paru nécessités par l'interprétation inexacte donnée à ma manière de voir.

» Veuillez agréer l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

» L. Saurel, d.-m.

» Membre correspondant de la Société de chirurgie. »

M. LARREY fait observer, pour réponse à la lettre de M. Saurel, que ses remarques sur la distinction des deux formes de la pourriture d'hôpital, ne s'adressaient pas spécialement à l'honorable chirurgien de Montpellier, mais en général aux praticiens trop disposés quelquefois à admettre la curabilité de cette grave complication des plaies par des moyens assez simples.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur du testicule. — M. RICHET vient d'avoir à traiter un homme qui, s'étant donné sur les bourses un coup de manche de pioche, vit se développer rapidement une tumeur considérable. D'après l'origine de la tumeur, M. Richet croit avoir affaire à un hématocèle de la tunique vaginale. Pour s'en assurer, il fit une ponction exploratrice, et trouva la tumeur plus solide qu'il ne l'avait cru; mais la canule du trocart donnant issue à un liquide brunâtre filant, il se crut sûr de son diagnostic, et fit une incision dans toute la longueur de la tumeur. Il fut fort étonné de trouver que la tunique vaginale était vide et que la tumeur se trouvait sous la tunique albuginée. Dès lors, il ne restait qu'à faire la castration, qui fut pratiquée immédiatement.

La pièce présentée montre une tumeur dans l'intérieur du testicule. Cette tumeur est formée d'un grand nombre de kystes remplis d'un liquide filant et plongés dans une substance qui offre l'aspect d'un caillot fibrineux. Dans un point seulement la tumeur présente l'apparence de la matière encéphaloïde.

M. VERNEUIL fait observer qu'il paraît toujours singulier de voir des tumeurs d'aussi mauvais aspect se déclarer à la suite de lésions traumatiques. Cependant cela n'est pas très-rare. Un garçon boucher entra dans le service de M. Laugier pour une tumeur du testicule suite d'une contusion. Une ponction exploratrice ne donna issue qu'à du sang pur. La castration fut pratiquée, et l'on trouva que la tumeur était formée d'une masse gélatiniforme contenant des kystes multiples.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Desormeaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour l'agrégation, ouvert pour les trois Facultés de Paris, de Strasbourg et de Montpellier, vient de se terminer par les nominations suivantes :

Faculté de Paris. — MM. Rouget, pour la section d'anatomie et de physiologie ; — Baillon, pour l'histoire naturelle ; — Réveil, pour la pharmacie ; — Guillemin, pour la physique.

Faculté de Strasbourg. — M. Morel, pour la section d'anatomie et physiologie.

Faculté de Montpellier. — M. Moitessier, pour l'histoire naturelle.

— La liste des candidats pour les concours de médecine, médecine légale, chirurgie et accouchements, qui s'ouvriront à Paris le 2 janvier, se compose ainsi qu'il suit :

Médecine et médecine légale (4 places). — MM. Chauffard, Hérard, Marcé, Simonis-Empis, Laboulbène, Montanier, Lorain, Duriau, Charcot, Hervieux, Tholozan, Blain des Cormiers, Barnier, Prost, Axenfeld et Racle.

Chirurgie et accouchements (5 places). — MM. Jamain, Fano, Morel-Lavallée, Trélat, Boullard, Desrivières, Houel, Foucher, Béraud, Blot, Duchaussoy, Herr, Legendre, Bauchet et Legouest.

— Par arrêté de l'administration des hôpitaux de Caen, M. le docteur Denis Dumont, professeur suppléant à l'école de médecine, vient d'être appelé à remplir les fonctions de chef de clinique à l'Hôtel-Dieu.

—Dans le numéro de mardi dernier, le nom de l'auteur de l'observation de kyste ovarique (clinique de M. Chassaignac) a été imprimé par erreur d'une manière méconnaissable. Au lieu de J. Saccond, il faut lire S. Jaccoud.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité complet des maladies syphilitiques, ou Etude comparée de toutes les méthodes qui ont été mises en usage pour guérir ces affections ; par M. Giraudeau de Saint-Gervais, chevalier de la Légion d'honneur, docteur en médecine. Un vol. de 800 pages, avec 25 gravures coloriées; 2[e] édition. Prix, 6 fr.

Étude et traitement des maladies de la peau, par M. Giraudeau de Saint-Gervais. Un vol. in-8° de 700 pages, avec 5 planches gravées sur acier, représentant trente-deux sujets coloriés. Prix, 6 fr.

Les deux ouvrages achetés en même temps se vendent 10 fr. — Chez G. Baillière, éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 152. — MARDI 30 DECEMBRE 1856. (29e ANNÉE.) N° 152. — MARDI 30 DECEMBRE 1856.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Nos souscripteurs dont l'abonnement finit le 31 décembre sont priés de ne pas attendre au dernier jour pour envoyer le prix de leur renouvellement.

Les abonnés nouveaux qui ne nous ont pas encore fait parvenir le montant de leur abonnement sont également priés de le faire sans retard.

Ceux qui désirent souscrire à la TABLE GÉNÉRALE, ANALYTIQUE ET RAISONNÉE DE LA GAZETTE DES HOPITAUX, *et qui n'ont pas encore envoyé leur adhésion, pourront le faire en nous adressant leur abonnement.*

Un mandat de poste au nom du directeur de la GAZETTE *est le mode de payement le plus sûr et le plus prompt.*

Les abonnés de Belgique voudront bien s'adresser, pour leur renouvellement comme pour les réclamations qu'ils auraient à faire, à M. DECQ, *libraire à Bruxelles ; ceux de la Suisse, à MM.* JULLIEN frères, *libraires à Genève.*

PARIS, LE 29 DÉCEMBRE 1856.

Séance de l'Académie des Sciences.

Les rats vivent décidément sans capsules surrénales. C'est ce que nous apprend une seconde communication de M. Philipeaux. On se rappelle que ce savant naturaliste a précédemment annoncé à l'Académie qu'il avait extirpé les capsules surrénales sur quatre rats albinos. De ces quatre animaux, trois sont morts, il est vrai, mais après un laps de temps assez long, et pendant ce temps aucune fonction essentielle de l'économie n'a paru troublée ; d'où M. Philipeaux conclut que ces organes n'ont pas l'importance physiologique qu'on leur a récemment attribuée.

Cette conclusion est-elle bien légitime ? Quelle que soit notre confiance dans l'habileté de M. Philipeaux en matière de vivisection, et dans son habitude d'interpréter les faits de physiologie expérimentale, il nous est difficile d'admettre que, lorsque trois animaux sur quatre ont succombé à la suite de l'ablation des capsules surrénales dans un intervalle de vingt à trente jours, cette opération ait été étrangère à ce résultat. On pourrait y voir tout au plus la preuve que ces animaux peuvent vivre un certain temps sans capsules, et que cet organe n'est par conséquent pas indispensable à l'entretien immédiat de la vie, conclusion contraire à celle que d'autres physiologistes ont déduite de leurs expériences. Mais nous ne saurions y voir la preuve que la lésion ou la destruction de ces organes est sans influence sur l'économie. A cet égard, les faits de la pathologie nous en apprennent plus que les vivisections, et jusqu'à nouvel ordre nous continuerons à recueillir de préférence les enseignements de la clinique.

M. Silberman a communiqué à l'Académie la suite de ses recherches sur la taille humaine et sur les proportions des diverses parties du corps. On trouvera dans le compte rendu l'énoncé des résultats auxquels l'ont conduit ses recherches.

M. Breton (de Champ), a exposé dans une courte note la relation d'une expérience faite sur lui-même, et de laquelle il résulte que la compression ou le refoulement du globe oculaire en arrière accroît la portée de la vision dans le cas de myopie, ce qui viendrait à l'appui de la théorie qui attribue cette infirmité à la saillie ou à la convexité exagérée du globe oculaire. Le fait énoncé par M. Breton est certainement très-exact ; mais nous croyons qu'il ne s'applique qu'à une des conditions de la myopie, et qu'on aurait tort de le généraliser. Nous connaissons des myopes chez qui l'expérience de M. Breton a produit un résultat tout opposé.

Sir William Hooker, de Kew (Angleterre), porté en tête de la liste de candidature pour la place de correspondant, vacante dans la section de botanique, a été élu dans cette séance.

Aujourd'hui l'Académie doit procéder au renouvellement de son bureau. M. Desprets, vice-président, passe président pour l'année 1857. L'Académie devra élire un vice-président à sa place. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la coqueluche (1).

En général, il est très-important de bien connaître la durée des maladies. Celle de la coqueluche est difficile à préciser, car elle n'est quelquefois que de huit jours et même de moins encore. Je me souviens d'avoir vu à l'hôpital Necker une coqueluche ne se prolonger (et cependant c'était en pleine épidémie) que trois jours ; elle guérit sans qu'aucun traitement lui fût opposé, faisant place à une simple bronchite sans intensité. Mais le plus ordinairement la coqueluche ne s'accomplit pas en moins de six semaines et quelquefois de deux ou trois mois ; on l'a même vue durer un an. En mettant de côté toutes les exceptions, vous devrez vous estimer heureux toutes les fois que par vos soins une coqueluche aura parcouru toutes ses phases et se sera favorablement terminée en six semaines.

Parmi les accidents qui s'observent fréquemment dans le cours d'une coqueluche, il y en a qui sont inhérents au catarrhe, et ils peuvent prendre une allure plus grave que ne l'est la complication elle-même lorsqu'elle apparaît isolément, en dehors de la maladie qui nous occupe. C'est ainsi que l'on voit la partie catarrhale de la coqueluche prendre de l'exagération : lorsque vous n'aviez constaté jusqu'alors que des râles muqueux et des râles ronflants, vous percevez tout à coup du râle crépitant, la fièvre s'allume, et vous assistez à l'invasion d'une pneumonie catarrhale ou d'une pleurésie. L'élément catarrhal de la coqueluche dégénérant en inflammation du parenchyme pulmonaire constitue la complication la plus fréquente et celle qui semble se lier immédiatement à la coqueluche. La pneumonie lobulaire, ou, selon mon expression, le catarrhe péri-pneumonique qui survient si souvent chez les enfants à la mamelle, est sans contredit la cause de l'issue fatale de la coqueluche dans la plupart des cas de mort.

Il est des médecins qui, se raillant de la spécificité, ne voient dans la coqueluche qu'un catarrhe. S'ils sont dans le vrai, quand le catarrhe s'aggrave, la coqueluche devrait s'aggraver aussi ; eh bien, elle cesse ! Aussi le signe pronostique le plus fâcheux de la coqueluche, c'est la cessation de la coqueluche. Exemple : un enfant a cinquante quintes par jour, puis tout à coup il n'en a plus le lendemain. Défiez-vous, il y a là-dessous une affection aiguë du poumon qui vient confirmer le merveilleux aphorisme d'Hippocrate : *Febris spasmos solvit ;* elle résout le spasme thoracique, et la névrose de la coqueluche disparaît.

Lorsque vous ne trouvez pas de raisons fébriles ni du côté du ventre ni du côté de la tête, cherchez-les du côté de la poitrine. La névrose est si peu la dépendance de la phlegmasie pulmonaire que, quand le catarrhe augmente, la névrose s'enfuit ; aussi engagez toujours les parents à se tenir aux aguets du retour de la névrose.

Il reste donc bien entendu entre nous qu'il y a deux éléments dans la coqueluche : un catarrhe et une névrose.

Les choses ne se passent pas autrement dans certaines affections de la poitrine ; voyez plutôt dans l'asthme nerveux. Qu'un individu, suffoquant avec ses poumons intègres et toujours sur le point de mourir étouffé, prenne une bronchite ou une pneumonie : il sera peut-être un peu plus oppressé que s'il n'avait point un asthme nerveux en temps ordinaire, mais il le sera moins cependant que lorsqu'il souffre de son asthme tout seul.

Les accidents thoraciques qui viennent compliquer la coqueluche sont donc plus graves qu'ils ne le sont en dehors de la coqueluche ; j'ajoute qu'ils sont plus périlleux et plus difficiles à guérir.

Lorsque l'enfant a eu quatre, cinq ou six secousses de toux successives, suivies de l'inspiration bruyante dont il a été question, il survient du hoquet, puis le vomissement arrive ; c'est là un accident inhérent à la coqueluche. Or, si le petit malade a quarante quintes dans la journée, il est facile de comprendre qu'il va nécessairement vomir tous ses aliments et qu'il souffrira de cet état d'inanition.

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 décembre.

Heureusement les vomissements ne se composent plus particulièrement qee d'un liquide glaireux, filant, incolore ; mais encore convient-il de ne faire prendre des aliments à l'enfant qu'au moment où il vient de vomir, parce qu'il y a des chances pour qu'il soit calme pendant une heure, et que la digestion peut facilement s'opérer pendant cet armistice. Il faut dire que quelquefois, mais ces cas sont très-rares, les enfants meurent de faim dans la coqueluche, tant les vomissements sont incoercibles ; cela rappelle absolument ce qui se passe dans quelques grossesses si atrocement pénibles.

Lorsque les hémorrhagies se présentent rarement dans le cours d'une coqueluche, elles ne constituent point un accident grave ; mais lorsque le saignement de nez est abondant, il entraîne souvent la mort. Les deux ou trois premières fois, le sang ayant toute sa plasticité, sort pendant la congestion, puis s'arrête après ; mais quand l'hémorrhagie continue, le sang perd bientôt de sa plasticité : aussi part-il et continue-t-il à couler une ou deux minutes après la quinte. Il faut intervenir de suite pour faire cesser cet écoulement sanguin, car l'hémorrhagie dispose aux convulsions, et l'enfant peut être tué par elles.

Vous n'observerez pas seulement des épistaxis, mais encore des hémoptysies.

Certains auteurs ont établi que l'hémorrhagie pulmonaire est un signe pronostique favorable ; je n'irai certainement pas jusque-là, mais enfin je dirai que ce n'est pas très-grave.

C'est ici le lieu de vous rappeler ce fait d'hémorrhagie oculaire dont je vous parlais dans la première leçon. Un pauvre enfant de deux ans, à l'hôpital Necker, au lieu de verser des larmes d'eau, comme tout le monde, pleurait des pleurs de sang ! C'était un spectacle navrant à voir.

Une dame portait sur la joue une petite tache rouge, espèce de *nœvus maternus ;* elle vint à contracter la coqueluche, et le sang jaillissait par l'espace circonscrit de la face dont nous venons de parler : elle a d'ailleurs très-bien guéri de son catarrhe spécifique.

Les hémorrhagies sont parfois sous-cutanées, et les malades ont un cercle bleu autour des yeux qui rappelle la couleur caractéristique des ecchymoses à la suite de coups.

Les convulsions surviennent habituellement lorsque les hémorrhagies ont ouvert la scène des complications de la coqueluche ; mais il est vrai d'ajouter qu'elles se montrent quelquefois sans pertes de sang préalables. Lorsque les secousses de toux ont été violentes, qu'elles ont donné lieu à des efforts énergiques, il se produit un certain ébranlement dans la tête, et l'enfant reste comme hébété. Défiez-vous toujours de ce signe lorsqu'il vous apparaîtra après des quintes de coqueluche ; car le plus ordinairement il est l'avant-coureur des convulsions, et, dans ces conditions-là, les accidents nerveux sont très-redoutables, et font quelquefois succomber les petits malades avec une terrible rapidité.

On retrouve le même caractère chez les adultes qui toussent avec force, et qui, après ces secousses, accusent des douleurs céphalalgiques et restent pendant quelques instants dans un état de demi-hébétude. Du reste, en fait de coqueluche, les adultes sont exposés aux mêmes complications que les enfants, bien que chez les premiers les accidents analogues à la congestion cérébrale se montrent plus fréquemment. Je me souviens d'avoir vu une dame qui, après chaque quinte, était prise d'un véritable évanouissement, comme dans l'épilepsie.

On a signalé encore l'émission involontaire de l'urine et des matières fécales, les ruptures et les hernies.

Averti quelquefois par les parents, que les enfants éprouvaient une oppression extraordinaire dans l'intervalle des quintes, et remarquant de la tuméfaction du cou et de la crépitation, il m'est arrivé de découvrir une rupture pulmonaire, un emphysème interlobulaire, complication grave, et dont l'issue est presque invariablement mortelle.

J'ai peu de chose à vous dire de l'anatomie pathologique de la coqueluche. On ne trouve que des lésions propres au catarrhe pulmonaire ; ou bien des altérations résultant des complications de la maladie : péricardite, pneumonie, pleurésie.

Le traitement de la coqueluche présente de sérieuses difficultés. Laënnec estimait que de toutes les médications la meilleure consistait dans l'administration de vomitifs répétés ; aussi faisait-il vomir ses malades tous les deux jours avec l'ipécacuanha et l'émétique. D'autres ont préconisé le sulfate de cuivre et le sulfate de zinc. Je préfère au sulfate de zinc le sulfate de cuivre, parce qu'il agit d'une façon plus nette, et je le donne à la dose de 30 centigr. dans une potion qui doit être prise par fractions de dix en dix minutes. On a vanté les anti-spasmodiques sous toutes les formes ;

mais ils sont d'une utilité contestable. L'opium, auquel les anciens médecins accordaient une grande efficacité dans la coqueluche, peut rendre quelques services chez les sujets nerveux, mais administré à petites doses et combiné avec divers agents, tels que le musc, le castoréum ou la belladone.

Dès que la période convulsive de la coqueluche est commencée, l'usage de la belladone est suivi des résultats les plus avantageux; mais il faut bien savoir donner ce médicament, autrement on ne guérit pas. Pour les enfants du premier âge, de un à trois ans, je fais faire des pilules non recouvertes d'une feuille d'argent, avec un dixième de grain d'extrait de belladone et un dixième de grain de poudre de belladone; on les délaye dans une cuillerée à café de sirop. Je prescris le matin à jeun une pilule de belladone le premier et le deuxième jour, et puis j'augmente successivement. Il est indispensable que l'enfant prenne toutes ses pilules à la fois, quand même il y en aurait dix. A moins d'accidents toxiques, j'élève la dose. Si la belladone ne semble pas agir comme on l'avait espéré, s'il survient des vomissements, il faut diminuer tous les jours d'une ou de deux pilules; mais le plus ordinairement les quintes cessent. Il suffit alors de continuer encore la dose tolérée de belladone pendant cinq ou six jours, puis on renonce définitivement à son emploi.

Dans la prochaine conférence, je m'occuperai du traitement des complications de la coqueluche.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Amputation de cuisse pour une tumeur blanche du genou.

Nous allons pratiquer l'amputation de la cuisse chez un sujet atteint d'une tumeur blanche du genou.

Si vous considérez l'état actuel de l'articulation malade, vous serez peut-être surpris de ne pas voir une jointure volumineuse, difforme, criblée de trajets fistuleux, présentant en un mot cet aspect particulier, je dirais presque hideux, des tumeurs blanches pour lesquelles on se décide à amputer.

Chez ce jeune homme, au contraire, l'articulation fémoro-tibiale offre un volume assez médiocre; la peau est partout complétement intacte, et sur aucun point on ne découvre d'orifice suppurant. En fait de cicatrices, on n'aperçoit que celles de plusieurs cautères qui ont été appliqués antérieurement dans un but curatif.

Quel est donc le motif qui nous détermine à recourir à une ressource aussi extrême que l'amputation? Pourquoi n'avons-nous pas recours au drainage, qui, dans plusieurs cas de tumeur blanche suppurée, nous a donné les résultats les plus satisfaisants?

Malgré le volume peu considérable de la jointure, il est démontré aujourd'hui pour nous que le genou est, chez cet homme, le siége, non pas d'une collection séreuse, d'une hydarthrose, comme on pourrait le croire au premier abord, mais d'une collection purulente. Une ponction explorative nous a permis de reconnaître qu'il y avait là du pus. Toutefois la démonstration de ce fait ne serait pas suffisante pour exclure l'emploi des tubes élastiques qui, nous le répétons, nous ont rendu les plus signalés services dans certains cas de suppuration articulaire.

Il y a, dans le cas particulier, une circonstance qui a dû nous faire pencher pour l'amputation, c'est l'existence de douleurs atroces, intolérables, siégeant dans la jointure malade, et ne permettant ni la moindre pression ni le plus léger mouvement.

Avec une sensibilité tellement exaltée de la partie malade, que les explorations faites avec la plus grande réserve sont devenues impraticables, il n'est pas permis d'espérer que les anses élastiques puissent être tolérées par les surfaces hyperesthésiées. Je me décide donc pour l'amputation.

Un autre principe me guide encore dans l'adoption de cette ressource extrême, c'est celui qui consiste à ne pas attendre que les malades, affaiblis par de longues souffrances, épuisés par l'abondance de la suppuration, soient réduits à un tel état de détérioration que le sacrifice du membre soit devenu d'une utilité très-douteuse.

L'amputation sera pratiquée par la méthode circulaire, et les ligatures une fois faites, nous ferons le pansement d'après les principes de l'occlusion.

L'examen de la jointure malade ayant été fait aussitôt après l'opération, a permis de constater que l'articulation était en effet le siége des désordres les plus graves. Non-seulement les parties molles de l'articulation étaient infiltrées de pus, mais encore les cartilages détruits, les têtes articulaires malades témoignaient de ce fait que l'affection articulaire était arrivée, malgré des apparences extérieures favorables, à une période où tout espoir de réparation était entièrement perdu.

Abcès volumineux ostéopathique de la partie antérieure du thorax. — Traitement de cet abcès par le drainage.

Le malade que je vous présente est atteint d'un abcès volumineux de la partie antérieure du thorax, abcès dépendant d'une affection carieuse ou nécrosique du sternum, et très-probablement des cartilages costaux. Lorsqu'on porte le doigt sur le sternum dans la partie qui correspond à la saillie purulente, on rencontre une espèce de cupule, de géode qui témoigne évidemment de l'existence d'une altération siégeant au corps de l'os. Il n'est même pas prouvé que le sternum ne soit pas perforé de part en part, et que le médiastin ne soit pas en communication avec le foyer.

Bien que toutes les apparences soient ici favorables à l'hypothèse d'une collection de pus; bien que dans notre conviction il ne puisse être question d'aucune autre tumeur liquide, nous croyons devoir nous mettre à l'abri des conséquences fâcheuses que pourrait entraîner une méprise. Ce ne serait pas la première fois, par exemple, qu'un chirurgien porterait l'instrument tranchant dans une poche succédanée dépendant d'une tumeur anévrismale croyant ouvrir un abcès froid. Il faut se défier en général de toutes les collections liquides à marche chronique qui se produisent à la partie inférieure du cou et à la partie supérieure du thorax, alors même que ces tumeurs sont complétement exemptes de battements. Il n'est pas rare, en effet, que des anévrismes aortiques présentent un ou plusieurs diverticules dans lesquels, par suite de l'accumulation successive de couches fibrineuses, on ne perçoit plus aucune pulsation. L'ouverture d'une de ces poches amènerait presque infailliblement la perte du malade. On doit donc se tenir en garde contre la possibilité d'une telle erreur, et pour cela il suffit de pratiquer une ponction explorative. C'est ce que nous allons faire.

Le résultat de cette ponction ayant été tel que nous l'avions tout d'abord supposé, il ne nous reste plus qu'à soumettre la tumeur à l'opération du drainage. En présence d'un aussi vaste abcès, il serait très-imprudent d'avoir recours à l'instrument tranchant et de mettre à découvert une surface suppurante dont les dimensions excèdent un pied carré d'étendue. On doit s'abstenir d'agir ainsi, sous peine de provoquer les accidents les plus redoutables, tels que l'inflammation des parois du foyer, l'altération du pus, les chances de putridité, l'infection purulente, etc. Nous nous croyons donc obligé de renoncer à l'incision pour obtenir l'évacuation du pus.

Le drainage satisfait à toutes les indications sans faire courir au malade les mêmes dangers. Voici comment nous procédons à son application. Avec un de nos longs trocarts nous traversons la collection dans le sens de son plus grand diamètre, puis nous retirons la pointe, la canule restant en place. De cette manière il ne s'écoule pas une goutte de pus, et la poche conserve un degré de tension suffisant pour le passage d'un second trocart et le placement d'un second tube, qui croise le premier tube à angle aigu ou en forme d'X. Une bougie, à laquelle est attaché un fil, lequel entraîne une anse élastique, est passée dans chaque tube. Celui-ci est enlevé, et dès lors le drainage est établi.

Tumeurs anales hypertrophiques. — Ablation par écrasement linéaire.

Voici un malade qui présente, disposées circulairement sur la marge de l'anus, une série de tumeurs hypertrophiques ou de condylomes que je me propose d'enlever par la méthode de l'écrasement linéaire.

L'opération ne sera pas sans offrir quelques difficultés. Le nombre de ces tumeurs anales, qui ne s'élève pas à moins de six ou sept, ne permet guère de songer à leur amputation isolée et successive. Ce serait nous mettre dans la nécessité ou de prolonger beaucoup l'opération, ou de la faire en plusieurs séances. D'une autre part, nous ne devons pas nous dissimuler que la pédiculisation en un seul faisceau de ces différentes tumeurs ne laissera pas que d'être d'une exécution assez laborieuse. Comment réaliserons-nous cette importante partie de l'opération? Au moyen de l'érigne à branches multiples divergentes.

L'extrémité du faisceau d'érignes étant introduite dans l'anus, nous déploierons l'instrument de manière à accrocher la muqueuse sur un point plus élevé que la ligne d'implantation des divers condylomes, et à la faire saillir au dehors. Puis, au moyen d'une forte ligature, nous étreindrons la muqueuse, amenée ainsi à l'extérieur, par delà la zone saisie par les crochets, et sur cette ligature nous appliquerons la chaîne de l'écraseur.

Au moment de l'application de l'érigne, le sang a jailli avec une certaine force par les piqûres, et cette circonstance, tout insignifiante qu'elle paraisse, est à nos yeux d'une grande valeur, en ce sens qu'elle démontre que, si, au lieu et place de l'écraseur linéaire, on eût employé l'instrument tranchant, on eût fait courir au malade tous les dangers auxquels expose une hémorrhagie qui se déclare dans une région éminemment vasculaire.

VICE DE CONFORMATION DE LA MOITIÉ DROITE DU BASSIN

causé par une simple faiblesse de la jambe gauche.

Quatre accouchements de plus en plus difficiles. — Version céphalique spontanée dans la présentation du siége. — Application du forceps à articulation mobile sur le détroit supérieur.

Par M. le docteur MATTEI.

Le cas que je vais exposer n'est pas un de ces faits extraordinaires que le médecin voit une ou deux fois dans le cours de sa carrière médicale. C'est un cas pratique qu'il peut rencontrer plusieurs fois, et où l'à-propos de l'art peut rendre l'accouchement heureux pour la mère et l'enfant : tandis qu'une expectation imprudente peut compromettre la vie de l'un ou de l'autre, ou rendre tout au moins le travail pénible et laisser des infirmités. Ce cas touche ensuite à plusieurs points dogmatiques sur lesquels mes idées diffèrent de celles qui sont généralement admises.

Madame G..., âgée de trente-huit ans, native du département du Pas-de-Calais, taille au-dessous de la moyenne, tempérament lymphatico-bilieux, constitution un peu grêle, d'une famille exempte de maladies héréditaires, est affectée d'une difformité de la jambe gauche, qu'elle attribue à un accident. Elle a bien marché, dit-elle, jusqu'à l'âge de trois ans. A cette époque, pendant qu'une personne la portait sur ses épaules, elle tomba en arrière et resta suspendue au pied gauche que cette personne tenait encore à la main; depuis ce moment, elle est restée sans marcher jusqu'à l'âge de sept ans, et encore n'a-t-elle pu le faire qu'en s'aidant d'une canne. Le membre pelvien droit est resté toujours sain; le gauche s'est affaibli, s'est amaigri, et le pied s'est retourné en dedans.

Arrivée à Paris, on lui aurait fait la section de plusieurs tendons; elle a porté pendant douze ans un brodequin mécanique, et enfin depuis trois ans elle ne porte qu'un brodequin en cuir.

Fonctions utérines. — Fort délicate avant d'être pubère, cette femme a été réglée à l'âge de vingt et un ans.

L'écoulement menstruel paraissait irrégulièrement tous les mois avec des douleurs au bas-ventre et aux reins. Si les règles ne venaient pas à l'époque fixée, elle avait des céphalalgies qui duraient jusqu'à l'arrivée de l'écoulement.

Elle s'est mariée il y a huit ans, et après neuf mois de mariage, elle a eu une première grossesse qui a été très-heureuse. Elle est restée en mal d'enfant pendant quinze heures, et a accouché spontanément d'un enfant qu'elle a allaité pendant vingt et un mois.

Un mois après avoir sevré cet enfant, elle a vu ses règles une seule fois et est devenue encore enceinte. Cette fois, la grossesse s'est accompagnée de vomissements; l'accouchement cependant est arrivé juste à la neuvième époque cataméniale, après la disparition des règles. Elle a eu vingt-quatre heures de travail pénible, et a accouché d'une fille qu'elle a allaitée pendant seize mois. Pendant cet accouchement, elle eut une forte hémorrhagie qui se répéta quelques mois après.

Pendant qu'elle allaitait, elle devint encore enceinte, et porta aussi cette troisième grossesse à terme. Le jour même de la neuvième époque cataméniale, elle commença à souffrir de douleurs de reins et quoiqu'elle s'attendît à accoucher d'un jour à l'autre, elle n'accoucha que neuf jours après.

Le travail le plus fort dura dix heures et demie, et avec des symptômes graves. Pendant tout ce temps elle était froide et assoupie. La douleur, dit-elle, lui ôtait la respiration et la faisait tomber sans connaissance. Elle accoucha enfin spontanément d'un garçon vivant qu'elle a allaité depuis pendant vingt mois. Ces trois accouchements s'étaient faits tous en présentation du sommet.

Dans le dernier, la délivrance ne pouvant pas se faire, on dut avoir recours au médecin. Au bout de huit jours, elle eut une forte perte et resta deux mois avant de se remettre. C'est après deux ans de vacuité qu'elle a eu la quatrième grossesse, celle qui va nous occuper.

Grossesse actuelle. — Elle a vu ses règles pour la dernière fois le 1er décembre 1855. Le 1er janvier suivant, elle a vu aussi quelques taches de sang, et dès ce moment elle a reconnu qu'elle était enceinte, parce qu'elle éprouvait les symptômes ordinaires de ses autres grossesses.

Dans les premiers jours du mois de mars (époque cataméniale), elle a été prise de fortes douleurs de reins et a cru un instant qu'elle allait faire une fausse couche. Sa grossesse cependant a continué, mais la santé générale était mauvaise : anorexie, céphalalgie, étouffements, et enfin, le 23 août, elle fait une chute de la hauteur d'une chaise. Cette chute lui ayant causé des douleurs abdominales, elle est venue me consulter.

Après avoir pris les renseignements qui précèdent, je me suis d'abord préoccupé de la conformation du bassin, puis j'ai examiné l'utérus.

D'après ce que nous venons de voir, les trois premiers accouchements ont été de plus en plus longs, et suivis d'accidents de plus en plus sérieux. Cette femme, il est vrai, n'a pas les symptômes du rachitisme ni de l'ostéo-malacie; les os des membres inférieurs sont droits; cependant elle a les signes rationnels d'un de ces rétrécissements croissants du bassin que l'on a constatés quelquefois comme fait, mais dont, je crois, on n'a guère donné d'explication.

Pourrait-on établir *à priori*, dans un cas pareil, quelle est la nature de la déformation, et surtout quel est le point déformé?

Ici, le raccourcissement et la faiblesse du membre abdominal gauche sembleraient indiquer que la difformité existe de ce côté, et la chose aurait lieu si le bassin était déformé par atrophie. Mais ces cas sont excessivement rares. Le développement partiel du bassin est ordinairement indépendant du développement du membre qui lui correspond. Un cas seulement entraîne la déformation du côté du membre le plus court (et ceci n'a pas encore été bien établi par les auteurs) : c'est celui où le membre le plus court est cependant assez fort pour supporter le poids du corps dans la station et la déambulation. Dans ces cas, chaque pas fait tomber le tronc d'une hauteur inégale, et le poids supporté par la cavité cotyloïde du membre le plus court est plus grand que le poids supporté par l'autre. Cette pression inégale produit à la longue une altération dans la conformation du bassin, et la branche ischio-pubienne du côté le plus comprimé est poussée plus en dedans que celle du côté opposé.

Ce cas n'est pas applicable à Mme G..., chez laquelle la jambe la plus courte est aussi la plus faible, à tel point que cette jambe est dans la presque impossibilité de supporter le tronc pendant la station et la déambulation. C'est le membre le plus long ici qui supporte le plus de poids, aussi c'est de son côté que doit être la déformation.

Ces inductions ont été en effet confirmées par l'examen de la malade.

Le palper abdominal fait constater que les crêtes iliaques sont égales et à une distance normale l'une de l'autre. Les grands trochanters sont aussi à une distance à peu près égale des épines antéro-supérieures. Le grand bassin n'est donc pas déformé d'une manière sensible, et il n'y a pas de luxation des fémurs. C'est sur le détroit supérieur que se trouve la principale déformation.

Par le toucher vaginal, en effet, j'ai senti que la branche ischio-pubienne droite fait une forte saillie en dedans. Le côté gauche du bassin, au contraire, est tout à fait normal, et, comme je ne puis pas atteindre le promontoire, je dis, d'après les précédents et d'après l'état actuel des choses, que l'accouchement est encore possible malgré la déformation. Je crains beaucoup cependant que cet accouchement, livré à la nature, ne soit plus long et plus pénible que les précédents.

L'examen du ventre m'a aussi démontré une déviation notable de l'utérus à gauche, ce qui est rare, mais ce qui est expliqué par l'abaissement du bassin de ce côté, qui correspond au membre le plus court et le plus faible.

La grossesse est de huit mois environ.

C'est enfin sur la présentation et la position du fœtus que s'est concentrée mon attention.

Pendant que par le toucher j'explorais le petit bassin, j'ai essayé en vain de me rendre compte de la présentation et de la position. Le fœtus, haut placé, offrait au doigt des parties dures mal circonscrites. Le col n'étant pas ouvert, je ne pouvais pas déterminer ces parties fœtales. C'est alors sur le palper abdominal que je me suis appuyé, et les règles auxquelles je l'ai soumis m'ont permis de porter ici comme ailleurs un diagnostic certain.

On sent, en palpant l'abdomen, que le segment gauche de l'utérus est presque vide. Le paquet fœtal, malgré la déviation de l'utérus à gauche, est du côté droit. La partie supérieure de l'utérus est occupée par une tumeur volumineuse, arrondie, d'une dureté uniforme, et qui répond au ballottement : c'est évidemment la tête.

Le segment droit de l'utérus est occupé par une tumeur fort étendue, convexe, qui se dirige de haut en bas, et qui se termine sur le détroit : c'est le tronc.

Le palper, pratiqué au niveau de ce détroit, trouve un paquet mal circonscrit qui offre des tumeurs mobiles à gauche : ce sont les pieds.

Je diagnostique une présentation du siége en sacro-iliaque droite postérieure.

L'auscultation confirme le diagnostic du palper.

Ce diagnostic une fois porté, il me restait à établir des indications pour tâcher de soulager cette femme.

La seule présentation du siége suffisait à expliquer le malaise et les douleurs qu'éprouvait la patiente. Dans ces cas, en effet, les pieds, portant sur le segment inférieur de l'utérus, rendent souvent les mouvements actifs incommodes et même douloureux pour la femme. Quelquefois ces mouvements provoquent même des contractions utérines et l'accouchement prématuré. Aussi faut-il, quand on le peut, faire aussitôt la version céphalique à travers les parois abdominales.

Un doute cependant se présentait à mon esprit : c'était celui de savoir si la présentation du siége était ici primitive ou plutôt le résultat de la chute de la femme. Dans ce dernier cas, il pouvait se faire que la version céphalique se fît spontanément avant l'accouchement. Si elle n'avait pas lieu, j'aurais eu toujours le temps de la pratiquer au moment du travail. La déformation du bassin n'aurait pas permis ici un engagement du fœtus à travers le détroit avant cette époque. Je me suis donc borné à conseiller le repos prolongé au lit et quelques bains généraux.

Le 28 août, c'est-à-dire cinq jours après, je revois la femme, qui me dit se trouver beaucoup mieux. Les maux de reins ont presque cessé, et les mouvements de son enfant ne sont plus douloureux. Ces mouvements, du reste, ne se font plus en bas et à gauche, mais au haut de l'abdomen.

Je renouvelle mes explorations, et cette fois je trouve au palper que la tête occupe la fosse iliaque gauche; le tronc est dirigé de gauche à droite et de bas en haut. Les pieds sont dans l'hypochondre droit. C'est ce que j'appelle une présentation indirecte du sommet, qui par le travail pourrait se changer en présentation du tronc ou de la face, mais qu'il est facile de corriger en refoulant la tête sur le détroit par la pression externe.

La version spontanée dans laquelle j'avais quelque espoir avait donc eu lieu.

La neuvième époque cataméniale après la fécondation, et qui est ordinairement le moment de l'accouchement, correspondait aux premiers jours du mois d'octobre : aussi n'ai-je pas craint de dire à la femme qu'elle accoucherait très-probablement à cette époque.

Arrivée à ce terme, en effet, elle a été prise de douleurs aux reins, et les contractions utérines se sont manifestées, mais elles ne se sont pas rapprochées; les jours suivants, elles se sont même entièrement suspendues, ce qui n'était pas de bon augure.

En effet, lorsque la neuvième époque cataméniale après la fécondation ne produit pas l'accouchement, le travail peut être renvoyé quelquefois jusqu'à la dixième, et la tête du fœtus acquiert alors plus de volume qu'à l'état normal, là où elle aurait besoin précisément d'en avoir moins. Ici le travail se serait décidé presque à coup sûr si la tête, par les contractions légères de la neuvième époque cataméniale, avait pu s'engager dans le détroit supérieur.

Le 16 au matin, la malade ressent quelques mouches, puis elle voit partir les eaux.

Appelé à huit heures du matin, je constate par le palper que le fœtus est en présentation du sommet, première position. La tête cependant a toujours de la tendance à se porter vers la fosse iliaque gauche. Le toucher vaginal trouve le col assez entr'ouvert pour laisser pénétrer les deux doigts explorateurs; il est encore épais, mais mou et dilatable. La tête est encore très-élevée. MM. les docteurs Ferro Monteiro et Periat, qui assistaient avec moi à cet accouchement, ont pu s'assurer de tout ce qui précède.

Pour avoir une idée de la marche du travail et pour le démontrer à ces confrères, j'ai fait ce que j'appelle le tableau des douleurs, et où je tiens un compte exact du siége de chaque douleur, de son intensité, de sa durée, de son retour, etc.

Il serait fastidieux de reproduire ici ce tableau. Il suffira de savoir que dans toute la journée du 16, les contractions utérines ont été irrégulières, venant tantôt à la distance de trois minutes, et tantôt à quinze ou vingt, et n'avaient que la durée d'une minute. La douleur n'avait pas non plus un siége fixe. Tantôt à droite, tantôt à gauche, au bas-ventre, au sacrum ou autour des crêtes iliaques. Ces contractions fatiguaient la malade sans aucun profit. La tête restait toujours au-dessus du détroit supérieur, et la dilatation du col ne marchait pas, faute d'engagement.

Vers sept heures du soir, les contractions se sont à peu près fixées à cinq ou six minutes de distance; et j'espérais, avec cela, que l'engagement aurait lieu; mais mes espérances ont été vaines.

La tête est toujours située suivant le diamètre oblique gauche. La fontanelle antérieure correspond au centre du détroit. On sent par le palper abdominal que la saillie occipitale est encore très-apparente au-dessus du pubis gauche, ce qui n'a pas lieu avec l'engagement, à moins qu'il ne s'agisse d'une présentation de la face.

Dans l'espoir de favoriser l'engagement, je fais fléchir la tête par la pression extérieure, ce qui est facile; mais le diamètre sous-occipito-bregmatique pas plus que l'occipito-frontal, ne permettent l'engagement à travers le détroit. Je fais marcher la femme à diverses reprises; je la fais coucher tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre; rien n'y fait.

Avec tout cela, les eaux amniotiques se sont toutes écoulées, et une bosse sanguine commence à se prononcer sur la tête du fœtus. Comme les pulsations du cœur de ce dernier étaient encore énergiques, j'ai attendu. Vers minuit, les douleurs se sont fixées à la période de deux ou trois minutes, sans aucun profit pour le travail; aussi je me déterminai à intervenir.

Fallait-il avoir recours à la version podalique ou au forceps?

Quelques accoucheurs modernes, à la tête desquels est M. Simpson, auraient pratiqué la version. La tête, encore mobile, aurait permis l'introduction de la main; mais une version podalique donne un enfant mort sur sept, même dans les bassins bien conformés; à plus forte raison lorsqu'il y a déformation.

Ce qui aurait été très-grave ici, c'est que, par la version, je faisais tourner l'occiput vers la partie droite du bassin, qui était la plus rétrécie, et par conséquent je compliquais le cas au lieu de le simplifier.

J'ai donc préféré l'application du forceps, conseillée, du reste, par M. P. Dubois lui-même en pareil cas. Il ne s'agissait plus que de s'arrêter sur le choix de l'instrument.

Le diamètre occipito-frontal de la tête du fœtus était ici parallèle au diamètre oblique gauche du bassin qui était le plus long, et cependant l'engagement n'avait pas lieu. Voyons ce qui serait arrivé avec l'application des forceps ordinaires, qui ont une articulation fixe.

Les deux cuillers ne pouvaient être placées que sur les côtés du bassin, mais jamais d'une manière parallèle, et sur les parties latérales de la tête : de là l'impossibilité de l'articulation, ou bien, si on voulait articuler l'instrument à tout prix, il fallait déplacer la tête pour la mettre plus ou moins suivant le diamètre antéro-postérieur du bassin, qui est le plus étroit. Qu'on s'imagine alors la résistance qu'on aurait trouvée, et peut-être l'impossibilité de l'engagement.

Mon forceps a eu l'avantage de saisir la tête et de tirer sur elle sans la déranger nullement de la position oblique où elle était placée.

Le peu de largeur de ses cuillers a rendu l'introduction facile. L'articulation a été plus facile encore, à cause de la mobilité de la douille qui fixe les deux branches.

La direction extérieure des manches n'étant pas régulière, faisait voir que les cuillers n'étaient pas parallèles; mais comme la tête était bien prise, j'ai pu tirer tout de même avec succès.

Après avoir solidement serré les vis de la douille, j'ai saisi un manche de chaque main, et tout en faisant la traction, je tendais à redresser les cuillers par un mouvement de torsion sur leur axe. Trois tractions faites pendant la contraction utérine ont suffi pour faire descendre la tête dans l'excavation. Le périnée s'est bientôt distendu, et à la fin du travail j'ai dû même retenir vivement la tête. C'est à peine si je lui ai imprimé le mouvement de rotation qui a amené l'occiput en avant.

L'accouchement se termine à une heure après minuit, sans la moindre déchirure des parties molles.

L'enfant (fille) éprouve de la difficulté à respirer pendant quelques minutes, et, malgré la persistance des pulsations cardiaques, elle aurait pu succomber si on avait plus longtemps retardé l'intervention.

Les coups sur les fesses, la titillation de la pituitaire avec une plume, la respiration artificielle et le grand air l'ont enfin excitée à respirer. Cette enfant porte une bosse sanguine prononcée sur le pariétal droit, ce qui est en rapport avec la longueur du travail et la position de la tête; mais on n'y voit pas de traces bien apparentes de l'application du forceps. Elle offre un diamètre occipito-mentonnier de 15 centimètres; l'occipito-frontal en a 13, le sous-occipito-bregmatique 11, et le bi-pariétal 9; la longueur totale de l'enfant est de 49 centimètres : toutes dimensions normales pour un enfant à terme.

La délivrance a été naturelle, quinze minutes après la sortie du fœtus.

En examinant le placenta, j'ai pu faire voir aux assistants l'existence de la poche amnio-choriale dont j'ai parlé à l'Académie des sciences. Ici le chorion est complétement séparé de l'amnios. Cette dernière membrane n'adhère au cordon qu'au moment où celui-ci s'insère sur le placenta.

J'ai profité de la laxité des organes génitaux de la femme pour mieux examiner l'état du bassin, et j'ai eu lieu de me confirmer sur la déformation dont j'ai parlé. Le doigt, porté sur le promontoire, semble le trouver encore plus saillant à mesure qu'on monte vers le cartilage articulaire et la dernière vertèbre lombaire. Au niveau du pubis, le diamètre antéro-postérieur mesuré avec le doigt trouve neuf centimètres, dont on doit être déduit pour l'obliquité. La saillie en dedans de la branche ischio-pubienne droite est très-marquée.

On conçoit que la déformation de la moitié droite du bassin, coïncidant avec un rétrécissement de 8 centimètres du diamètre antéro-postérieur, ait pu empêcher la tête de s'engager spontanément. La partie gauche étant seule à l'état normal, a pu permettre l'application de l'instrument et les tractions heureuses.

Comme il y avait eu des hémorrhagies aux accouchements précédents, j'ai cru être prudent en donnant, après la délivrance, un gramme de seigle en deux fois; mais je suis persuadé que la soi-disant inertie des accouchements précédents n'était que le résultat de l'épuisement des forces de l'utérus.

La femme passe bien le reste de la nuit, elle a seulement quelques tranchées.

Le matin du 17, à neuf heures, je la trouve assez bien. L'utérus occupe le côté gauche, le pouls se ressent de la période spasmodique qui suit l'accouchement, et donne 88 pulsations par minute. L'utérus est endolori, ce qui tient au résultat immédiat du travail. Bouillons.

La journée et la nuit sont bonnes, il y a quelques tranchées et de légers frissons.

Malgré cela, je trouve le 18 que le pouls est à 70. Bouillons.

La sensibilité du ventre n'a pas augmenté, mais en vue de la résorption ou de l'inflammation que pourraient indiquer les frissons, je donne un gramme de sulfate de quinine en dix pilules. Cataplasmes sur l'abdomen, lavement émollient.

La journée se passe bien, dans la nuit seulement la femme donne à teter. Jusque-là l'enfant avait pris du lait coupé.

Le 19, je trouve la malade en très-bon état, le pouls cependant est toujours à 84. Cataplasmes, bouillons. Demi-gramme de sulfate de quinine. La journée ainsi que la nuit sont excellentes.

Le 20, le pouls est à 64. Potages. La malade va de mieux en mieux, et se lève pour qu'on fasse son lit. Les jours suivants elle reste plusieurs heures assise. Je la vois le 23 pour la dernière fois, et je la laisse en très-bon état, allaitant elle-même sa fille.

Comme conclusions de cette observation, nous dirons :

1° Que les accouchements de plus en plus pénibles, lorsqu'ils ont pour cause un vice de conformation du bassin, peuvent tenir à la viciation toujours croissante de cette enceinte osseuse sans qu'il y ait ostensiblement rachitisme ni ostéo-malacie.

2° Dans la claudication par suite d'inégalité de longueur des deux membres inférieurs, lorsque cette claudication date du jeune âge, elle déforme le bassin et le dévie de sa direction normale.

3° L'abaissement du bassin a lieu du côté du membre le plus court, mais sa déformation a lieu du côté qui reçoit le plus de pression, sans avoir égard à la longueur du membre. Dans le cas présent, le membre le plus court étant trop faible pour pouvoir supporter le tronc, tout le poids du corps portait sur le membre sain. Aussi c'est de ce côté qu'existait la déformation du bassin.

4° Cette déformation ne permettant pas l'engagement de la partie fœtale qui se présentait sur le détroit pendant la grossesse, a facilité les changements de présentation et de position; mais aussi avons-nous pu attendre jusqu'au travail pour ramener la tête sur le détroit, si elle était ailleurs : ce que nous n'aurions pas fait dans le cas de bassin bien conformé.

5° Il ne faut pas croire que par cela même qu'un ou plusieurs accouchements antérieurs ont pu être faits spontanément, le dernier puisse l'être aussi. Dès que le travail d'engagement ne marche pas en raison des contractions utérines, il faut intervenir. Attendre que ces contractions se fassent permanentes ou qu'elles cessent complétement avant d'agir, c'est s'exposer à avoir ce qu'on appelle l'inertie utérine et bien d'autres accidents. C'est ce qui a eu lieu pour les accouchements antérieurs de cette femme.

6° Les palpitations du cœur du fœtus auraient été ici un mauvais guide pour l'intervention. Elles peuvent exister, en effet, avec de vives souffrances du fœtus et avec l'impossibilité de la vie extra-utérine. On doit agir lorsque la tête de ce dernier offre une bosse sanguine bien prononcée.

7° Le palper abdominal a été ici plus facile et plus sûr que le toucher vaginal pour reconnaître la présentation et pour suivre diverses phases du travail.

8° Notre forceps, dans ce vice de conformation, a offert l'avantage de pouvoir être appliqué avec facilité sur le détroit supérieur, et de permettre les tractions sans déranger la tête de la position oblique favorable où elle était placée, ce qui ne pouvait pas avoir lieu avec les autres forceps.

9° Ce cas a offert l'existence de la poche amnio-choriale dans toute son étendue, quoique ayant dépassé le terme de la grossesse.

M. J. B. Georges, dentiste, a présenté à l'Académie de médecine une note sur un appareil destiné à produire l'anesthésie au moyen d'un mélange réfrigérant avant l'avulsion des dents malades. Cet appareil se compose :

1° D'un double manchon en caoutchouc, lequel enveloppe la dent; il est fixé sur la gencive à l'aide d'un ressort indépendant;

2° De deux tubes également en caoutchouc, dont l'un, servant à faire arriver le liquide réfrigérant dans le manchon, est muni à son extrémité d'une poche faisant office de réservoir et susceptible, lors de la fermeture des deux robinets placés aux extrémités de l'instrument, de devenir pompe foulante, et de forcer le liquide à remplir toute la cavité du manchon; l'autre sert à donner issue au liquide aussitôt qu'il commence à s'échauffer par son séjour dans la cavité buccale.

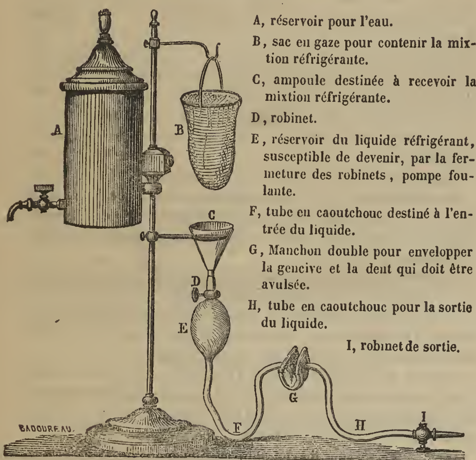
Le temps nécessaire pour obtenir l'engourdissement de la dent varie entre trois et cinq minutes.

Le mélange dont M. Georges se sert est composé de glace et de sel par parties égales. Toutefois il est utile de faire remarquer que,

pour éviter au malade toute sensation désagréable de froid, il faut faire passer dans l'instrument, au commencement de l'opération, un courant d'eau tiède, qu'on refroidit graduellement.

L'appareil de M. Georges lui a été inspiré par les recherches de M. le docteur Velpeau sur l'action anesthésique du froid, et a été employé par l'auteur pendant deux mois avec un succès satisfaisant.

Explication de la figure.



A, réservoir pour l'eau.
B, sac en gaze pour contenir la mixtion réfrigérante.
C, ampoule destinée à recevoir la mixtion réfrigérante.
D, robinet.
E, réservoir du liquide réfrigérant, susceptible de devenir, par la fermeture des robinets, pompe foulante.
F, tube en caoutchouc destiné à l'entrée du liquide.
G, Manchon double pour envelopper la gencive et la dent qui doit être avulsée.
H, tube en caoutchouc pour la sortie du liquide.
I, robinet de sortie.

EXCISION DE L'ARTICULATION DU COUDE.

Guérison avec conservation des mouvements de l'avant-bras et de la main, et des fonctions du membre,

Par M. Butcher.

J. F..., âgé de cinquante-six ans, entra à l'hôpital de Merur le 8 juillet 1854. Il avait servi plusieurs années comme soldat. Il attribuait l'origine de sa maladie à un coup violent qu'il avait reçu au coude droit, dans une rixe qu'il avait eue avec un compagnon ivre, huit ans auparavant. Pendant ce temps il y avait toujours éprouvé de la douleur. Dans ces derniers temps, sous l'influence de la souffrance, sa santé était complétement délabrée, il y avait perte de sommeil et d'appétit, diarrhée, sueurs nocturnes, urines rares.

L'épaule et le tiers supérieur du bras étaient diminués de volume, l'avant-bras et la main atrophiés. L'avant-bras était presque en ligne droite avec le bras. Toutes les parties environnantes de l'articulation du coude étaient très-tuméfiées, des ouvertures multipliées, au nombre de huit, existaient autour de l'articulation. Le stylet, dirigé à travers ces trajets fistuleux, frappait contre des os cariés dénudés. Les mouvements de flexion et d'extension étaient impossibles. Convaincu qu'il n'y avait que les extrémités des os formant l'articulation malades, M. Butcher se décida à en faire l'excision.

Le malade ayant été soumis à l'inhalation du chloroforme et l'artère brachiale comprimée par un aide, il fit une incision commençant environ à 1 pouce au-dessus du condyle interne et s'étendant en bas, en ligne directe, un peu au-dessous de la jonction de l'apophyse coronoïde avec le corps du cubitus. La plaie dans toute sa longueur avait environ 2 pouces et demi. Une incision d'égale étendue fut faite sur le condyle externe vers la tête du radius. L'incision interne permit de sortir le nerf cubital de sa gaîne. La troisième incision fut faite transversalement sur l'extrémité de l'olécrâne et réunit les deux autres. Le triceps fut coupé à son attache et le lambeau supérieur relevé, tandis que les parties recouvrant l'olécrâne et formant le bandeau inférieur, furent détachées rapidement de l'os et portées en bas ; ensuite les ligaments latéraux furent coupés, et l'avant-bras violemment fléchi et les extrémités des os désarticulés repoussés en arrière à travers la plaie.

M. Butcher coupa avec la scie la surface articulaire malade et les condyles de l'humérus dans l'étendue de plus d'un pouce et quart, puis il détacha le brachial antérieur de l'apophyse coronoïde, et scia l'olécrâne et la tête du radius. Il coupa ensuite avec les ciseaux une grande quantité de tissus désorganisés et lia plusieurs vaisseaux, considérablement augmentés de volume. Le membre fut placé sur une attelle à angle droit. La plaie et les parties adjacentes restèrent quelque temps exposées à l'air; on y appliqua du linge trempé dans une solution alcoolique. Le patient fut ensuite porté dans son lit.

Six heures après l'opération, M. Butcher procéda au pansement. Les lambeaux furent réunis par quelques points de suture; on laissa une ouverture pour l'écoulement des liquides, et on appliqua quelques bandes d'emplâtre adhésif, qui retinrent encore les lambeaux en place.

Le cas marcha rapidement vers la guérison. L'union osseuse n'eut pas lieu, mais la jonction des extrémités, excitée par un tissu fibroligamenteux, gagna rapidement en épaisseur et en solidité. Les mouvements des doigts étaient parfaits. L'avant-bras exécutait les mouvements de pronation et de supination dans toute leur étendue; seulement, le pouvoir complet de fléchir le bras lorsque le membre était étendu manquait. M. Butcher l'attribue en grande partie à l'état d'émaciation du biceps qui existait avant l'opération. Avec le temps et l'exercice, ce pouvoir s'est rétabli peu à peu.

(*The Lancet* et *Gazette médicale*.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 décembre 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Rôle physiologique des capsules surrénales. — M. Philipeaux communique une seconde note sur l'extirpation des capsules surrénales chez les rats albinos.

Dans la séance du 10 novembre dernier, l'auteur a présenté à l'Académie une note concernant l'extirpation des capsules surrénales sur quatre rats albinos. Depuis cette époque, trois de ces rats sont morts. Le premier est mort vingt-six jours après l'extirpation de la capsule surrénale droite, et neuf jours après l'extirpation de la capsule surrénale gauche; le deuxième, quarante et un jours après l'extirpation de la capsule surrénale droite, et vingt-trois jours après l'extirpation de la capsule surrénale gauche; enfin, le troisième, cinquante-quatre jours après l'extirpation de la capsule surrénale droite, et trente-quatre jours après l'extirpation de la capsule surrénale gauche. Ces trois animaux ont donc vécu privés de leurs deux capsules surrénales, le premier pendant neuf jours, le deuxième pendant vingt-trois jours, et le dernier pendant trente-quatre jours. Jusqu'au jour de leur mort, ils ont parfaitement rempli toutes leurs fonctions, et ils n'ont pas offert d'amaigrissement notable. A l'ouverture des corps, M. Philipeaux a trouvé des adhérences entre les parois abdominales du côté droit avec le foie, le rein, ainsi qu'une petite partie de l'intestin grêle : du côté gauche, les parois adhéraient au gros cul-de-sac de l'estomac, à la rate et au rein. Ces adhérences ont eu pour cause des péritonites qui ont succédé aux opérations. Tous les autres organes étaient sains. Dans chaque cas, les deux capsules avaient été entièrement enlevées. Aujourd'hui, 22 décembre, il reste encore un rat opéré le 3 novembre dernier, c'est-à-dire privé des deux capsules surrénales depuis quarante-neuf jours.

A quelle cause, dit l'auteur, faut-il rapporter la mort des trois rats mentionnés plus haut? Ils ne sont certainement pas morts de l'opération en elle-même, puisqu'un de ces rats a survécu trente-quatre jours, et que d'ailleurs le quatrième vit encore aujourd'hui quarante-neuf jours après l'opération. La nécropsie a démontré que la cicatrisation tant extérieure qu'intérieure était complète. Les mêmes réflexions pourraient servir à prouver que ce n'est pas la privation des capsules surrénales, ou, en d'autres termes, la suppression de leurs fonctions qui a fait périr ces animaux. Quelle importance attribuer à une fonction qui peut être supprimée sans dommage chez un animal pendant trente-quatre jours, et dont l'anéantissement en laisse vivre un autre pendant quarante-neuf jours et plus, sans qu'aucun trouble se manifeste!

M. Philipeaux pense que les trois rats dont il est question dans cette note ont succombé sous l'influence du froid, qui pendant quelques nuits a été assez intense. En conséquence, il croit ne devoir rien changer aux conclusions qui terminent sa note du 10 novembre dernier. (Commission nommée.)

Mesures naturelles du corps humain. — M. Silberman communique la troisième partie de son mémoire sur les mesures naturelles du corps humain.

Dans les deux premières parties de ce travail présentées le 3 et le 10 mars dernier, l'auteur s'était attaché à déterminer d'abord la taille moyenne de l'homme, qu'il avait été conduit à fixer à 1m,60; puis il avait donné, également en mesures métriques, les dimensions des parties principales. Dans la troisième partie, qu'il présente aujourd'hui, il s'est proposé de montrer que ces évaluations s'accordent avec celles qu'ont admises les grands artistes de l'antiquité, et qu'on trouve observées dans leurs œuvres, comme elles s'accordent avec les règles qu'ont formulées les peintres et statuaires qui dans les temps modernes ont écrit sur cette question.

Les écrivains modernes qui ont traité des proportions du corps humain ont, en général, considéré la longueur entière du corps, du vertex à la base de sustentation, comme égale à huit longueurs de tête. M. Silberman admet ce rapport, qui donne, pour la taille moyenne de 1m,60, chaque huitième égal à 20 centimètres. En supposant l'homme debout et les bras élevés verticalement au-dessus de la tête, l'extrémité du doigt médius est à 2 mètres au-dessus du sol. Du reste, comme pour des motifs exposés dans une de ses précédentes communications, l'auteur ne considère pas un individu seul, mais deux placés dans le prolongement l'un de l'autre; la ligne dont il prend les subdivisions, sa *base*, comme il l'appelle, est une ligne de quatre mètres. La fraction 1/2 représente donc, comme il vient d'être dit, la hauteur à laquelle un homme de taille moyenne atteint du bout des doigts en élevant verticalement les bras au-dessus de sa tête; 1/3 est la hauteur de l'articulation scapulo-humérale au-dessus du sol; 1/4 celle de l'ombilic; 1/5 est la longueur du torse; 1/8 celle de la tête, etc. (Commission nommée.)

Effets de la compression mécanique du globe oculaire sur la vision. — M. Breton, de Champ, annonce dans une note adressée à l'Académie qu'en exerçant sur l'un de ses yeux une certaine compression avec le pouce et l'index de la main correspondante, appuyés simultanément l'un sur la paupière inférieure, l'autre sur la paupière supérieure, il parvient à allonger considérablement sa vue, qui, dans l'état habituel, est très-courte. A cet effet, je me place, dit M. Breton, devant un livre ouvert ou une affiche imprimée, à une distance double, triple ou quadruple de celle à laquelle je puis lire, ou même plus grande encore, de telle sorte que je n'aperçois plus les lignes du livre ou de l'affiche que comme des traces grisâtres, puis je presse l'œil doucement, jusqu'à ce que les lettres paraissent *noires*. Si alors la vision est encore confuse, je change tant soit peu les points sur lesquels le pouce et l'index sont appuyés, et après quelques tâtonnements, je parviens à voir distinctement et à lire, ce qui me serait impossible à cette distance en laissant mon œil dans son état ordinaire. La compression par laquelle j'obtiens ce résultat n'est pas assez forte pour que l'expérience devienne douloureuse, et je suis persuadé, après l'avoir répétée un grand nombre de fois, qu'elle est sans inconvénient pour l'organe, pourvu toutefois qu'on ne l'y soumette qu'à des intervalles suffisamment éloignés. Cette compression ne peut être exercée sans que les paupières offrent des surfaces assez larges pour y appuyer les doigts. Il résulte de là que l'œil au lieu d'être entièrement ouvert pendant l'expérience, ne l'est que partiellement. Je me suis assuré que la plus grande netteté de la vision n'était pas due au rétrécissement du passage laissé à la lumière. A cet effet, j'ai toujours eu soin, mes doigts étant appuyés sur les paupières, d'essayer de lire sans exercer de compression; mais je n'ai pu y réussir ni avant ni après l'expérience. Ainsi donc cet allongement de ma vue est bien dû à la compression du globe oculaire.

— M. Rochard, qui avait précédemment communiqué les résultats obtenus dans le traitement des affections scrofuleuses d'un médicament externe composé de chlore, d'iode et de mercure, adresse une note relative à l'action de ce même topique dans les cas d'hypertrophie et de subinflammation du col de l'utérus. (Commissaires : MM. Serres, Andral, Velpeau.)

— L'Académie a reçu dans cette séance, et renvoyé à l'examen de la section de médecine constituée en commission spéciale pour le prix du legs Bréant, des pièces adressées pour ce concours par les auteurs dont les noms suivent :

M. S. Cadet (de Rome), un mémoire intitulé *Essai théorique et inductif, sous forme de monographie, sur l'entozoaire qui produit le choléra épidémique, d'après les observations microscopiques du professeur Pacini;*

De M. L. Ripa, médecin à Serigno (province de Milan, royaume Lombardo-Vénitien), un mémoire sur le choléra-morbus, également écrit en italien;

De M. Billiard (de Corbigny), un mémoire sur le traitement abortif du choléra par l'emploi du seigle ergoté;

De M. Vergé, un opuscule sur l'épidémie cholérique qui a régné dans l'Ariége en septembre et en octobre 1854.

— M. le secrétaire perpétuel présente, au nom de l'auteur, M. Paolini, divers opuscules écrits en italien, et relatifs aux fonctions de la moelle épinière et des nerfs.

M. Flourens est invité à faire connaître à l'Académie ces travaux par un rapport verbal.

— L'Académie a procédé à la nomination d'un correspondant pour la section de botanique, en remplacement de feu M. Vallich.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 48 :

Sir W. Hooker obtient. . . . . . . 43 suffrages,
M. Parlatore. 2
MM. Braun, Fries et Gray, chacun. . . 1

Sir W. Hooker ayant réuni la majorité absolue des suffrages, a été déclaré élu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le *Moniteur* publie un décret par lequel sont autorisés à accepter et porter les différentes décorations qui leur ont été conférées par des souverains étrangers, les médecins dont les noms suivent :

Ordre de Léopold (Belgique). *Chevalier* : M. Fiévée, médecin.

Ordre de Charles III (Espagne). *Chevalier* : M. Duclos, médecin.

Ordre de Saint-Grégoire le Grand (Etats Romains). *Commandeur* : M. Mayer, médecin principal en chef de l'hôpital de Rome ; *Chevaliers* : MM. Monsel, pharmacien aide-major de 1re classe ; Pradeaux, aide-vétérinaire d'artillerie.

Ordre de Pie (Etats Romains). *2e classe* : M. Raymond, médecin aide-major de la garde de Paris.

Ordre du Christ (Portugal). *Commandeur* : M. Béhier, professeur agrégé de la Faculté de médecine.

Ordre de l'Etoile polaire (Suède). *Commandeur* : M. Rayer, l'un des médecins ordinaires de l'Empereur.

Ordre du Medjidié (Turquie). *3e classe* : MM. Villamur, médecin-principal. *5e classe* : MM. Andrieu, médecin-major ; Legouest, médecin-major.

— L'Académie des sciences, agriculture, arts et belles-lettres d'Aix a tenu, le 14 de ce mois, sa séance publique, au milieu d'un auditoire nombreux et distingué, sous la présidence de M. le docteur Payan, l'un des chirurgiens de l'hôpital civil et militaire de cette ville.

« M. Payan, dit le *Mémorial* d'Aix, a prononcé à cette occasion, un discours bien étudié et rempli d'expositions intéressantes sur les découvertes de la science moderne, surtout dans ses applications aux besoins de notre époque. Il a été bien inspiré dans les développements de son sujet, par la hauteur de ses aperçus, la clarté de sa phrase, et par le choix d'une expression heureusement imagée. On a entendu dans la même séance un morceau littéraire qui a été fort goûté. M. le docteur d'Astros a réussi à tirer le parti le plus heureux d'une *Consultation de médecin*, et a bien prouvé que la littérature possède aussi des représentants sérieux dans l'ordre de la médecine. »

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

TABLE DES MATIERES

DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES. — 1856.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1856.

PARIS. — TYPOGRAPHIE DE HENRI PLON, RUE GARANCIÈRE, 8.

